



1. Spezialbericht

# Qualität aus Sicht der Patienten

Ergebnisse der Patientenbefragung zum  
Zeitpunkt der Entlassung 2011 bis 2012

August 2013

## Erstellt von:



DR. RER. MEDIC. F.-MICHAEL NIEMANN



Gesellschaft für Informationsmanagement  
und Forschung im Gesundheitswesen mbH

**Zentrumskoordination (Netzwerkmanagement) des DZG**

Viehkamp 4  
24226 Heikendorf bei Kiel  
Tel.: (04 31) 23 78 295  
Fax: (04 31) 23 78 294  
eMail: dr-niemann@if-gesundheit.de  
www.if-gesundheit.de

## in Abstimmung mit:



DR. FRANK TEMPLIN  
Chefarzt der Abteilung für Viszeral-, Gefäß- und Unfallchirurgie  
Johanniter Krankenhaus Geesthacht  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg  
Am Runden Berge 3  
21502 Geesthacht  
Tel.: 0 41 52 / 179 101  
Fax: 0 41 52 / 179 570  
eMail: templin@johanniter-krankenhaus.de



DR. KATI GÜNTHER-TRITSCH  
Internistische Gemeinschaftspraxis am Runden Berge  
Geesthacht – Boizenburg/Elbe  
**Standort Geesthacht:**  
Am Runden Berge 3a  
21502 Geesthacht  
Tel.: 0 41 52 / 88 655-0  
Fax: 0 41 52 / 88 655-10  
eMail: guenther-tritsch@am-runden-berge.de

## Inhaltsverzeichnis

<b>VORWORT</b>	<b>2</b>
<b>1 EINLEITUNG</b>	<b>3</b>
1.1 RAHMENBEDINGUNGEN	3
1.2 PATIENTENBEFRAGUNGEN IM DZG	3
1.3 ZIELSETZUNG UND DURCHFÜHRUNGSPLANUNG	4
1.4 TRANSPARENZ	5
1.5 LESEANLEITUNG	5
<b>2 QUALITÄT AUS SICHT DER PATIENTEN ZUM ZEITPUNKT DER ENTLASSUNG</b>	<b>7</b>
2.1 ZUGANG ZUM DARMZENTRUM	7
2.2 SPRECHSTUNDE: WARTEZEIT AUF EINEN TERMIN UND WÄHREND DES TERMINS	7
2.3 AUFNAHME AUF STATION UND BETREUUNG IN DEN ERSTEN STUNDEN	8
2.4 INFORMATION UND AUFKLÄRUNG BEI UNTERSUCHUNGEN UND DIAGNOSTIK	9
2.5 ÄRZTLICHES VERHALTEN UND EINBEZUG DER ANGEHÖRIGEN	11
2.6 MITSPRACHE- UND EINFLUSSMÖGLICHKEITEN	12
2.7 VORBEREITUNG AUF DIE ENTLASSUNG	12
<b>3 ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>14</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1: Inhalte des Fragebogens zum Zeitpunkt der Entlassung	4
Abbildung 1-2: Inhalte des Fragebogens zum Zeitpunkt sechs Monate nach Entlassung	5
Abbildung 2-1: Zugang zum Darmzentrum Geesthacht im Zeitraum von 2011 bis 2012	7
Abbildung 2-2: Wartezeit auf einen Termin im DZG zur Sprechstunde im Zeitraum von 2011 bis 2012	7
Abbildung 2-3: Wartezeit während des Termins im DZG zur Sprechstunde im Zeitraum von 2011 bis 2012	8
Abbildung 2-4: Bewertung der Aufnahme auf Station und Betreuung in den ersten Stunden im Zeitraum von 2011 bis 2012	8
Abbildung 2-5: Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik im Rahmen der präoperativen Diagnostik im Zeitraum von 2011 bis 2012	9
Abbildung 2-6: Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik nach der endgültigen Diagnose im Zeitraum von 2011 bis 2012	10
Abbildung 2-7: Persönlicher Patientenordner des DZG	10
Abbildung 2-8: Bewertung ausgewählter Aspekte des ärztlichen Verhaltens und der Einbeziehung der Angehörigen im Zeitraum von 2011 bis 2012	11
Abbildung 2-9: Bewertung der Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten im Zeitraum von 2011 bis 2012	12
Abbildung 2-10: Bewertung ausgewählter Aspekte der Vorbereitung auf die Entlassung im Zeitraum von 2011 bis 2012	12

## Vorwort

Analog der Entwicklung von Brustzentren ist gegenwärtig eine Zunahme von zertifizierten Darmzentren zu beobachten. Während jedoch die Bildung von Brustzentren maßgeblich durch die Disease Management Programme für Brustkrebs auf Landesebene gefördert worden ist, erfolgt die Bildung von Darmzentren noch ohne derartige Anforderung und demzufolge auch weniger extensiv.

Wie bei der Zertifizierung oder der Zulassung zum DMP von Brustzentren ist auch hier die Mindestfallzahl an Operationen - auch pro Operateur - ein ganz entscheidendes Kriterium.

Vor diesem Hintergrund hat das Johanniter Krankenhaus Geesthacht mit anderen Kooperationspartnern zusammen Anfang 2009 das **DarmZentrum Geesthacht (DZG)** gegründet.

Für eine systematische Weiterentwicklung des **DZG** ist 2011 begonnen worden, ein Netzwerkmanagement sukzessive zu etablieren.

Analog dem Netzwerkmanagement des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg / östliches Hamburg (Bz<sup>HZGL/öHH</sup>) galt und gilt es hierbei - im Sinne eines Projektmanagements - die Strukturen und Prozesse des **DZG** unter Berücksichtigung der gesundheitspolitischen und strukturellen Rahmenbedingungen festzulegen, kontinuierlich zu überwachen und soweit erforderlich weiterzuentwickeln.

Eine wesentliche Orientierungsgröße ist dabei die Qualität der Behandlung bzw. Versorgung der Patientinnen und Patienten durch die im **DZG** zusammengeschlossenen Kooperationspartner. Im besonderen Fokus steht dabei – neben der Qualitätsbeurteilung aus Sicht der „Leistungserbringer“ (Qualität aus medizinischer Sicht) – die Beurteilung der Qualität aus Sicht der „Leistungsempfänger“ (Qualität aus Sicht der Patienten).

Die Beurteilung der Qualität aus Sicht der Patientinnen und Patienten mit Darmkrebs erfolgt mittels einer kontinuierlichen schriftlichen Patientenbefragung aktuell zu den drei Zeitpunkten: bei Entlassung sowie - poststationär - 6 Monate und 12 Monate nach Entlassung.

