

Hilfestellung zum Ausfüllen des Zertifikat-Antrages „Aktion Saubere Hände“

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

http://www.aktion-sauberehaende.de/fileadmin/ash/downloads/pdf/neue_Dokumente_ab_November/Vertrag_fin_al_Fortsetzung_ASH_Krankenh%C3%A4user_23.10.17_Formular.pdf

- Sie müssen das Antragsformular elektronisch ausfüllen (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)
- Den Antrag nach dem Ausfüllen ausdrucken, vom Ärztlichen Direktor oder Kaufmännischen Direktor unterschreiben lassen (**inkl. Stempel**) und per Post an die „Aktion Saubere Hände“ 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

Im Folgenden werden einzelne Abschnitte des Antrages fortlaufend vom Anfang bis zum Ende erläutert:

Erste Seite - Krankenhausname	2
Erste Seite - Assessment-Tool	2
Punkt 2 – Etablierung einer Lenkungsgruppe	3
Punkt 7 - Formblatt zur Spenderausstattung.....	3
Punkt 14 - Compliancebeobachtung	5
Punkt 16 – Compliancebeobachtung in Ausbruchssituationen	6
Punkt 19 - Verbrauch Händedesinfektionsmittel.....	6
Allgemeine Fragen	9



Erste Seite - Krankenhausname

**Krankenhausname
(auf korrekte Schreibweise achten !)**

Da sich der Krankenhausname seit der Anmeldung bei der „Aktion Saubere Hände“ 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 Normalstationen im gesamten Haus (ohne psychiatrische Stationen): _____
Anzahl der Intermediate Care Stationen: ____ Namen der IMC - Stationen: _____
Anzahl der Intensivstationen: ____ Namen der Intensivstationen: _____
Anzahl der Betten, ausgenommen psychiatrische Abteilungen und Funktionsabteilungen _____

Bitte aufmerksam lesen: Anzahl aller Normalstation (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 werden 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

→ diese Assessment-Tool Tabelle als Anlage an diesen Zertifikatantrag anfügen

Die erreichte Punktzahl in der Assessment-Tool Tabelle ist für das Zertifikat nicht relevant und wird auch nicht abgefragt. 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 Lenkungsgruppe	<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 KollegInnen für die Lenkungsgruppe sind **nicht** KollegInnen aus der Hygiene gemeint! Ziel ist die Integration von ärztlichen, klinischen und pflegerischen KollegInnen 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	Bestimmung der Spenderausstattung auf allen Stationen 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 – die auf dem Antrag angegebene Stationszahl muss mit der Anzahl der Stationen auf dem Formblatt zur Spenderausstattung übereinstimmen!

Die Erhebung der Spenderausstattung und Dokumentation auf dem Formblatt muss, wie im Antrag gefordert, aktuell sein.



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.

#	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)

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 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.

In VARIA ist seit 2014 eine weitere Differenzierung einzelner Fachrichtungen möglich. Damit ist kein grundsätzlicher Wechsel der Fachrichtung verbunden, sondern eben nur eine Differenzierung und die Stationen werden nicht als neue Teilnehmer angelegt!

Stationsart	
ALT	NEU
Andere konservative Fächer	Geriatrisch Neurologisch
Andere operative Fächer	Gynäkologisch Neurochirurgisch
Innere	Hämatologisch/onkologisch Kardiologisch
Chirurgie	Kardiochirurgisch Traumatologisch

Bitte löschen Sie niemals Daten aus den zurückliegenden Jahren, sondern lassen Sie diese so bestehen.

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 nicht weniger gut ausgestattete Stationen ausgleichen!



Punkt 14 - Compliancebeobachtung

14	Jährliche Compliancebeobachtungen, Normalstation <ul style="list-style-type: none">• ≤ 300 Betten → mind. 2 Stationen• 300-600 Betten → mind. 4 Stationen• ≥ 600 Betten → mind. 6 Stationen			
	<p>Die Beobachtungsdaten müssen in der Datenbank der ASH vorhanden sein (bis 2013 als Papier geschickt, ab 2014 selbst über Eingabeprogramm übermittelt)</p> <p><i>(Letzter Beobachtungszeitraum ist nicht älter als 2 Jahre)</i></p>			über mind. 2 Jahre

Wichtige Merkmale dieses Kriteriums:

