

## Willkommen in diesem Dokument, dass Ihnen hilfreiche Dienste beim Ausfüllen des Zertifikatantrages der „Aktion Saubere Hände“ leisten wird!

### Zuerst ein paar grundsätzliche Informationen:

Ein Zertifikatsantrag kann nur von einem Krankenhaus gestellt werden, das einen Teilnehmervertrag mit der „Aktion Saubere Hände“ abgeschlossen hat:

<https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/krankenhaeuser/teilnehmervertrag/>

Bitte füllen Sie das Antragsformular ausschließlich elektronisch aus. Dafür laden Sie das Antragsformular von der Homepage der ASH herunter und speichern es lokal auf Ihrem Rechner, erst dann ist es möglich die Felder im Formular elektronisch auszufüllen.

Bevor Sie den Antrag verschicken, versichern Sie sich, dass alle Compliancedaten und HAND-KISS Daten in webkess eingegeben wurden.

Den Antrag nach dem Ausfüllen ausdrucken, unterschreiben und per Post an die ASH schicken

Charité - Universitätsmedizin Berlin  
Institut für Hygiene und Umweltmedizin  
„Aktion Saubere Hände“  
Hindenburgdamm 27  
12203 Berlin

- Zum Antrag als Anlage die ausgefüllte Tabelle zum Assessment-Tool anfügen
- Zum Antrag als Anlage das ausgefüllte Formblatt zur Spenderausstattung anfügen

Wenn zu Ihrer Klinik mehrere Standorte mit unterschiedlichen KISS Kürzeln gehören, gibt es zwei Varianten:

1. Wenn ein Standort ein eigenes KISS-Kürzel hat und für diesen Standort eine eigene **Anlage A** über den Teilnehmervertrag hinaus ausgefüllt wurde, wird für diesen Standort ein eigener Zertifikatsantrag gestellt
2. Wenn ein Standort nur einen Teilnehmervertrag abgeschlossen hat der mehrere KISS-Kürzel beinhaltet (weil alle Standorte die gleiche IK-Nummer haben), wird ein Antrag für alle Standorte gemeinsam gestellt. In diesem Fall ist es notwendig, dass Sie die Daten zusammenführen. Als Hilfestellung steht auf der Webseite der „Aktion Saubere Hände“ eine Tabelle zur Verfügung.

Im Folgenden werden einzelne Abschnitte des Antrages fortlaufend erläutert:

Erste Seite - Krankenhausname .....	2
Erste Seite - Anzahl der Stationen und Bettenzahl .....	2
Erste Seite - Assessment-Tool .....	3
Punkt 1 – Einführungskurs .....	3
Punkt 2 – Etablierung einer Lenkungsgruppe .....	3
Punkt 7 - Formblatt zur Spenderausstattung .....	3
Punkt 14 - Compliancebeobachtung .....	4
Punkt 15 – Compliancebeobachtung auf Intensivstationen .....	5
Punkt 16 – Compliancebeobachtung in Ausbruchssituationen .....	6
Punkt 19 - Verbrauch Händedesinfektionsmittel.....	6
Allgemeine Fragen .....	9

### Erste Seite - Krankenhausname

Da sich der Krankenhausname seit der Anmeldung bei der ASH eventuell verändert hat, achten Sie bitte hier auf die korrekte Schreibweise, da bei einem Fehler die Urkunden nicht erneut ausgestellt werden.

### Erste Seite - Anzahl der Stationen und Bettenzahl

Anzahl der <b>Normalstationen</b> im gesamten Haus (ohne psychiatrische Stationen): _____ Anzahl der <b>Intermediate Care Stationen</b> : ____ Namen der IMC - Stationen: _____ Anzahl der <b>Intensivstationen</b> : ____ Namen der Intensivstationen: _____ Anzahl der <b>Betten</b> , ausgenommen psychiatrische Abteilungen und Funktionsabteilungen _____
---

**Bitte aufmerksam lesen: Anzahl aller Normalstationen (nicht Gesamtzahl der Stationen) und Anzahl aller IMC und Intensivstationen.** Beim Namen der Intensivstation tatsächlich den Namen hinschreiben (nicht das ITS-KISS-Kürzel).

