

Kriterienkatalog und Anleitung zum Zertifikat der Aktion Saubere Hände 2025



	Kriterien 2025	Bronze	Silber	Gold
1	Einführungskurs	✓	✓	✓
KOMMUNIKATION				
2	Aktionstag	✗	✓ alle 2 Jahre	✓ jährlich
3	Bericht zum Aktionstag	✗	✓ alle 2 Jahre	✓ jährlich
4	Treffen der Lenkungsgruppe	✓ jährlich	✓ jährlich	✓ 2x jährlich
5	Mitglieder der Lenkungsgruppe: Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, klinische tätige Ärzt:in, praktisch tätige Pflegeperson	✓	✓	✓
6	Zieldefinition durch die Lenkungsgruppe	✓	✓	✓
7	Patienten und Patientinnen steht innerhalb der Klinik Informationsmaterial zur Händedesinfektion zur Verfügung	✗	✓	✓
FORTBILDUNG				
8	Abgabe einer Kasuistik in webKess	✓	✓	✓
9	Jährliche Fortbildungen für Ärztinnen, Ärzte und Pfleger	✓	✓	✓
10	Andere medizinische Berufsgruppen, außerhalb der Pfleger und Ärztinnen, Ärzte werden jährlich zum Thema Händedesinfektion fortgebildet	✗	✓	✓
11	Werden neue Mitarbeitende medizinischer Fachberufe eingearbeitet, ist das Thema Händedesinfektion Teil der Einarbeitung	✗	✓	✓

Kriterienkatalog und Anleitung zum Zertifikat der Aktion Saubere Hände 2025



12	Informationen zur Händedesinfektion sind Bestandteil in der Ausbildung von Praktikanten, Auszubildenden medizinischer Berufe und Studierenden	✗	✗	✓
13	Mitarbeitende, die Compliance-Beobachtungen durchführen, wurden vorab geschult	✓	✓	✓
MESSINSTRUMENTE				
14	Dateneingabe HDMV in webKess	✓ für einige Stationen	✓ für alle Stationen	✓ für alle Stationen
15	Dateneingabe Compliance-Beobachtungen Normalstationen in webKess Daten sind bei Antragstellung nicht älter als 2 Jahre	✓ Beobachtung auf einer Station, ITS, IMC oder einem Funktionsbereich	✓ Beobachtung auf Stationen oder Funktionsbereichen, je nach Bettenzahl*	✓ Beobachtung auf Stationen oder Funktionsbereichen, je nach Bettenzahl* + ein zusätzlicher FB über 2 Jahre
16	Dateneingabe Compliance-Beobachtungen in webKess auf allen Intensivstationen Daten sind bei Antragstellung nicht älter als 2 Jahre	✗	✓	✓ über 2 Jahre
17	Sollwert zur Spenderausstattung wurde auf jeder Station erreicht	✓ 75 %	✓ 90 %	✓ 100 %
18	Dateneingabe Spenderausstattung in webKess für alle Stationen ist erfolgt	✓	✓	✓

Kriterienkatalog und Anleitung zum Zertifikat der Aktion Saubere Hände 2025



		FEEDBACK		
19	Stationsbezogenes Feedback zu Compliance-Beobachtungen mit Festlegung konkreter Ziele und Maßnahmen	✓ Datum	✓ Datum	✓ Datum
20	Die Daten zum HDMV und den Compliance-Beobachtungen wurden auf ärztlicher Abteilungsebene präsentiert	✗	✗	✓
21	Jeder Station wurde ein jährliches, mindestens schriftliches, Feedback zum Händedesinfektionsmittelverbrauch übermittelt	✓	✓	✓
22	Der Klinikleitung wurde ein schriftliches Feedback für jede Station, bzgl. der Compliance und des HDMV, gesendet	✓ Datum	✓ Datum	✓ Datum
23	Die Daten zum HDMV und den Compliance-Beobachtungen wurden der Klinikleitung präsentiert	✗	✓ Datum	✓ Datum

* unter 300 Betten: mind. 2 Stationen / Funktionsbereiche
 300 - 600 Betten: mind. 4 Stationen / Funktionsbereiche
 über 600 Betten: mind. 6 Stationen / Funktionsbereiche

