

Jahresauswertung 2003  
Modul 14/1: Prostataresektion

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 28  
Auswertungsversion: 09. Juni 2004  
Datensatzversionen: 2003 5.0.1 / 6.0  
Mindestanzahl Datensätze: 20  
Datenbankstand: 31. März 2004  
Druckdatum: 11. Juni 2004  
Nr. Gesamt-1998  
2003 - L6646-P10466

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
<b>Indikation (1)</b>						
Möglichst selten Resektionsgewicht < 5 g			2,97%	<= 7,9%	4,9%	1.1
Keine Resektionsgewichtbestimmung			12,46%	<= 5%	-7,5%	1.1
<b>Indikation (2)</b>						
Gültiger IPSS <sup>1</sup> -Score			47,73%	>= 20%	27,7%	1.4
IPSS >=20 oder L <sup>2</sup> >3			79,30%	>= 45,3%	34,0%	1.4
<b>Indikation (3)</b>						
Angemessenes Verhältnis von Standard- zu Sonderindikationen			95,19%	>= 87,3%	7,9%	1.7
<b>Indikation (4)</b>						
Selten Resektion bei Prostatavolumen < 20 cm <sup>3</sup>			6,59%	<= 12,8%	6,2%	1.9
<b>Indikation (5)</b>						
Selten Resektion bei Patienten mit Sonderindikation und Prostatavolumen < 20 cm <sup>3</sup>			1,26%	<= 3,0%	1,7%	1.11
<b>Umfassende präoperative Diagnostik</b>						
Mindestens 7 von 10 Maßnahmen			85,55%	nicht definiert		1.13
<b>Spezifische intra-/postop. Komplikationen bei offenen Adenomektomien</b>						
Mindestens eine spez. postoperative Komplikation			28,61%	nicht definiert		1.15
Transfusionspflichtige Blutung			15,86%	nicht definiert		1.15
Klinisch relevante Harnwegsinfektion			14,18%	nicht definiert		1.15
Operative Revision / Nachresektion / Koagulation			6,73%	nicht definiert		1.15
Keine Komplikationen			71,39%	nicht definiert		1.15

<sup>1</sup> Internationaler Prostata-Symptom-Score

<sup>2</sup> Lebensqualitätsindex

\* Abweichung der Gesamtergebnisse vom Referenzbereich

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
<b>Spezifische intra-/postop. Komplikationen bei TUR</b>						
Mindestens eine spez. postoperative Komplikation			10,03%	<= 20%	10,0%	1.21
Behandlungsbedürftiges TUR-Syndrom			0,46%	nicht definiert		1.21
Transfusionspflichtige Blutung			3,06%	nicht definiert		1.21
Klinisch relevante Harnwegsinfektion			3,27%	nicht definiert		1.21
Operative Revision / Nachresektion / Koagulation			4,64%	nicht definiert		1.21
Keine Komplikationen			89,97%	nicht definiert		1.21
<b>Spezifische intra-/postoperative Komplikationen in Abhängigkeit vom Resektionsgewicht</b>						
TUR bei Resektionsgewicht von 20 - 50g			9,39%	nicht definiert		1.28
<b>Postoperative Kontrolle von Uroflow oder Restharn</b>						
Häufig postop. Kontrolle von Uroflow oder Restharn			93,32%	>= 88,5%	4,8%	1.30
<b>Postoperativer Restharn</b>						
Selten postoperativer Restharn >=100ml			1,63%	nicht definiert		1.32
<b>Entlassung mit Katheter</b>						
Selten Entlassung mit Katheter			3,67%	<= 15%	11,3%	1.34
<b>Operative Revision / Nachresektion / Koagulation</b>						
Selten operative Revision / Nachresektion / Koagulation			4,82%	<= 10%	5,2%	1.36
<b>Histologische Untersuchung</b>						
Immer postop. histologische Untersuchung			96,10%	>= 95%	1,1%	1.38

\* Abweichung der Gesamtergebnisse vom Referenzbereich

# Leseanleitung

## 1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgungsleistung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

## 2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben. Sofern ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z.B. welches Ereignis gezählt wird oder wie die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein "oder" als logisches, d. h. inklusives "oder" zu verstehen im Sinne von "und/oder".

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

### 2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

#### Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen
Krankenhauswert:	10%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,2 und 11,8 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit
2. der Anzahl der Fälle (z.B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z.B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion).

## 2.2 Referenzbereich

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich). Es gibt zwei Arten von Referenzbereichen:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (fixer Referenzbereich)

**Beispiel:** Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von  $\leq 15\%$  definiert, d. h. Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten  $> 15\%$  gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (Perzentilen-Referenzbereich)

**Beispiel:** Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von  $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel event"-Indikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel event" aufgeführt.

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein „ $\geq x\%$ “ oder „ $\leq x\%$ “ platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

## 2.3 Grafische Darstellung der Krankhausergebnisse

Für die grau hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.3.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.3.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem grauen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankhausergebnisse aufgeführt.

Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

### 2.3.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

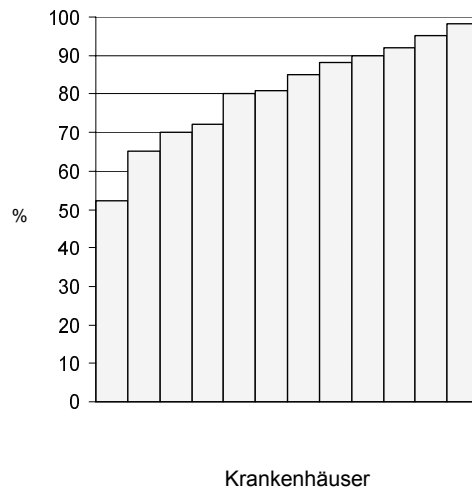
#### Beispiel:

Qualitätsindikator:

Postoperative Komplikationen

Kennzahl zum Qualitätsindikator:

Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten



### 2.3.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhäusergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte der Kennzahl des Qualitätsindikators in Klassen aufgeteilt. Für jede Klasse wird die Anzahl der Krankenhäuser ermittelt, für die die zugehörige Kennzahl in diese Klasse fällt.

Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

#### Beispiel:

Qualitätsindikator:

Postoperative Komplikationen

Kennzahl zum Qualitätsindikator:

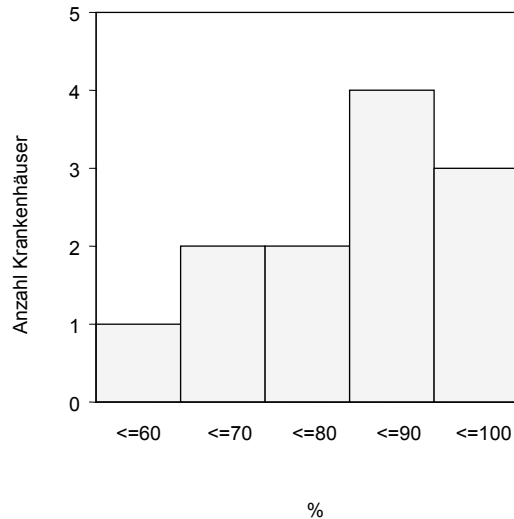
Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten

Mögliche Klasseneinteilung:

1. Klasse:  $\leq 60\%$
2. Klasse:  $> 60\%$  bis  $\leq 70\%$
3. Klasse:  $> 70\%$  bis  $\leq 80\%$
4. Klasse:  $> 80\%$  bis  $\leq 90\%$
5. Klasse:  $> 90\%$  bis  $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	<= 60%	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



Damit Krankenhäuser mit „guter“ Qualität im Histogramm immer rechts stehen, kann es passieren, dass die natürliche Reihenfolge der Klassen-Skala (von „klein“ nach „groß“) im Histogramm umgedreht wird (von „groß“ nach „klein“).

Aus Darstellungsgründen wird die Klasse, die ganz links steht, immer so gewählt, dass sie bis zum minimalen bzw. maximalen realisierten Krankenhauswert der Kennzahl geht. In der Regel ist diese Klasse damit größer als die anderen Klassen, die eine fest vorgegebene Breite besitzen.

Das Histogramm liefert gegenüber dem Säulendiagramm weitere Informationen zu folgenden Fragestellungen:

- Welcher Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäuser? (Streuung der Verteilung)

### 3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In Ausnahmefällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

### 4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

## 5. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z.B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

## 6. Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

## 7. Glossar

### Anteil

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

### Beziehungszahl

Siehe Verhältnis

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Median der Krankenhausergebnisse

Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankenhausergebnisse kleiner und 50% der Krankenhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

### Perzentile der Krankenhausergebnisse

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so ist in diesem Beispiel 1,5% das 25%-Perzentil.

### Rate

Siehe Anteil

### Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

### Spannweite der Krankenhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankenhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung

### Verhältnis

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung „Verhältnis“ verwendet.

### Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, Tagesform des OP-Teams etc.) liegt.



**Qualitätsindikator: Indikation (1)**

**Qualitätsziel:** Möglichst selten Resektionsgewicht < 5g  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit einer Angabe zum Resektionsgewicht  
**Referenzbereich:** <= 7,9% (90%-Perzentile)

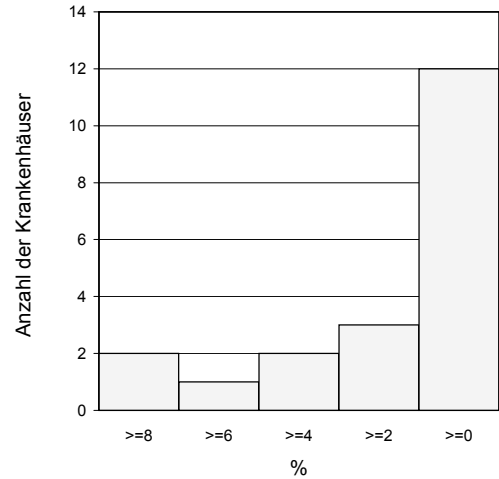
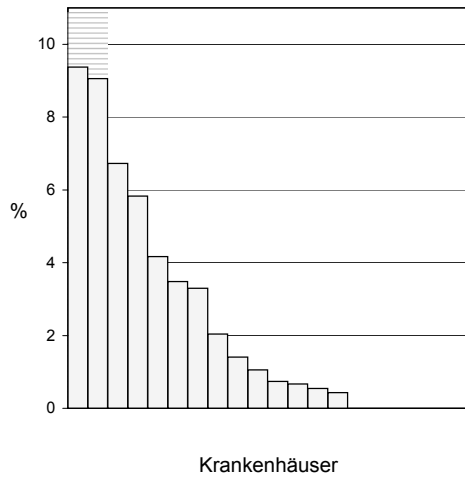
	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Resektionsgewicht &lt; 5 g</b>			93 / 3.127	2,97%
Vertrauensbereich				2,41% - 3,63%
Referenzbereich		<= 7,9%		<= 7,9%
5-10g			396 / 3.127	12,66%
11-20g			736 / 3.127	23,54%
21-40g			1.027 / 3.127	32,84%
41-50g			226 / 3.127	7,23%
51-100g			486 / 3.127	15,54%
>100g			163 / 3.127	5,21%

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
**Referenzbereich:** <= 5%

	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patienten ohne Resektionsgewichtbestimmung</b>			445 / 3.572	12,46%
Vertrauensbereich				11,39% - 13,59%
Referenzbereich		<= 5%		<= 5%

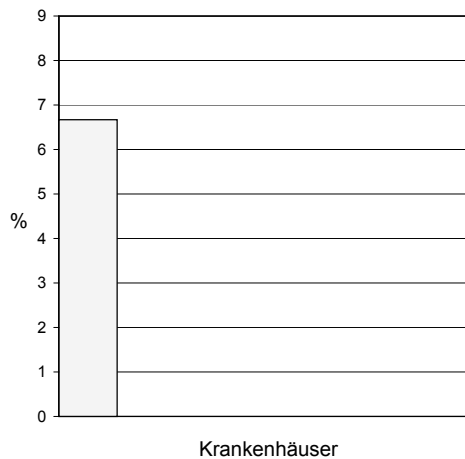
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 1]:  
 Anteil Patienten mit Resektionsgewicht unter 5 Gramm**  
 1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,4%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,9%



20 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 6,7%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagr. 2]:**

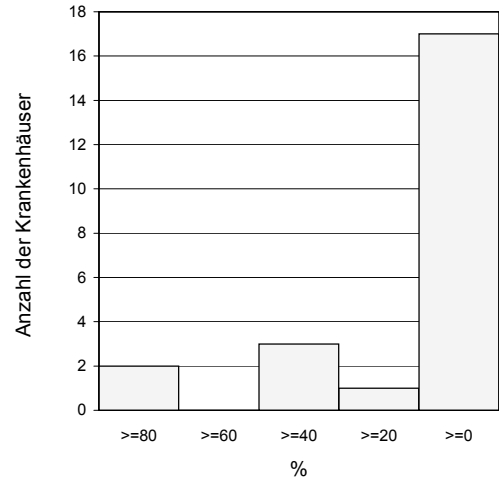
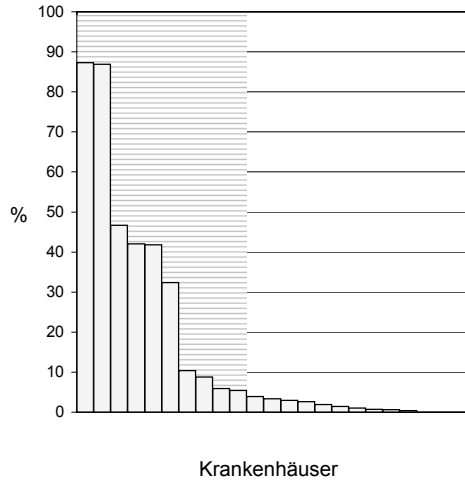
**Anteil Patienten ohne Resektionsgewichtbestimmung**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhäusergebnisse: 0,0% - 87,3%

Median der Krankenhäusergebnisse: 3,3%



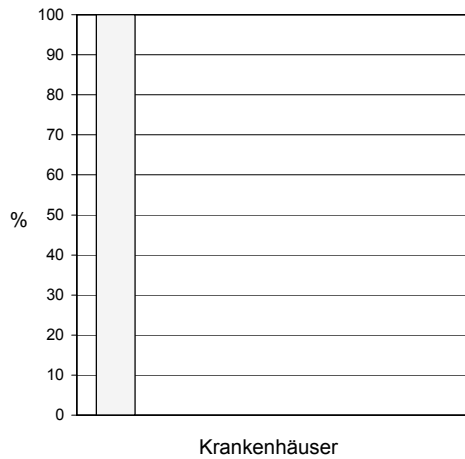
23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhäusergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhäusergebnisse: 0,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Indikation (2)**

**Qualitätsziel:** Bevorzugt Operationen von Patienten mit hohem subjektiven Leidensdruck

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:**  $\geq 20\%$   
 $\geq 45,3\%$  (10%-Perzentile)

	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe I: Patienten mit bestimmtem und gültigem IPSS			1.705 / 3.572	47,73%
Vertrauensbereich				46,08% - 49,39%
Referenzbereich		$\geq 20\%$		$\geq 20\%$
davon:				
IPSS 0-7			163 / 1.705	9,56%
IPSS 8-19			601 / 1.705	35,25%
IPSS $\geq 20$			941 / 1.705	55,19%
Gruppe II: Patienten mit bestimmtem und gültigem Lebensqualitätsindex			2.239 / 3.572	62,68%
davon:				
L 0-2			199 / 2.239	8,89%
L 3-4			1.174 / 2.239	52,43%
L 5-6			866 / 2.239	38,68%
<b>Pat. mit hohem subjektivem Leidensdruck</b>				
Gruppe I oder Gruppe II: Patienten mit bestimmtem IPSS oder Lebensqualitätsindex			2.275 / 3.572	63,69%
davon:				
IPSS $\geq 20$ oder L > 3			1.804 / 2.275	79,30%
Vertrauensbereich				77,57% - 80,95%
Referenzbereich		$\geq 45,3\%$		$\geq 45,3\%$

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagr. 3]:**

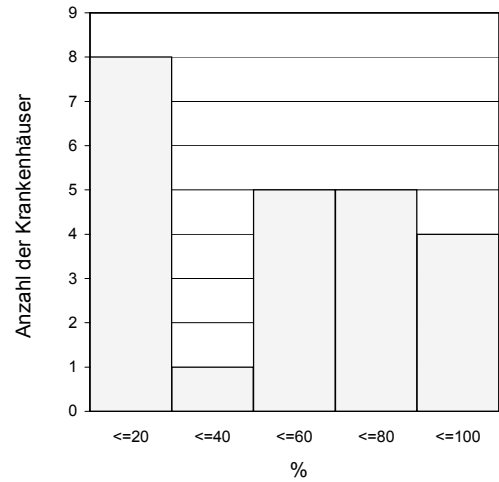
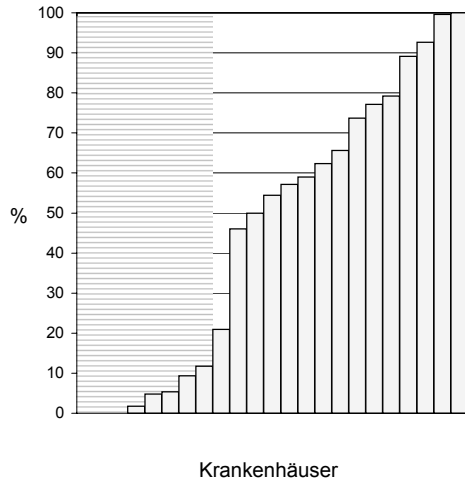
**Anteil Patienten mit bestimmtem und gültigem IPSS**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankhausergebnisse: 54,5%



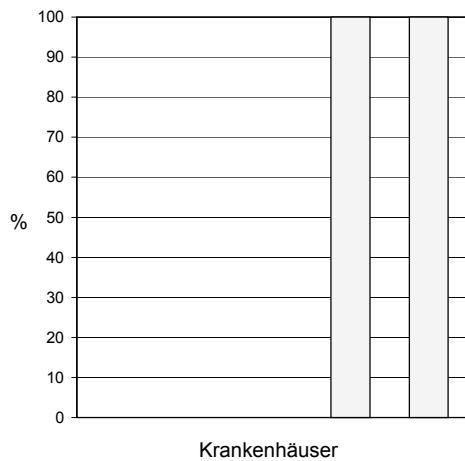
23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankhausergebnisse: 0,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

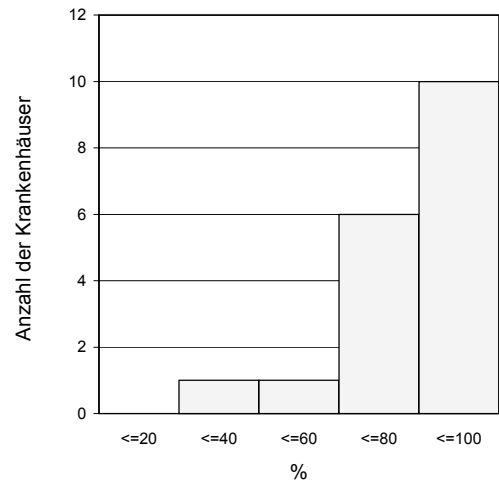
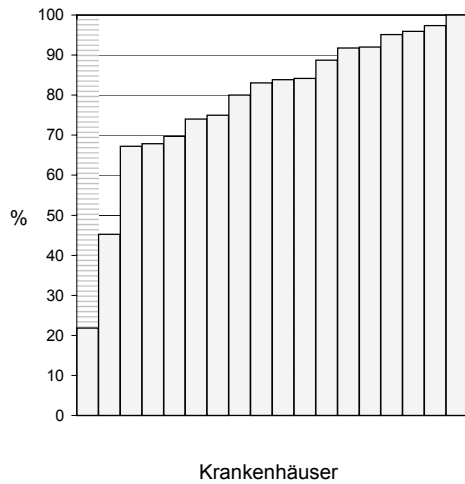
In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagr. 4]:**

**Anteil Patienten mit hohem subjektivem Leidensdruck ( IPSS >=20 oder L>3 )**  
 4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

