

Hygienebericht Teil A - Allgemeine Angaben

Fragebogen vom: 14.01.2020

für den Zeitraum: 2019

Erfassung, Bewertung und Dokumentation von nosokomialen Infektionen, Antibiotikaresistenzen und Antibiotikaverbrauch nach § 11 HmbMedHygVO
<http://www.landesrecht.hamburg.de>

Name / Anschrift des Krankenhauses:

EuroEyes AugenLaserZentrum City Hamburg
 Valentinskamp 90
 20355 Hamburg

1. Allgemeines

Zuständiges Bezirksamt: Hamburg-Mitte

Bettenzahl gesamt (Bettenzahl der zu versorgenden Patienten): 1

Nicht bettenführende Abteilungen: Teilstationäre/ambulante Fälle: 15

Zuordnung der Bettenanzahl nach Risikoprofil gem. RKI-Empfehlung

Zuordnung gem. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ :Bundesgesundheitsblatt 2009, 52: 951-9

Hoch (A): 0 Mittel (B): 1 Niedrig (C): 0

2. Hygienemanagement/Hygienepläne	Ja / Nein
a. Gibt es betriebsorganisatorische Regelungen zur Krankenhaushygiene?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
b. sind innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen gem. § 4 HmbMedHygVO festgelegt?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
c. Existiert eine Hygienekommission gem. § 4 HmbMedHygVO	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn nein, ist die Bildung einer Hygienekommission beabsichtigt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

d. Wie setzt sich die Kommission zusammen?	
Ärztliche Leitung	<input checked="" type="checkbox"/>
Verwaltungsleitung	<input checked="" type="checkbox"/>
Pflegedienstleitung	<input checked="" type="checkbox"/>
Krankenhaushygieniker/ Krankenhaushygienikerin	<input checked="" type="checkbox"/>
Hygienefachkraft	<input checked="" type="checkbox"/>
Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte	<input checked="" type="checkbox"/>
Sonstige:	

e. Gibt es eine Geschäftsordnung für die Hygienekommission?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
f. Anzahl der Kommissionssitzungen in 2019	2

3. Personalressource Hygienefachpersonal Stand 2019	Stellen-Äquivalent (Anteil VK)
a. Hygienefachkräfte gem. §§ 5 und 8 HmbMedHygVO	
Anzahl der Hygienefachkräfte (Ist)	0,655
davon verfügen über eine staatlich anerkannte Weiterbildung zur Hygienefachkraft	0,655
Bedarf an Hygienefachkräften gem. § 8 Abs. 4 HmbMedHygVO (Soll)	0,655

Hygienebericht Teil A - Allgemeine Angaben

Fragebogen vom: 14.01.2020

für den Zeitraum: 2019

b. Hygienebeauftragte Ärzte und Ärztinnen gem. §§ 5 und 7 HmbMedHygVO	Anzahl
Anzahl der Hygienebeauftragten Ärzte/Ärztinnen	1
Davon Fachärzte/Fachärztinnen	1
Davon haben an einer von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildung zum hygienebeauftragten Arzt oder Ärztin teilgenommen	1

c. Krankenhaushygieniker/-in gem. § 5 und 6 HmbMedHygVO	Ja / Nein
Wird eine/ ein Krankenhaushygieniker/-in beschäftigt?	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Wenn nein, gibt es einen Vertrag mit einem externen Krankenhaushygieniker/-in?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

	Stellen-Äquivalent (Anteil VK)
Beschäftigungsumfang (Ist) in 2019 des/der angestellten Krankenhaushygienikers/-in. Anteil VK	0,005
Qualifikation:	
Facharzt/Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin	<input checked="" type="checkbox"/>
Facharzt/Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input checked="" type="checkbox"/>
Facharzt/Fachärztin und anerkannte Qualifikation auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene	<input checked="" type="checkbox"/>
Facharzt/Fachärztin in der curricularen Weiterbildung zum Krankenhaushygieniker/-in. Anteil VK	
Bedarf an Krankenhaushygienikern gem. § 6 HmbMedHygVO (Soll)	1

d. Klinisch-mikrobiologisch und klinisch-pharmazeutische Beratung gem. § 5 HmbMedHygVO	Ja / Nein
Erfolgte eine Benennung von Personen für die klinisch-mikrobiologische Beratung?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erfolgte eine Benennung von Personen für die klinisch-pharmazeutische Beratung?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Verfügt die Einrichtung über mindestens einen ABS-Beauftragten (ggf. ein ABS-Team)?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

e. Hygienebeauftragte in der Pflege gem. § 9 HmbMedHygVO	Ja / Nein
Gibt es Hygienebeauftragte in der Pflege?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