Abkürzungen: HDMV – Händedesinfektionsmittelverbrauch

Kriterienkatalog und Anleitung zum Zertifikat der Aktion Saubere Hände 2025

Inhalt

I Grundlegende Informationen	5
II Ggf. weitere KISS Kürzel zum Vertragshaus	6
III Anzahl der Stationen	6
1. Einführungskurs	6
2. Aktionstag	6
3. Bericht zum Aktionstag	7
4. Treffen der Lenkungsgruppe	7
5. Mitglieder der Lenkungsgruppe	8
6. Zieldefinition durch die Lenkungsgruppe	8
7. Patienten und Patientinnen steht innerhalb der Klinik Informationsmaterial zur Händedesinfektion zur Verfügung	8
8. Abgabe einer Kasuistik in webKess	8
9. Jährliche Fortbildungen für Ärztinnen, Ärzte und Pflegende	9
10. Andere medizinische Berufsgruppen, außerhalb der Pflegenden und Ärztinnen, Ärzte werden jährlich zum Thema Händedesinfektion fortgebildet	9
11. Werden neue Mitarbeitende medizinischer Fachberufe eingearbeitet, ist das Thema Händedesinfektion Teil der Einarbeitung	9
12. Informationen zur Händedesinfektion sind Bestandteil in der Ausbildung von Praktikanten, Auszubildenden medizinischer Berufe und Studierenden	9
13. Mitarbeitende, die Compliance-Beobachtungen durchführen, wurden vorab geschult	9
14. Dateneingabe HDMV in webKess	10
15. Dateneingabe Compliance-Beobachtungen Normalstationen in webKess	10
16. Dateneingabe Compliance-Beobachtungen in webKess auf allen Intensivstationen	11
17. Dateneingabe Compliance-Beobachtungen Funktionsbereiche	11
18. Sollwert zur Spenderausstattung wurde auf jeder Station erreicht	11
19. Dateneingabe Spenderausstattung in webKess für alle Stationen	12
20. Stationsbezogenes Feedback zur Compliance-Beobachtung mit Festlegung konkreter Ziele und Maßnahmen	12
21. Die Daten zum HDMV und den Compliance-Beobachtungen wurden auf ärztlicher Abteilungsebene präsentiert	13
22. Jeder Station wurde ein jährliches, mindestens schriftliches, Feedback zum Händedesinfektionsmittelverbrauch übermittelt	13
23. Der Klinikleitung wurde ein schriftliches Feedback für jede Station, bzgl. der Compliance und des HDMV, gesendet	13
24. Daten zum HDMV und den Compliance-Beobachtungen wurden der Klinikleitung präsentiert	13

Kriterienkatalog und Anleitung zum Zertifikat der Aktion Saubere Hände 2025

I Grundlegende Informationen

Ein Zertifikat kann vom 1.1. – 31.12. eines jeden Jahres beantragt werden. Eine rückwirkende Antragsstellung ist nicht möglich.

Die Gültigkeit des Zertifikats gilt für das Jahr der Antragsstellung und das darauffolgende Kalenderjahr. Beispiel: Bei einem Antrag bis zum 31.12.2025 ist das Zertifikat für die Jahre 2025/2026 gültig.

Die Stufe des Antrages (Bronze, Silber, Gold) ist frei wählbar. Sie müssen keine bestimmte Reihenfolge einhalten.

Eine Höherstufung in eine andere Zertifikatsstufe kann erst im folgenden Kalenderjahr nach Antragsstellung erfolgen.

Die gleiche Zertifikatsstufe kann erst nach Ablauf der Gültigkeit des bestehenden Zertifikats beantragt werden.

Die Beantragung eines Zertifikats ist freiwillig, d.h. die Teilnahme an der Kampagne Aktion Saubere Hände ist unabhängig von einem Zertifikat.

Die Antragstellung erfolgt online in webKess.

Nach erfolgreicher Genehmigung des Zertifikatantrages erhalten Sie eine Bestätigung. Auf der Website der Aktion Saubere Hände wird in der Teilnehmerliste, in der Ihre Klinik bereits aufgeführt ist, die erreichte Zertifikatsstufe veröffentlicht.

Sie können als maximale Anzahl an Urkunden, die Anzahl all ihrer Stationen erhalten, und zusätzlich fünf Urkunden für die Veröffentlichung nach eigener Wahl (z.B. im Eingangsbereich Ihrer Klinik).

Darüber hinaus erhalten Sie per E-Mail Online Siegel zur weiteren Verwendung.