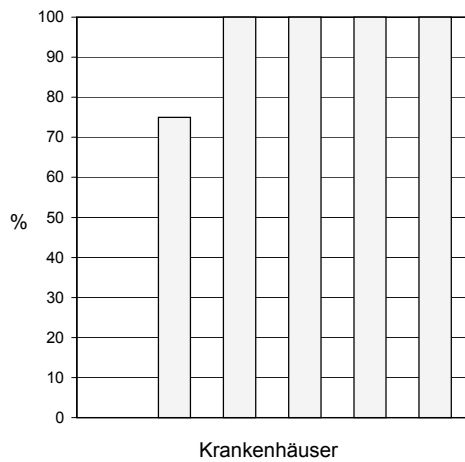
Minimum - Maximum der Krankenhäusergebnisse: 21,8% - 100,0%  
 Median der Krankenhäusergebnisse: 83,5%



18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhäusergebnisse: 0,0% - 100,0%  
 Median der Krankenhäusergebnisse: 100,0%



6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Indikation (3)**

**Qualitätsziel:** Angemessenes Verhältnis von Standard- zu Sonderindikationen

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:**  $\geq 87,3\%$  (10%-Perzentile)

	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Standardindikationen</b>				
Alle Patienten, bei denen IPSS $\geq$ 20 oder Restharn $\geq$ 100 ml oder Prostatavolumen $\geq$ 20ml oder Harnsekundenvolumen (Qmax) < 15 ml/s (bei mehr als 150 ml Miktionsvolumen) oder Katheterträger oder Harnverhalt			3.400 / 3.572	95,19%
Vertrauensbereich				94,43% - 95,86%
Referenzbereich		$\geq 87,3\%$		$\geq 87,3\%$
<b>Sonderindikationen</b>				
Alle Patienten, bei denen kein Kriterium der Standardindikation zutrifft			172 / 3.572	4,82%

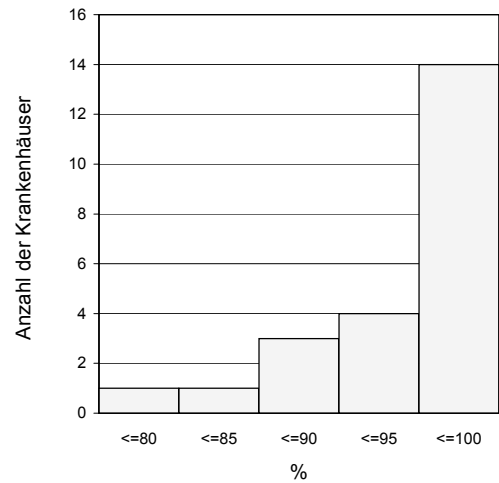
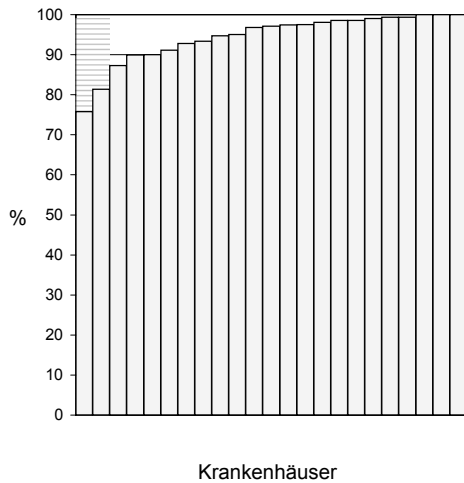
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 5]: Anteil Patienten mit Standardindikationen**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 75,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 97,1%

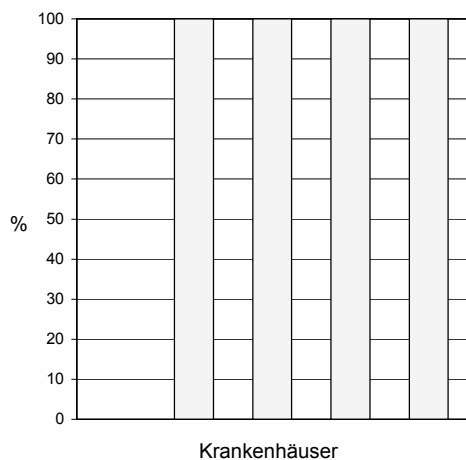


23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.



**Qualitätsindikator: Indikation (4)**

**Qualitätsziel:** Selten Resektion bei Patienten mit Prostatavolumen < 20 cm<sup>3</sup>

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Prostatasonographie und einer Angabe des Prostatavolumens

**Referenzbereich:** <= 12,8% (90%-Perzentile)

Prostatavolumen (cm <sup>3</sup> )	Anzahl	%	Gesamt 2003	
			Anzahl	%
< 20 cm <sup>3</sup>			210 / 3.184	6,59%
Vertrauensbereich				5,76% - 7,51%
Referenzbereich		<= 12,8%		<= 12,8%
20-50 cm <sup>3</sup>			1.824 / 3.184	57,29%
> 50 cm <sup>3</sup>			1.150 / 3.184	36,12%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 6]:**

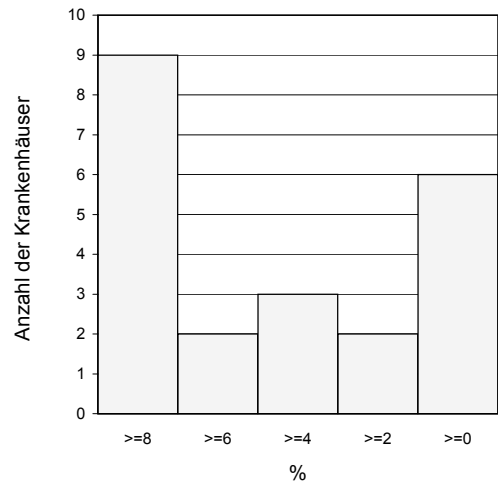
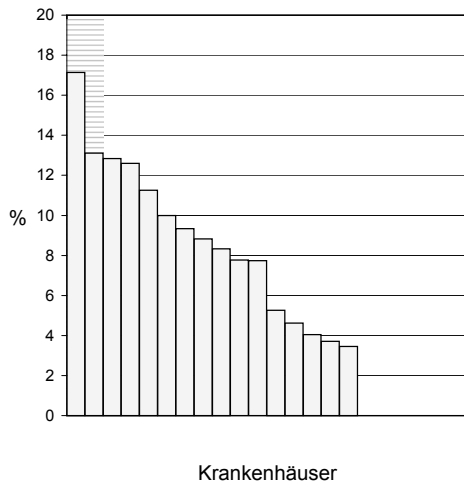
**Anteil Patienten mit Prostatavolumen < 20 cm<sup>3</sup>**

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 17,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 6,5%



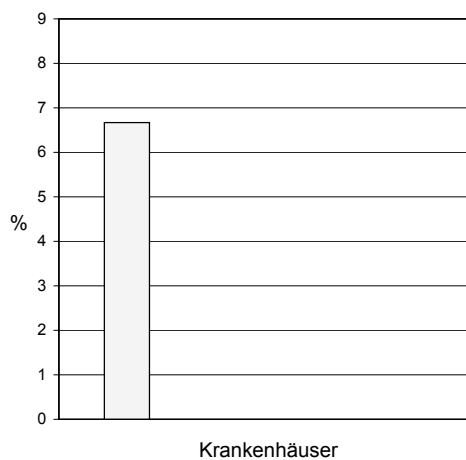
22 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 6,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Indikation (5)**

**Qualitätsziel:** Selten Resektion bei Patienten mit Sonderindikation und Prostatavolumen < 20 cm<sup>3</sup>  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit Prostasonographie und einer Angabe des Prostatavolumens  
**Referenzbereich:** <= 3,0% (90%-Perzentile)

			Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Prostata- volumen < 20 cm <sup>3</sup> und Sonderindikation			40 / 3.184	1,26%
Vertrauensbereich				0,90% - 1,71%
Referenzbereich		<= 3,0%		<= 3,0%

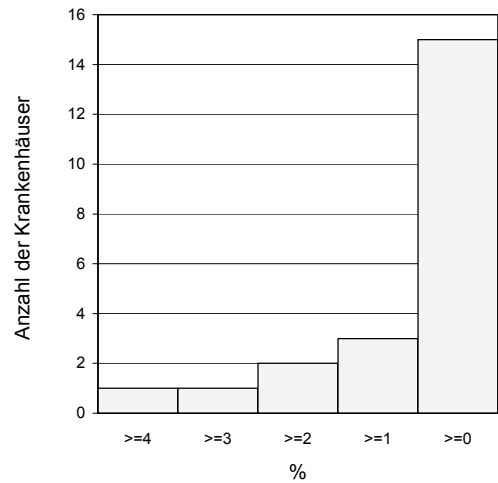
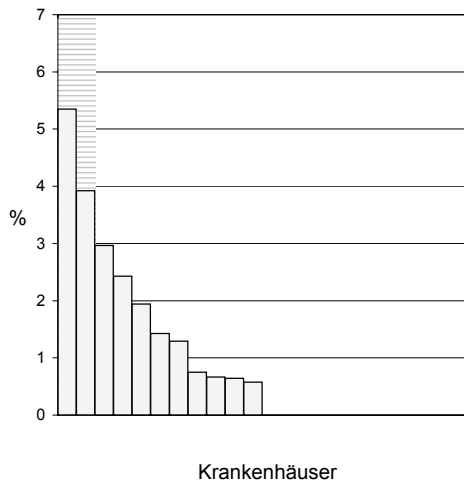
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 7]:  
 Anteil Patienten mit Prostatavolumen < 20 cm<sup>3</sup>**

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 5,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,3%



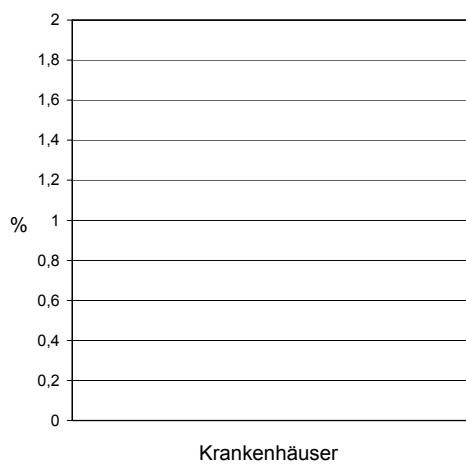
22 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Umfassende präoperative Diagnostik**

**Qualitätsziel:** Häufig eine umfassende präoperative Diagnostik

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten ohne präoperativen Katheter

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator zur Zeit nicht definiert.

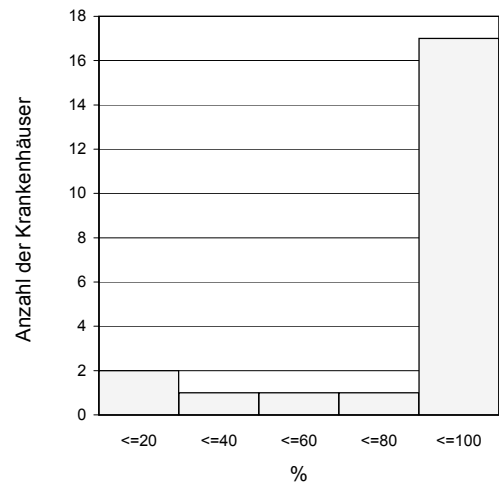
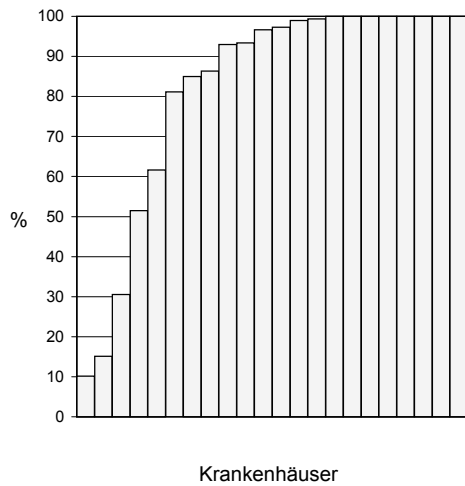
	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit präoperativer Diagnostik				
Sonographie der Nieren			2.149 / 2.201	97,64%
Sonographie der Blase			2.172 / 2.201	98,68%
Sonographie der Prostata			2.154 / 2.201	97,86%
Urinstatus			2.166 / 2.201	98,41%
Serum-Kreatinin			2.125 / 2.201	96,55%
Prostata-spezifisches Antigen			1.973 / 2.201	89,64%
präoperativer Restharn bestimmt			1.803 / 2.201	81,92%
Uroflow			1.053 / 2.201	47,84%
IPSS erhoben			1.186 / 2.201	53,88%
Lebensqualitätsindex erhoben			1.418 / 2.201	64,42%
mindestens 7 von 10 der oben genannten präoperativen diagnostischen Maßnahmen durchgeführt			1.883 / 2.201	85,55%
Vertrauensbereich				84,01% - 87,00%
Referenzbereich				>= x%

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagr. 8]:**

**Anteil Patienten mit mindestens 7 von 10 der oben genannten präoperativen diagnostischen Maßnahmen**  
 3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

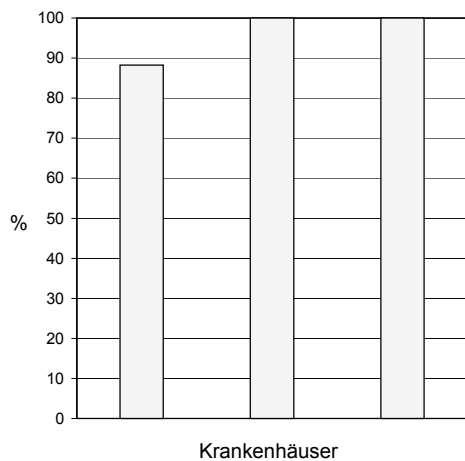
Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 10,2% - 100,0%  
 Median der Krankenhauseergebnisse: 96,9%



22 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 88,2% - 100,0%  
 Median der Krankenhauseergebnisse: 100,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Spezifische intra-/postoperative Komplikationen bei offenen Adenomektomien**

**Qualitätsziel:** Wenig spezifische intra-/postoperative Komplikationen

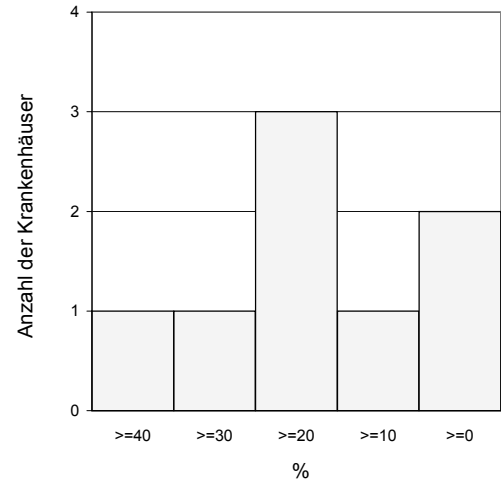
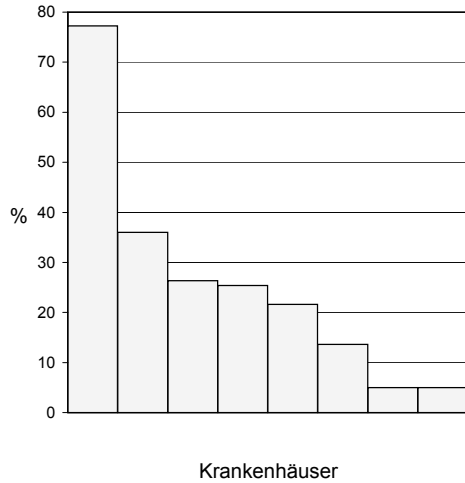
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit offenen Adenomektomien  
 (OPS-301: 5-603\* ohne gleichzeitige Dokumentation von 5-601.0, .1)

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator zur Zeit nicht definiert.

	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mind. einer spezifischen intra-/postoperativen Komplikation (Blutung, transfusionspflichtig; Harnwegsinfektion, klinisch relevant; operative Revision / Nachresektion / Koagulation)			119 / 416	28,61%
Vertrauensbereich				24,31% - 33,22%
Referenzbereich				<= x%
Blutung, transfusionspflichtig			66 / 416	15,86%
Vertrauensbereich				12,49% - 19,74%
Referenzbereich				<= x%
Harnwegsinfektion, klinisch relevant			59 / 416	14,18%
Vertrauensbereich				10,97% - 17,92%
Referenzbereich				<= x%
Operative Revision / Nachresektion / Koagulation			28 / 416	6,73%
Vertrauensbereich				4,51% - 9,59%
Referenzbereich				<= x%
Patienten ohne spezifische intra-/postoperative Komplikationen			297 / 416	71,39%
Vertrauensbereich				66,78% - 75,69%
Referenzbereich				>= x%

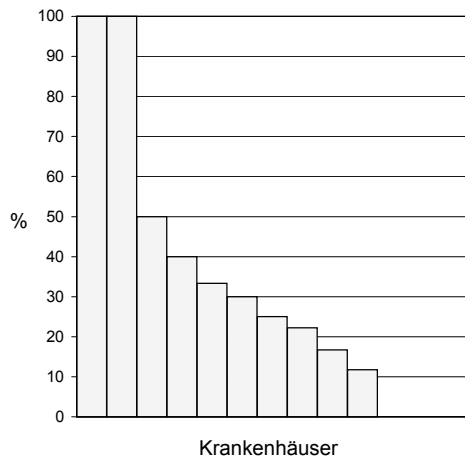
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 9]:  
 Anteil Patienten mit mind. einer spezifischen intra-/postoperativen Komplikation bei offenen Adenomektomien**  
 7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 5,0% - 77,3%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 23,5%



8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 25,0%

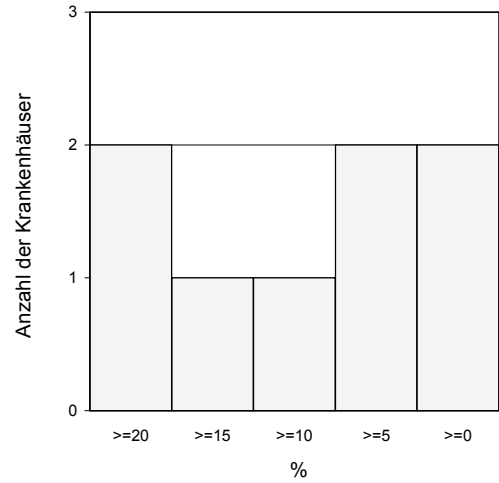
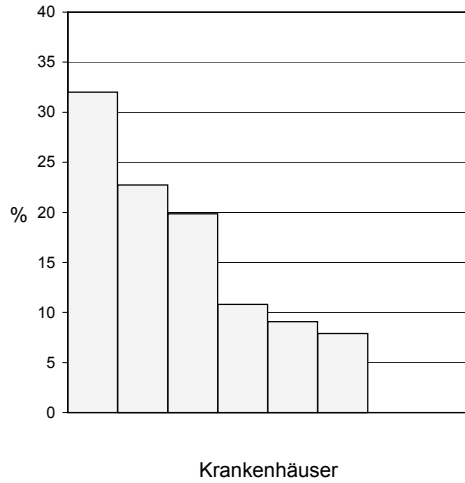


13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.



