



## Norovirus-Ausbruch in einer Flüchtlingseinrichtung

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) 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> Mitarbeiter des GA <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Wohnbereichsleitung <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Einrichtungsleitung Sonstiges: _____
<b>3. Art der Einrichtung</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Erstaufnahmeeinrichtung <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Notunterkunft <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Dauerhafte Unterkunft Sonstiges: _____
<b>4. Größe der Einrichtung</b>	Anzahl Bewohner ≥ 15 Jahre: _____ Anzahl Kinder < 15 Jahre: _____  Anzahl Personal: _____
<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. Betreiber 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>7. Art des Gebäudes</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Leichtbauhalle <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Wohnheim <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Container / Modulbau <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> ehem. Bürobau <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Hotel <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Turnhalle/Halle <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Zeltstadt <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Schiff Sonstiges: _____
<b>8. Art der Unterbringung: Körperpflege</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Gemeinschaftsduschen <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Einzelduschen Sonstiges: _____
<b>9. Art der Unterbringung: Toiletten</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> mehrere in einem Raum <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> einzeln Sonstiges: _____
<b>10. Art der Unterbringung: Gemeinschaftsraum</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> vorhanden <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nicht vorhanden Sonstiges: _____
<b>11. Art der Unterbringung: Küche zum Selbstkochen</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> vorhanden <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> nicht vorhanden Sonstiges: _____
<b>12. Medizinische Betreuung: Ärztlicher Dienst</b> (Anbindung an Regelversorgung, d.h. Arztpraxis, Klinik, etc.)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> zu bestimmten Zeiten im Haus <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> externes Aufsuchen <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> nicht vorhanden
<b>13. Medizinische Betreuung der Bewohner: nicht-ärztliches Personal</b>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> zu bestimmten Zeiten im Haus <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> externes Aufsuchen <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> nicht vorhanden

## NoroPrevent – Fragebogen für Flüchtlingseinrichtungen

---

**14. Wie werden Bewohner hygienefachlich betreut?**

- a) Hygienefachkraft <sub>1</sub> im Haus <sub>2</sub> extern  
b) Hygienebeauftragter <sub>1</sub> im Haus <sub>2</sub> extern  
c) Sonstige (wer und wie?)

---

**15. Existiert in der Einrichtung eine Regelung (z.B. im Hygieneplan), in der festgelegt ist,**

- a) wie mit einem Mitarbeiter umgegangen wird, der Kontakt zu Norovirus-Ausscheidungen hatte? <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja
- b) dass betroffene Mitarbeiter mindestens 48 Std. nach Abklingen der Symptomatik nicht arbeiten? <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja
- c) dass Mitarbeiter, die sich frühzeitig wieder gesund fühlen, innerhalb der 48 Std. ausschließlich Noroviruspatienten betreuen? <sub>1</sub> nein <sub>2</sub> ja
-



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

**ZU UMFANG UND PROZESSEN**

**16. 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:

**17. 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:

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

Anzahl Bewohner:

Anzahl Mitarbeiter:

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

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

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

Anzahl Bewohner:

Anzahl Mitarbeiter:

**ZUM INDEXFALL**

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

- <sub>1</sub> nein → bitte weiter mit Frage 22

- <sub>2</sub> ja

Sonstiges:

(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

Wenn ja:

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

Datum:

b) Wer war der Indexfall/ die Indexfälle?

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

(Bitte die Anzahl eintragen)

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**

**22. Gab es Hinweise auf eine Übertragung durch Lebensmittel?**

- <sub>1</sub> nein → bitte weiter mit Frage 23

- <sub>2</sub> ja

Wenn ja:

a) Welche Lebensmittel?

Bitte auflisten:

## NoroPrevent – Fragebogen für Flüchtlingsseinrichtungen

- 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 von Besuchern zubereitete und mitgebrachte 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

---

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

---

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

---

**25. 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  
(andere Gemeinschaftseinrichtungen, Kliniken, Kitas etc.)

---

**26. 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

---



**38. 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 \_\_\_\_\_

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

Anzahl Mitarbeiter:

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

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

**41. 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

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

**BITTE MIT EINIGEN WORTEN ZUSAMMENGEFASST...**

Was hätte Ihrer Ansicht nach beim Ausbruchmanagement 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),  
Personal (PERS)



Indexfall: Erste auffällige Person im Zeitraum von 7 Tagen vor Auftreten.  
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/PERS (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	BEW	nein	----	----	nein	
3	06.1978	14.11.2016	17.11.2016	PERS	nein	17.11.2015	positiv		Raucht immer zusammen mit Beispiel 1

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

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

Wohnbereich (Art): \_\_\_\_\_ Anzahl: Bewohner \_\_\_\_\_ Personal \_\_\_\_\_

Welche Norovirusdiagnostik wurde durchgeführt? (Mehrfachantworten möglich)  ELISA  PCR  Multiplex-PCR  keine

*(ggf. durch das Gesundheitsamt auszufüllen)*

Typische Symptomatik:  
Erbrechen u./o. Durchfall

Bewohner (BEW),  
Personal (PERS)

Indexfall: Erste auffällige Person im Zeitraum von 7 Tagen vor Auftreten.  
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/PERS (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 Flüchtlingseinrichtungen

Lfd. Nr.	Person mit typischer Symptomatik (Geb. Monat/ Jahr)	Datum der Aufnahme	Datum der ersten Symptomatik	BEW/PERS (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 Flüchtlingseinrichtungen

Lfd. Nr.	Person mit typischer Symptomatik (Geb. Monat/ Jahr)	Datum der Aufnahme	Datum der ersten Symptomatik	BEW/PERS (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									