



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

**QS WI – Hygiene- und
Infektionsmanagement – stat. Operieren –
Verfahren in Erprobung**

Erfassungsjahr 2021

Veröffentlichungsdatum: 21. Oktober 2022

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340
Telefax: (030) 58 58 26-341

verfahrensupport@iqtig.org
<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Ergebnisübersicht | 4 |
| Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021 | 5 |
| Einleitung | 6 |
| Datengrundlagen | 8 |
| Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten | 8 |
| Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen | 9 |
| 2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen | 9 |
| Details zu den Ergebnissen | 10 |
| Basisauswertung | 11 |
| Basisdokumentation - einrichtungsbezogen | 11 |
| Art der stationär operierenden Einrichtung | 11 |
| Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung | 11 |
| Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung | 13 |
| Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff | 14 |
| Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien | 15 |
| Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes | 20 |
| Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel | 21 |
| Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie | 23 |
| Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention | 23 |
| Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion | 27 |
| Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung | 28 |

Ergebnisübersicht

Der vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zum Qualitätsindikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer. Die Ergebnisse zum Indikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer sowie zu den Indikatoren zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen können den hierzu separat bereitgestellten Berichten entnommen werden.

Bitte beachten Sie Folgendes zu den Ergebnissen:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zum Ende der Lieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen unterscheiden können.
- Da zum EJ 2020 keine Daten zum Hygiene- und Infektionsmanagement erfasst wurden und aufgrund von umfangreichen Änderungen in den einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationsbögen zur zuletzt eingesetzten Version und der dadurch nicht gegebenen Vergleichbarkeit, enthält der vorliegende Bericht keine QI-Ergebnisse der Vorjahre.

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen“.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021

Die nachfolgende Tabelle stellt das Ergebnis des Qualitätsindikators zum Hygiene- und Infektionsmanagement (stationäres Operieren) basierend auf den Daten zum Erfassungsjahr 2021 dar.

| Indikatoren und Kennzahlen | | | Bund (gesamt) | |
|----------------------------|--|---|---------------------------------|-------------------|
| ID | Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl | Referenzbereich | Ergebnis | Vertrauensbereich |
| 2000 | Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen | ≥ 53,24 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer) | 73,10 / 100 Punkte N = 1.213 | - |

Einleitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) (<https://www.g-ba.de/richtlinien/105/>) das QS-Verfahren QS WI als sektorenübergreifendes Verfahren festgelegt. Im QS-Verfahren QS WI wird entsprechend sowohl die Qualität von Leistungserbringern aus dem niedergelassenen Bereich als auch von Krankenhäusern gemessen und verglichen. So gehen beispielsweise ambulant durchgeführte Operationen in dieselben Qualitätsindikatoren ein, unabhängig davon ob diese am Krankenhaus oder von einem niedergelassenen Leistungserbringer durchgeführt wurden.

Aktuell befindet sich das QS-Verfahren gemäß § 19 der themenspezifischen Bestimmungen zum QS-Verfahren QS WI der DeQS-Richtlinie in Erprobung. In diesem Zeitraum soll die Funktionalität des QS-Verfahrens geprüft und optimiert werden. Dies wurde insbesondere aufgrund der komplexen Datenzusammenführung und der neuartigen Datenquellen bzw. Erhebungsmethoden (Sozialdaten bei den Krankenkassen und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) als sinnvoll erachtet.

Das QS-Verfahren QS WI soll niedergelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser dabei unterstützen, nosokomiale postoperative Wundinfektionen zu reduzieren. Dazu werden jedem Leistungserbringer, durch den Tracer-Operationen erbracht wurden, die Raten von nosokomialen postoperativen Wundinfektionen in seiner Einrichtung im Vergleich zum Gesamtergebnis jeweils aller teilnehmenden Leistungserbringer getrennt nach ambulanten und stationären Operationen mitgeteilt sowie die Ergebnisse zu den Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement.

Das QS-Verfahren QS WI umfasst insgesamt 12 Qualitätsindikatoren, 2 zum Hygiene- und Infektionsmanagement und 10 zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen und zu ambulanten und stationären Eingriffen jeweils die Transparenzkennzahl „30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen postoperativen Wundinfektionen“.