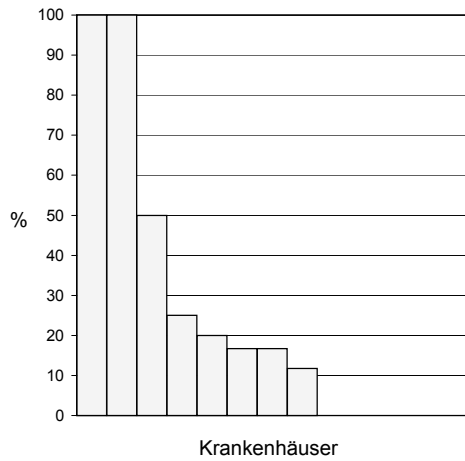
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 10]:  
 Anteil Patienten mit transfusionspflichtiger Blutung bei offenen Adenomektomien**  
 7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 32,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 10,0%



8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

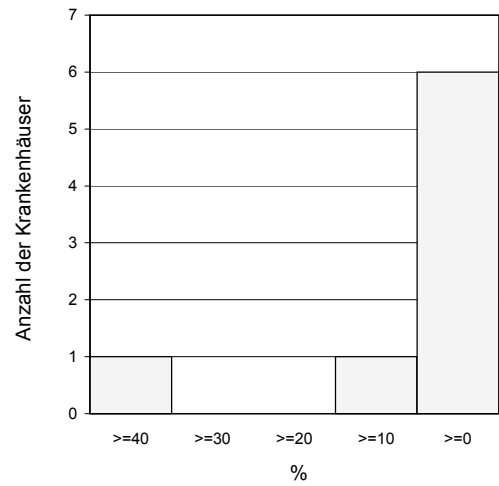
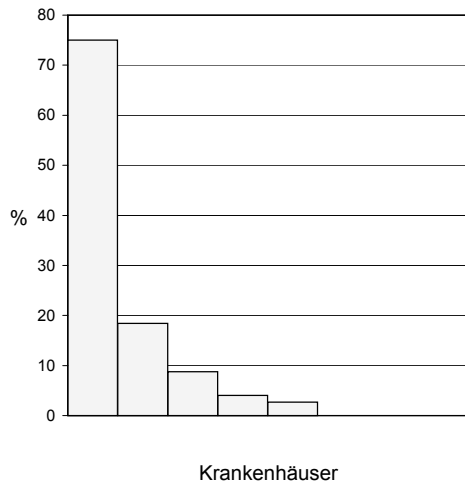
**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 16,7%



13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

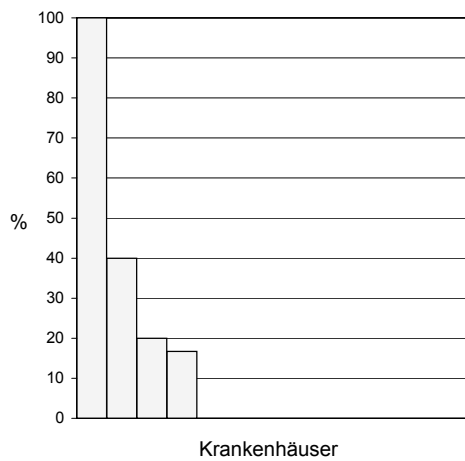
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 11]:  
 Anteil Patienten mit klinisch relevanter Harnwegsinfektion bei offenen Adenomektomien**  
 7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 75,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 3,4%



8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 12]:**

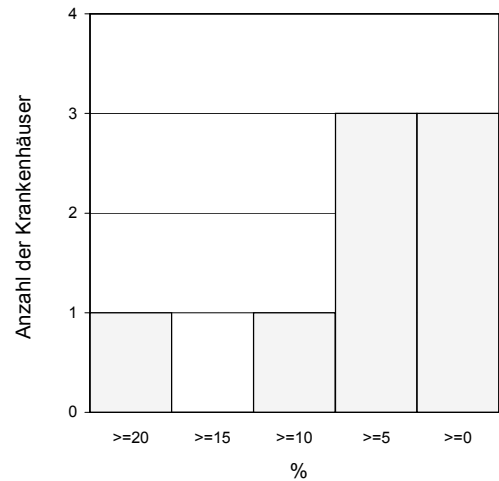
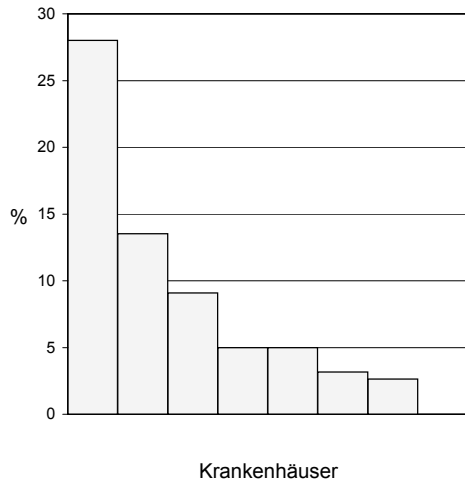
**Anteil Patienten mit operativer Revision / Nachresektion / Koagulation bei offenen Adenomektomien**

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 28,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 5,0%



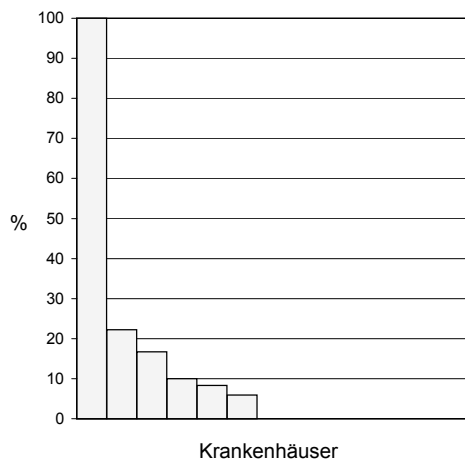
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

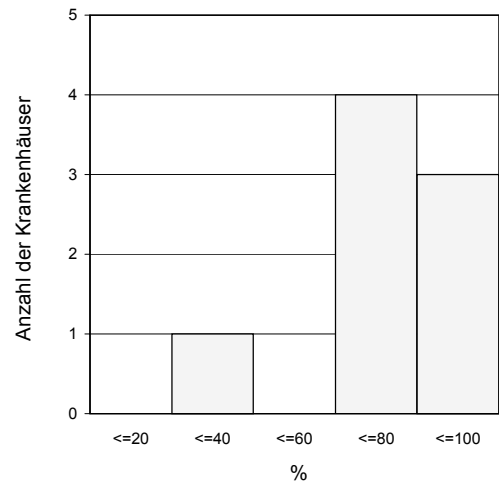
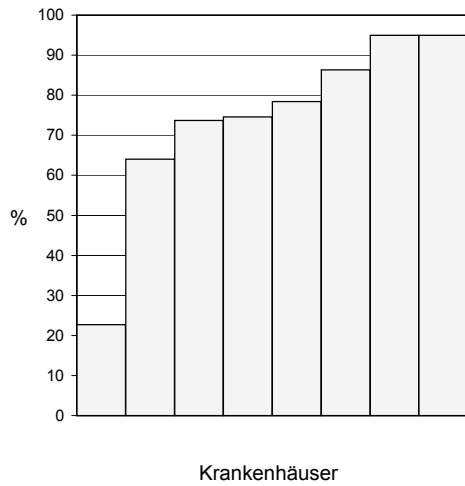


13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

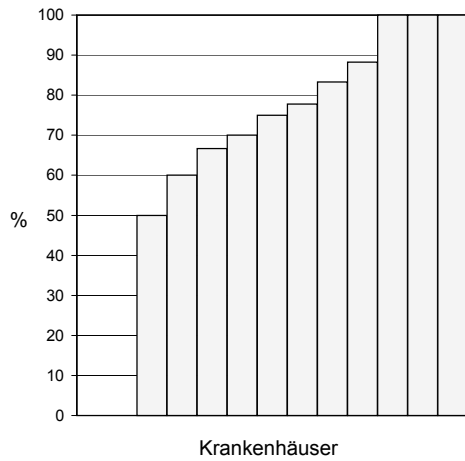
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 13]:  
 Anteil Patienten ohne spezifische intra-/postoperative Komplikationen bei offenen Adenomektomien**  
 7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 22,7% - 95,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 76,5%



8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 75,0%



13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Spezifische intra-/postoperative Komplikationen bei TUR**

<b>Qualitätsziel:</b>	Selten spezifische intra-/postoperative Komplikationen bei TUR	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Patienten mit TUR (OPS-301: 5-601.0, .1 ohne gleichzeitige Dokumentation von 5-603*)	
<b>Referenzbereich:</b>	Patienten mit mind. einer spezifischen Komplikation:	<= 20%
	TUR-Syndrom:	Zur Zeit nicht definiert
	Blutung:	Zur Zeit nicht definiert
	Harnwegsinfektion:	Zur Zeit nicht definiert
	Operative Revision / Nachresektion / Koagulation:	Zur Zeit nicht definiert
	Patienten ohne spezifische Komplikationen:	Zur Zeit nicht definiert

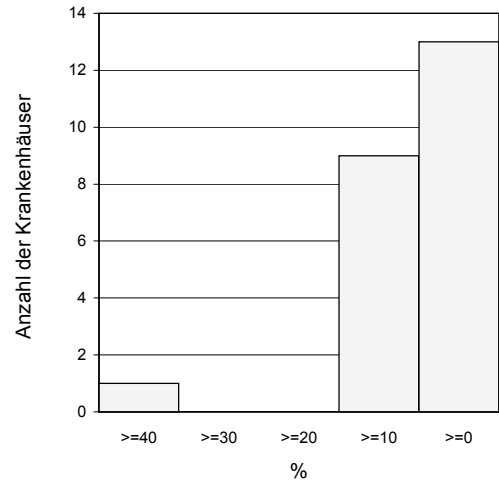
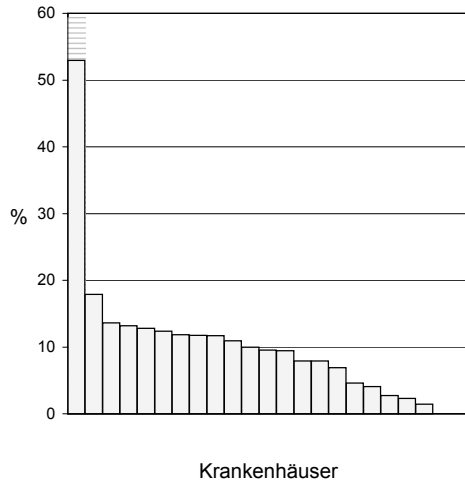
	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mind. einer spezifischen intra-/postoperativen Komplikation (TUR-Syndrom, behandlungsbedürftig; Blutung, transfusionspflichtig; Harnwegsinfektion, klinisch relevant; operative Revision / Nachresektion / Koagulation)			285 / 2.842	10,03%
Vertrauensbereich				8,95% - 11,19%
Referenzbereich		<= 20%		<= 20%
TUR-Syndrom, behandlungsbedürftig			13 / 2.842	0,46%
Vertrauensbereich				0,24% - 0,78%
Referenzbereich				<= x%
Blutung, transfusionspflichtig			87 / 2.842	3,06%
Vertrauensbereich				2,46% - 3,76%
Referenzbereich				<= x%
Harnwegsinfektion, klinisch relevant			93 / 2.842	3,27%
Vertrauensbereich				2,65% - 4,00%
Referenzbereich				<= x%
Operative Revision / Nachresektion / Koagulation			132 / 2.842	4,64%
Vertrauensbereich				3,90% - 5,48%
Referenzbereich				<= x%
Patienten ohne spezifische intra-/postoperative Komplikationen			2.557 / 2.842	89,97%
Vertrauensbereich				88,81% - 91,05%
Referenzbereich				>= x%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 14]:**

**Anteil Patienten mit mindestens einer spezifischen intra-/postoperativen Komplikation von Patienten mit TUR**  
 2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

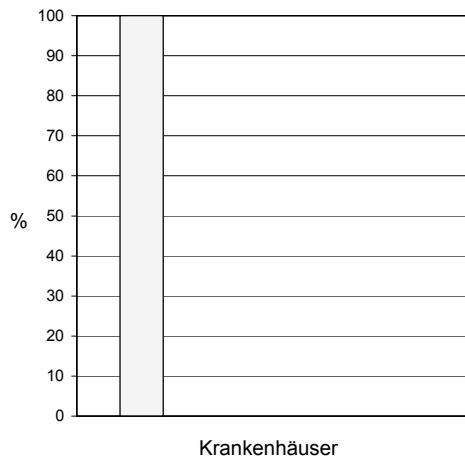
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 52,9%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 9,5%



23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

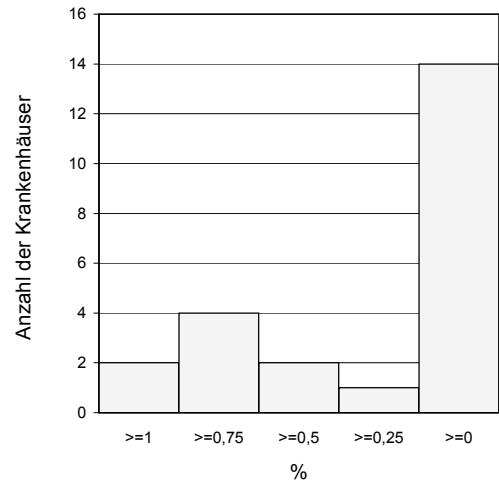
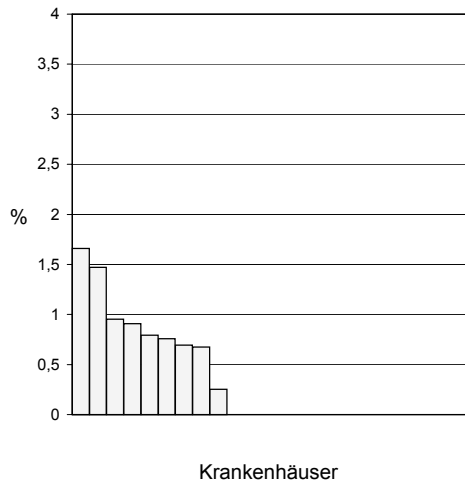
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

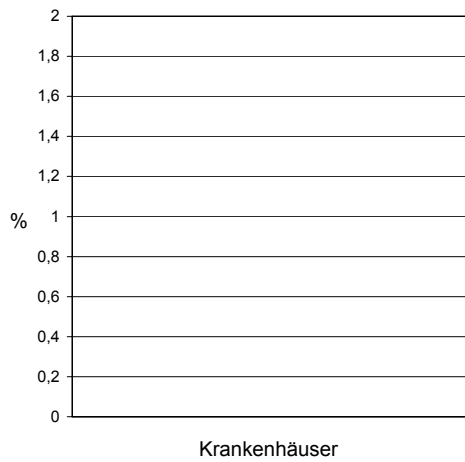
**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagr. 15]:**  
**Anteil Patienten mit behandlungsbedürftigem TUR-Syndrom bei TUR**  
 2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 0,0% - 1,7%  
 Median der Krankenhauseergebnisse: 0,0%



23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

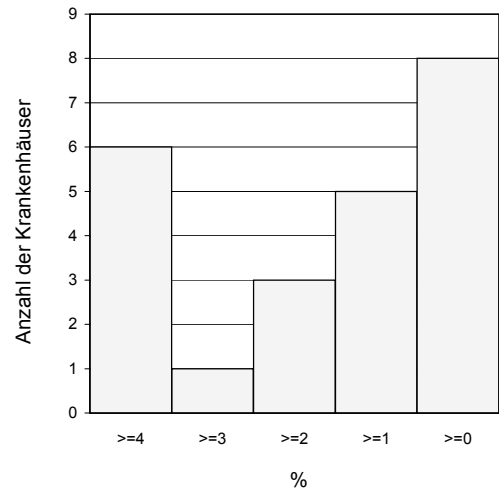
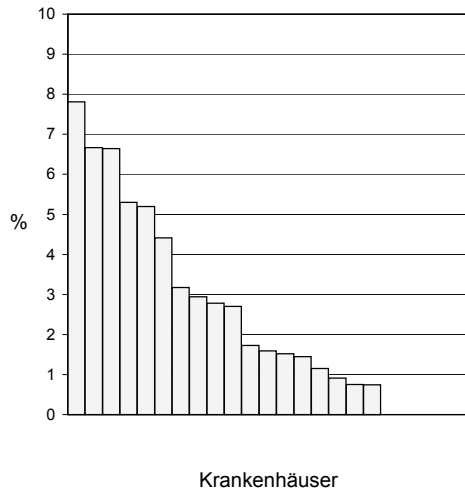
**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 0,0% - 0,0%  
 Median der Krankenhauseergebnisse: 0,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

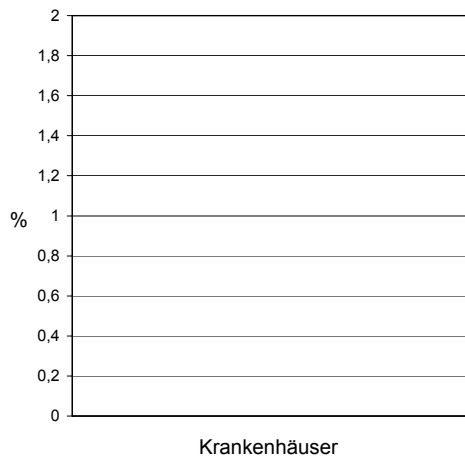
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 16]:  
 Anteil Patienten mit transfusionspflichtiger Blutung bei TUR**  
 2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 7,8%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 1,6%



23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%

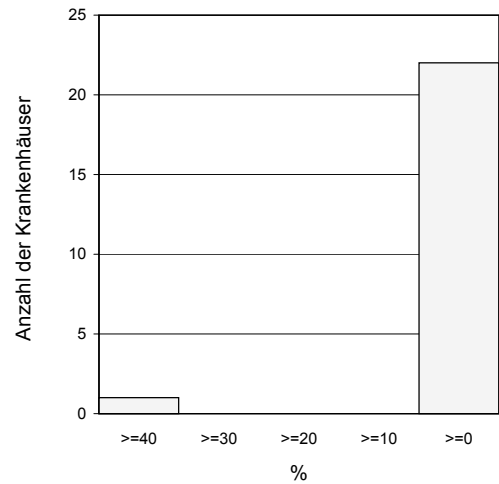
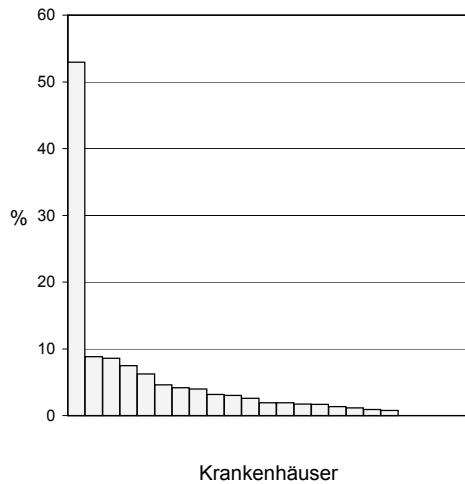


3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.



