

**Musterauswertung 2001
Modul 14/1: Prostataresektion**

Qualitätsmerkmale

**Musterkrankenhaus, Musterstadt
und Musterland Gesamt**

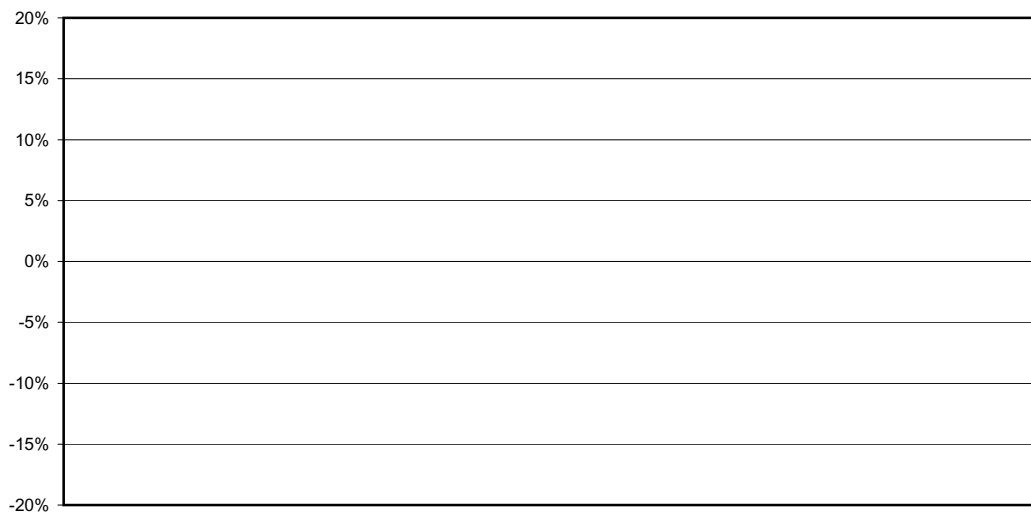
**Freigegebene Version
vom 07. Mai 2002**

Teiln. Abteilungen in Musterland: nn
Auswertungsversion: 7. Mai 2002
Datensatzversionen 2001: 3.2 / 3.3
Datenbankstand: 7. Mai 2002
Druckdatum: 5. Mai 2002
AW-Nr: nnn

Übersicht Qualitätsmerkmale

[Derzeit sind keine Referenzwerte definiert.]

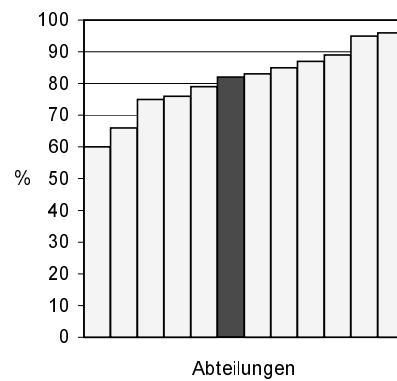
Qualitätsmerkmal	Fälle	Ergebnis	Ergebnis	Referenz-	Abweichung*	Seite
	Abteilung	Abteilung	Gesamt	Bereich		
1 Subjektiver präoperativer Leidensdruck	0 / 0	0%	0%	NN	0%	1.1
2 Standard- und Sonderindikationen	0 / 0	0%	0%	NN	0%	1.2
3 Umfassende präoperative Diagnostik	0 / 0	0%	0%	NN	0%	1.4
4 Prostatavolumen	0 / 0	0%	0%	NN	0%	1.5
5 Urodynamik	0 / 0	0%	0%	NN	0%	1.6
6 Eingriffsdauer und Operateur	0 / 0	0%	0%	NN	0%	1.7
7 Spezifische intra-/postop. Komplikationen	0 / 0	0%	0%	NN	0%	1.8
8 Postop. Kontrolle von Uroflow oder Restharn	0 / 0	0%	0%	NN	0%	1.11
9 Postoperativer Restharn	0 / 0	0%	0%	NN	0%	1.12
10 Entlassung mit Katheter	0 / 0	0%	0%	NN	0%	1.13
14 Operative Revision/Nachresektion/Koagulation	0 / 0	0%	0%	NN	0%	1.14
15 Histologische Untersuchung	0 / 0	0%	0%	NN	0%	1.15
16 Karzinome als histologischer Erstbefund	0 / 0	0%	0%	NN	0%	1.16
17 Richtige Indikation	0 / 0	0%	0%	NN	0%	1.17



Abweichung der einzelnen Qualitätskennzahlen vom Gesamtwert
 (stets 0 in der Gesamtauswertung)

Bei Qualitätsmerkmalen, die mit (-) gekennzeichnet sind (z.B. bei Komplikationen), ist das Vorzeichen der Abweichung geändert, um gute Qualität immer als positiven Prozentwert darzustellen.