Mit dem vorliegenden 1. Spezialbericht aus der Reihe der Qualitätsberichterstattung des **DZG** soll ein Überblick über die Ergebnisse der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung im Zeitraum 2011 bis 2012 gegeben werden.

Zielgruppen dieses Spezialberichtes sind neben den Kooperationspartnern und Mitarbeitern des **DZG** in erster Linie die niedergelassenen Ärzte, Krankenkassen sowie die interessierte Öffentlichkeit und natürlich auch die ehemaligen und zukünftigen Patientinnen und Patienten des **DZG** und ihre Angehörigen.

### Entwicklungsphasen des DZG:

#### Phase 0: (01/2009 – 01/2011)

Gründung des DarmZentrums Geesthacht (DZG)

#### Phase 1: (02/2011 – 03/2013)

Beginn der Etablierung eines Netzwerkmanagements für das DZG; hierbei Konzeptionierung des DZG

#### Phase 2: (ab 04/2013)

Kontinuierliche Weiterentwicklung des DZG im Rahmen des Netzwerkmanagements;  
Fernziel: Zertifiziertes Darmzentrum

## 1 Einleitung

### 1.1 Rahmenbedingungen

Für die Zertifizierung von Darmzentren ist neben der Erfüllung der fachlichen Anforderungen auch das Vorhandensein eines zertifizierten Qualitätsmanagements (QM) erforderlich. Anerkannt werden hierbei folgende Zertifizierungen:

- DIN ISO 9001
- KTQ (Kooperation durch Transparenz und Qualität)
- JCI (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization)

Grundlage für ein anwendbares Qualitätsmanagementmodell - gerade auch zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V - sollte das Prinzip des umfassenden Qualitätsmanagements sein. Dieses Prinzip beinhaltet die Elemente:

- Patientenorientierung
- Verantwortung und Führung
- Wirtschaftlichkeit
- Prozessorientierung
- Mitarbeiterorientierung und -beteiligung
- Zielorientierung und Flexibilität
- Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess.

Diese Elemente sollten verknüpft werden mit der Verpflichtung zu einer ethischen, moralischen und humanitären Werteorientierung (Qualitätskultur).

Essentieller Bestandteil eines umfassenden und systematischen Qualitätsmanagements im Hinblick auf das QM-Element **Patientenorientierung** ist die Befragung der Patienten. Mit der Erfassung der **Patientenmeinung** über die Zufriedenheit respektive Unzufriedenheit mit den wesentlichen Aspekten der stationären Versorgung werden - bei einem sorgfältigen Daten- und insbesondere Analysemanagement - Ansatzpunkte für die Optimierung bzw. Weiterentwicklung der Patientenversorgung geliefert.

Die Anforderungen für die Zertifizierung von Darmzentren sehen eine mindestens einmal jährliche Patientenbefragung über einen Zeitraum von 3 Monaten vor. Unter methodischen Gesichtspunkten ist diese zeitliche Beschränkung jedoch nicht sinnvoll.

### 1.2 Patientenbefragungen im DZG

Gerade auch im Hinblick auf die Überprüfung der Zielvorgabe des **DZG** „Sicherstellung der Patientenorientierung“ hat die Beurteilung der Qualität der Behandlung und Betreuung aus Sicht der Darmkrebspatienten für das **DZG** einen hohen Stellenwert.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Die Sicherstellung der Patientenorientierung soll v.a. durch die Gestaltung eines freundlichen Umfeldes bei der Therapie von Darmkrebs, der Vermeidung von Wartezeiten, einer adäquaten psychosozialen und psychoonkologischen Betreuung sowie der Vermittlung zu Selbsthilfegruppen erfolgen.

Unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Vorlagen des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg / östliches Hamburg ist auf der Basis der Entwurfsfassung des Konzeptes für die Phase 1 im Zeitraum 07/2011 bis 12/2012 eine erste Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung als Pretest durchgeführt worden.

Ab 2013 erfolgen neben der kontinuierlichen schriftlichen Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung auch zwei poststationäre kontinuierliche Patientenbefragungen der Darmkrebspatienten, und zwar zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „12 Monate nach Entlassung“.

### 1.3 Zielsetzung und Durchführungsplanung

Vorrangige Zielsetzung der kontinuierlichen Patientenbefragung **zum Zeitpunkt der Entlassung** ist:

1. Kontinuierliche Beurteilung der Patientenzufriedenheit
2. Gewinnung von Informationen über Problembereiche aus der Sicht der Patienten, für die es sinnvoll und zweckmäßig ist, mit methodischen Werkzeugen des Qualitätsmanagements Verbesserungen/Veränderungen systematisch herbeizuführen.

Für die Befragung zum Zeitpunkt der Entlassung kommt aktuell ein siebenseitiger evaluierter Erhebungsbogen zum Einsatz (siehe Abbildung 1-1). Dieser wird an **alle** an Darmkrebs erkrankten Patienten und Patientinnen ausgeteilt, die sich im **DZG** einer Operation/Behandlung unterziehen.

Gerade im Zuge der sektorenübergreifenden Betrachtung der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Darmkrebs ist auch die „Zeit nach der Krankenhausbehandlung“ für die Verantwortlichen des **DZG** von besonderem Interesse. Aus diesem Grund hat das **DZG** zu Beginn des Jahres 2013 auch die Befragungen zu zwei Zeitpunkten nach der Krankenhausbehandlung eingeführt, um insbesondere - zu den jeweiligen poststationären Zeitpunkten - zu prüfen, welche Probleme nach der Krankenhausbehandlung auftraten, inwieweit die weiterführenden Therapie- und Nachsorgemaßnahmen von den