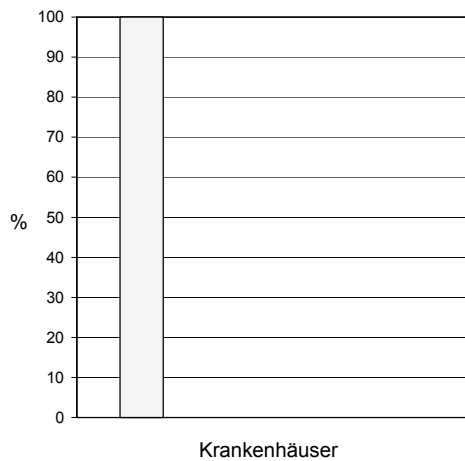
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagr. 17]:  
 Anteil Patienten mit klinisch relevanter Harnwegsinfektion bei TUR**  
 2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 0,0% - 52,9%  
 Median der Krankhausergebnisse: 1,9%



23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

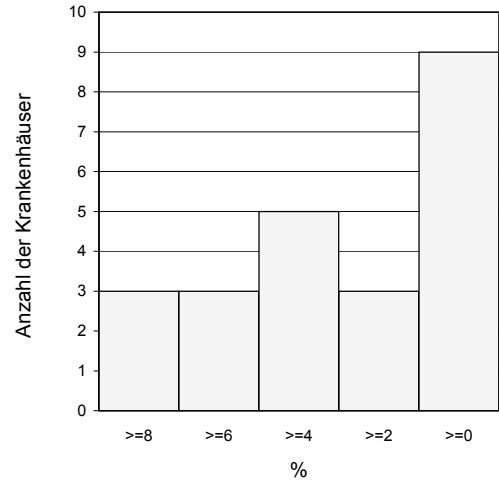
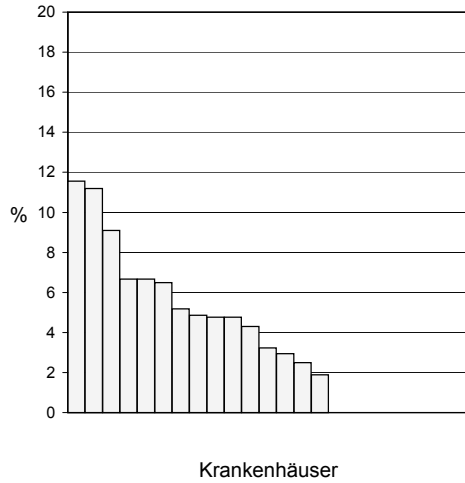
**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 0,0% - 100,0%  
 Median der Krankhausergebnisse: 0,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

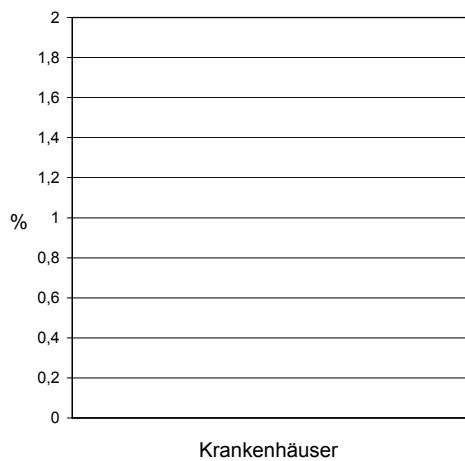
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagr. 18]:  
 Anteil Patienten mit operativer Revision / Nachresektion / Koagulation bei TUR**  
 2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 0,0% - 11,6%  
 Median der Krankhausergebnisse: 3,2%



23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

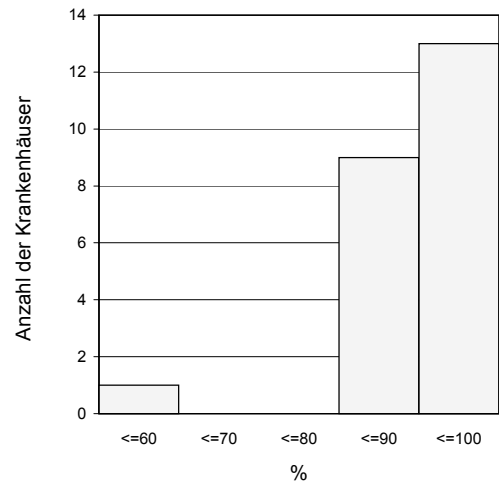
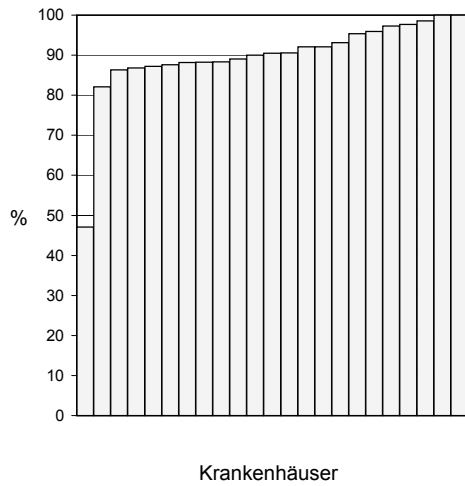
**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 0,0% - 0,0%  
 Median der Krankhausergebnisse: 0,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

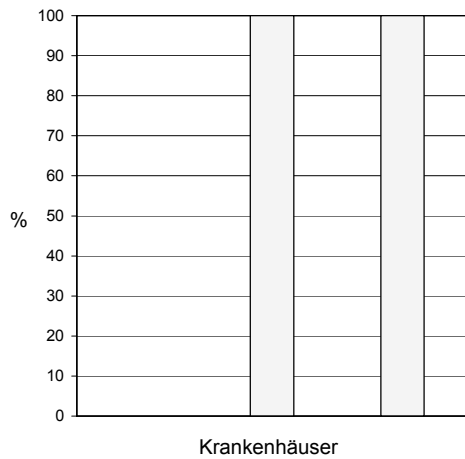
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 19]:  
 Anteil Patienten ohne spezifische intra-/postoperative Komplikationen bei TUR**  
 2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 47,1% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 90,5%



23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsziel:** Wenig spezifische intra-/postoperative Komplikationen bei TUR  
 in Abhängigkeit vom Resektionsgewicht (durch Pathologen bestimmt)

**Grundgesamtheit:** Patienten mit TUR (OPS-301: 5-601.0, .1 ohne gleichzeitige Dokumentation von 5-603\*)

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator zur Zeit nicht definiert.

	Resektionsgewicht (g)		
	< 20	20-50	> 50
Patienten mit mindestens einer spezifischen intra-/postoperativen Komplikation (TUR-Syndrom, behandlungsbedürftig oder Blutung, transfusionspflichtig oder Harnwegsinfektion, klinisch relevant oder operative Revision / Nachresektion / Koagulation) Vertrauensbereich Referenzbereich			
Patienten ohne intraoperative Komplikationen			
	Gesamt 2003		
	< 20	Resektionsgewicht (g) 20-50	> 50
Patienten mit mindestens einer spezifischen intra-/postoperativen Komplikation (TUR-Syndrom, behandlungsbedürftig oder Blutung, transfusionspflichtig oder Harnwegsinfektion, klinisch relevant oder operative Revision / Nachresektion / Koagulation) Vertrauensbereich Referenzbereich	90 / 991 9,08%	113 / 1.203 9,39%	63 / 310 20,32%
		7,80% - 11,19%	
		<= x%	
Patienten ohne intraoperative Komplikationen	901 / 991 90,92%	1.090 / 1.203 90,61%	247 / 310 79,68%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 20]:**

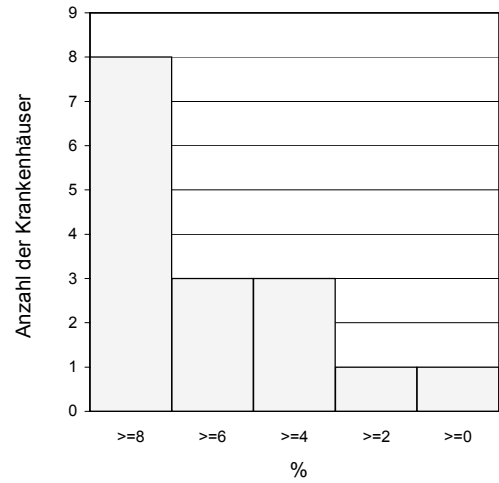
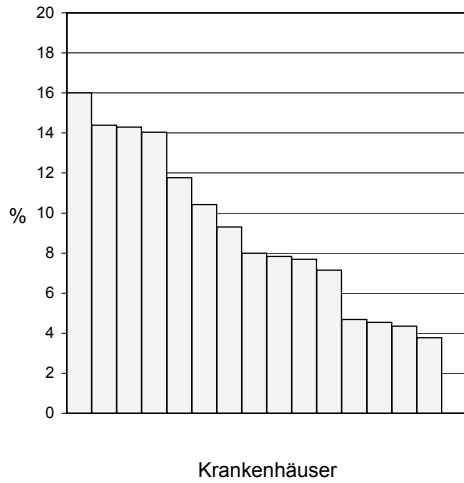
**Anteil Patienten mit mindestens einer spezifischen intra-/postoperativen Komplikation von Patienten mit TUR und einem Resektionsgewicht von 20-50g**

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 16,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 7,9%



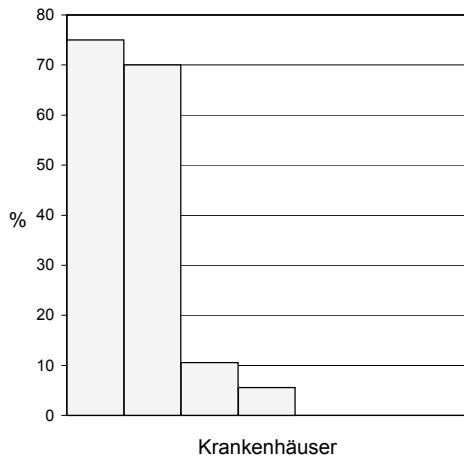
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 75,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 5,6%



7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Postoperative Kontrolle von Uroflow oder Restharn**

**Qualitätsziel:** Oft postoperative Kontrolle von Uroflow oder Restharn

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten, die ohne Katheter entlassen werden

**Referenzbereich:** >= 88,5% (10%-Perzentile)

	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativ durchgeführtem Uroflow oder bestimmtem Restharn			3.211 / 3.441	93,32%
Vertrauensbereich				92,43% - 94,13%
Referenzbereich		>= 88,5%		>= 88,5%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.21]:**

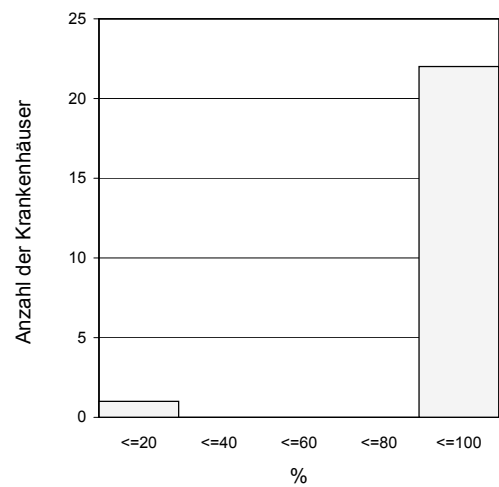
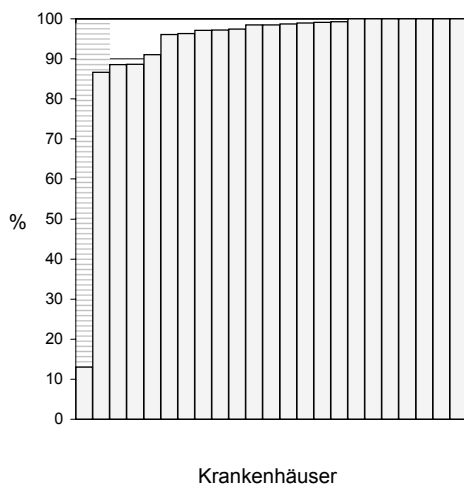
**Anteil Patienten mit postoperativ durchgeführtem Uroflow oder bestimmtem Restharn bei Entlassung ohne Katheter**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 13,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 98,5%



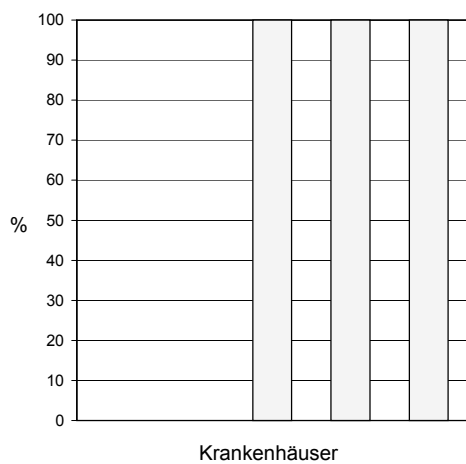
23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Postoperativer Restharn**

**Qualitätsziel:** Selten postoperativ signifikanter Restharn ( $\geq 100$  ml)

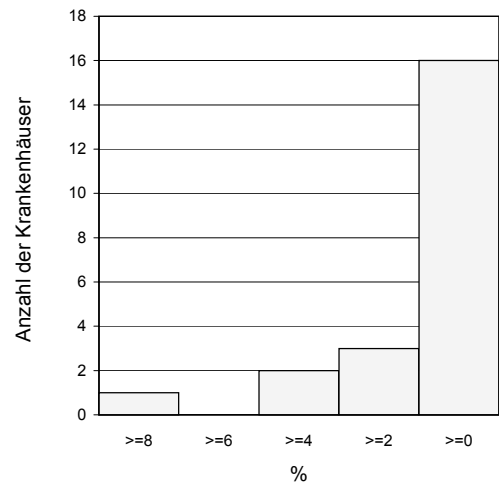
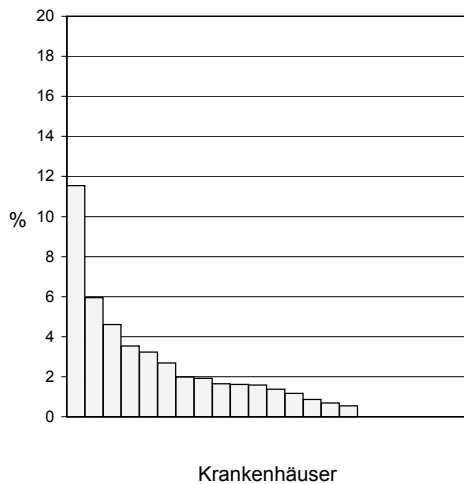
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten, für die postoperativ der Restharn bestimmt wurde und die ohne Katheter entlassen wurden

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator zur Zeit nicht definiert.

	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postop. significantem Restharn ( $\geq 100$ ml)			52 / 3.192	1,63%
Vertrauensbereich				1,22% - 2,13%
Referenzbereich				$\leq x\%$

**Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagr. 22]:**  
**Anteil Patienten mit postop. significantem Restharn von  $\geq 100$  ml**  
 2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 0,0% - 11,5%  
 Median der Krankenhauseergebnisse: 1,5%



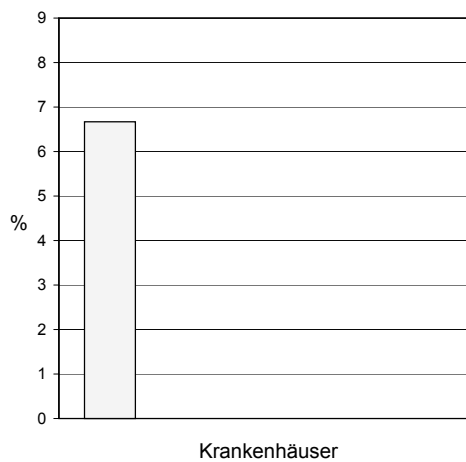
22 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.



**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 6,7%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Entlassung mit Katheter**

**Qualitätsziel:** Selten Entlassung mit Katheter

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten

**Referenzbereich:** <= 15%

	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die mit Katheter entlassen wurden			131 / 3.572	3,67%
Vertrauensbereich				3,08% - 4,34%
Referenzbereich		<= 15%		<= 15%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr.23]:**

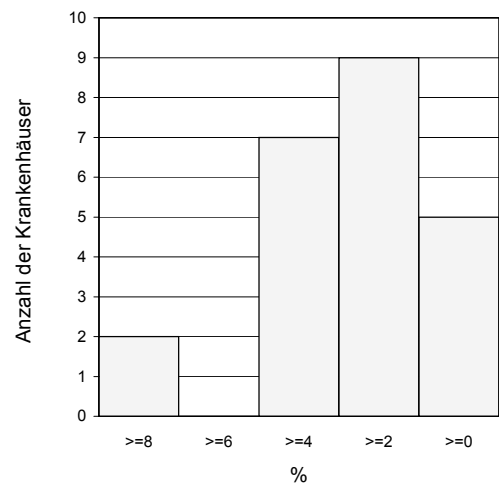
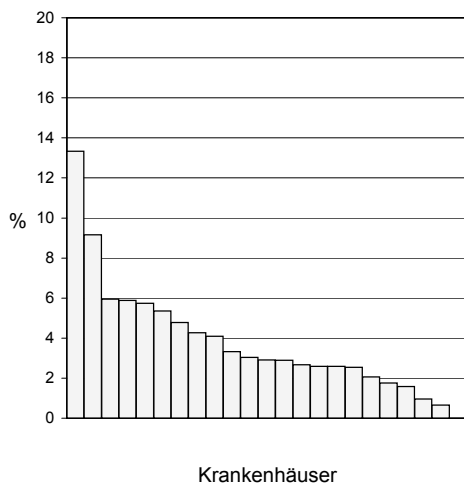
**Anteil Patienten, die mit Katheter entlassen wurden**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 13,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 2,9%



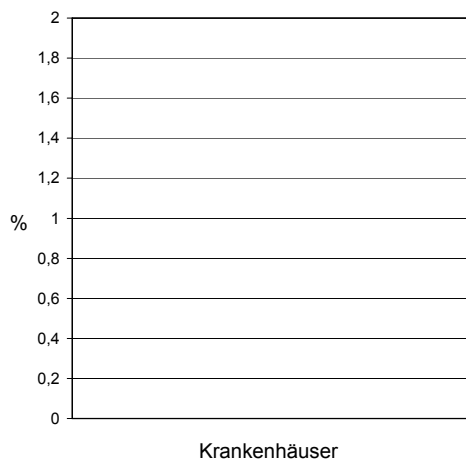
23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Operative Revision / Nachresektion / Koagulation**

**Qualitätsziel:** Selten operative Revision / Nachresektion / Koagulation

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten  
 Gruppe 1: Patienten mit TUR (OPS-301: 5-601.0, .1 ohne gleichzeitige Dokumentation von 5-603\*)  
 Gruppe 2: Patienten mit offenen Adenomektomien  
 (OPS-301: 5-603\* ohne gleichzeitige Dokumentation von 5-601.0, .1)

**Referenzbereich:** <= 10%

	Gesamt 2003					
	Alle Patienten	Gruppe 1	Gruppe 2	Alle Patienten	Gruppe 1	Gruppe 2
Pat. mit operativer Revision / Nachresektion / Koagulation				172 / 3.572	132 / 2.842	28 / 416
				4,82%	4,64%	6,73%
Vertrauensbereich				4,14% - 5,57%		
Referenzbereich	<= 10%			<= 10%		

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 24]:**

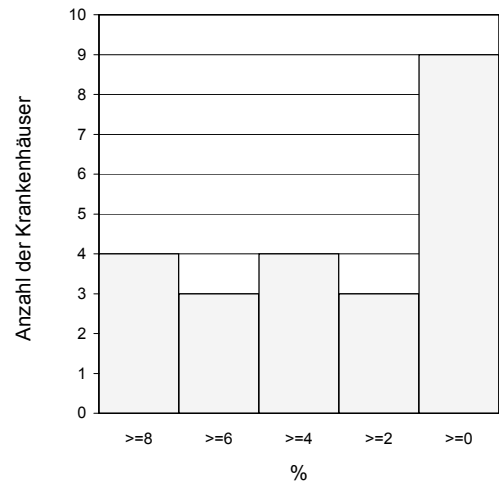
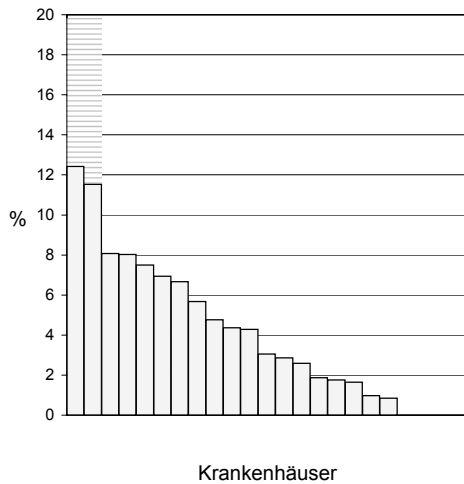
**Anteil Patienten mit operativer Revision / Nachresektion / Koagulation**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 12,4%

Median der Krankenhausergebnisse: 3,0%



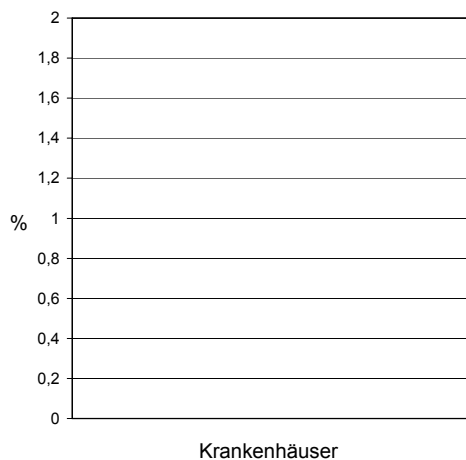
23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 0,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Histologische Untersuchung**

**Qualitätsziel:** Immer postoperative histologische Untersuchung

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten ohne Prostatakarzinom in der Aufnahme-diagnose

**Referenzbereich:** >= 95%

	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit histologischer Untersuchung			3.253 / 3.385	96,10%
Vertrauensbereich				95,39% - 96,73%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 25]:**

