



2. Spezialbericht

Behandlungs- und Nachsorgequalität aus Sicht der Patienten

Dezember 2015

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

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	4
1 EINLEITUNG	5
1.1 RAHMENBEDINGUNGEN	5
1.2 PATIENTENBEFRAGUNGEN IM DARMZENTRUM GEESTHACHT	6
1.3 ZIELSETZUNG UND DURCHFÜHRUNGSPLANUNG	6
1.4 TRANSPARENZ	7
1.5 LESEANLEITUNG	8
2 ZUGANG ZUM DARMZENTRUM UND EINZUGSGEBIET	9
3 BEHANDLUNGSQUALITÄT AUS SICHT DER PATIENTEN ZUM ZEITPUNKT DER ENTLASSUNG	11
3.1 SPRECHSTUNDE: WARTEZEIT AUF EINEN TERMIN UND WÄHREND DES TERMINS	11
3.2 AUFNAHME AUF STATION UND BETREUUNG IN DEN ERSTEN STUNDEN	12
3.3 INFORMATION UND AUFKLÄRUNG BEI UNTERSUCHUNGEN UND DIAGNOSTIK	13
3.4 ÄRZTLICHES VERHALTEN UND EINBEZUG DER ANGEHÖRIGEN	15
3.5 MITSPRACHE- UND EINFLUSSMÖGLICHKEITEN	16
3.6 VORBEREITUNG AUF DIE ENTLASSUNG	16
4 NACHSORGEQUALITÄT AUS SICHT DER PATIENTEN 6 BZW. 12 MONATE NACH ENTLASSUNG	18
4.1 AKTUELLES BEFINDEN ALS AUSGANGSSITUATION DER NACHSORGE	18
4.1.1 EINSCHÄTZUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES	18
4.1.2 VERÄNDERUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES	18
4.1.3 SYMPTOME UND KÖRPERLICHE PROBLEME	19
4.1.4 EINSCHRÄNKUNGEN BEI DEN TÄGLICHEN AKTIVITÄTEN DES LEBENS	20
4.2 EIGENVERANTWORTUNG DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN	20
4.2.1 ANPASSUNGEN IN DER LEBENSFÜHRUNG	20
4.2.2 TEILNAHME AN NACHSORGEUNTERSUCHUNGEN	21
4.3 RAHMENBEDINGUNGEN DER NACHSORGEUNTERSUCHUNGEN	21
4.3.1 KÜMMERER DER NACHSORGE	21
4.3.2 DURCHFÜHRENDER DER NACHSORGEUNTERSUCHUNGEN	22
4.3.3 NACHSORGEKALENDER	22
4.3.4 GEFÜHLSWELT BEI DEN NACHSORGEUNTERSUCHUNGEN	23
4.4 ZUFRIEDENHEIT MIT DER BETREUUNG WÄHREND DER NACHSORGE	23
4.4.1 AUSGEWÄHLTE ASPEKTE	23
4.4.2 GESAMTURTEIL	24
4.4.3 VERBESSERUNGSPOTENTIALE AUS SICHT DER PATIENTEN	24
4.5 ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN AUS SICHT DER PATIENTEN	25
5 ZUSAMMENFASSUNG	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1:	Die häufigsten Symptome in den letzten vier Wochen zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“	19
Tabelle 4.2:	Die häufigsten körperlichen Probleme in den letzten vier Wochen zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“	19

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Inhalte des Fragebogens zum Zeitpunkt der Entlassung	6
Abbildung 1.2:	Inhalte des Fragebogens zum Zeitpunkt sechs Monate nach Entlassung	7
Abbildung 2.1:	Zugang zum DarmZentrum Geesthacht im Zeitraum von 2011 bis 2014 - insgesamt	9
Abbildung 2.2:	Zugang zum DarmZentrum Geesthacht in der zeitlichen Betrachtung zwischen 2011/2012 und 2014	9
Abbildung 2.3:	Einzugsgebiet des DarmZentrums Geesthacht in den Jahren 2013 und 2014	10
Abbildung 3.1:	Wartezeit auf einen Termin im DZG zur Sprechstunde in der zeitlichen Betrachtung von 2011/2012 bis 2014	11
Abbildung 3.2:	Wartezeit während des Termins im DZG zur Sprechstunde im Jahr 2014	11
Abbildung 3.3:	Wartezeit während des Termins im DZG zur Sprechstunde in der zeitlichen Betrachtung von 2011/2012 bis 2014	12
Abbildung 3.4:	Bewertung der Aufnahme auf Station und Betreuung in den ersten Stunden in der zeitlichen Betrachtung von 2011/2012 bis 2014	12
Abbildung 3.5:	Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik im Rahmen der präoperativen Diagnostik im Jahr 2014	13
Abbildung 3.6:	Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik im Rahmen der präoperativen Diagnostik in der zeitlichen Betrachtung von 2011/2012 bis 2014	13
Abbildung 3.7:	Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik nach der endgültigen Diagnose im Jahr 2014	14
Abbildung 3.8:	Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik nach der endgültigen Diagnose in der zeitlichen Betrachtung von 2011/2012 bis 2014	14
Abbildung 3.9:	Persönlicher Patientenordner des DZG	14
Abbildung 3.10:	Bewertung ausgewählter Aspekte des ärztlichen Verhaltens und der Einbeziehung der Angehörigen im Jahr 2014	15
Abbildung 3.11:	Bewertung der Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten im Jahr 2014	16
Abbildung 3.12:	Bewertung ausgewählter Aspekte der Vorbereitung auf die Entlassung im Jahr 2014	16
Abbildung 4.1:	Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“	18
Abbildung 4.2:	Einschätzung der Veränderung des Gesundheitszustandes in den letzten 6 bzw. 12 Monaten zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“	18
Abbildung 4.3:	Einschränkungen bei den täglichen Aktivitäten des Lebens zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“	20
Abbildung 4.4:	Änderungen in der Lebensführung zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“	20
Abbildung 4.5:	Teilnahme an Nachsorgeuntersuchungen zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“	21

Abbildung 4.6:	Kümmerer der Nachsorgeuntersuchungen zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“	21
Abbildung 4.7:	Durchführender der Nachsorgeuntersuchungen zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“	22
Abbildung 4.8:	Vorhandensein eines Nachsorgekalenders zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“	22
Abbildung 4.9:	Gefühlswelt bei den Nachsorgeuntersuchungen zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“	23
Abbildung 4.10:	Beurteilung ausgewählter Aspekte der Betreuung durch den mit der Nachsorge betrauten Arzt zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“	23
Abbildung 4.11:	Zufriedenheit mit dem mit der Nachsorge betrauten Arzt zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“	24
Abbildung 4.12:	Zufriedenheit mit dem mit der Nachsorge betrauten Arzt zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ in den Jahren 2013 und 2014	24
Abbildung 4.13:	Zufriedenheit mit dem mit der Nachsorge betrauten Arzt zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ in den Jahren 2013 und 2014	24
Abbildung 4.14:	Einschätzung der Zukunftsperspektiven zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“	25
Abbildung 4.15:	Einschätzung der Zukunftsperspektiven zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ in den Jahren 2013 und 2014	25
Abbildung 4.16:	Einschätzung der Zukunftsperspektiven zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ in den Jahren 2013 und 2014	25

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^{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).

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 1. Spezialbericht aus der Reihe der Qualitätsberichterstattung des **DZG** im Jahr 2013 ist ein Überblick über die Ergebnisse der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung im Zeitraum von 2011 bis 2012 gegeben worden. Mit dem vorliegenden 2. Spezialbericht soll darüber hinaus ein Überblick über ausgewählte Ergebnisse der Patientenbefragung zu den beiden poststationären Zeitpunkten 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 sowie schließlich auch die Mitarbeiter des Johanniter Krankenhauses Geesthacht und hier speziell die der Abteilung für Viszeral-, Gefäß und Unfallchirurgie.

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 Darmkrebszentren 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
- Patientensicherheit
- 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).¹

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 aktuellen Anforderungen für die Zertifizierung von Darmzentren sehen alle drei Jahre eine Patientenbefragung über einen Zeitraum von 3 Monaten vor.² Sowohl unter methodischen Gesichtspunkten als auch insbesondere aus dem Selbstverständnis für ein adäquates Qualitätsmanagement sind diese zeitlichen Vorgaben bzw. Restriktionen gegenüber einer kontinuierlichen Patientenbefragung nicht sinnvoll.

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser – KQM-RL), zuletzt geändert am 23.01.2014 - in Kraft getreten am 17.04.2014

² Siehe Erhebungsbogen für Darmkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft – gültig ab dem 28.08.2014 (<http://www.onkozert.de/darmzentren.htm>; 24.11.2015)

1.2 Patientenbefragungen im DarmZentrum Geesthacht

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.³

Unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Vorlagen des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg / östliches Hamburg (Bz^{HZgtL/öHH}) 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.

Seit 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 Patientinnen und Patienten ausgeteilt, die sich im DZG einer Operation/Behandlung unterziehen.

Gerade im Zuge der sektorenübergreifenden Betrachtung der Behandlung von Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten entsprechend der Planung wahrgenommen bzw. auch empfunden worden sind.

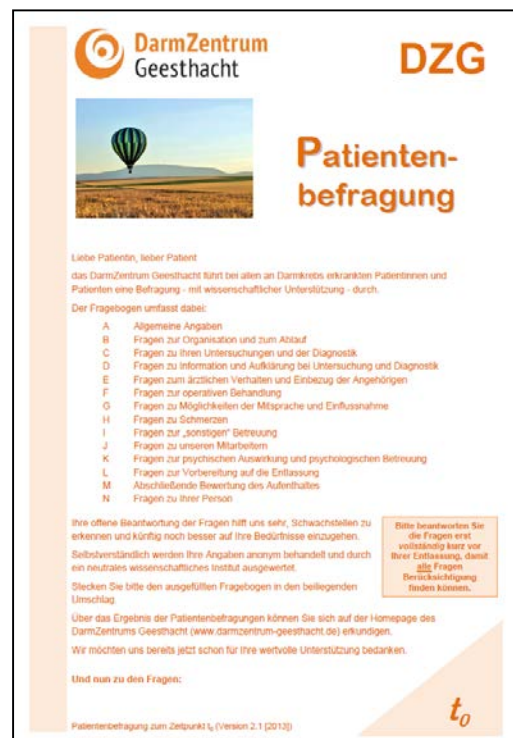


Abbildung 1.1: Inhalte des Fragebogens zum Zeitpunkt der Entlassung

³ 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.

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 Werkzeugen des Qualitätsmanagements **sektorenübergreifend** Verbesserungen/Veränderungen systematisch herbeizuführen.
3. Förderung der Zusammenarbeit der am Behandlungs- und Betreuungsprozess beteiligten Leistungserbringer.



Abbildung 1.2: Inhalte des Fragebogens zum Zeitpunkt sechs Monate nach Entlassung

Hierzu kommt aktuell jeweils ein neunseitiger Erhebungsbogen zum Einsatz (siehe Abbildung 1.2). Dieser wird auf dem Postweg an **alle** an Darmkrebs erkrankten Patienten ausgeteilt, die sich im DZG vor 6 Monaten bzw. 12 Monaten einer Operation unterzogen haben. Die Erhebungsbögen für die zwei poststationären Zeitpunkte sind nahezu identisch.

Allen bisher etablierten Patientenbefragungen liegen adäquate **Durchführungsplanungen** zugrunde, mit denen insbesondere auch eine methodisch adäquate Datenerhebung sichergestellt werden soll.

Allen bisher etablierten Patientenbefragungen liegen adäquate **Durchführungsplanungen** zugrunde, mit denen insbesondere auch eine methodisch adäquate Datenerhebung sichergestellt werden soll.