Die vorliegende Bericht enthält ausschließlich die Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf stationär operierende Leistungserbringer. Die Indikatorergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement bezogen auf ambulant operierende Leistungserbringer sowie zu nosokomialen postoperativen Wundinfektionen können den hierzu separat bereitgestellten Bundesauswertungen entnommen werden.

Die Ermittlung der Indikatorergebnisse zum Hygiene- und Infektionsmanagement basiert auf einer jährlich von allen teilnehmenden Leistungserbringern auszufüllenden einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (Erfassungsmodule NWIES bzw. NWIEA).

Dokumentationspflichtig sind Leistungserbringer, die mindestens eine Tracer-Operation in den ersten zwei Quartalen des Erfassungsjahrs durchgeführt haben. Es werden retrospektiv Daten für ein vollständiges Kalenderjahr pro Einrichtung (abgegrenzt durch die jeweilige IKNR bzw. BSNR) abgefragt.

Rechnerisch auffällig werden bei diesen Qualitätsindikatoren jeweils die Einrichtungen mit den 5 % niedrigsten Indikatorergebnissen.

Detaillierte Informationen zu den Qualitätsindikatoren können den endgültigen Rechenregeln zum EJ 2021 entnommen werden, sobald sie vom G-BA beschlossen wurden. Darüber hinaus hat das IQTIG den LAG eine Leseanleitung zu den Qualitätsindikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement bereitgestellt.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren QS WI finden Sie auf der Webseite des IQTIG unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/>. Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Spezifische Hinweise zu dieser Jahresauswertung:

Qualitätsindikator zum Hygiene- und Infektionsmanagement:

Aufgrund von umfangreichen Änderungen in den einrichtungsbezogenen QS-Dokumentationsbögen und der dadurch nicht gegebenen Vergleichbarkeit der QI-Ergebnisse enthält der vorliegende Bericht keine QI-Ergebnisse der Vorjahre.

Kennzahlen zum Hygiene- und Infektionsmanagement:

Vergleichsgruppenergebnisse (Vertragsärzte und Krankenhäuser) auf Kennzahlebene werden im Gegensatz zum letzten Bericht bezüglich des Hygiene- und Infektionsmanagements im Jahr 2020 nicht dargestellt, da die Rückmeldeberichte auf ein einheitliches Format für alle DeQS-Verfahren umgestellt wurden.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation zum Hygiene- und Infektionsmanagement (stationär) des Erfassungsjahres 2021.

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Soll-Ist-Abgleichs überprüft. Der Soll-Ist-Abgleich zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter, ob mindestens ein Fall bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem der ersten beiden Quartale des Erfassungsjahres den Filterkriterien entspricht. Diese Informationen werden zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten an das IQTIG übermittelt. Die übermittelten Daten zum Soll-Ist-Abgleich bilden die Grundlage für die Ermittlung der Vollständigkeit bei den Leistungserbringern.

Für die Indikatoren zum Hygiene- und Infektionsmanagement im QS-Verfahren QS WI erfolgt die Auswertung entsprechend der IKNR bzw. der BSNR.

Für das Erfassungsjahr 2021 wurden 1.834 Datensätze erwartet und 1.213 Datensätze übermittelt, sodass die Vollständigkeit bundesweit bei 66,14 % liegt.

| Erfassungsjahr 2021 | | geliefert |
|---|-------------------|-----------|
| Bund (gesamt) | Datensätze gesamt | 1.213 |
| | Basisdatensatz | 1.213 |
| Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt) | | 1.213 |