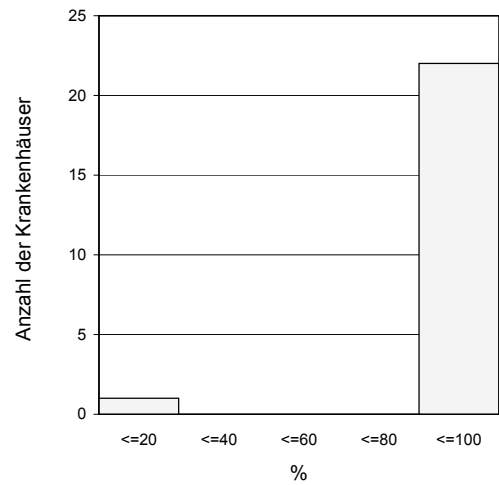
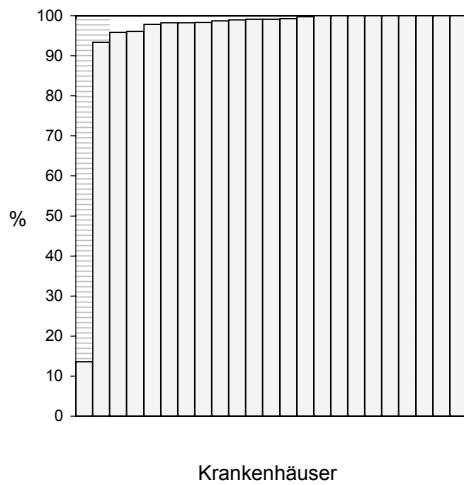
**Anteil Patienten mit postop. histologischer Untersuchung**

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 13,6% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 99,1%

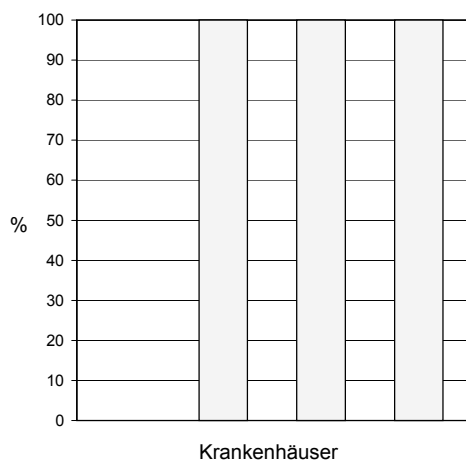


23 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Jahresauswertung 2003  
Modul 14/1: Prostataresektion

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 28  
Auswertungsversion: 09. Juni 2004  
Datensatzversion: 2003 5.0.1 / 6.0  
Mindestanzahl Datensätze: 20  
Datenbankstand: 31. März 2004  
Druckdatum: 11. Juni 2004  
Nr. Gesamt-1998  
2003 - L6646-P10466



**Basisdaten**

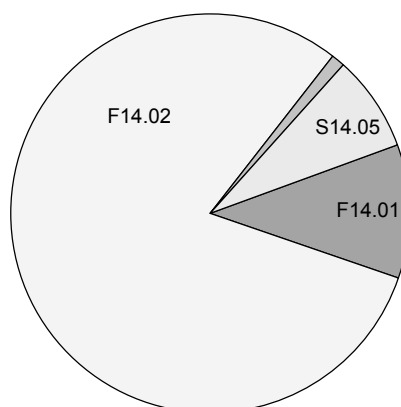
			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			950	26,60	782	23,98
2. Quartal			873	24,44	814	24,96
3. Quartal			790	22,12	735	22,54
4. Quartal			959	26,85	930	28,52
Gesamt			3.572	100,00	3.261	100,00

			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Fallpauschalen-Nummer **</b>						
14.01 Prostataadenom: Entfernung eines Prostataadenoms, offen-chirurgisch			394	11,03	319	9,78
14.02 Prostataadenom: Transurethrale Elektroresektion eines Prostataadenoms			2.899	81,16	2.636	80,83
<b>Sonderentgelt-Nummer **</b>						
14.04 Entfernung eines Prostataadenoms, offen-chirurgisch			31	0,87	15	0,46
14.05 Transurethrale Elektroresektion der Prostata			287	8,03	291	8,92

\* Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern kein anderer Nenner angegeben ist.

\*\*Mehrfachnennungen möglich

**Verteilung der Fallpauschalen / Sonderentgelte (Gesamt)**



	Anzahl	%	Gesamt 2003		Gesamt 2002	
			Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Offen-chirurgische Operationen</b> (5-603.* ohne gleichzeitige Dokumentation von 5-601.0, .1 )			416	11,65	334	10,24
<b>Transurethrale Operationen</b> (5-601.0, .1 ohne gleichzeitige Dokumentation von 5-603.*)			2.842	79,56	2.688	82,43
<b>Sonstige dokumentierte OPS</b>			315	8,82	239	7,33

**Behandlungszeiten (offen-chirurgische Operationen)**

		Gesamt 2003		Gesamt 2002	
<b>Postoperative Verweildauer (in Tagen)</b>					
Median			13,0		13,0
Mittelwert			14,2		14,1
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (in Tagen)</b>					
Median			15,0		15,0
Mittelwert			16,4		17,0

**Stat. Aufenthaltsdauer - Altersverteilung**  
 (in Tagen)

	Min	P25	P50	MW	P75	Max
Pat. jünger als 60 Jahre						
Pat. zwischen 60 - 69 Jahre						
Pat. zwischen 70 - 79 Jahre						
Pat. >= 80 Jahre						

**Stat. Aufenthaltsdauer - Altersverteilung**  
 (in Tagen)

<b>Gesamt 2003</b>	Min	P25	P50	MW	P75	Max
Pat. jünger als 60 Jahre	9,0	12,8	15,0	13,5	15,0	15,0
Pat. zwischen 60 - 69 Jahre	6,0	15,6	16,0	14,0	39,0	39,0
Pat. zwischen 70 - 79 Jahre	1,0	16,8	19,0	15,0	51,0	51,0
Pat. >= 80 Jahre	2,0	17,1	20,0	15,0	48,0	48,0

**Stat. Aufenthaltsdauer - Altersverteilung**  
 (in Tagen)

<b>Gesamt 2002</b>	Min	P25	P50	MW	P75	Max
Pat. jünger als 60 Jahre	9,0	15,2	19,0	15,0	22,0	22,0
Pat. zwischen 60 - 69 Jahre	7,0	15,3	17,0	15,0	41,0	41,0
Pat. zwischen 70 - 79 Jahre	9,0	17,3	20,0	16,0	41,0	41,0
Pat. >= 80 Jahre	12,0	20,0	22,0	18,0	47,0	47,0

**Stat. Aufenthaltsdauer - ASA**

(in Tagen)

	<b>Min</b>	<b>P25</b>	<b>P50</b>	<b>MW</b>	<b>P75</b>	<b>Max</b>
Pat. mit ASA 1						
Pat. mit ASA 2						
Pat. mit ASA 3						
Pat. mit ASA 4						
Pat. mit ASA 5						

**Stat. Aufenthaltsdauer - ASA**

(in Tagen)

<b>Gesamt 2003</b>	<b>Min</b>	<b>P25</b>	<b>P50</b>	<b>MW</b>	<b>P75</b>	<b>Max</b>
Pat. mit ASA 1	6,0	15,5	16,0	15,0	25,0	25,0
Pat. mit ASA 2	4,0	15,6	17,0	14,0	49,0	49,0
Pat. mit ASA 3	1,0	18,2	21,0	16,0	51,0	51,0
Pat. mit ASA 4	2,0	9,3		13,0	13,0	13,0
Pat. mit ASA 5						

**Stat. Aufenthaltsdauer - ASA**

(in Tagen)

<b>Gesamt 2002</b>	<b>Min</b>	<b>P25</b>	<b>P50</b>	<b>MW</b>	<b>P75</b>	<b>Max</b>
Pat. mit ASA 1	10,0	14,6	15,5	13,5	26,0	26,0
Pat. mit ASA 2	7,0	16,0	18,0	15,0	41,0	41,0
Pat. mit ASA 3	11,0	18,9	22,0	18,0	47,0	47,0
Pat. mit ASA 4						
Pat. mit ASA 5						

### Behandlungszeiten (TUR)

	Anzahl	Gesamt 2003	Gesamt 2002
		Anzahl	Anzahl
<b>Postoperative Verweildauer (in Tagen)</b>			
Median		6,0	7,0
Mittelwert		7,0	7,4
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (in Tagen)</b>			
Median		8,0	8,0
Mittelwert		9,3	9,8

### Stat. Aufenthaltsdauer - Altersverteilung (in Tagen)

	Min	P25	P50	MW	P75	Max
Pat. jünger als 60 Jahre						
Pat. zwischen 60 - 69 Jahre						
Pat. zwischen 70 - 79 Jahre						
Pat. >= 80 Jahre						

### Stat. Aufenthaltsdauer - Altersverteilung (in Tagen)

Gesamt 2003	Min	P25	P50	MW	P75	Max
Pat. jünger als 60 Jahre	3,0	8,2	9,0	7,0	35,0	35,0
Pat. zwischen 60 - 69 Jahre	2,0	8,7	9,0	8,0	72,0	72,0
Pat. zwischen 70 - 79 Jahre	1,0	9,7	10,0	8,0	373,0	373,0
Pat. >= 80 Jahre	1,0	10,7	13,0	9,0	43,0	43,0

### Stat. Aufenthaltsdauer - Altersverteilung (in Tagen)

Gesamt 2002	Min	P25	P50	MW	P75	Max
Pat. jünger als 60 Jahre	3,0	8,7	10,0	7,5	41,0	41,0
Pat. zwischen 60 - 69 Jahre	3,0	9,1	10,0	8,0	69,0	69,0
Pat. zwischen 70 - 79 Jahre	1,0	10,2	11,0	9,0	166,0	166,0
Pat. >= 80 Jahre	2,0	11,4	13,0	9,0	50,0	50,0

**Stat. Aufenthaltsdauer - ASA**  
 (in Tagen)

	Min	P25	P50	MW	P75	Max
Pat. mit ASA 1						
Pat. mit ASA 2						
Pat. mit ASA 3						
Pat. mit ASA 4						
Pat. mit ASA 5						

**Stat. Aufenthaltsdauer - ASA**  
 (in Tagen)

<b>Gesamt 2003</b>	Min	P25	P50	MW	P75	Max
Pat. mit ASA 1	2,0	8,7	9,0	8,0	35,0	35,0
Pat. mit ASA 2	2,0	8,9	9,0	8,0	72,0	72,0
Pat. mit ASA 3	1,0	10,3	11,0	9,0	373,0	373,0
Pat. mit ASA 4	6,0	12,1	13,0	11,0	26,0	26,0
Pat. mit ASA 5						

**Stat. Aufenthaltsdauer - ASA**  
 (in Tagen)

<b>Gesamt 2002</b>	Min	P25	P50	MW	P75	Max
Pat. mit ASA 1	4,0	8,4	10,0	8,0	22,0	22,0
Pat. mit ASA 2	1,0	9,1	10,0	8,0	69,0	69,0
Pat. mit ASA 3	3,0	11,0	13,0	9,0	166,0	166,0
Pat. mit ASA 4	4,0	17,3	21,5	13,0	53,0	53,0
Pat. mit ASA 5	9,0	9,0		9,0	9,0	9,0

### Entlassungsdiagnose

Bezug: Alle <b>Fallpauschalen</b> -Fälle mit gültiger Entlassungsdiagnose				Gesamt 2003			Gesamt 2002 *		
	ICD	Anzahl	%	ICD	Anzahl	%	ICD	Anzahl	%
<b>Liste der 8 häufigsten Diagnosen</b>									
Bezug der Texte: Gesamt									
Prostatahyperplasie				N40	2.418	94,67			
Essentielle (primäre) Hypertonie				I10	311	12,18			
Bösartige Neubildung der Prostata				C61	137	5,36			
Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet				N39.0	126	4,93			
Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes] ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet				E11.90	83	3,25			
Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit				I25.8	43	1,68			
Stein in der Harnblase				N21.0	39	1,53			
Nicht näher bezeichnete Hämaturie				R31	32	1,25			

\* Diese Kennzahlen wurden in 2002 nicht ausgewertet

**Entlassungsdiagnose**

Bezug: Alle <b>Sonderentgelt</b> -Fälle mit gültiger Entlassungsdiagnose				Gesamt 2003			Gesamt 2002 *		
	ICD	Anzahl	%	ICD	Anzahl	%	ICD	Anzahl	%
<b>Liste der 8 häufigsten Diagnosen</b> Bezug der Texte: Gesamt									
Bösartige Neubildung der Prostata				C61	161	60,30			
Prostatahyperplasie				N40	98	36,70			
Essentielle (primäre) Hypertonie				I10	32	11,98			
Blasenhalsobstruktion				N32.0	19	7,12			
Nicht näher bezeichnete Hämaturie				R31	15	5,62			
Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose				N13.3	9	3,37			
Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend				C67.8	9	3,37			
Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet				N39.0	8	3,00			

\* Diese Kennzahlen wurden in 2002 nicht ausgewertet

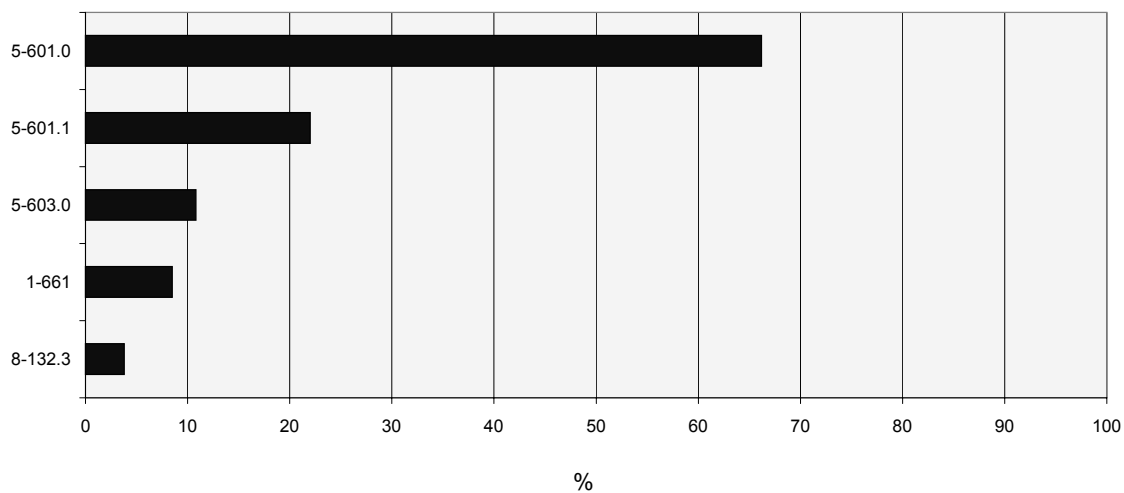


**Operation (OPS-301)**

	Gesamt 2003			Gesamt 2002		
	OPS	Anzahl	%	OPS	Anzahl	%
<b>Liste der 5 häufigsten Angaben*</b> Bezug der Texte: Gesamt						
Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	5-601.0	2.365	66,21	5-601.0	2.182	66,91
Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	5-601.1	786	22,00	5-601.1	745	22,85
Offen chirurgische Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Suprapubisch-transvesikal	5-603.0	387	10,83	5-603.0	315	9,66
Diagnostische Urethrozystoskopie	1-661	303	8,48	5-603.1	18	0,55
Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	8-132.3	137	3,83	5-603.2	1	0,03

\*Bezug der Prozentzahlen: Alle gültigen Angaben zum OPS

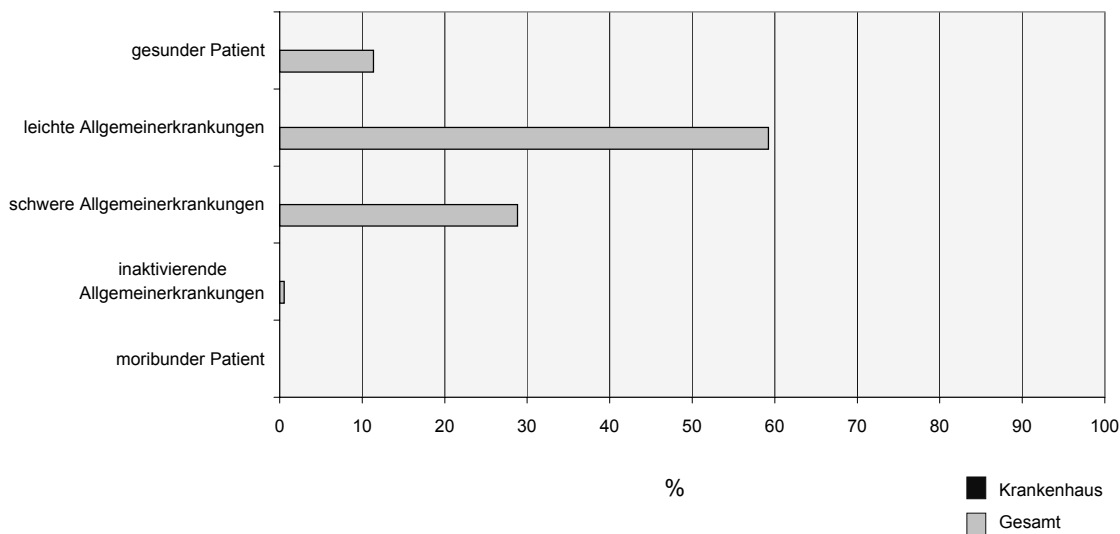
**Verteilung der Operationstechnik (Gesamt 2003)**



**Patienten**

	Gesamt 2003		Gesamt 2002			
	Anzahl	%	Anzahl	%		
<b>Altersverteilung (in Jahren)</b>						
gültige Angaben			3.572	100,00	3.259	99,94
< 20			0 / 3.572	0,00	0 / 3.259	0,00
20 - 39			2 / 3.572	0,06	0 / 3.259	0,00
40 - 59			224 / 3.572	6,27	208 / 3.259	6,38
60 - 79			2.893 / 3.572	80,99	2.654 / 3.259	81,44
>= 80			453 / 3.572	12,68	397 / 3.259	12,18
<b>Alter (Jahre)</b>						
Anzahl der Patienten			3.572		3.259	
Median			71,0		71,0	
Mittelwert			70,6		70,5	
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			406	11,37	239	7,33
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			2.116	59,24	1.808	55,44
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.030	28,84	1.188	36,43
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			20	0,56	24	0,74
5: moribunder Patient			0	0,00	2	0,06

**Verteilung der Einstufung nach ASA-Klassifikation**



**Anamnese/präoperative Diagnostik/Befunde**

	Anzahl	%	Gesamt 2003		Gesamt 2002	
			Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Präoperativer Katheter</b>			1.371	38,38	1.195	36,65
<b>Harnverhalt</b>			1.288	36,06	1.054	32,32
<b>Restharnbestimmung, präoperativ</b>						
Anzahl der Patienten			2.036	57,00	2.062	63,23
Wenn ja:						
<b>Restharnbestimmung (ml)</b>						
Median			100,0		80,0	
Mittelwert			140,8		127,1	
<b>Internationaler Prostata-Symptom-Score erhoben</b>						
Anzahl Patienten			1.705	47,73	1.749	53,63
Patienten mit gültigem Score			1.705	47,73	1.747	53,57
Wenn ja:						
<b>IPSS (S<sub>(0-35)</sub>)</b>						
Median			20,0		20,0	
Mittelwert			18,6		18,7	
<b>Lebensqualitätsindex erhoben</b>						
Anzahl Patienten			2.239	62,68	2.360	72,37
Patienten mit gültigem Index			2.239	62,68	2.351	72,09
Wenn ja:						
<b>Lebensqualitätsindex (L<sub>(0-6)</sub>)</b>						
Median			4,0		4,0	
Mittelwert			4,1		4,2	
<b>Sonographie der Nieren</b>			3.497	97,90	3.237	99,26
<b>Sonographie der Blase</b>			3.524	98,66	3.229	99,02
<b>Sonographie der Prostata</b>			3.482	97,48	3.100	95,06
transrektal			388 / 3.482	11,14	515 / 3.100	16,61
abdominal			2.178 / 3.482	62,55	1.694 / 3.100	54,65
beides			916 / 3.482	26,31	891 / 3.100	28,74
Wenn ja:						
<b>Prostatavolumen bestimmt</b>						
Anzahl Patienten			3.184 / 3.482	91,44	2.929 / 3.100	94,48
Wenn ja:						
<b>Wert (cm<sup>3</sup>)</b>						
Median			44,0	44,0	41,0	41,0
Mittelwert			51,8		50,2	
<b>Urinstatus, präoperativ</b>			3.488	97,65	3.225	98,90

