

Krankenhaus-Report 2008/2009

„Versorgungszentren“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2009

Auszug Seite 101-114



8	Psychoziale Interaktionsqualität aus Patientenperspektive in den NRW-Brustzentren.....	101
	<i>Petra Steffen, Oliver Ommen, Nicole Ernstmann und Holger Pfaff</i>	
8.1	Einleitung	101
8.2	Methode	105
8.2.1	Stichprobe	105
8.2.2	Messinstrument.....	105
8.2.3	Analysen.....	106
8.3	Ergebnisse	107
8.4	Diskussion	109
8.5	Implikationen und weiterer Forschungsbedarf	111
8.6	Literatur.....	113

8 Psychosoziale Interaktionsqualität aus Patientenperspektive in den NRW-Brustzentren

Petra Steffen, Oliver Ommen, Nicole Ernstmann und Holger Pfaff

Abstract

Die psychosoziale Interaktionsqualität zwischen Ärzten bzw. Pflegekräften und Patienten ist ein wichtiger Aspekt der Versorgungsqualität von Brustzentren. Anhand empirischer Befragungsdaten (Rücklauf 88 %; n=3 285) wird aufgezeigt, dass die Patientinnen einzelne Bereiche der psychosozialen Interaktionsqualität in den NRW-Brustzentren wie die Unterstützung durch Ärzte oder Pflegekräfte insgesamt positiv bewerten. Ein Vergleich zwischen den Zentren auf aggregierter Ebene zeigt deutliche Unterschiede auf. Die psychosoziale Interaktionsqualität der NRW-Brustzentren weist damit bereits einen hohen Standard auf, den es jedoch zu halten und ggf. durch eine Verringerung der Zentren-Unterschiede sowie eine gezielte Ursachen-Analyse weiter auszubauen gilt.

The quality of psychosocial interaction between health personnel and patients is an important aspect of the quality of health care supply in breast centers. Empirical survey data show that patients evaluate individual areas of the quality of psychosocial interaction in the breast centers in North Rhine-Westphalia very positively, such as general support by physicians and nurses. However, a comparison between centers shows significant differences. The quality of psychosocial interaction of breast cancer patients in North Rhine-Westphalia already shows a high standard, but this standard should be kept up and if necessary enhanced by means of a specific cause analysis, while the differences between centers should be reduced.

8.1 Einleitung

In Deutschland erkranken jährlich über 47 500 Frauen an Brustkrebs. Damit ist diese Erkrankung die häufigste Krebserkrankung bei jüngeren Frauen (Geraedts 2006), wobei die relative 5-Jahres-Überlebensrate bei Brustkrebs insgesamt bei 76 % liegt. In der EURO-CARE-Studie nimmt Deutschland im europäischen Vergleich Rang 8 unter 17 Ländern ein (Sant et al. 2003). Im Zeitraum zwischen der EURO-CARE-1- und der EURO-CARE-2-Studie stiegen die Überlebensraten in Europa um 4,5 %, in Deutschland jedoch lediglich um 3,7%. Die Tatsache, dass die Mortalität nicht im gleichen Maße wie im Ausland gesenkt werden konnte, erforderte ein gesundheitspolitisches und klinisch-wissenschaftliches Umdenken (Brucker et al. 2003), dessen Resultat u. a. die Einrichtung von Brustzentren ist.

Die Einführung von Brustzentren hat sich international bereits etabliert und steht im Einklang mit den Erkenntnissen der „European Society of Mastology“ (EUSOMA). Seit Mitte der 1990er Jahre entwickelt die EUSOMA auf Basis von wissenschaftlichen Studien Richtlinien für die Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms, die sie im Jahr 2000 zusammenfassend in einem Anforderungskatalog an Brustzentren veröffentlicht hat (EUSOMA 2000).

Die Brustzentrenzertifizierung hat in Deutschland vor ca. fünf Jahren eingesetzt. Auf Bundesebene besteht die Möglichkeit sich nach den Richtlinien der EUSOMA, die eine Zentralisierung der Brustkrebsbehandlung in spezialisierten Krankenhausabteilungen zum Ziel haben, akkreditieren zu lassen. Darüber hinaus ist es seit dem Jahr 2003 möglich, sich nach den gemeinsamen Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) zertifizieren zu lassen. Auf Landesebene ist in Nordrhein-Westfalen keine „freiwillige“, sondern eine verpflichtende Brustzentrenzertifizierung vorgegeben, wobei das Land die normgebende Instanz ist. Auf diese Weise soll in NRW zum einen eine flächendeckende, gleichen Standards und Leitlinien unterliegende Versorgung gesichert werden. Zum anderen soll der „wachsenden Zahl selbsternannter Brustzentren ohne einheitliche Qualitätskriterien“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2006, S. 12), die sich oftmals lose zusammenschließen und ohne einheitliche externe Qualitätsstandards (weiter)arbeiten (Schmalenberg 2005), entgegengewirkt werden.

Die Zertifizierungskriterien auf Landes- und Bundesebene haben das Ziel, durch Zentralisierung, Spezialisierung, Interdisziplinarität, umfassendes Qualitätsmanagement und fortlaufende Zertifizierung die Versorgung der Brustkrebspatientinnen zu verbessern. Dabei orientieren sich beide Verfahren stark an den EUSOMA-Kriterien und ähneln sich in vielen Punkten. So sind in beiden Anforderungskatalogen u. a. Mindestmengen für Operationen pro Brustzentrum sowie pro Operateur festgeschrieben, wie sie die EUSOMA vorgibt.

Diese Forderungen nach Zentralisierung und Spezialisierung sind in verschiedenen Studien – auch für andere Indikationen – untersucht worden. Insgesamt konnte ein Zusammenhang zwischen hohem Operationsaufkommen und Senkung des Mortalitätsrisikos nachgewiesen werden (Brucker 2005 et al.; Skinner et al. 2003). Es hat sich u. a. gezeigt, dass das Mortalitätsrisiko von Brustkrebspatientinnen in Krankenhäusern mit mehr als 150 Operationen pro Jahr signifikant gesenkt werden kann (Roohan et al. 1998). Des Weiteren konnte belegt werden, dass sich die Spezialisierung der Ärzte positiv auf das Überleben der erkrankten Frauen sowie auf die Zufriedenheit mit der Einbeziehung in die Behandlung (Waljee et al. 2007) auswirkt. Gillis et al. (1996) weisen z. B. nach, dass die 5-Jahres-Überlebensrate bei Patientinnen, die von einem Spezialisten in einem interdisziplinären Team behandelt wurden, höher war als bei Patientinnen, die von keinem Spezialisten behandelt wurden. Einen signifikanten Zusammenhang zwischen Operationszahl pro Operateur und Jahr und der Verbesserung der 5-Jahres-Überlebensrate konnten auch Sainsbury et al. (1995) aufzeigen.