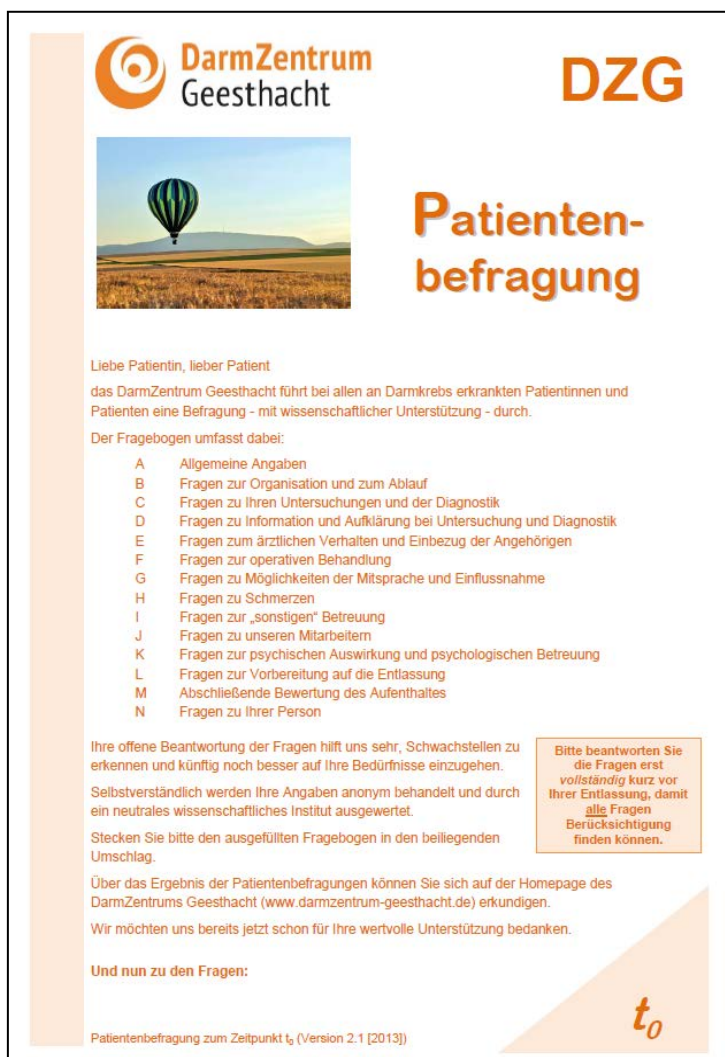


Abbildung 1-1: Inhalte des Fragebogens zum Zeitpunkt der Entlassung

Patienten und Patientinnen entsprechend der Planung wahrgenommen bzw. auch empfun- den worden sind.

Konkret sind mit den **poststationären** Patientenbefragungen folgende Ziele verbunden:

1. Kontinuierliche Beurteilung der Patientenzufriedenheit im Hinblick auf den Zeitraum sechs Monate bzw. ein Jahr nach Entlassung.
2. Gewinnung von Informationen über Problembereiche im hinterfragten Zeitraum aus der Sicht der Patienten, für die es sinnvoll und zweckmäßig ist, mit methodischen Werk- zeugen des Qualitätsmanagements **sektorenübergreifend** Verbesserungen/Verän- derungen systematisch herbeizuführen.
3. Förderung der Zusammenarbeit der am Behandlungs- und Betreuungsprozess beteiligten Leistungserbringer.

Hierzu kommt aktuell jeweils ein neunsei- tiger Erhebungsbogen zum Einsatz (sie- he Abbildung 1-2).

Dieser wird auf dem Postweg an **alle** an Darmkrebs erkrankten Patienten ausge- teilt, die sich im DZG vor 6 Monaten bzw. 12 Monaten einer Operation unterzogen haben.

Die Erhebungsbögen für die zwei post- stationären Zeitpunkte sind nahezu iden- tisch.

Allen bisher etablierten Patientenbefra- gungen liegen adäquate **Durchführungs- planungen** zugrunde.

### 1.4 Transparenz

Das **DZG** strebt von Anfang an einen of- fensiven Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragungen an.

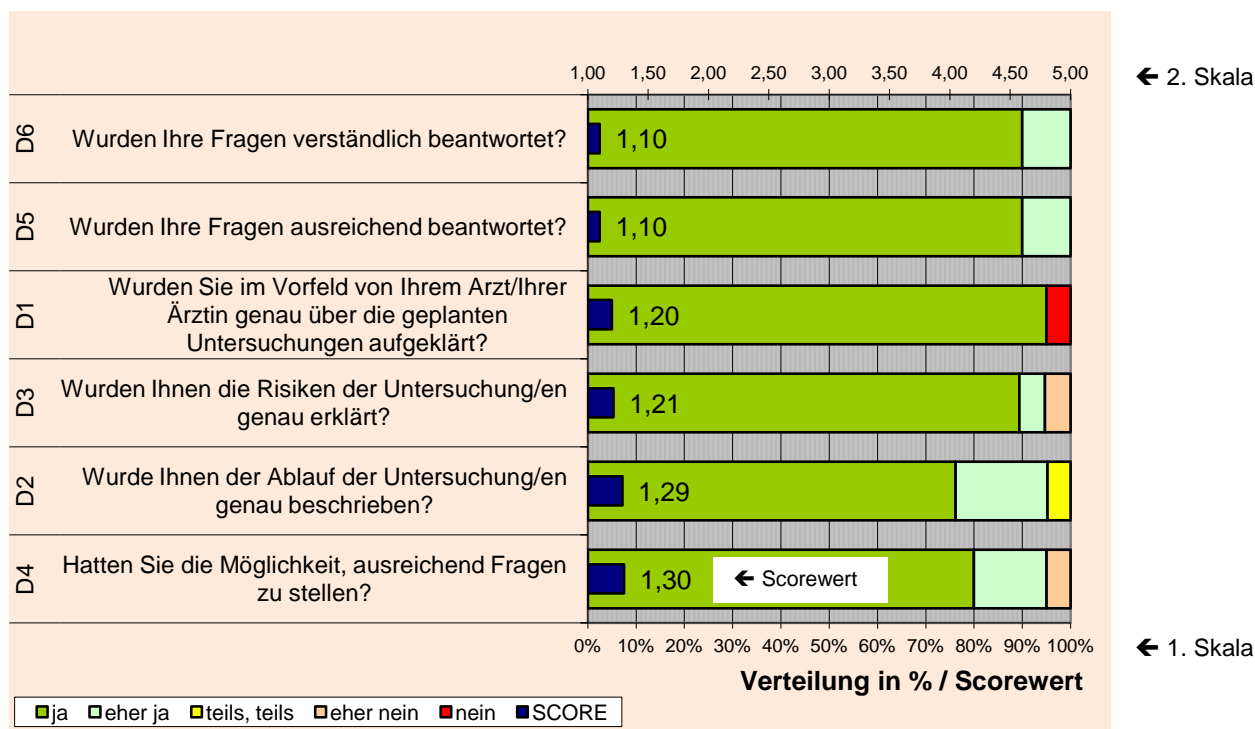
So werden die Ergebnisse der Jahres- auswertungen der Patientenbefragungen v.a. auch auf die Homepage des **DZG** ([www.darmzentrum-geesthacht.de](http://www.darmzentrum-geesthacht.de)) eingestellt.

### 1.5 Leseanleitung

Im vorliegenden Bericht enthalten einige Ergebnisgraphiken eine zweidimensionale Skala, wie zum Beispiel die Abbildung 2.5 auf der Seite 9, in der die Ergebnisse zur Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchung und Diagnostik im Rahmen der „Präoperativen Diagnostik“ im Zeitraum 2011 bis 2012 dargestellt werden.



