



## Norovirus-Ausbruch in Seniorenheim, Pflege- oder Behinderteneinrichtung

Kontaktdaten des Gesundheitsamtes (GA)

Betreuer des Ausbruchs beim GA (Name, E-Mail, Tel.)

### Information zum Fragebogen - Gliederung in 4 Teile:

- TEIL 1** Mantelbogen: Allgemeine Informationen zur Einrichtung (1 S.)
- TEIL 2** Mantelbogen: Informationen zum Norovirusausbruch (2 S.)
- TEIL 3** Wohnbereichsbogen: Allgemeine Ausbruchsinformationen zu jedem betroffenen Wohnbereich (2 S.)
- TEIL 4** Line List: Tabellarische Informationen zu den betroffenen Bewohnern und Mitarbeitern pro Wohnbereich (3 S.)  
(Alle Erkrankten mit Erbrechen/Durchfall/beide Symptome in einem Abstand von höchstens 7 Tagen)

### Ausfüllanleitung

Die Teile **1 und 2** müssen pro Einrichtung nur einmal ausgefüllt werden.

Informationen zum jeweils betroffenen Wohnbereich werden in den **Teilen 3 und 4** dokumentiert ("Wohnbereichsbogen" und "Line List").

Für jeden Wohnbereich ist eine separate Dokumentation vorgesehen (bitte jeweils vervielfältigen).

Im Fragebogen ist für jede Frage ein Kästchen zum Ankreuzen vorgesehen, mit Ausnahme von **Mehrfachantworten**; diese sind entsprechend gekennzeichnet.

Bitte tragen Sie hier Namen und Ort der Einrichtung ein.

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_

Die Fragebögen werden vom zuständigen Gesundheitsamt an die DVV-Fachausschussvorsitzende geschickt. Dieses Deckblatt und das Deckblatt der Line Lists werden abgetrennt und separat aufbewahrt. Die auf diese Weise anonymisierten Bögen werden an die Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS) und kommunalen Gesundheitsämtern 2017 zur Datenauswertung weitergeleitet.



**TEIL 1 – MANTELBOGEN: ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUR EINRICHTUNG**

<b>1. Tag des Ausfüllens</b>	Datum:	
<b>2. Funktion des Ausfüllenden</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Hygienefachkraft (HFK)	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Pflegedienstleitung
	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Heimleitung	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Wohnbereichsleitung
	Sonstiges:	
<b>3. Art der Einrichtung</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Alten(pflege)heim	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Behinderteneinrichtung
	Sonstiges:	
<b>4. Größe der Einrichtung</b>	Anzahl Bewohner:	
	Anzahl Pflegepersonal:	
<b>5. Träger der Einrichtung</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> öffentlich	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> privat
	Sonstiges:	
<b>6. Wie sind Betriebsarzt und Hygienefachkraft und im Haus angegliedert?</b>	a) Betriebsarzt	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> im Haus <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> extern
		Sonstiges:
	b) Hygienefachkraft	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> im Haus <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> extern
		Sonstiges:
<b>7. Existiert in der Einrichtung eine Regelung (z.B. im Hygieneplan), in der festgelegt ist,</b>		
a) wie mit einem Mitarbeiter umgegangen wird, der Kontakt zu Norovirus-Ausscheidungen hatte?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nein	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ja
b) dass betroffene Mitarbeiter mindestens 48 Std. nach Abklingen der Symptomatik nicht arbeiten?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nein	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ja
c) dass Mitarbeiter, die sich frühzeitig wieder gesund fühlen, innerhalb der 48 Std. anschließend Noroviruspatienten betreuen?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> nein	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> ja



**TEIL 2 – MANTELBOGEN: INFORMATIONEN ZUM NOROVIRUSAUSBRUCH**

**ZU UMFANG UND PROZESSEN**

**8. Wann wurde der Ausbruch dem Gesundheitsamt gemeldet? Durch wen?**

Datum: \_\_\_\_\_

- <sub>1</sub> Hygienebeauftragte    <sub>4</sub> Bewohner  
<sub>2</sub> Einrichtungsleitung    <sub>5</sub> Angehörige  
<sub>3</sub> Pflegedienstleitung