Die mit Einführung der Brustzentren festgesetzten Mindestmengen an Operationen werden jedoch nicht nur positiv beurteilt. So merkt z. B. Geraedts (2006, S. 165) kritisch an, dass die empirischen Erkenntnisse zu Mindestmengen zu unzureichend sind, „um die exakte Lage einer Grenze festzulegen, ab der Krankenhäuser oder Operateure an der Brustkrebschirurgie teilnehmen können sollten.“ Schmalen-

berg (2005) kritisiert des Weiteren, dass die Mindestmengen, die von der EUSOMA festgelegt wurden, nicht evidenzbasiert sind. Zudem wird bemängelt, dass es wenig Studien gibt, in denen die Zusammenhänge speziell für Brustkrebspatientinnen untersucht wurden (Geraedts 2006; Schmalenberg 2005). Oftmals beziehen sich die genannten Mindestmengen auf andere Indikationen. Zudem wird angemerkt, dass Mindestmengen insbesondere bei seltenen Eingriffen oder Hochrisikoperationen einen Überlebensvorteil mit sich bringen (Birkmeyer et al. 2002).

Du Bois et al. (2003) weisen auf die oft nur mangelnde Datenqualität hin, um Rückschlüsse von Strukturmerkmalen wie der Spezialisierung der Ärzte auf die Versorgungsqualität ziehen zu können. Die Autoren selbst können zwar einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl der Operationen pro Krankenhaus und der Rate brusterhaltender Operationen bei Kliniken mit 100 und mehr Operationen pro Jahr für Hessen aufzeigen. Die Autoren schränken die Aussagekraft ihrer Ergebnisse jedoch ein, da sie bei der Analyse keine medizinischen Parameter zur Kontrolle heranziehen konnten. Im Hinblick auf die geforderten Mindestmengen wird zudem vielfach diskutiert, dass die Anzahl der Operationen nur ein Anhaltspunkt für die Versorgungsqualität ist, der ohne Berücksichtigung weiterer Parameter wenig aussagekräftig ist (Schmalenberg 2005; du Bois et al. 2003). So betonen auch Sainsbury et al. (1995), dass der von ihnen aufgezeigte Überlebensvorteil nicht nur von der Erfahrung des Operateurs, sondern auch von der interdisziplinären Zusammenarbeit abhängt.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil der verschiedenen Zertifizierungsverfahren. So gibt das Zertifizierungsverfahren in NRW u. a. vor, dass alle notwendigen Kernleistungen (Operation, bildgebende Diagnostik, Strahlentherapie, Pathologie, Onkologie) interdisziplinär erbracht werden müssen. Dabei können die Leistungen im Zusammenschluss mit mehreren Einrichtungen erfolgen, wobei die Kernleistungen zentral an einem Standort erbracht werden müssen. Als einzige Ausnahme gelten die Operationen, die auf verschiedene Standorte verteilt werden können.

Neben den Mindestmengen wird an dem Brustzentrenkonzept häufig kritisiert, dass eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung nicht dauerhaft gesichert ist, da die Gefahr besteht, dass die Brustkrebsversorgung auf wenige regional begrenzte Zentren beschränkt wird (Finlayson et al. 2003). Für NRW wurden die Krankenhäuser so ausgewählt, dass eine ausreichende Wohnortnähe für die Patientinnen gewährleistet ist. Speziell am NRW-Verfahren wird oftmals kritisiert, dass die Verknüpfung von Brustzentren an den Krankenhausplan den Wettbewerb zwischen den Brustzentren minimiert (Schmalenberg 2005).

Insgesamt werden die aktuellen Maßnahmen jedoch als mögliche Schritte zur Qualitätsverbesserung in der Brustkrebsversorgung begrüßt, die konsequent weiter verfolgt und ausgebaut werden müssen (Brucker et al. 2005; Schmalenberg 2005; du Bois et al. 2003). Hierbei nennen du Bois et al. (2003, S. 750) in erster Linie „die Weiterentwicklung der Leitlinien, der Qualitätssicherungsinstrumente unter Einbeziehung patientinnenorientierter Endpunkte, wie Lebensqualität und Zufriedenheit, und der kontinuierlichen Evaluation der Effekte und des Implementierungsgrades dieser Maßnahmen“.

Darüber hinaus wird oftmals gefordert, dass die Krankenhäuser klinische Studien durchführen sollen, da dies häufig mit einem besseren Outcome der Patientin

assoziiert ist (Brucker et al. 2005). Diese geforderte Beteiligung an Studien ist in allen Zertifizierungsverfahren ein relevanter Eckpunkt. Des Weiteren ist eine regelmäßige (Re-)Zertifizierung sowie die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen vorgesehen. Ziel der Qualitätsmanagementsysteme ist es u. a., durch Prozess- und Kundenorientierung sowie kontinuierliche Organisationsentwicklung eine Qualitätssteigerung zu erreichen. Das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung werden im Zertifizierungsprozess durch unabhängige Institutionen überprüft.

In allen Zertifizierungsverfahren sind somit – trotz der aufgezeigten Kritikpunkte – verschiedene Anforderungen vorgegeben, die zu einer Steigerung der Versorgungsqualität für die Brustkrebspatientinnen beitragen können. Neben der Forderung die Effizienz und Effekte dieser Kriterien kontinuierlich zu überprüfen wird nahe gelegt, bei der Beurteilung der Versorgungsqualität nicht nur medizinisch-technische Indikatoren zu betrachten. In NRW ist u. a. auch die systematische und umfassende Information der Patientin sowie eine Einbeziehung in alle Therapieentscheidungen ein wesentliches Merkmal des Anforderungskatalogs. Dieses Ideal entspricht dem Leitbild einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Interaktion, wobei insgesamt davon ausgegangen wird, dass die Einbindung des Patienten in den Behandlungsprozess und die Aktivierung des Patienten einen positiven Effekt auf die Mitwirkung am Heilungsprozess haben (Härter/Loh 2005; Scheibler 2004; Scheibler et al. 2003a; Scheibler et al. 2003b; Charles et al. 1997).