1.4 Transparenz

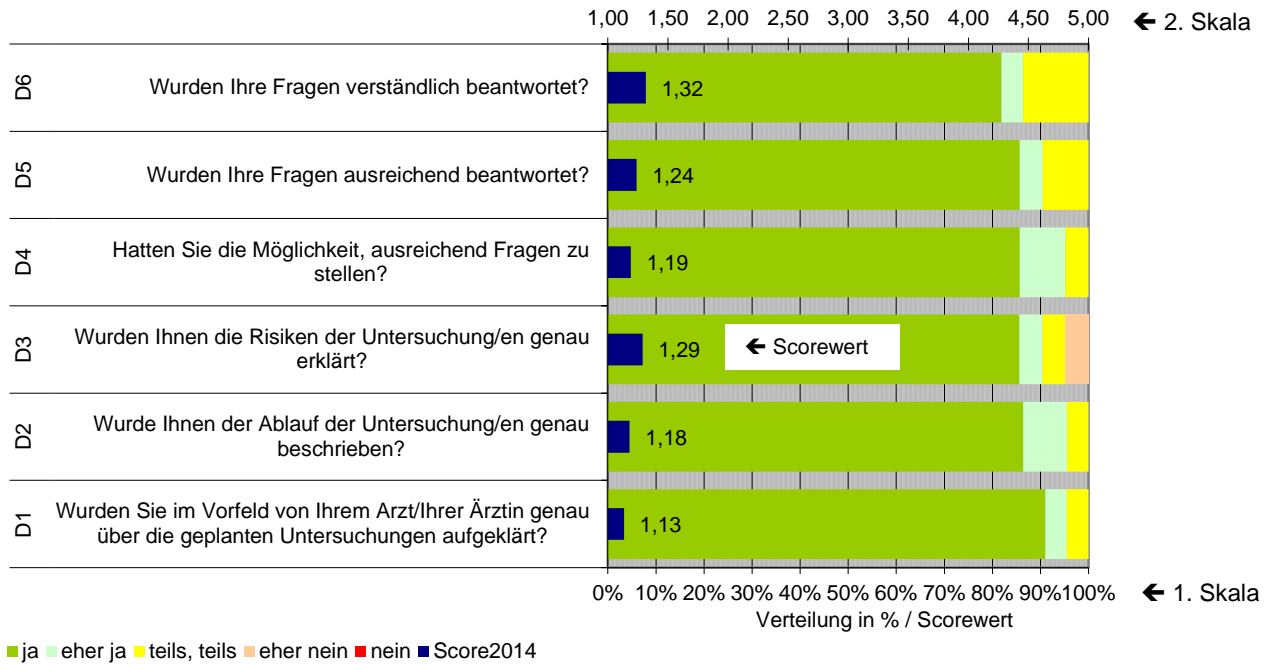
Das **DZG** strebt von Anfang an einen offenen Umgang mit den Ergebnissen der Patientenbefragungen an.

So werden die Ergebnisse der Jahresauswertungen der Patientenbefragungen v.a. auch auf der Website des **DZG** (www.darmzentrum-geesthacht.de) eingestellt.



1.5 Leseanleitung

Im vorliegenden Bericht enthalten einige Ergebnisgraphiken eine zweidimensionale Skala, wie zum Beispiel die Abbildung 3.5 auf der Seite 13, in der die Ergebnisse zur Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchung und Diagnostik im Rahmen der „Präoperativen Diagnostik“ im Jahr 2014 dargestellt werden.



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?“ 85,7% der Patienten als Antwort „ja“ an. 4,8% der Patienten beantwortet diese Frage mit „eher ja“, 4,8% mit „teils, teils“ und 4,8% 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 1,29 – und damit eine durchaus sehr gute Bewertung, die kaum Optimierungsmöglichkeiten offenbart.

2 Zugang zum Darmzentrum und Einzugsgebiet

Die „Empfehlung durch den Arzt“, die „Wohnortnähe“ sowie der „gute Ruf des Chefarztes“ sind die mit Abstand wichtigsten Gründe für Patientinnen und Patienten mit Darmkrebs dafür gewesen, sich im DZG behandeln zu lassen (siehe Abbildung 2.1).

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

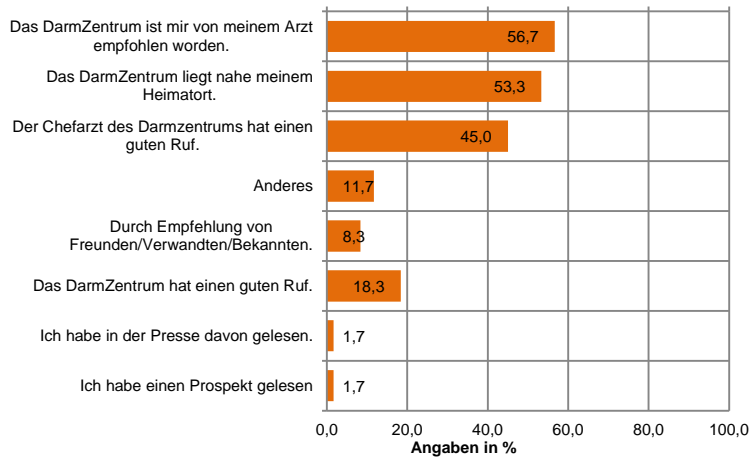


Abbildung 2.1: Zugang zum Darmzentrum Geesthacht im Zeitraum von 2011 bis 2014 - insgesamt

In der zeitlichen Betrachtung sind dabei durchaus Unterschiede in der Prioritätensetzung der drei häufigsten Entscheidungsgründe zu beobachten (siehe Abbildung 2.2).

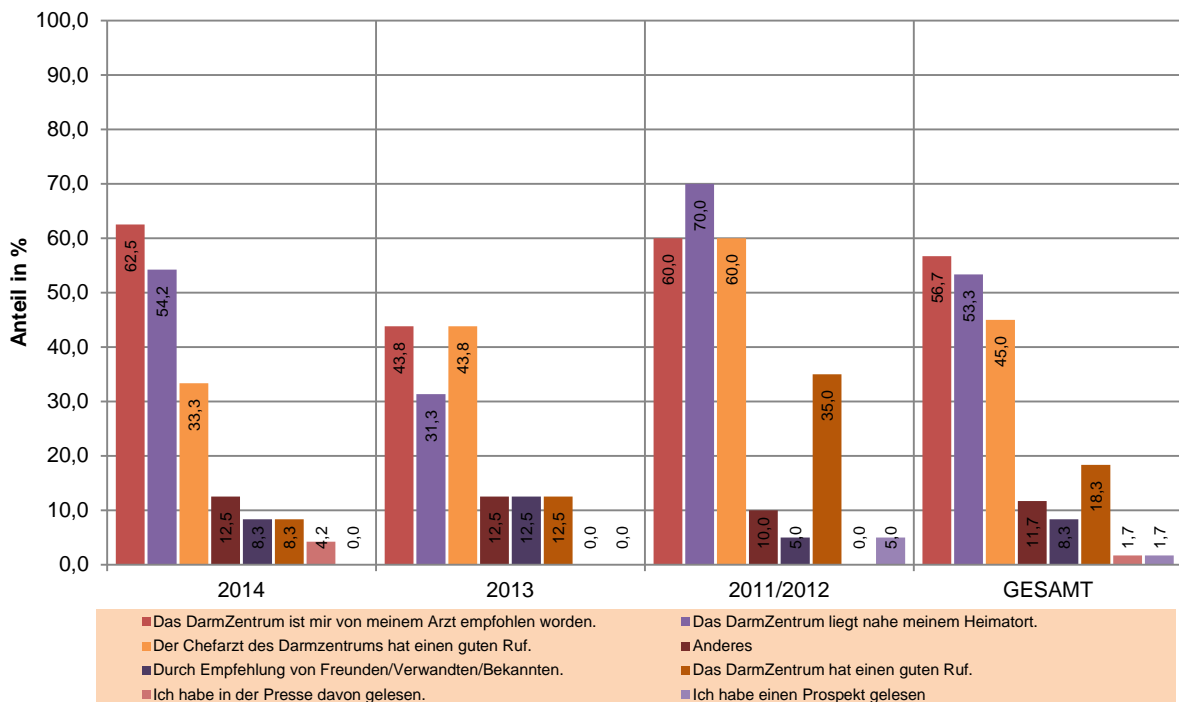


Abbildung 2.2: Zugang zum Darmzentrum Geesthacht in der zeitlichen Betrachtung zwischen 2011/2012 und 2014

Das Auswahlkriterium „Wohnortnähe“ spiegelt sich auch im Einzugsgebiet des DZG wider. So kommen insgesamt etwas über 82% der Patientinnen und Patienten des DZG aus dem Kreis Herzogtum Lauenburg (siehe Abbildung 2.3).

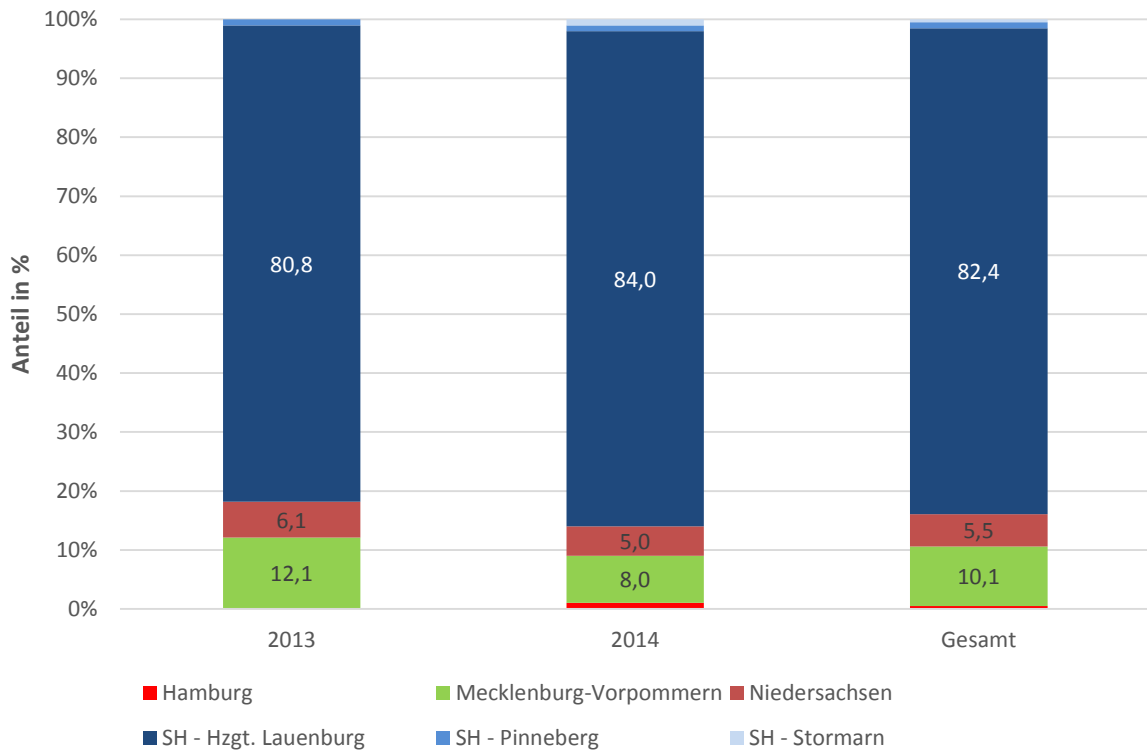


Abbildung 2.3: Einzugsgebiet des DarmZentrums Geesthacht in den Jahren 2013 und 2014

Aber auch aus dem benachbarten Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern entscheiden sich Darmkrebspatientinnen und -patienten für das DZG, um ihre Darmkrebserkrankung behandeln zu lassen.