4. Surveillance nosokomialer Infektionen gem. § 23 Absatz 4 IfSG in Verbindung mit § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b IfSG und § 11 HmbMedHygVO	Ja / Nein
a. Erfassung	
Werden nosokomiale Infektionen gesondert erfasst?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Werden die Ergebnisse dieser Erfassung in regelmäßigen Abständen ausgewertet?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, seit wann?	01.05.2006
Werden die Ergebnisse dieser Erfassung in regelmäßigen Abständen mit dem beteiligten Personal rückgekoppelt?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, seit wann?	01.05.2006
b. Nach welchen Kriterien wurden die Bereiche ausgesucht?	
Risikobereiche, Bereiche mit bereits vorhandenen Vergleichszahlen	<input checked="" type="checkbox"/>
Bereiche mit hohem Patientenaufkommen	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input checked="" type="checkbox"/>
Ja / Nein	
Wurde die Risikobewertung in der Hygienekommission festgelegt?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wie ist sichergestellt, dass auch bisher nicht erfasste Bereiche in die Surveillance eingeschlossen werden?	Es sind nicht mehr Bereiche vorhanden

Hygienebericht Teil A - Allgemeine Angaben

Fragebogen vom: 14.01.2020

für den Zeitraum:

2019

5. Surveillance von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen gem. § 23 Abs. 4 IfSG in Verbindung mit § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b IfSG und § 11 HmbMedHygVO	Ja / Nein
a. Erfassung	
Werden Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend aufgezeichnet und bewertet?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erfolgen die Bewertungen und Schlussfolgerungen in der Hygienekommission?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erfolgen die Bewertungen und Schlussfolgerungen in den Fachbereichen?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sonstige:	

b. Screening	MRSA	VRE	4 MRGN	andere
Aufnahmescreening				
generell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
risikobasiert	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei risikobasiertem Screening: Welche Patientinnen- bzw. Patientenkategorien werden erfasst?				
Bekannte MRE-Anamnese	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch pflegebedürftige Patientinnen und Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcera/ chronische Wunden/ Gangrän/ tiefe Weichteilinfektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialysepflichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transplantationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brandverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(beruflicher) direkter Kontakt zu Tieren in der landwirtschaftlichen Tiermast (Schweine / Geflügel)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufenthalt in Ländern mit erhöhter Prävalenz für MRSA bzw. MRGN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:				
Anzahl Aufnahmescreening im letzten Kalenderjahr 2019	0	0	0	0
Anzahl positiver Befunde bei Aufnahme im Jahr 2019	0	0	0	0
Informationssicherung				
System zur Markierung in Krankenakten bei positiven Befunden nach Entlassung vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hygiene-Management bei Erregernachweis				
	MRSA	VRE	4 MRGN	andere
Schriftlich festgelegt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolierung in Einzelzimmer/Einzelkabine bzw. Kohortenisolierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereits bei Verdacht	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Laborbestätigung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulung des Personals zum Hygienemanagement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information der Besucher über Schutzmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Netzwerk	Ja / Nein
An der Hamburger MRSA/MRE Netzwerkarbeit wird teilgenommen	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Sonstige:	