So stellt Pfaff (2003) in seinem „Konzept der unterstützenden Versorgung“ die These auf, dass die medizinische Versorgung insbesondere dann Gesundheit und Lebensqualität fördern kann, wenn eine gute Beziehung zwischen Versorgendem und Patient gegeben ist. Dies kann z. B. durch eine gelingende, auf Vertrauen und Menschlichkeit basierende Arzt-Patient-Kommunikation (Ommen et al. 2006; Möller-Leimkühler et al. 2002) sowie eine positiv erlebte Beziehung zum Pflegepersonal (Newman et al. 2001) erzielt werden (Steffen 2004; Crow et al. 2002). Darüber hinaus ist die Erbringung konkreter unterstützender psychosozialer Leistungen wie z. B. Informationen zentral (Ommen et al. 2008; Pfaff 2003). Eine psychosozial unterstützende Interaktion zwischen Arzt und Patient ist zudem die Voraussetzung für eine adäquate Einbeziehung des Patienten in die Behandlung.

Die Frage, ob die Patienten in die Behandlung einbezogen wurden und die medizinische Behandlung unterstützend war, können in erster Linie die an der Interaktion beteiligten Akteure und hier insbesondere die Patientinnen beantworten. Die Patientensicht kann und sollte aus unserer Sicht somit zur Beurteilung der Versorgungsqualität herangezogen werden.

In NRW besteht durch die landeseinheitliche Zertifizierung, zu deren Bestandteil eine verpflichtende, standardisierte jährliche Patientinnenbefragung gehört, die optimale Möglichkeit die Versorgungsqualität aus Patientinnenperspektive zu evaluieren. Aufgrund der zentralen Bedeutung der psychosozialen Interaktionsqualität im Versorgungsprozess wird in der vorliegenden Arbeit anhand empirischer Daten zum einen untersucht, wie sich diese insgesamt aus Patientinnensicht in den NRW-Brustzentren darstellt. Zum anderen wird aufgezeigt, inwiefern sich die Aspekte der psychosozialen Interaktionsqualität wie die Unterstützung durch Ärzte und Pflegekräfte in den einzelnen Brustzentren auf aggregierter Ebene unterscheiden.

8.2 Methode

8.2.1 Stichprobe

Im Rahmen des Zertifizierungsprozesses ist in NRW eine jährliche Patientinnenbefragung mit einem validen und für alle Zentren einheitlichen Fragebogen sowie Verfahren vorgesehen (Steffen et al. 2008). In der Zeit vom 01.02. bis 31.07.2007 wurden fortlaufend alle Patientinnen befragt, die stationär an einem primären Mammakarzinom operiert wurden. In die Studie wurden die Patientinnen eingeschlossen, die erstmals an Brustkrebs erkrankt waren und für die mindestens ein maligner Befund sowie mindestens eine postoperative Histologie vorlag.

In die Untersuchung wurden die Patientinnen aus allen zu diesem Zeitpunkt anerkannten 51 NRW-Brustzentren eingeschlossen. Die Strukturen der einzelnen Brustzentren unterscheiden sich dabei z. T. erheblich. So ist es z. B. möglich, die Kernleistung der Operationen eines Brustzentrums auf verschiedene Krankenhäuser zu verteilen. Zum Zeitpunkt der Studie existierten Brustzentren mit einem (n=16), mit zwei (n=25), mit drei (n=9) und mit vier (n=1) OP-Standorten. Insgesamt bestehen die 51 Brustzentren somit aus 97 OP-Standorten.

Die Patientinnen wurden im Krankenhaus kurz vor der Entlassung schriftlich um ihr Einverständnis zur Befragung gebeten. Das medizinische Personal hat bei Zustimmung der Patientin zur Befragung auf der Einverständniserklärung zusätzlich einige Angaben zur Schwere der Erkrankung wie z. B. zur Tumorgroße oder zur Art der Operation gemacht.

Allen Patientinnen, die zugestimmt hatten an der Befragung teilzunehmen (n=3 733), wurde nach Erhalt der Einverständniserklärung poststationär von der Abteilung Medizinische Soziologie der Uniklinik Köln der Fragebogen zugeschickt. Die Befragung erfolgte in Anlehnung an die Total Design Methode nach Dillman (1978) mit bis zu drei Anschreiben.

8.2.2 Messinstrument

Als Befragungsinstrument wurde der Kölner Patientinnenfragebogen für Brustkrebs (KPF-BK) eingesetzt, der auf dem Kölner Patientenfragebogen (KPF) basiert (Pfaff et al. 2004; Pfaff et al. 2003) und Skalen zu den unterschiedlichsten Krankenhausbereichen umfasst. Ergänzt wird der KPF-BK durch brustkrebsspezifische und soziodemographische Fragen sowie Fragen zur Lebensqualität und zum Gesundheitszustand.

Die Skalen des KPF bzw. KPF-BK setzen sich aus mindestens drei Items zusammen. Bei der Entwicklung des KPF wurden die Skalen mittels Faktorenanalysen auf ihre Konstruktvalidität getestet. Es wurde die Hauptkomponenten-Methode gewählt. Wenn mehrere Faktoren eine Dimension abbilden, erfolgte eine Varimax-Rotation. Zur Überprüfung der Reliabilität einer Skala wurde Cronbachs Alpha herangezogen. Dabei wurde gemäß den üblichen Standards ein Mindestwert für Cronbachs Alpha von 0,70 festgesetzt (Bagozzi 1980).

Die Items einer psychometrisch getesteten Skala wurden aufsummiert und durch die Anzahl der Items dividiert. Die Skalennamen sind jeweils so gewählt, dass ein hoher Wert (3 und 4) einer Übereinstimmung mit der inhaltlichen Bedeutung des

Tabelle 8–1

Übersicht über die untersuchten Skalen

Skala	Item-zahl	Beispiel-Item	Cronbachs Alpha
Unterstützung durch Ärzte	3	Die Ärzte unterstützten mich so, dass mir der Umgang mit meiner Krankheit leichter fiel	.92
Empathische Informationsvermittlung	4	Die Ärzte/Ärztinnen auf der Station erläuterten mir die weiteren Behandlungsschritte feinfühlig	.93
Patientenaktivierung durch Ärzte	5	Die Ärzte ermutigten mich, meine Meinung über die medizinische Behandlung zu äußern	.83
Unterstützung durch Pflegekräfte	3	Ich konnte mich auf die Pflegekräfte verlassen, wenn ich Probleme mit meiner Krankheit hatte	.92

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

8

Skalennamens und ein niedriger Wert (1 und 2) einer Nicht-Zustimmung dieser Bedeutung entspricht. So weist ein hoher Wert bei der „Unterstützung durch Ärzte“ beispielsweise auf eine unterstützende Arzt-Patient-Beziehung hin.