3 Behandlungsqualität aus Sicht der Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung

3.1 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

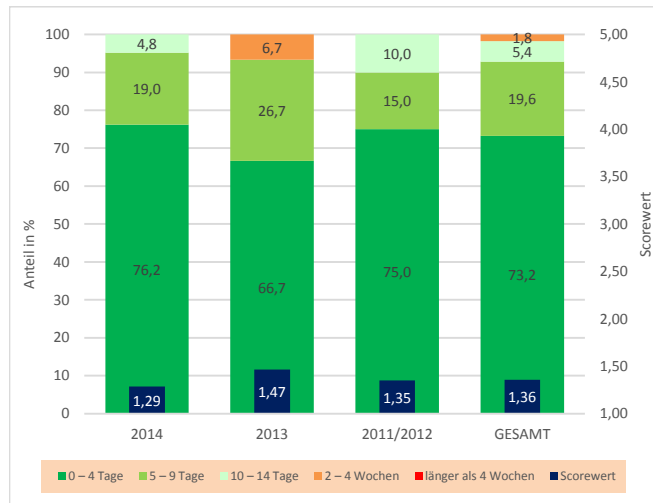


Abbildung 3.1: Wartezeit auf einen Termin im DZG zur Sprechstunde in der zeitlichen Betrachtung von 2011/2012 bis 2014

Im Jahr 2014 haben im DZG - wie schon im Zeitraum 2011/2012 - alle der Patientinnen und Patienten innerhalb der geforderten Zeitspanne von 14 Tagen einen Sprechstundentermin erhalten (siehe Abbildung 3.1). Lediglich im Jahr 2013 ist diese geforderte Zeitspanne in knapp 7% der Fälle nicht erreicht worden.

Rund 70% der Patientinnen und Patienten haben im Jahr 2014 höchstens 60 Minuten während des Termins auf ihre Darmkrebs-Sprechstunde gewartet (siehe Abbildung 3.2).

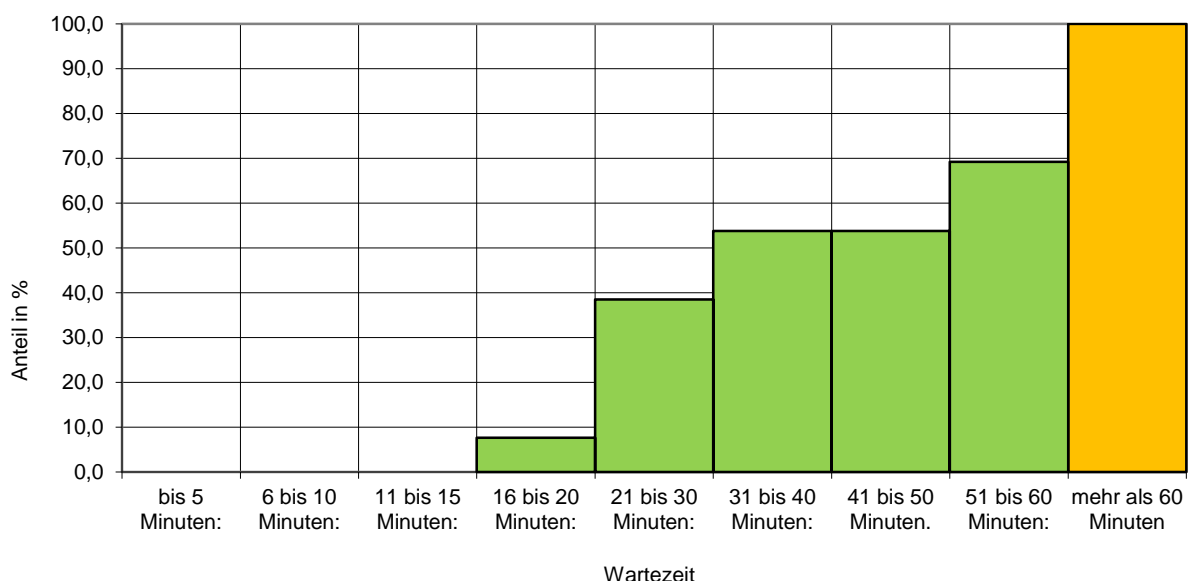


Abbildung 3.2: Wartezeit während des Termins im DZG zur Sprechstunde im Jahr 2014

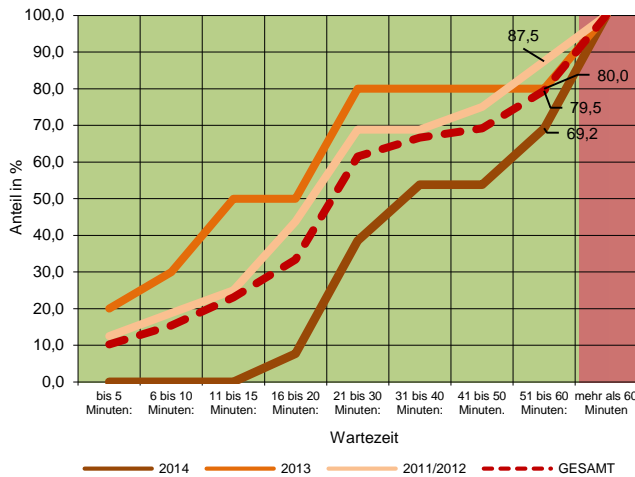


Abbildung 3.3: Wartezeit während des Termins im DZG zur Sprechstunde in der zeitlichen Betrachtung von 2011/2012 bis 2014

Dies ist im zeitlichen Vergleich seit 2011/2012 der geringste Anteil und verfehlt damit die Anforderung der Deutschen Krebsgesellschaft doch deutlich (siehe Abbildung 3.3). Im Rahmen der regelmäßigen Sitzungen des Lenkungsgremiums des DZG sind die möglichen Ursachen hierfür ermittelt worden und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet worden.

Ungeachtet dessen empfinden im Jahr 2014 rund 84% und seit 2011/2012 insgesamt 89% der Patientinnen und Patienten des DZG dabei die Wartezeit als angenehm kurz bzw. angemessen.

3.2 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 entgegengetreten werden.

Diese Anforderung gelingt im DZG nahezu perfekt: In der zeitlichen Betrachtung seit 2011/2012 nahezu unverändert beurteilen rund 95% der Patientinnen und Patienten die Aufnahme auf Station / Betreuung in den ersten Stunden als sehr gut oder gut (siehe Abbildung 3.4).

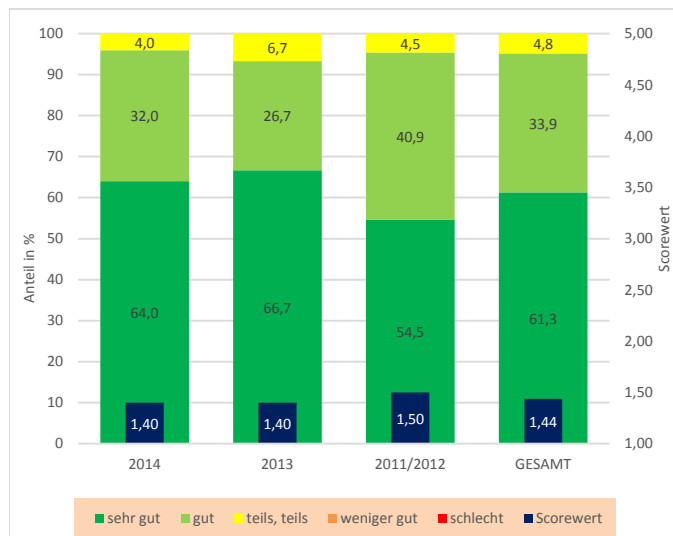


Abbildung 3.4: Bewertung der Aufnahme auf Station und Betreuung in den ersten Stunden in der zeitlichen Betrachtung von 2011/2012 bis 2014

Zu den positiven Voten im Zusammenhang mit der Aufnahme ins DZG zählt sicherlich auch, dass seit 2011/2012 rund 88% der Patientinnen und Patienten nach eigenem Bekunden schnell erfahren, wer für sie zuständig ist und an wen sie sich bei Fragen wenden können. Ebenfalls 88% der Patientinnen und Patienten 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 seit 2011/2012 insgesamt „nur“ 63,1% und im Jahr 2014 sogar nur 45,5% der Patientinnen und Patienten an, ausreichend über den organisatorischen Ablauf im Krankenhaus informiert worden zu sein. Auch vor dem Hintergrund, dass dieser Anteil im Jahr

2013 bei erfreulichen 81,3% lag, hat auch hier das Lenkungsgremium des DZG Ursachenforschung betrieben und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

3.3 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 (siehe Abbildung 3.5).

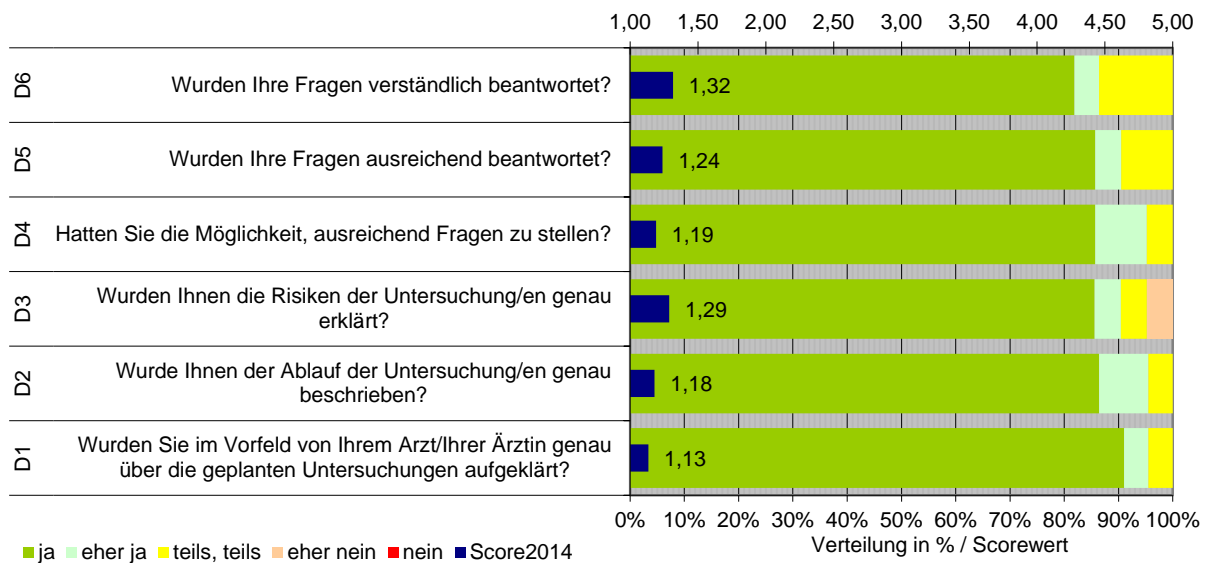


Abbildung 3.5: Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik im Rahmen der präoperativen Diagnostik im Jahr 2014

Auch hier geben die befragten Patientinnen und Patienten des DZG ein überaus positives Votum ab – so liegen im Verfahrensjahr 2014 die ergebniszusammenfassenden Scorewerte für die sechs hinterfragten Aspekte zwischen 1,13 und 1,32. Diese sehr positiven Voten sind auch in der zeitlichen Betrachtung relativ konstant (siehe Abbildung 3.6)

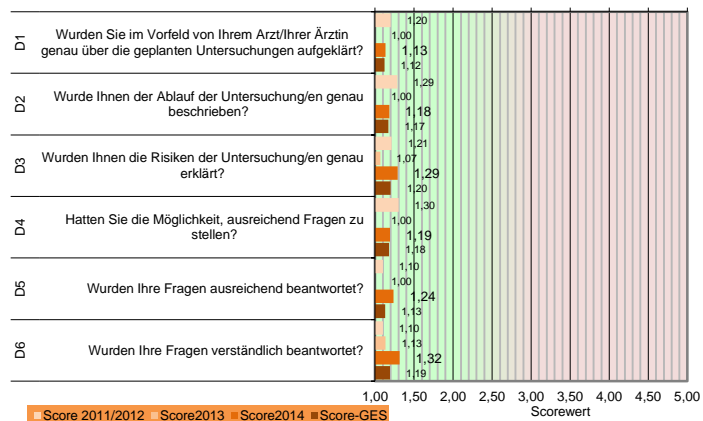


Abbildung 3.6: Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik im Rahmen der präoperativen Diagnostik in der zeitlichen Betrachtung von 2011/2012 bis 2014

Etwas differenzierter stellt sich die Situation bei der aktuellen Beurteilung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik nach der endgültigen Diagnose dar (siehe Abbildung 3.7).