Bei einzelnen Kriterien ist es relevant, ob die Anforderung für alle Stationen erfüllt wurde (bspw. Spenderausstattung), bei anderen unterscheiden sich die Anforderungen in Bezug auf die Bettenzahl (z.B. Compliance Beobachtungen).

Da in HAND-KISS\_S psychiatrische Abteilungen nicht erfasst und mit dem Zertifikat nur Stationen, aber keine Funktionsbereiche ausgezeichnet werden, gehen diese in die Gesamtzahl der Betten nicht mit ein.

## Erste Seite - Assessment-Tool

### → Assessment-Tool als Anlage anfügen

Die erreichte Punktzahl in der Assessment-Tool Tabelle ist für das Zertifikat nicht relevant. Mit dem Erreichen der jeweiligen Zertifikatsstufe haben Sie automatisch die Mindestpunktzahl für das jeweilige Zertifikat erreicht, da die Kriterien, je nach Zertifikatsstufe, in sich schlüssig sind.

### Punkt 1 – Einführungskurs

Für die Beantragung eines Zertifikats ist die Teilnahme am Einführungskurs obligat. Dies gilt auch für Rehabilitationskliniken.

### Punkt 2 – Etablierung einer Lenkungsgruppe

2	Etablierung einer <b>Lenkungsgruppe</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2a	• Sind ärztliche, klinische KollegInnen Mitglied?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2b	• Sind KollegInnen aus der Pflege Mitglied?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mit ärztlichen, klinischen und pflegerischen Kolleg\*innen für die Lenkungsgruppe sind **nicht** Kolleg\*innen 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 des Krankenhauses getragen wird und nicht ausschließlich durch die Hygieneabteilung.

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

### Punkt 7 - Formblatt zur Spenderausstattung

7	<b>Bestimmung der Spenderausstattung auf allen Stationen</b> Aktuelles Formblatt zur Spenderausstattung mit diesem Antrag mitschicken! Auf identische Anzahl an Stationen mit der Angabe in diesem Antrag achten!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hier findet der häufigste Fehler statt – es ist erforderlich, dass die auf dem Antrag angegebene Stationszahl mit der Anzahl der Stationen auf der Spenderausstattung übereinstimmt. Voraussetzung ist eine **aktuelle (aus dem Quartal der Antragsstellung)** Erhebung und Dokumentation der Spenderausstattung.



HAND-KISS				
Übersicht Teilnehmer Verbrauchsdaten Auswertung Verwaltung				
HAND-KISS Teilnehmer (ZZZ_KRH) Stationen				
HAND-KISS S <input type="text"/> HAND-KISS F <input type="text"/>				
#	Bezeichnung der Station	Intensivstation	Art der Station	KISS-Kürzel
1	Geriatrische Reha		Reha	
2	Station 1	✓	Innere	
3	Station 2	✓	Interdisziplinär	
4	Station3		Reha	
(Gesamt: 4 Einträge)				

Die Angaben zum Stationsnamen und der Stationsart (ITS / IMC – ja / nein) müssen mit den Angaben in HAND-KISS\_S und bei den Beobachtungsdaten (wenn vorhanden) identisch sein.

Stationsnamen können in HAND-KISS\_S geändert werden (Registerkarte „Teilnehmer“ Stiftsymbol neben dem Namen).

Hat sich jedoch die **Stationsart** oder das **Fachgebiet** geändert, muss die Station in HAND-KISS als neuer Teilnehmer (Organisationseinheit) angelegt werden, da durch die veränderte Stationsart die Daten nicht mehr vergleichbar sind.

Zur Erfassung der Spenderausstattung verwenden Rehakliniken ohne Frühreha ausschließlich das Formblatt zur Spenderausstattung für Rehakliniken.

Werden auf der Station Kitteltaschenflaschen verwendet und in der Spenderausstattung dokumentiert, ist automatisch der Sollwert von 100% erreicht.

Die Spenderausstattung muss auf **jeder** Station den Sollwert erreichen, einzelne Stationen können andere Stationen nicht ausgleichen!

