

QUALITÄTSBERICHTERSTATTUNG



3. Spezial-QualitätsBericht

**Wie beurteilen Patienten
den Aufenthalt im DZG?**

**5 Jahre Patientenbefragung
zum Zeitpunkt der Entlassung**

Juni 2018

Erstellt von:

DR. RER. MEDIC. F.-MICHAEL NIEMANN



Gesellschaft für Informationsmanagement und
Forschung im Gesundheitswesen **mbH & Co. KG**

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

Zusammenfassung

Analog der Entwicklung von Brust(krebs)zentren ist in den vergangenen Jahren eine Zunahme von zertifizierten Darm(krebs)zentren zu beobachten.¹ Während jedoch die Bildung von Brust(krebs)zentren maßgeblich durch die Disease Management Programme für Brustkrebs auf Landesebene gefördert worden ist, erfolgt die Bildung von Darmzentren ohne derartige Anforderung.

Wie bei der Zertifizierung oder der Zulassung zum DMP von Brust(krebs)zentren 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.

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

In gleicher Weise wie beim Netzwerkmanagement des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg / östliches Hamburg (**Bz^{HZgtL/öHH}**) 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**).

Gerade auch im Hinblick auf die Überprüfung der Zielvorgabe des **DZG** „Sicherstellung der Patientenorientierung“ haben Patientenbefragungen im **DZG** einen besonders hohen Stellenwert. Die Beurteilung der **Qualität aus Sicht der Patienten** erfolgt dabei mittels einer schriftlichen Patientenbefragung zu drei Zeitpunkten: bei Entlassung, 6 Monate und 1 Jahr nach Entlassung.

Mit dem vorliegenden 3. Spezialbericht aus der Reihe der Qualitätsberichterstattung des **DZG** wird ein umfassender Überblick über die Ergebnisse der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung seit der Etablierung der Patientenbefragung im Jahr 2011/2012 gegeben.

Hierfür sind die Angaben zu den Fragen berücksichtigt worden, die über den gesamten Beobachtungszeitraum von 2011/12 bis 2016 im Rahmen der Patientenbefragungen zum Zeitpunkt der Entlassung unverändert hinterfragt worden sind.

¹ Die Begriffe Brustzentrum und Brustkrebszentren sowie Darmzentrum und Darmkrebszentrum werden oft synonym verwendet. In der Anfangsphase der Zertifizierung von Krebszentren gemäß der fachlichen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft ist von Brust- bzw. Darmzentren die Rede gewesen – heute heißt es Brustkrebszentrum bzw. Darmkrebszentrum. Im Krankenhausplan Schleswig-Holstein ist dagegen weiterhin die Bezeichnung Brustzentrum in der Verwendung, obwohl eigentlich die Eigenschaft eines Brustkrebszentrums gemeint ist.

Insgesamt handelt es sich hierbei um 61 Fragen zu 13 Bereichen. In der Regel handelt es sich dabei um sogenannte Ratingfragen, also Fragestellungen bei denen eine Bewertung vorzunehmen ist. Die darauf abgestellten Qualitätsbeurteilungen aus Sicht der Patienten erfolgen auf der Grundlage von insgesamt zwei als Rate und 47 als Scorewert ausgegebene Qualitätskennzahlen.²

Neben den aktuellen Ergebnissen des Verfahrensjahres 2016 werden die Ergebnisse insbesondere auch in der zeitlichen Betrachtung dargestellt.

Insgesamt haben sich seit Beginn der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung des DZG 41,3% aller im DZG aufgrund ihrer Darmkrebserkrankung behandelten Patientinnen und Patienten an der Befragung beteiligt.

Für die Pretestphase im Jahr 2011/2012 ist keine Rücklaufquote ermittelt worden. Im Zeitvergleich streut die Rücklaufquote zwischen 34,0% und 51,1%.