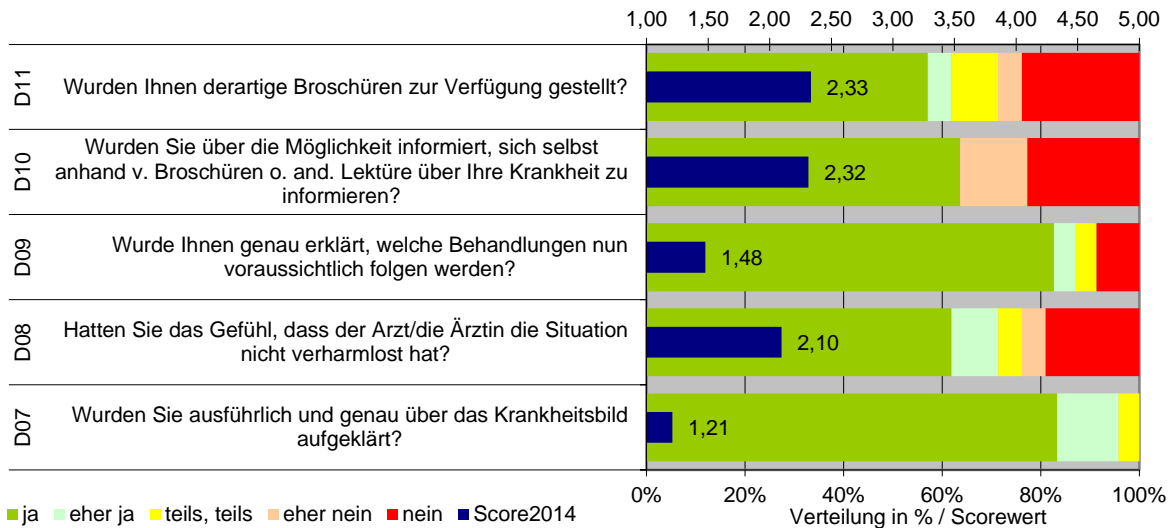


Abbildung 3.7: Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik nach der endgültigen Diagnose im Jahr 2014

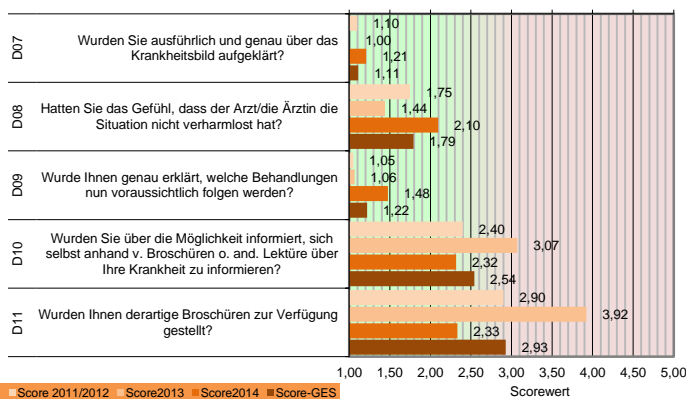


Abbildung 3.8: Bewertung der Information und Aufklärung bei Untersuchungen und Diagnostik nach der endgültigen Diagnose in der zeitlichen Betrachtung von 2011/2012 bis 2014

tion nicht verharmlost hat, kommen die Patientinnen und Patienten in der zeitlichen Betrachtung zu unterschiedlichen Ergebnissen. So streut hier der Scorewert zwischen 1,44 und 2,10.

Noch deutlicher sind die Unterschiede bezüglich der Informationsmöglichkeiten für die Patientinnen und Patienten, sich selbst über Ihre Krankheit anhand von Broschüren zu informieren bzw. derartige Broschüren zur Verfügung gestellt zu bekommen. Diese - insbesondere im Jahr 2013 - sehr deutlichen Optimierungshinweise haben dazu geführt, dass ein Patientenordner erstellt worden ist (siehe Abbildung 3.9). Dieser persönliche Patientenordner wird jeder Darmkrebspatientin und jedem Darmkrebspatienten des DZG ausgehändigt. Mit diesem Patienten-

Hier sind lediglich für die Erklärung, welche Behandlungen voraussichtlich erfolgen und für die Aufklärung über das Krankheitsbild bei Scorewerten von 1,48 und 1,21 sehr positive Bewertungen von den Patientinnen und Patienten des DZG abgegeben worden. Diese sind auch in der zeitlichen Betrachtung relativ konstant (siehe Abbildung 3.8).

In der Einschätzung, dass der Arzt bzw. die Ärztin im DZG die Situa-



Abbildung 3.9: Persönlicher Patientenordner des DZG

ordner möchte das **DZG** seinen Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten ein knapper Überblick über die Ziele und die Struktur des **DZG** gegeben. Insbesondere werden hier die Ansprechpartner benannt. Es wird den Patientinnen und Patienten der grundsätzliche Behandlungsweg aufgezeigt, der dann selbstverständlich mit den Patientinnen und Patienten gemeinsam detailliert festgelegt wird. Des Weiteren finden die Patientinnen und Patienten hier wertvolle Hinweise und Ratgeber rund um die Behandlung. Im Persönlichen Teil haben die Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten als Vorbereitung dienen sollen.

Der Effekt dieser Verbesserungsmaßnahme ist deutlich zu erkennen: so verbesserte sich der Scorewert von 3,92 im Jahr 2013 auf 2,33 im Jahr 2014 deutlich.

3.4 Ärztliches Verhalten und Einbezug der Angehörigen

Mit 11 ausgewählten Fragestellungen werden das ärztliche Verhalten und der Einbezug der Angehörigen aus Sicht der Patientinnen und Patienten beurteilt (siehe Abbildung 3.10).

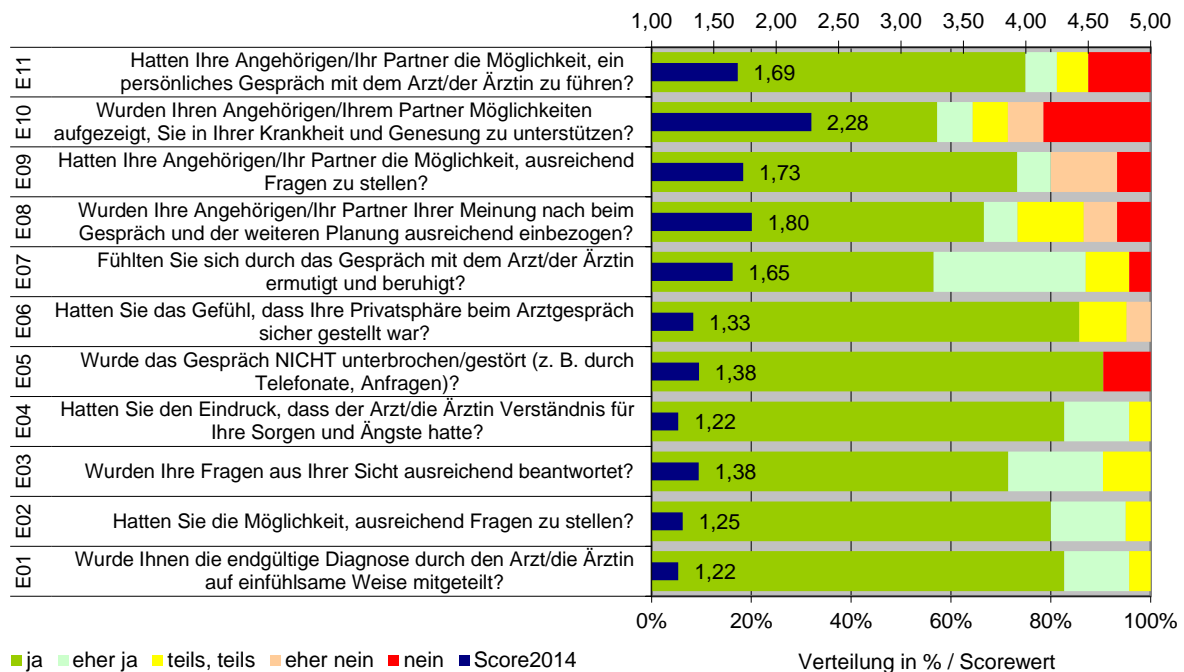


Abbildung 3.10: Bewertung ausgewählter Aspekte des ärztlichen Verhaltens und der Einbeziehung der Angehörigen im Jahr 2014

Grundsätzlich fallen die Beurteilungen hierzu im Jahr 2014 wie auch im zeitlichen Vergleich seitens der Patientinnen und Patienten des **DZG** positiv aus. Hinsichtlich der Einbeziehung der Angehörigen (siehe Frage E8 bis E11 in Abbildung 3.10) fallen die Bewertung dabei etwas schwächer aus. Hier wird seit Beginn der Patientenbefragungen nach Verbesserungsmöglichkeiten gesucht. Diese sind zum Teil auch schon gefunden worden, an der Nachhaltigkeit muss noch gearbeitet werden.

3.5 Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten

Zu ebenfalls sehr positiven Beurteilungen kommen die Patientinnen und Patienten des **DZG** zu den vier ausgewählten Aspekten der Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten.

Aktuell streuen die Scorewerte hier zwischen 1,20 und 1,36 und lassen - auch in der zeitlichen Betrachtung seit 2011/2012 - nur sehr wenig vordringlich anzugehende Verbesserungsmöglichkeiten erkennen (siehe Abbildung 3.11).

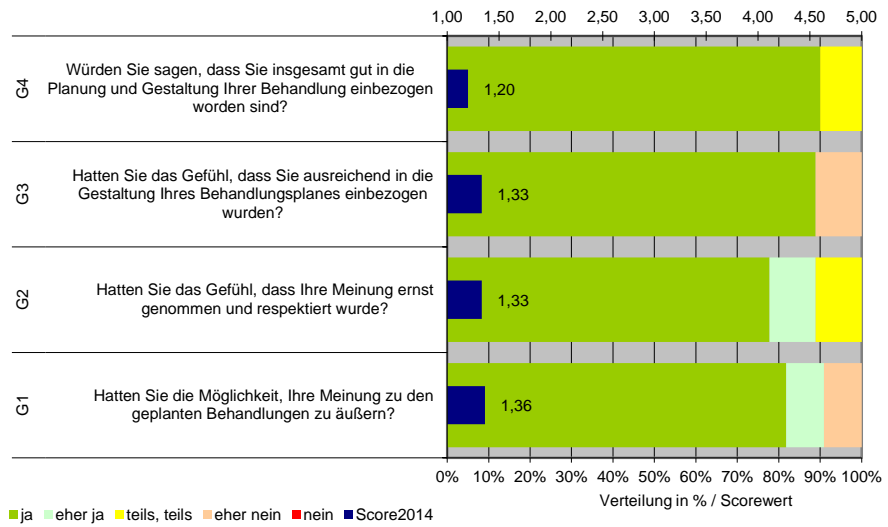


Abbildung 3.11: Bewertung der Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten im Jahr 2014

3.6 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 (siehe Abbildung 3.12).

