

**Patientenzentrierte Gestaltung von Organisationsstrukturen
und -prozessen in Versorgungseinrichtungen**

-

*Am Beispiel des Entlassungsprozesses in Brustzentren und der
Methode Value Stream Mapping*



Inauguraldissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades

der Humanwissenschaftlichen Fakultät

der Universität zu Köln

nach der Promotionsordnung vom 18.12.2018

vorgelegt von

Marina Beckmann (geb. Nowak)

aus

Wipperfürth

September 2019

Erstgutachter: Prof. Dr. Holger Pfaff

Zweitgutachter: Prof. Dr. Ludwig Kuntz

Diese Dissertation wurde von der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln
im Januar 2020 angenommen.

Tag der mündlichen Prüfung: 13. Januar 2020

Erklärung über den Eigenanteil an den veröffentlichten Artikeln der kumulativen Dissertation

Die vorliegende kumulative Dissertation basiert auf drei Artikeln die von mir, Marina Beckmann (geb. Nowak), als Erstautorin angefertigt wurden.

Die zu den einzelnen Publikationen dazugehörigen Literaturrecherche, die Aufbereitung des Forschungsstandes, die Datenaufbereitung und -analyse, die Interpretation, die Konzeption und Revision der Manuskripte sowie die Kommunikation mit den Zeitschriften erfolgten durch mich. Hinsichtlich der Herstellung der Manuskripte habe ich Unterstützungsleistungen von den in den Originalarbeiten als Koautoren/innen genannten Personen erhalten. Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt.

Die für den zweiten und dritten Artikel verwendeten Fragebogendaten wurden im Rahmen der Patientinnenbefragung in den NRW-Brustzentren – Routinebefragung in den Jahren 2014, 2015, 2016 und 2017 unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Holger Pfaff erhoben.

Danksagung

Es ist nun über vier Jahre her, dass ich im Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen und Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln mit meiner Promotion begann und das Glück hatte, mich innerhalb des Forschungsbereiches der organisationsbezogenen Versorgungsforschung mit einem äußerst spannenden Thema auseinander setzen zu können. An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die die vorliegende Dissertation ermöglicht haben.

Ein besonderer Dank gilt zunächst meinem Doktorvater Prof. Dr. Holger Pfaff für die tolle Unterstützung, die Zusammenarbeit und insbesondere das entgegengebrachte Vertrauen. Durch Sie hatte ich die Möglichkeit, mich neuen wissenschaftlichen und auch persönlichen Herausforderungen zu stellen und konnte durch Ihre Begeisterung an dem Thema sowie Ihre konstruktive Kritik sehr viel lernen.

Ich bedanke mich bei meinem Zweitgutachter Prof. Dr. Ludwig Kuntz, für die Bereitschaft der Betreuung.

Ich möchte mich außerdem insbesondere bei Dr. Ute Karbach für die außerordentliche Betreuung bedanken. Dein Rat, dein Durchblick, deine Hilfestellung, dein offenes Ohr, dein Vertrauen bis hin zu deiner persönlichen Wertschätzung haben mich stets ermutigt weiterzumachen. Du hast mir beigebracht, realistische Ziele zu verfolgen und gleichzeitig die eigenen Kompetenzen wertzuschätzen.

Mein Dank gilt auch allen Koautoren/innen der Publikationen, insbesondere an Prof. Dr. Lena Ansmann, Dr. Susan Lee und Dr. Sophie Groß für die Hilfsbereitschaft und die Unterstützung meiner Promotion. Danke an die Patientinnen und Patienten, die an der Befragung teilgenommen haben, sowie Markus Alich und das ganze Team der Routinebefragung.

Ich hatte das Glück viele liebe Kollegen und Kolleginnen im Laufe meiner Promotion am IMVR kennenzulernen. Bedanken möchte ich mich bei euch allen für die Unterstützung, die offenen Türen und besonders den persönlichen Austausch beim Kaffee, in der Mittagspause oder bei allen offiziellen oder nicht-offiziellen Anlässen. Ein Dank an Johannes, meinen mehrjährigen Zimmergefährten und Leidensgefährten in der Antragsstellung, ein Dank an Silke für den guten Austausch bei den Espressopausen und ein besonderer Dank an Kerstin für die tolle Ergänzung, die konstruktive Zusammenarbeit und vor allem, dass du meine Sprüche

ausgehalten und gekontert hast. Außerdem ein großes Dankeschön, an das ganze „IMVR-nicht-Doktoren“ Team – für den Wohlfühlfaktor im IMVR und in Köln, vor allem in der Anfangszeit.

