

## MRE Empfehlungskatalog (Stand: April 2025)

Sachverhalt	Empfehlung des Fachausschusses und der Geschäftsstelle
<p>1. Aufbau Stellungnahme</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelfallbetrachtung der Fälle und Angabe der Gründe für die Auffälligkeit</li> <li>• Schilderung aus krankenhaushygienischer Sicht</li> <li>• Nähergehende Informationen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aufnahmescreening erfolgt?</li> <li>○ Wenn ja: Screening positiv/negativ?</li> <li>○ Bei positivem Nachweis, Nachweisort angeben</li> <li>○ Darstellung des weiteren Vorgehens nach Keimnachweis</li> </ul> </li> <li>• Kurze Darstellung der grundsätzlichen Prozesse in der Klinik</li> <li>• Handelt es sich um einen Dokumentationsfehler?</li> <li>• Bereits eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen der Klinik</li> </ul>
<p>2. Dokumentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallmonitoring vor Export der Daten an die LAGQH</li> <li>• Mitarbeiter*innenschulung zur korrekten Dokumentation</li> <li>• Beachtung der Antwortmöglichkeiten im Dokumentationsbogen               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ z.B. Gründe, die gegen eine Dekolonisierung vorlagen korrekt angeben</li> </ul> </li> <li>• Patient*innen isoliert inkl. Barrierepflege/Sanierung?</li> </ul>
<p>3. Vorgehen bei vorliegenden Risiken</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahmescreening (um einen nosokomialen Erwerb ausschließen zu können)</li> <li>• Typisierung bei gehäuftem Auftreten oder Verdacht auf nosokomialen Erwerb um eine Quellensuche durchzuführen (vor allem bei einem negativen Aufnahmescreening)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsequente Fokussuche – zum Ausschluss eines zweiten Fokus, erneute Testung von Abstrichen und Proben</li> <li>• SOP's für den Umgang mit MRE-Erstnachweisen anlegen</li> <li>• Eine aseptische Wundversorgung ist in den meisten Fällen als Standardvorgehen nicht geeignet, dies entspricht den sogenannten Basishygienemaßnahmen. Darüber hinaus ist eine Isolierung erforderlich.</li> <li>• Überprüfung der hygienischen Kautelen bei der Wundversorgung</li> <li>• Ursachenforschung, Nachverfolgung und Maßnahmenableitung bei nosokomialen Nachweisen, um zeitnah reagieren zu können</li> </ul>
<p>4. Dekolonisierung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• palliative Patient*innen sind nicht automatisch von einer Dekolonisierung ausgeschlossen. Hierbei ist eine individuelle Betrachtung der Situation notwendig</li> <li>• ein einzelner Nachweis reicht, um Maßnahmen zur Dekolonisierung einzuleiten</li> <li>• eine Covid-Infektion ist keine Kontraindikation für eine Dekolonisierung</li> <li>• bei positiver Testung am Entlassungstag, sollte für die weiterbehandelnden Ärzt*innen die Durchführung einer Dekolonisierung empfohlen werden</li> <li>• Dekolonisierungsmaßnahmen sollten vollständig umgesetzt werden</li> <li>• Abstriche (z.B. Nase und Rachen) sollten auch unabhängig voneinander gewertet werden und nicht erst, wenn beide einen positiven Nachweis liefern</li> <li>• Eine Dekolonisierung umfasst immer die Körperoberfläche und zugängliche Schleimhäute sowie ggf. vorhandene Wunden.</li> <li>• Im Fall, dass keine Dekolonisierung durchgeführt wurde und dies als ‚nein‘ im QS-Dokumentationsbogen entsprechend angegeben wird, fordert der Bogen die Angabe von Gründen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 = zu kurzer Aufenthalt</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 = unzugänglich z.B. auf Grund der Erregerlokalisierung</li> <li>• 3 = unkooperativ</li> <li>• 4 = anamnestiche Erfolglosigkeit</li> <li>• 8 = Sonstiges (z.B. in der Krankenakte nachvollziehbar dokumentierte andere Gründe)</li> <li>• 9 = Nicht dokumentiert</li> </ul> <p>Näheres entnehmen Sie gerne den Ausfüllhinweisen, welche in der aktuellsten Spezifikation enthalten sind.</p>
<p>5. Antibiose</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiotikatherapieschulungen für die Mitarbeiter*innen anbieten</li> <li>• Antibiotikarichtlinien auf Basis der gültigen S3-Leitlinie überprüfen und ggf. aktualisieren</li> <li>• Eine therapiebedingte Resistenzentwicklung durch Antibiose ist im Gegensatz zu den 4MRGN-Keimen bei MRSA unwahrscheinlich, es handelt sich im Regelfall um Übertragungen.</li> <li>• ABS</li> </ul>
<p>6. Informationsweitergabe</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arztbrief der Patient*innen prüfen und ggf. korrigieren, sollte der Befund erst nach Entlassung eintreffen</li> <li>• Bei Verlegung innerhalb der eigenen Klinik, sollte dennoch die Folgedokumentation und ein ausreichender Informationsstand für die weiterbehandelnden Ärzt*innen gewährleistet werden             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es empfiehlt sich die zusätzliche Information an die Hausärzt*innen</li> </ul> </li> <li>• Interne Prozesse auf Verbesserungspotential prüfen</li> <li>• Mitarbeiter*innenschulungen durchführen</li> <li>• Die Informationsweitergabe kann auch im Arztbrief angegeben werden und muss nicht zwingend mittels Überleitungsbogen erfolgen (siehe Antwortmöglichkeiten im Dokumentationsbogen)</li> <li>• Auch wenn Patient*innen keinen festen Wohnsitz und/oder Hausarzt/Hausärztin haben sollte ein Arztbrief ausgestellt werden</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Eine Informationsweitergabe gilt somit als erfolgt und kann im Dokumentationsbogen entsprechend angegeben werden</li><li>• bei Befundeingang am oder nach dem Entlassungstag, muss den weiterbehandelnden Ärzt*innen die Information nachträglich nachweislich übermittelt werden</li></ul>
--	---