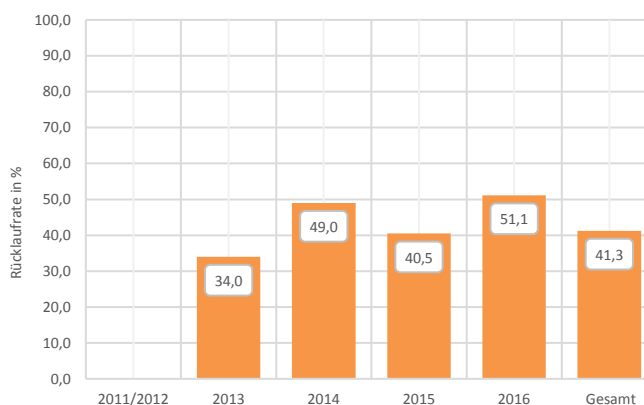


Abbildung 2.3: Rücklaufquote bei der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung im zeitlichen Vergleich

Die Rücklaufquoten entsprechen damit den bei Patientenbefragungen üblicherweise zu erreichenden Größenordnungen. Gerade aber im Abgleich mit den Rücklaufquoten, die bei den Patientenbefragungen des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg / östliches Hamburg (Bz^{HZgtL}/öHH) und hier speziell im Standort Geesthacht erreicht werden, bestehen durchaus noch Verbesserungsmöglichkeiten.

Aus methodischer Sicht besteht sowohl für das Gesamtergebnis, d.h. kumuliert über den gesamten Zeitraum von 2011/12 bis 2016, als auch für die Ergebnisse der einzelnen Verfahrensjahre eine **hinreichende Aussagekraft**. Hinsichtlich der Einflussvariable „Alter“ respektive „Altersgruppe“ und „Geschlecht“ erweisen sich die 2016er Ergebnisse auch als **repräsentativ**.

Die Ergebnisse belegen zum Teil sehr eindrucksvoll die im DZG - insbesondere während des **stationären Aufenthaltes** der Patientinnen und Patienten des DZG - gelebte **Patientenorientierung**.

² Bei den für die Ratingfragen (= Bewertungsfragen) der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung definierten **Qualitätskennzahlen** bzw. **Qualitätsindikatoren** wird unterschieden zwischen einem **Scorewert** und einer **Rate**. Hierbei gilt:

SCOREWERT: Ergänzend zu den Angaben der prozentualen Häufigkeiten der einzelnen Antwortkategorien bei den jeweiligen Fragenstellungen ist als eine zusammenfassende Ergebnisgröße der sogenannte Scorewert berechnet worden. Auf der Grundlage der einzelnen Antwortkategorien wird dabei eine Gewichtung vorgenommen. Hierbei gilt z.B.: 1 = sehr zufrieden, 2 = eher zufrieden, 3 = teils/teils, 4 = eher unzufrieden und 5 = sehr unzufrieden. Der Bestwert für diesen Score liegt - vergleichbar einer Schulnote - dann bei 1 und der schlechteste Wert bei 5.

RATE: Bei einer Rate gibt es zwei Ausprägungen für das hinterfragte Merkmal, z.B. ja und nein oder die Erfüllung einer Anforderung und die Nichterfüllung einer Anforderung. Von Interesse ist dann beispielsweise die relative Häufigkeit für die Ausprägung „ja“ oder für die Erfüllung einer Anforderung.

Eine ausführliche Darstellung darüber, wie die Ergebnisse zu verstehen sind, erfolgt im Kapitel 2.4 des vollständigen Spezial-Qualitätsberichtes.

Zusammenfassend stellen sich die Ergebnisse wie folgt dar:

■ **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. Wenngleich die Anforderungen im Zusammenhang mit der Zertifizierung von Darmkrebszentren an die Wartezeit auf einen Termin zur Sprechstunde und an die Wartezeit während des Termins zur Sprechstunde nicht immer zu 100% im **DZG** erfüllt werden, so sind die Ergebnisse aus Sicht der Patienten - gemessen an den Scorewerten für die Bewertung der Dauer der Wartezeiten - fast immer im „grünen“ Bereich. Dies gilt sowohl insgesamt als auch für den Zeitvergleich.

■ **Organisation und Ablauf der Aufnahme**

Insgesamt fällt die **Beurteilung der Organisation bzw. des Ablaufs des Aufnahmeverfahrens** aus Sicht der Patienten des **DZG** positiv aus. So beträgt der Scorewert für die Bewertung der Organisation bzw. des Ablaufs des Aufnahmeverfahrens sehr gute 1,69. Im Zeitvergleich ergeben sich dabei keine nennenswerten Unterschiede.