Abbildung 1-2: Inhalte des Fragebogens zum Zeitpunkt sechs Monate nach Entlassung



Die **erste Skala** bezieht sich dabei auf die prozentuale Verteilung der Antwortmöglichkeiten: „ja“ = grün, „eher ja“ = hellgrün, „teils/teils“ = gelb, „eher nein“ = rosa und „nein“ = rot.

Beispielsweise geben auf die Frage „D3: Wurden Ihnen die Risiken der Untersuchung/en genau erklärt?“ 89,5% der Patienten als Antwort „ja“ an. 5,3% der Patienten beantwortet diese Frage mit „eher ja“ und 5,3% mit „eher nein“.

In der **zweiten Skala** werden die Antwortmöglichkeiten zu einem **Scorewert** zusammengefasst, der sich wie folgt ergibt: 1 = Ja, 2 = eher ja, 3 = teils/teils, 4 = eher nein, 5 = nein.

Der als blauer Balken dargestellte Scorewert ist dann ähnlich einer Durchschnittsnote zu sehen. Der Bestwert liegt bei 1,00 und der schlechteste Wert bei 5,00.

Für die Frage D3 ergibt sich demnach als Scorewert 1,21 – und damit eine durchaus sehr gute Bewertung, die kaum Optimierungsmöglichkeiten offenbart.



## 2 Qualität aus Sicht der Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung

### 2.1 Zugang zum Darmzentrum

„Das Darmzentrum liegt nahe meinem Wohnort“ ist für Patienten und Patientinnen mit Darmkrebs der primäre Grund dafür gewesen, sich im **DZG** behandeln zu lassen (vgl. Abbildung 2-1).

Die Empfehlung durch den (Haus-) Arzt und der gute Ruf des Chefarztes des DZG sind weitere entscheidende Gründe für die Wahl des DZG.

Die Empfehlung durch Freunde, Verwandte und/oder Bekannte hat dagegen nur eine geringe Bedeutung für die Entscheidungsfindung.

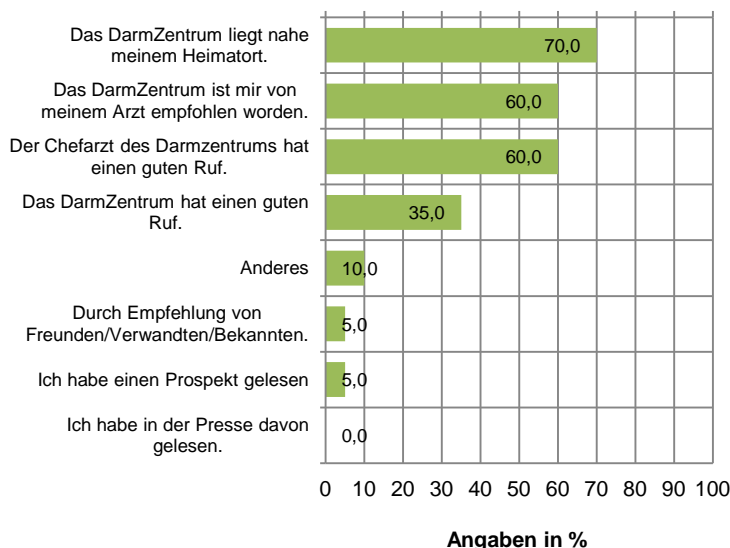


Abbildung 2-1: Zugang zum Darmzentrum Geesthacht im Zeitraum von 2011 bis 2012

### 2.2 Sprechstunde: Wartezeit auf einen Termin und während des Termins

Zur Abklärung des ersten Verdachts und/oder für die weitere Therapieplanung kommt der Sprechstunde eine besondere Bedeutung zu. Hier ist eine rasche Terminvergabe genauso anzustreben wie eine möglichst kurze Wartezeit während des Termins.

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft sehen für die Zertifizierung von Darmzentren folgende zeitliche Anforderungen vor:

- Länge der Wartezeit auf einen Termin  
Anforderung: ≤ 2 Wochen
- Wartezeit während der Sprechstunde  
Anforderung: ≤ 60 min

Im **DZG** erhalten 75% der Patienten und Patientinnen innerhalb von 4 Tagen einen Termin zur Darmkrebsprechstunde

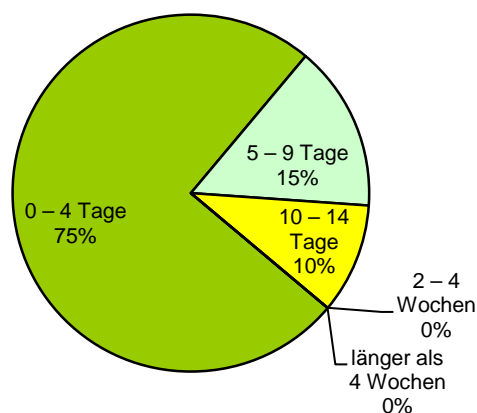


Abbildung 2-2: Wartezeit auf einen Termin im DZG zur Sprechstunde im Zeitraum von 2011 bis 2012

(vgl. Abbildung 2-2). 100% der Patienten und Patientinnen erhalten innerhalb der geforderten Zeitspanne von 14 Tagen einen Sprechstundentermin.

Knapp 88% der Patienten und Patientinnen warten dabei höchstens 60 Minuten während des Termins auf *ihre* Darmkrebs-Sprechstunde (vgl. Abbildung 2-3).