Hygienebericht Teil A - Allgemeine Angaben

Fragebogen vom: 14.01.2020

für den Zeitraum: 2019

6. Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs gem. § 23 Abs. 4 IfSG in Verbindung mit § 4 Absatz 2 Nummer 2 b IfSG und § 11 HmbMedHygVO	Ja / Nein	
a. Erfassung		
Wird der Antibiotika-Verbrauch erfasst?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, seit wann?	01.04.2012	
Beteiligen Sie sich an der AVS (Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn Sie den Verbrauch erfassen, erfolgt das:		seit
Klinik- Einrichtungsweit	<input checked="" type="checkbox"/>	
abteilungsbezogen	<input type="checkbox"/>	
nach Wirkstoffgruppen (z. B. Penicilline, Cephalosporine, Chinolone)	<input checked="" type="checkbox"/>	

b. Maßnahmen zum rationalen Einsatz von Antibiotika	Ja / Nein	
Gibt es eine Antibiotika-Therapie-Beratung?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie Antibiotikatherapie-Leitlinien?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nutzen Sie ARS (Antibiotika-Resistenz-Surveillance)?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nutzen Sie andere Verfahren?	<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein
Werden die Ergebnisse dem Personal bekannt gemacht?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Gibt es hausinterne Fortbildungen zum rationalen Einsatz von Antibiotika?	<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Maßnahmen werden festgelegt		
in der Hygienekommission	<input checked="" type="checkbox"/>	
in der Arzneimittelkommission	<input type="checkbox"/>	
Fachbereichsbezogen	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges:		

7. Schulung gem. § 10 HmbMedHygVO	Ja / Nein
Liegt ein Fortbildungsplan vor?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Anteil %
Wie hoch war der Anteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in 2019 an einer entsprechenden Fortbildung teilgenommen haben? Bezogen auf die Gesamtmitarbeiterzahl.	90

8. Information des Personals gem. § 13 HmbMedHygVO	Ja / Nein
Wird das Personal bei Beginn des Arbeitsverhältnisses und danach mindestens einmal jährlich über die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene informiert?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wird die Kenntnisnahme der Information durch Unterschrift jeder/s Mitarbeiterin/Mitarbeiters bestätigt?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

9. Veröffentlichung der Berichte gem. § 11 HmbMedHygVO	
Bitte geben Sie an, wo die Hygieneberichte in allgemein zugänglicher Form veröffentlicht werden:	Hamburgische Krankenhausgesellschaft

Erfassung, Bewertung und Dokumentation von nosokomialen Infektionen, Antibiotikaresistenzen und Antibiotikaverbrauch nach § 11 HmbMedHygVO

Teil B

Fragebogen vom: 14.01.2020

Abteilungsbezogene Angaben für:

2019

Surveillance Nosokomialer Infektionen

Die folgenden Fragen sind behebungsbereichsbezogen zu beantworten.

Name des Krankenhauses/der Einrichtung:

EuroEyes AugenLaserZentrum City Hamburg

Bereich/Abteilung:

Augenklinik

Patientenzahl (DRG-Entlassungsfälle):