Das Anrecht auf ein Zertifikat, oder eine bestimmte Stufe, ist nicht juristisch einklagbar, die Vergabe erfolgt im gegenseitigen Einverständnis. Auch wenn alle Kriterien in der webKess Übersicht für Gold, Silber oder Bronze erfüllt sind, ist die Vergabe des entsprechenden Zertifikats nicht automatisch garantiert. Es findet eine Prüfung durch das Team der ASH statt. Die ASH verpflichtet sich zur vollständigen Transparenz der Vergabekriterien.

Wir beziehen uns in der zeitlichen Struktur immer auf das Kalenderjahr des Antrages = Antragsjahr. Die Bezeichnung -1 bedeutet ein Kalenderjahr vor dem Antragsjahr. Zur Orientierung folgende Tabelle

2023	2024	2025
Antragsjahr -2	Antragsjahr -1	Antragsjahr

Wer hilft mir bei Fragen weiter? Sie können gern jederzeit per E-Mail mit Frau Bergner, Frau Walter oder Frau Bunte Kontakt aufnehmen: E-Mail: aktion-sauberehaende@charite.de

Kriterienkatalog und Anleitung zum Zertifikat der Aktion Saubere Hände 2025

II Ggf. weitere KISS Kürzel zum Vertragshaus

Liegt die Situation vor, dass Ihre Klinik einen Vertrag mit der ASH abgeschlossen hat, aber zu der Klinik mehrere Standorte gehören, die alle die gleiche IK-Nummer haben, gilt folgende Vorgehensweise. Alle Standorte werden für den Antrag zusammengefasst, auch wenn es mehrere KISS Kürzel gibt. Denken Sie daran, dass bei mehreren KISS-Kürzeln alle Intensivstationen von allen KISS-Kürzeln eingeschlossen werden.

Hat Ihre Klinik eine Anlage A abgeschlossen, stellen Sie für diese Klinik einen eigenständigen Zertifikatsantrag.

III Anzahl der Stationen

Eine Teilnahme von psychiatrischen Abteilungen an HAND-KISS_S wird aufgrund der problematischen Lagerung und Zugriffsmöglichkeit von alkoholischen Händedesinfektionsmitteln, sowie den seltenen Händedesinfektions-Gelegenheiten nicht empfohlen. Daher werden für das Zertifikat psychiatrische Stationen nicht gezählt und sowohl aus der Anzahl der Betten als auch aus der Anzahl der Stationen herausgerechnet.

Sollte es sich jedoch um eine gerontopsychiatrische Station handeln, kann diese Station mit der Stationsart „Gerontopsychiatrie“ in Hand-KISS_S eingetragen werden, dann wird sie in die Gesamtzahl an Stationen mit einberechnet.

1. Einführungskurs

Die Teilnahme am Einführungskurs der Aktion Saubere Hände ist obligat. Hat eine Person der Klinik teilgenommen, ist das Kriterium erfüllt. Die ASH geht davon aus, dass das Wissen an alle Kolleg:innen weitergegeben wird. Verlässt die Person das Klinikum, besteht keine Verpflichtung, dass eine weitere Person an dem Einführungskurs teilnimmt.

Wechselt die Person an ein anderes Klinikum, wird der Einführungskurs für die neue Klinik anerkannt und muss nicht wiederholt werden. Die Teilnahmeverpflichtung am Einführungskurs gilt auch für Rehabilitationskliniken.

Die Teilnahme am KISS Einführungskurs hat nichts mit der Aktion Saubere Hände zu tun, und ist für das Zertifikat nicht gültig.

2. Aktionstag

Für Bronze muss kein Aktionstag durchgeführt werden.

Für Silber muss ein Aktionstag alle zwei Jahre durchgeführt werden. Das heißt im Antragsjahr und/oder im Antragsjahr -1, und/oder -2.

Beispiel: bei einem Antrag in 2025 bedeutet dies, mindestens ein Aktionstag in 2023, 2024 oder 2025. Wenn Sie in 2025 einen Aktionstag durchgeführt haben, muss ein Aktionstag im Jahr 2023 durchgeführt worden sein.

Für Gold muss für das Zertifikat jährlich ein Aktionstag durchgeführt werden. Im Antrag müssen mindestens zwei Daten in zwei aufeinanderfolgenden Jahren für die Aktionstage vorliegen.

Beispiel: bei einem Antrag in 2025 bedeutet dies, mindestens ein Aktionstag in 2023 und 2024, oder 2024 und 2025.

Stellt ein Standort mit einer Anlage A einen Zertifikatsantrag, ist sie verpflichtet einen Aktionstag an diesem Standort durchzuführen.