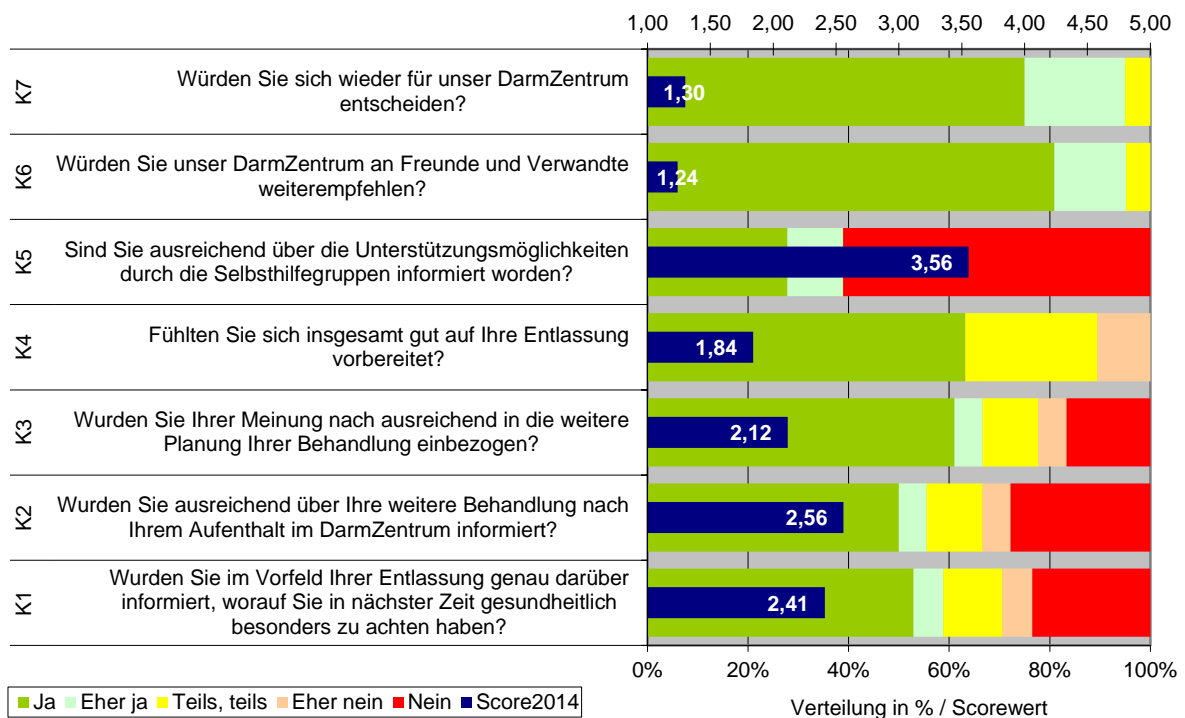


Abbildung 3.12: Bewertung ausgewählter Aspekte der Vorbereitung auf die Entlassung im Jahr 2014

Hierbei sind für einige Aspekte der Vorbereitung auf die Entlassung durchaus Verbesserungsmöglichkeiten gegeben. Diese betreffen v.a. Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten durch Selbsthilfegruppen. Hier ist jedoch auch zu vermerken, 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.

Insgesamt gesehen fühlen sich die Verantwortlichen des **DZG** durch die Beurteilungen der Patientinnen und Patienten 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:

- 95,0% der Patientinnen und Patienten des **DZG** würden sich wieder für das **DZG** entscheiden.
- 95,3% der Patientinnen und Patienten würden das **DZG** an Freunde und Verwandte weiterempfehlen – 81,0% sogar uneingeschränkt.

**4 Nachsorgequalität aus Sicht der Patienten
6 bzw. 12 Monate nach Entlassung**

4.1 Aktuelles Befinden als Ausgangssituation der Nachsorge

4.1.1 Einschätzung des Gesundheitszustandes

Mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten des DZG fühlen sich in der Bewertung des aktuellen Gesundheitszustandes relativ gesund. Zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ ist dieser Anteil mit 60,8% sogar etwas höher als zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ - hier beträgt dieser Anteil 55,2% (siehe Abbildung 4.1).

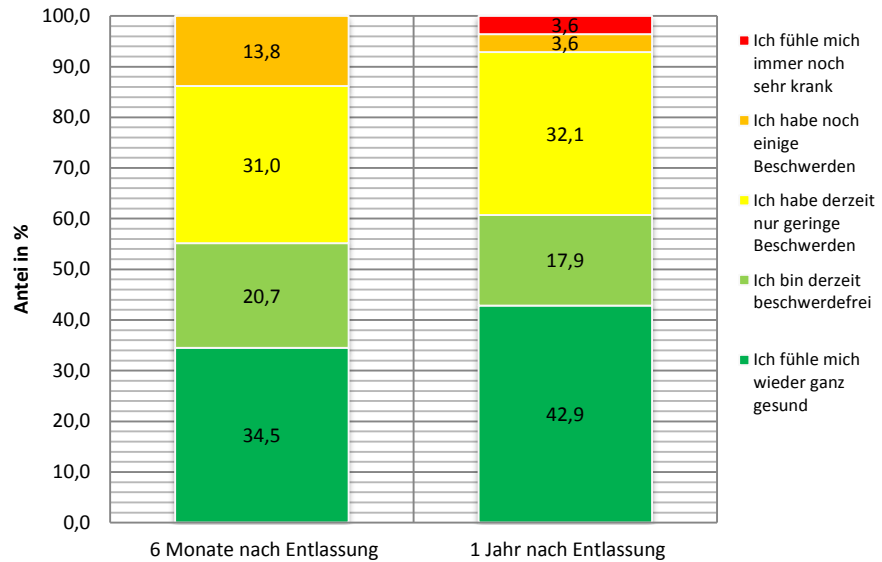


Abbildung 4.1: Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“

4.1.2 Veränderung des Gesundheitszustandes

Ähnlich stellt sich die Situation bei der Bewertung der Veränderung des Gesundheitszustandes in den letzten 6 bzw. 12 Monaten dar (siehe Abbildung 4.2).

Hier werten 6 Monate nach Entlassung 72,4% und 1 Jahr nach Entlassung sogar 81,5% der Patientinnen und Patienten des DZG ihren Gesundheitszustand als verbessert. Weitere 24,1% bzw. 18,5% empfinden keine Veränderung Ihres Gesundheitszustandes. Eine wirkliche - dann allerdings nur geringfügige - Verschlechterung des Gesundheitszustandes geben 3,4% der Patientinnen und Patienten des DZG zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ an.

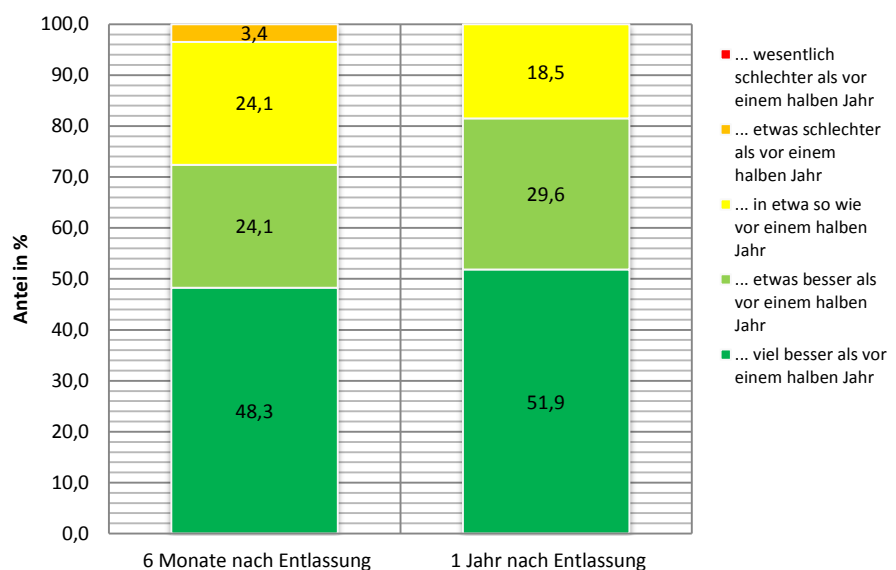


Abbildung 4.2: Einschätzung der Veränderung des Gesundheitszustandes in den letzten 6 bzw. 12 Monaten zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“

4.1.3 Symptome und körperliche Probleme

Im Rahmen der Beurteilung des aktuellen Befindens werden die Patientinnen und Patienten des **DZG** gebeten, eine Einschätzung zur Häufigkeit von 14 ausgewählten Symptomen in den letzten vier Wochen zu geben. In Tabelle 4.1 sind die - gemessen am Scorewert - häufigsten **Symptome** zum jeweiligen Zeitpunkt der Befragung angegeben.

Tabelle 4.1: Die häufigsten Symptome in den letzten vier Wochen zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“

Symptome	Scorewert zum Zeitpunkt 6 Monate nach Entlassung	Scorewert zum Zeitpunkt 1 Jahr nach Entlassung
Erschöpfung	2,68	2,33
Stimmungsschwankungen	2,28	2,44
Anspannung	2,18	1,64
Schlaflosigkeit	2,08	2,05
Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen	2,00	1,69

Hierbei sind sowohl in der Ausprägung als auch in der Rangliste Unterschiede zu den verschiedenen Befragungszeitpunkten festzustellen. Insgesamt scheint die Symptommhäufigkeit zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ weniger stark ausgeprägt zu sein als zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“.

In Tabelle 4.2 sind die - ebenfalls gemessen am Scorewert - häufigsten **körperlichen Probleme** in den letzten vier Wochen zum jeweiligen Zeitpunkt der Befragung angegeben.

Tabelle 4.2: Die häufigsten körperlichen Probleme in den letzten vier Wochen zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“

Symptome	Scorewert zum Zeitpunkt 6 Monate nach Entlassung	Scorewert zum Zeitpunkt 1 Jahr nach Entlassung
Blut im Stuhl	5,00	5,00
Schleim im Stuhlgang	4,90	4,94
Schmerzen im Gesäß/Analkanal/Rektum	4,65	4,69
Haarausfall aufgrund der Behandlung	4,62	4,79
Bauchschmerzen	4,52	4,63
Unwillkürlicher Harnabgang	4,52	4,89

Hierbei sind sowohl in der Ausprägung als auch in der Rangliste nahezu keine Unterschiede zu den verschiedenen Befragungszeitpunkten festzustellen. Insgesamt geben die Patientinnen und Patienten des **DZG** deutlich häufiger körperliche Probleme als Symptome an. Von den insgesamt 12 hinterfragten ausgewählten körperlichen Problemen sind zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ lediglich 2 Probleme bzgl. ihrer Häufigkeit besser als 3,00 bewertet worden. Zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ sind sogar alle hinterfragten Probleme bzgl. ihrer Häufigkeit mit 3,5 oder schlechter bewertet worden.

4.1.4 Einschränkungen bei den täglichen Aktivitäten des Lebens

Die doch ausgeprägte körperliche Problemlage scheint jedoch nur geringen Einfluss auf die täglichen Aktivitäten des Lebens der Patientinnen und Patienten des DZG zu nehmen (siehe Abbildung 4.3).

So fühlen sich lediglich 3,6% bzw. 3,4% der Patientinnen und Patienten des DZG hinsichtlich der Wahrnehmung der täglichen Aktivitäten des Lebens sehr eingeschränkt. Etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten des DZG fühlen sich überhaupt nicht eingeschränkt.