3824

1. Surveillance in dem Bereich/Abteilung	
1.1 Teilnahme an KISS	Auswahl
Welches Modul wird erfasst?	
OP-KISS	<input type="checkbox"/>
ITS-KISS	<input type="checkbox"/>
STATIONS-KISS (Device-KISS)	<input type="checkbox"/>
Hand-KISS	<input type="checkbox"/>
NEO-KISS	<input type="checkbox"/>
CDAD-KISS	<input type="checkbox"/>
MRSA-KISS	<input type="checkbox"/>
AMBU-KISS	<input type="checkbox"/>
ONKO-KISS	<input type="checkbox"/>
Weitere KISS-Module	<input type="checkbox"/>
1.2 Surveillance analog zu KISS	Ja /Nein
schriftliche Festlegung zur Erhebung	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erfassung erfolgt prospektiv	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Erfassung erfolgt retrospektiv	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
1.3 Welche nosokomialen Infektionen werden erfasst?	Ja /Nein
Beatmungsassoziierte Pneumonien	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Harnwegskatheter-assoziierte Harnwegsinfektion	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Zentralvenenkatheter(ZVK)-assoziierte Sepsis	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Postoperative Wundinfektion	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Nosokomiale Diarrhoen durch Clostridium difficile	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
1.4 Zuständigkeit für die Erfassung der Daten nosokomialer Infektion? (Falls mehrere/unterschiedliche Module/Zuständigkeiten in einem Bereich vorkommen, ist dies separat aufzuführen (eigener Bogen))	Ja /Nein
Hygienefachkraft	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hygienebeauftragte Ärztin/Hygienebeauftragter Arzt	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Krankenhaushygieniker/-in	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Stationsärztin/-arzt; behandelnde Ärztin/Arzt	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Leitung der Abteilung	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
wurde eine Surveillance-Schulung absolviert?	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
1.5 Zuständigkeit für die Bewertung der Daten nosokomialer Infektion?	Ja /Nein
Schriftlicher Standard für die Bewertung festgelegt?	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
1.6 Referenz für die Bewertung der Ergebnisse	Ja /Nein
Klinikeigene Daten aus vorangegangenen Zeiträumen (z.B. 1. Quartal 2019 vs. 1. Quartal 2018 o.ä.)	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bezug auf externe KISS-Referenzdaten	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Bezug auf andere externe Referenzdaten	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
keine Bewertung der Daten	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
1.7 Erfolgt in regelmäßigen Abständen eine Besprechung der Auswertung?	Auswahl
Wenn ja, in welchem Gremium?	
Hygienekommission	<input checked="" type="checkbox"/>
abteilungsintern	<input checked="" type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>

Wie häufig?	
Monatlich	<input type="radio"/>
Vierteljährlich	<input type="radio"/>
Halbjährlich	<input checked="" type="radio"/>
Jährlich	<input type="radio"/>
andere Zeiträume	<input type="radio"/>
letzte Bewertung am	
1.8 Was ist geplant, falls ein Ergebnis außerhalb des Toleranzbereichs liegt?	Ja /Nein
Prüfung auf statistischen Zufall	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Prüfung auf korrekte Erfassung	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
genauere Untersuchungen des beanstandeten Bereichs	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Intervention	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
erneute Erfassung	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Surveillance von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen

2. Surveillance in dem Bereich/Abteilung	Ja /Nein
2.1 Erfassung von Antibiotikaresistenzen	
schriftlicher Standard zur Erfassung vorhanden	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Datenerfassung erfolgt EDV-basiert	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
MRSA-KISS	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
2.2 Zuständigkeit für die Erfassung der Daten	
Ja /Nein	
Hygienebeauftragte Ärztin/Hygienebeauftragter Arzt	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Krankenhaushygieniker/-in	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Laborleiter/-in	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Stationsärztin/-arzt; behandelnde Ärztin/Arzt	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Leitung der Abteilung	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
andere	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
2.3 Zuständigkeit für die Bewertung der Daten	
Ja /Nein	
Hygienebeauftragte Ärztin/ Hygienebeauftragter Arzt	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Krankenhaushygieniker/-in	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Laborleiter/-in	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Stationsärztin/-arzt; behandelnde Ärztin/Arzt	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Leitung der Abteilung	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Ist ein schriftlicher Standard für die Bewertung festgelegt?	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
andere	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
2.4 Referenz für die Bewertung der Ergebnisse	
Ja /Nein	
Klinikeigene Daten aus vorangegangenen Zeiträumen (z.B. 1. Quartal 2019 vs. 1. Quartal 2018 o.ä.)	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bezug auf externe Referenzdaten	<input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche	
Daten des (externen) untersuchenden Labors	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
Keine Bewertung der Daten	<input type="radio"/> Ja <input checked="" type="radio"/> Nein
2.5 Erfolgt in regelmäßigen Abständen eine Besprechung der Auswertung?	
Auswahl	
Wenn ja, in welchem Gremium?	
Hygienekommission	<input checked="" type="checkbox"/>
abteilungsintern	<input checked="" type="checkbox"/>
andere	<input type="checkbox"/>
Und wie häufig?	
Monatlich	<input type="radio"/>
Vierteljährlich	<input type="radio"/>
Halbjährlich	<input checked="" type="radio"/>
Jährlich	<input type="radio"/>
andere Zeiträume	<input type="radio"/>
letzte Bewertung am	19.08.2019