Kriterienkatalog und Anleitung zum Zertifikat der Aktion Saubere Hände 2025

Liegt die Situation vor, dass Ihre Klinik einen Vertrag mit der ASH abgeschlossen hat, aber zu der Klinik mehrere Standorte gehören, die alle die gleiche IK-Nummer haben, ist ein Aktionstag ausreichend.

Ein Aktionstag ist ein Ereignis, das zum Welthändehygienetag am 5.5. stattfinden kann. Dieser Tag wird genutzt, um auf die Bedeutung der Händedesinfektion in der Einrichtung aufmerksam zu machen und um die Compliance mit den Hygienestandards zu verbessern.

Während des Aktionstages organisieren Kliniken publikumswirksame Aktionen für Mitarbeitende, um das Bewusstsein für die Händehygiene zu schärfen und Krankenhausinfektionen zu verhindern. Aktionstage können andere Themen mit aufnehmen oder zu anderen Terminen/Ereignissen, wie einem Tag der offenen Tür, stattfinden. Im Mittelpunkt der Aktion steht aber die Händedesinfektion.

Die Haupt-Zielgruppe eines Aktionstages sind immer die Mitarbeitenden der Klinik, Ausflüge, Pflichtfortbildungen oder Unterricht in Ausbildungsklassen werden nicht als Aktionstag gewertet.

Inspirationen für Aktionstage finden Sie in den Erfahrungsberichten der teilnehmenden Kliniken: www.aktion-sauberehaende.de/teilnehmende-einrichtungen

3. Bericht zum Aktionstag

Zu jedem angegebenen Aktionstag muss ein Bericht vorliegen, der an die Aktion Saubere Hände geschickt wurde.

Der Versand des Berichtes an die Aktion Saubere Hände erfolgt per E-Mail im pdf Format. Bitte geben Sie darin an, ob Sie eine Veröffentlichung auf der Webseite der ASH wünschen. Die Veröffentlichung des Berichtes auf der Webseite der Aktion Saubere Hände ist ein Angebot und nicht verpflichtend.

Wie sollte der Erfahrungsbericht gestaltet werden?

Der Umfang sollte mindestens eine A4 Seite Text umfassen und die wesentlichen Aktivitäten beschreiben. Im Bericht werden die W-Fragen beantwortet.

Wo: Frage nach dem Ort (zentral/dezentral)

Wann: Frage nach dem Zeitpunkt (Datum und Zeitrahmen)

Wer: Frage nach dem Personenkreis/Zielgruppe

Was: Frage nach dem Geschehen

Wie: Frage nach der Art und Weise/Umsetzung

Werden zur Veranschaulichung Bilder genutzt und eine Veröffentlichung gewünscht, muss die Einverständniserklärung vorliegen.

www.aktion-sauberehaende.de/fileadmin/ash/user_upload/Formulare/Einwilligungserklaerung_Bildaufnahmen_Charite_ASH_final_01.pdf

4. Treffen der Lenkungsgruppe

Für Bronze und Silber muss sich die Lenkungsgruppe mindestens einmal jährlich im Kalenderjahr treffen. Gültig sind Treffen im Antragsjahr oder -1.

Beispiel: bei einem Antrag in 2025 muss ein Datum zur Sitzung der Lenkungsgruppe aus dem Jahr 2024 oder 2025 vorliegen.

Für Gold muss sich die Lenkungsgruppe mindestens zweimal jährlich im Kalenderjahr treffen. Gültig sind Treffen im Antragsjahr oder -1.

Kriterienkatalog und Anleitung zum Zertifikat der Aktion Saubere Hände 2025

Die Treffen der Lenkungsgruppe müssen zeitlich mindestens einen Abstand von 3 Monaten haben.

Beispiel: bei einem Antrag in 2025 müssen je zwei Daten zur Sitzung der Lenkungsgruppe aus dem Jahr 2024 oder je zwei Daten zur Sitzung in 2025 vorliegen.

5. Mitglieder der Lenkungsgruppe

Mit klinische tätiger Ärzt:in und praktisch tätiger Pflegeperson für die Lenkungsgruppe sind nicht Mitarbeitende aus der Hygiene gemeint. Ziel ist die Integration von ärztlichen, klinischen und pflegerischen Kolleg:innen aus den stationären Bereichen. Die leitende Idee ist, dass die Kampagne durch alle Bereiche einer Klinik getragen wird und nicht ausschließlich durch die Hygieneabteilung.

