

## Erhebungsbogen für Erkrankungen durch *Clostridioides* (früher: *Clostridium*) *difficile* (CDI), schwere Verlaufsform

**1\*** (Für Ermittlungen des Gesundheitsamtes in Ergänzung zur Meldung einer meldepflichtigen Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG, siehe Erläuterungen auf Seite 4)

### Meldung (gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1a. b) IfSG)

|                              |                        |                        |
|------------------------------|------------------------|------------------------|
| an das <b>Gesundheitsamt</b> |                        | Datum (tt / mm / jjjj) |
| durch das Labor              |                        | am                     |
| übermittelt an TLV am        | Datum (tt / mm / jjjj) | Aktenzeichen           |
|                              |                        | Telefon (mit Vorwahl)  |

### Patient

|   |                                   |                                    |                          |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> männlich                 | <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> divers    | Geburtsdatum (mm / jjjj) |
| Ist der Patient <b>verstorben</b> ?               |                                   |                                    |                          |
| <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> unbekannt |                          |
| Wenn ja, verstorben am                            |                                   | Datum (tt / mm / jjjj)             |                          |
| <b>2*</b> Verstorben an der gemeldeten Krankheit? |                                   |                                    |                          |
| <input type="checkbox"/> ja                       | <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> unbekannt |                          |

### 3\* Klinikaufenthalt

|   |                                      |                                    |                        |   |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ja                                   | <input type="checkbox"/> nein        | <input type="checkbox"/> unbekannt |                        |   |
| <b>Wenn ja</b>  | Name und Anschrift des Krankenhauses |                                    |                        |   |
| hospitalisiert vom  | Datum (tt / mm / jjjj)               | bis                                | Datum (tt / mm / jjjj) |   |
| Herkunft des Patienten bei Krankenaufnahme                    |                                      |                                    |                        |   |
| <input type="checkbox"/>                                      | anderes Krankenhaus                  |                                    |                        |   |
| <input type="checkbox"/>                                      | Pflegeheim                           |                                    |                        |   |
| <input type="checkbox"/>                                      | Reha-Klinik                          |                                    |                        |   |
| <input type="checkbox"/>                                      | Zuhause (ambulante Überweisung)      |                                    |                        |   |
| <input type="checkbox"/>                                      | Zuhause (über Notaufnahme)           |                                    |                        |   |
| <input type="checkbox"/>                                      | unbekannt                            |                                    |                        |   |
| Aufnahmegrund   |                                      |                                    |                        |   |
| War/ist die betroffene Person isoliert?                       | <input type="checkbox"/> nein        | <input type="checkbox"/> ja, seit  | Datum (tt / mm / jjjj) | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer       |
|   |                                      |                                    |                        | <input type="checkbox"/> Kohortenisolierung |
| Gab es vor der Isolierung Kontaktpersonen im Patientenzimmer? | <input type="checkbox"/> nein        | <input type="checkbox"/> ja        |                        |   |
| Gibt es weitere Personen mit einer CDI auf der Station?       | <input type="checkbox"/> nein        | <input type="checkbox"/> ja        | Anzahl                 |   |

## Klinische Informationen

|                   |                        |                |                        |
|-------------------|------------------------|----------------|------------------------|
| Erkrankungsbeginn | Datum (tt / mm / jjjj) | Datum Diagnose | Datum (tt / mm / jjjj) |
|-------------------|------------------------|----------------|------------------------|

### Symptome

- abdominale Schmerzen
- Blut im Stuhl
- Darmperforation
- Diarrhoe
- Fieber
- Hypalbuminämie
- Ileus
- Leukozytose
- pseudomembranöse Kolitis
- Sepsis
- Therapie-refraktäre Kolitis
- toxisches Megacolon

### 4\* Kriterien

- Aufnahme in eine medizinische Einrichtung zur Behandlung einer ambulant erworbenen CDI
- Verlegung auf eine Intensivstation zur Behandlung der CDI oder ihrer Komplikationen
- Durchführung eines chirurgischen Eingriffs (z. B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer Therapie-refraktären Kolitis
- Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnosestellung einer CDI und Wertung der CDI als
  - direkte Todesursache oder
  - als zum Tode beitragende Erkrankung

### Risikofaktoren

- Alter > 65 Jahre
- Antibiotika-Therapie in den letzten Monaten
- eine bereits durchgemachte CDI
- Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika oder Protonenpumpen-Inhibitoren
- Hospitalisierung in den letzten 3 Monaten
- schwere chronische Erkrankung / multimorbider Patient / Immunsuppression
- wohnhaft im Alten- und Pflegeheim