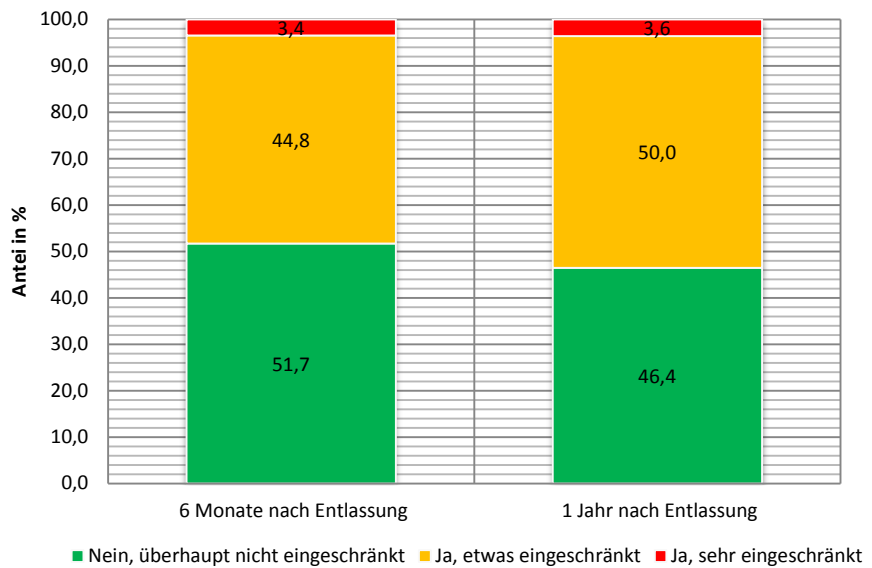


Abbildung 4.3: Einschränkungen bei den täglichen Aktivitäten des Lebens zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“

4.2 Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten

4.2.1 Anpassungen in der Lebensführung

Etwas weniger als die Hälfte der Patientinnen und Patienten des DZG haben zu den Befragungszeitpunkten keine Änderung in ihrer Lebensführung vorgenommen (siehe Abbildung 4.4).

Sowohl insgesamt zwischen den Befragungszeitpunkten als auch in der zeitlichen Betrachtung der Jahresergebnisse zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ sind die Anteile relativ gleich.

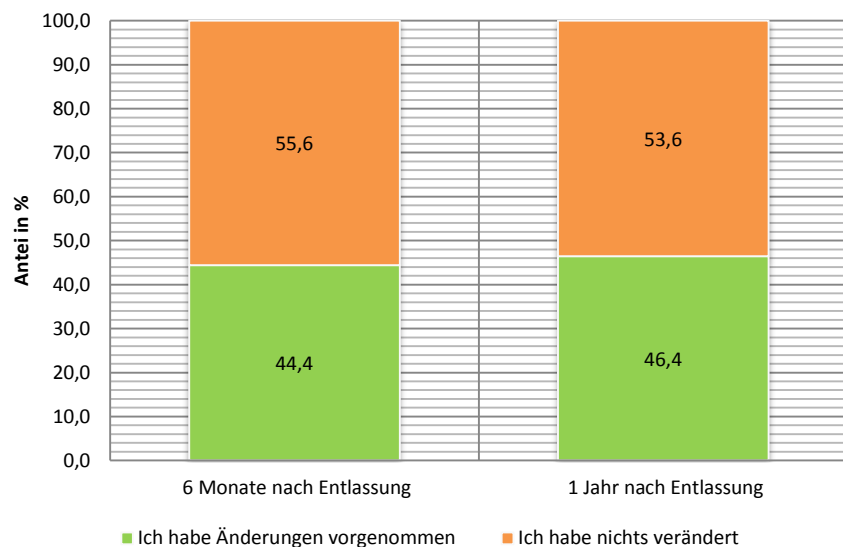


Abbildung 4.4: Änderungen in der Lebensführung zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“

Wenn Änderungen vorgenommen worden sind, zielen diese in erster Linie darauf ab, mehr auf den Körper bzw. die Gesundheit zu achten, die Ernährung umzustellen, mehr Sport zu treiben und zu versuchen, nicht mehr alles so ernst zu nehmen.

4.2.2 Teilnahme an Nachsorgeuntersuchungen

83,3% der Patientinnen und Patienten des DZG geben zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ an, regelmäßig an den Nachsorgeuntersuchungen teilzunehmen; zum Zeitpunkt „12 Monate nach Entlassung“ wird dies von 86,4% der Patientinnen und Patienten angegeben (siehe Abbildung 4.5).

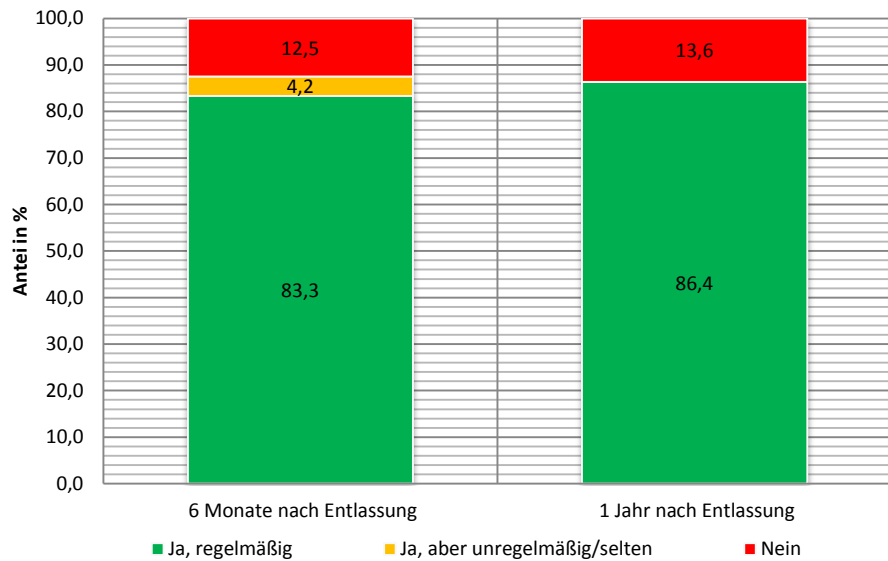


Abbildung 4.5: Teilnahme an Nachsorgeuntersuchungen zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“

12,5 % bzw. 13,6%

tu(n) dies nicht. Gerade auch im Vergleich zu den Ergebnissen des Bz^{HZgtL/öHH}, wonach 97% bzw. 98% der Brustkrebspatientinnen die Nachsorgeuntersuchungen regelmäßig wahrnehmen, sind hier also noch Steigerungen möglich und im Sinne der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten auch nötig.

4.3 Rahmenbedingungen der Nachsorgeuntersuchungen

4.3.1 Kümmerer der Nachsorge

Am häufigsten - und zwischen den Befragungszeitpunkten in den Anteilswerten (44,4% und 40,5%) relativ identisch - kümmern sich nach Angaben der Patientinnen und Patienten des DZG der Hausarzt bzw. die Hausärztin um die Nachsorge (siehe Abbildung 4.6).

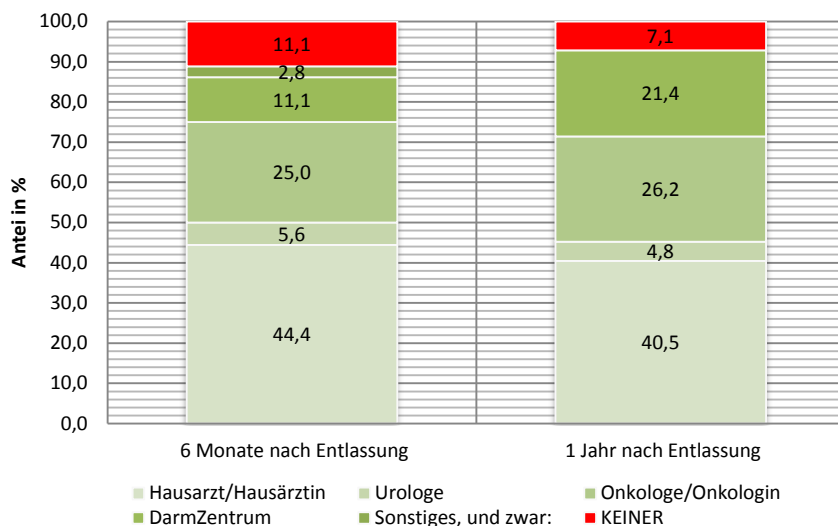


Abbildung 4.6: Kümmerer der Nachsorgeuntersuchungen zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“

11,1% der Patientinnen und Patienten des DZG zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ und 7,1% zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ geben an, dass sich keiner um ihre Nachsorge kümmert.

4.3.2 Durchführender der Nachsorgeuntersuchungen

In der Durchführung der Nachsorgeuntersuchungen sind Unterschiede zwischen den Befragungszeitpunkten festzustellen (siehe Abbildung 4.7).

Ist zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ mit 56% der Fälle mit Abstand am häufigsten der Hausarzt bzw. die Hausärztin mit der Durchführung der Nachsorge betraut, so ist dies zum Zeitpunkt „1 Jahr nach

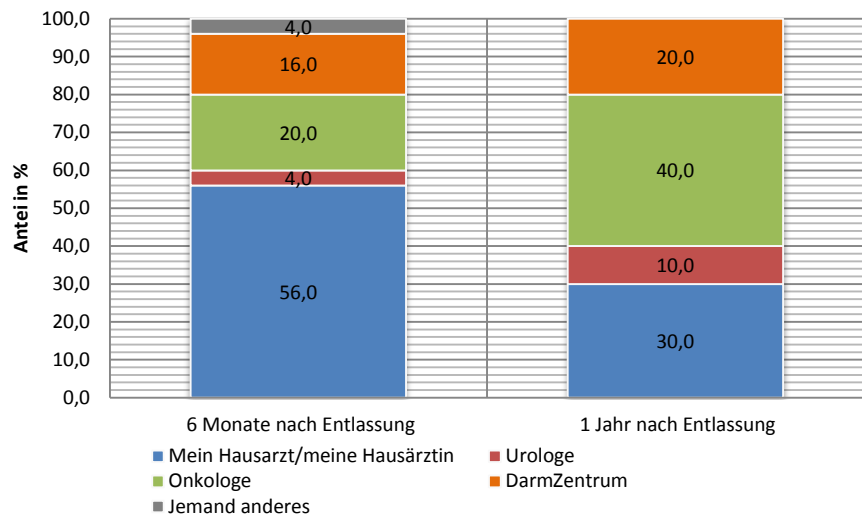


Abbildung 4.7: Durchführender der Nachsorgeuntersuchungen zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“

Entlassung“ der Onkologe, der in 40% der Fälle die Nachsorge der Patientinnen und Patienten des DZG durchführt. Diese Diskrepanz zwischen den Zeitpunkten lässt sich gegenwärtig nicht zweifelsfrei klären. Eine mögliche Erklärung wäre, dass - so Aussagen in den Klartexten der Patientinnen und Patienten - die systematische Nachsorge insbesondere zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ noch nicht wirklich begonnen worden ist.