Sonstiges:

**9. In welchem Ausmaß war das Gesundheitsamt eingebunden?** (bitte nur eine Antwort)

- <sub>1</sub> kein Kontakt    <sub>3</sub> nur telefonischer Kontakt  
<sub>2</sub> nur E-Mail-Kontakt    <sub>4</sub> war vor Ort

Sonstiges:

**10. Inwieweit wurde der Betriebsarzt eingebunden?**

- <sub>1</sub> aktiv in das Ausbruchmanagement eingebunden  
<sub>2</sub> nur über den Ausbruch informiert  
<sub>3</sub> nicht informiert/eingebunden

Sonstiges:

**11. Wie viele Personen waren insgesamt betroffen?** (Summe aus den Line Lists)

Anzahl Patienten:

Anzahl Mitarbeiter:

**12. Wurde in einem Gemeinschaftsraum erbrochen oder erfolgte dort Durchfall?**

- <sub>1</sub> nein    <sub>2</sub> ja, und zwar in:

**13. Wie viele Personen mussten im Krankenhaus behandelt werden?**

Anzahl Bewohner/innen:

Anzahl Mitarbeiter:

**ZUM INDEXFALL**

**14. Wurde(n) ein Indexfall/ mehrere Indexfälle\* ermittelt und gekennzeichnet?**

- <sub>1</sub> nein    → bitte weiter mit Frage 15  
<sub>2</sub> ja

(Bitte Line-Lists checken und ggf. nachfragen)

\**Indexfall*: Erste Person(en), die im Zeitraum von 7 Tagen vor Auftreten der Häufung mit Erbrechen und/oder Durchfall auffällig wurde

Sonstiges:

Wenn ja:

a) Wann wurde(n) der Indexfall/mehrere Indexfälle ermittelt?

Datum:

b) Wer war der Indexfall/ die Indexfälle?  
(Bitte die Anzahl eintragen)

- \_\_\_\_ Bewohner    \_\_\_\_ Pflegepersonal  
 \_\_\_\_ Ärztliches Personal    \_\_\_\_ Küchenpersonal  
 \_\_\_\_ Sonstige:

c) Wurde bei dem Indexfall/den Indexfällen eine andere Ursache des Durchfalls ausgeschlossen? (z.B. Rotaviren, Salmonellen oder andere Erreger)

- <sub>1</sub> nein    <sub>2</sub> ja → Wenn ja, welche?  
<sub>3</sub> nicht bekannt

**ZU MÖGLICHEN INFEKTIONSQUELLEN**

**15. Gab es Hinweise auf eine Übertragung durch Lebensmittel?** <sub>1</sub> nein → *bitte weiter mit Frage 16*  
<sub>2</sub> ja

Wenn ja:

a) Welche Lebensmittel?

Bitte auflisten:

b) Wurden Lebensmittel gesichert und aufbewahrt, um sie später untersuchen zu können? <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja

c) Wurden Lebensmittel auf Noroviren untersucht? <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja

d) Kamen bewohnerseitig erworbene Zutaten für alle zum Verzehr? <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja → Wenn ja: welche?

e) War das Veterinäramt vor Ort? <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja

**16. Gab es Hinweise auf eine Übertragung über Trinkwasser?** <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja  
Bemerkungen:

**17. Gab es Hinweise auf eine Übertragung über Badewasser?** <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja → Wenn ja: welche?

**18. Steht der Ausbruch in Zusammenhang mit Ausbrüchen anderer Einrichtungen?** <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja → Wenn ja: welche?  
<sub>3</sub> nicht bekannt  
(Z.B. Mutter eines Kindes arbeitet in einem Krankenhaus)

**19. Lag eine Infektion mit mehr als einem Erreger vor?** (Z.B. Clostridium difficile, Rotavirus, Adenovirus usw.) <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja → Wenn ja: welche?  
<sub>3</sub> nicht bekannt