Erläuterung der Grafiken



Jede Abteilung wird durch eine Säule repräsentiert.
Nullwerte sind durch kleinste Säulen dargestellt.

Bei den individuellen Krankenhausausswertungen ist die entsprechende Abteilung farblich hervorgehoben (hier z.B. 82%).

Es werden nur Abteilungen mit 20 oder mehr Fällen in der geprüften Grundgesamtheit dargestellt.

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen noch fachkundiger Interpretation.

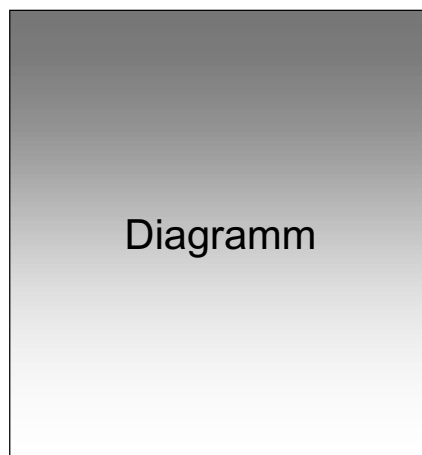
Qualitätsmerkmal: Subjektiver präoperativer Leidensdruck

Qualitätsziel: Bevorzugt Operationen von Patienten mit hohem subjektiven Leidensdruck

Grundgesamtheit: Alle Behandlungsfälle

	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bestimmtem IPSS	0/0	0%	0/0	0%
Vertrauensbereich		0%		0%
Referenzbereich		>x %		>x %
davon:				
IPSS 0-7	0/0	0%	0/0	0%
IPSS 8-19	0/0	0%	0/0	0%
IPSS >= 20	0/0	0%	0/0	0%
Patienten mit bestimmtem Lebensqualitätsindex	0/0	0%	0/0	0%
davon:				
L 0-2	0/0	0%	0/0	0%
L 3-4	0/0	0%	0/0	0%
L 5-6	0/0	0%	0/0	0%
Patienten mit hohem subjektivem Leidensdruck				
Patienten mit bestimmtem IPSS oder Lebensqualitätsindex	0/0	0%	0/0	0%
davon:				
IPSS >= 20 oder L > 3	0/0	0%	0/0	0%
Vertrauensbereich		0-0%		0-0%
Referenzbereich		>x %		>x %

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 1]:
Anteil Patienten bei denen ein gültiger IPSS-Score dokumentiert ist.
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%
 Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

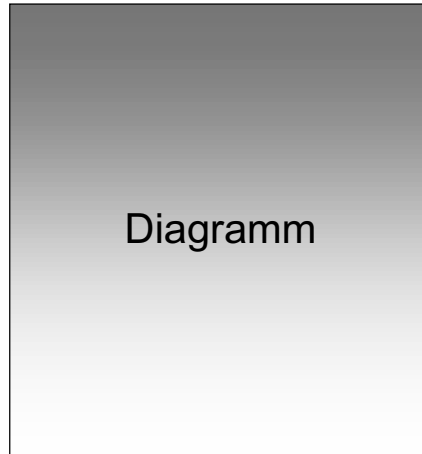
Ergebnis: -/-

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 2]:

Anteil Patienten mit hohem präoperativen subjektiven Leidensdruck (L>3)