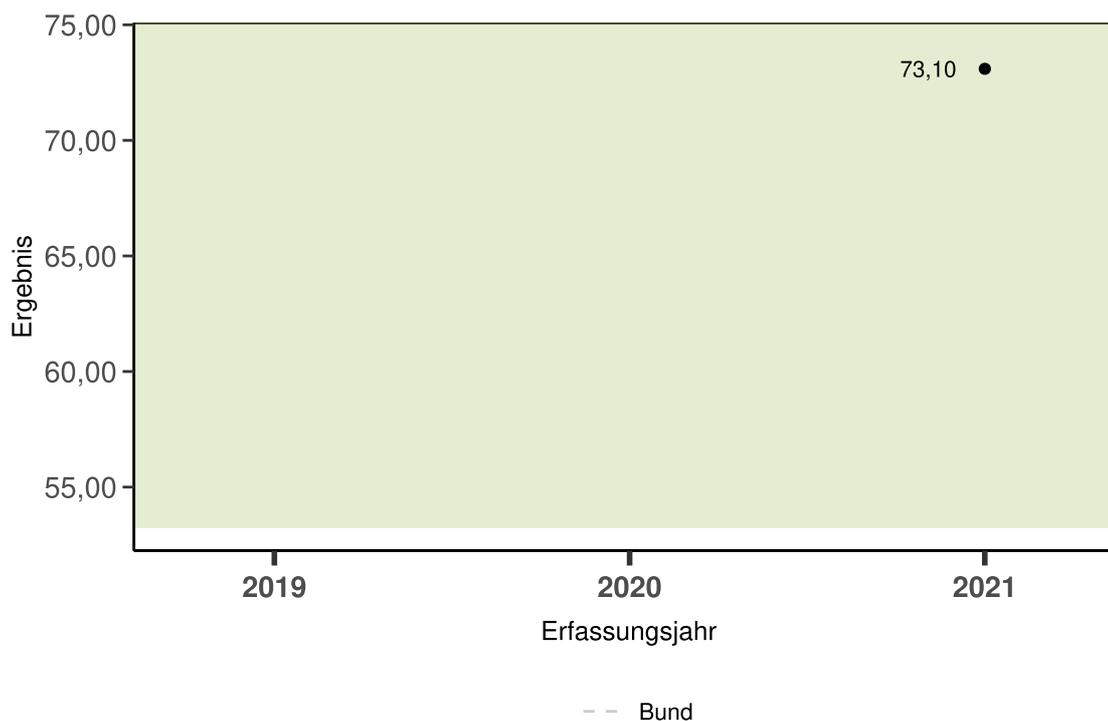
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

2000: Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Einrichtungen

| | |
|-----------------|---|
| Qualitätsziel | Möglichst gutes Hygiene- und Infektionsmanagement, gekennzeichnet durch die Umsetzung der Qualitätsziele der Kennzahlen, die in den Indikator eingehen. |
| ID | 2000 |
| Grundgesamtheit | Das Ergebnis des Indikators ist der im Zähler berechnete Indexwert |
| Zähler | Mittelwert der Ergebnisse der 10 Kennzahlen zur Beurteilung des Hygiene- und Infektionsmanagements bei stationärer Versorgung |
| Referenzbereich | ≥ 53,24 / 100 Punkte (5. Perzentil über alle Leistungserbringer) |
| Datenquellen | QS-Daten |

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Detailergebnisse

| EJ 2021 | Ergebnis | Vertrauensbereich |
|-------------|---|-------------------------------|
| Bund | 2019: - / - 2020: - / - 2021: 73,10 / 100 Punkte | 2019: - 2020: - 2021: - |

Details zu den Ergebnissen

| Nummer | Beschreibung | Ergebnis Bund (gesamt) |
|--------|--|---------------------------|
| 1.1 | Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung | 73,10 / 100 Punkte |
| 1.1.1 | Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe | 80,19 / 100 Punkte |
| 1.1.2 | Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie | 81,97 / 100 Punkte |
| 1.1.3 | Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff | 88,13 / 100 Punkte |
| 1.1.4 | Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien | 95,87 / 100 Punkte |
| 1.1.5 | Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes | 96,03 / 100 Punkte |
| 1.1.6 | Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandwechsel | 88,77 / 100 Punkte |
| 1.1.7 | Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie | 28,95 / 100 Punkte |
| 1.1.8 | Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention | 47,95 / 100 Punkte |
| 1.1.9 | Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion | 97,44 / 100 Punkte |
| 1.1.10 | Durchführung von Compliance-Überprüfungen | 25,67 / 100 Punkte |

Basisauswertung

Basisdokumentation - einrichtungsbezogen

Art der stationär operierenden Einrichtung

| | Bund (gesamt) | |
|---------------------------------------|------------------|-------|
| | n | % |
| Alle Krankenhäuser | N = 1.213 | |
| Status des Leistungserbringers | | |
| (1) Krankenhaus nach § 108 SGB V | 989 | 81,53 |
| (2) Belegarzt nach § 121 Abs. 2 SGB V | 224 | 18,47 |