Entgegen der eindeutig positiven Beurteilung der Organisation bzw. des Ablaufs des Aufnahmeverfahrens fällt das Votum der Patienten für die Beurteilung der **genauen Informationen über den organisatorischen Ablauf im Krankenhaus** weniger positiv aus. Insgesamt beträgt der Scorewert für die Bewertung der **genauen** Informationen über den organisatorischen Ablauf im Krankenhaus Handlungsbedarf auslösende 2,13. Auch vor dem Hintergrund, dass im Jahr 2013 der Scorewert bei 1,50 und der Anteil für die positive Bewertung bei erfreulichen 81,3% lag, hat hier das Lenkungsgremium des **DZG** im Jahr 2015 Ursachenforschung betrieben und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet, die in den letzten Jahren zu verbesserten Ergebnissen geführt haben.

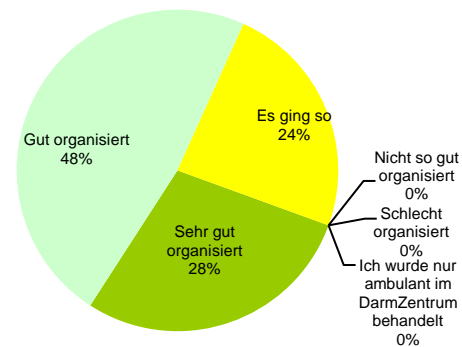


Abbildung 4.7: Organisation / Ablauf des Aufnahmeverfahrens im DZG im Verfahrensjahr 2016

■ **Aufnahme auf Station und Betreuung in den ersten Stunden**

Die **Aufnahme auf Station und Betreuung in den ersten Stunden** sowie die **schnelle Mitteilung eines Ansprechpartners** zählen zu den besonderen Stärken des **DZG**.

Insgesamt liegen die Scorewerte für diese beiden Aspekte der ausgeprägten Patientenorientierung bei sehr guten 1,51 für die Bewertung der Aufnahme auf Station und Betreuung in den ersten Stunden und bei ebenfalls sehr guten 1,47 für die Bewertung der schnellen Mitteilung eines Ansprechpartners.

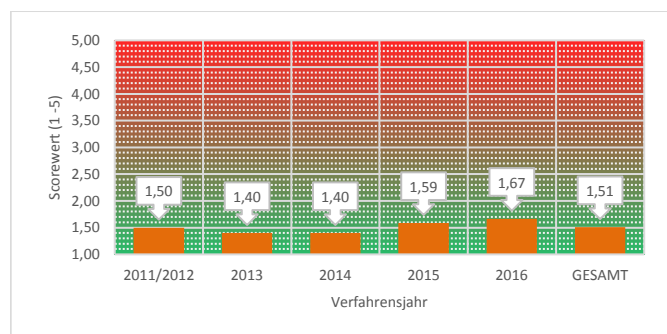


Abbildung 4.13: Scorewert für die Bewertung der Aufnahme auf Station und Betreuung in den ersten Stunden im Zeitvergleich

Für beide Aspekte ergeben sich dabei kaum Unterschiede im Zeitvergleich.

■ **Belastungsempfinden und Orientierung bei Untersuchungen**

Insgesamt liegt die Bewertung des **Belastungsempfindens bei mehreren Untersuchungen an einem Tag** aus Sicht der Patienten bei einem Scorewert von 1,88 im grünen Bereich. Im Zeitvergleich ergeben sich jedoch durchaus Hinweise auf Optimierungsmöglichkeiten.

Etwas besser fällt die Bewertung für die **Orientierung auf dem alleinigen Weg zu den Untersuchungen** aus. Insgesamt beträgt der Scorewert hierfür sehr gute 1,58.

Im Zeitvergleich ergeben sich dabei nur geringe Unterschiede. Alle Scorewerte bleiben dabei unterhalb des Orientierungswertes von 2,00.

■ **Unterstützung und Zusammenarbeit bei Untersuchungen**

Im Rahmen der **Unterstützung und Zusammenarbeit bei Untersuchungen** gehören **alle drei hinterfragten Aspekte** zu den sehr gut bis hervorragend bewerteten Aspekten im Zuge der Patientenbefragungen des **DZG** zum Zeitpunkt der Entlassung.

