

## Orbis „MRGN-Bogen“ zur Entscheidungsfindung zum 4\_MRGN Screening

Um Ihnen die Entscheidung zu erleichtern, ob ein Patient zu den 4MRGN-Risikopatienten zählt oder nicht und somit Ihrerseits ein entsprechendes 4\_MRGN-Screening (s. Intranet: Laborinformation aus der Mikrobiologie 2015\_09 und Informationsmaterial der Krankenhaushygiene „Wie sind 3\_MRGN und 4\_MRGN definiert“) zu veranlassen ist, finden Sie ab sofort im Orbis neben dem Anamnesebogen einen Reiter „MRGN-Bogen“.

Dort sind drei Fragen hinterlegt, die zwingend für jeden Patienten zu beantworten sind. Aus der Konstellation der Beantwortung ergeben sich direkte Handlungskonsequenzen (Laboranforderung „4\_MRGN-Screen“).

Nach den aktuellen KRINKO-Empfehlungen sollten zwar Risikopatienten bis zum Vorliegen der Ergebnisse isoliert werden. Allerdings kann im Regelfall aufgrund der sehr niedrigen Prävalenz in unserer Region auf eine präemptive Isolierung zunächst verzichtet werden.

Nach Abwägung des Übertragungsrisikos kann sich ggf. hier im Einzelfall die Isolierung eines Patienten dennoch als notwendig erweisen. Zur Entscheidungsfindung können Sie gerne mit den Mitarbeitern der Krankenhaushygiene Rücksprache halten.

### Hintergrund zum 4\_MRGN Screening

Grundlage für das 4\_MRGN-Screening bilden Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention („KRINKO“) aus dem Jahre 2012. Hier wurde bereits auf die Notwendigkeit hingewiesen, alle Patienten mit einem Risiko für eine Besiedlung oder Infektion mit 4\_MRGN (MRGN = multiresistente gramnegative Erreger) zu screenen. Als Risikopatienten gelten gemäß KRINKO Patienten, die in den letzten 12 Monaten Kontakt zum Gesundheitssystem in Ländern mit endemischem Auftreten von 4\_MRGN hatten und Patienten, die zu 4\_MRGN-Patienten Kontakt hatten, d.h. im gleichen Zimmer gepflegt wurden.

Mögliche 4\_MRGN Erreger können in der Gruppe der Enterobakterien, als *Pseudomonas aeruginosa* oder im *Acinetobacter baumannii*-Komplex (*A. baumannii*, *A. pittii*, *A. nosocomialis*) identifiziert werden. In Deutschland sind Carbapenemase-bildende Enterobakterien derzeit weiterhin eher regional verbreitet mit vereinzelt Berichten von Ausbrüchen, während Carbapenem-resistente *A. baumannii* überregional verbreitet sind.

Die Daten aus der Antibiotika-Resistenz-Surveillance in Deutschland („ARS“) zeigten 2012 einen signifikanten Anstieg bestimmter 4\_MRGN [4\_MRGN *A. baumannii* von 6,4 % (2008) auf 13,6 % (2011); Auf Intensivstationen: 4\_MRGN *A. baumannii* von 11,1 % (2008) auf 19,6 % (2012) und Nachweise von 4\_MRGN *Klebsiella pneumoniae* von 1,0 % der Isolate in 2012]. Im Vergleich zu 2011 hatte sich die absolute Anzahl der Nachweise einer Carbapenemase aus Isolaten, die an das Nationale Referenzzentrum („NRZ“) für gramnegative Krankenhauserreger eingeschickt wurden im Jahr 2012 von 1.473 auf 2.873 verdoppelt. Ein höheres Risiko für die Besiedlung konnte auch für Patienten neurologischer Reha-Einrichtungen oder bei ambulanter Beatmung gefunden werden.

Trotz aktuell eher rückläufigem Trend an 4\_MRGN Erregern in Deutschland wurde eine erweiterte Meldepflicht für Infektion oder Kolonisation mit Carbapenem-resistenten Enterobakterien und Bakterien des *Acinetobacter baumannii* Komplexes eingeführt (seit 1.5.2016, s. auch im Intranet Laborinformation der Mikrobiologie 2016\_04).

### Literatur:

KRINKO: Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2012; 55:1311-1354

Ergänzung zu den „Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen“ (2012) im Rahmen der Anpassung an die epidemiologische Situation. Epidem. Bulletin 21/2014: 183-184