### Punkt 14 - Compliancebeobachtung

14	<b>Jährliche Compliancebeobachtungen, Normalstation</b>		□	über mind. 2 Jahre □
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ≤ 300 Betten → mind. 2 Stationen</li> <li>• 300-600 Betten → mind. 4 Stationen</li> <li>• ≥ 600 Betten → mind. 6 Stationen</li> </ul> <p><i>Die Beobachtungsdaten sind in HAND-KISS VARIA. (Letzter Beobachtungszeitraum ist nicht älter als 2 Jahre)</i></p>			

Wichtige Merkmale dieses Kriteriums:

- Es werden nur Daten anerkannt die in webkess eingegeben wurden! Haben Sie Ihre Compliance-Daten selbst in eine Excel-Tabelle eingetragen, wird diese nicht akzeptiert.

Jährliche Compliance-Beobachtung:

- Für Gold: Beobachtungen über mindestens 2 Jahre – es gelten die Kalenderjahre (das bedeutet, dass das Kriterium nicht erfüllt ist, wenn Sie in einem Jahr einzelne Stationen mehrmals beobachten).

Die Beobachtungen erfolgen auf der Grundlage der Anforderungen der ASH – dokumentiert in der „Anleitung zur Beobachtung der Compliance“ zu finden unter:

<http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/global/messmethoden/beobachtung-der-compliance/>

In der Anleitung werden viele Hinweise zur Vorbereitung und Durchführung der Compliance-Beobachtungen gegeben. Unter anderem folgende Vorgaben:

- mindestens 150 Beobachtungen pro Beobachtungszeitraum und
- 20 Beobachtungen pro Indikation
- ein Beobachtungszeitraum für eine Station darf sich nicht über 6 Wochen hinaus erstrecken

Für die zeitliche Festlegung zur Bestimmung des Zeitpunktes „nicht älter als zwei Jahre“ und zum notwendigen Abstand zwischen zwei Beobachtungsperioden von mind. 2 Monaten gilt der letzte Tag des Beobachtungszeitraumes. In dieser Zeit muss eine Rückmeldung der Daten an die jeweilige Station erfolgt sein, bevor Sie die Station erneut beobachten können.

Beispiel: wird der Antrag 2019 gestellt, werden alle Beobachtungsperioden gewertet, die in den Jahren 2017, 2018 und 2019 beendet wurden. Wird der Antrag 2020 gestellt, werden entsprechend alle Beobachtungsperioden gewertet, die in den Jahren 2018, 2019 und 2020 beendet wurden.

Wenn Sie über mehrere Jahre beobachten, ist es sinnvoll die gleichen Stationen auszuwählen, um Veränderungen über die Zeit erkennen zu können. Im Rahmen des Zertifikates ist es jedoch kein Hindernis unterschiedliche Stationen zu beobachten.

#### Punkt 15 – Compliancebeobachtung auf Intensivstationen

15	<p><b>Werden zusätzlich Compliancebeobachtungen auf allen Intensivstationen 1x pro Jahr durchgeführt?</b>  <i>Wenn keine Intensivstation existiert, gelten als Ersatz alle IMC-Stationen</i>  <i>(Letzter Beobachtungszeitraum ist nicht älter als 2 Jahre)</i></p>		☐	über mind. 2 Jahre ☐
----	---	--	---	----------------------------

Sollte eine Klinik nicht über eine Intensivstation verfügen, so muss die IMC Station, soweit vorhanden, als Ersatz beobachtet werden.

Ist in Ihrer Klinik weder eine Intensivstation noch eine IMC vorhanden, entfällt dieses Kriterium.

### Punkt 16 – Compliancebeobachtung in Ausbruchssituationen

16	Ist die <b>Compliancebeobachtung</b> als Standardinstrument in <b>Ausbruchssituationen</b> etabliert?		<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
----	---	--	-----------------------	----------------------------------

Die Compliancebeobachtung ist ein wichtiges Instrument, um systemische und unter Umständen ursächliche Fehler bei der Händedesinfektion zu identifizieren. Dabei geht es nicht nur um die absolute Compliance, sondern auch um die Compliance in den entsprechenden Risikosituationen. Als ein Nebeneffekt werden bei der Beobachtung immer auch Arbeitsprozesse mit analysiert, so dass auch hier eine Fehleranalyse möglich ist. Daher ist für Silber und Gold die Etablierung der Beobachtung als Standardinstrument im Rahmen der Bearbeitung von Ausbrüchen verpflichtend.