**TEIL 3 – WOHNBEREICH(S)BOGEN (Bitte pro betroffenem Wohnbereich einen Bogen dokumentieren!)**

**ZUM AUSBRUCHSMANAGEMENT**

20. Wohnbereichsmerkmale Line-List Nr. \_\_\_\_\_  
Wohnbereich: \_\_\_\_\_

21. Wie viele Bewohner waren zu Beginn des Ausbruchs im Wohnbereich? Anzahl Bewohner: \_\_\_\_\_

22. Wie viele Pflegekräfte waren zu Beginn des Ausbruchs im Wohnbereich (Beginn: Tag der ersten Symptomatik des ersten Patienten (=Indexfall))  
Frühschicht: \_\_\_\_\_  
Spätschicht: \_\_\_\_\_  
Nachtschicht: \_\_\_\_\_

23. Fand während des Ausbruchs für Mitarbeiter eine spezielle Norovirus- Schulung statt? <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja  
Bemerkungen: \_\_\_\_\_

24. Welche Einschränkungen erfolgten für die Bewohner?

- a) Gemeinschaftsveranstaltungen <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja
- b) Besuche <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja

25. Wurden Bewohner isoliert oder kohortiert? (Mehrfachantworten möglich) <sub>1</sub> nein <sub>1</sub> einzeln isoliert <sub>1</sub> kohortiert  
(Kohortiert: Möglichkeit, mehrere Erkrankte gemeinsam und von den anderen Erkrankten getrennt, in einem Zimmer/einem Bereich zu betreuen) <sub>1</sub> einzeln isoliert  
Wenn einzeln isoliert oder kohortiert:  
Erster Tag (Datum) \_\_\_\_\_  
Letzter Tag (Datum) \_\_\_\_\_

26. Wurde(n) der Hausarzt/die Hausärzte der erkrankten Bewohner informiert? <sub>1</sub> nein <sub>3</sub> ja, mehrheitlich  
<sub>2</sub> ja, vereinzelt <sub>4</sub> ja, alle  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

27. Wie viele der erkrankten Bewohner befolgten die Hygieneanweisungen des Personals (Compliance)? <sub>1</sub> alle Bewohner <sub>4</sub> einige wenige  
<sub>2</sub> die Mehrheit <sub>5</sub> niemand  
<sub>3</sub> die Hälfte  
Bemerkungen: \_\_\_\_\_

28. Wurden Bewohner nach dem ersten Fall angewiesen, sich vor dem Essen die Hände zu waschen? <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja

29. Wurden alle Utensilien in den Zimmern personenbezogen verwendet? <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja  
Bemerkungen: \_\_\_\_\_

30. Wurden offene stehende Lebensmittel zurückgezogen? <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja  
Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## NoroPrevent – Fragebogen für Pflege- oder Behinderteneinrichtung

**31. Wie viele Mitarbeiter im betroffenen Wohnbereich haben während des Norovirusausbruchs gearbeitet, obwohl sie Symptome hatten?** (z.B. Durchfall, Erbrechen, Übelkeit, Schwindel, Bauchkrämpfe)

Anzahl \_\_\_\_\_ Mitarbeiter von insgesamt \_\_\_\_\_

**32. Wie viele Mitarbeiter haben ihren Hausarzt aufgesucht?**

Anzahl Mitarbeiter:

**33. Wie wurde mit kontaminierter Bewohnerwäsche umgegangen?**

<sub>1</sub> Desinfektion der Wäsche    <sub>2</sub> Waschen der Wäsche  
Sonstiges:

**34. Wie erfolgten Desinfektions- und Reinigungsmaßnahmen?**

Erhöhung der Reinigungs-/Desinfektionsfrequenz in den Zimmern

<sub>1</sub> nein    <sub>2</sub> ja

Umstellung auf ein viruzides Flächendesinfektionsmittel

<sub>1</sub> nein    <sub>2</sub> ja

Umstellung auf ein viruzides Händedesinfektionsmittel

<sub>1</sub> nein    <sub>2</sub> ja → Wenn ja: Welches?

Handelsname des im Ausbruch verwendeten viruziden Händedesinfektionsmittels:

Durchführung einer Schlussdesinfektion nach Ende des Ausbruches?