4.3.3 Nachsorgekalender

Insgesamt rund 2/3 der Patientinnen und Patienten des DZG geben an, über keinen Nachsorgekalender zu verfügen (siehe Abbildung 4.8). Zwischen den beiden Befragungszeitpunkten gibt es dabei keine wirklichen Unterschiede. Diese sind jedoch - bei aller gebotenen Vorsicht bzgl. der Aussagekraft der Ergebnisse - in der zeitlichen Betrachtung der Jahre 2013 und 2014 festzustellen, und zwar sowohl für den Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ als auch für den Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“.⁴

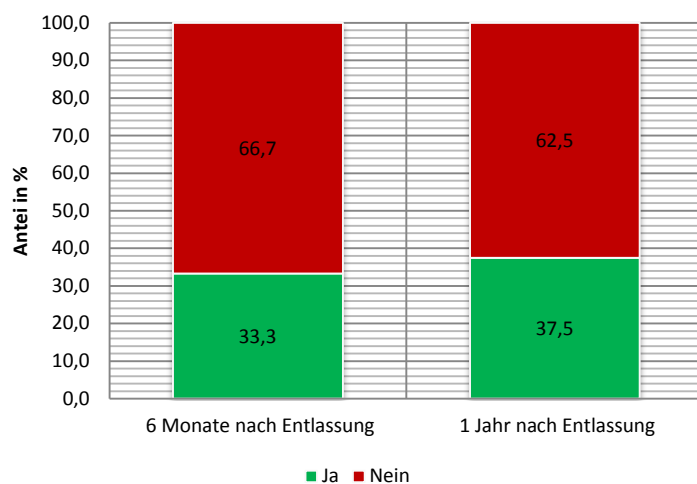


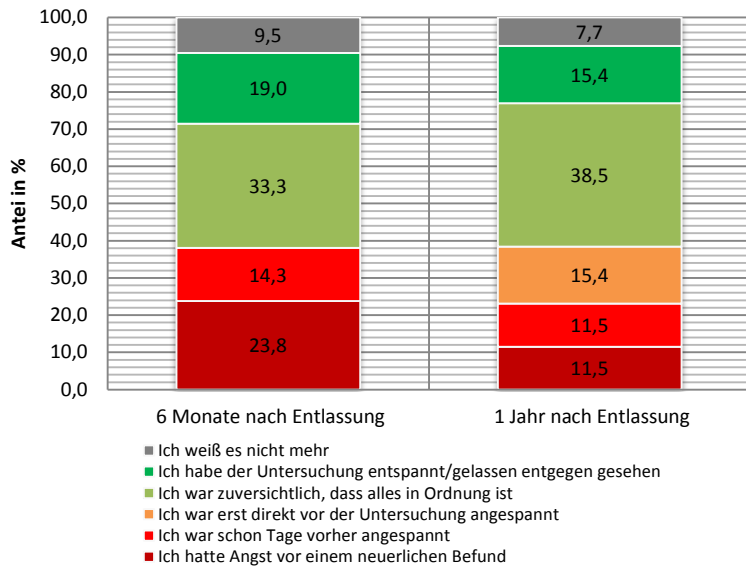
Abbildung 4.8: Vorhandensein eines Nachsorgekalenders zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“

⁴ Zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ lagen die Anteilswerte für das Vorhandensein eines Nachsorgekalenders bei 10% im Jahr 2013 und bei 50% im Jahr 2014; zum Zeitpunkt „12 Monate nach Entlassung“ betragen diese Anteilswerte 28,6% im Jahr 2013 und 41,2% im Jahr 2014.

Insgesamt bleiben die Anteilswerte auch hinter den Werten zurück, die die Patientinnen des **Bz^{HzzgtL}/öHH** angeben. Hier hatten beispielsweise im Jahr 2014 zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ 63% der Patientinnen des **Bz^{HzzgtL}/öHH** einen Nachsorgekalender.

4.3.4 Gefühlswelt bei den Nachsorgeuntersuchungen

Mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten des **DZG** stehen den anstehenden Nachsorgeuntersuchungen insgesamt positiv gegenüber – und zwar relativ gleich sowohl zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ als auch zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ (siehe Abbildung 4.9).



Unterschiede sind - wiederum bei aller gebotenen Vorsicht bzgl. der Aussagekraft der Ergebnisse - in der zeitlichen Betrachtung der Jahre 2013 und 2014 zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ festzustellen. So fällt die Beurteilung im Jahr 2014 positiver aus als im Jahr 2013.

Abbildung 4.9: Gefühlswelt bei den Nachsorgeuntersuchungen zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“

4.4 Zufriedenheit mit der Betreuung während der Nachsorge

4.4.1 Ausgewählte Aspekte

Mit 12 ausgewählten Aspekten wird zu den beiden Befragungszeitpunkten die Zufriedenheit mit der Betreuung durch den mit der Nachsorge betrauten Arzt bzw. der mit der Nachsorge betrauten Ärztin detailliert hinterfragt. Bezogen auf den Scorewert ergeben sich dabei grundsätzlich positive Voten (siehe Abbildung 4.10).

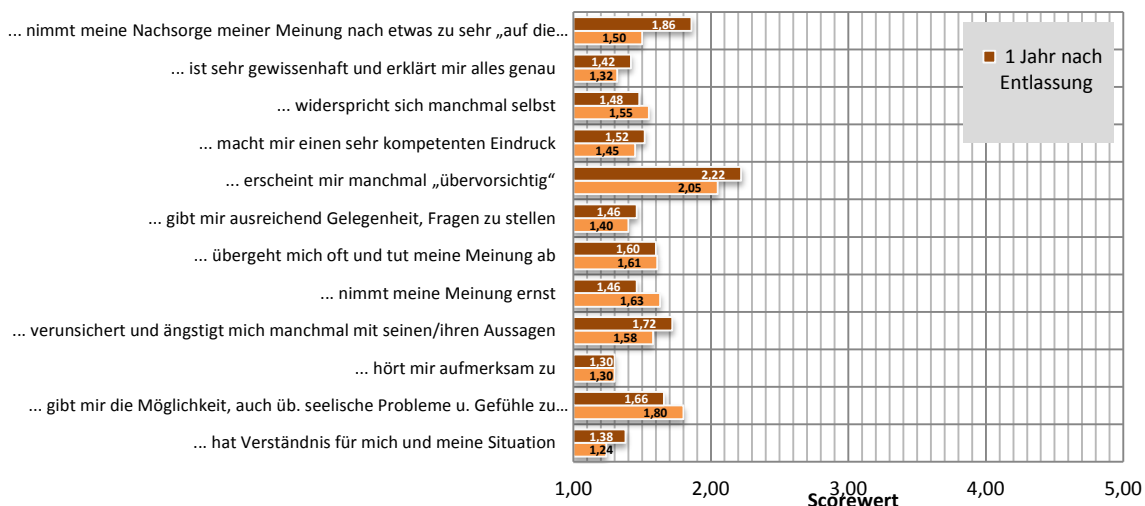


Abbildung 4.10: Beurteilung ausgewählter Aspekte der Betreuung durch den mit der Nachsorge betrauten Arzt zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“

Am ehesten scheint der Aspekt „erscheint mir manchmal übervorsichtig“ und eventuell der Aspekt „nimmt meine Nachsorge meiner Meinung nach etwas zu sehr auf die leichte Schulter“ einen gewissen Optimierungsbedarf zu haben.

4.4.2 Gesamturteil

Insgesamt sehen sich die Darmkrebspatientinnen und -patienten des DZG durch Ihren mit der Nachsorge betrauten Arzt gut versorgt (siehe Abbildung 4.11).

So sind 86,9% der Patientinnen und Patienten des DZG zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ und 88,0% der Patientinnen und Patienten des DZG zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ mit ihrem mit der Nachsorge betrauten Arzt „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“.

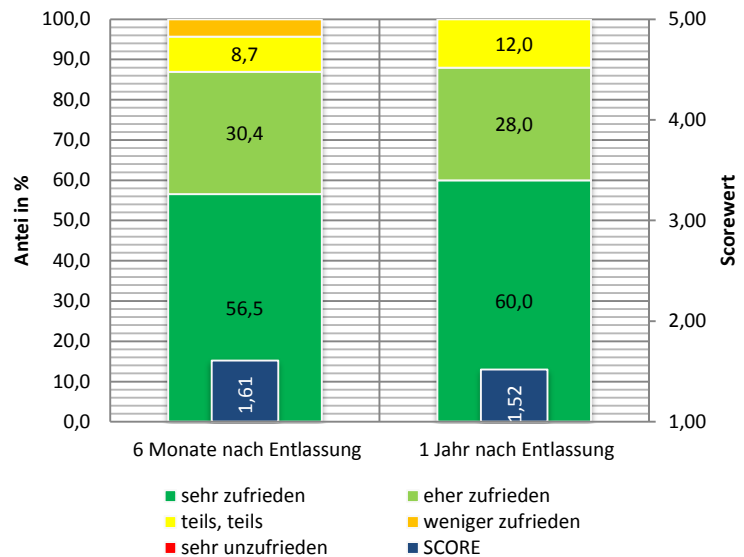


Abbildung 4.11: Zufriedenheit mit dem mit der Nachsorge betrauten Arzt zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“

Zwischen den beiden Befragungszeitpunkten gibt es dabei bzgl. des Gesamtergebnisses keine nennenswerten Unterschiede. Diese sind aber in der zeitlichen Betrachtung der Jahre 2013 und 2014 festzustellen. Am deutlichsten ist dies zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ ausgeprägt (siehe Abbildungen 4.12 und 4.13).

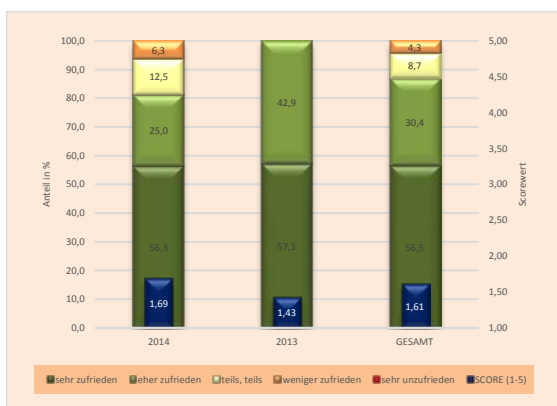


Abbildung 4.12: Zufriedenheit mit dem mit der Nachsorge betrauten Arzt zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ in den Jahren 2013 und 2014

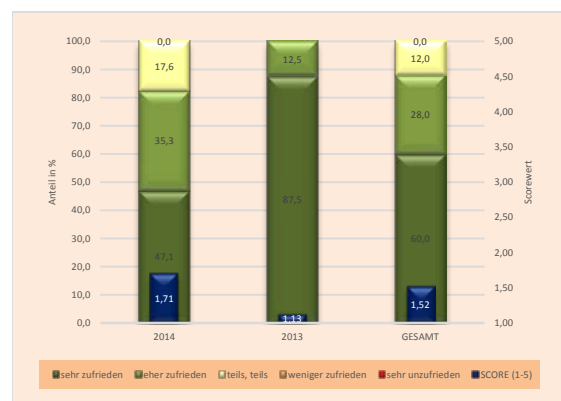


Abbildung 4.13: Zufriedenheit mit dem mit der Nachsorge betrauten Arzt zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ in den Jahren 2013 und 2014

4.4.3 Verbesserungspotentiale aus Sicht der Patienten

Im Gegensatz zu den Patientinnen des Bz^HzgtL/öHH haben die Patientinnen und Patienten des DZG nur sehr wenige Verbesserungsvorschläge bzgl. der Nachsorge. Dies liegt zum Teil - so

auch hier die Erkenntnisse aus den Klartextangaben - daran, dass gerade zum ersten Befragungszeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ noch nicht mit der Nachsorge begonnen oder gerade erst begonnen worden ist.

Die wenigen Vorschläge beziehen sich darauf, dass direkte Angehörige wie z.B. die Ehefrau mehr mit einbezogen werden sollen und dass der Arzt besser zuhört.

4.5 Zukunftsperspektiven aus Sicht der Patienten

Insgesamt sehen die Patientinnen und Patienten des DZG ihrer Zukunft durchaus positiv entgegen (siehe Abbildung 4.14).

Allerdings fällt dieses Votum zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ positiver aus als zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“. So sehen zum ersten Befragungszeitpunkt 76,3% der Patientinnen und Patienten ihrer Zukunft optimistisch entgegen bzw. freuen sich auf diese – zum zweiten Befragungszeitpunkt beträgt dieser Anteil 66,7%.