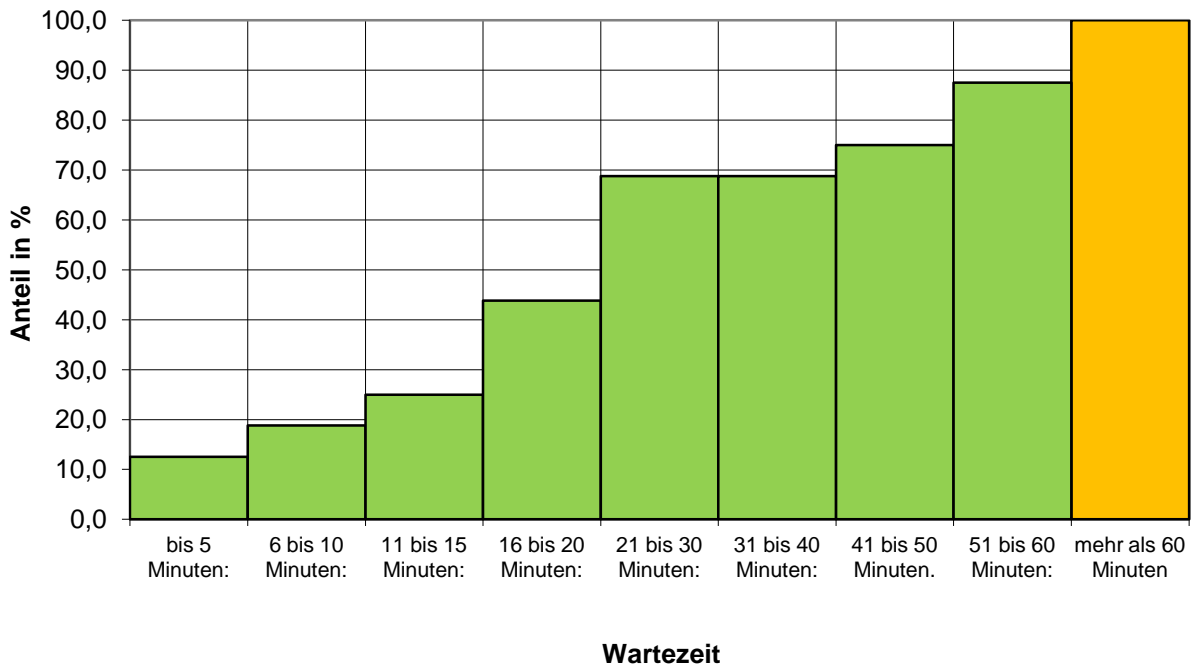


Abbildung 2-3: Wartezeit während des Termins im DZG zur Sprechstunde im Zeitraum von 2011 bis 2012

95,2% der Patienten und Patientinnen empfinden dabei die Wartezeit als angenehm kurz bzw. angemessen – nur knapp 5% empfinden die Wartezeit als zu lang.

### 2.3 Aufnahme auf Station und Betreuung in den ersten Stunden

Die ausgeprägte Patientenorientierung während des Krankenhausaufenthaltes im **DZG** - v.a. durch die Gestaltung eines freundlichen Umfeldes bei der Therapie von Darmkrebs - beginnt mit der Aufnahme auf Station und der Betreuung in den ersten Stunden. Hierdurch soll den bestehenden Ängsten frühzeitig entgegen werden.

Diese Anforderung gelingt im **DZG** nahezu perfekt: 96% der Patienten und Patientinnen beurteilen die Aufnahme auf Station / Betreuung in den ersten Stunden als sehr gut oder gut (vgl. Abbildung 2.4).

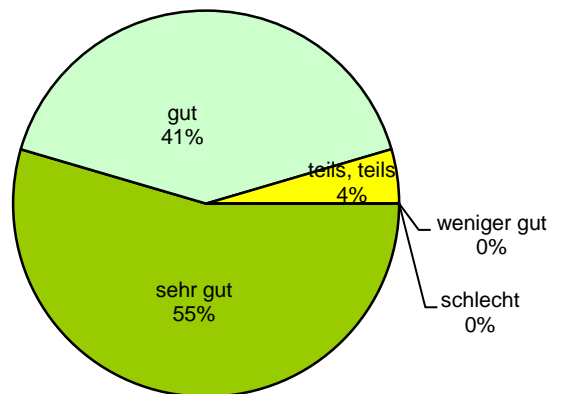


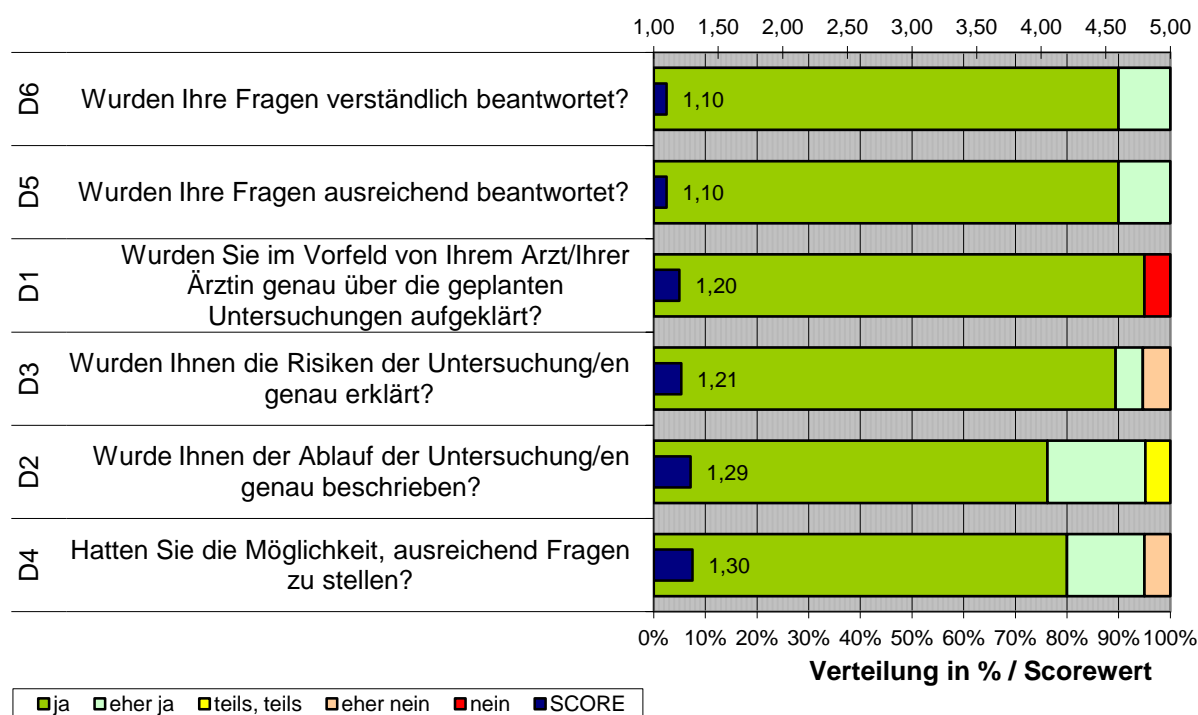
Abbildung 2-4: Bewertung der Aufnahme auf Station und Betreuung in den ersten Stunden im Zeitraum von 2011 bis 2012

Zu den positiven Voten im Zusammenhang mit der Aufnahme ins **DZG** zählt sicherlich auch, dass 100% der Patienten und Patientinnen nach eigenem Bekunden schnell erfahren, wer für sie zuständig ist und an wen sie sich bei Fragen wenden können. Ebenfalls 100% der Patienten und Patientinnen beurteilen die Organisation und den Ablauf des Aufnahmeverfahrens insgesamt als sehr gut oder gut.