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%

Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-

Qualitätsmerkmal: Standard- und Sonderindikationen

Qualitätsziel: Angemessenes Verhältnis von Standard- und Sonderindikation

Grundgesamtheit: Alle Behandlungsfälle

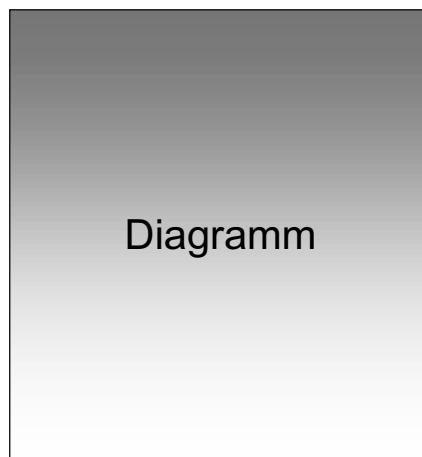
	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Standardindikation				
Alle Patienten, bei denen IPSS>=20 oder Restharn>=100 ml oder Harnsekundenvolumen (Qmax) < 15 ml/s (bei mehr als 150 ml Miktionsvolumen) oder Katheterträger oder Hamverhalt	0/0	0%	0/0	0%
Vertrauensbereich		0-0%		0-0%
Referenzbereich		>x %		>x %
Sonderindikation				
Alle Patienten, bei denen kein Kriterium der Standardindikation zutrifft.	0/0	0%	0/0	0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 3]:

Anteil Patienten mit Standardindikation

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%

Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-

Qualitätsmerkmal: Umfassende präoperative Diagnostik

Qualitätsziel: Häufig eine umfassende präoperative Diagnostik

Grundgesamtheit: Alle Behandlungsfälle ohne präoperativen Katheter

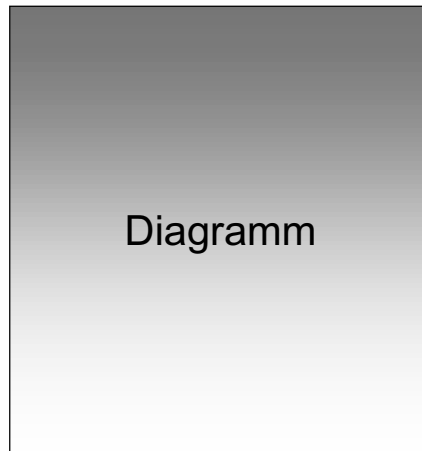
	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit präoperativer Diagnostik (Sonografie der Nieren, Blase und Prostata und Urinstatus, Serum-Kreatinin, Prostataspezifisches Antigen und präoperativer Restharn bestimmt und Uroflow durchgeführt und IPSS u. Lebensqualitätsindex erhoben)	0/0	0%	0/0	0%
mindestens 7 von 10 der oben genannten präoperativen diagnostischen Maßnahmen durchgeführt	0/0	0%	0/0	0%
Vertrauensbereich		0-0%		0-0%
Referenzbereich		>x %		>x %

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 4]:

Anteil Patienten mit umfassender präoperativer Diagnostik

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%

Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-

Qualitätsmerkmal: Prostatavolumen

Qualitätsziel: Resektion überwiegend bei Patienten mit deutlich vergrößertem sonografisch bestimmten Prostatavolumen > 50 cm³

Grundgesamtheit: Alle Behandlungsfälle mit Prostatasonografie

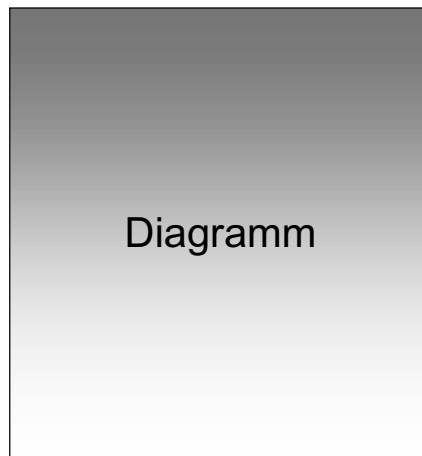
Prostatavolumen (cm ³)	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
< 20	0/0	0%	0/0	0%
20-50	0/0	0%	0/0	0%
> 50	0/0	0%	0/0	0%
Vertrauensbereich		0%		0%
Referenzbereich		>x %		>x %

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 5]:

Anteil Patienten mit Resektion bei deutlich vergrößertem sonografisch bestimmten Prostatavolumen (> 50 cm³)