## Labordiagnostischer Nachweis

### Labormethode

- Nachweis von *C. difficile*-Toxin A und/oder B aus Stuhl (z. B. ELISA, Zytotoxizitätstest)
- Nachweis von *C. difficile*-Toxin A und/oder B aus der Bakterienkultur (z. B. ELISA, Zytotoxizitätstest)
- Nukleinsäurenachweis (z. B. PCR) des *C. difficile*-Toxin-A- und/oder -B-Gens aus Stuhl
- Nukleinsäurenachweis (z. B. PCR) des *C. difficile*-Toxin-A- und/oder -B-Gens aus der Bakterienkultur
- Histologischer Nachweis aus Gewebe (z. B. Endoskopie, Kolektomie oder Autopsie)
- Endoskopischer Nachweis einer pseudomembranösen Kolitis
- andere Labormethode:

### Ribotyp

- RT027
- anderer:
- unbekannt

## 5\* Nosokomial erworbene Infektion

ja     nein     unbekannt

### Wenn ja

- Einzelfall  
 Teil eines bekannten Ausbruchs  
 unbekannt

### Wenn nein, mitgebracht

- aus Krankenhaus  
 aus Pflegeheim  
 aus Reha-Klinik  
 von ambulant (z. B. Dialyse)

Aus welcher Einrichtung? – Name und Anschrift

- von Zuhause  
 unbekannt

### Vermutliche Infektionsquelle / Besonderheiten / Bemerkungen

Ort, Datum

Bearbeiter

## Erläuterungen

### zum Erhebungsbogen für Erkrankungen durch *Clostridioides difficile* (CDI) mit schwerer Verlaufsform

- 1\*** Dieser Erhebungsbogen soll eine Hilfestellung für die Ermittlung der notwendigen Angaben für den Dateneintrag in die Übermittlungssoftware geben und die epidemiologische Beurteilung des Falles erleichtern. Außerdem ermöglicht er dem TLV einen Überblick über die Situation der Erkrankungen durch *Clostridioides difficile* mit schwerem Verlauf in Thüringen. **Die ermittelnden Gesundheitsämter sind verantwortlich für die Vollständigkeit der erhobenen Daten.**
- 2\*** Tragen Sie hier bitte ein, ob der Patient an der gemeldeten Krankheit verstorben ist. Dieser kausale Zusammenhang wird definiert als jeder Todesfall, bei dem die meldepflichtige Krankheit im Totenschein unter Punkt 11 *Todesursache, Feststellung bei der Leichenschau*, Teil I (unmittelbar zum Tode führende Krankheit) oder Teil II (zum Tode beitragende Krankheiten) genannt wird.
- 3\*** Tragen Sie hier bitte ein, ob der Patient während der meldepflichtigen CDI stationär in einer Klinik aufgenommen war. Diese Angabe ist unabhängig davon, ob der Krankenhausaufenthalt im Zusammenhang mit der Erkrankung steht.
- 4\*** Eine CDI wird als ambulant erworben definiert, wenn **beide** folgenden Kriterien zutreffen:
- Symptombeginn vor oder am Tag der stationären Aufnahme oder dem darauffolgenden Tag sowie
  - kein Aufenthalt in einer medizinischen Einrichtung innerhalb der 12 Wochen vor Symptombeginn.
- 5\*** Eine Infektion wird als nosokomial bezeichnet, wenn der Erkrankungsbeginn nach dem zweiten Aufenthaltstag des Patienten in der jeweiligen medizinischen Einrichtung liegt. In diesem Fall ist davon auszugehen, dass die Bakterien durch medizinische und/oder pflegerische Maßnahmen in der Gesundheitseinrichtung auf den Patienten übertragen wurden und invasiv in den Körper eindringen konnten. Auch eine therapiebedingte CDI wird als nosokomial erworben bezeichnet. Dabei wird die Vermehrung der bereits im Darm vorhandenen *C. difficile*-Bakterien z. B. durch eine Langzeit-Antibiotikatherapie gefördert, während das Wachstum der sensiblen Normalflora gehemmt wird.
- Liegt der Erkrankungsbeginn vor der stationären Aufnahme bzw. am ersten Aufenthaltstag (= Aufnahmetag) oder an dem darauffolgenden Tag (2. Aufenthaltstag), so wird die Infektion als mitgebracht eingestuft.