



Norovirus-Ausbruch in Krankenhaus, Psychiatrie oder Rehabilitationsklinik – Dokumentationsbogen

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** Stationsbogen: Allgemeine Ausbruchsinformationen zu jeder betroffenen Station (2 S.)
- TEIL 4** Line List: Tabellarische Informationen zu den betroffenen Patienten und Mitarbeitern pro Station (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 zur jeweils betroffenen Station werden in den **Teilen 3 und 4** dokumentiert ("Stationsbogen" und "Line List"). Für jede Station 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

1. Tag des Ausfüllens	Datum:		
<hr/>			
2. Funktion des Ausfüllenden	<input type="checkbox"/> ₁ Hygienefachkraft (HFK)	<input type="checkbox"/> ₄ Hygienebeauftragter Arzt	
	<input type="checkbox"/> ₂ Krankenhaushygieniker	<input type="checkbox"/> ₅ Stationsleitung	
	<input type="checkbox"/> ₃ Stationsarzt	<input type="checkbox"/> ₆ Pflegedienstleitung	
	Sonstiges:		
<hr/>			
3. Art der Einrichtung	<input type="checkbox"/> ₁ Rehabilitationsklinik		
	<input type="checkbox"/> ₂ Universitätsklinikum		
	<input type="checkbox"/> ₃ Allgemeinkrankenhaus (Maximalversorgung)		
	<input type="checkbox"/> ₄ Allgemeinkrankenhaus (Regelversorgung)		
	<input type="checkbox"/> ₅ Allgemeinkrankenhaus (Grundversorgung)		
	<input type="checkbox"/> ₆ Fachklinik (Akutversorgung), bitte genau:		
<hr/>			
4. Größe der Einrichtung (Bettenzahl)	<input type="checkbox"/> ₁ 1-49	<input type="checkbox"/> ₅ 200-299	<input type="checkbox"/> ₉ 600-799
	<input type="checkbox"/> ₂ 50-99	<input type="checkbox"/> ₆ 300-399	<input type="checkbox"/> ₁₀ 800 und mehr
	<input type="checkbox"/> ₃ 100-149	<input type="checkbox"/> ₇ 400-499	
	<input type="checkbox"/> ₄ 150-199	<input type="checkbox"/> ₈ 500-599	
<hr/>			
5. Träger der Einrichtung	<input type="checkbox"/> ₁ öffentlich	<input type="checkbox"/> ₃ freigemeinnützig	<input type="checkbox"/> ₃ privat
	Sonstiges:		
<hr/>			
6. Wie sind Betriebsarzt, Hygienefachkraft und Krankenhaushygieniker im Haus angegliedert?	a) Betriebsarzt	<input type="checkbox"/> ₁ im Haus	<input type="checkbox"/> ₂ extern
	b) Hygienefachkraft	<input type="checkbox"/> ₁ im Haus	<input type="checkbox"/> ₂ extern
	c) Krankenhaushygieniker	<input type="checkbox"/> ₁ im Haus	<input type="checkbox"/> ₂ extern
<hr/>			
7. 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?	<input type="checkbox"/> ₁ nein	<input type="checkbox"/> ₂ ja	
b) dass betroffene Mitarbeiter mindestens 48 Std. nach Abklingen der Symptomatik nicht arbeiten?	<input type="checkbox"/> ₁ nein	<input type="checkbox"/> ₂ ja	
c) dass Mitarbeiter, die sich frühzeitig wieder gesund fühlen, innerhalb der 48 Std. abschließend Noroviruspatienten behandeln?	<input type="checkbox"/> ₁ nein	<input type="checkbox"/> ₂ ja	

TEIL 2 – MANTELBOGEN: INFORMATIONEN ZUM NOROVIRUSAUSBRUCH

ZU UMFANG UND PROZESSEN

8. Wann wurde der Ausbruch dem Gesundheitsamt gemeldet? Durch wen? Datum: _____
₁ Hygienefachkraft (HFK) ₃ Hygienebeauftragter Arzt
₂ Krankenhaushygieniker
 Sonstiges: _____

9. In welchem Ausmaß war das Gesundheitsamt eingebunden? (bitte nur eine Antwort) ₁ kein Kontakt ₃ nur telefonischer Kontakt
₂ nur E-Mail-Kontakt ₄ war vor Ort
 Sonstiges: _____

