

Hygienebericht Teil A - Allgemeine Angaben

für den Zeitraum:

2022

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: 8 |
| 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): | Mittel (B): 1 Niedrig (C): |

| 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 2022 | 2 |

| 3. Personalressource Hygienefachpersonal Stand 2022 | 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

für den Zeitraum:

2022

| b. Hygienebeauftragte Ärzte und Ärztinnen gem. §§ 5 und 7 HmbMedHygVO | Anzahl |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Anzahl der Hygienebeauftragten Ärzte/Ärztinnen | 3 |
| Davon Fachärzte/Fachärztinnen | 1 |
| Davon haben an einer von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildung zum hygienebeauftragten Arzt oder Ärztin teilgenommen | 3 |

| 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 2022 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? | 01.05.06 |
| 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? | 01.05.06 |
| 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 keine Bereiche mehr vorhanden |

Hygienebericht Teil A - Allgemeine Angaben

für den Zeitraum:

2022

| 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"/> |
| Ulcer/ 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 2022 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Anzahl positiver Befunde bei Aufnahme im Jahr 2022 | 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 |
| | |

Hygienebericht Teil A - Allgemeine Angaben

für den Zeitraum:

2022

| 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? | 01.04.12 | |
| 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- Einrichtungswert | <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 2022 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 | Ja / Nein | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--|
| Bitte geben Sie an, wo die Hygieneberichte in allgemein zugänglicher Form veröffentlicht werden: | | |
| | Auf der Internetseite von Euroeyes, link ganz unten. | |