Entwicklung, Aktualisierung und Umsetzungsüberprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe in der stationären Versorgung

| | Bund (gesamt) | |
|---|------------------|-------|
| | n | % |
| Alle Krankenhäuser | N = 1.213 | |
| Galt im gesamten Jahr 2021 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe? | | |
| (0) nein | 69 | 5,69 |
| (1) ja | 1.144 | 94,31 |

| | Bund (gesamt) | |
|--|------------------|-------|
| | n | % |
| Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe: ja | N = 1.144 | |
| Wurde darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe thematisiert? | | |
| (0) nein | 11 | 0,96 |
| (1) ja | 1.133 | 99,04 |

| | | Bund (gesamt) | |
|--|--|------------------|-------|
| | | n | % |
| Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe: ja | | N = 1.144 | |
| Wurden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert? | | | |
| (0) nein | | 19 | 1,66 |
| (1) ja | | 1.125 | 98,34 |
| Wurde darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprofylaxe thematisiert? | | | |
| (0) nein | | 15 | 1,31 |
| (1) ja | | 1.129 | 98,69 |
| Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | | | |
| (0) nein | | 8 | 0,70 |
| (1) ja | | 1.136 | 99,30 |

| | | Bund (gesamt) | |
|--|--|---------------|--|
| Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2021? | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe: ja und Angabe eines Datums | | 1.144 | |
| Monat | | 7 | |
| Jahr | | 2020 | |

| | | Bund (gesamt) | |
|--|--|------------------|-------|
| | | n | % |
| Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe: ja | | N = 1.144 | |
| Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? | | | |
| (0) nein | | 35 | 3,06 |
| (1) ja | | 1.109 | 96,94 |

| | Bund (gesamt) | |
|--|------------------|-------|
| | n | % |
| Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe: ja | N = 1.144 | |
| Wurde der Zeitpunkt der Antibiotikaprofylaxe bei allen operierten Patienten, bei denen dies indiziert war, mittels Checkliste strukturiert überprüft?¹ | | |
| (0) nein | 213 | 18,62 |
| (1) ja | 931 | 81,38 |

¹ z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten

| | Bund (gesamt) | |
|--|----------------|-------|
| | n | % |
| Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe: ja | N = 931 | |
| Überprüfung des Zeitpunktes der Antibiotikaprofylaxe mittels Checkliste: ja | | |
| Wurden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet? | | |
| (0) nein | 247 | 26,53 |
| (1) ja | 684 | 73,47 |

Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotikatherapie in der stationären Versorgung

| | Bund (gesamt) | |
|---|------------------|-------|
| | n | % |
| Alle Krankenhäuser | N = 1.213 | |
| Galt im gesamten Jahr 2021 eine in schriftlicher Form vorliegende leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie? | | |
| (0) nein | 100 | 8,24 |
| (1) ja | 1.113 | 91,76 |

| | | Bund (gesamt) | |
|--|--|------------------|-------|
| | | n | % |
| Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja | | N = 1.113 | |
| Konnte jeder operierende Arzt jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | | | |
| (0) nein | | 7 | 0,63 |
| (1) ja | | 1.106 | 99,37 |

| | | Bund (gesamt) | |
|--|--|---------------|--|
| Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2021? | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit leitlinienbasierter Empfehlung/interner Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja und Angabe eines Datums | | 1.113 | |
| Monat | | 7 | |
| Jahr | | 2020 | |

| | | Bund (gesamt) | |
|--|--|------------------|-------|
| | | n | % |
| Leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur allgemeinen Antibiotikatherapie: ja | | N = 1.113 | |
| Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? | | | |
| (0) nein | | 29 | 2,61 |
| (1) ja | | 1.084 | 97,39 |

Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff

| | | Bund (gesamt) | |
|--|--|------------------|-------|
| | | n | % |
| Alle Krankenhäuser | | N = 1.213 | |
| Wurde bei stationären Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes durchgeführt? | | | |
| (0) nein | | 33 | 2,72 |
| (1) ja | | 1.180 | 97,28 |

| | Bund (gesamt) | |
|--|------------------|-------|
| | n | % |
| Präoperative Haarentfernung: ja | N = 1.180 | |
| Wurde dazu ein Klingenrasierer genutzt? | | |
| (0) nein | 1.037 | 87,88 |
| (1) ja | 143 | 12,12 |
| Wurde dazu eine Schere genutzt? | | |
| (0) nein | 1.135 | 96,19 |
| (1) ja | 45 | 3,81 |
| Wurde dazu ein Haarschneider (Clipper) genutzt? | | |
| (0) nein | 44 | 3,73 |
| (1) ja | 1.136 | 96,27 |
| Wurde dazu eine Enthaarungscreme genutzt? | | |
| (0) nein | 1.092 | 92,54 |
| (1) ja | 88 | 7,46 |

Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien

| | Bund (gesamt) | |
|---|------------------|-------|
| | n | % |
| Alle Krankenhäuser | N = 1.213 | |
| Erfolgte eine schriftliche Risikoeinstufung für alle bei Operationen genutzten Arten steriler Medizinprodukte? | | |
| (0) nein | 47 | 3,87 |
| (1) ja | 1.166 | 96,13 |
| Übernahmen im Jahr 2021 ein externer oder mehrere externe Dienstleister die Aufbereitung des Sterilguts? | | |
| (0) nein | 756 | 62,32 |
| (1) ja | 297 | 24,48 |
| (2) teilweise | 160 | 13,19 |

| | | Bund (gesamt) | |
|---|--|----------------|-------|
| | | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: ja/teilweise | | N = 457 | |
| Lag im Jahr 2021 ein Vertrag mit dem/den externen Dienstleister/n vor, in dem die Rechte und Pflichten der Vertragspartner geregelt waren? | | | |
| (0) nein | | 14 | 3,06 |
| (1) ja | | 443 | 96,94 |

| | | Bund (gesamt) | |
|---|--|----------------|-------|
| | | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | | N = 916 | |
| Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt? | | | |
| (0) nein | | 19 | 2,07 |
| (1) ja | | 897 | 97,93 |

| | | Bund (gesamt) | |
|---|--|----------------|-------|
| | | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | | N = 897 | |
| Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja | | | |
| Konnte jede Person, die an dem Aufbereitungsprozess beteiligt war, jederzeit und aufwandsarm auf die Standardarbeitsanweisungen zugreifen? | | | |
| (0) nein | | ≤3 | x |
| (1) ja | | 895 | 99,78 |

| | | Bund (gesamt) | |
|--|--|----------------------|----------|
| | | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | | N = 916 | |
| Wie erfolgte die Aufbereitung des Sterilguts? | | | |
| (1) ausschließlich mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) | | ≤3 | x |
| (2) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) | | 8 | 0,87 |
| (3) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator | | 374 | 40,83 |
| (4) mittels manueller Reinigung und Desinfektion (ggf. inkl. Ultraschallbad) sowie mittels Sterilisator | | 6 | 0,66 |
| (5) ausschließlich mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) | | 30 | 3,28 |
| (6) ausschließlich mittels Sterilisator | | ≤3 | x |
| (7) mittels automatisiertem Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG) sowie mittels Sterilisator | | 494 | 53,93 |
| <hr/> | | | |
| | | Bund (gesamt) | |
| | | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | | N = 888 | |
| Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja | | | |
| Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) | | | |
| Waren die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert? | | | |
| (0) nein | | 19 | 2,14 |
| (1) ja | | 869 | 97,86 |

| Bund (gesamt) | |
|---|------|
| Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Jahres 2021?² | |
| Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums | 906 |
| Monat | 7 |
| Jahr | 2020 |
| Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2021?³ | |
| Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (2), (3), (5) oder (7) und Angabe eines Datums | 906 |
| Monat | 6 |
| Jahr | 2020 |

² Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.

³ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt.

| Bund (gesamt) | |
|--|------|
| Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Jahres 2021?⁴ | |
| Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Angabe eines Datums | 899 |
| Monat | 6 |
| Jahr | 2020 |

⁴ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.

| Bund (gesamt) | | |
|--|----------------|------|
| | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | N = 916 | |
| Siegelnahtgerät nicht vorhanden | | |
| (1) ja | 17 | 1,86 |

| | Bund (gesamt) | |
|--|----------------|-------|
| | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | N = 859 | |
| Erstellung von Standardarbeitsanweisungen: ja | | |
| Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) | | |
| Wurden die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert? | | |
| (0) nein | 21 | 2,44 |
| (1) ja | 838 | 97,56 |

| Bund (gesamt) | |
|--|------|
| Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Jahres 2021?⁵ | |
| Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums | 877 |
| Monat | 7 |
| Jahr | 2020 |

| | |
|---|------|
| Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Jahres 2021?⁶ | |
| Anzahl Krankenhäuser mit Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise und Aufbereitung des Sterilguts: (3), (4), (6) oder (7) und Angabe eines Datums | 877 |
| Monat | 6 |
| Jahr | 2020 |

⁵ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte Wartung am längsten zurückliegt.

⁶ Bei mehreren Geräten: Bezogen auf das Gerät, dessen letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung am längsten zurückliegt.

| | Bund (gesamt) | |
|--|----------------|-------|
| | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | N = 916 | |
| Wurden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult? | | |
| (0) nein | 7 | 0,76 |
| (1) ja | 909 | 99,24 |

| | Bund (gesamt) | |
|--|----------------|-------|
| | n | % |
| Aufbereitung des Sterilguts durch externe Dienstleister: nein/teilweise | N = 916 | |
| Galt im gesamten Jahr 2021 ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich? | | |
| (0) nein | 61 | 6,66 |
| (1) ja | 855 | 93,34 |

Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes

| | Bund (gesamt) | |
|---|------------------|-------|
| | n | % |
| Alle Krankenhäuser | N = 1.213 | |
| Galt im gesamten Jahr 2021 eine in schriftlicher Form vorliegende Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes? | | |
| (0) nein | 39 | 3,22 |
| (1) ja | 1.174 | 96,78 |

| | Bund (gesamt) | |
|---|------------------|-------|
| | n | % |
| Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja | N = 1.174 | |
| Wurde darin das zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert? | | |
| (0) nein | 26 | 2,21 |
| (1) ja | 1.148 | 97,79 |
| Wurde darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert? | | |
| (0) nein | 19 | 1,62 |
| (1) ja | 1.155 | 98,38 |
| Wurde darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert? | | |
| (0) nein | 17 | 1,45 |
| (1) ja | 1.157 | 98,55 |

| | | Bund (gesamt) | |
|--|--|------------------|-------|
| | | n | % |
| Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes: ja | | N = 1.174 | |
| Konnten die operierenden Ärzte und das operative Pflegepersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | | | |
| (0) nein | | ≤3 | x |
| (1) ja | | 1.171 | 99,74 |
| Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? | | | |
| (0) nein | | 13 | 1,11 |
| (1) ja | | 1.161 | 98,89 |

Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel

| | | Bund (gesamt) | |
|---|--|------------------|-------|
| | | n | % |
| Alle Krankenhäuser | | N = 1.213 | |
| Galt im gesamten Jahr 2021 ein in schriftlicher Form vorliegender interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel? | | | |
| (0) nein | | 26 | 2,14 |
| (1) ja | | 1.187 | 97,86 |

| | | Bund (gesamt) | |
|---|--|------------------|-------|
| | | n | % |
| Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja | | N = 1.187 | |
| Wurde darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert? | | | |
| (0) nein | | ≤3 | x |
| (1) ja | | 1.185 | 99,83 |
| Wurde darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert?7 | | | |
| (0) nein | | ≤3 | x |
| (1) ja | | 1.184 | 99,75 |

| | | Bund (gesamt) | |
|---|--|------------------|-------|
| | | n | % |
| Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja | | N = 1.187 | |
| Wurde darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert? | | | |
| (0) nein | | 29 | 2,44 |
| (1) ja | | 1.158 | 97,56 |
| Wurde darin die stete Prüfung der Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert? | | | |
| (0) nein | | 73 | 6,15 |
| (1) ja | | 1.114 | 93,85 |
| Wurde darin die Meldung an den behandelnden Arzt und die Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert? | | | |
| (0) nein | | 140 | 11,79 |
| (1) ja | | 1.047 | 88,21 |
| Konnten Ärzte und das an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Personal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? | | | |
| (0) nein | | 4 | 0,34 |
| (1) ja | | 1.183 | 99,66 |