Die Hygienekommission entspricht einer Lenkungsgruppe, wenn hier die Umsetzung der ASH besprochen und geplant wird.

6. Zieldefinition durch die Lenkungsgruppe

Während den Sitzungen der Lenkungsgruppe werden konkrete Ziele definiert, diese werden für die Elemente Compliance-Beobachtung, Händedesinfektionsmittelverbrauch, Fortbildung und andere Angaben abgefragt.

Hier werden Ziele aus dem Antragsjahr oder Antragsjahr -1 berücksichtigt.

Geben Sie im Antrag ausführlich die Ziele an. Zum Beispiel welcher Umfang an Compliance-Beobachtungen im laufenden Jahr geplant wurde, Beurteilung des HDMV und Festlegung, ob besondere Maßnahmen erforderlich sind. Wo und wann sind zentrale und dezentrale Fortbildungen geplant. Wann soll ein Aktionstag stattfinden, wie wird dieser gestaltet, sind Aktivitäten zur Spenderausstattung oder besondere Projekte mit Auszubildenden oder Studierenden geplant.

7. Patienten und Patientinnen steht innerhalb der Klinik Informationsmaterial zur Händedesinfektion zur Verfügung

Ziel ist es, Patienten und Patientinnen über die Relevanz und Indikationen der Händedesinfektion beim medizinischen Personal zu informieren.

Es geht im Schwerpunkt nicht um die Händedesinfektion der Patienten und Patientinnen.

Informationen dazu finden Sie unter:

<https://www.aktion-sauberehaende.de/patienten-und-angehoerige>

8. Abgabe einer Kasuistik in webKess

In webKess finden Sie unter der Registerkarte Compliance-Beobachtungen eine Kasuistik. Bitte füllen Sie diese online im webKess Portal aus. Dies ist für alle drei Zertifikatsstufen notwendig.

Die aktuelle Kasuistik 2025/2026 gilt für alle Zertifikatsanträge ab dem Jahr 2025. Eine absolvierte Kasuistik aus dem Jahr 2023/2024 ist nicht mehr gültig.

Die Kasuistik kann von jedem oder jeder Varia Benutzer:in ausgefüllt werden. Die Kasuistik steht zum Download auf der ASH-Webseite zur Verfügung:

<https://www.aktion-sauberehaende.de/krankenhauser/zertifizierung>.

Kriterienkatalog und Anleitung zum Zertifikat der Aktion Saubere Hände 2025

Die Empfehlung ist, sie vor der online Eingabe auszudrucken und zu bearbeiten (gern auch im Team), um ein einfacheres Ausfüllen bei der online Eingabe zu gewährleisten, da eine Zwischenspeicherung nicht möglich ist.

Ein einmaliges Ausfüllen der aktuellen Kasuistik ist für alle Zertifikatsstufen ausreichend.
Sie kann gern mehrfach von mehreren Personen ausgefüllt werden.

Nach Abschluss der Kasuistik erhalten Sie die Lösung. Das Ziel dieser Kasuistik ist das Training der Compliance-Beobachtung. Es ist keine Fehlergrenze definiert.

9. Jährliche Fortbildungen für Ärztinnen, Ärzte und Pflegende

Für alle drei Zertifikatsstufen wird erwartet, dass regelmäßig Fortbildungen sowohl für Ärztinnen, Ärzte als auch Pflegende durchgeführt werden. Für den Antrag bestätigen Sie, dass im Antragsjahr oder Antragsjahr -1 Fortbildungen angeboten wurden. Die Art oder das Medium der Fortbildung kann variieren, d.h. auch Onlinefortbildungen werden anerkannt.

10. Andere medizinische Berufsgruppen, außerhalb der Pflegenden und Ärztinnen, Ärzte werden jährlich zum Thema Händedesinfektion fortgebildet

Für die Stufen Silber und Gold sind jährliche Fortbildungen auch für weiteres medizinisches Personal, z.B. Physiotherapeuten und Röntgenassistenten, erforderlich.

Für den Antrag bestätigen Sie, dass diese im Antragsjahr oder Antragsjahr -1 angeboten wurden. Die Art oder das Medium der Fortbildung kann variieren, d.h. auch Onlinefortbildungen werden anerkannt.