- **Es werden nur Daten anerkannt die in webkess eingegeben wurden!** Haben Sie die Compliance-Daten selbst in eine Excel-Tabelle eingetragen und Sie senden uns diese zu, werden 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 – mit der Anwendung des Messinstrumentes der Compliance-Beobachtung über mehrere Jahren verbinden wird die Annahme, dass dieses Messinstrument langfristig etabliert wird)

Die Beobachtungen müssen auf der Grundlage der Anforderungen der „Aktion Saubere Hände“ erfolgt sein – 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 steht hier die Vorgabe, dass

- mindestens 150 Beobachtungen pro Beobachtungszeitraum und
- 20 Beobachtungen pro Indikation notwendig sind.
- Daneben darf sich ein Beobachtungszeitraum für eine Station 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 2018 gestellt, werden alle Beobachtungsperioden gewertet, die in den Jahren 2016, 2017 und 2018 beendet wurden. Wird der Antrag 2019 gestellt, werden entsprechend alle Beobachtungsperioden gewertet, die in den Jahren 2017, 2018 und 2019 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.

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

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

Punkt 16 – Compliancebeobachtung in Ausbruchssituationen

16	Ist die Compliancebeobachtung als Standardinstrument in Ausbruchssituationen 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 sollte die Beobachtung als Standardinstrument im Rahmen der Bearbeitung von Ausbrüchen etabliert sein.

Punkt 19 - Verbrauch Händedesinfektionsmittel

19	<p>Basierend auf den Referenzdaten in HAND-KISS_S aus dem Jahr 2016 und Ihren in HAND-KISS_S eingegebenen Verbrauchsdaten</p> <p>Welchen durchschnittlichen Händedesinfektionsmittelverbrauch in „ml/Pat.Tag“ erreichten alle Intensivstationen und alle Nicht-Intensivstationen 2017 in Ihrem Haus</p>		<p>Wert über P50</p> <p><input type="checkbox"/> Intensivstation</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Nicht-Intensivstation</p>	<p>Wert über P75</p> <p><input type="checkbox"/> Intensivstation</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Nicht-Intensivstation</p>
----	---	--	---	---

Es gelten folgende Anforderungen:

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

Für Silber Anträge im Jahr 2018 muss damit der Verbrauch in ml pro Patiententag für Intensivstationen bei mindestens 117 ml/PT und für Nicht-Intensivstationen 27 ml/PT liegen.

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

Für Gold-Anträge im Jahr 2018 muss damit der Verbrauch in ml pro Patiententag für Intensivstationen bei mindestens 145 ml/PT und für Nicht-Intensivstationen 36 ml/PT liegen.

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 jedoch gewährleistet, dass die zu erreichenden Werte lange vorhersehbar sind.

Das bedeutet, wenn der Zertifikats-Antrag 2018 gestellt wird, sind die Bezugswerte der P50 und P75 die Referenzwerte aus dem Jahr 2016. Wird der Antrag 2019 gestellt, sind die Bezugswerte der P50 und P75 die Referenzwerte aus dem Jahr 2017.

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
Gold Normalstation	32 ml/PT	33 ml/PT	35 ml/PT	36 ml/PT
Gold Intensivstation	127 ml/PT	134 ml/PT	137 ml/PT	145 ml/PT
Silber Normalstation	23 ml/PT	25 ml/PT	26 ml/PT	27 ml/PT
Silber Intensivstation	98 ml/PT	105 ml/PT	109 ml/PT	117 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	590	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	46	102	45	68	107	129	153	34
neonatologisch	2013	1	4.379	967	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 muss für Punkt 19 gesondert berechnet werden.

- Dafür entnehmen Sie Ihrer Hausauswertung die Patiententage aller IMC Stationen gruppiert und die Patiententagen aller Normalstationen gruppiert und addieren diese.
- 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 sich vollständig angemeldet 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 2017/2018 ein Silber Zertifikat erhalten haben, können Sie einen erneuten Silber Antrag erst 2019 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 „Aktion Saubere Hände“ von neuem begonnen werden muss. Sollte dies der Fall sein, setzen Sie sich bitte mit den Mitarbeiterinnen der „Aktion Saubere Hände“ 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 Frist 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 „Aktion Saubere Hände“ 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 „Aktion Saubere Hände“ 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 und Frau Bunte-Schönberger Kontakt aufnehmen:

030 / 8445 3672 oder aktion-sauberehaende@charite.de