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%

Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-

Qualitätsmerkmal: Urodynamik

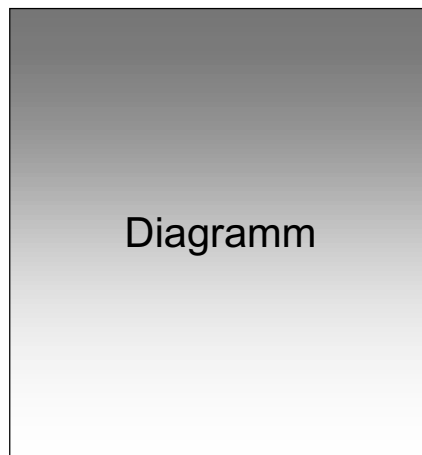
Qualitätsziel: Immer Urodynamik bei Sonderindikationen durchführen

Grundgesamtheit: Alle Behandlungsfälle mit Sonderindikationen
 (Patienten, bei denen keine Standardindikation vorliegt (IPSS>=20, Restharn>=100 ml, Harnsekundenvolumen (Qmax) < 15 ml/s, Katheterträger oder Harnverhalt))

	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Urodynamik	0/0	0,0%	0/0	0,0%
Vertrauensbereich		0-0%		0-0%
Referenzbereich		> x %		> x %

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 6]:
 Anteil Patienten mit Urodynamik bei Sonderindikationen**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%
 Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-

Qualitätsmerkmal: Eingriffsdauer und Operateur

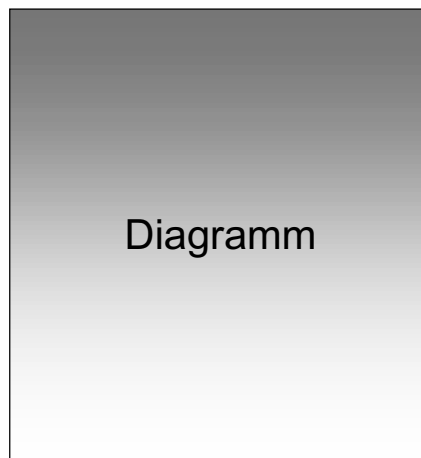
Qualitätsziel: Angemessene Eingriffsdauer in Abhängigkeit vom Facharztstatus des die Operation beginnenden Operateurs

Grundgesamtheit: Alle Behandlungsfälle mit TUR (OPS-301 5-601.0, .1)

Eingriffsdauer	Abteilung		Gesamt	Facharztstatus	
	Facharztstatus			ja	nein
	ja	nein		ja	nein
<= 60 min	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0
	0%	0%	0%	0%	0%
Vertrauensbereich	0-0%		0-0%		
Referenzbereich	> x %		> x %		
> 60 min	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0
	0%	0%	0%	0%	0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 7]:
Anteil Patienten mit angemessener Eingriffsdauer und Operateur mit Facharztstatus

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%
 Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-

Qualitätsmerkmal: Spezifische intra-/postoperative Komplikationen

Qualitätsziel: Selten spezifische intra-/postoperative Komplikationen

Grundgesamtheit: Alle Behandlungsfälle

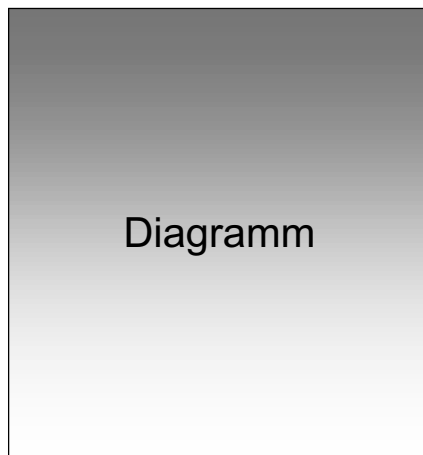
	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit mind. einer spezifischen intra-/postoperativen Komplikation (TUR-Syndrom, behandlungsbedürftig oder Blutung, transfusionspflichtig oder Harnwegsinfektion, klinisch relevant) Vertrauensbereich Referenzbereich	0/0	0% 0-0% < x %	0/0	0% 0-0% < x %
TUR-Syndrom, behandlungsbedürftig	0/0	0%	0/0	0%
Blutung, transfusionspflichtig	0/0	0%	0/0	0%
Harnwegsinfektion, klinisch relevant	0/0	0%	0/0	0%
Patienten ohne spezifische intra-/postoperative Komplikationen	0/0	0%	0/0	0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 8]:

Anteil Patienten mit mind. einer spezifischen intra-/postoperativen Komplikation

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%

Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-

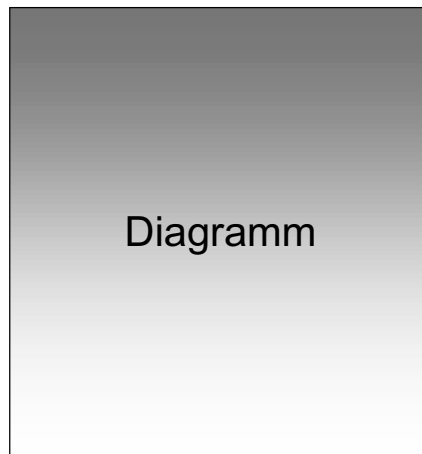
Qualitätsziel: Wenig spezifische intra-/postop. Komplikationen in Abhängigkeit vom OP-Verfahren

Grundgesamtheit: Alle Behandlungsfälle

	Abteilung		Gesamt	
	OP-Verfahren 5-601.0, .1	5-603	OP-Verfahren 5-601.0, .1	5-603
Patienten mit mindestens einer spezifischen intra-/postoperativen Komplikation (TUR-Syndrom, behandlungsbedürftig oder Blutung, transfusionspflichtig oder Harnwegsinfektion, klinisch relevant)	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%
Vertrauensbereich	0-0%		0-0%	
Referenzbereich	< x %		< x %	
Patienten ohne intraoperative Komplikationen	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 9]:
Anteil Patienten mit mindestens einer spezifischen intra-/postoperativen Komplikation von allen offen-chirurgisch operierten Patienten

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%
 Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-

Qualitätsziel: Wenig spezifische intra-/postoperative Komplikationen bei angemessener Eingriffsdauer

Grundgesamtheit: Behandlungsfälle mit TUR (OPS-301 5-601.0, .1)

	Abteilung		Gesamt	
	Eingriffsdauer		Eingriffsdauer	
	<= 60 min	> 60 min	<= 60 min	> 60 min
Patienten mit mindestens einer spezifischen intra-/postoperativen Komplikation (TUR-Syndrom, behandlungsbedürftig oder Blutung, transfusionspflichtig oder Harnwegsinfektion, klinisch relevant)	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%
Vertrauensbereich		0-0%		0-0%
Referenzbereich		< x %		< x %
Patienten ohne intraoperative Komplikationen	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%

Qualitätsziel: Wenig spezifische intra-/postoperative Komplikationen in Abhängigkeit vom Resektionsgewicht (durch Pathologen bestimmt, Gewichtsangaben durch den Operateur werden definitionsgemäß nicht berücksichtigt)

Grundgesamtheit: Behandlungsfälle mit TUR (OPS-301 5-601.0, .1)

	Abteilung			Gesamt		
	Resektionsgewicht (g)			Resektionsgewicht (g)		
	<= 20	20-50	> 50	<= 20	20-50	> 50
Patienten mit mindestens einer spezifischen intra-/postoperativen Komplikation (TUR-Syndrom, behandlungsbedürftig oder Blutung, transfusionspflichtig oder Harnwegsinfektion, klinisch relevant)	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%
Vertrauensbereich		0-0%			0-0%	
Referenzbereich		< x %			< x %	
Patienten ohne intraoperative Komplikationen	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%

Qualitätsmerkmal: Postoperative Kontrolle von Uroflow oder Restharn

Qualitätsziel: Oft postoperative Kontrolle von Uroflow oder Restharn

Grundgesamtheit: Alle Behandlungsfälle, die ohne Katheter entlassen werden

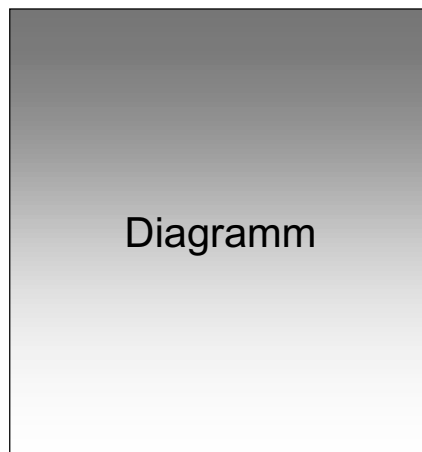
	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit postoperativ durchgeführtem Uroflow oder bestimmtem Restharn	0/0	0%	0/0	0%
Vertrauensbereich		0 - 0%		0 - 0%
Referenzbereich		< x%		< x%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 10]:

Anteil Patienten mit postoperativ durchgeführtem Uroflow oder bestimmtem Restharn

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%

Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-

Qualitätsmerkmal: Postoperativer Restharn

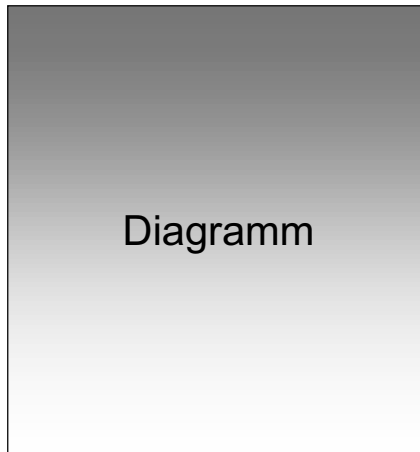
Qualitätsziel: Selten postoperativ signifikanter Restharn (≥ 100 ml)

Grundgesamtheit: Alle Behandlungsfälle, die ohne Katheter entlassen werden

	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit postop. significantem Restharn (≥ 100 ml)	0/0	0%	0/0	0%
Vertrauensbereich		0 - 0%		0 - 0%
Referenzbereich		< x%		< x%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 11]:
 Anteil Patienten mit postop. significantem Restharn von ≥ 100 ml**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%
 Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-

Qualitätsmerkmal: Entlassung mit Katheter

Qualitätsziel: Selten Entlassung mit Katheter

Grundgesamtheit: Alle Behandlungsfälle

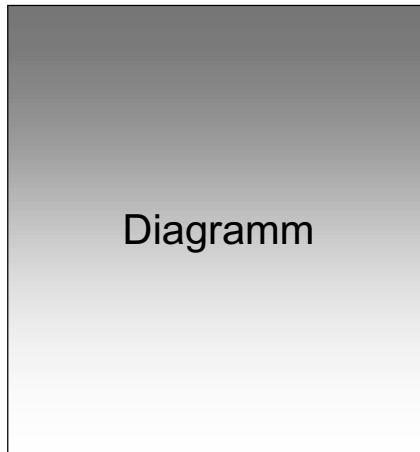
	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten, die mit Katheter entlassen wurden	0/0	0%	0/0	0%
Vertrauensbereich		0 - 0%		0 - 0%
Referenzbereich		< x%		< x%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 12]:

Anteil Patienten, die mit Katheter entlassen wurden

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%

Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-

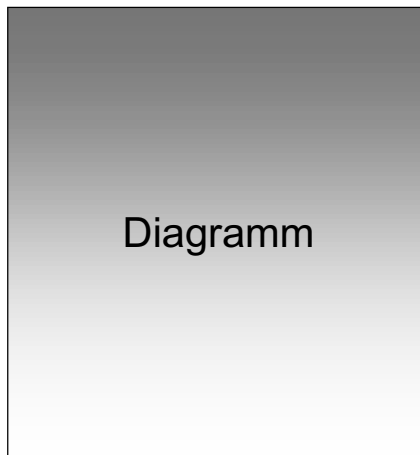
Qualitätsmerkmal: Operative Revision/Nachresektion/Koagulation

Qualitätsziel: Selten operative Revision/Nachresektion/Koagulation

Grundgesamtheit: Behandlungsfälle mit TUR (OPS-301 5-601.0, .1) und 5-601.3

	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit operativer Revision / Nachresektion/ Koagulation	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0 - 0%		0 - 0%
Referenzbereich		< x %		< x %

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 13]:
Anteil Patienten mit operativer Revision/Nachresektion/Koagulation
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%
 Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-