Bei meinen Eltern möchte ich mich besonders für die Unterstützung bedanken. Ihr habt mir das Studium und damit die Promotion erst ermöglicht sowie mir das Selbstvertrauen und die Sicherheit mitgegeben, die für eine solche Arbeit notwendig waren. Darüber hinaus hätte ich die Zeit nicht ohne meine Schwestern, Schwager, Neffen und Nichten sowie Freunde und Freundinnen überstanden. Danke, dass es euch gibt, ihr mich moralisch unterstützt und für eine gute Ablenkung gesorgt habt. Einen Extra-Dank an dich, Becki, für das Korrekturlesen der Arbeit.

Zu guter Letzt möchte ich mich noch bei meiner Familie bedanken. Louis, ohne dich wäre ich diesen Sommer sicher nicht fertig geworden. Paul, du bist mein wichtigster Berater und Unterstützer, beruflich und privat. Ohne dich ginge es nicht.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Prozessorientierte Organisationsentwicklung als Basis der Reorganisation des Entlassungsprozesses im Krankenhaus	4
2.1	Value Stream Mapping als Sonderform der prozessorientierten Organisationsentwicklung	6
3	Versorgungsqualität und Patientenzentrierung im Krankenhaus	14
3.1	Patientenzentrierung als Ziel des Value Stream Mappings	17
3.2	Theoretische Grundlage für eine Anwendung des Value Stream Mappings zur Verbesserung der Patientenzentrierung im Rahmen von Versorgungsqualität	20
4	Die Entlassung aus dem Krankenhaus als Anwendungsgebiet für das Value Stream Mapping	25
4.1	Der Entlassungsprozess im Rahmen der Brustkrebsversorgung	28
4.2	Studienlage zu Maßnahmen zur Verbesserung des Entlassungsprozesses bei der Brustkrebsversorgung	30
5	Forschungsfragen	35
6	Eigene Forschungsarbeiten	38
6.1	Beeinflusst das Value Stream Mapping die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Versorgungseinrichtungen? Ein systematischer Review	38
6.2	Der Zusammenhang zwischen Krankenhausstrukturen, -prozessen und Patientenerfahrungen bei der Vorbereitung auf die Entlassung in Brustzentren: Eine Mehrebenenanalyse	40
6.3	Kurze Krankenhausverweildauer und der Entlassungsprozess: Brustkrebspatientinnen angemessen vorbereiten	42
7	Diskussion	44
7.1	Zentrale Erkenntnisse der vorgestellten, eigenen Forschungsarbeiten	45
7.2	Limitationen der eigenen Forschungsarbeiten	49
8	Schlussfolgerungen für Wissenschaft und Praxis	53
9	Zusammenfassung	56
10	Literaturverzeichnis	59
	Lebenslauf	79

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1 Quality Health Outcomes Modell (nach Mitchell et al., 1998)	22
Abbildung 3.2 Expectations-Disconfirmation Mechanismus (nach Oliver, 1980)	24
Abbildung 7.1 Modell zum Wirkmechanismus zwischen Value Stream Mapping und patientenzentriertem Entlassungsprozess	48

1 Einleitung

„It is clear that the study of complex health care organizations presents formidable challenges but ones that are replete with opportunities and ones that we are committed to understanding.“
Hearld, Alexander, Fraser und Jiang (2008, S. 277)

Die durch den demografischen Wandel alternde Bevölkerung der Industrienationen, die durch die Digitalisierung veränderten Anforderungen, sowie die Flexibilisierung und Dezentralisierung von Aufgaben spielen zusammen und erfordern einen umfassenden Veränderungsprozess der Arbeitswelt. Der in Deutschland mit dem demografischen Wandel einhergehende steigende Fachkräftemangel in Gesundheits- und Pflegeberufen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS], 2017) sowie der anhaltende ökonomische Druck, spätestens durch die Einführung der Diagnosebezogenen Fallpauschale (Diagnosis Related Groups, DRG) im Jahr 2003, stellen Versorgungsorganisationen vor große Herausforderungen und zwingen sie effizient zu arbeiten. Schon zu Beginn des 21. Jahrhunderts prägte das Institute of Medicine (2001) den Ansatz, dass die Versorgungsqualität nicht nur abhängig von den Personen sei, sondern eine Weiterentwicklung des Systems, seiner Strukturen und Prozesse notwendig sei, um eine hohe Qualität für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Egal ob abteilungsspezifisch oder organisationsübergreifend, um Veränderungsprozesse erfolgreich zu meistern, bedarf es im Krankenhaus gesteuerter Organisationsentwicklung (Hennes, 2018). Daher werden Maßnahmen der Organisationsentwicklung eingesetzt, um das System zu verändern und Strukturen und Prozesse zu erneuern oder zu verbessern.

Krankenhäuser haben sich zu Dienstleistungsunternehmen entwickelt, in denen das Management, die Kompetenz der Mitarbeitenden und die Meinung der „Kunden/innen“ über ihren Erfolg entscheidet (Bundesärztekammer, 2007). In der deutschen Krankenhausversorgung besteht bereits eine hohe Qualität. Um diese weiterhin aufrecht zu erhalten, bedarf es insbesondere eines Fokus auf den Patienten/innen also einer Patientenzentrierung (Epstein & Street, 2011). Trotz der bereits hohen Qualität sehen Patienten/innen in Deutschland, in einer international vergleichenden Studie, noch Verbesserungspotential in der Qualität (Stock, Hertle & Veit, 2015).