**Anamnese/präoperative Diagnostik/Befunde (Fortsetzung)**

	Anzahl	%	Gesamt 2003		Gesamt 2002	
			Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Serum-Kreatinin bestimmt</b>			3.441	96,33	3.216	98,62
Wenn ja:						
<b>erhöht</b>			480 / 3.441	13,95	448 / 3.216	13,93
<b>Prostata-spezifisches Antigen im Serum (PSA)</b>			3.151	88,21	3.064	93,96
Wenn ja:						
<b>erhöht</b>			1.249 / 3.151	39,64	1.291 / 3.064	42,13
<b>Uroflow, präoperativ</b>						
Anzahl der Patienten			1.129	31,61	1.052	32,26
Wenn ja:						
<b>Miktionsvolumen (ml)</b>						
Median			200,0		190,0	
Mittelwert			221,9		213,7	
<b>Maximales Harnsekundenvolumen (Qmax) (ml/s)</b>						
Anzahl der Patienten			1.129 / 1.129		1.052 / 1.052	
Median			10,0		9,0	
Mittelwert			11,0		11,0	
<b>Urodynamik/Druck-Fluß-Messung, präoperativ</b>			90	2,52	158	4,84

**Operation**

			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Operateur, der die Operation beginnt, hat Facharztstatus</b>			3.156	88,35	2.936	90,03
<b>Dauer des Eingriffs (min)</b> (Schnitt-Nahtzeit bzw. Zeit zwischen Ein- und Ausführen des Instrumentariums)						
Anzahl der Patienten			3.572		3.261	
Median			50,0		50,0	
Mittelwert			54,6		54,7	
<b>Spezifische intra-/postoperative Komplikationen</b>						
Anzahl der Patienten mit mind. einer Komplikation			453	12,68	397	12,17
TUR-Syndrom, behandlungsbedürftig			20	0,56	23	0,70
Blutung, transfusionspflichtig			161	4,51	143	4,38
Klinisch relevante Harnwegsinfektion (einschließlich Epidydimitis, Urosepsis)			184	5,15	137	4,20
Operative Revision/Nachresektion/Koagulation			172	4,82	172	5,27

**Postoperative Diagnostik/Befunde**

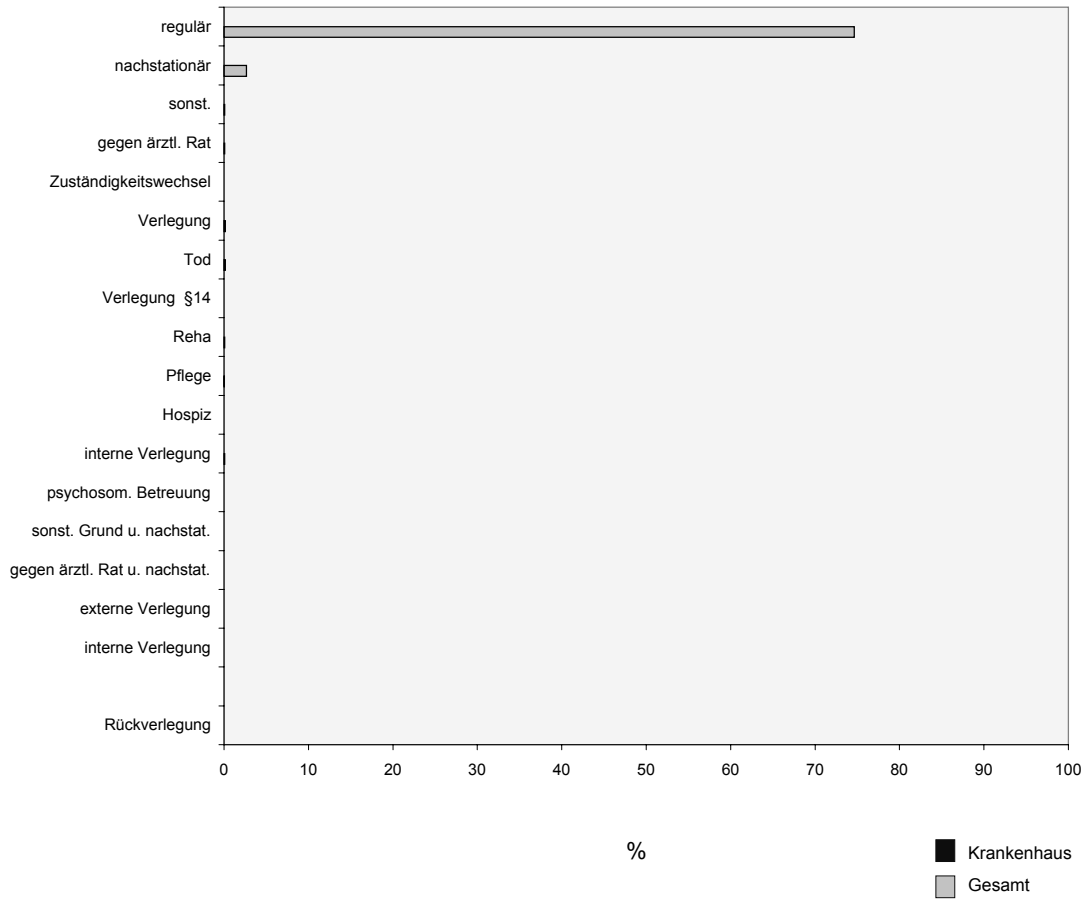
			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Restharnbestimmung, postoperativ</b>						
Anzahl der Patienten			3.299	92,36	3.125	95,83
Wenn ja:						
<b>Restharn, postoperativ (ml)</b>						
Median			0,0		5,0	
Mittelwert			20,5		17,8	
<b>Entlassung mit Katheter</b>			131	3,67	99	3,04
<b>Uroflow, postoperativ</b>						
Anzahl der Patienten			1.713	47,96	1.504	46,12
Wenn ja:						
<b>Miktionsvolumen (ml)</b>						
Median			193,0		200,0	
Mittelwert			214,4		217,6	
<b>Maximales Harnsekundenvolumen (Qmax) (ml/s)</b>						
Median			19,0		19,0	
Mittelwert			20,4		20,4	
<b>Resektionsgewicht postoperativ bestimmt (g)</b>						
Anzahl der Patienten			3.127	87,54	2.849	87,37
<b>Gewicht (g)</b>						
Median			26,0		25,0	
Mittelwert			36,5		35,5	
<b>Histolog. Untersuchung durchgeführt</b>						
Anzahl der Patienten			3.426	95,91	3.226	98,93
<b>Karzinom</b>			390 / 3.426	11,38	372 / 3.226	11,53

**Entlassung**

			Gesamt 2003		Gesamt 2002	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entlassungsgrund</b>						
1: Behandlung regulär beendet			2.666	74,64	0	0,00
2: Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			95	2,66	0	0,00
3: Behandlung aus sonst. Gründen beendet			2	0,06	0	0,00
4: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet			3	0,08	0	0,00
5: Zuständigkeitswechsel des Leistungsträgers			0	0,00	0	0,00
6: Verlegung in ein anderes Krankenhaus			5	0,14	0	0,00
7: Tod			6	0,17	0	0,00
8: Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV '95)			0	0,00	0	0,00
9: Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung			2	0,06	0	0,00
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung			1	0,03	0	0,00
11: Entlassung in ein Hospiz			0	0,00	0	0,00
12: Interne Verlegung			2	0,06	0	0,00
13: Externe Verlegung zur psychosomatischen Betreuung			0	0,00	0	0,00
14: Behandlung aus sonst. Gründen beendet,nachstationäre Behandlung vorgesehen			0	0,00	0	0,00
15: Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet,nachstationäre Behandlung vorgesehen			0	0,00	0	0,00
16*: externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rück- verlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungs- bereichen der BpflV und des KHEntgG und nachfolgende Rückverlegung			0	0,00	0	0,00
17*: interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG			0	0,00	0	0,00
18*: Rückverlegung			0	0,00	0	0,00
Tod im Zusammenhang mit der/dem dokumentierten Fallpauschale / Sonderentgelt oder der zugrundeliegenden Erkrankung			1	0,03	0	0,00
bei Entlassungsgrund = Tod Sektion erfolgt			0 / 6	0,00	0 / 0	

\*Entlassungsgrund 16-18 : Nur Version 6.0

**Verteilung der Entlassungsgründe**  
\*Entlassungsgrund 16-18 : Nur Version 6.0





Jahresauswertung 2003  
Modul 14/1: Pflege bei Prostataresektion  
Qualitätsindikatoren - Pflege  
Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser: 13  
Auswertungsversion: 09. Juni 2004  
Datensatzversion: 2003 6.0  
Mindestanzahl Datensätze: 20  
Datenbankstand: 31. März 2004  
Druckdatum: 11. Juni 2004  
Nr. Gesamt-1998  
2003 - L6646-P10466

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- Bereich	Ab- weichung*	Seite
Schriftliche Erhebung der Pflegeanamnese			99,65%	= 100%	-0,4%	3.1
Schriftliche Formulierung der Pflegeziele			78,74%	nicht definiert		3.3
Schriftliche Planung der Pflegemaßnahmen			89,19%	nicht definiert		3.5
Schriftliche Bewertung der Pflegeergebnisse			91,23%	nicht definiert		3.7
Präoperative Genitalhygiene			99,91%	= 100%	-0,1%	3.9
Gezielte Mobilisation durch Pflegekraft			99,56%	nicht definiert		3.11
Veränderung der PPR Pflegestufe A während des stationären Aufenthalts			83,91%	nicht definiert		3.13
Veränderung der PPR Pflegestufe S während des stationären Aufenthalts			91,29%	nicht definiert		3.15

\* Abweichung der Gesamtergebnisse vom Referenzbereich

**Qualitätsindikator: Schriftliche Erhebung der Pflegeanamnese**

**Qualitätsziel:** Immer schriftliche Erhebung der Pflegeanamnese

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

**Referenzbereich:** = 100%

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
Pflegeanamnese schriftlich erhoben	1.125 / 1.129	99,65%
Vertrauensbereich		99,09% - 99,91%
Referenzbereich	= 100%	= 100%
Pflegeanamnese erhoben durch examiniertes Pflegepersonal (3-jährige Ausbildung)	983 / 1.129	87,07%
Pflegeanamnese erhoben durch Krankenpflegehelfer/in	23 / 1.129	2,04%
Pflegeanamnese erhoben durch sonstiges Personal	119 / 1.129	10,54%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 1]:**

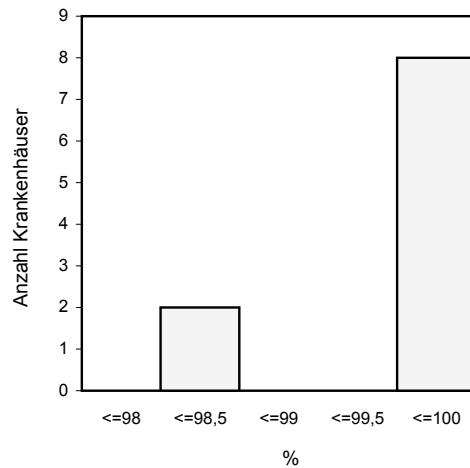
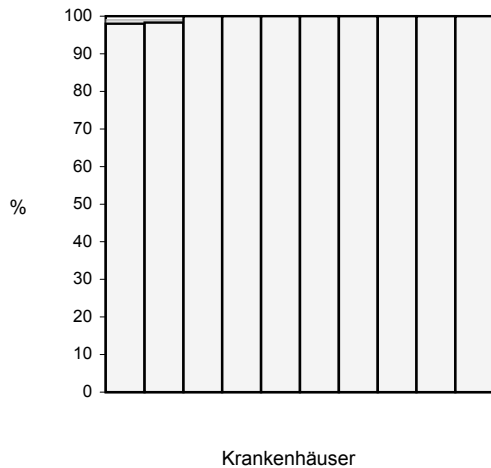
**Anteil von Patienten mit schriftlich erhobener Pflegeanamnese an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz**

15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 98,0% - 100,0%

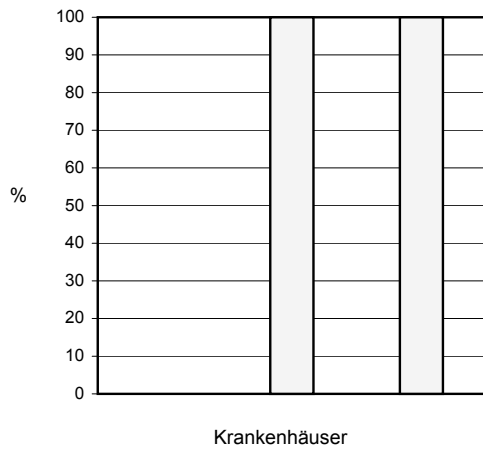
Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%  
Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

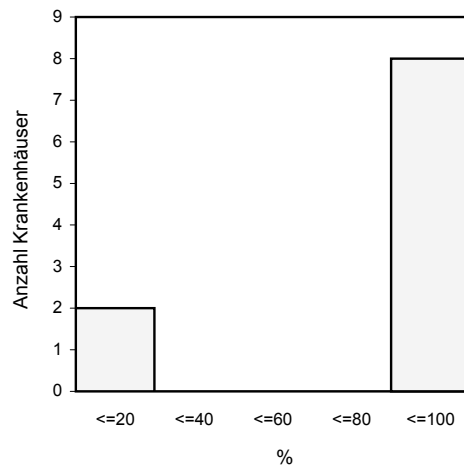
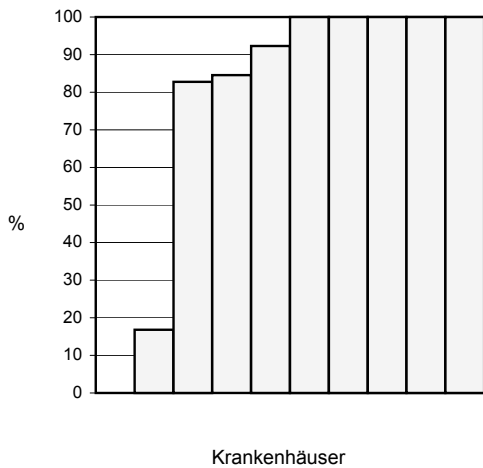
**Qualitätsindikator: Schriftliche Formulierung der Pflegeziele**

**Qualitätsziel:** Immer schriftliche Formulierung der Pflegeziele  
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz  
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

		Gesamt 2003	
		Anzahl	%
Pflegeziele schriftlich formuliert		889 / 1.129	78,74%
Vertrauensbereich			76,24% - 81,10%
Referenzbereich	>= x%		>= x%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 2]:**  
**Anteil von Patienten mit schriftlicher Formulierung der Pflegeziele an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz**  
 15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 96,2%

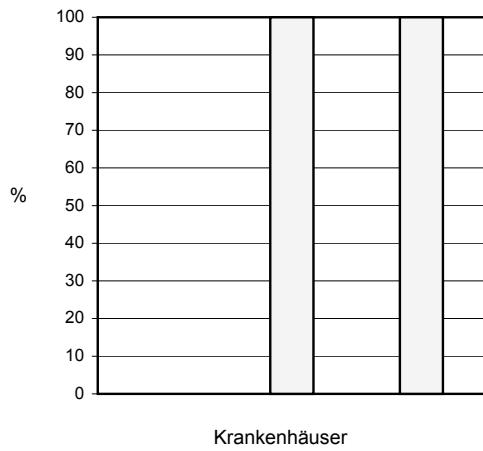


10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

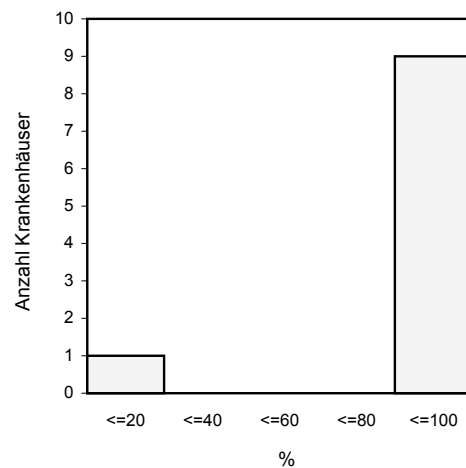
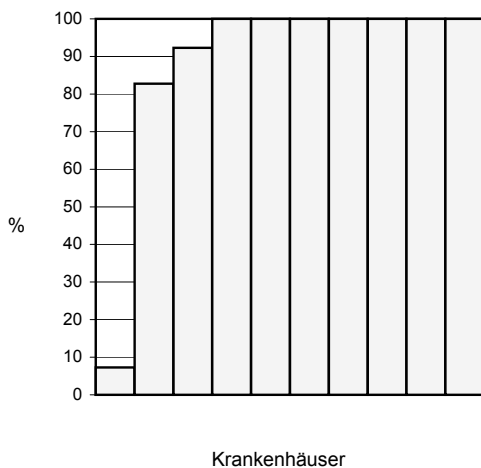
**Qualitätsindikator: Schriftliche Planung der Pflegemaßnahmen**

- Qualitätsziel:** Immer schriftliche Planung der Pflegemaßnahmen
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

		Gesamt 2003	
		Anzahl	%
Pflegemaßnahmen schriftlich geplant		1.007 / 1.129	89,19%
Vertrauensbereich			87,23% - 90,95%
Referenzbereich	>= x%		>= x%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 3]:**  
**Anteil von Patienten mit schriftlicher Planung der Pflegemaßnahmen an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz**  
 15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 7,3% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%

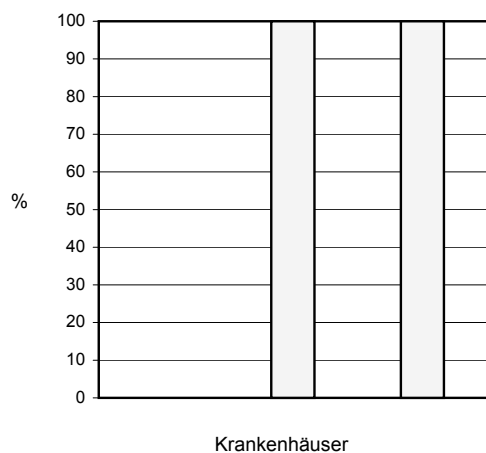


10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median der Krankenhauseergebnisse: 100,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.