11. Werden neue Mitarbeitende medizinischer Fachberufe eingearbeitet, ist das Thema Händedesinfektion Teil der Einarbeitung

Für die Stufen Silber und Gold werden Fortbildungen auch für neue Mitarbeitende medizinischer Fachberufe erwartet. Für den Antrag bestätigen Sie, dass im Antragsjahr oder Antragsjahr -1 diese angeboten wurden. Die Art oder das Medium der Fortbildung kann variieren, d.h. auch Onlinefortbildungen werden anerkannt.

12. Informationen zur Händedesinfektion sind Bestandteil in der Ausbildung von Praktikanten, Auszubildenden medizinischer Berufe und Studierenden

Für die Stufe Gold werden Fortbildungen zur Händedesinfektion für Praktikanten, Auszubildende medizinischer Berufe und Studierende benötigt. Für den Antrag bestätigen Sie, dass im Antragsjahr oder Antragsjahr -1 diese angeboten wurden. Die Art oder das Medium der Fortbildung können variieren, d.h. auch Onlinefortbildungen werden anerkannt.

13. Mitarbeitende, die Compliance-Beobachtungen durchführen, wurden vorab geschult

Die Aufgabe der Compliance-Beobachtung ist herausfordernd und ohne intensive Einarbeitung nicht möglich, daher ist die Schulung aller Beobachtenden für alle Zertifikatsstufen unabdingbar.

Kriterienkatalog und Anleitung zum Zertifikat der Aktion Saubere Hände 2025

Schulungsmaterialien finden Sie unter den Fortbildungsmaterialien der Kampagne und unter:
www.aktion-sauberehaende.de/krankenhauser/messmethoden/beobachtung-der-compliance

14. Dateneingabe HDMV in webKess

Im Kalenderjahr der Antragstellung müssen Daten zum HDMV aus dem Vorjahr in webKess eingegeben worden sein.

Beispiel: für einen Zertifikatsantrag im Jahr 2025 wird die Dokumentation des HDMV aus dem Kalenderjahr 2024 benötigt.

Für Bronze geben Sie die Daten von mindestens einer Station in webKess im Modul HAND-KISS ein.

Für Silber und Gold geben Sie Daten für alle vorhandenen Stationen in Ihrer Klinik ein.

Die Eingabe des HDMV für die Funktionsbereiche ist im Rahmen des Zertifikatsantrages nicht gefordert. Die Höhe des Verbrauchs hat keine Relevanz für die Erfüllung der Zertifikatskriterien.

15. Dateneingabe Compliance-Beobachtungen Normalstationen in webKess

Grundsätzlich gilt: es werden nur Daten anerkannt, die in webKess eingegeben wurden. Die

Daten dürfen bei Antragsstellung nicht älter als 2 Kalenderjahre sein.

Beispiel: wird der Antrag 2025 gestellt, sind für die erforderliche Anzahl an Stationen oder Funktionsbereichen alle Beobachtungszeiträume aus den Jahren 2023, 2024 oder 2025 gültig.

Für Bronze muss eine Station (Auswahl der Stationsart Normalstation, IMC oder Intensiv steht frei) oder ein Funktionsbereich beobachtet werden.

Für Silber und Gold werden unterschiedliche Anzahlen an Stationen und / oder Funktionsbereiche gefordert, je nach Bettengröße (bitte achten Sie auf eine aktualisierte Bettenzahl in Ihren Stammdaten bei webKess):

- ≤ 300 Betten mind. 2 Stationen und / oder Funktionsbereiche
- 300-600 Betten mind. 4 Stationen und / oder Funktionsbereiche
- ≥ 600 Betten mind. 6 Stationen und / oder Funktionsbereiche

IMC werden der Kategorie Normalstationen zugeordnet.

In dem Auswahlmenü in dem Antragsformular müssen nicht alle beobachteten Stationen und Funktionsbereiche ausgewählt werden, nur die erforderliche Anzahl in Bezug auf die Bettengröße.

Im Rahmen des Feedbacks der Ergebnisse an das beobachtete Team, ist es erforderlich gemeinsam das Ergebnis zu bewerten und für die Zukunft daraus resultierende Ziele festzulegen.

Die Höhe der Compliance auf den verschiedenen Stationen und Funktionsbereichen hat keine Relevanz für die Erfüllung der Zertifikatskriterien.

Für Gold werden Beobachtungen, im Umfang je nach Bettenzahl, über zwei Kalenderjahre benötigt. Es können die gleichen, oder auch unterschiedliche Stationen, über die Jahre beobachtet werden.