Qualitätsmerkmal: Histologische Untersuchung

Qualitätsziel: Immer postoperative histologische Untersuchung

Grundgesamtheit: Alle Behandlungsfälle

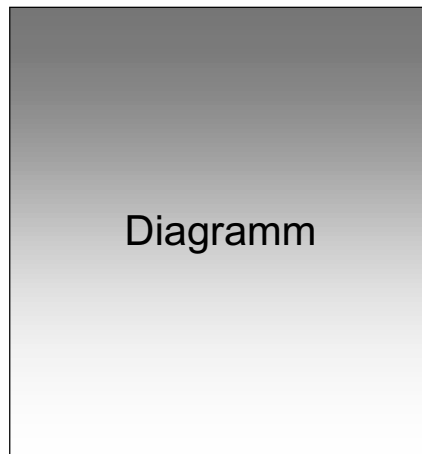
	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit histologischer Untersuchung	0/0	0%	0/0	0%
Vertrauensbereich		0-0%		0-0%
Referenzbereich		> x%		> x%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 14]:

Anteil Patienten mit postop. histologischer Untersuchung

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%

Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-

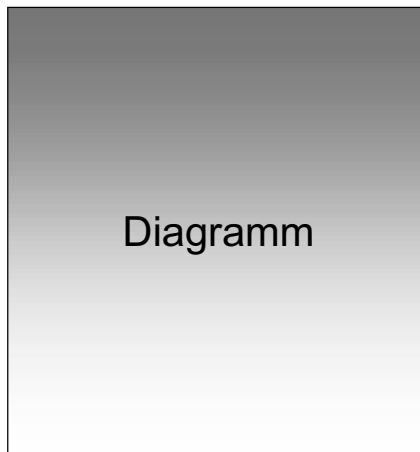
Qualitätsmerkmal: Karzinome als histologischer Erstbefund

Qualitätsziel: Wenig Karzinome als postoperativer histologischer Erstbefund bei Patienten bis 70 Jahre

Grundgesamtheit: Alle Behandlungsfälle mit postoperativem histologischem Befund ohne Prostatakarzinom in der Aufnahmeendiagnose

	Abteilung		Gesamt	
	Alter ≤ 70 J.	Alter > 70 J.	Alter ≤ 70 J.	Alter > 70 J.
Patienten mit Karzinom als histologischem Erstbefund	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%	0/0 0%
Vertrauensbereich	0-0%		0-0%	
Referenzbereich	< x%		< x%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 15]:
Anteil Patienten mit Karzinom als histologischer Erstbefund bis 70 Jahre
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%
 Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-

Qualitätsmerkmal: Richtige Indikation

Qualitätsziel: Möglichst oft ausreichend hohes Resektionsgewicht

Grundgesamtheit: Alle Behandlungsfälle mit bestimmten Resektionsgewicht

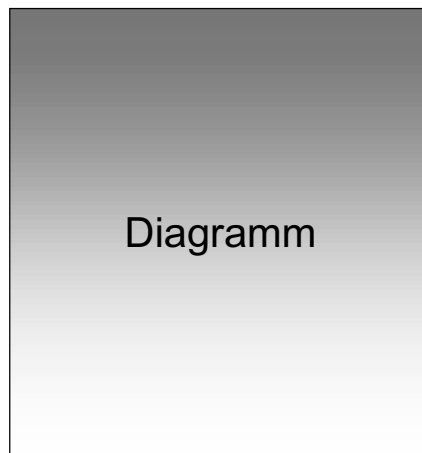
	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Resektionsgewicht < 5 g	0 / 0	0%	0 / 0	0%
Vertrauensbereich		0 - 0%		0 - 0%
Referenzbereich		< x %		< x %
5-10g	0 / 0	0%	0 / 0	0%
11-20g	0 / 0	0%	0 / 0	0%
21-40g	0 / 0	0%	0 / 0	0%
41-50g	0 / 0	0%	0 / 0	0%
51-100g	0 / 0	0%	0 / 0	0%
>100g	0 / 0	0%	0 / 0	0%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 16]:

Anteil Patienten mit Resektionsgewicht unter 5 Gramm

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: n% - n%

Median - Mittelwert der Abteilungswerte: n% - n%



n Abteilungen haben mehr als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.
 Die Position der hier ausgewerteten Abteilung ist farblich gekennzeichnet.

Ergebnis: -/-