Bei den für diese Untersuchung ausgewählten Skalen des Kölner Patientenfragebogens für Brustkrebs (KPF-BK) werden Beurteilungsfragen eingesetzt (Antwortkategorien „stimme überhaupt nicht zu“, „stimme eher nicht zu“, „stimme eher zu“, „stimme voll und ganz zu“). In die Skalenbildung gehen jeweils nur die Fälle ein, die alle Items beantwortet haben.

Um darzustellen, inwiefern sich die psychosoziale Interaktionsqualität aus Patientinnensicht in den NRW-Brustzentren unterscheidet, werden verschiedene Skalen des KPF-BK herangezogen. Tabelle 8–1 gibt einen Überblick über die Skalen, die Gegenstand der Analysen sind. Das Cronbachs Alpha lag bei allen Skalen zwischen .83 und .93.

8.2.3 Analysen

Zur Beantwortung der Frage, wie sich die psychosoziale Interaktionsqualität aus Patientinnensicht in den NRW-Brustzentren insgesamt darstellt, wurden die Skalen des KPF-BK ausgewählt, die in Anlehnung an den aktuellen Forschungsstand als Kriterien einer unterstützenden Versorger-Patient-Beziehung sowie einer Einbeziehung in die Behandlung gelten können. Um der Frage nachzugehen, inwieweit sich die psychosoziale Interaktionsqualität aus Patientinnensicht in den NRW-Brustzentren unterscheidet, werden die Ergebnisse der verschiedenen Skalen auf aggregierter Ebene deskriptiv dargestellt. Dazu werden die Ergebnisse der Brustzentren pro Skala in Quartilen berichtet. Diese Darstellungsweise wurde zum einen gewählt, um den Datenschutzbestimmungen Rechnung zu tragen und zu gewährleisten, dass die erzielten Ergebnisse nicht einzelnen Brustzentren zugeordnet werden können. Zum anderen sind mögliche Unterschiede so schneller erfassbar. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden pro Skala nur die Ranges und Mittelwerte der Quartile im Vergleich abgebildet und es wird auf die Angabe der Konfidenzintervalle und der Fallzahlen verzichtet.

8.3 Ergebnisse

Von allen 51 in die Befragung einbezogenen Brustzentren wurden Einverständniserklärungen an die Abteilung Medizinische Soziologie der Universität zu Köln gesandt. Aus 94 der 97 operierenden Krankenhäuser sind Einverständniserklärungen eingegangen.

Von den $n = 3733$ angeschriebenen Patientinnen haben $n = 3285$ einen ausgefüllten Fragebogen zurückgesendet (Rücklauf: 88%). Es wurde aus jedem Brustzentrum mindestens ein Fragebogen zurückgeschickt, wobei die Fragebogenrückläufe pro Brustzentrum zwischen 12 und 128 differieren.

Das Durchschnittsalter der befragten Patientinnen lag bei 60 Jahren. Die jüngsten Patientinnen waren 27 Jahre und die ältesten 94 Jahre alt. Tabelle 8–2 gibt eine Übersicht über die wichtigsten Charakteristiken der Untersuchungsstichprobe.

Tabelle 8–3 fasst verschiedene Kennwerte der eingesetzten Skalen deskriptiv zusammen.

Tabelle 8–2

Stichprobenbeschreibung

Altersgruppen (keine Angabe: $n = 100$)	%	N
18 bis 29 Jahre	0,2	8
30 bis 39 Jahre	3,9	125
40 bis 49 Jahre	16,1	512
50 bis 59 Jahre	24,1	767
60 bis 69 Jahre	33,0	1 050
70 bis 79 Jahre	18,1	577
Über 80 Jahre	4,6	146
Schulabschluss (keine Angabe: $n = 174$)	%	N
Ohne (Volks-,) Hauptschulabschluss	4,7	146
(Volks-,) Hauptschulabschluss	50,5	1 571
Realschulabschluss (Mittlere Reife)	22,7	706
Polytechnische Oberschule	1,2	37
Fachhochschulreife	5,0	154
Hochschulreife/ Abitur	13,5	421
Anderer Schulabschluss	2,4	76
Tumorgroße (keine Angabe: $n = 110$)	%	N
Tis in situ	6,5	206
T1 \leq 2 cm	46,6	1 479
T2 > 2–5 cm	33,5	1 065
T3 > 5 cm	4,5	144
T4 Brustwand, Haut, entzündliches Karzinom	3,3	104
Sonstige Angaben	5,6	177

Tabelle 8–3

Merkmale der untersuchten Skalen

Skala	N ¹	MW ²	SD ³	Min ⁴	Max ⁵
Unterstützung durch Ärzte	3 149	3,56	.62	1	4
Empathische Informationsvermittlung	3 037	3,41	.80	1	4
Patientenaktivierung durch Ärzte	2 941	2,90	.72	1	4
Unterstützung durch Pflegekräfte	3 153	3,57	.61	1	4

¹ Anzahl der Antworten, ² Mittelwert, ³ Standardabweichung, ⁴ Minimum, ⁵ Maximum

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Die Ergebnisse der deskriptiven Analysen zeigen, dass die Patientinnen die einzelnen Aspekte der psychosozialen Interaktionsqualität insgesamt sehr positiv bewerten. Die „Unterstützung durch Pflegekräfte“ wird von den Patientinnen insgesamt am besten beurteilt, während die „Patientenaktivierung durch Ärzte“ im Vergleich am schlechtesten bewertet wird.

Tabelle 8–4 gibt Aufschluss über die Frage, ob und inwieweit sich die psychosoziale Interaktionsqualität in den Brustzentren aus Patientinnensicht unterscheidet. Dabei werden zum einen die Ranges und Gesamtmittelwerte pro Skala und zum anderen für die einzelnen Quartile dargestellt. Die Mittelwerte der einzelnen Quartile unterscheiden sich bei den untersuchten Skalen zum Teil deutlich.