⁷ aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)

| | | Bund (gesamt) | |
|--|--|---------------|--|
| Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Jahres 2021? | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit internem Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja und Angabe eines Datums | | 1.187 | |
| Monat | | 7 | |
| Jahr | | 2020 | |

| | | Bund (gesamt) | |
|--|--|------------------|-------|
| | | n | % |
| Interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel: ja | | N = 1.187 | |
| Erfolgte eine Freigabe des Dokuments? | | | |
| (0) nein | | 24 | 2,02 |
| (1) ja | | 1.163 | 97,98 |

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie

| Bund (gesamt) | |
|--|-------|
| Wie hoch ist der Anteil der Ärzte, die im Jahr 2021 mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben? (%) | |
| Anzahl Krankenhäuser mit Angabe von Werten | 607 |
| Angabe | 54,40 |

| Bund (gesamt) | | |
|--|------------------|----------|
| | n | % |
| Alle Krankenhäuser | N = 1.213 | |
| ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | |
| (1) ja | 21 | 1,73 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | |
| (1) ja | 585 | 48,23 |

Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention

| Bund (gesamt) | | |
|---|------------------|----------|
| | n | % |
| Alle Krankenhäuser | N = 1.213 | |
| Liegen Daten zur Teilnahme des Personals an Informationsveranstaltungen oder E-Learning-Programmen zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention", die im Jahr 2021 stattgefunden haben, vor? | | |
| (0) nein | 156 | 12,86 |
| (1) ja | 943 | 77,74 |
| Daten wurden nicht in der geforderten Form erhoben | | |
| (1) ja | 114 | 9,40 |

| Bund (gesamt) | |
|--|-------|
| Ärzte (%)⁸ | |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Ärzten | 779 |
| Angabe | 65,71 |

⁸ Anteil der Ärzte, die im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

| Bund (gesamt) | | |
|---|----------------|-------|
| | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals | N = 943 | |
| ärztliches Personal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | |
| (1) ja | 6 | 0,64 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | |
| (1) ja | 158 | 16,76 |

| Bund (gesamt) | |
|--|-------|
| Pflegepersonal (%)⁹ | |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Pflegepersonal | 796 |
| Angabe | 74,80 |

⁹ Anteil des Pflegepersonals, das im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

| Bund (gesamt) | | |
|---|----------------|-------|
| | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals | N = 943 | |
| Pflegepersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | |
| (1) ja | 7 | 0,74 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | |
| (1) ja | 140 | 14,85 |

| Bund (gesamt) | |
|---|-------|
| Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes (%)¹⁰ | |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern des medizinisch-technischen Dienstes | 664 |
| Angabe | 72,67 |

¹⁰ Anteil der Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes, die im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

| Bund (gesamt) | | |
|---|----------------|-------|
| | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals | N = 943 | |
| Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | |
| (1) ja | 75 | 7,95 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | |
| (1) ja | 204 | 21,63 |

| Bund (gesamt) | |
|--|-------|
| Medizinische Fachangestellte (%)¹¹ | |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu medizinischen Fachangestellten | 591 |
| Angabe | 74,14 |

¹¹ Anteil der Medizinischen Fachangestellten, die im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

| Bund (gesamt) | | |
|---|----------------|-------|
| | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals | N = 943 | |
| Medizinische Fachangestellte nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | |
| (1) ja | 83 | 8,80 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | |
| (1) ja | 269 | 28,53 |

| Bund (gesamt) | |
|---|-------|
| Reinigungspersonal (%)¹² | |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Reinigungspersonal | 692 |
| Angabe | 82,34 |

¹² Anteil des Reinigungspersonals, das im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

| Bund (gesamt) | | |
|---|----------------|-------|
| | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals | N = 943 | |
| Reinigungspersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | |
| (1) ja | 55 | 5,83 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | |
| (1) ja | 181 | 19,19 |

| Bund (gesamt) | |
|--|-------|
| Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) (%)¹³ | |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zu Mitarbeitern der Sterilgutaufbereitung | 697 |
| Angabe | 86,94 |

¹³ Anteil der Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut), die im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen haben

| Bund (gesamt) | | |
|---|----------------|-------|
| | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals | N = 943 | |
| Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut) nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | |
| (1) ja | 80 | 8,48 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | |
| (1) ja | 143 | 15,16 |

| Bund (gesamt) | |
|---|-------|
| Küchenpersonal (%)¹⁴ | |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals und Angabe von Werten zum Küchenpersonal | 550 |
| Angabe | 86,93 |