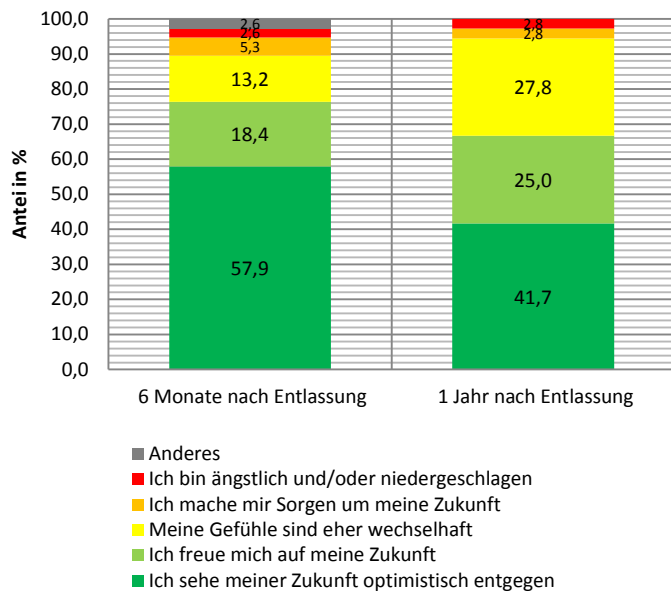


Abbildung 4.14: Einschätzung der Zukunftsperspektiven zu den Zeitpunkten „6 Monate nach Entlassung“ und „1 Jahr nach Entlassung“

Unterschiede sind auch – wiederum bei aller gebotenen Vorsicht der Aussagekraft der Ergebnisse

- in zeitlichen Betrachtung der Jahre 2013 und 2014 festzustellen. Am deutlichsten ist dies zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ ausgeprägt (siehe Abbildungen 4.15 zu 4.16).

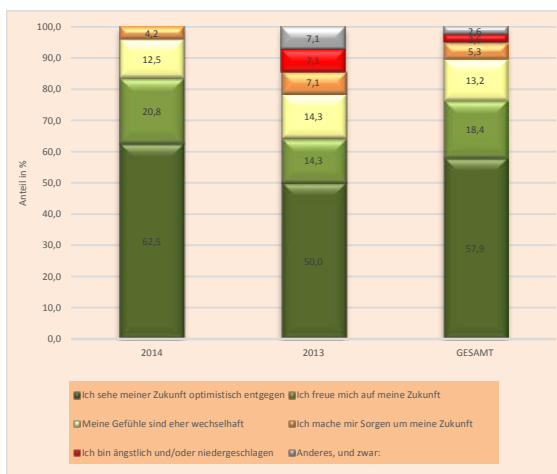


Abbildung 4.15: Einschätzung der Zukunftsperspektiven zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ in den Jahren 2013 und 2014



Abbildung 4.16: Einschätzung der Zukunftsperspektiven zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ in den Jahren 2013 und 2014

5 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 Darmkrebspatientinnen und -patienten für das DZG einen hohen Stellenwert.

Unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Vorlagen des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg / östliches Hamburg (Bz^{HZgtL/öHH}) erfolgt seit 07/2011 - zunächst als Pretest bis 12/2012 - eine kontinuierliche Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung.

Seit 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 „1 Jahr nach Entlassung“. Insbesondere im Zuge der sektorenübergreifenden Betrachtung der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Darmkrebs ist auch die „Zeit nach der Krankenhausbehandlung“ für die Verantwortlichen des DZG von besonderem Interesse. Hier gilt es zu prüfen, welche Probleme nach der Krankenhausbehandlung auftraten, inwieweit die weiterführenden Therapie- und Nachsorgemaßnahmen von den Patientinnen und Patienten entsprechend der Planung wahrgenommen bzw. auch empfunden worden sind.

Mit dem vorliegenden 2. Spezialbericht aus der Reihe der Qualitätsberichterstattung des DZG soll - wie schon beim 1. Spezialbericht - ein Überblick über die Ergebnisse der Patientenbefragung zum Zeitpunkt der Entlassung und darüber hinaus ein Überblick über ausgewählte Ergebnisse der Patientenbefragung zu den beiden poststationären Zeitpunkten gegeben werden.

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

- So erhalten im DZG seit 2011/2012 insgesamt 73,2 % der Patientinnen und Patienten innerhalb von 4 Tagen einen Termin zur Darmkrebssprechstunde. Bis auf das Jahr 2013 erhalten 100% der Patientinnen und Patienten innerhalb der geforderten Zeitspanne von 14 Tagen einen Sprechstundentermin.
- Insgesamt 96,2% der Patientinnen und Patienten beurteilen die Aufnahme auf Station und Betreuung in den ersten Stunden als sehr gut oder gut.
- 88% der Patientinnen und Patienten erfahren schnell, wer für sie zuständig ist und an wen sie sich bei Fragen wenden können.
- Ebenfalls 88% der Patientinnen und Patienten beurteilen die Organisation und den Ablauf des Aufnahmeverfahrens insgesamt als sehr gut oder gut.
- Sehr positive Bewertungen geben die Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten **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:

- 95% der Patientinnen und Patienten des **DZG** würden sich wieder für das **DZG** entscheiden.
- 95,3% der Patientinnen und Patienten würden das **DZG** an Freunde und Verwandte weiterempfehlen – 81% sogar uneingeschränkt.

In der Bewertung des **aktuellen Befindens** als Ausgangssituation für die Beurteilung der **Nachsorgequalität** kommen die Patientinnen und Patienten des **DZG** durchaus zu positiven Voten.

- Mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten des **DZG** fühlen sich in der Bewertung des aktuellen Gesundheitszustandes relativ gesund. Zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ ist dieser Anteil mit 61% sogar etwas höher als zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ - hier beträgt dieser Anteil 55,2%.
- 72,4% der Patientinnen und Patienten des **DZG** werten 6 Monate nach Entlassung und sogar 81,5% der Patientinnen und Patienten 1 Jahr nach Entlassung ihren Gesundheitszustand als verbessert.
- Lediglich 3,6% bzw. 3,4% der Patientinnen und Patienten des **DZG** fühlen sich bei der Wahrnehmung der täglichen Aktivitäten des Lebens sehr eingeschränkt. Etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten des **DZG** fühlen sich überhaupt nicht eingeschränkt.

Hinsichtlich der **Eigenverantwortung** der Patientinnen und Patienten ist festzustellen:

- Etwas weniger als die Hälfte der Patientinnen und Patienten des **DZG** haben zu den Befragungszeitpunkten keine Änderung in ihrer Lebensführung vorgenommen.
- 83,3% zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ bzw. 86,4% der Patientinnen und Patienten des **DZG** zum Zeitpunkt „12 Monate nach Entlassung“ geben an, regelmäßig an den Nachsorgeuntersuchungen teilzunehmen. Gerade auch im Vergleich zu den Ergebnissen des **Bz^{HZgtL}/öHH**, wonach 97% bzw. 98% der Brustkrebspatientinnen die Nachsorgeuntersuchungen regelmäßig wahrnehmen, sind hier also noch Steigerungen möglich und im Sinne der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten auch nötig.

In der Beurteilung der **Zufriedenheit mit der Betreuung** während der Nachsorge kommen die Patientinnen und Patienten des **DZG** in der Regel zu positiven Voten. Insgesamt sehen sich die Darmkrebspatientinnen und -patienten des **DZG** durch Ihren mit der Nachsorge betrauten Arzt gut versorgt.

- So sind 86,9% der Patientinnen und Patienten des **DZG** zum Zeitpunkt „6 Monate nach Entlassung“ und 88,0% der Patientinnen und Patienten des **DZG** zum Zeitpunkt „1 Jahr nach Entlassung“ mit ihrem mit der Nachsorge betrauten Arzt „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“.
- Am ehesten scheinen Aspekte wie „erscheint mir manchmal übervorsichtig“ und „nimmt meine Nachsorge meiner Meinung nach etwas zu sehr auf die leichte Schulter“ einen gewissen Optimierungsbedarf zu haben.

A Vision, Ziele und Aufgaben

A1 Vision und Ziele

Das DZG hat im Zusammenhang mit der Behandlung von Darmkrebs folgende **Vision**:

Aufgrund frühzeitiger Erkennung und optimaler Behandlung muss ein Patient mit der Diagnose „Darmkrebs“ weder sterben noch Beeinträchtigungen in der Lebensqualität und der Lebenserwartung hinnehmen.
Darmkrebs ist vollständig heilbar.

Für die Realisierung dieser Vision verfolgt das DZG folgende **Globalziele**:

- GZ1 Förderung und kontinuierliche Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung
- GZ2 Durchführung einer qualitätsgesicherten Darmkrebsbehandlung
- GZ3 Sicherstellung der Patientenorientierung
- GZ4 Förderung und kontinuierliche Verbesserung der Patientenbeteiligung.

Mittelfristig strebt das DZG als **Fernziel** an:

- FZ1 Zertifizierung als Darmkrebszentrum gemäß den fachlichen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft.

A2 Aufgaben

Aus diesen Zielsetzungen leiten sich v.a. folgende **Hauptaufgabe** ab:

- HA1 Aufbau und Weiterentwicklung des DZG.
Ein wesentlicher Schwerpunkt ist hierbei der Aufbau und die kontinuierliche Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements.

Für das Erreichen der Globalziele GZ1 bis GZ4 sind insbesondere die folgenden **Kernaufgaben** zu erfüllen:

❖ ***hinsichtlich der Förderung und kontinuierlichen Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung (GZ1):***

- KA1.1 systematische interdisziplinäre Zusammenarbeit im stationären Bereich (z.B. Konsilium, Zweitmeinung, Qualitätszirkel)
- KA1.2 regelmäßige systematische interdisziplinäre präoperative und postoperative Tumorkonferenzen
- KA1.3 enge und zeitgerechte Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten bei der Diagnostik, Therapie und Nachsorge
- KA1.4 regelmäßige Informations- und Fortbildungsveranstaltungen mit den niedergelassenen Ärzten
- KA1.5 Hinterfragung der Zufriedenheit der Kooperationspartner.

❖ ***hinsichtlich einer qualitätsgesicherten Darmkrebsbehandlung (GZ2):***

- KA2.1 Orientierung an anerkannten internationalen Leitlinien
- KA2.2 Erstellung eines mit allen Beteiligten abgestimmten Behandlungsplans (= Behandlungspfad)
- KA2.3 Einhaltung zeitlicher Vorgaben
- KA2.4 regelmäßige Fortbildung der am Behandlungsprozess Beteiligten
- KA2.5 einheitliche und zeitnahe Dokumentation
- KA2.6 Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen
- KA2.7 Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität.

❖ ***hinsichtlich der Patientenorientierung (GZ3):***

- KA3.1 Gestaltung eines freundlichen Umfeldes bei der Therapie von Darmkrebs
- KA3.2 Vermeidung von Wartezeiten (z.B. bei der Spezialsprechstunde)
- KA3.3 Erstellung und Austeilung eines individuellen, auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmten Behandlungsplans auf der Basis der evidenzbasierten Behandlungsinhalte (= Patientenpfad)
- KA3.4 adäquate psychosoziale und -onkologische Betreuung
- KA3.5 Anpassung von RehaMaßnahmen an die individuellen Bedürfnisse
- KA3.6 Vermittlung zu Selbsthilfegruppen
- KA3.7 Hinterfragung der Patientenzufriedenheit und -Lebensqualität.

❖ ***hinsichtlich der Förderung und kontinuierlichen Verbesserung der Patientenbeteiligung:***

- KA4.1 patientengerechte Informationen, die den gesamten Behandlungsprozess berücksichtigen
- KA4.2 Förderung der Eigenverantwortung
- KA4.3 Förderung der Bereitschaft zur Darmkrebsfrüherkennung
- KA4.4 regelmäßige Informationsveranstaltungen für Patienten und Bürger.

Für das Erreichen des Fernziels ergibt sich die **Fokusaufgabe**:

- FA1 Schaffung der Voraussetzungen für eine Zertifizierung als Darmzentrum gemäß den fachlichen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft