



1) Systemische Verankerung der Kampagne im Haus			
Einrichtungsebene-Lenkungsgruppe			
		Punkte	Punkte
Haben Sie an einem Einführungskurs teilgenommen?		10	
Haben Sie an einem Erfahrungsaustausch der Aktion Saubere Hände in den letzten 2 Jahren teilgenommen?		10	
Wurde eine Lenkungsgruppe gebildet?		10	
Teilnehmende der Lenkungsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> Ist ein/e Mitarbeiter:in der Ärztlichen Direktion Mitglied? 	7	
	<ul style="list-style-type: none"> Ist ein/e Mitarbeiter:in der Pflegedirektion Mitglied? 	7	
	<ul style="list-style-type: none"> Ist ein/e Mitarbeiter:in des Qualitäts-/Risikomanagements Mitglied? 	6	
	<ul style="list-style-type: none"> Sind ärztliche klinische Kolleg:innen Mitglied? 	5	
	<ul style="list-style-type: none"> Sind Kolleg:innen aus der Pflege Mitglied? 	5	
Wie oft trifft sich die Lenkungsgruppe?	<ul style="list-style-type: none"> 3x im Jahr in dem letzten Jahr 	15	
	<ul style="list-style-type: none"> 2x im Jahr in dem letzten Jahr 	10	
	<ul style="list-style-type: none"> 1x im Jahr in dem letzten Jahr 	5	
Gibt es einen konkreten, schriftlichen Plan mit definierten Zielen in Bezug auf: <ul style="list-style-type: none"> Complianceergebnisse, Händedesinfektionsmittelverbrauch Spenderausstattung Fortbildungen, Aktionstage u.a. Aktivitäten im Rahmen der ASH 		10	
Punktzahl		85	
Unterstützung durch die Leitung der Einrichtung			
Kennt die Krankenhausleitung (Ärztliche/r Direktor:in, Pflegedirektor:in, Kaufmännische/r Direktor:in) die schriftlichen Ergebnisse der Kampagne im eigenen Haus?		20	
Werden die Ergebnisse bei jährlichen Treffen präsentiert ? <ul style="list-style-type: none"> Compliance, HDMV Spenderausstattung Fortbildungen, Aktionstage u.a. 	<ul style="list-style-type: none"> Klinikleitung 	10	
	<ul style="list-style-type: none"> Chefärzt:innen 	10	
	<ul style="list-style-type: none"> pflegerische Abteilungsleitung 	10	
Werden Mittel für die Ausrichtung von Aktionstagen bereitgestellt?		20	
Gibt es Aufklärungsmaterial zur Händedesinfektion für Patienten und Patientinnen ?		10	
Werden Patienten und Patientinnen aktiv in das Thema Händehygiene einbezogen?		10	
Punktzahl		90	

2) Aus- und Fortbildungen zur Händedesinfektion			
Werden jährlich Fortbildungen zur Händedesinfektion durchgeführt, bzw. ist die Händedesinfektion Bestandteil der jährlichen Hygiene-Pflichtfortbildung für pflegerisches und ärztliches Personal?		15	
Ist die Teilnahme an den Hygienefortbildungen für das medizinische Personal verpflichtend ?		10	
Werden Hygienefortbildungen mehr als einmal jährlich durchgeführt?		10	
Werden Fortbildungen für alle Berufsgruppen angeboten (z.B. auch Physiotherapeut:innen, MTR-A, MTA-F etc.)		10	
Wurde das Modell „Die 5 Indikationen der Händedesinfektion“ implementiert , indem Sie folgende Aktivitäten umgesetzt haben?	<ul style="list-style-type: none"> Wurde das Modell in den Hygieneleitfaden aufgenommen? 	5	
	<ul style="list-style-type: none"> Ist das Modell Bestandteil der jährlichen Fortbildung? 	5	
	<ul style="list-style-type: none"> Nutzen Sie Informationsmaterial zum Modell (Poster, Flyer etc.)? 	5	
Punktzahl		60	
3) Bewerben der Händedesinfektion im Haus			
Führen Sie Aktionstage durch?	alle 2 Jahre	10	
	jährlich	20	
Schicken Sie der Aktion Saubere Hände über jeden Aktionstag einen Bericht ?		10	
Nutzen Sie die Poster der ASH?		10	
Haben Sie selbst Poster entworfen?		15	
Punktzahl		55	
4) Nachhaltigkeit			
Wenn zutreffend: Lehren Sie das Modell „Die 5 Indikationen der Händedesinfektion“ im Medizinstudium ?		10	
Wenn zutreffend: Lehren Sie das Modell „Die 5 Indikationen der Händedesinfektion“ in der Ausbildung anderer medizinischer Berufe (Pflege, Physiotherapie, etc.)		10	
Wenn zutreffend: lehren Sie das Modell „Die 5 Indikationen der Händedesinfektion“ in der Schulung neuer Mitarbeiter:innen ?		10	
Werden Schüler:innen / Student:innen bei der Gestaltung der Aktionstage einbezogen?		10	
Punktzahl		40	

5) Messung und Feedback			
Wurde die Spenderausstattung auf allen Stationen bestimmt?		10	
Haben Sie den Sollwert der Spenderausstattung auf allen Stationen erreicht?	Sollwert der Spenderausstattung liegt bei 90%	10	
	Sollwert der Spenderausstattung liegt bei 100%	20	
Werden den Mitarbeiter:innen Kitteltaschenflaschen zur Verfügung gestellt?		5	
Eingabe von Daten bei HAND-KISS_S (letzte Eingabe nicht älter als 2 Jahre)	Ja, Dateneingabe für einige Stationen	10	
	Ja, Dateneingabe für alle Stationen	20	
Basierend auf den Referenzdaten HAND-KISS_S : Welchen Händedesinfektionsmittelverbrauch erreicht Ihre Einrichtung auf Intensivstation & Normalstation?	HDMV über P50 (Median) sowohl für Intensiv- wie Normalstationen	10	
	HDMV über P75 sowohl für Intensiv- wie Normalstationen	20	
Werden die in HAND-KISS_S erfassten Werte jährlich auf allen Stationen vorgestellt und diskutiert?		10	
Werden Compliance-Beobachtungen auf Normalstation im Umfang der folgenden Staffelung durchgeführt? <ul style="list-style-type: none"> • ≤ 300 Betten → mind. 2 Stationen • 300-600 Betten → mind. 4 Stationen • ≥ 600 Betten → mind. 6 Stationen (Letzter Beobachtungszeitraum nicht älter als 2 Jahre)	1x pro Kalenderjahr	20	
	Über mind. 2 Jahre / 1x pro Kalenderjahr	30	
Compliance-Beobachtung auf allen Intensivstationen (Letzter Beobachtungszeitraum nicht älter als 2 Jahre)	1x pro Kalenderjahr	10	
	Über mind. 2 Jahre / 1x pro Kalenderjahr	20	
Ist die Compliance-Beobachtung als Standardinstrument in Ausbruchssituationen etabliert?		20	
Schulungen der Compliance-Beobachter:innen in der Methodik auf der Grundlage der Aktion Saubere Hände Materialien?		10	
Werden die Ergebnisse der Compliance-Beobachtung auf den beobachteten Stationen jährlich vorgestellt und diskutiert?		20	
Hat jede/r Mitarbeiter:in jederzeit Zugang zu den Daten (HAND-KISS_S, Spenderausstattung, Compliance-Beobachtungen) seines/ihres individuellen Bereiches?		10	
Punktzahl		195	
Punktzahl gesamt		525	