Insgesamt betragen die Scorewerte hierfür sehr gute 1,50 sowohl für die Bewertung der widersprüchlichen Aussagen zwischen Pflegepersonal und Ärzten als auch für die Bewertung der Betreuung und Unterstützung durch das Pflegepersonal bei Untersuchungen und hervorragende 1,23 für die Bewertung der guten Zusammenarbeit zwischen den Personen bei den Untersuchungen.

Im Zeitvergleich ergeben sich kaum Unterschiede.

■ **Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik**

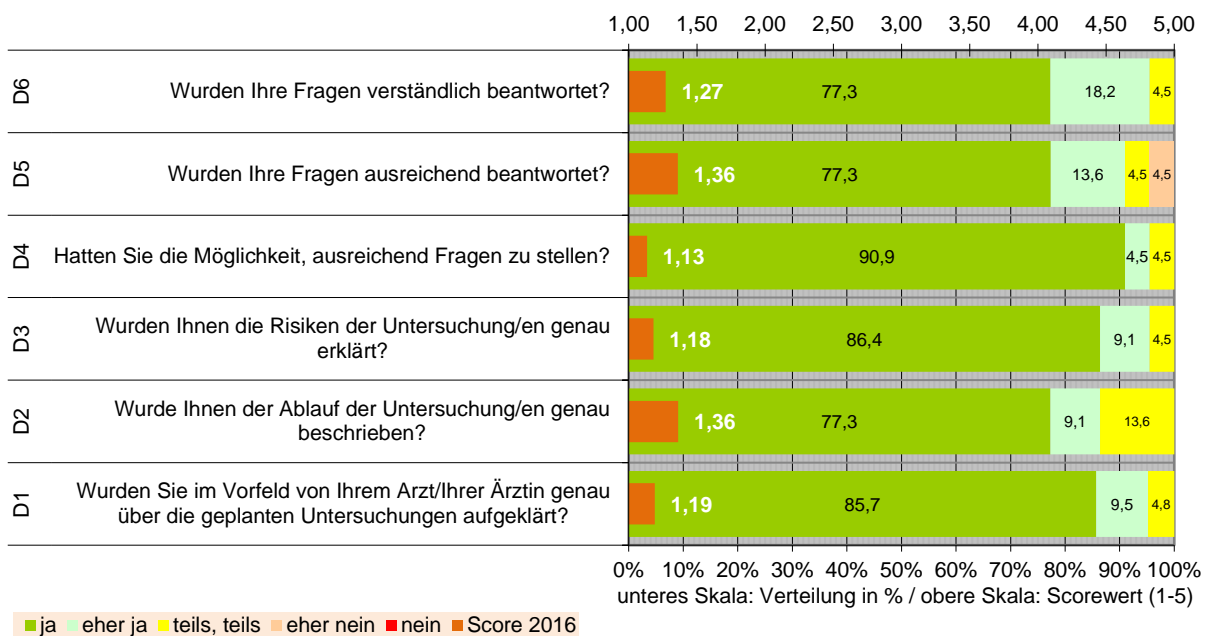


Abbildung 4.28: Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik im Rahmen der präoperativen Diagnostik im Verfahrensjahr 2016

Für alle sechs ausgewählten Aspekte zur Art und Weise der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik im Zuge der **präoperativen Diagnostik** geben die Patientinnen und Patienten des **DZG** durchweg hervorragende Bewertungen ab.

Im Einzelnen betragen die jeweiligen Scorewerte insgesamt für die

- Bewertung der genauen Aufklärung über die geplanten Untersuchungen durch den Arzt/die Ärztin:

1,17

- Bewertung der genauen Beschreibung des Ablaufs der Untersuchung(en): 1,25
- Bewertung der genauen Erklärung der Risiken der Untersuchung(en): 1,20
- Bewertung der Möglichkeit, ausreichend Fragen zu stellen: 1,18
- Bewertung der ausreichenden Beantwortung der Fragen: 1,18
- Bewertung der verständlichen Beantwortung der Fragen: 1,24

Im Zeitvergleich ergeben sich für alle sechs Aspekte kaum Unterschiede.

Etwas differenzierter als im Kontext mit der präoperativen Diagnostik stellt sich die Situation bei der aktuellen Beurteilung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik **nach der endgültigen Diagnose** dar.