### Punkt 19 - Verbrauch Händedesinfektionsmittel

18	<b>Jährliche Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hand-KISS, alle Stationen</b></li> <li>• <b>Compliancebeobachtung auf den beobachteten Stationen</b></li> </ul>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Basierend auf den Referenzdaten in <b>HAND-KISS_S</b> aus dem Jahr <b>2017</b> und Ihren in <b>HAND-KISS_S</b> eingegebenen Verbrauchsdaten  Welchen durchschnittlichen Händedesinfektionsmittelverbrauch in „ml/Pat.Tag“ erreichten alle Intensivstationen und alle Nicht-Intensivstationen <b>2018</b> in Ihrem Haus		Wert über P50 <input checked="" type="checkbox"/> Intensivstation <input checked="" type="checkbox"/> Nicht-Intensivstation	Wert über P75 <input checked="" type="checkbox"/> Intensivstation <input checked="" type="checkbox"/> Nicht-Intensivstation

Es gelten folgende Anforderungen:

**Silber** – der durchschnittliche Verbrauch auf allen Intensiv- bzw. Nichtintensivstationen liegt größer/gleich der jeweiligen **50% Perzentile** (Median)

Für Silber Anträge im Jahr 2019 liegt damit der Verbrauch auf Intensivstationen bei mindestens 123 ml/PT und für Nicht-Intensivstationen bei 28 ml/PT.

**Gold** - der durchschnittliche Verbrauch auf allen Intensiv- bzw. Nichtintensivstationen liegt größer/gleich der jeweiligen **75% Perzentile**.

Für Gold-Anträge im Jahr 2019 liegt damit der Verbrauch auf Intensivstationen bei mindestens 153 ml/PT und für Nicht-Intensivstationen bei 38 ml/PT.

Da sich die **HAND-KISS\_S** Referenzdaten jährlich ändern, basieren die vorgegebenen zu erreichenden Werte in Bezug auf die P50 und P75 immer auf den bekannten Referenzdaten des vorletzten Jahres. Die zu erreichenden Werte entwickeln sich damit grundsätzlich dynamisch.

Durch den Bezug auf die Referenzwerte des vorletzten Jahres ist gewährleistet, dass die zu erreichenden Werte lange vorhersehbar sind.

Das bedeutet, wenn der Zertifikats-Antrag 2019 gestellt wird, sind die Bezugswerte der P50 und P75 die Referenzwerte aus dem Jahr 2017. Wird der Antrag 2020 gestellt, sind die Bezugswerte der P50 und P75 die Referenzwerte aus dem Jahr 2018.

Die für Silber und Gold zu erreichenden Verbrauchswerte werden für Intensivstationen und Nicht-Intensivstationen als jeweilige Gesamtgruppe differenziert.

Nur zur Info, die Entwicklung der Anforderung zum HDMV über die Jahre:

	Anforderung im Jahr 2015	Anforderung im Jahr 2016	Anforderung im Jahr 2017	Anforderung im Jahr 2018	Anforderung im Jahr 2019	Anforderung im Jahr 2020
Gold Normalstation	32 ml/PT	33 ml/PT	35 ml/PT	36 ml/PT	38 ml/PT	39 ml/PT
Gold Intensivstation	127 ml/PT	134 ml/PT	137 ml/PT	145 ml/PT	153 ml/PT	162 ml/PT
Silber Normalstation	23 ml/PT	25 ml/PT	26 ml/PT	27 ml/PT	28 ml/PT	29 ml/PT
Silber Intensivstation	98 ml/PT	105 ml/PT	109 ml/PT	117 ml/PT	123 ml/PT	129 ml/PT

Die Angaben zu den Verbrauchszahlen Ihres Krankenhauses und den Referenzwerten entnehmen Sie Ihrer Hausauswertung in webKess, unter dem Punkt „Intensivstation gruppiert“ und „Normalstationen gruppiert“, siehe folgendes Beispiel:

Intensivstationen gruppiert								Referenzdaten						
Art der Station	Jahr	Anzahl Stat.	Patienten-tage	Jahres-verbrauch Liter	Verbrauch ml / Pat.-Tag '14	Anz. HD / Pat.-Tag '13	Verbrauch MW '11	Verbrauch P10	Verbrauch P25	Verbrauch P50	Verbrauch P75	Verbrauch P90	Anz. HD MW '11	
chirurgisch	2013	1	14.941	2.176	146	49	120	66	89	116	140	176	40	
chirurgisch	2014	1	16.270	2.228	137	40	129	81	97	117	149	181	43	
internistisch	2013	1	7.252	976	134	45	104	59	73	97	127	159	35	
Internistisch	2014	1	4.455	580	133	44	115	63	82	100	132	166	38	
andere konservative Fächer	2013	1	4.497	623	138	46	82	39	51	86	112	135	27	
andere konservative Fächer	2014	2	11.205	1.559	139	45	102	45	68	107	129	153	34	
neonatologisch	2013	1	4.379	987	225	75	136	58	79	113	167	230	45	
neonatologisch	2014	1	5.342	976	183	61	145	69	92	126	175	255	48	
Alle Abteilungen	2013	4	31.079	4.702	153	51	109	57	75	98	127	167	36	
Alle Abteilungen	2014	5	37.272	5.354	144	48	120	63	82	105	134	182	40	

  

Nicht-Intensivstationen gruppiert								Referenzdaten						
Art der Station	Jahr	Anzahl Stat.	Patienten-tage	Jahres-verbrauch Liter	Verbrauch ml / Pat.-Tag '14	Anz. HD / Pat.-Tag '13	Verbrauch MW '11	Verbrauch P10	Verbrauch P25	Verbrauch P50	Verbrauch P75	Verbrauch P90	Anz. HD MW '11	
pädiatrisch	2013	3	11.519	578	50	17	51	26	35	47	67	93	17	
pädiatrisch	2014	6	28.097	1.443	51	17	54	26	37	50	70	96	18	
andere konservative Fächer	2013	3	15.800	674	43	14	24	9	15	22	31	42	8	
andere konservative Fächer	2014	4	30.676	1.041	34	11	20	8	16	24	33	48	7	
Alle Abteilungen	2013	16	117.566	5.336	45	15	25	13	17	23	32	45	8	
Alle Abteilungen	2014	35	262.490	9.854	38	13	26	14	19	25	33	49	9	

### IMC Stationen

Seit der Eingabe und Auswertung der Daten in HAND-KISS ab dem Jahr 2016 gibt es die Stationsart IMC als eigenständige Gruppe. Bisher wurden die IMC Stationen den Normalstationen zugeordnet. **Hat eine Klinik eine Intermediate Care Station, wird diese in Bezug auf den Händedesinfektionsmittelverbrauch auch weiterhin den Normalstationen zugeordnet.** Dies bedeutet im Rahmen des Antrages die Durchführung eines zusätzlichen Arbeitsschrittes:

Der HDMV für die Normalstation wird für Punkt 19 gesondert berechnet.

- Dafür entnehmen Sie Ihrer Hausauswertung die Patiententage aller IMC Stationen gruppiert und die Patiententagen aller Normalstationen gruppiert und addieren diese beiden Werte.
- Anschließend entnehmen Sie der Hausauswertung den HDM Jahresverbrauch in Liter für alle IMC gruppiert und für alle Normalstationen gruppiert und addieren diese beiden Werte.
- Anschließend dividieren Sie den HDM Verbrauch durch die Patiententage und multiplizieren den Wert mit 1000 um den Wert ml / Patiententag zu erhalten.

HDMV Normalstationen und Intensivstation:

$$= \frac{\text{Jahresverbrauch Liter IMC} + \text{Jahresverbrauch Liter Normalstationen}}{\text{Patiententage IMC} + \text{Patiententage Normalstationen}} \times 1000$$

### Rehakliniken

In Bezug auf den geforderten HDMV für Silber und Gold für Rehakliniken, gelten die P50 und P75 Grenzen der Referenzdaten für die Fachrichtung Reha / Normalstationen. Dies gilt jedoch nur für Kliniken die ausschließlich als Rehabilitationskliniken angemeldet sind und nicht für Rehakliniken mit einer Frührehabilitation!



## Allgemeine Fragen

### **Welche Einrichtung kann ein Zertifikat beantragen?**

Alle an der „Aktion Saubere Hände“ teilnehmenden Krankenhäuser oder Rehabilitationskliniken, die einen Teilnehmervertrag abgeschlossen haben.