Kriterienkatalog und Anleitung zum Zertifikat der Aktion Saubere Hände 2025

Grundsätzliches zur Compliance-Beobachtung

Die Beobachtungen erfolgen auf der Grundlage der Anforderungen der ASH – dokumentiert in der Anleitung zur Beobachtung der Compliance unter: [Anleitung Compliance-Beobachtung](#). In der Anleitung werden viele Hinweise zur Vorbereitung und Durchführung der Compliance- Beobachtung gegeben.

Unter anderem folgende Vorgaben:

- mindestens 150 Beobachtungen pro Beobachtungszeitraum
- 20 Beobachtungen pro Indikation
- ein Beobachtungszeitraum für eine Station oder Funktionsbereich darf sich max. über 6 Wochen erstrecken
- bei der Zuordnung zu einem Kalenderjahr, gilt der erste Tag des Beobachtungszeitraumes, falls die Beobachtung über den Jahreswechsel erfolgen sollte
- Das Feedback muss bis spätestens 6 Monate nach dem letzten Beobachtungstag erfolgen.

16. Dateneingabe Compliance-Beobachtungen in webKess auf allen Intensivstationen

Für Silber und Gold sind Compliance-Beobachtungen auf allen Intensivstationen notwendig. Sollte Ihre Klinik aus mehreren Standorten bestehen (und KISS-Kürzeln) müssen alle Intensivstationen beobachtet werden. Für Gold über zwei Kalenderjahre.

Alle Hinweise in Punkt 15 (Compliance-Beobachtungen Normalstationen) gelten prinzipiell auch für die Intensivstationen.

Beispiel: wird der Antrag 2025 gestellt, werden alle Beobachtungsperioden gewertet, die in den Jahren 2023, 2024 und 2025 durchgeführt wurden.

Sofern keine Intensivstation vorhanden ist, muss die IMC beobachtet werden. Ist in Ihrer Klinik weder eine Intensivstation noch eine IMC vorhanden, entfällt dieses Kriterium.

17. Dateneingabe Compliance-Beobachtungen Funktionsbereiche

Für Gold muss ein zusätzlicher Funktionsbereich ebenfalls über 2 Jahre beobachtet werden. Es kann sich über zwei Jahre auch um unterschiedliche Funktionsbereiche handeln.

18. Sollwert zur Spenderausstattung wurde auf jeder Station erreicht

Die Ausstattung mit Händedesinfektionsmittelspendern muss auf jeder Station einer Klinik den Sollwert, nach den Vorgaben der ASH, erreichen. Informationen dazu finden Sie hier:

<https://www.aktion-sauberehaende.de/krankenhauser/datenerhebung>

Für Kliniken gilt folgende Ausstattung:

- **Intensivstation und IMC (Intermediate Care)**
 - Die Anzahl der Spender entspricht der Anzahl der Patientenbetten
- **Behandlungsraum und Dialysebereich**
 - Die Anzahl der Spender entspricht der Anzahl der Behandlungsplätze

Kriterienkatalog und Anleitung zum Zertifikat der Aktion Saubere Hände 2025

- **Normalstation**

- Die Anzahl der Spender entspricht der Anzahl der Patientenbetten
- Im Behandlungszimmer pro Behandlungsplatz ein Spender

Rehakliniken ohne Frühreha verwenden zur Bestimmung der Spenderausstattung die Vorgaben für Rehakliniken. Hier muss an jedem Behandlungsplatz in einem Funktionsbereich, Untersuchungszimmer oder Behandlungsbereich ein Spender zur Verfügung stehen.

Einzelne Stationen können ein Defizit anderer Stationen nicht ausgleichen. Die Kompensation fehlender Spender kann durch Kitteltaschenflaschen ausgeglichen werden. Hier wird im Rahmen einer Risikoanalyse auf eine eigenverantwortliche Gestaltung gesetzt.

Die Spenderausstattung muss für Funktionsbereiche nicht erfasst werden.

Der Sollwert für Bronze liegt bei 75%, für Silber bei 90% und für Gold bei 100% auf jeweils allen Stationen. Die Ermittlung der Sollwerte entnehmen Sie dem Formblatt zur Spenderausstattung.

19. Dateneingabe Spenderausstattung in webKess für alle Stationen

Dokumentieren Sie in webKess die Spenderausstattung auf allen Stationen. Diese Daten müssen bei Antragsstellung vollständig vorliegen.

Die eingegebenen Daten müssen aus dem Antragsjahr und/oder -1 und/oder -2 vorliegen.