Wie Tabelle 8–4 zu entnehmen ist, wird die „Unterstützung durch Ärzte“ im Mittel von den Patientinnen aller Brustzentren mit 3,56 bewertet. Der Mittelwert des am schlechtesten beurteilten Brustzentrums liegt bei 3,27, während der des am besten beurteilten Brustzentrums bei 3,82 liegt (Mittelwertunterschied: 0,55).

Die Beurteilung der „empathischen Informationsvermittlung“ aus Patientinnensicht variiert im Mittel in den Brustzentren zwischen 3,15 und 3,66 (Mittelwertunterschied: 0,51). Der Mittelwert aller Brustzentren liegt bei 3,41 (vgl. Tabelle 8–4).

Die „Patientenaktivierung durch Ärzte“ differiert nach Meinung der Patientinnen zwischen dem Mittelwert 2,50 und dem Mittelwert 3,20 (Mittelwertunterschied: 0,70) (vgl. Tabelle 8–4).

Tabelle 8–4

Range und Mittelwerte der untersuchten Skalen

Skala	Quartil 1	Quartil 2	Quartil 3	Quartil 4	Gesamt
	Range (MW)				
Unterstützung durch Ärzte	3,27–3,48 (3,38)	3,49–3,55 (3,51)	3,56–3,68 (3,60)	3,69–3,82 (3,73)	3,27–3,82 (3,56)
Empathische Informationsvermittlung	3,15–3,32 (3,26)	3,33–3,41 (3,38)	3,42–3,47 (3,45)	3,48–3,66 (3,55)	3,15–3,66 (3,41)
Patientenaktivierung durch Ärzte	2,50–2,77 (2,68)	2,78–2,88 (2,83)	2,89–3,02 (2,95)	3,03–3,20 (3,12)	2,50–3,20 (2,90)
Unterstützung durch Pflegekräfte	3,00–3,48 (3,36)	3,49–3,57 (3,53)	3,58–3,68 (3,65)	3,69–3,78 (3,72)	3,00–3,78 (3,57)

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Die „Unterstützung durch Pflegekräfte“ variiert aus Sicht der Patientinnen im Mittel zwischen 3,00 und 3,78 (Mittelwertunterschied: 0,78) (vgl. Tabelle 8–4).

Insgesamt wird die psychosoziale Interaktionsqualität aus Patientinnensicht in den Brustzentren sehr positiv bewertet. Die Darstellung der Ranges pro Skala sowie der Mittelwerte pro Quartil jeder Skala zeigt, dass die wahrgenommene Interaktionsqualität zwischen den Brustzentren deutlich variiert.

8.4 Diskussion

Mit der Einrichtung von Brustzentren wird das Ziel verfolgt, die Versorgungsqualität von Brustkrebspatienten langfristig zu steigern. Zur Beurteilung der Versorgungsqualität können verschiedene Indikatoren wie z. B. die Mortalitäts-, Morbiditätsrate oder auch die Zahl der brusterhaltenden Operationen herangezogen werden. Darüber hinaus kann die Güte der psychosozialen Interaktionsqualität Aufschluss über die Behandlungsqualität geben. So hebt Pfaff (2003) hervor, dass die medizinische Versorgung insbesondere dann Gesundheit und Lebensqualität fördern kann, wenn eine unterstützende Beziehung zwischen Versorgendem und Patient gegeben ist. Aus diesem Grund muss auch die subjektiv wahrgenommene Qualität, insbesondere die Qualität aus Sicht der Patienten, bei der Beurteilung der Versorgungsqualität berücksichtigt werden (Siebeneick et al. 2001).

In NRW besteht durch die landeseinheitliche Zertifizierung, deren Bestandteil eine jährliche Patientinnenbefragung ist, zum einen die Möglichkeit, die psychosoziale Interaktionsqualität in den Brustzentren aus Patientenperspektive anhand verschiedener Parameter zu bestimmen. Zum anderen ist es möglich darzustellen, inwiefern sich diese Aspekte der psychosozialen Interaktionsqualität zwischen den Brustzentren – auf Basis von Quartilen – unterscheiden. Beides wird anhand der Patientinnenbefragung 2007 in den NRW-Brustzentren untersucht.

Es zeigt sich hierbei, dass die verschiedenen Parameter, die zur Beurteilung der psychosozialen Interaktionsqualität herangezogen wurden, von den Patientinnen insgesamt sehr positiv bewertet werden. Bei der Bewertung der einzelnen Mittelwerte ist jedoch zu berücksichtigen, dass bisher noch kein etablierter Referenzwert existiert, ab wann ein Wert als überdurchschnittlich zu interpretieren ist. Von allen untersuchten Skalen werden die „Unterstützungsskalen“ am besten beurteilt. In den NRW-Brustzentren scheint somit zum Zeitpunkt der Befragung die Basis für eine unterstützende Beziehung zwischen den Versorgenden und den Patientinnen gegeben zu sein, die wiederum die Voraussetzung für eine vertrauensvolle psychosoziale Interaktion darstellt.

Das von Pfaff (2003) entwickelte „Konzept der unterstützenden Versorgung“ betont darüber hinaus die Notwendigkeit, dass in der Versorger-Patient-Interaktion konkrete unterstützende psychosoziale Leistungen wie z. B. die Patientinnen zu informieren erbracht werden. Die Bedeutung, die es für Patientinnen haben kann, umfassend informiert zu werden, wird von den Ärzten häufig unterschätzt (Griggs et al. 2007). So geben Patienten trotz einer hohen Gesamtzufriedenheit häufig an, dass sie mit den erhaltenen Informationen unzufrieden sind (Griggs et al. 2007; Kleeberg et al. 2005). Unbefriedigte Informationswünsche können jedoch mit einer

größeren Angst und größerem psychologischen Stress einhergehen (Griggs et al. 2007). Es ist daher entscheidend, dass die Patientinnen in adäquatem Umfang und auf adäquate Weise informiert werden. Die Skala „empathische Informationsvermittlung“ kann hierbei als Maß für die einfühlsame Vermittlung von Informationen herangezogen werden. Die dargestellten Ergebnisse der Patientinnenbefragung zeigen, dass die „empathische Informationsvermittlung“ insgesamt etwas schlechter beurteilt wird als die „Unterstützung durch Ärzte“. Es liegt die Vermutung nahe, dass in der Art und Weise, wie die Diagnose mitgeteilt und die weiteren Behandlungsschritte vermittelt werden, noch Optimierungspotenzial gegeben ist.