### **Wir haben ein Zertifikat erreicht. Wann kann ich eine höhere Stufe beantragen?**

Es besteht jederzeit die Möglichkeit, bei Erfüllung weiterer Parameter, eine höhere Stufe zu beantragen. Wenn die Klinik alle Voraussetzungen erfüllt, kann sie auch direkt ein Zertifikat in Silber oder Gold beantragen.

Eine Zertifizierung für die gleiche Stufe kann erst nach Ablauf der Gültigkeit des bereits vorliegenden Zertifikats erfolgen, d.h. wenn Sie z.B. für die Jahre 2018/2019 ein Silber Zertifikat erhalten haben, können Sie einen erneuten Silber Antrag erst 2020 stellen. Es gilt für alle Anträge der Posteingangsstempel.

### **Gilt als Station auch ein Funktionsbereich wie z.B. die 1. Hilfe?**

Nein, als Station gilt nur eine bettenführende Station, Funktionsbereiche fließen nicht in die Zahl der Stationen mit ein.

### **Kann ich als Altenpflegeheim auch ein Zertifikat beantragen?**

Nein.

### **Kann ich als ambulante medizinische Einrichtung auch ein Zertifikat beantragen?**

Ja, alle notwendigen Informationen zur Zertifizierung für die Ambulante Medizin finden Sie unter folgender Adresse:

<http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/ambulante-medizin/zertifizierung/>

Die Zertifikatserstellung erfolgt ausschließlich elektronisch.

### **Unser Haus hat eine komplette Umstrukturierung mit einer Neuorganisation der Stationen erfahren. Wie gehe ich mit den geänderten Stationsnamen um?**

Bei einer kompletten Umstrukturierung kann man davon ausgehen, dass bisherige Organisationsformen aufgelöst und neu zusammengeführt wurden. Dies bedeutet, dass eventuell erzielte Verhaltensänderungen und Normen nicht mehr vorhanden sind. Das heißt, dass hier mit der Umsetzung der ASH von neuem begonnen wird. Sollte dies der Fall sein, setzen Sie sich bitte mit den Mitarbeiterinnen der ASH in Verbindung.

### **Wie werden die Daten durch die „Aktion Saubere Hände“ überprüft?**

Die Vergabe des Zertifikats basiert auf den uns vorliegenden Daten. Diese beruhen grundsätzlich auf Ihrer Selbstauskunft, die uns in Form ausgefüllter Formblätter, Beobachtungsdaten und eingegebener Händedesinfektionsmittelverbrauchsdaten bei HAND-KISS vorliegen. Sollten Werte nach dem Komma vorliegen, werden diese zugunsten der Einrichtung gerundet.

### **Wie lange ist das Zertifikat gültig?**

Das erworbene Zertifikat hat eine Gültigkeit von zwei Kalenderjahren, beginnend im Jahr der Antragstellung (es gilt der Posteingangsstempel).

Nach Ablauf der Gültigkeit muss von Ihnen erneut ein Antrag gestellt werden.

### **Wie viele Exemplare der Zertifikatsurkunde bekommt eine Klinik?**

Sie bekommen die Anzahl an Urkunden, die Sie als Anzahl an Stationen im Antrag angegeben haben und zusätzlich eine Urkunde für die Veröffentlichung nach eigener Wahl (z.B. im Eingangsbereich Ihrer Klinik).

### **Werden die zertifizierten Einrichtungen veröffentlicht?**

Die Einrichtungen, die ein Zertifikat erworben haben, werden auf der Homepage der ASH veröffentlicht.

### **Kann eine Einrichtung Einspruch erheben?**

Das Anrecht auf ein Zertifikat oder eine bestimmte Stufe, ist nicht juristisch einklagbar, die Vergabe erfolgt im gegenseitigen Einverständnis. Die ASH verpflichtet sich zur vollständigen Transparenz der Vergabekriterien, das heißt die Vergabe eines Zertifikats ist für jede Einrichtung nachvollziehbar.

### **Wer hilft mir bei Fragen weiter?**

Sie können gern jederzeit telefonisch oder per Email mit unseren Mitarbeiterinnen Frau Walter oder Frau Bunte Kontakt aufnehmen:

Telefon: 030 / 8445 3672

Email: [aktion-sauberehaende@charite.de](mailto:aktion-sauberehaende@charite.de)