Für die hierzu fünf ausgewählten Aspekte zur Art und Weise der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik geben die Patientinnen und Patienten des **DZG** zweimal eine hervorragende, einmal eine gute und zweimal eine handlungsbedarfsauslösende Bewertung ab.

Im Einzelnen betragen die jeweiligen Scorewerte für die

- Bewertung der ausführlichen und genauen Aufklärung über das Krankheitsbild: 1,21
- Bewertung des Gefühls dafür, dass der Arzt/die Ärztin die Situation nicht verharmlost hat: 1,81
- Bewertung der genauen Erklärung darüber, welche Behandlungen nun voraussichtlich anstehen: 1,23
- Bewertung der Informationen darüber, sich selbst anhand von Broschüren oder anderer Lektüre über die Krankheit zu informieren: 2,31
- Bewertung der Zurverfügungstellung von Broschüren: 2,52

Im Zeitvergleich ergeben sich durchaus Unterschiede. Am stärksten fallen diese aus für die Bewertung der Informationen darüber, sich selbst anhand von Broschüren oder anderer Lektüre über die Krankheit zu informieren, und die Bewertung der Zurverfügungstellung von Broschüren. Im Zuge dessen wird dann auch der Orientierungswert von 2,00 des Öfteren überschritten.

■ **Ärztliches Verhalten und Einbezug der Angehörigen**

Mit 11 ausgewählten Fragestellungen werden das ärztliche Verhalten und der Einbezug der Angehörigen aus Sicht der Patienten beurteilt. Hiervon entfallen 7 Fragestellungen explizit auf das ärztliche Verhalten und 4 Fragestellungen explizit auf den Einbezug der Angehörigen bzw. des Partners, wobei hier auch nur die Angaben berücksichtigt werden, bei denen eine Einbeziehung der Angehörigen bzw. des Partners auch erfolgte.

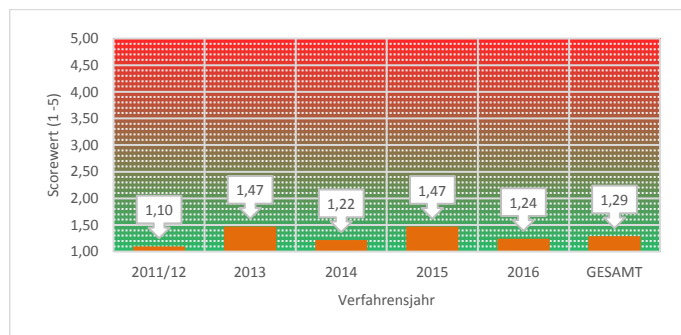


Abbildung 4.43: Scorewert für die Bewertung der einfühlsamen Mitteilung der endgültigen Diagnose durch den Arzt/die Ärztin im Zeitvergleich

Mit einer Ausnahme geben die Patientinnen und Patienten des **DZG** für diese Aspekte - gemessen an den jeweiligen Scorewerten für die definierten Qualitätsgrößen - hervorragende bis sehr gute Bewertungen ab.

Im Einzelnen betragen die jeweiligen Scorewerte für die

- Bewertung der einfühlsamen Mitteilung der endgültigen Diagnose durch den Arzt/die Ärztin: 1,29
- Bewertung der Möglichkeit ausreichend Fragen zu stellen: 1,21
- Bewertung der ausreichenden Beantwortung der Fragen: 1,20
- Bewertung des Eindrucks, dass der Arzt/die Ärztin Verständnis für Sorgen und Ängste hatte: 1,22
- Bewertung der Nichtunterbrechung/Nichtstörung des Gesprächs mit dem Arzt/der Ärztin: 1,56
- Bewertung der Sicherstellung der Privatsphäre: 1,36
- Bewertung der Ermutigung und Beruhigung durch das Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin: 1,45
- Bewertung der ausreichenden Einbeziehung der Angehörigen/ des Partners beim Arztgespräch und in die weitere Planung: 1,63
- Bewertung der Möglichkeit für die Angehörigen/den Partner, ausreichend Fragen zu stellen: 1,57
- Bewertung der Möglichkeiten für die Angehörigen/den Partner für ein persönliches Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin: 1,58

Im Zeitvergleich ergeben sich durchaus Unterschiede.

Die eine Ausnahme von den sehr positiven Bewertungen betrifft die

- Bewertung des Aufzeigens von Möglichkeiten für die Angehörigen/ den Partner zur Unterstützung bei Krankheit und Genesung: 1,86

Im Zeitvergleich sind hier erhebliche Unterschiede festzustellen; im Zuge dessen wird dann auch der Orientierungswert von 2,00 des Öfteren überschritten.

■ **Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten**

Mit vier ausgewählten Fragestellungen werden die Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten aus Sicht der Patienten beurteilt. Hierzu geben die Patientinnen und Patienten des **DZG** hervorragende bis sehr gute Bewertungen ab und demonstrieren einmal auch hier die im **DZG** ausgeprägte Patientenorientierung.

Im Einzelnen betragen die jeweiligen Scorewerte für die

- Bewertung der Möglichkeit zur Meinungsäußerung zur geplanten Behandlung: 1,42
- Bewertung der Wertschätzung und Respektierung der eigenen Meinung: 1,26
- Bewertung der ausreichenden Einbeziehung in die Gestaltung des Behandlungsplanes: 1,30
- Bewertung der insgesamt guten Einbeziehung in die Planung und Gestaltung der Behandlung: 1,25

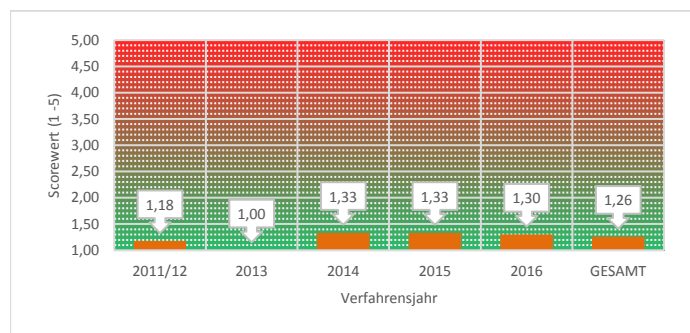


Abbildung 4.56: Scorewert für die Bewertung der Wertschätzung und Respektierung der eigenen Meinung im Zeitvergleich

Im Zeitvergleich ergeben sich fast keine nennenswerten Unterschiede.

■ **Betreuung und Kompetenz**

Mit jeweils zwei ausgewählten Fragestellungen werden die sonstige Betreuung und die Kompetenz der Mitarbeiter aus Sicht der Patienten beurteilt. Hierzu geben die Patientinnen und Patienten des **DZG** durchweg hervorragende Bewertungen ab, womit auch hier wieder die im **DZG** ausgeprägte Patientenorientierung aus Sicht der Patientinnen und Patienten in beeindruckender Weise unterstrichen wird.

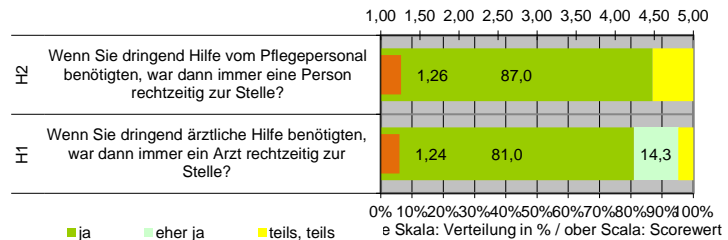


Abbildung 4.59: Bewertung ausgewählter Aspekte zur sonstigen Betreuung im Verfahrensjahr 2016

Im Einzelnen betragen die jeweiligen Scorewerte insgesamt für die

- Bewertung des rechtzeitigen Eingreifens bei dringender Benötigung ärztlicher Hilfe: 1,21
- Bewertung des rechtzeitigen Eingreifens bei dringender Benötigung pflegerischer Hilfe: 1,25
- Bewertung der fachlichen Kompetenz der Ärzte/der Ärztinnen: 1,06
- Bewertung der fachlichen Kompetenz des Pflegepersonals: 1,20

Im Zeitvergleich ergeben sich fast keine Unterschiede.

■ **Bewältigung von Sorgen und Ängsten**

Insgesamt haben seit Beginn der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung im Jahr 2011/12 bis heute (= Verfahrensjahr 2016) 34,0% der Patientinnen und Patienten des **DZG** Hilfe zur Bewältigung von Sorgen und Ängsten in Anspruch genommen. Hierbei sind im Zeitvergleich durchaus Unterschiede festzustellen.

Sofern Hilfe in Anspruch genommen wurde, war diese in der Regel für die Patientinnen und Patienten des **DZG** sehr nützlich. So sind insgesamt 60% der Patienten der Auffassung, dass die Unterstützung sehr wichtig war und 34% der Patienten geben an, dass ihnen sehr gut geholfen wurde.

■ **Vorbereitung auf die Entlassung**

Mit 5 von 7 ausgewählten Fragestellungen wird aktuell geprüft, ob sich die Patientinnen und Patienten des **DZG** auf die Entlassung und insbesondere auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt gut vorbereitet fühlen und mit zwei ausgewählten Fragestellungen wird eine Bewertung des Gesamtaufenthaltes vorgenommen. Mit einer Ausnahme fallen die

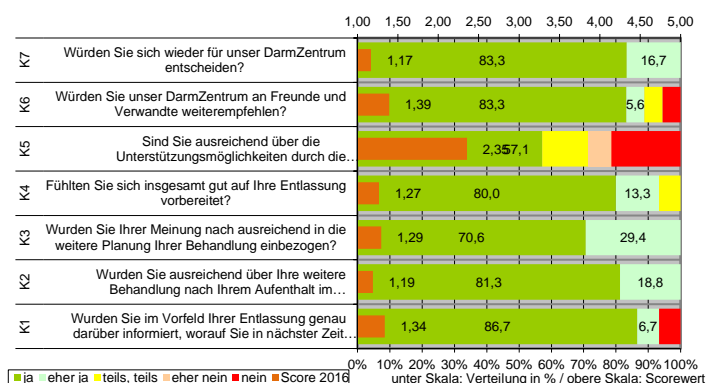


Abbildung 4.70: Bewertung ausgewählter Aspekte der Vorbereitung auf die Entlassung im Verfahrensjahr 2016

Beurteilungen hierzu seitens der Patientinnen und Patienten des **DZG** sehr positiv aus.

Im Einzelnen betragen die jeweiligen Scorewerte insgesamt für die

- Bewertung der genauen Informationen darüber, worauf in nächster Zeit gesundheitlich besonders zu achten ist: 1,69
- Bewertung der ausreichenden Informationen über die weitere Behandlung nach dem Aufenthalt: 1,58
- Bewertung der ausreichenden Einbeziehung in die weitere Planung der Behandlung: 1,55
- Bewertung der insgesamt guten Vorbereitung auf die Entlassung: 1,36
- Bewertung der Weiterempfehlung an Freunde und Verwandte: 1,18
- Bewertung der erneuten Entscheidung für das DZG: 1,12

Im Zeitvergleich sind - mit Ausnahme des Verfahrensjahres 2014 - keine wesentlichen Unterschiede festzustellen.

Dagegen beträgt der Scorewert für die Bewertung der ausreichenden Information über Unterstützungsmöglichkeiten durch Selbsthilfegruppen stark verbesserungsbedürftige 3,12. Im Zeitvergleich sind bei Scorewerten zwischen 2,37 und 3,75 zudem erheblich Unterschiede zu beobachten. Alle Scorewerte liegen in der Regel sehr deutlich über dem Orientierungswert von 2,00. Die Ursache hierfür liegt darin, dass es bisher nicht gelungen ist, im Kreis Herzogtum Lauenburg eine spezielle Selbsthilfegruppe für Darmkrebspatienten zu etablieren – wohl auch, weil das Interesse an einer Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe v.a. zum Zeitpunkt der Entlassung - so auch die Erfahrungen im **Bz^{HZgTL}/öHH** - eher gering ist.