<sub>1</sub> nein    <sub>2</sub> ja

**35. Welche weiteren Maßnahmen wurden ergriffen?**

### BITTE MIT EINIGEN WORTEN ZUSAMMENGEFASST...

Was hätte Ihrer Ansicht nach beim Ausbruchsmanagement besser laufen können? An welchen Stellen sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Dieses Deckblatt der Line List wird vor der Datenauswertung abgetrennt und getrennt aufbewahrt (anonymisiertes Vorgehen)

Name des Erstellers \_\_\_\_\_ Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

**BEISPIELDOKUMENTATION**

Typische Symptomatik:  
Erbrechen u./o. Durchfall



Bewohner (BEW), Pflege (PFLE) Erste auffällige Person im Zeitraum von 7 Tagen vor Auftreten.  
Arzt (A), Verwandte Ang. (V) der Häufung mit Erbrechen und/oder Durchfall (auch mehrere möglich)



Bei- spiel	Person mit typischer Symptomatik (Geb. Monat/ Jahr)	Datum der Aufnahme	Datum der ersten Symptomatik	BEW/PFLE/A/V (weitere: Rolle explizit nennen)	Indexfall (ja/nein)	Datum Norovi- rusdiagnostik (keine: "----")	Norovirusnach- weis (pos./neg.)	Nachweis anderer Gastroenteritis- erreger? (welcher, wann?)	Bemerkungen
1	01.1937	01.11.2016	15.11.2016	BEW	ja	15.11.2015	positiv	C. difficile, 6.11.2015	
2	11.2001	----	16.11.2016	Küchenchefin	nein	----	----	nein	
3	06.1978	14.11.2016	17.11.2016	PFLE	nein	17.11.2015	positiv		Raucht immer zusammen mit Beispiel 1

**TEIL 4 – Line List (pro Wohnbereich)**

Line List Nr. \_\_\_\_\_

Wohnbereich (Art): \_\_\_\_\_ Anzahl: Bewohner \_\_\_\_\_ Pflegepersonal \_\_\_\_\_ (einschließlich Assistenz und Auszubildenden)

Welche Norovirusdiagnostik wurde durchgeführt? (Mehrfachantworten möglich)  ELISA  PCR  Multiplex-PCR  keine  
 (ggf. durch das Gesundheitsamt auszufüllen)

Typische Symptomatik: **Bewohner (BEW), Pflege (PFLE) Indexfall: Erste auffällige Person im Zeitraum von 7 Tagen vor Auftreten.**  
 Erbrechen u./o. Durchfall **Arzt (A), Verwandte Ang. (V) der Häufung mit Erbrechen und/oder Durchfall (auch mehrere möglich)**

Lfd. Nr.	Person mit typischer Symptomatik (Geb. Monat/ Jahr)	Datum der Aufnahme	Datum der ersten Symptomatik	BEW/PFLE/A/V (weitere: Rolle explizit nennen)	Indexfall (ja/nein)	Datum Norovirusdiagnostik (keine: "-----")	Norovirusnachweis (pos./neg.)	Nachweis anderer Gastroenteritiserreger? (welcher, wann?)	Bemerkungen
1									
2									
3									
4									
5									
6									



## NoroPrevent – Fragebogen für Pflege- oder Behinderteneinrichtung

Lfd. Nr.	Person mit typischer Symptomatik (Geb. Monat/ Jahr)	Datum der Aufnahme	Datum der ersten Symptomatik	BEW/PFLE/A/V (weitere: Rolle explizit nennen)	Indexfall (ja/nein)	Datum Norovirusdiagnostik (keine: "-----")	Norovirusnachweis (pos./neg.)	Nachweis anderer Gastroenteritiserreger? (welcher, wann?)	Bemerkungen
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									

## NoroPrevent – Fragebogen für Pflege- oder Behinderteneinrichtung

Lfd. Nr.	Person mit typischer Symptomatik (Geb. Monat/ Jahr)	Datum der Aufnahme	Datum der ersten Symptomatik	BEW/PFLE/A/V (weitere: Rolle explizit nennen)	Indexfall (ja/nein)	Datum Norovirusdiagnostik (keine: "-----")	Norovirusnachweis (pos./neg.)	Nachweis anderer Gastroenteritiserreger? (welcher, wann?)	Bemerkungen
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									