Diese Annahme steht im Einklang mit den Ergebnissen die auf der Basis der Skala „Patientenaktivierung durch Ärzte“ – einem Indikator für die Einbeziehung in die Behandlung – erzielt wurden. Die „Patientenaktivierung durch Ärzte“ basiert auf einem gegenseitigen Austausch von Informationen und einer unterstützenden Interaktion und wurde im Vergleich aller Faktoren am schlechtesten beurteilt. Es scheint wünschenswert, die Einbeziehung in die Behandlung zu verbessern, da sich diese zum einen zufriedenheitsfördernd auswirkt (Ommen et al. 2006; Lantz et al. 2005; Scheibler 2004; Scheibler et al. 2003a; Crow et al. 2002) und zum anderen gemäß dem Anforderungskatalog einen wesentlichen Kernbereich der NRW-Zertifizierung darstellt.

Weiterer Verbesserungsbedarf wird durch den Vergleich der Brustzentren auf Quartils-Ebene deutlich. Der Vergleich zeigt, dass es bei allen Skalen deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Quartilen und damit zwischen den Brustzentren gibt. Die geringsten Differenzen zeigen sich bei der „empathischen Informationsvermittlung“, die größten bei der „Unterstützung durch Pflegekräfte“. Betrachtet man die Ergebnisse mit Kenntnis, welches Brustzentrum sich hinter welchem Wert verbirgt, so zeigt sich, dass einige Brustzentren insgesamt bei (fast) allen untersuchten Skalen positiv bzw. negativ bewertet werden. Zur möglichen Erklärung der beobachteten Unterschiede zwischen diesen Brustzentren werden verschiedene Struktur- und Prozessmerkmale herangezogen, die sich in verschiedenen Studien als Prädiktoren der Versorgungsqualität erwiesen haben.

So haben unterschiedliche Studien z. B. festgestellt, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Operationszahlen pro Krankenhaus pro Jahr (Brucker 2005; Skinner et al. 2003; Roohan 1998) und der Überlebensrate der Patientinnen besteht. Die NRW-Brustzentren müssen pro Jahr eine festgelegte Anzahl von Operationen neu erkrankter Frauen durchführen (Brustzentren mit einem OP-Standort: 150; bei mehr als einem Standort jeweils 100 pro Standort). Setzt man die Fallzahlen der „besten“ und „schlechtesten“ Brustzentren in Bezug zu den untersuchten Skalen, so zeigt sich, dass sowohl die Zentren, die gut abgeschnitten haben als auch diejenigen, die bei den Aspekten der psychosozialen Interaktionsqualität schlecht bewertet wurden, nach eigenen Angaben die im Zentrum notwendigen Fallzahlen erreicht haben.

Zudem wurde in einigen Studien ermittelt, dass die Rate brusterhaltender Operationen in Lehr-Krankenhäusern höher ist als in Nicht-Lehrkrankenhäusern sowie in Krankenhäusern im ländlichen Raum geringer sind als bei denjenigen, die im städtischen Raum angesiedelt sind (zusammenfassend Geraedts 2006). Beides dient in der eigenen Untersuchung jedoch nicht zur Erklärung der beobachteten Unterschiede, da sowohl die besonders positiv als auch die besonders negativ bewerteten

Brustzentren in der Regel eher im städtischen Bereich angesiedelt sowie Lehrkrankenhäuser sind.

Des Weiteren hat sich gezeigt, dass die Einbindung einer Breast Care Nurse in das interdisziplinäre Team eines Brustzentrums einen Beitrag zur Verbesserung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens der Patientinnen leisten kann (Eicher et al. 2006). Breast Care Nurses sind im Durchschnitt sowohl in positiv bewerteten als auch in negativ bewerteten NRW-Brustzentren angestellt, sodass auch dieser Aspekt nicht zur Klärung der Unterschiede bei den Brustzentren im Hinblick auf die psychosoziale Interaktionsqualität beiträgt.

Neben den Merkmalen auf Brustzentrumsebene könnten die dargestellten Beurteilungs-Differenzen der psychosozialen Interaktionsqualität auch auf unterschiedlichen Patientenstrukturen in den Brustzentren beruhen. Erste Analysen zeigen jedoch, dass sich die Patienten der besonders guten und besonders schlechten Brustzentren nicht deutlich hinsichtlich Alter, Bildung und Tumorgroße unterscheiden.

Um die unterschiedlichen Patientenurteile bei der psychosozialen Interaktionsqualität zu erklären, scheint es nötig, alle NRW-Brustzentren in die vergleichende Analysen einzubeziehen. Darüber hinaus sollten weitere Struktur-, Prozess- und Patientenmerkmale in weiterführende bi- und multivariate Untersuchungen einbezogen werden. Zudem sollte untersucht werden, ob die Patientenurteile sowie die herangezogenen Merkmale innerhalb eines Brustzentrums homogen verteilt sind. So könnte es z. B. sein, dass es in Brustzentren mit mehr als einem OP-Standort Unterschiede zwischen den einzelnen OP-Standorten hinsichtlich der Beurteilung der psychosozialen Interaktionsqualität gibt oder dass sich die Patientenstrukturen unterscheiden.

8.5 Implikationen und weiterer Forschungsbedarf

Die Diskussion möglicher Struktur-, Prozess- und Patientenmerkmale als Gründe für die beobachteten Unterschiede legten erste interessante Ansätze für die weitere Forschung nahe. Darüber hinaus lassen sich weitere Implikationen für Forschung und Praxis ableiten.

Zunächst bleibt festzuhalten, dass die psychosoziale Interaktionsqualität in den NRW-Brustzentren aus Patientinnensicht insgesamt sehr positiv beurteilt wird. Dies steht im Einklang mit den Resultaten anderer Patientenbefragungen, die in der Regel auch positive Ergebnisse erzielen. Vergleicht man die Beurteilungen mit denen einer Patientenbefragung in drei BRD-Krankenhäusern (Steffen 2004), so fallen die Bewertungen der „Unterstützungsskalen“ bei den Brustkrebspatientinnen positiver aus als bei den allgemeinen Krankenhauspatienten. Die „Patientenaktivierung durch Ärzte“ wird in etwa gleich beurteilt. Bei diesem Vergleich ist jedoch zu beachten, dass es sich um unterschiedliche Indikationen handelt, die man streng genommen nicht vergleichen dürfte. Bei der Interpretation von Befragungsergebnissen ist es zudem notwendig, langfristig einen Referenzwert festzulegen, ab wann ein Ergebnis als über- oder unterdurchschnittlich zu beurteilen ist. Dieser Referenzwert kann beispielweise durch einen längsschnittlichen Vergleich, durch einen systematischen Vergleich mit den Werten bei anderen Indikationen oder auf methodischer Basis

festgesetzt werden. Es muss jedoch auch darauf verwiesen werden, dass eine Festlegung eines Referenzwertes immer die Gefahr beinhaltet, die erzielten Ergebnisse zu „eingeschränkt“ zu betrachten und mögliche Verbesserungsmöglichkeiten, die durch den internen Vergleich aufgedeckt werden, zu übersehen.

Ziel der Versorgungsqualität bei Brustkrebs sollte es zunächst sein, den erzielten Standard zu halten und weiter auszubauen. Bei den eigenen Analysen konnten durch den Vergleich der Brustzentren auf aggregierter Ebene bereits erste Optimierungspotenziale bei der Informationsvermittlung und der Einbeziehung der Patienten in die Behandlung aufgezeigt werden. Da beides eng mit der Kommunikation durch Ärzte zusammenhängt, könnte z. B. der Einsatz von Gesprächsführungsseminaren oder die Festlegung fester Ansprechpartner zu besseren Ergebnissen beitragen. Um zu überprüfen, ob eingesetzte Interventionsmaßnahmen wirksam sind, können die Ergebnisse weiterer Patientinnenbefragungen gezielt genutzt werden. Die Befragungsergebnisse können zudem darüber Aufschluss geben, wie sich der Standard der psychosozialen Interaktionsqualität aus Patientinnensicht langfristig darstellt und verhindern, dass es z. B. aufgrund von Umstrukturierungsmaßnahmen in den Brustzentren zu Qualitätseinbußen kommt. Des Weiteren können die Befragungsergebnisse für die Patientinnen transparent und öffentlich dargestellt werden, sodass diese von den Patientinnen bei der Wahl des Brustzentrums genutzt werden können. Dazu ist es jedoch notwendig, den Patientinnen noch weitere Kriterien oder Hilfen an die Hand zu geben, damit diese das für sie „beste“ Brustzentrum finden können.

Der Vergleich der Brustzentren auf Quartils-Ebene hat aufgezeigt, dass es trotz der insgesamt hoch ausgeprägten psychosozialen Interaktionsqualität in den NRW-Brustzentren z. T. deutliche Unterschiede gibt. Dieses legt verschiedene Implikationen nahe. Erstens können die Brustzentren durch die Analyse ihrer Ergebnisse gezielt Stärken und Schwächen aufdecken, die sie zur Ableitung konkreter Maßnahmen oder im Rahmen ihres Marketings nutzen können. Zweitens kann durch eine gezielte Untersuchung der Faktoren, die „gute“ oder „schlechte“ Brustzentren ausmachen, ggf. aufgezeigt werden, wie die Brustzentren strukturiert und organisiert sein müssen, um eine möglichst gute Versorgungsqualität zu gewährleisten. Erste eigene Erklärungsversuche anhand ausgewählter struktureller Brustzentrumsmerkmale sowie der Patientenstruktur der Zentren haben, wie beschrieben, bisher keinen Erkenntnisgewinn gebracht. Hier gibt es weiteren Forschungsbedarf im Rahmen von gezielten Zusammenhangsanalysen. Zudem scheint es sinnvoll, weitere Struktur- und Prozessparameter wie z. B. die Anzahl der Operationen pro Arzt, das Vorhandensein von Patientinnenpfaden, die Leitlinienkonformität oder die Anzahl der operierenden Ärzte in die Analysen mit einzubeziehen.

Die dargestellten Implikationen für Forschung und Praxis haben schon in einigen Punkten die Grenzen der eigenen Untersuchung sowie weiteren Forschungsbedarf aufgezeigt. Darüber hinaus sind noch andere Aspekte zu nennen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten.

Bei der zugrunde liegenden Untersuchung wurde die psychosoziale Interaktionsqualität nur über ein halbes Jahr erfasst. Es wäre wünschenswert, die Ergebnisse im längsschnittlichen Verlauf zu untersuchen. Der eigene Vergleich der Daten der Jahre 2006 und 2007 zeigt jedoch auf, dass die psychosoziale Interaktionsqualität auf Ebene der Brustzentren in beiden Jahren stabil ist und sich kaum Veränderungen ergeben haben.

Zudem ist es notwendig zu untersuchen, wie sich die positiven Beurteilungen der Patientinnen langfristig auf weitere relevante Outcomes der Versorgungsqualität wie z. B. die Mortalität, Morbidität oder die Lebensqualität auswirken.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Patientinnen die psychosoziale Interaktionsqualität in den NRW-Brustzentren insgesamt positiv bewerten. Ein Vergleich der einzelnen Brustzentren zeigt jedoch auch, dass es z. T. deutliche Unterschiede zwischen den Zentren gibt. Insgesamt scheint damit das Brustzentrenkonzept in diesem Bereich eine gute Versorgungsqualität aus Patientinnensicht zu gewährleisten. Weitere Analysen sind jedoch notwendig, um die Ergebnisse noch besser einordnen und die aufgezeigten Handlungspotenziale effizient umsetzen zu können.

8.6 Literatur

- Bagozzi R. Causal Models in Marketing. New York: Wiley 1980.
- Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002; 346(15): 777–83.
- Brucker S, Krainick U, Bamberg M, Aydeniz B, Wagner U, du Bois A et al. Brustzentren. Rationales, funktionelles Konzept, Definition und Zertifizierung. *Gynäkologe* 2003; 36: 862–77.
- Brucker S, Traub J, Krainick-Strobel U, Schreier I, Kreienberg R, Bamberg M, Jonat W, Wallwiener D. Brustzentren – Entwicklung in Deutschland. *Onkologie* 2005; 11: 285–97.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44(5): 681–92.
- Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment* 2002; 6(32).
- Dillman, D.A. Mail and telephone surveys. *The Total Design Method*. New York: Wiley 1978.
- Du Bois A, Misselwitz B, Stillger R, Jackisch C, Schwab R, Gnauer K, Hils R, Wagner U. Versorgungsstruktur und Qualität bei der Behandlung des Mammakarzinoms. *Geburtsh Frauenheilk* 2003; 63: 743–51.
- Eicher MRE, Marquard S, Aebi S. A nurse is a nurse? A systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. *European Journal of Cancer* 2006; 42: 3117–26.
- EUSOMA. The Requirements of a specialist breast Unit. *European Journal of Cancer* 2000; 36: 2288–93.
- Finlayson EV, Goodney PP, Birkmeyer JD. Hospital volume and operative mortality in cancer surgery: a national study. *Arch Surg* 2003; 138(7):721–6.
- Geraedts, M. Versorgungsforschung in der operativen Medizin am Beispiel der Mammakarzinomchirurgie. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2006; 49:160–6.
- Gillis CR, Hole DJ. Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3768 patients in the west of Scotland. *BMJ* 1996; 312: 145–8.
- Griggs J, Sorbero M, Mallinger J, Quinn M, Watermann M, Brooks B, Yirinec B, Shields CG. Vitality, mental health, and satisfaction with information after breast cancer. *Patient Education and Counseling* 2007; 66: 58–66.
- Härter M, Loh A (Hrsg.). *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag 2005.
- Kleeberg U, Tews JT, Ruprecht T, Höing M, Kuhlmann A, Runge C. Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of the PASQOC study. *Support Care Cancer* 2005: 303–10.
- Lantz PM, Janz NK, Fagerlin A, Schwartz K, Liu L, Lakhani I, Salem B, Katz SJ. Satisfaction with Surgery Outcomes and the Decision Process in a Population-Based Sample of Women with Breast Cancer. *Health Services Research* 2005; 40: 745–68.

- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) (Hrsg.). Gesundheitsberichte NRW Spezial. Innovative Modelle der Gesundheitsversorgung: Brustkrebs – Früherkennung und Behandlung. Bielefeld: lögd 2006.
- Möller-Leimkühler AM, Dunkel R, Müller P. Determinanten der Patientenzufriedenheit: behandlungsbezogene und klinische Variablen, subjektives Krankheitskonzept und Lebensqualität. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2002; 70: 410–17.
- Newman K, Maylor U, Chansarkar B. The nurse retention, quality of care and patient satisfaction chain. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2001; 14(2): 57–68.
- Ommen O, Janssen C, Neugebauer E, Rehm K, Bouillon B, Pfaff H. Patienten- und krankenhausspezifische Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt schwerverletzter Patienten. *Unfallchirurg* 2006; 109: 628–39.
- Ommen O, Janssen C, Neugebauer E, Lefering, R, Pfaff H. Trust, social support and patient type – associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferences in regard to paternalism, clarification and participation of severely injured patients. *Patient Education and Counseling* 2008 [in press].
- Pfaff H. Der Kölner Patientenfragebogen: Theoretischer Rahmen, Konstrukte, Messinstrumente. In: Pfaff H, Freise DC, Mager G, Schrappe M (Hrsg.). *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*. Sankt Augustin: Asgard 2003: 7–27.
- Pfaff H, Freise DC, Mager G, Schrappe M (Hrsg.). *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*. Sankt Augustin: Asgard 2003.
- Pfaff H, Steffen P, Brinkmann A, Lütticke J, Nitzsche A. *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF). Kennzahlenhandbuch. Klinikum der Universität zu Köln. Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinischen Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln (Forschungsbericht 3/2004)*.
- Roohan PJ, Bickell NA, Baptiste MS, Theriault GD, Ferrara EP, Siu AL. Hospital volume differences and five-year survival from breast cancer. *Am J Public Health* 1998; 88: 454–7.
- Sainsbury R, Howard B, Rider L, Johnston C, Round C. Influence of clinician workload and pattern of treatment on survival from breast cancer. *Lancet* 1995; 345: 1265–70.
- Sant M, Aareleid T, Berrino F, Bielska Lasota M, Carli PM, Faivre J, Grosclaude P, Hédelin G, Matsuda T, Möller H, Möller T, Verdecchia A, Capocaccia R, Gatta G, Micheli A, Santaquilani M, Roazzi P, Lisi D and the EURO CARE Working Group. EURO CARE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990–94 results and commentary. *Annals of Oncology* 2003; 14(5): v61–v118.
- Scheibler F, Janßen C, Pfaff H. Shared Decision-Making: Ein Überblick über die internationale Forschungsliteratur. *Sozial- und Präventivmedizin* 2003a; 48(1): 11–24.
- Scheibler F, Freise DC, Eickstädt U, Schrappe M, Pfaff H. Der Patient als Kotherapeut? – Eine Typologie des Patientenverhaltens. In: Pfaff H, Freise DC, Mager G, Schrappe M (Hrsg.). *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*. Sankt Augustin: Asgard 2003b: 63–89.
- Scheibler F. *Shared Decision-Making: Von der Compliance zu partnerschaftlichen Formen der Arzt-Patienten-Interaktion*. Bern: Huber 2004.
- Schmalenberg H. Zertifizierung von Brustzentren in Deutschland. *Onkologie* 2005; 11: 298–308.
- Siebeneck S, Dörming H, Lorenz C. Parallelisierte Personal- und Patientenbefragung. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P (Hrsg.). *Patientenbefragungen in Krankenhäusern*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag 2001: 325–35.
- Skinner KA, Helsper JT, Deapen D, Ye W, Spoto, R. Breast Cancer: Do Specialists Make a Difference? *Annals of Surgical Oncology* 2003, 10(6): 606–15.
- Steffen P. Patientenzufriedenheit als Zielgröße des strategischen Krankenhausmanagement. In: Pfaff H, Lütticke J, Badura B, Piekarski C, Richter P (Hrsg.). „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Bern, Huber 2004: 109–23.
- Steffen P, Nitzsche A, Scheibler F, Pfaff H. Die Patientinnenbefragung im Rahmen der (Re-)Zertifizierung der Brustzentren. *Senologie* 2008; 5:75–7.
- Waljee J, Hawley S, Aldermann A, Morrow M, Katz S. Patient Satisfaction With Treatment Of Breast Cancer: Does Surgeon Specialization Matter? *Journal of Clinical Oncology* 2007, 25: 3694–8.