10. Wurde das Hygienefachpersonal umgehend eingebunden? ₁ nein ₂ ja
 Bemerkungen: _____

11. Wie viele Personen waren insgesamt betroffen? (Summe aus den Line Lists) Anzahl Patienten: _____
 Anzahl Mitarbeiter: _____

12. Inwieweit wurde der Betriebsarzt eingebunden? ₁ aktiv in das Ausbruchsmanagement eingebunden
₂ nur über den Ausbruch informiert
₃ nicht informiert/eingebunden
 Sonstiges: _____

ZUM INDEXFALL

13. Wurde(n) ein Indexfall/ mehrere Indexfälle* ermittelt und gekennzeichnet? ₁ nein → *bitte weiter mit Frage 14*
₂ 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? _____ Patient(en)
 (Bitte die Anzahl eintragen) ▼

Wenn Pat.: Erkrankung mind. 48 Std. nach Aufnahme?

₁ nein ₂ ja

_____ Pflegepersonal _____ Ärztliches Personal

_____ Küchenpersonal _____ Sonstige:

c) Wurde bei dem Indexfall/den Indexfällen eine andere Ursache des Durchfalls ausgeschlossen? (z.B. Rotaviren, Salmonellen o.ä.) ₁ nein ₂ ja → Wenn ja, welche?
₃ nicht bekannt

ZU MÖGLICHEN INFEKTIONSQUELLEN

14. Gab es Hinweise auf eine Übertragung durch Lebensmittel? ₁ nein → *bitte weiter mit Frage 15*
₂ ja

NoroPrevent – Fragebogen für Krankenhaus, Psychiatrie, Rehabilitationsklinik

Wenn ja:

- a) Welche Lebensmittel? Bitte auflisten:
- b) Wurden Lebensmittel gesichert und aufbewahrt, um sie später untersuchen zu können? ₁ nein ₂ ja
- c) Wurden Lebensmittel auf Noroviren untersucht? ₁ nein ₂ ja
- d) Kamen patientenseitig erworbene Zutaten zum Verzehr? (Z.B. für Therapieküchen) ₁ nein ₂ ja → Wenn ja: welche?
- e) War das Veterinäramt vor Ort? ₁ nein ₂ ja

15. Gab es Hinweise auf eine Übertragung über Trinkwasser? ₁ nein ₂ ja

Bemerkungen:

16. Gab es Hinweise auf eine Übertragung über Badewasser / Therapiebecken? ₁ nein ₂ ja → Wenn ja: welche?

17. Steht der Ausbruch in Zusammenhang mit Ausbrüchen anderer Einrichtungen? ₁ nein ₂ ja → Wenn ja: welche?
₃ nicht bekannt
(Z.B. Mitarbeiter ist Mutter eines Kita-Kindes, in dem ein Ausbruch stattfindet)

18. Lagen Co-Infektionen bzw. Co-Zirkulationen anderer Gastroenteritiserreger vor? ₁ nein ₂ ja → Wenn ja: welche?
₃ nicht bekannt
(Z.B. Clostridium difficile, Rotavirus, Adenovirus usw.)

TEIL 3 – STATIONSBOGEN (Bitte pro betroffener Station einen Bogen dokumentieren!)

ZUM AUSBRUCHSMANAGEMENT

19. Stationsmerkmale Line-List Nr. _____
Station: _____

20. Wie viele Patienten waren zu Beginn des Ausbruchs auf der Station? Anzahl Patienten: _____

21. Wie viele Pflegekräfte waren zu Beginn des Ausbruchs auf der Station (Beginn: Tag der ersten Symptomatik des ersten Patienten (=Indexfall))
Frühschicht: _____
Spätschicht: _____
Nachtschicht: _____

22. Fand während des Ausbruchs für Mitarbeiter eine spezielle Norovirus- Schulung statt? ₁ nein ₂ ja
Bemerkungen: _____

23. Erfolgte ein Aufnahmestopp von Patienten? ₁ nein ₂ ja → Wenn ja: wie viele Tage? _____

24. Welche Einschränkungen erfolgten für Patienten? (bitte "trifft nicht zu" ankreuzen, wenn der Aspekt nicht vorkommt)

- | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| a) Einschränkung: Notfallaufnahmen | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein | <input type="checkbox"/> ₃ trifft nicht zu |
| b) Einschränkung: Elektive Eingriffe | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein | <input type="checkbox"/> ₃ trifft nicht zu |
| c) Einschränkung: Interne Verlegungen | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein | <input type="checkbox"/> ₃ trifft nicht zu |
| d) Einschränkung: Gruppentherapien | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein | <input type="checkbox"/> ₃ trifft nicht zu |
| e) Einschränkung: Besuche | <input type="checkbox"/> ₁ ja | <input type="checkbox"/> ₂ nein | |

