



Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Medizinische Fakultät

**Institut für
Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft**

i:mvr

Befragung von Schlüsselpersonen in von der Deutschen Krebsgesell- schaft zertifizierten Brustkrebszen- tren 2011

Ergebnisbericht

Holger Pfaff, Lena Ansmann & Christoph Kowalski

Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und
Rehabilitationswissenschaft, Universität zu Köln

Forschungsbericht 07-2011

Veröffentlichungsreihe des Instituts für Medizinsoziologie,
Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR)
der Universität zu Köln

ISSN: 2190-8257

Köln, Dezember 2011

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund und Ziele	1
2. Methoden	2
2.1. Stichprobe.....	2
2.2. Erhebungsinstrument.....	2
2.3. Durchführung der Befragung.....	3
2.4. Dateneingabe und -aufbereitung.....	3
3. Ergebnisse	4
3.1. Rücklauf und Stichprobenbeschreibung.....	4
3.2. Krankenhausmerkmale	6
3.3. Einbeziehung und Information der Patienten.....	12
3.4. Kooperation mit den einweisenden Ärzten	15
3.5. Qualitätszirkel mit den Hauptkooperationspartnern	16
3.6. Beurteilung des Brustkrebszentrenkonzepts und Veränderungen seit dessen Einführung	18
3.7. Fazit.....	20
4. Literaturverzeichnis	22
5. Abbildungsverzeichnis.....	24
6. Tabellenverzeichnis.....	25

1. Hintergrund und Ziele

Im vorliegenden Bericht sind die Ergebnisse der im Jahr 2011 in den nach den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) zertifizierten Brustkrebszentren durchgeführten Befragung von Schlüsselpersonen der Brustkrebszentren dargestellt. Die Befragung wurde erstmalig durchgeführt und vom Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln abgewickelt.

Das Ziel der Befragung war es, Erfolg und Akzeptanz des Brustkrebszentrenkonzepts zu untersuchen und einen vergleichenden Überblick über Strukturen und Prozesse der Brustkrebszentren in Deutschland zu gewinnen. Zusätzlich kann mit den Daten untersucht werden, ob Strukturen und Prozesse erkennbar mit den Unterschieden verschiedener Qualitätsindikatoren zusammenhängen. Zu diesem Zweck können die Ergebnisse dieser Befragung beispielsweise mit den Ergebnissen der Patientenbefragung aus dem Jahr 2010 verknüpft werden.

2. Methoden

2.1. Stichprobe

Es wurde je eine Schlüsselperson aus den OP-Standorten der von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Brustkrebszentren zum Implementierungsstand und zu strukturellen Merkmalen der Krankenhäuser befragt. Nicht in die Befragung eingeschlossen wurden die Brustkrebszentren in Nordrhein Westfalen (NRW), die bereits 2010 Teil einer vom IMVR durchgeführten Stellvertreterbefragung waren, Es wurden Ansprechpartner in leitenden Positionen angeschrieben. Diese in der Literatur als „Key informant-“ oder „Schlüsselpersonenbefragung“ bezeichnete Methode ist ein häufig angewandtes Verfahren und nutzt das Wissen von Mitarbeitern, die in der Regel über Entscheidungsbefugnisse verfügen. Die Vorzüge dieser Methode sind beispielsweise bei Rousseau zusammengefasst (Rousseau 1990). Dabei soll nicht unerwähnt bleiben, dass die Angaben einzelner Schlüsselpersonen unter Umständen Verzerrungen durch die Subjektivität der Antworten ausgesetzt sind. Es muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass die Auskünfte auch zu vermeintlich „harten“ Faktenfragen, beispielsweise nach der Zahl der Operationen pro Jahr oder der Zahl der in klinische Studien eingeschlossenen Patienten, nicht notwendigerweise den wahren Wert wiedergeben.

2.2. Erhebungsinstrument

Der Fragebogen für Schlüsselpersonen in Brustkrebszentren 2011 (*FRIZ 2011*) wurde in Zusammenarbeit mit der DKG auf die besondere Situation der DKG-zertifizierten Brustkrebszentren zugeschnitten (Brucker et al. 2003; Kreienberg et al. 2008). Ein Großteil der Fragen kam bereits in der 2010 in Nordrhein-Westfalen in den von der Ärztekammer Westfalen-Lippe zertifizierten Brustzentren (Ärztekammer Westfalen-Lippe 2009) durchgeführten Befragung zum Einsatz. Andere wurden für diese Befragung neu entwickelt oder sind bereits in vergleichbaren Befragungen in den USA im Einsatz.

Das eingesetzte Instrument bestand aus 11 Themengebieten mit insgesamt 73 Fragen. In Anlehnung an die an Brustkrebszentren gestellten Anforderungen zur (Re-)Zertifizierung und aufgrund bereits etablierter Kennzahlen und Skalen u. a. zur Erfassung der Zusammenarbeit war es möglich, auch bereits erprobte Fragen und Items einzusetzen. Das Erhebungsinstrument bestand vorwiegend aus Faktenfragen zu Strukturen und Prozessen im Brustzentrum (z.B. „Wird der Patientin die Möglich-

keit angeboten, an der Tumorkonferenz Ihres OP-Standorts teilzunehmen?“), beinhaltete aber auch einen Abschnitt zur Bewertung des Brustkrebszentrenkonzepts.

2.3. Durchführung der Befragung

Im Juni 2011 wurden die Ansprechpartner der Operationsstandorte angeschrieben. Diese insgesamt 243 Ansprechpartner der Krankenhäuser aus 198 Brustkrebszentren wurden gebeten, den Fragebogen zur Schlüsselpersonenbefragung auszufüllen.

Die Teilnahme der Brustkrebszentren an der Befragung war freiwillig und kostenlos. Die schriftliche Befragung wurde in Anlehnung an die Total Design Methode nach Dillman (1978) durchgeführt. Diese Methode sieht das mehrfache Anschreiben und Erinnern der Befragten vor, um eine möglichst hohe Ausschöpfungsquote zu erzielen (Freise 2003; Petermann 2005). Der Befragungszeitraum erstreckte sich von Mitte Juni bis Ende September 2011. Die Fragebogen wurden an alle zu Befragenden postalisch versendet. Zusammen mit dem Fragebogen erhielten die zu Befragenden einen portofreien Rückumschlag sowie ein Anschreiben, das u. a. das Ziel der Befragung erläuterte und Hinweise zum Datenschutz enthielt.

Drei Wochen nach Zusendung des Fragebogens wurde ein erstes Erinnerungsschreiben zugeschickt. Drei Wochen nach diesem Schreiben wurde eine zweite Erinnerung mit einem beigelegten Fragebogen und Rückumschlag verschickt. Das Ende des Befragungszeitraums wurde auf den 30. September 2011 festgelegt.

2.4. Dateneingabe und -aufbereitung

Die eingehenden Fragebogen wurden fortlaufend mittels des Programms Teleform[®] eingelesen. Das Programm umfasst eine Fehleranalyse, in der Eingabefehler und undeutliche Angaben identifiziert werden. Im Zweifelsfall wurde die Möglichkeit genutzt, die Daten mit den Originalfragebogen abzugleichen, um Fehler zu korrigieren.

Die in den nachfolgenden Tabellen dargestellten Ergebnisse wurden mit Hilfe des Statistikprogramms IBM SPSS[®] Version 19.0 berechnet. Es werden jeweils die gültigen Prozente berichtet, sofern nicht anders angegeben. Aufgrund des automatischen Auf- und Abrundens kann es vorkommen, dass die Summe einzelner Prozentangaben in den Tabellen nicht exakt 100 ergibt.

3. Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Schlüsselpersonenbefragung in den von der DKG zertifizierten deutschen Brustkrebszentren in 2011 berichtet. Die Darstellung der Ergebnisse beginnt mit einem Überblick über den erzielten Rücklauf. Im Anschluss werden die Ergebnisse zu den Fragen des *FRIZ 2011* entweder in Form von Tabellen oder Stabdiagrammen dargestellt. Ausgegeben sind jeweils die gültigen Prozente, falls nicht anderweitig vermerkt. Grundlage sind die Angaben zu den 149 an der Schlüsselpersonenbefragung teilnehmenden Krankenhäusern. Der Anteil der pro Frage fehlenden Antworten ist jeweils angegeben.

3.1. Rücklauf und Stichprobenbeschreibung

Aus 149 von insgesamt 243 Operationsstandorten gingen ausgefüllte und auswertbare Fragebogen ein. Dies entspricht einem Rücklauf von 61,3%. Aus vier Operationsstandorten ging aufgrund von Überschneidungen von Rücklauf und Versand des Erinnerungsschreibens zudem ein zweiter Fragebogen ein. Diese Fragebogen wurden nicht berücksichtigt. Nach Ende des zuvor festgesetzten Befragungszeitraums gingen zwei weitere Fragebogen ein, die für die nachfolgenden Auswertungen nicht mehr berücksichtigt werden konnten. 110 dieser 149 Operationsstandorte hatten zuvor an der Befragung von Patientinnen mit primärem Mammakarzinom zwischen dem 22.03.2010 und dem 30.11.2010 teilgenommen, so dass sich für diese die beiden Datensätze die Angaben verknüpfen lassen (Tabelle 2).

Tabelle 1: Rücklauf

	Angeschrieben (N)	Rücklauf (N)	Rücklaufquote in %
OP-Standorte	243	149	61,3

Tabelle 2: Übersicht über angeschriebene Krankenhäuser und deren gleichzeitige Teilnahme an der Patientenbefragung 2010 und der Mitarbeiterbefragung (N)

	Teilnahme an Mitarbeiterbefragung (149)	Keine Teilnahme an Mitarbeiterbefragung (94)
Teilnahme an Patientenbefragung (160)	110	50
Keine Teilnahme an Patientenbefragung (83)	38	45

Unter den Krankenhäusern, die an der Patientenbefragung teilgenommen hatten, war die Teilnahmequote an der Schlüsselpersonenbefragung deutlich höher (69%) als unter den Krankenhäusern, die nicht an der Befragung teilgenommen hatten (46%).

Tabelle 3: Merkmale der Schlüsselpersonen (gültige Prozent)

	nein	ja	keine Angabe
	%	%	(N)
Sind Sie Teil der Brustkrebszentrumsleitung?	13,8	86,2	(4)
Nehmen Sie regelmäßig an den Qualitätszirkeln mit den Hauptkooperationspartnern der Brustkrebszentren teil?	2,1	97,9	(4)

Die weit überwiegende Mehrheit der Personen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, gab an, Teil der Brustzentrumsleitung zu sein und regelmäßig an den Qualitätszirkeln mit den Hauptkooperationspartnern der Brustkrebszentren teilzunehmen. Es ist daher davon auszugehen, dass die Teilnehmer über die erforderlichen Kenntnisse verfügen, den Fragebogen auszufüllen.

3.2. Krankenhausmerkmale

In Abbildung 1 ist die Art der Trägerschaft der Krankenhäuser dargestellt. Die Mehrheit der an der Befragung teilnehmenden Krankenhäuser unterliegt einer öffentlichen Trägerschaft.

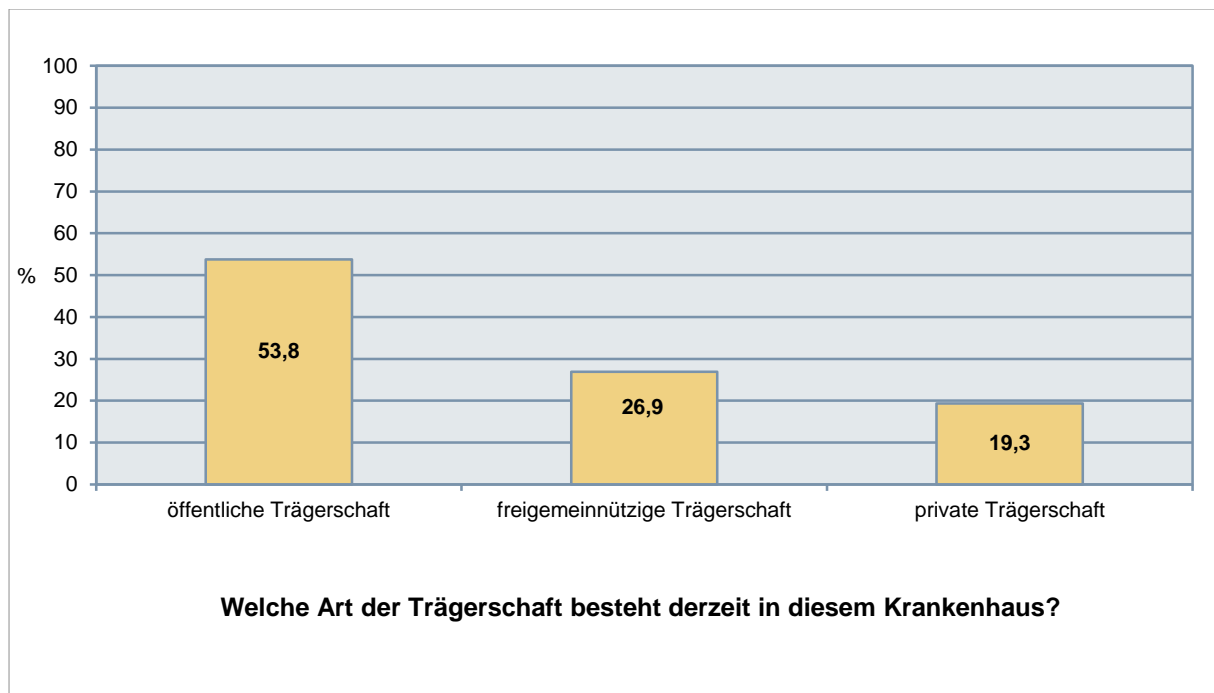


Abbildung 1: Art der Trägerschaft in gültigen Prozent (fehlende Angaben: 4)

In Tabelle 4 sind ausgewählte Krankenhausmerkmale dargestellt (Mittelwerte, Minimum, Maximum, Standardabweichung, Median). Deutlich werden die Unterschiede der Häuser bezüglich Patientenzahlen, Zahl der operierenden Ärzte und der Zahl der onkologischen Fachkrankenschwestern. Auch der Abstand zwischen Diagnoseerstellung variiert deutlich, während der Mittelwert der durchschnittlichen Verweildauer bei fünf Tagen mit nur einer kleinen Standardabweichung liegt. Der mittlere Anteil an Patienten mit brusterhaltender Therapie liegt bei 76 %, wobei einzelne Krankenhäuser weit darunter liegen (Minimum: 38 %). In fast allen Krankenhäusern werden 100 % der Patienten in der Tumorkonferenz postoperativ besprochen. Der Anteil an Patienten, die in klinische Studien eingeschlossen werden, variiert erwartungsgemäß erheblich.

Tabelle 4: Ausgewählte Krankenhausmerkmale: Mittelwerte, Minimum, Maximum, Standardabweichung, Median

	Mittelwert	Minimum	Maximum	Standardabweichung	Median	keine Angabe
Wie hoch war die Anzahl der operierten primären Mammakarzinome in Ihrem OP-Standort im Kalenderjahr 2010?	204,9	54	712	109,1	180	2
Wie viele Ärzte (Hauptoperateure) operieren in Ihrem OP-Standort Patientinnen mit primärem Mammakarzinom?	3,2	1	16	1,7	3	1
Wie viele ausgebildete onkologische Fachkrankenpfleger sind in Ihrem OP-Standort tätig?	2,3	0	20	2,1	2	4
Wie lang ist im Durchschnitt der Abstand zwischen Diagnosestellung des primären Mammakarzinoms in Ihrem OP-Standort und der Operation in Tagen?	8,8	0	25	4,2	8	3
Wie lang ist im Durchschnitt die Verweildauer der Patientinnen mit primärem Mammakarzinom in Ihrem OP-Standort?	5,3	3	10	1,3	5	3
Wie hoch war die Prozentrate brusterhaltender Operationen bei primärem Mammakarzinom in Ihrem OP-Standort im Kalenderjahr 2010?	76,2	38	93	8,2	78	8
Wie viel Prozent der an primärem Mammakarzinom erkrankten Patientinnen werden in der Tumorkonferenz Ihres OP-Standorts postoperativ besprochen?	99,3	50	100	4,2	100	1
Wenn Patienten an klinischen Studien teilnehmen: Wie hoch ist der Anteil der Patientinnen in Ihrem OP-Standort, die an einer klinischen Studie teilnehmen?	23,4	2	100	15,8	20	6

In der Hälfte der OP-Standorte steht den Patientinnen mit Brustkrebs während des Aufenthalts ein Case Manager / Patientinnenlotse / Navigator oder jemand Vergleichbares zur Verfügung, der sie von der Aufnahme bis zur Entlassung betreut, in weiteren 14 % ist dies geplant (Abbildung 2).

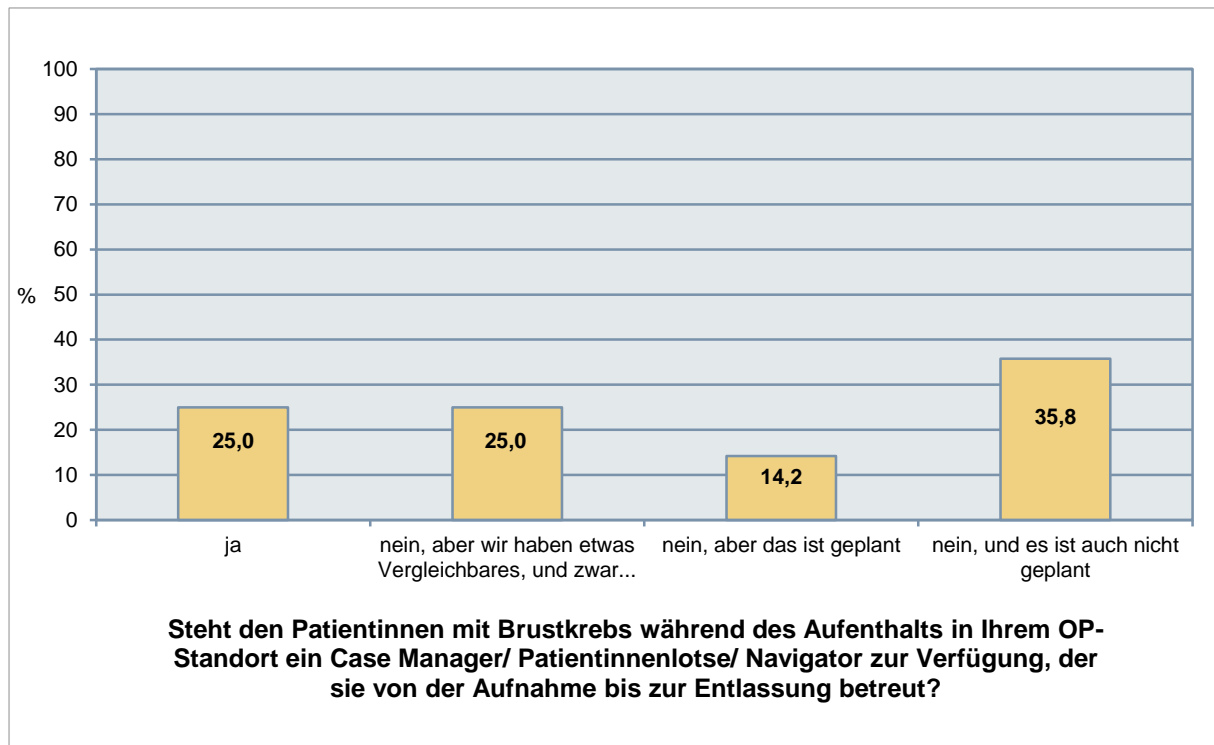


Abbildung 2: Case Manager / Patientinnenlotse / Navigator in gültigen Prozent (fehlende Angaben: 1)

In Tabelle 5 ist die Umsetzung ausgewählter Struktur- und Prozessmerkmale dargestellt. Alle ausgewählten Aspekte werden von der Mehrheit der OP-Standorte umgesetzt. Zahlreiche Anforderungen zur Zertifizierung (z. B. Primär-Tumordokumentation, Follow-Up-Tumordokumentation) werden dabei von fast allen Häusern umgesetzt.

Tabelle 5: Umsetzung ausgewählter Struktur- und Prozessmerkmale (gültige Prozent)

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen zu? In unserem Brustkrebszentrum (mit allen OP-Standorten)...	nein	nein, aber in Arbeit / geplant	ja	keine Angabe
... gibt es ein schriftliches Konzept zur Durchführung der Tumorkonferenz.	4,1	0,7	95,3	1
...gibt es eine schriftliche Verfahrensanweisung über die Einbindung von Selbsthilfegruppen.	20,8	7,4	71,8	0
...gibt es einen definierten Patientinnenpfad, der für alle Patientinnen mit primärem Mammakarzinom gilt.	2,7	5,4	91,9	0
...gibt es unabhängig von der Tumorkonferenz feste gemeinsame wöchentliche Termine (z. B. Jour fixe).	36,9	3,4	59,7	0
...haben wir festgelegte Ziele.	1,3	1,3	97,3	0
...haben wir ein gemeinsames Qualitätsmanagement.	3,4	0	96,6	0
...ist die Vision des Brustkrebszentrums in einem Leitbild verankert.	8,1	3,4	88,6	0
...haben wir ein Corporate Design (z. B. Logo).	7,4	4,7	87,9	0
...findet eine Primär-Tumordokumentation statt.	0,7	1,3	98,0	0
...findet eine Follow-Up-Tumordokumentation statt.	0,7	2,0	97,3	0

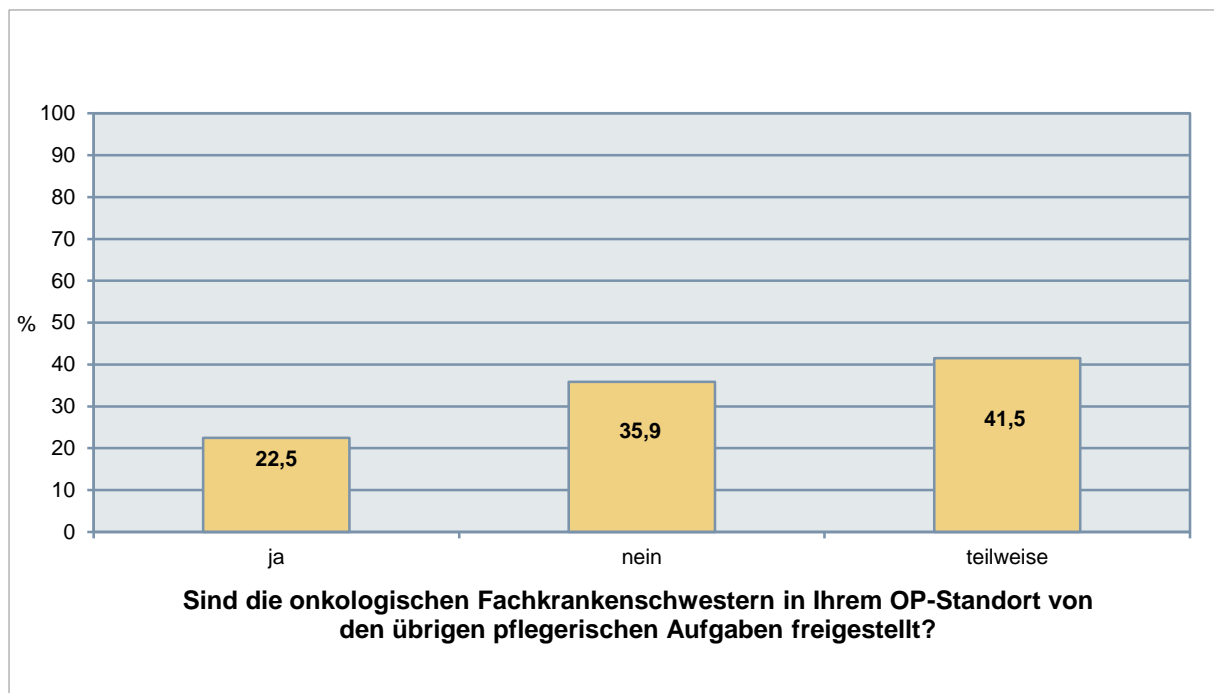


Abbildung 3: Freistellung onkologische Fachkrankenschwestern in gültigen Prozent (fehlende Angaben: 7)

Onkologische Fachkrankenschwestern – sofern beschäftigt – sind in 22,5 % der Häuser vollständig und in weiteren 41,5 % teilweise von übrigen pflegerischen Aufgaben entbunden (Abbildung 3).

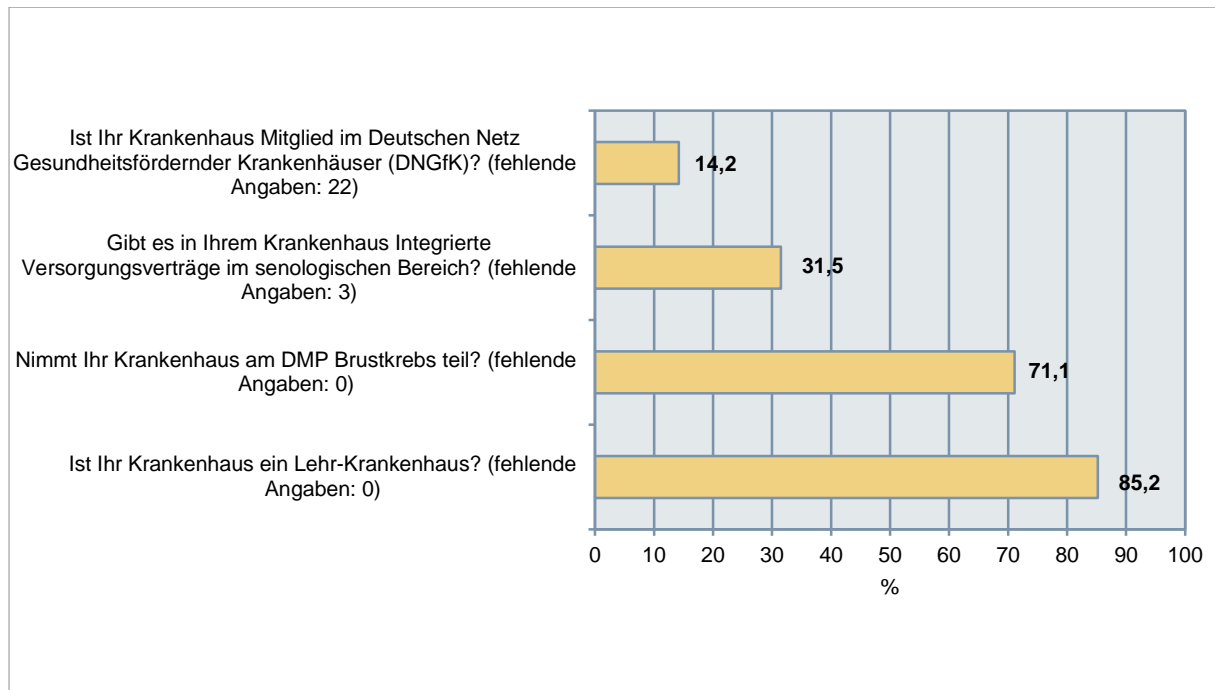


Abbildung 4: Lehr-Krankenhaus, DMP Brustkrebs, IV-Verträge und DNGfK (gültige Prozent)

Lehr-Krankenhäuser machen die große Mehrheit der teilnehmenden Krankenhäuser aus (Abbildung 4). 71 % der Krankenhäuser nehmen am DMP Brustkrebs teil, während knapp ein Drittel an Integrierten Versorgungsverträgen beteiligt ist. 14 % der Krankenhäuser sind Mitglieder im Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Zu beachten ist der relativ hohe Anteil fehlender Angaben bei dieser Frage (N=22).

3.3. Einbeziehung und Information der Patienten

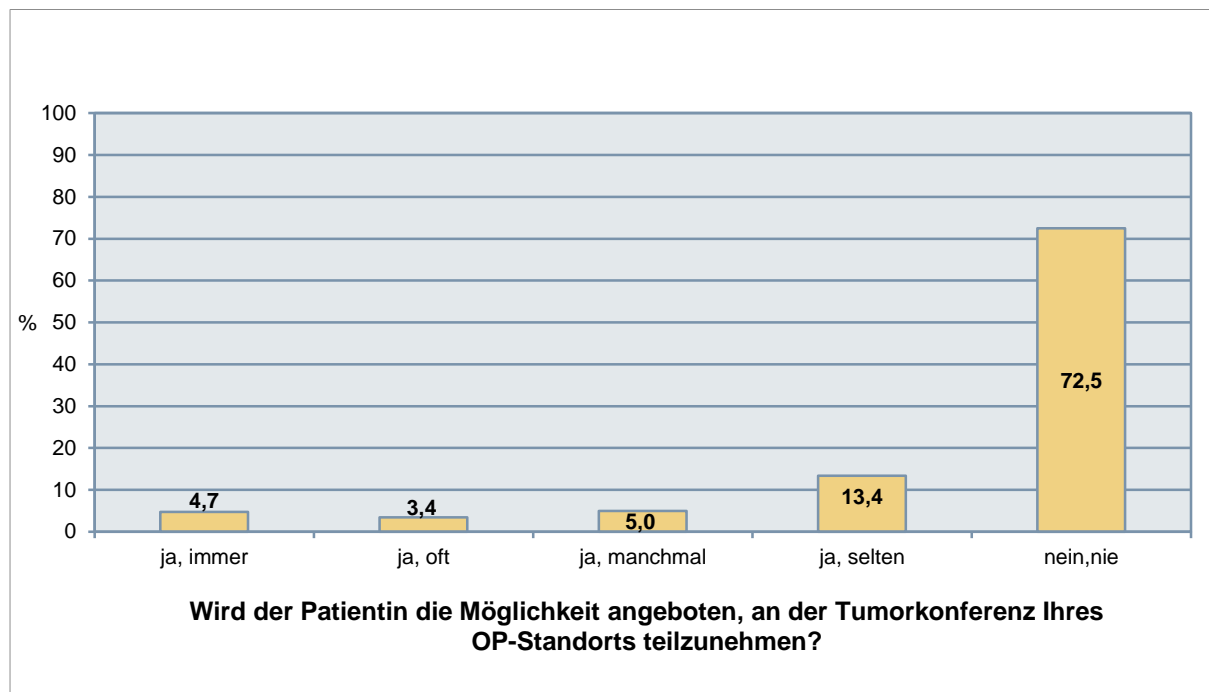


Abbildung 5: Möglichkeit zur Teilnahme an Tumorkonferenzen in gültigen Prozent (fehlende Angaben: 0)

Abbildung 5 ist zu entnehmen, ob den Patienten in den OP-Standorten das Angebot gemacht wird, an den Tumorkonferenzen teilzunehmen. In knapp fünf Prozent der Häuser ist dies immer der Fall, in 72,5 % nie.

Tabelle 6: Patienteninformationen (gültige Prozent)

In welcher Form werden Informationen über das Brustkrebszentrum an die Patientinnen weitergegeben? (Mehrfachnennungen möglich)	nein	ja	keine Angabe
Informationsmappe	16,1	83,9	0
Informationsveranstaltung	34,2	65,8	0
Homepage	22,1	77,9	0
Flyer	19,5	80,5	0
Gar nicht	100	0	0

Aus Tabelle 6 ist zu entnehmen, dass alle OP-Standorte ihren Patienten Informationen über das Brustkrebszentrum zur Verfügung stellen. In jeweils mehr als drei Viertel der Häuser kommen Informationsmappen, Flyer und Informationen auf der Webseite zum Einsatz. Außerdem finden in der weit überwiegenden Mehrheit der Häuser Informationsveranstaltungen für Patienten und deren Angehörige statt (Tabelle 7).

Tabelle 7: Patienteninformationen II (gültige Prozent)

	Ja, regelmäßig	Ja, unregelmäßig	nein	keine Angabe
Gibt es in Ihrem OP-Standort Informationsveranstaltungen / Informationstage für Patientinnen mit Brustkrebs?	81,2	18,1	0,7	0
Gibt es in Ihrem OP-Standort Informationsveranstaltungen / Informationstage für Angehörige der Patientinnen mit Brustkrebs?	67,6	18,2	14,2	1
Werden in Ihrem OP-Standort Informationsmaterialien zum Thema Brustkrebs bereitgestellt?	99,3	0,7	0	2
Wird in Ihrem OP-Standort der Zugang für Patientinnen mit Brustkrebs zu Selbsthilfegruppen sichergestellt?	97,9	1,4	0,7	3

Informationsmaterialien für Patienten werden in einigen Häusern auch in anderen Sprachen als Deutsch (100 %) zur Verfügung gestellt, darunter Türkisch (29,5 % der Häuser) und Englisch (25,5 %) (Abbildung 6).

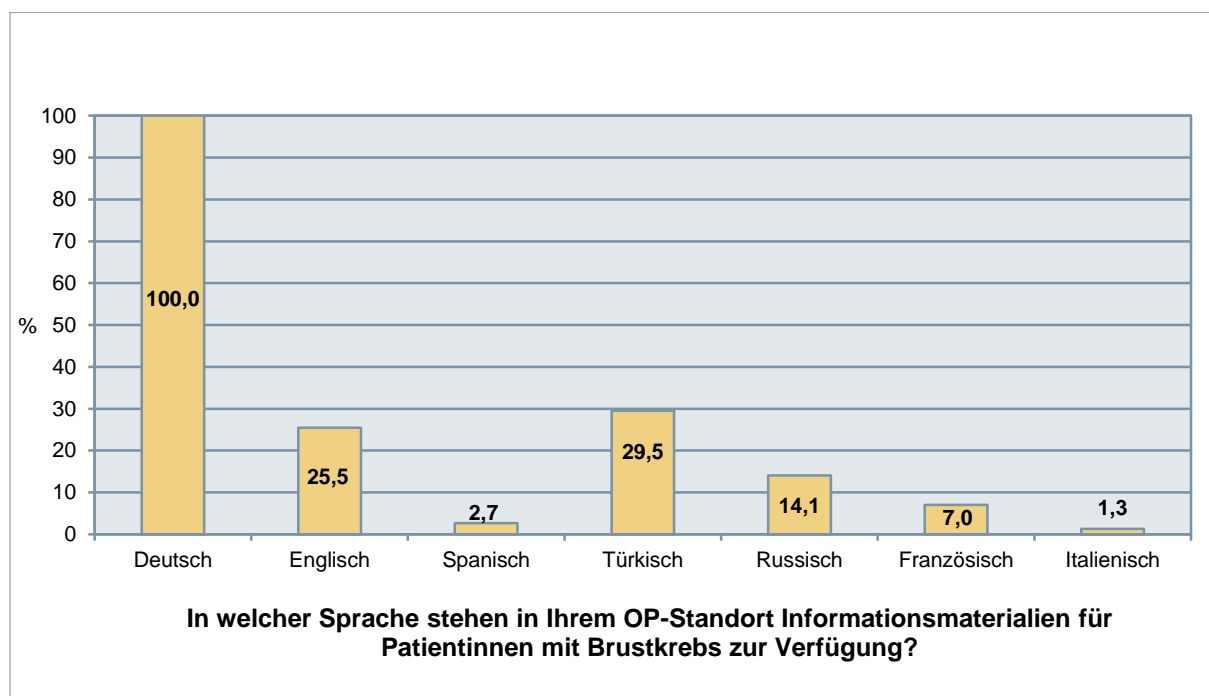


Abbildung 6: Angebot verschiedensprachiger Informationsmaterialien in gültigen Prozent (fehlende Angaben: 0)

3.4. Kooperation mit den einweisenden Ärzten

Tabelle 8: Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten (gültige Prozent)

	Ja, regelmäßig	Ja, unregelmäßig	nein	keine Angabe
Gibt es in Ihrem Brustkrebszentrum Informationsveranstaltungen für Ihre einweisenden Ärzte?	81,9	16,8	1,3	0
Gibt es in Ihrem Brustkrebszentrum Treffen zur Fortbildung für Ihre einweisenden Ärzte?	81,9	17,4	0,7	0
Gibt es in Ihrem Brustkrebszentrum Arbeitstreffen mit Ihren einweisenden Ärzten, z. B. um Probleme zu besprechen?	38,9	40,9	20,1	0
Erhalten die einweisenden Ärzte Kopien der Befunde / Entlassungsberichte der Patientinnen mit Brustkrebs?	98,7	0	1,3	0
Werden die Befunde, die Therapie und die Nachsorge der Patientinnen mit den einweisenden Ärzten persönlich besprochen?	12,1	60,4	27,5	0
Wird der OP-Bericht dem einweisenden Arzt zugestellt?	72,3	11,5	16,2	1

In fast allen OP-Standorten erfolgt der Kontakt mit niedergelassenen Ärzten über Informationsveranstaltungen und Fortbildungen (Tabelle 8). Zusätzlich gibt es in je ca. 40 % der OP-Standorte regelmäßige bzw. unregelmäßige Arbeitstreffen mit einweisenden Ärzten. In fast allen OP-Standorten erhalten die einweisenden Ärzte Kopien der Befunde / Entlassungsberichte der Patientinnen mit Brustkrebs und in knapp drei Viertel der OP-Standorte wird der OP-Bericht dem einweisenden Arzt regelmäßig zugestellt. In 27,5 % der OP-Standorte werden die Befunde, die Therapie und die Nachsorge der Patientinnen mit den einweisenden Ärzten nicht persönlich besprochen.

3.5. Qualitätszirkel mit den Hauptkooperationspartnern

Die in den Tabellen 9 bis 11 dargestellten Fragen sind dem *Governance, Leadership, and Clinical Care Survey* der Harvard University (Jha & Epstein 2010) entlehnt und auf die Situation in den DKG-zertifizierten Brustkrebszentren mit Qualitätszirkeln mit den Hauptkooperationspartnern angepasst worden. In den Qualitätszirkeln mit den Hauptkooperationspartnern steht die qualitative Leistung deutlich häufiger auf der Tagesordnung als die finanzielle Leistung (Tabelle 9).

Tabelle 9: Themen im Qualitätszirkel mit den Hauptkooperationspartnern (gültige Prozent)

Wie häufig...	Bei jeder Sitzung	Bei den meisten Sitzungen	Bei einigen Sitzungen	Bei nur wenigen Sitzungen	Niemals	keine Angabe
...stehen finanzielle Themen auf der Tagesordnung des Qualitätszirkels mit den Hauptkooperationspartnern?	0	6,8	23,6	56,8	12,8	1
...steht die qualitative Leistung auf der Tagesordnung des Qualitätszirkels mit den Hauptkooperationspartnern?	39,6	44,3	14,1	2,0	0	0

Auch bezüglich der im Jahresverlauf veranschlagten Zeit dominieren Fragen der Qualität und Patientensicherheit diejenigen der Finanzen in den Qualitätszirkeln mit den Hauptkooperationspartnern (Tabelle 10).

Tabelle 10: Themen im Qualitätszirkel mit den Hauptkooperationspartnern II (gültige Prozent)

	10 % oder weniger	11 % bis 20 %	21 % bis 30 %	31 % bis 40 %	Mehr als 40 %	keine Angabe
Wie viel Prozent der Zeit wird im Jahresverlauf bei Sitzungen des Qualitätszirkels mit den Hauptkooperationspartnern für finanzielle Themen üblicherweise verwendet?	78,8	14,4	4,1	2,7	0	3
Wie viel Prozent der Zeit wird im Jahresverlauf bei Sitzungen des Qualitätszirkels mit den Hauptkooperationspartnern für das Thema Qualität und Patientensicherheit üblicherweise verwendet?	2,7	14,2	26,4	14,2	42,6	1

Tabelle 11: Themen im Qualitätszirkel mit den Hauptkooperationspartnern III (gültige Prozent)

Wie häufig werden die folgenden Aspekte durch den Qualitätszirkel mit den Hauptkooperationspartnern überprüft?	Vierteljährlich oder häufiger	Mindestens einmal im Jahr	Weniger als einmal im Jahr oder nie	keine Angabe
Im Krankenhaus erworbene Infektionen	17,6	58,1	24,3	1
Medikationsfehler	15,5	49,3	35,1	1
Ergebnisse des Kennzahlenbogens	14,1	83,9	2,0	1
Qualitätsindikatoren der BQS/AQUA	13,4	75,2	11,4	0
Patientenzufriedenheit	20,8	75,8	3,4	0

Mindestens einmal im Jahr werden in je über 95 % der Häuser die Ergebnisse des Kennzahlenbogens und die Patientenzufriedenheit überprüft. Medikationsfehler und im Krankenhaus erworbene Infektionen werden hingegen bei 35 % bzw. 24 % der OP-Standorte weniger als einmal im Jahr durch den Qualitätszirkel mit den Hauptkooperationspartnern überprüft (Tabelle 11).

3.6. Beurteilung des Brustkrebszentrenkonzepts und Veränderungen seit dessen Einführung

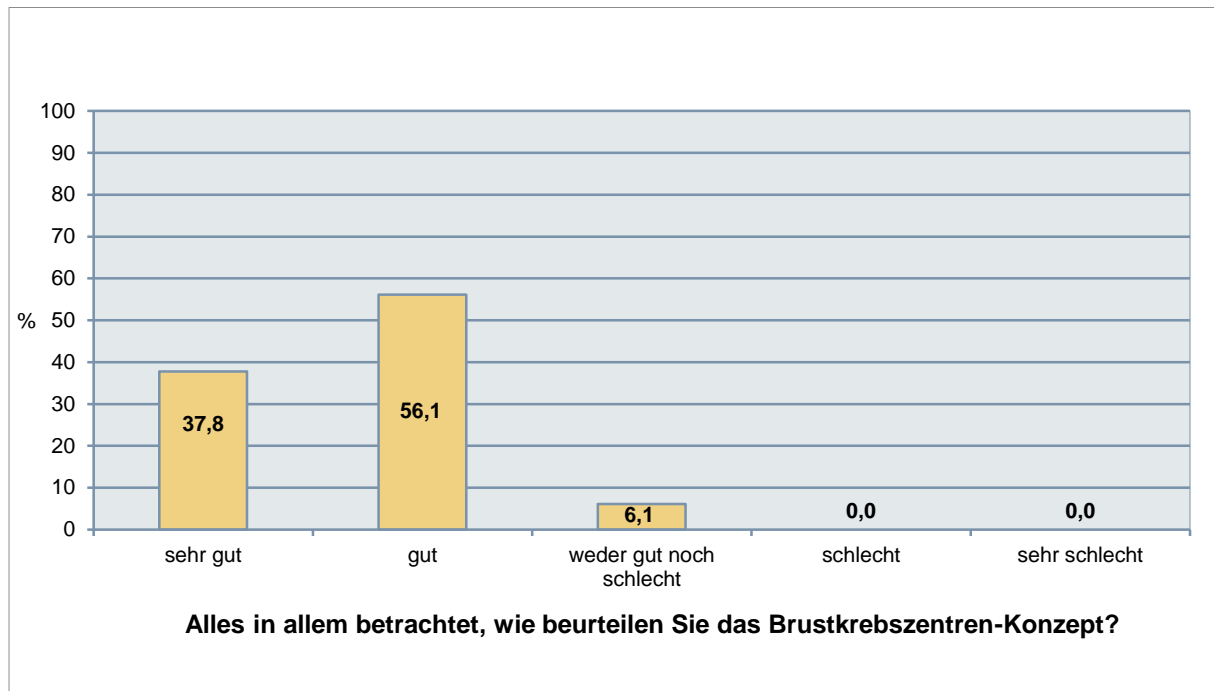


Abbildung 7: Beurteilung Brustkrebszentren-Konzept (gültige Prozent)

Knapp 95 % der Befragten beurteilt das Brustkrebszentrenkonzept (sehr) gut (Abbildung 7).

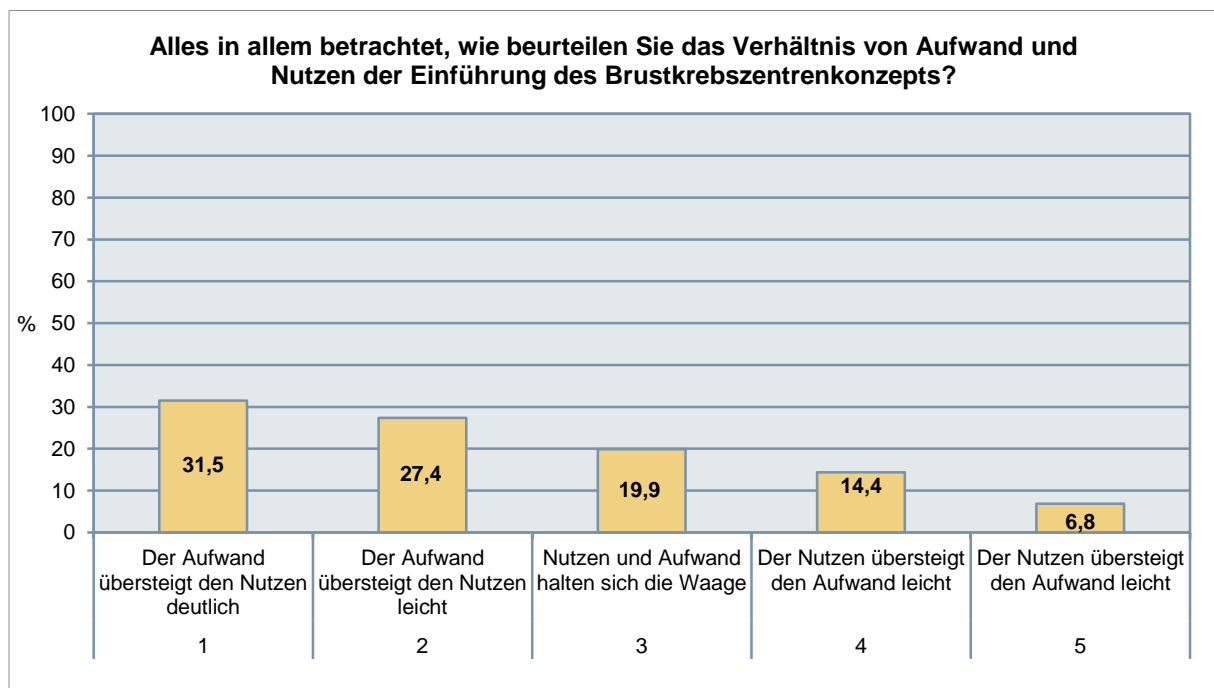


Abbildung 8: Beurteilung Verhältnis von Aufwand und Nutzen (gültige Prozent)

Knapp 60 % der Befragten sehen den Aufwand zur Einführung des Brustkrebszentrenkonzepts dessen Nutzen überwiegen (Abbildung 8).

Tabelle 12: Beurteilung von Entwicklungen seit Einführung der Brustkrebszentren (gültige Prozent)

	sehr verbessert	etwas verbessert	unverändert	etwas verschlechtert	sehr verschlechtert	keine Angabe
Wie hat sich die Versorgungsqualität der Patientinnen mit primärem Mammakarzinom in Ihrem Brustkrebszentrum seit Einführung der Brustkrebszentren insgesamt verändert?	44,9	44,9	10,2	0	0	2
Wie hat sich die Versorgungsqualität der Patientinnen mit primärem Mammakarzinom seit Einführung der Brustkrebszentren in Deutschland insgesamt verändert?	45,6	50,3	4,1	0	0	2
Wie hat sich die wirtschaftliche Situation Ihres OP-Standorts seit Einführung der Brustkrebszentren verändert?	5,6	18,8	46,5	24,3	4,9	5
Wie hat sich das Ansehen Ihres OP-Standorts seit Einführung der Brustkrebszentren verändert?	33,8	45,3	20,9	0	0	1
Wie hat sich der Kontakt Ihres OP-Standorts zu niedergelassenen Ärzten seit Einführung der Brustkrebszentren verändert?	9,5	49,7	40,8	0	0	2
Wie hat sich die Kommunikation Ihres OP-Standorts mit der Krankenhausleitung seit Einführung der Brustkrebszentren verändert?	6,9	39,3	49,7	3,4	0,7	4
Wie hat sich das Betriebsklima in Ihrem OP-Standort seit Einführung der Brustkrebszentren verändert?	5,5	32,2	56,2	5,5	0,7	3
Wie hat sich die Qualität der psychologischen Betreuung Ihres OP-Standorts seit Einführung der Brustkrebszentren verändert?	61,5	31,8	6,8	0	0	1
Wie hat sich die Qualität der Tumorkonferenzen Ihres OP-Standorts seit Einführung der Brustkrebszentren verändert?	55,1	32,0	12,2	0,7	0	2

Die Mehrheit der Befragten sieht Verbesserungen in der Versorgungsqualität von Brustkrebspatientinnen sowohl im eigenen Brustkrebszentrum als auch allgemein in Deutschland (Tabelle 12), keiner beobachtet eine Verschlechterung. Auch hinsichtlich des Ansehens des Zentrums, der psychoonkologischen Betreuung und der Qualität der Tumorkonferenz werden von der weit überwiegenden Mehrheit Verbesserungen wahrgenommen. Weniger deutlich werden die Verbesserungen hinsichtlich des Betriebsklimas, der Kommunikation mit den niedergelassenen Ärzten und der Krankenhausleitung bewertet, für knapp 30 % der OP-Standorte ergab sich zudem eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation.

3.7. Fazit

Es ergibt sich auf der Grundlage der hier vorgelegten Auswertungen ein überwiegend positives Bild hinsichtlich Akzeptanz und Umsetzung des Brustkrebszentrenkonzepts. Im Hinblick auf Verbesserungen der Versorgungsqualität genießt das Konzept unter den befragten Schlüsselpersonen eine hohe Zustimmung. Kritisch beurteilt wird dagegen der Aufwand, der durch die Einführung der Brustkrebszentren entsteht. So bewertet über die Hälfte der Befragten den Aufwand höher als den Nutzen der Einführung, während das Konzept insgesamt fast durchgehend als (sehr) gut bewertet wird. Eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation wird in immerhin 30 % der OP-Standorte seit Einführung des Brustkrebszentrenkonzepts wahrgenommen.

Deutlich wird zudem, dass zahlreiche Anforderungen zur Zertifizierung erfüllt werden, darunter die Zahl der in der Tumorkonferenz zu besprechenden Patienten, die Rate der brusterhaltenden Therapie sowie die Ausstattung mit onkologischen Fachkrankenpflegerinnen. In den Qualitätszirkeln mit den Hauptkooperationspartnern nehmen Themen zu Qualität und Patientensicherheit erfreulicherweise mehr Raum ein als finanzielle Themen.

Sehr positiv fällt zudem auf, dass in annähernd allen Zentren mindestens einmal pro Jahr, teilweise auch vierteljährlich die Ergebnisse des Kennzahlenbogens und die Ergebnisse der Patientenzufriedenheit diskutiert werden. Als Kennzahlen in dem Kennzahlenbogen zusammengefasst sind die Empfehlungen der evidenzbasierten Leitlinie, die Anforderungen an die interdisziplinäre Zusammenarbeit, aber auch die Anforderungen an die persönliche Expertise der Leistungserbringer. Die Hauptbehandlungspartner in einem Zentrum diskutieren ihre konkreten Ergebnisse somit interdisziplinär, können Stärken und Schwächen ihres Zentrums identifizieren und so

gezielte Maßnahmen für eine Qualitätsverbesserung umsetzen. Dass die Zentren zudem die Rückmeldungen der Patientinnen für ihre interdisziplinäre Diskussion in den Qualitätszirkeln nutzen und daraus gegebenenfalls Verbesserungspotential oder auch positive Bestätigung ableiten können, ist eine sehr überzeugende Umsetzung des Konzepts der zertifizierten Brustkrebszentren in den klinischen Alltag.

4. Literaturverzeichnis

1. Ärztekammer Westfalen-Lippe (2009): Verfahren für die Zertifizierung von Brustzentren in NRW.
2. Brucker S, Krainick U, Bamberg M, Aydeniz B, Wagner U, du Bois A, Clausen C, Kreienberg R & Wallwiener D (2003): Brustzentren: Rationale, funktionelles Konzept, Definition und Zertifizierung. *Der Gynäkologe* 36; 10: S. 862-877.
3. Freise DC (2003): Methodische Aspekte der Durchführung von Patientenbefragungen. In H Pfaff et al. (Hrsg.): *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*, Asgard-Verl., Sankt Augustin, S. 29-50.
4. Jha A & Epstein A (2010): Hospital governance and the quality of care. *Health Affairs* 29; 1: S. 182-187.
5. Kreienberg R, Kopp I, Albert U, Bartsch HH, Beckmann MW, Berg D, Bick I, du Bois A, Budach W, Dunst J, Engel J, Ernst B, Geraedts M, Henschler U, Hölzel D, Jackisch C, König K, Kreipe H, Kühn T, Lebeau A, Leinung S, Link H, Lück H-J, Madjar H, Maiwald A, Maiwald G, Marschenr N, Marx M, von Minckwitz G, Naß-Griegoleit I, Possinger K, Reiter A, Sauerbrei W, Schlake W, Schmutzler R, Schreier I, Schulte H, Schulz K-D, Souchon R, Thomssen C, Untch M, Wagner U, Weis J & Zemmler T (2008): *Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms*. Zuckschwerdt Verl., Germering / München.
6. Petermann S (2005): Rücklauf und systematische Verzerrungen bei postalischen Befragungen: Eine Analyse der Bürgerumfrage Halle 2003. *ZUMA-Nachrichten* 57; 29: S. 56-78.

7. Rousseau DM (1990): Assessing organizational culture: The case of multiple methods. In B Schneider (Hrsg.): Organizational climate and culture, Jossey-Bass Pub., San Francisco, CA, S. 153-192.

5. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Art der Trägerschaft in gültigen Prozent.....	6
Abbildung 2: Case Manager / Patientinnenlotse / Navigator in gültigen Prozent.....	8
Abbildung 3: Freistellung onkologische Fachkrankenschwestern in gültigen Prozent	10
Abbildung 4: Lehr-Krankenhaus, DMP Brustkrebs, IV-Verträge und DNGfK.....	11
Abbildung 5: Möglichkeit zur Teilnahme an Tumorkonferenzen in gültigen Prozent.....	12
Abbildung 6: Angebot verschiedensprachiger Informationsmaterialien in gültigen Prozent...	14
Abbildung 7: Beurteilung Brustkrebszentren-Konzept.....	18
Abbildung 8: Beurteilung Verhältnis von Aufwand und Nutzen	18

6. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rücklauf.....	4
Tabelle 2: Übersicht über angeschriebene Krankenhäuser und deren gleichzeitige Teilnahme an der Patientenbefragung 2010 und der Mitarbeiterbefragung.....	5
Tabelle 3: Merkmale der Schlüsselpersonen	5
Tabelle 4: Ausgewählte Krankenhausmerkmale: Mittelwerte, Minimum, Maximum, Standardabweichung, Median	7
Tabelle 5: Umsetzung ausgewählter Struktur- und Prozessmerkmale (gültige Prozent)	9
Tabelle 6: Patienteninformationen	13
Tabelle 7: Patienteninformationen II	13
Tabelle 8: Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten	15
Tabelle 9: Themen im Qualitätszirkel mit den Hauptkooperationspartnern	16
Tabelle 10: Themen im Qualitätszirkel mit den Hauptkooperationspartnern II	16
Tabelle 11: Themen im Qualitätszirkel mit den Hauptkooperationspartnern III	17
Tabelle 12: Beurteilung von Entwicklungen seit Einführung der Brustkrebszentren	19