Beispiel: wird der Antrag 2025 gestellt, werden alle Eintragungen in webKess gewertet, die für die Jahre 2023, 2024 und 2025 erstellt wurden.

Als Sollwert zu eingegebenen Daten aus den Jahren 2023 und 2024 gilt für Normalstationen noch folgende 1:2 Anforderung.

1 Bettzimmer = 1 Spender	2 Bettzimmer = 1 Spender
3 Bettzimmer = 2 Spender	4 Bettzimmer = 2 Spender

20. Stationsbezogenes Feedback zur Compliance-Beobachtung mit Festlegung konkreter Ziele und Maßnahmen

Es ist ein elementarer Teil der Compliance-Beobachtung, die Ergebnisse und die während der Beobachtung gewonnenen Erkenntnisse, mit dem jeweiligen Team zu teilen. Dies sollte zeitnah geschehen.

Für alle Zertifikatsstufen ist ein Datum der Feedbackveranstaltung in Bezug auf den jeweiligen Beobachtungszeitraum anzugeben. Das Feedback darf nicht innerhalb des Beobachtungszeitraums liegen und muss bis spätestens 6 Monate nach dem letzten Beobachtungstag erfolgen.

Bevor eine Station erneut beobachtet wird, muss eine Feedbackveranstaltung zum voran gegangenen Beobachtungszeitraum stattgefunden haben.

Kriterienkatalog und Anleitung zum Zertifikat der Aktion Saubere Hände 2025

21. Die Daten zum HDMV und den Compliance-Beobachtungen wurden auf ärztlicher Abteilungsebene präsentiert

Um gezielt mit der ärztlichen Berufsgruppe in einen gemeinsamen Austauschprozess zum Thema Händedesinfektion zu kommen, werden für Gold mündliche Präsentationen auf ausschließlich ärztlicher Abteilungsebene erwartet.

Die ärztlichen Abteilungsebenen definieren sich über die jeweilige Fachrichtung. Haben Sie beispielsweise in Ihrer Klinik eine chirurgische, internistische und orthopädische Abteilung, sind drei unterschiedliche Präsentationstermine erforderlich.

Auch Belegärzte werden zu den Präsentationsterminen eingeladen.

Im Antrag geben Sie das Datum der mündlichen Präsentation an.

Bei interdisziplinären Stationen ist eine gemeinsame Präsentation aller Fachrichtungen ausreichend.

22. Jeder Station wurde ein jährliches, mindestens schriftliches, Feedback zum Händedesinfektionsmittelverbrauch übermittelt

Das Ergebnis zum jährlichen Verbrauch an Händedesinfektionsmittel muss jeder einzelnen Station schriftlich mitgeteilt werden. In dieser Mitteilung sollten die Orientierungswerte aus den Referenzdaten enthalten sein, und soweit möglich, der Verlauf an HDMV über die Jahre.

Diese Mitteilung muss jedes Jahr für das zurückliegende Kalenderjahr erfolgen.

23. Der Klinikleitung wurde ein schriftliches Feedback für jede Station, bzgl. der Compliance und des HDMV, gesendet

Die schriftliche Ergebnismitteilung muss sich an die Klinikleitung (ärztliches Direktorat, pflegerisches Direktorat und Qualitätsmanagement) richten.

Diese Mitteilung muss jedes Jahr für das zurückliegende Kalenderjahr erfolgen.

Es gelten im Zertifikatsantrag Angaben zum Datum aus dem Antragsjahr und / oder Antragsjahr -1.

Das heißt, Sie haben 2025 und/oder 2024 Daten zur Compliance-Beobachtung und HDMV aus dem jeweils zurückliegenden Kalenderjahr schriftlich mitgeteilt.

24. Die Daten zum HDMV und den Compliance-Beobachtungen wurden der Klinikleitung präsentiert

Dieser Punkt umfasst ausschließlich das Datum zur letzten mündlichen Ergebnismitteilung an die Klinikleitung (ärztliches Direktorat, pflegerisches Direktorat und Qualitätsmanagement) und ist für Silber und Gold relevant.

Diese Mitteilung muss jedes Jahr für das zurückliegende Kalenderjahr erfolgen.

Es gelten im Zertifikatsantrag Angaben zum Datum aus dem Antragsjahr und / oder Antragsjahr -1.

Das heißt, Sie haben 2025 und/oder 2024 Daten zur Compliance-Beobachtung und HDMV aus dem jeweils zurückliegenden Kalenderjahr mündlich präsentiert.