Optimierungsbedarf besteht hinsichtlich der Information über den organisatorischen Ablauf im Krankenhaus: So geben „nur“ 68,4% der Patienten und Patientinnen an, ausreichend über den organisatorischen Ablauf im Krankenhaus informiert worden zu sein.

## 2.4 Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik

Mit sechs ausgewählten Fragestellungen wird im Rahmen der Patientenbefragungen zum Zeitpunkt der Entlassung die Art und Weise der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik im Zuge der präoperativen Diagnostik überprüft (vgl. Abbildung 2-5).



**Abbildung 2-5: Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik im Rahmen der präoperativen Diagnostik im Zeitraum von 2011 bis 2012**

Auch hier geben die befragten Patienten und Patientinnen ein überaus positives Votum ab – so liegen die ergebniszusammenfassenden Scorewerte für die sechs hinterfragten Aspekte zwischen 1,10 und 1,30.

Etwas differenzierter stellt sich die die Situation bei der aktuellen Beurteilung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik *nach der endgültigen Diagnose* dar (vgl. Abbildung 2-6).

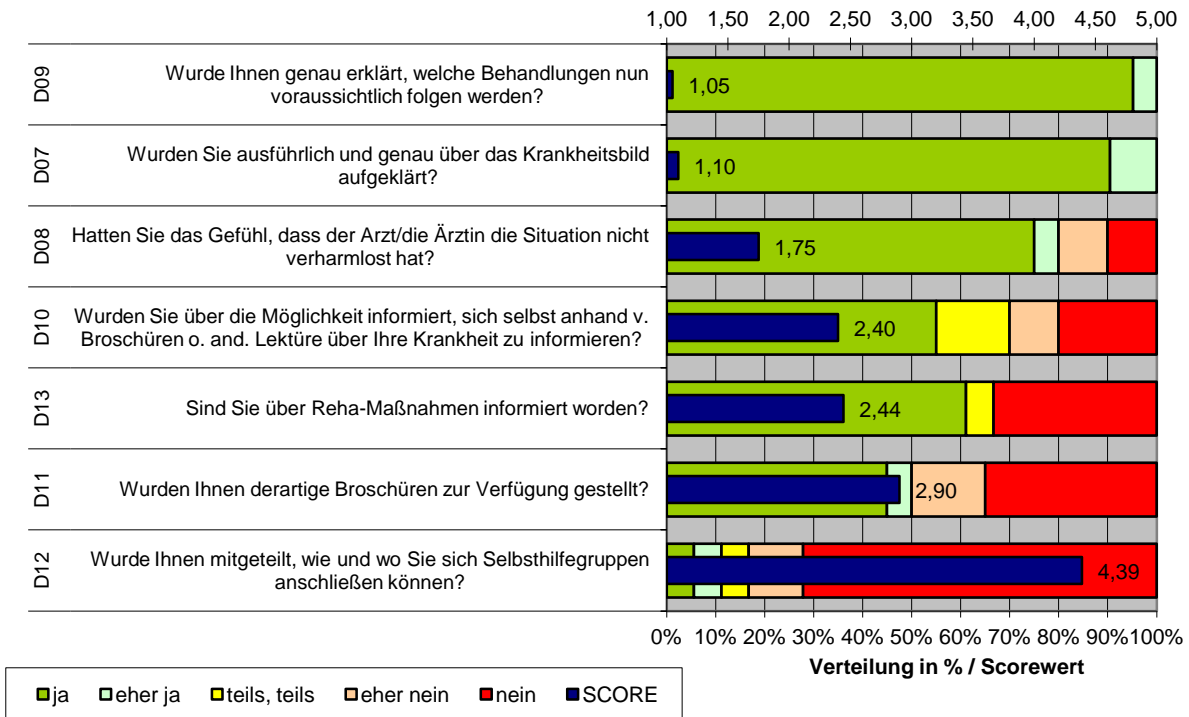


Abbildung 2-6: Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik nach der endgültigen Diagnose im Zeitraum von 2011 bis 2012

Hier sind lediglich für die Erklärung, welche Behandlungen voraussichtlich erfolgen und für die Aufklärung über das Krankheitsbild bei Scorewerten von 1,05 und 1,10 sehr positive Bewertungen von den befragten Patienten und Patientinnen abgegeben worden. Auch für die Einschätzung, dass der Arzt bzw. die Ärztin im DZG die Situation nicht verharmlost hat, kommen die Patienten und Patientinnen noch zu einer akzeptablen Beurteilung. Hinweise auf Optimierungsbedarf - und das ist ja ein wesentliches Ziel der Patientenbefragungen - ergeben sich allen anderen Aspekte – insbesondere was die Mitteilung anbelangt, wie und wo sich die an Darmkrebs erkrankten Patienten und Patientinnen einer Selbsthilfegruppe anschließen können. Hierzu ist allerdings auch anzumerken, dass gegenwärtig im Kreis Herzogtum Lauenburg keine spezielle Selbsthilfegruppe für Darmkrebspatienten existiert. Hieran wird gegenwärtig seitens des DZG gearbeitet.

Auch an den Optimierungshinweisen zu den Informationsmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten, sich selbst über Ihre Krankheit anhand von Broschüren zu informieren als auch zu Rehabilitationsmaßnahmen wird gegenwärtig gearbeitet. So wird in Kürze jedem Darmkrebspatienten und jeder Darmkrebspatientin des DZG ein Persönlicher Patientenordner ausgehändigt (siehe Abbildung 2-7).



Abbildung 2-7: Persönlicher Patientenordner des DZG

Mit diesem Patientenordner möchte das **DZG** seinen Patienten eine besondere Hilfestellung im Sinne eines Wegweisers hinsichtlich der bevorstehenden Behandlung geben. Der Persönliche Patientenordner gliedert sich dabei grundsätzlich in zwei Teile. Im Allgemeinen Teil wird den Patienten ein knapper Überblick über die Ziele und die Struktur des **DZG** gegeben. Insbesondere werden hier die Ansprechpartner benannt. Es wird den Patienten der grundsätzliche Behandlungsweg aufgezeigt, der dann selbstverständlich mit den Patienten gemeinsam detailliert festgelegt wird. Des Weiteren finden die Patienten hier wertvolle Hinweise und Ratgeber rund um die Behandlung. Im Persönlichen Teil haben die Patienten insbesondere die Möglichkeit, Dokumentationsunterlagen zu ihrer Behandlung zu hinterlegen. Darüber hinaus sind für die anstehenden Gespräche zu den verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung Fragen zusammengestellt, die den Patienten als Vorbereitung dienen sollen.

## 2.5 Ärztliches Verhalten und Einbezug der Angehörigen

Mit 11 ausgewählten Fragestellungen werden das ärztliche Verhalten und der Einbezug der Angehörigen aus Sicht der Patienten und Patientinnen beurteilt (vgl. Abbildung 2-8).