25. Wurden Patienten isoliert oder kohortiert? ₁ nein ₁ einzeln isoliert ₁ kohortiert

(Mehrfachantworten möglich)

(Kohortiert: Möglichkeit, mehrere Erkrankte gemeinsam und von den anderen Erkrankten getrennt, in einem Zimmer/einem Bereich zu betreuen)

▼ ▼
Wenn einzeln isoliert oder kohortiert:
Erster Tag (Datum) _____
Letzter Tag (Datum) _____

26. Wie viele der erkrankten Patienten befolgten die Hygieneanweisungen des Personals (Compliance)? ₁ alle Patienten ₄ einige wenige
₂ die Mehrheit ₅ niemand
₃ die Hälfte

Bemerkungen: _____

27. Wurden die Patienten nach dem ersten Norovirus-Fall angewiesen, sich vor dem Essen die Hände zu desinfizieren? ₁ nein ₂ ja

28. Wie viele Mitarbeiter auf der betroffenen Station haben während des Norovirusausbruchs gearbeitet, obwohl sie Symptome hatten? (z.B. Durchfall, Erbrechen, Übelkeit, Schwindel, Bauchkrämpfe)
Anzahl _____ Mitarbeiter von insgesamt _____

29. Wie erfolgten Desinfektions- und Reinigungsmaßnahmen?

Erhöhung der Reinigungs-/Desinfektionsfrequenz in den Zimmern

₁ nein ₂ ja

Umstellung auf ein viruzides Flächendesinfektionsmittel

₁ nein ₂ ja

Umstellung auf ein viruzides Händedesinfektionsmittel

₁ nein ₂ ja → Wenn ja: Welches?

Handelsname des im Ausbruch verwendeten viruziden Händedesinfektionsmittels:

30. 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



Patient (PAT), Pflege (PFLE)
Arzt (A), Verwandte Ang. (V)



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	PAT/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	1.11.2015	15.11.2015	PAT	ja	15.11.2015	positiv	C. difficile, 6.11.2015	
2	11.2001	----	16.11.2015	Küchenchefin	nein	----	----	nein	
3	06.1978	14.11.15	17.11.2015	PFLE	nein	17.11.2015	positiv		Raucht immer zusammen mit Beispiel 1

TEIL 4 – Line List (pro Station)

Line List Nr. _____

Station (Art): _____ Anzahl: Betten _____ Pflegepersonal: _____ Ärztliches Personal: _____
(spezielles Fachgebiet)

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

Typische Symptomatik:
Erbrechen u./o. Durchfall

Patient (PAT), Pflege (PFLE)
Arzt (A), Verwandte Ang. (V)

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	PAT/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									

NoroPrevent – Fragebogen für Krankenhaus, Psychiatrie, Rehabilitationsklinik

Lfd. Nr.	Person mit typischer Symptomatik (Geb. Monat/Jahr)	Datum der Aufnahme	Datum der ersten Symptomatik	PAT/PFLE/A/V (weitere: Rolle explizit nennen)	Indexfall (ja/nein)	Datum Norovirusdiagnostik (keine: "-----")	Norovirusnachweis (pos./neg.)	Nachweis anderer Gastroenteritiserreger? (welcher, wann?)	Bemerkungen
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									

NoroPrevent – Fragebogen für Krankenhaus, Psychiatrie, Rehabilitationsklinik

Lfd. Nr.	Person mit typischer Symptomatik (Geb. Monat/Jahr)	Datum der Aufnahme	Datum der ersten Symptomatik	PAT/PFLE/A/V (weitere: Rolle explizit nennen)	Indexfall (ja/nein)	Datum Norovirusdiagnostik (keine: "-----")	Norovirusnachweis (pos./neg.)	Nachweis anderer Gastroenteritiserreger? (welcher, wann?)	Bemerkungen
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									