Zu den **hervorragende Ergebnissen** zählen - insgesamt gesehen - insbesondere die Bewertungen zu folgenden Aspekten:

- Fachliche Kompetenz der Ärzte/Ärztinnen
- Erneute Entscheidung für das DZG
- Genaue Aufklärung über die geplanten Untersuchungen durch den Arzt/die Ärztin
- Möglichkeit, ausreichend Fragen zu stellen
- Ausreichende Beantwortung der Fragen
- Weiterempfehlung an Freunde und Verwandte
- Genaue Erklärung der Risiken der Untersuchung(en)
- Ausreichende Beantwortung der Fragen
- Fachliche Kompetenz des Pflegepersonals
- Ausführlich und genaue Aufklärung über das Krankheitsbild
- Möglichkeit, ausreichend Fragen zu stellen
- Rechtzeitiges Eingreifen bei dringender Benötigung ärztlicher Hilfe
- Eindruck, dass der Arzt/die Ärztin Verständnis für Sorgen und Ängste hatte
- Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Personen
- Genaue Erklärung darüber, welche Behandlungen nun voraussichtlich folgen werden
- Verständliche Beantwortung der Fragen
- Genaue Beschreibung des Ablaufs der Untersuchung(en)
- Insgesamt gute Einbeziehung in die Planung und Gestaltung der Behandlung
- Rechtzeitiges Eingreifen bei dringender Benötigung pflegerischer Hilfe
- Wertschätzung und Respektierung der eigenen Meinung

- Einfühlsame Mitteilung der endgültigen Diagnose durch den Arzt/die Ärztin
- Ausreichende Einbeziehung in die Gestaltung des Behandlungsplanes

Zu den Ergebnissen, für die - mehr oder weniger - **Handlungsbedarf** besteht, zählen aufgrund des **Scorewertes**:

- Ausreichende Informationen über die Unterstützungsmöglichkeiten durch die SHGs
- Zurverfügungstellung von Broschüren
- Informationen darüber, sich selbst anhand von Broschüren oder anderer Lektüre über die Krankheit zu informieren
- Genaue Informationen über den organisatorischen Ablauf im KH
- Dauer der Wartezeit während des Termins zur Sprechstunde

und aufgrund sehr **unterschiedlicher Bewertungen im Zeitvergleich**³:

- Ausreichende Informationen über die weitere Behandlung nach dem Aufenthalt
- Aufzeigen von Möglichkeiten für die Angehörigen/den Partner Möglichkeiten zur Unterstützung bei der Krankheit und Genesung
- Genaue Informationen darüber, worauf in nächster Zeit gesundheitlich besonders zu achten ist
- Ausreichende Einbeziehung in die weitere Planung ihrer Behandlung

Um eine Verbesserung dieser Aspekte herbeizuführen, wird im Rahmen weitergehender Analysen Ursachenforschung betrieben, um dann die geeigneten Maßnahmen festzulegen.

Die Diskussion um die Qualität der Versorgung onkologischer Zentren wie v.a. die von Darmkrebszentren und Brustkrebszentren wird sehr oft und zunehmend an der Thematik der Zertifizierung festgemacht. Hierbei wird unterstellt, dass in zertifizierten Krebszentren die Qualität in besonderem Maße gegeben ist. Eine adäquate Überprüfung dieser Hypothese ist bisher nicht erfolgt.⁴

Mit dem vorliegenden 3. Spezial-Qualitätsbericht wird einmal mehr gezeigt werden, dass es nicht immer die fallzahlorientierte Konzentration der Behandlung an einem Ort insbesondere dann sein muss, wenn dem Patientenwunsch nach einer **wohnortnahen Behandlung** mit der entsprechenden persönlichen Zuwendung mit gleicher Versorgungsqualität entsprochen werden kann. Wie schon das Brustzentrums Herzogtum Lauenburg / östliches Hamburg ist auch das Darmzentrum Geestacht (**DZG**) hierfür ein gutes Beispiel – insbesondere dann, wenn die **Beurteilung der Qualität durch die Patienten** in den Fokus gerückt wird.

Der vollständige 3. Spezial-Qualitätsbericht ist auf der Homepage des DZG (www.darmzentrum-geesthacht.de) einsehbar und ist als pdf-Datei verfügbar.

³ Hierbei v.a. im Hinblick auf die Minimum- und Maximumwerte im Zeitvergleich.

⁴ Beispielsweise bezogen auf die **Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung** kann dieser Nachweis nicht erbracht werden. Hierüber ist im 2. Qualitätsbericht des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg / östliches Hamburg (**Bz^{HZg}TL/öHH**) ausführlich berichtet worden.