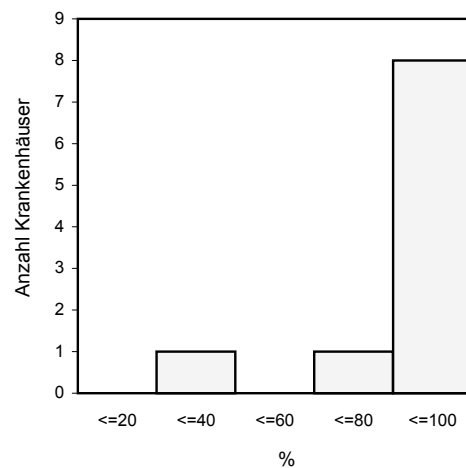
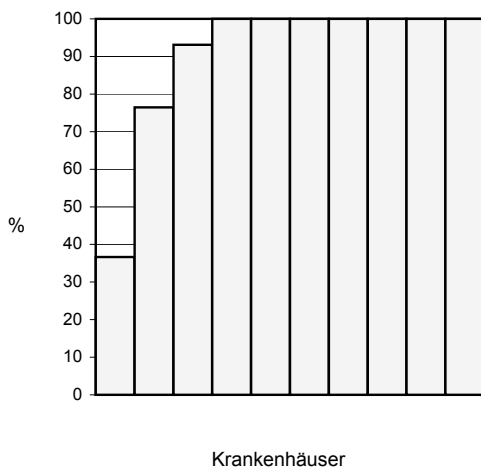
**Qualitätsindikator: Schriftliche Bewertung der Pflegeergebnisse**

- Qualitätsziel:** Immer schriftliche Bewertung der Pflegeergebnisse
- Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz
- Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

		Gesamt 2003	
		Anzahl	%
Pflegeergebnisse schriftlich bewertet		1.030 / 1.129	91,23%
Vertrauensbereich			89,43% - 92,82%
Referenzbereich	>= x%		>= x%

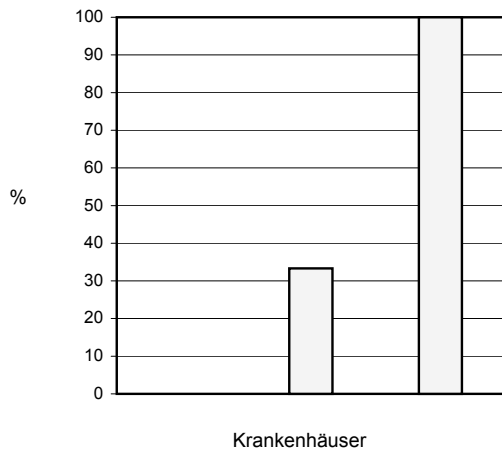
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 4]:**  
**Anteil von Patienten mit schriftlicher Bewertung der Pflegeergebnisse an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz**  
 15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 36,6% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 0,0% - 100,0%  
Median der Krankenhauseergebnisse: 33,3%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Immer präoperative Genitalhygiene**

**Qualitätsziel:** Immer Durchführung präoperativer Genitalhygiene

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

**Referenzbereich:** = 100%

		Gesamt 2003	
		Anzahl	%
Genitalhygiene präoperativ durchgeführt		1.128 / 1.129	99,91%
Vertrauensbereich			99,49% - 100,00%
Referenzbereich	= 100%		= 100%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 5]:**

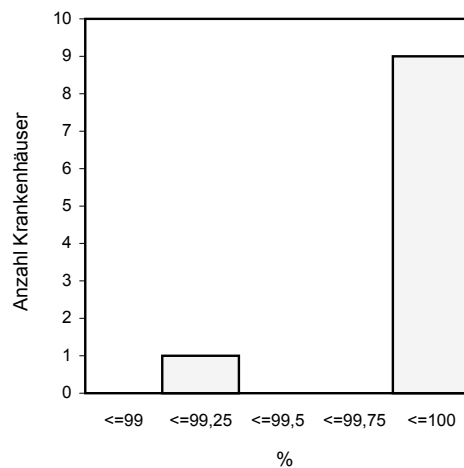
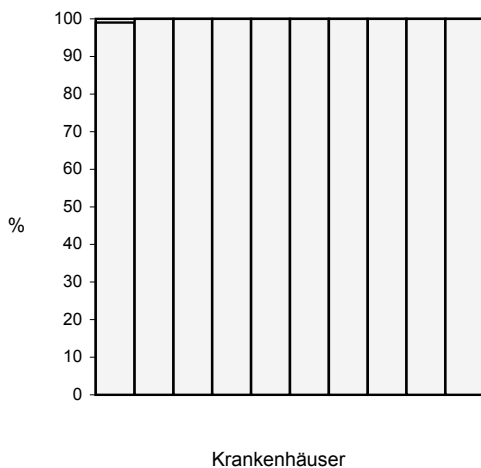
**Anteil von Patienten mit Genitalhygiene präoperativ durchgeführt an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz**

15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 99,0% - 100,0%

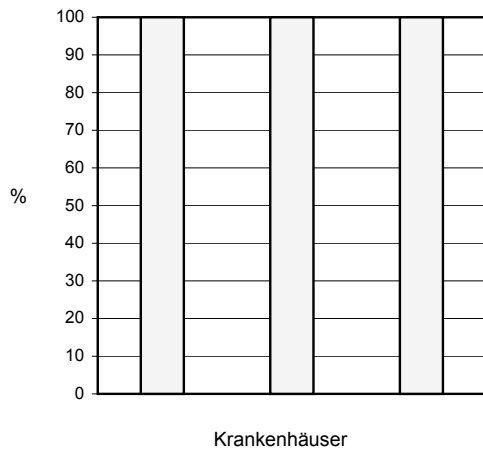
Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 100,0% - 100,0%  
Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Gezielte Mobilisation durch Pflegekraft**

**Qualitätsziel:** Oft gezielte Mobilisation durch Pflegekraft in Bezug auf das postoperative Verhalten

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

		Gesamt 2003	
		Anzahl	%
Gezielte Mobilisation durch Pflegekraft		1.124 / 1.129	99,56%
Vertrauensbereich			98,96% - 99,86%
Referenzbereich	>= x%		>= x%
innerhalb 24h postoperativ		1.052 / 1.129	93,18%
später als 24h postoperativ		72 / 1.129	6,38%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 6]:**

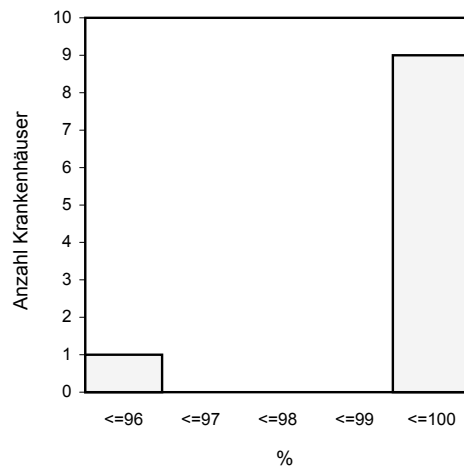
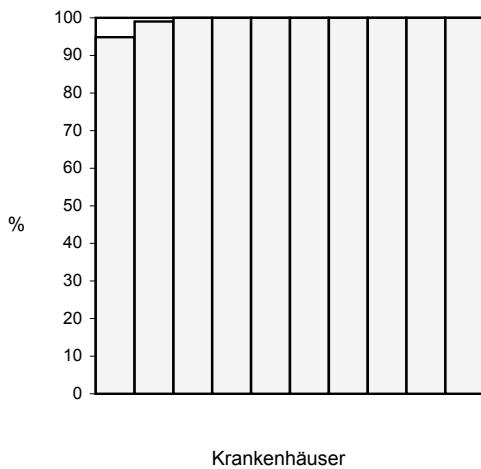
**Anteil von Patienten mit gezielter Mobilisation durch Pflegekraft an allen Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz**

15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 94,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



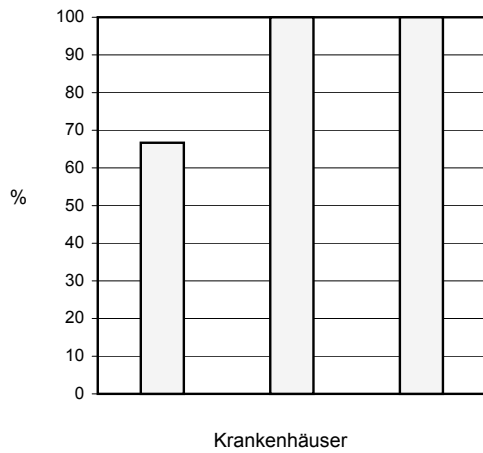
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 66,7% - 100,0%

Median der Krankenhauseergebnisse: 100,0%



3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Veränderung der PPR Pflegestufe A während des stationären Aufenthalts**

**Qualitätsziel:** Häufig Erhalt oder Verbesserung der PPR Pflegestufe A im Vergleich Entlassung zur Aufnahme

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz (ohne Todesfälle) und Einstufung nach PPR A bei Aufnahme und Entlassung

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

		Gesamt 2003	
		Anzahl	%
PPR Pflegestufe A verbessert oder unverändert im Vergleich zur Aufnahme	Vertrauensbereich	944 / 1.125	83,91%
	Referenzbereich		81,63% - 86,01%
		>= x%	>= x%
PPR Pflegestufe A verschlechtert im Vergleich zur Aufnahme		181 / 1.125	16,09%
PPR A1 unverändert		326 / 1.125	28,98%
PPR A2 unverändert		504 / 1.125	44,80%
PPR A3 unverändert		10 / 1.125	0,89%
PPR A1 verschlechtert nach A2		159 / 1.125	14,13%
PPR A2 verschlechtert nach A3		20 / 1.125	1,78%
PPR A1 verschlechtert nach A3		2 / 1.125	0,18%
PPR A2 verbessert nach A1		99 / 1.125	8,80%
PPR A3 verbessert nach A2		4 / 1.125	0,36%
PPR A3 verbessert nach A1		1 / 1.125	0,09%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 7]:**

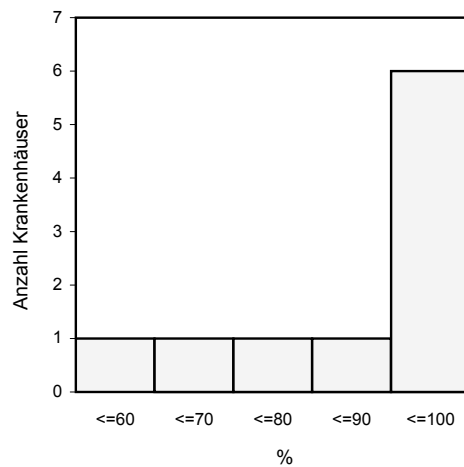
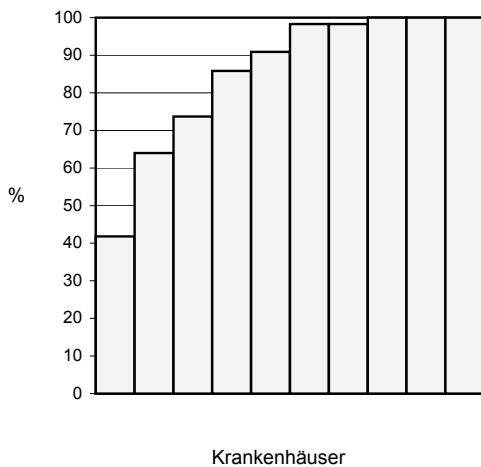
**Anteil von Patienten mit PPR Pflegestufe A verbessert oder unverändert im Vergleich Entlassung zur Aufnahme an allen Patienten in dieser Grundgesamtheit**

16 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 41,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 94,6%



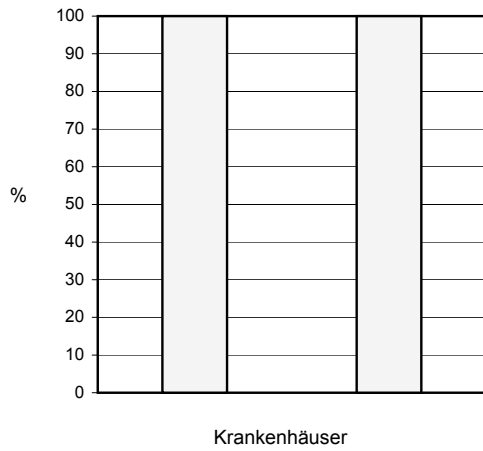
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 100,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.



**Qualitätsindikator: Veränderung der PPR Pflegestufe S während des stationären Aufenthalts**

**Qualitätsziel:** Häufig Erhalt oder Verbesserung der PPR Pflegestufe S im Vergleich Entlassung zur Aufnahme

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz (ohne Todesfälle) und Einstufung nach PPR S bei Aufnahme und Entlassung

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
PPR Pflegestufe S verbessert oder unverändert im Vergleich zur Aufnahme	1.027 / 1.125	91,29%
Vertrauensbereich		89,48% - 92,87%
Referenzbereich	>= x%	>= x%
PPR Pflegestufe S verschlechtert im Vergleich zur Aufnahme	98 / 1.125	8,71%
PPR S1 unverändert	255 / 1.125	22,67%
PPR S2 unverändert	415 / 1.125	36,89%
PPR S3 unverändert	0 / 1.125	0,00%
PPR S1 verschlechtert nach S2	95 / 1.125	8,44%
PPR S2 verschlechtert nach S3	3 / 1.125	0,27%
PPR S1 verschlechtert nach S3	0 / 1.125	0,00%
PPR S2 verbessert nach S1	347 / 1.125	30,84%
PPR S3 verbessert nach S2	7 / 1.125	0,62%
PPR S3 verbessert nach S1	3 / 1.125	0,27%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 8]:**

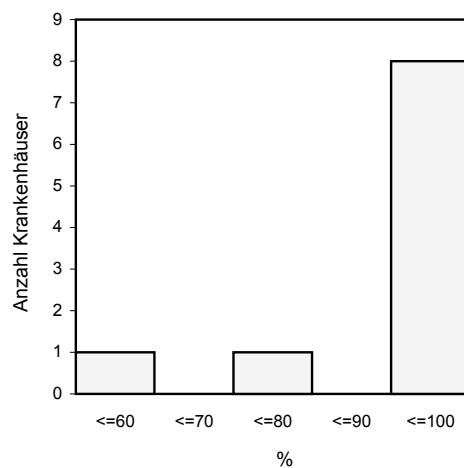
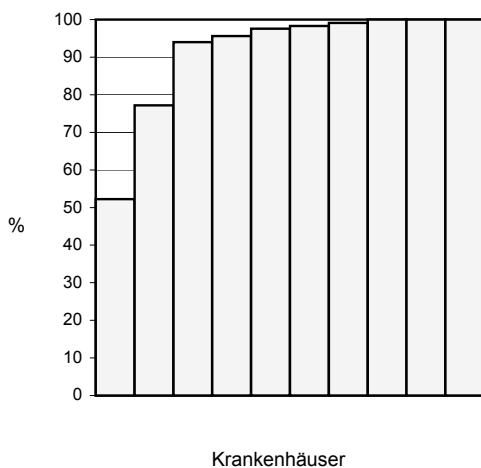
**Anteil von Patienten mit PPR Pflegestufe S verbessert oder unverändert im Vergleich Entlassung zur Aufnahme an allen Patienten in dieser Grundgesamtheit**

16 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 52,2% - 100,0%

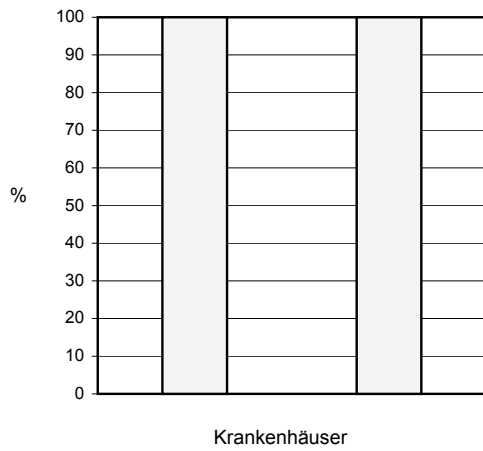
Median der Krankenhausergebnisse: 97,9%



10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
Minimum - Maximum der Krankenhauseergebnisse: 100,0% - 100,0%  
Median der Krankenhauseergebnisse: 100,0%



2 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Jahresauswertung 2003  
Modul 14/1: Pflege bei Prostataresektion  
Basisauswertung - Pflege  
Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser: 13  
Auswertungsversion: 09. Juni 2004  
Datensatzversion: 2003 6.0  
Mindestanzahl Datensätze: 20  
Datenbankstand: 31. März 2004  
Druckdatum: 11. Juni 2004  
Nr. Gesamt-1998  
2003 - L6646-P10466

### Basisdaten

	Gesamt 2003	
	Anzahl	
<b>Anzahl importierter OP-Datensätze</b>	2.782	
<b>Anzahl importierter Pflegedatensätze</b>	1.129	

### Patienten

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%*
<b>Altersverteilung (in Jahren)</b>		
gültige Altersangabe	1.129	
< 20	0 / 1.129	0,00
20 - 39	1 / 1.129	0,09
40 - 59	72 / 1.129	6,38
60 - 79	909 / 1.129	80,51
80-89	134 / 1.129	11,87
>= 90	13 / 1.129	1,15
<b>Alter (Jahre)</b>		
Median	71,0	
Mittelwert	70,6	
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>		
1: normaler, ansonsten gesunder Patient	105	9,30
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	679	60,14
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	342	30,29
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	3	0,27
5: moribunder Patient	0	0,00

\*Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz, sofern keine andere Grundgesamtheit angegeben ist.

## Aufnahme

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Einstufung nach PPR-Systematik bei Aufnahme</b>	1.128	99,91
Wenn ja:		
<b>Pflegestufe A</b>	1.128 / 1.128	100,00
davon		
A1	488 / 1.128	43,26
A2	625 / 1.128	55,41
A3	15 / 1.128	1,33
<b>Pflegestufe S</b>	1.128 / 1.128	100,00
davon		
S1	350 / 1.128	31,03
S2	768 / 1.128	68,08
S3	10 / 1.128	0,89

## Pflegeprozess

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Pflegeanamnese schriftlich erhoben</b>		
nein	4	0,35
ja, durch Krankenschwester/-pfleger (Examinierung, 3-jährige Ausbildung)	983	87,07
ja, durch Krankenpflegehelfer/in (Examinierung, 1-jährige Ausbildung)	23	2,04
ja, durch sonstiges Personal	119	10,54
<b>Pflegeziele schriftlich formuliert</b>		
nein	240	21,26
ja	889	78,74
<b>Pflegemaßnahmen schriftlich geplant</b>		
nein	122	10,81
ja	1.007	89,19
<b>Pflegeergebnisse schriftlich bewertet</b>		
nein	99	8,77
ja	1.030	91,23

### Präoperative Vorbereitung

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Durchführung der Genitalhygiene präoperativ sichergestellt</b>	1.128	99,91

### Prophylaxen und pflegerische Maßnahmen

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Gezielte Mobilisation durch Pflegekraft</b>		
nein	5	0,44
ja, innerhalb 24h postoperativ	1.052	93,18
ja, später als 24h postoperativ	72	6,38

### Entlassung

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Einstufung nach PPR-Systematik bei Entlassung</b>	1.127	99,82
Wenn ja:		
<b>Pflegestufe A</b>	1.127 / 1.127	100,00
davon		
A1	427 / 1.127	37,89
A2	667 / 1.127	59,18
A3	33 / 1.127	2,93
<b>Pflegestufe S</b>	1.127 / 1.127	100,00
davon		
S1	606 / 1.127	53,77
S2	518 / 1.127	45,96
S3	3 / 1.127	0,27

Jahresauswertung 2003  
Modul 14/1: Prostataresektion  
Qualitätsindikatoren - Pflege  
Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser: 13  
Auswertungsversion: 09. Juni 2004  
Datensatzversion: 2003 5.0.1  
Mindestanzahl Datensätze: 20  
Datenbankstand: 31. März 2004  
Druckdatum: 11. Juni 2004  
Nr. Gesamt-1998  
2003 - L6646-P10466

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator - Pflegeauswertung	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung* Seite
Pneumonieprophylaxe	100,00%	100,00%	100,00%	NN	3.1
Thromboseprophylaxe	100,00%	100,00%	100,00%	NN	3.2
Genitalhygiene	100,00%	100,00%	100,00%	NN	3.3
Erhebung der Pflegeanamnese	100,00%	100,00%	100,00%	100%	0,00% 3.4
Beratung in Bezug auf das postoperative Verhalten	44,51%	44,51%	44,51%	NN	3.5
Veränderung der PPR Pflegestufe A während des stationären Aufenthalts	91,45%	91,45%	91,45%	NN	3.6
Veränderung der PPR Pflegestufe S während des stationären Aufenthalts	95,44%	95,44%	95,44%	NN	3.8