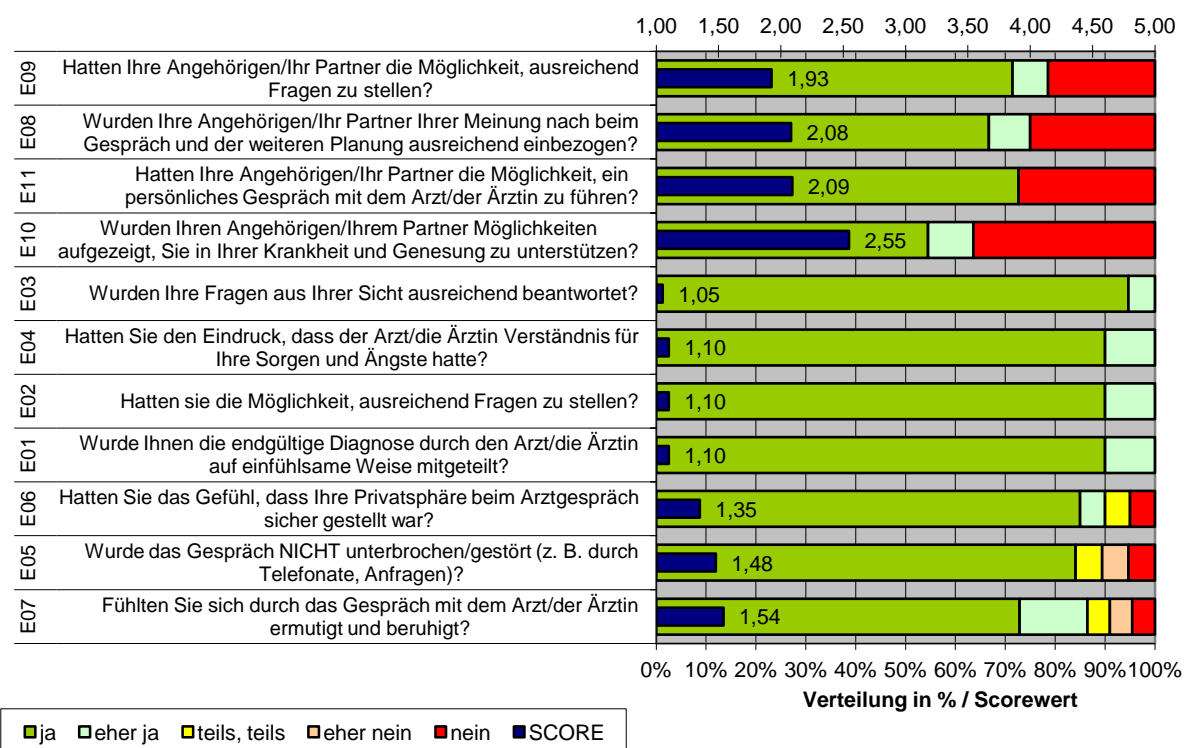


Abbildung 2-8: Bewertung ausgewählter Aspekte des ärztlichen Verhaltens und der Einbeziehung der Angehörigen im Zeitraum von 2011 bis 2012

Gerade die Aspekte hinsichtlich der Einbeziehung der Angehörigen (siehe Frage E8 bis E11 in Abbildung 2-8) sind durchaus verbesserungsfähig. Hieran wird aktuell gearbeitet.

Dagegen geben die Patienten und Patientinnen des **DZG** für die hinterfragten Aspekte zum ärztlichen Verhalten (siehe Frage E1 bis E7 in Abbildung 2-8) - bei Scorewerten von 1,05 bis 1,54 - sehr positive Bewertungen ab.

## 2.6 Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten

Zu ebenfalls sehr positiven Beurteilungen kommen die Patienten und Patientinnen des DZG zu den vier ausgewählten Aspekten der Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten. Aktuell streuen die Scorewerte hier zwischen 1,18 und 1,24 und lassen nur sehr wenig vordringlich anzugehende Verbesserungsmöglichkeiten erkennen (vgl. Abbildung 2-9).

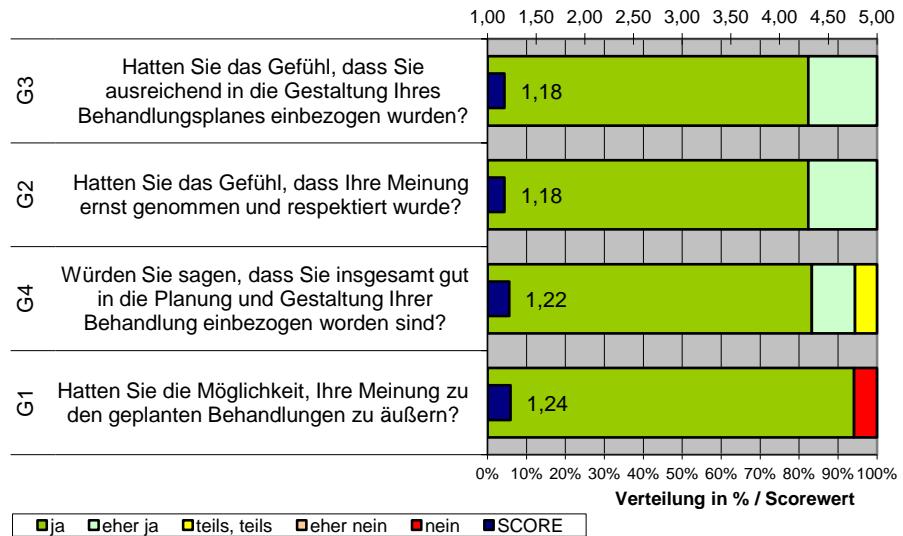


Abbildung 2-9: Bewertung der Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten im Zeitraum von 2011 bis 2012

## 2.7 Vorbereitung auf die Entlassung

Mit 8 von 10 ausgewählten Fragestellungen wird geprüft, ob sich die Patientinnen auf die Entlassung und insbesondere auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt gut vorbereitet fühlen (vgl. Abbildung 2-10).