¹⁴ Anteil des Küchenpersonals, das im Jahr 2021 an mindestens einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik „Hygiene und Infektionsprävention“ teilgenommen hat

| Bund (gesamt) | | |
|---|----------------|-------|
| | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser mit erhobenen Daten zur Teilnahme des Personals | N = 943 | |
| Küchenpersonal nicht vorhanden oder nicht ganzjährig tätig | | |
| (1) ja | 110 | 11,66 |
| Daten wurden nicht oder nicht in der geforderten Form erhoben | | |
| (1) ja | 146 | 15,48 |

Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion

| Bund (gesamt) | | |
|--|------------------|-------|
| | n | % |
| Alle Krankenhäuser | N = 1.213 | |
| Wurde im Krankenhaus ein Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vorgehalten?¹⁵ | | |
| (0) nein | 31 | 2,56 |
| (1) ja | 1.182 | 97,44 |

¹⁵ Thematisierung aller folgenden Inhalte:
 - Informationen zu MRSA im Allgemeinen
 - Risiken der MRSA-Besiedlung/-Infektion für Kontaktpersonen
 - Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate
 - Barrieremaßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes
 - Kontrolluntersuchungen

Durchführung von Compliance-Beobachtungen in der stationären Versorgung

| | Bund (gesamt) | |
|--|------------------|-------|
| | n | % |
| Alle Krankenhäuser | N = 1.213 | |
| Wurden bei den Mitarbeitern im Krankenhaus Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion durchgeführt, die in einer Beobachtungsperiode mindestens 150 beobachtete Indikationen auf mindestens einer Station umfassten? | | |
| (0) nein | 659 | 54,33 |
| (1) ja | 554 | 45,67 |

| Bund (gesamt) | |
|--|-------|
| Wie hoch war der Anteil von Normalstationen (an allen Normalstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%) | |
| Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von Normalstationen | 543 |
| Angabe | 52,29 |

| | Bund (gesamt) | |
|---|----------------|------|
| | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter | N = 554 | |
| keine Normalstation vorhanden | | |
| (1) ja | 11 | 1,99 |

| Bund (gesamt) | |
|--|-------|
| Wie hoch war der Anteil von IMC/Aufwachstationen (an allen IMC/Aufwachstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%) | |
| Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von IMC/Aufwachstationen | 398 |
| Angabe | 58,68 |

| | | Bund (gesamt) | |
|---|--|----------------|-------|
| | | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter | | N = 554 | |
| keine IMC/Aufwachstation vorhanden | | | |
| (1) ja | | 156 | 28,16 |

| | | Bund (gesamt) | |
|--|--|---------------|--|
| Wie hoch war der Anteil von Intensivstationen (an allen Intensivstationen des Krankenhauses), auf denen die Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion bei mindestens 150 Indikationen in einer Beobachtungsperiode durchgeführt wurden? (%) | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum Anteil von Intensivstationen | | 475 | |
| Angabe | | 80,90 | |

| | | Bund (gesamt) | |
|---|--|----------------|-------|
| | | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter | | N = 554 | |
| keine Intensivstation vorhanden | | | |
| (1) ja | | 79 | 14,26 |

| | | Bund (gesamt) | |
|--|--|---------------|--|
| Wie hoch war der prozentuale Anteil durchgeführter Compliance-Beobachtungen zur hygienischen Händedesinfektion der Indikationsgruppe 2 (vor aseptischen Tätigkeiten) an allen beobachteten Indikationen zur hygienischen Händedesinfektion? (%) | | | |
| Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter und Angabe von Werten zum prozentualen Anteil der Indikationsgruppe 2 | | 471 | |
| Angabe | | 42,73 | |

| | Bund (gesamt) | |
|---|----------------|-------|
| | n | % |
| Anzahl Krankenhäuser mit durchgeführten Compliance-Beobachtungen der Mitarbeiter | N = 554 | |
| Die Arten der beobachteten Indikationen wurden nicht oder nicht in der erforderlichen Form erfasst | | |
| (1) ja | 83 | 14,98 |