\* Abweichung der Gesamtergebnisse vom Referenzbereich



**Qualitätsindikator: Pneumonieprophylaxe**

**Qualitätsziel:** Oft Pneumonieprophylaxe

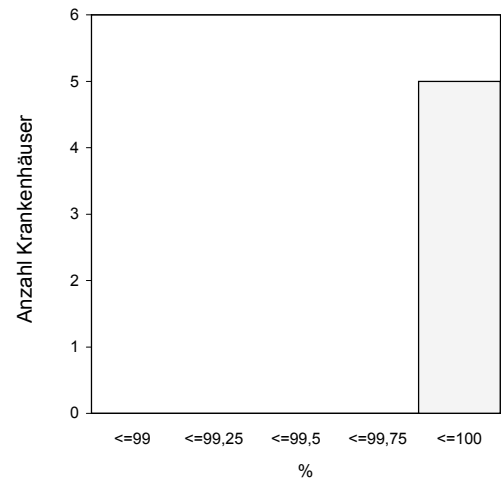
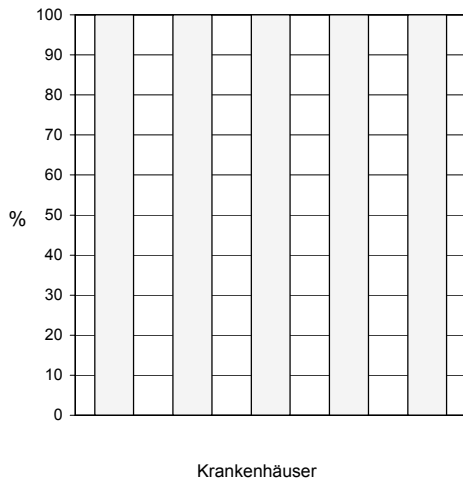
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit Pneumonieprophylaxe (Atemgymnastik oder frühzeitige Mobilisation)			355 / 355	100,00%
Vertrauensbereich		>x %		98,97% - 100,00%
Referenzbereich				>x %

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 1]:  
 Anteil Patienten mit Pneumonieprophylaxe**

Minimum - Maximum der Krankhausergebnisse: 100,0% - 100,0%

Median - Mittelwert der Krankhausergebnisse: 100,0% - 100,0%



5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Thromboseprophylaxe

**Qualitätsziel:** Oft Thromboseprophylaxe

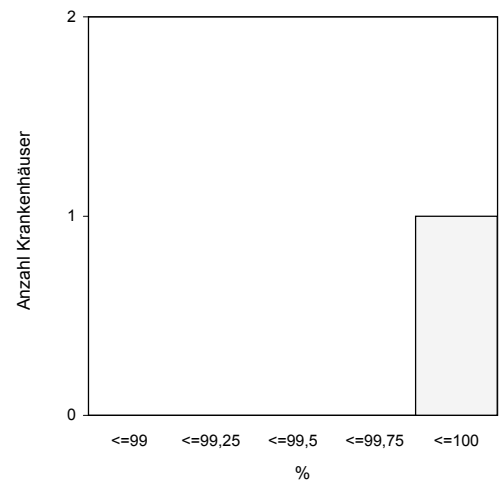
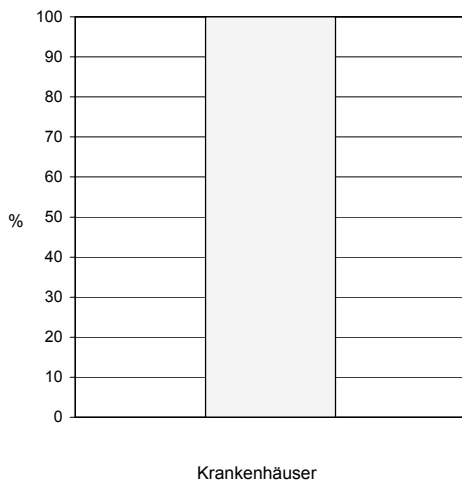
**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz und offen-chirurgischer Operation (OPS-301 5-603)

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
Pat. mit Thromboseprophylaxe (isometrische Spannungsübungen oder Kompressionsmaßnahmen)	41 / 41	100,00%
Vertrauensbereich	91,40% - 100,00%	
Referenzbereich	>x %	

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 2]:  
 Anteil Patienten mit Thromboseprophylaxe nach offen-chirurgischer OP**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 100,0% - 100,0%

Median - Mittelwert der Krankenhausergebnisse: 100,0% - 100,0%



1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Genitalhygiene

**Qualitätsziel:** Immer Durchführung präoperativer Genitalhygiene

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

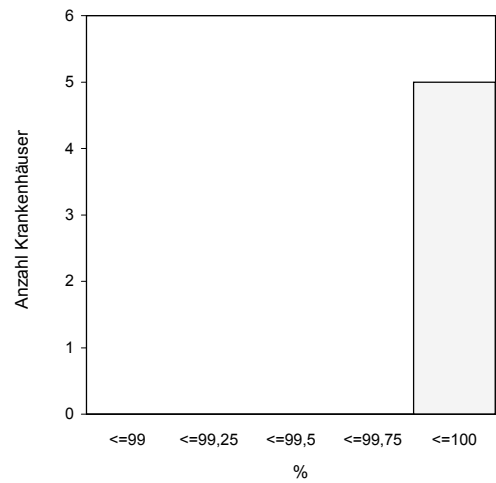
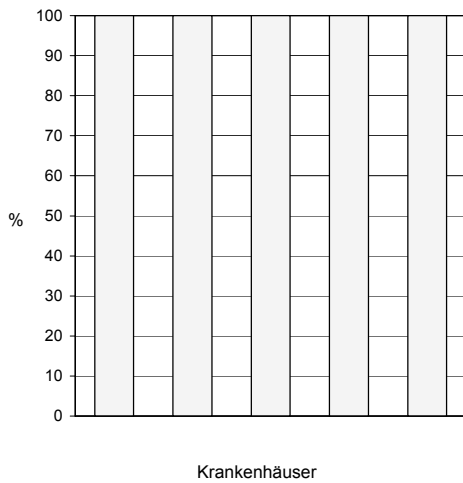
	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit präoperativ durchgeführter Genitalhygiene			355 / 355	100,00%
Vertrauensbereich				98,97% - 100,00%
Referenzbereich		>x %		>x %

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 3]:**

**Anteil Patienten mit präoperativ durchgeführter Genitalhygiene**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 100,0% - 100,0%

Median - Mittelwert der Krankenhausergebnisse: 100,0% - 100,0%



5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Pflegeanamnese**

**Qualitätsziel:** Immer Erhebung der Pflegeanamnese

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

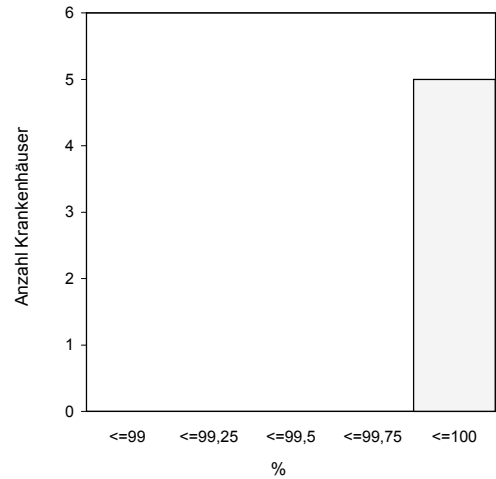
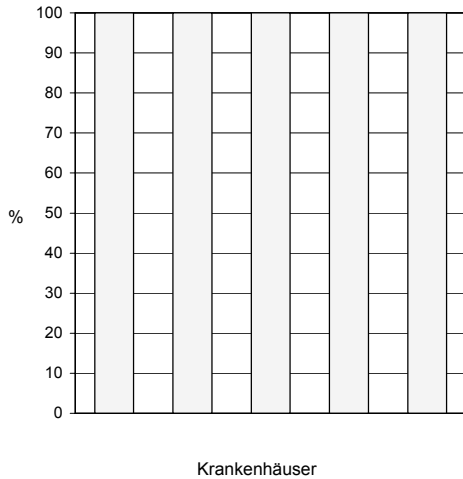
	Gesamt 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pflegeanamnese erhoben			355 / 355	100,00%
Vertrauensbereich				98,97% - 100,00%
Referenzbereich		=100%		=100%
Pflegeanamnese erhoben durch examiniertes Pflegepersonal (3-jährige Ausbildung)			341 / 355	96,06%
Pflegeanamnese erhoben durch Krankenpflegehelfer/in			1 / 355	0,28%
Pflegeanamnese erhoben durch sonstiges Personal			13 / 355	3,66%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 4]:**

**Anteil Patienten mit erhobener Pflegeanamnese**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 100,0% - 100,0%

Median - Mittelwert der Krankenhausergebnisse: 100,0% - 100,0%



5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Beratung in Bezug auf das postoperative Verhalten

**Qualitätsziel:** Oft schriftliche Beratung des Patienten / der Angehörigen  
 in Bezug auf das postoperative Verhalten

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz

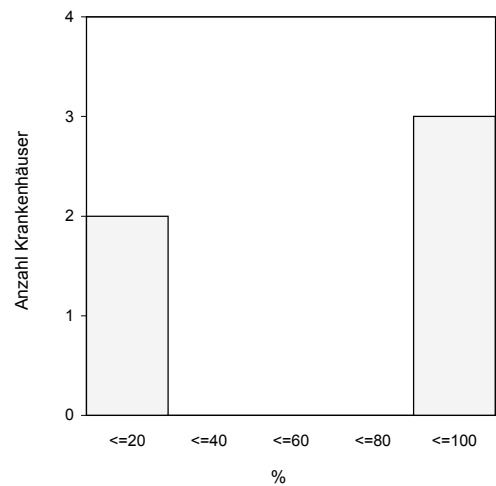
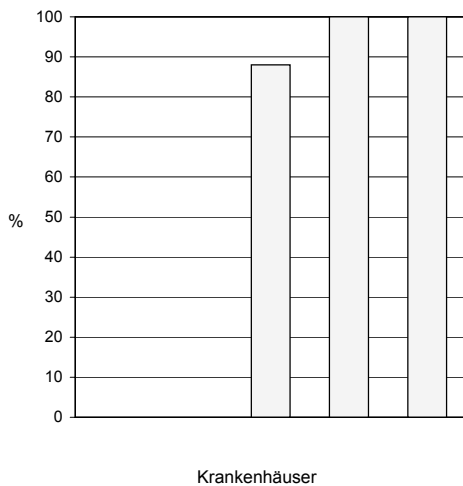
	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Schriftliche oder schriftliche und mündliche Beratung in Bezug auf das postoperative Verhalten			158 / 355	44,51%
Vertrauensbereich				39,26% - 49,85%
Referenzbereich		> x %		> x %

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 5]:**

**Anteil Patienten mit schriftlicher oder mündlicher Beratung in Bezug auf das postop. Verhalten**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%

Median - Mittelwert der Krankenhausergebnisse: 88,0% - 57,6%



5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Veränderung der PPR Pflegestufe A  
 während des stationären Aufenthalts**

**Qualitätsziel:** Häufig Erhalt oder Verbesserung der PPR Pflegestufe A  
 im Vergleich Entlassung zur Aufnahme

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz (ohne Todesfälle)  
 und Einstufung nach PPR A bei Aufnahme und Entlassung

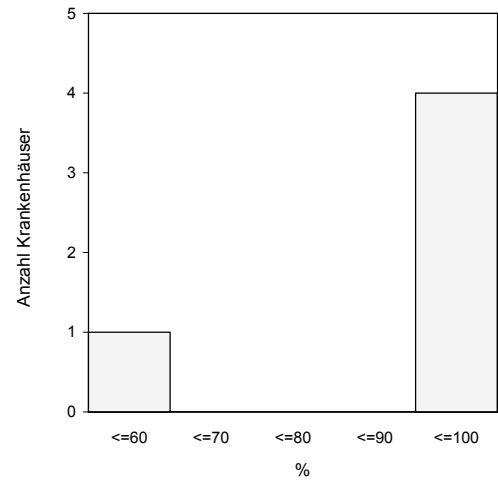
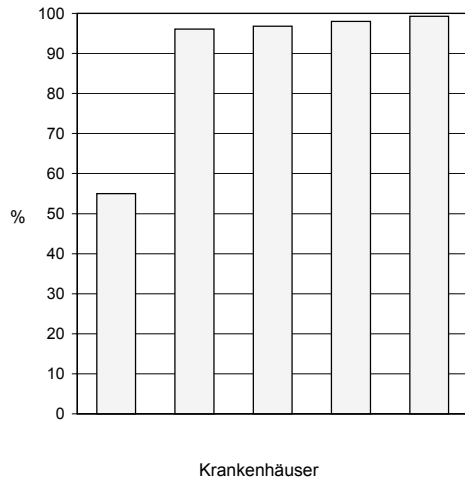
	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
Pat. mit PPR Pflegestufe A verbessert oder unverändert im Vergleich zur Aufnahme Vertrauensbereich Referenzbereich	321 / 351	91,45% 88,01% - 94,16% > x %
Pat. mit PPR Pflegestufe A verschlechtert im Vergleich zur Aufnahme	30 / 351	8,55%
Pat. mit PPR A1 unverändert	170 / 351	48,43%
Pat. mit PPR A2 unverändert	117 / 351	33,33%
Pat. mit PPR A3 unverändert	3 / 351	0,85%
Pat. mit PPR A1 verschlechtert nach A2	26 / 351	7,41%
Pat. mit PPR A2 verschlechtert nach A3	4 / 351	1,14%
Pat. mit PPR A1 verschlechtert nach A3	0 / 351	0,00%
Pat. mit PPR A2 verbessert nach A1	27 / 351	7,69%
Pat. mit PPR A3 verbessert nach A2	4 / 351	1,14%
Pat. mit PPR A3 verbessert nach A1	0 / 351	0,00%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 6]:**

**Anteil Pat. mit PPR Pflegestufe A verbessert oder unverändert im Vergleich zur Aufnahme**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 55,0% - 99,3%

Median - Mittelwert der Krankenhausergebnisse: 96,8% - 89,0%



5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Veränderung der PPR Pflegestufe S  
 während des stationären Aufenthalts**

**Qualitätsziel:** Häufig Erhalt oder Verbesserung der PPR Pflegestufe S  
 im Vergleich Entlassung zur Aufnahme

**Grundgesamtheit:** Alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz (ohne Todesfälle)  
 und Einstufung nach PPR S bei Aufnahme und Entlassung

	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit PPR Pflegestufe S verbessert oder unverändert im Vergleich zur Aufnahme			335 / 351	95,44%
Vertrauensbereich				92,69% - 97,38%
Referenzbereich		> x %		> x %
Pat. mit PPR Pflegestufe S verschlechtert im Vergleich zur Aufnahme			16 / 351	4,56%
PSt. mit PPR S1 unverändert			149 / 351	42,45%
PSt. mit PPR S2 unverändert			109 / 351	31,05%
PSt. mit PPR S3 unverändert			0 / 351	0,00%
PSt. mit PPR S1 verschlechtert nach S2			16 / 351	4,56%
PSt. mit PPR S2 verschlechtert nach S3			0 / 351	0,00%
PSt. mit PPR S1 verschlechtert nach S3			0 / 351	0,00%
PSt. mit PPR S2 verbessert nach S1			72 / 351	20,51%
PSt. mit PPR S3 verbessert nach S2			5 / 351	1,43%
PSt. mit PPR S3 verbessert nach S1			0 / 351	0,00%

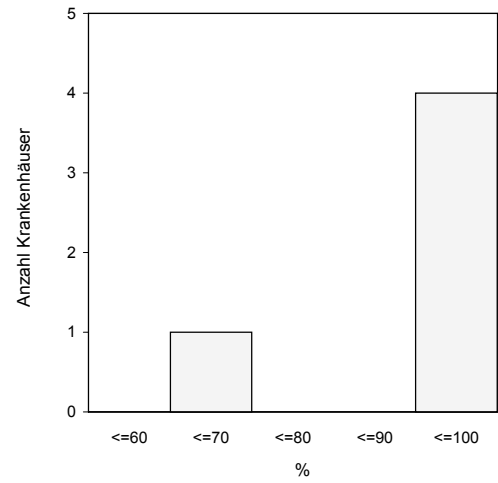
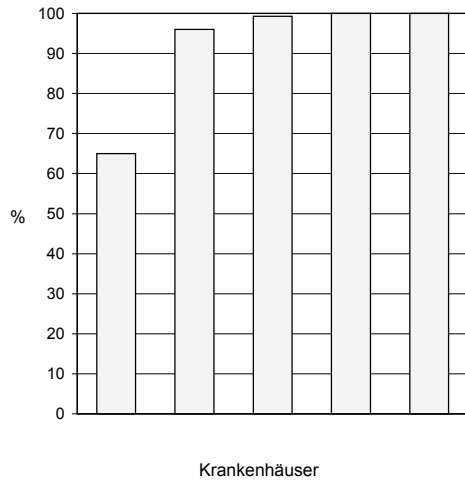


**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 7]:**

**Anteil Patienten mit Verschlechterung PPR Pflegestufe S bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme**

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 65,0% - 100,0%

Median - Mittelwert der Krankenhausergebnisse: 99,3% - 92,1%



5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

Jahresauswertung 2003  
Modul 14/1: Prostataresektion

Basisauswertung - Pflege

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser: 13  
Auswertungsversion: 09. Juni 2004  
Datensatzversion: 2003 5.0.1  
Mindestanzahl Datensätze: 20  
Datenbankstand: 31. März 2004  
Druckdatum: 11. Juni 2004  
Nr. Gesamt-1998  
2003 - L6646-P10466

## Basisdaten

			Gesamt 2003	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*
<b>Anzahl importierter OP-Datensätze</b>			790	100,00
<b>Anzahl importierter Pflegedatensätze</b>			355	100,00

## Patienten

			Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (in Jahren)</b>				
gültige Altersangabe			355 / 355	100,00
< 20			0 / 355	0,00
20 - 39			0 / 355	0,00
40 - 59			17 / 355	4,79
60 - 79			289 / 355	81,41
80 - 89			45 / 355	12,68
>= 90			4 / 355	1,13
<b>Alter (Jahre)</b>				
Median			72,0	
Mittelwert			71,5	
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			17 / 355	4,79
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			194 / 355	54,65
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			138 / 355	38,87
4: mit inaktivierender Allgemeiner- krankung, ständige Lebensbedrohung			6 / 355	1,69
5: moribunder Patient			0 / 355	0,00

\*Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten mit dokumentiertem Pflegedatensatz, sofern keine andere Grundgesamtheit angegeben ist.

### Aufnahme

	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Einstufung nach PPR-Systematik bei Aufnahme</b>			353 / 355	99,44
Wenn ja:				
<b>Pflegestufe A</b>			353 / 353	100,00
davon				
A1			197 / 353	55,81
A2			148 / 353	41,93
A3			8 / 353	2,27
<b>Pflegestufe S</b>			353 / 353	100,00
davon				
S1			166 / 353	47,02
S2			181 / 353	51,27
S3			6 / 353	1,70

### Pflegeprozess

	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Pflegeanamnese erhoben</b>				
nein			0 / 355	0,00
durch Krankenschwester/-pfleger (Examinierung, 3-jährige Ausbildung)			341 / 355	96,06
durch Krankenpflegehelfer/in			1 / 355	0,28
durch sonstiges Personal			13 / 355	3,66
<b>Beratung in Bezug auf das postoperative Verhalten für die Patienten/Angehörigen</b>				
nein			3 / 355	0,84
mündlich			194 / 355	54,65
schriftlich			2 / 355	0,56
beides			156 / 355	43,94

### Präoperative Vorbereitung

			Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Durchführung der Genitalhygiene präoperativ sichergestellt</b>			355 / 355	100,00

### Prophylaxen und pflegerische Maßnahmen

			Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Pneumonieprophylaxe</b>				
<b>Atemgymnastik durchgeführt</b>				
nein			125 / 355	35,21
ohne technische Hilfsmittel			228 / 355	64,22
mit technischen Hilfsmitteln			2 / 355	0,56
<b>Frühzeitige Mobilisation</b>				
nein			1 / 355	0,28
innerhalb 24h postoperativ			354 / 355	99,72
später als 24h postoperativ			0 / 355	0,00
<b>Thromboseprophylaxe</b>				
<b>Isometrische Spannungsübungen:</b>				
Durchführung unter Anleitung von Pflegefachkräften			163 / 355	45,91
<b>Kompressionsmaßnahmen durchgeführt</b>				
nein			41 / 355	11,55
Antithrombosestrümpfe			314 / 355	88,45
Wickeln			0 / 355	0,00

**Entlassung**

	Gesamt 2003			
	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Einstufung nach PPR-Systematik bei Entlassung</b>			351 / 355	98,87
Wenn ja:				
<b>Pflegestufe A</b>			351 / 351	100,00
davon				
A1			197 / 351	56,12
A2			147 / 351	41,88
A3			7 / 351	1,99
<b>Pflegestufe S</b>			351 / 351	100,00
davon				
S1			221 / 351	62,96
S2			130 / 351	37,04
S3			0 / 351	0,00