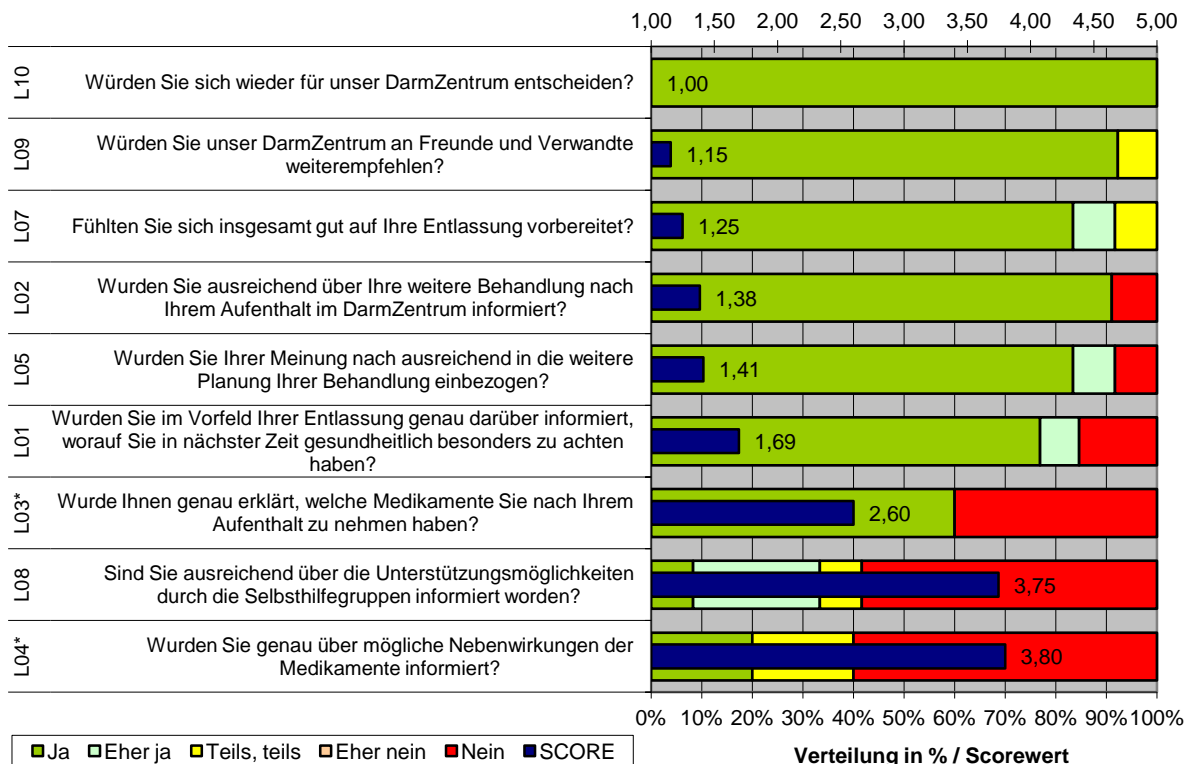


Abbildung 2-10: Bewertung ausgewählter Aspekte der Vorbereitung auf die Entlassung im Zeitraum von 2011 bis 2012

Hierbei sind für einige Aspekte der Vorbereitung auf die Entlassung durchaus Verbesserungsmöglichkeiten gegeben. Diese betreffen - neben den Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten durch Selbsthilfegruppen - insbesondere die Erklärung darüber, welche Medikamente nach dem Aufenthalt zu nehmen sind und die Informationen über mögliche Nebenwirkungen der Medikamente.

Insgesamt gesehen fühlen sich die Verantwortlichen des **DZG** durch die Beurteilungen der Patienten und Patientinnen zum Zeitpunkt der Entlassung in ihrer patientenorientierten Tätigkeit im Rahmen der operativen Behandlung des Darmkrebses bestätigt. Dies wird auch in den zwei - als **Gesamturteil** anzusehenden - Fragestellungen deutlich:

- 100% der Patienten und Patientinnen des **DZG** würden sich wieder für das **DZG** entscheiden
- 92,3% der Patienten und Patientinnen würden uneingeschränkt das **DZG** an Freunde und Verwandte weiterempfehlen.

### 3 Zusammenfassung

Gerade auch im Hinblick auf die Überprüfung der Zielvorgabe des **DZG** „Sicherstellung der Patientenorientierung“ hat die Beurteilung der Qualität der Behandlung und Betreuung aus Sicht der Darmkrebspatienten für das **DZG** einen hohen Stellenwert.

Unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Vorlagen des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg / östliches Hamburg ist auf der Basis der Entwurfsfassung des Konzeptes für die Phase 1 im Zeitraum 07/2011 bis 12/2012 eine erste Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung als Pretest durchgeführt worden. Ab 2013 erfolgen neben der kontinuierlichen schriftlichen Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung auch zwei poststationäre kontinuierliche Patientenbefragungen der Darmkrebspatienten, und zwar zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „12 Monate nach Entlassung“.

Mit dem vorliegenden 1. Spezialbericht aus der Reihe der Qualitätsberichterstattung des **DZG** soll ein Überblick über die Ergebnisse der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung im Zeitraum 2011 bis 2012 gegeben werden.

Die Ergebnisse belegen zum Teil sehr eindrucksvoll die im **DZG** gelebte Patientenorientierung.

- So erhalten im **DZG** 75% der Patienten und Patientinnen innerhalb von 4 Tagen einen Termin zur Darmkrebsprechstunde. 100% der Patienten und Patientinnen erhalten innerhalb der geforderten Zeitspanne von 14 Tagen einen Sprechstundentermin.
- 96% der Patienten und Patientinnen beurteilen die Aufnahme auf Station / Betreuung in den ersten Stunden als sehr gut oder gut
- 100% der Patienten und Patientinnen erfahren schnell, wer für sie zuständig ist und an wen sie sich bei Fragen wenden können.
- Ebenfalls 100% der Patienten und Patientinnen beurteilen die Organisation und den Ablauf des Aufnahmeverfahrens insgesamt als sehr gut oder gut.
- Sehr positive Bewertungen geben die Patienten und Patientinnen des **DZG** auch
  - für die Art und Weise der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik
  - für die hinterfragten Aspekte zum ärztlichen Verhalten
  - für die ausgewählten Aspekten der Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten.

Selbstverständlich geben die Ergebnisse der Patientenbefragungen auch Hinweise auf Optimierungsmöglichkeiten. Diesen wird seitens des **DZG** mit adäquaten Lösungen Rechnung getragen.

Insgesamt gesehen fühlen sich die Verantwortlichen des **DZG** durch die Beurteilungen der Patienten und Patientinnen zum Zeitpunkt der Entlassung in ihrer patientenorientierten Tätigkeit im Rahmen der operativen Behandlung des Darmkrebses bestätigt. Dies wird auch in den zwei - als Gesamturteil anzusehenden - Fragestellungen deutlich:

- 100% der Patienten und Patientinnen des **DZG** würden sich wieder für das **DZG** entscheiden
- 92,3% der Patienten und Patientinnen würden uneingeschränkt das **DZG** an Freunde und Verwandte weiterempfehlen.