Die Methodik des Lean Managements – zunächst in der Automobilindustrie angewandt – zielt auf die Erfüllung der Bedürfnisse des/der Kunden/in durch effizientere Arbeitsprozesse

(Womack & Jones, 2013). Der Ansatz findet bereits seit einiger Zeit auch in Krankenhäusern Anwendung (Pfaff, 1994; Young et al., 2004). Value Stream Mapping ist eine Methode des Lean Management, mit deren Hilfe komplexe Arbeitsabläufe visualisiert, quantifiziert und verbessert werden können. Dabei liegt der Fokus auf dem Nutzen für den/die Patienten/in (Jimmerson, 2010).

Ein herausfordernder Versorgungsprozess – für die Versorgungsorganisation und die Patienten/innen – ist der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung. Ein unzureichender Entlassungsprozess kann negative Folgen wie Unzufriedenheit, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Komplikationen, psychische Belastung, Wiedereinweisungen bis hin zu dauerhafter Behinderung oder Tod haben (Hesselink et al., 2014). Häufig hätten diese nicht beabsichtigten Folgen vermieden werden können (Forster, Murff, Peterson, Gandhi & Bates, 2003).

Geprägt durch hohe Hospitalisierungsraten und eine kurze Krankenhausverweildauer bei der Behandlung von Brustkrebs muss der Entlassungsprozess zielführender organisiert werden. Die Qualität des Entlassungsprozesses von Patienten und Patientinnen mit Brustkrebs zu gewährleisten, ist von großer Bedeutung, insbesondere da Brustkrebs eine der häufigsten Todesursachen weltweit und die häufigste Einzeldiagnose bei Frauen ist (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2019b).

Die vorliegende kumulative Dissertation setzt an diesen Aspekten an und beschäftigt sich mit den Fragen, inwieweit Versorgungsstrukturen und -prozesse den Entlassungsprozess in deutschen Brustzentren beeinflussen, inwieweit diese durch die Methode Value Stream Mapping patientenzentriert verbessert werden können und welche Voraussetzungen und Wirkmechanismen in der Methodenanwendung von Relevanz sind. Im ersten Artikel liegt der Fokus auf der Methode des Value Stream Mappings und dessen Anwendung in Versorgungseinrichtungen. Die systematische Übersichtsarbeit inkludiert veröffentlichte Studien, um den Effekt der Methode auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beurteilen. Die darauf folgenden Arbeiten konzentrieren sich auf den Entlassungsprozess von Brustkrebspatientinnen und basieren auf quantitativen Daten, die im Rahmen regelmäßiger Patientinnenbefragungen in Deutschland erhoben wurden. Die zweite Veröffentlichung untersucht, welche Krankenhausstrukturen und -prozesse in der Brustkrebsversorgung Einfluss auf die Entlassungserfahrungen der Patientinnen nehmen. Der dritte Artikel analysiert den

Einfluss der Qualität des Entlassungsprozesses auf die Zufriedenheit von Brustkrebspatientinnen mit einer kurzen Krankenhausverweildauer.

In den folgenden drei Kapiteln der vorliegenden Dissertation werden zunächst die für die Zielsetzung relevanten Begrifflichkeiten und Kontexte beleuchtet und die theoretische Fundierung der Forschungsarbeiten vorgestellt. Im zweiten Kapitel wird die prozessorientierte Organisationsentwicklung mit dem Fokus auf der Methode Value Stream Mapping vorgestellt. In Kapitel 3 wird auf die Patientenzentrierung, im Rahmen der Versorgungsqualität im Krankenhaus und als Ziel des Value Stream Mappings, eingegangen und der Stand der Forschung dargestellt. Kapitel 4 beschäftigt sich mit der Entlassung aus dem Krankenhaus und spezifisch mit der Brustkrebsversorgung das für eine potentielle Anwendung des Value Stream Mappings in diesem Bereich beleuchtet werden muss. Anschließend wird das Ziel der Arbeit in drei Forschungsfragen aufgegliedert. Nachfolgend sind die drei eigenen englischsprachigen Forschungsarbeiten mit jeweils deutscher Zusammenfassung aufgeführt. Es folgt im siebten Kapitel die Diskussion der Ergebnisse mit Bezug zum Ziel der Dissertation, sowie Diskussion der Limitationen. In Kapitel 8 sind die Schlussfolgerungen für Wissenschaft und Praxis zusammengefasst. Die Dissertation schließt mit einer Zusammenfassung.

2 Prozessorientierte Organisationsentwicklung als Basis der Reorganisation des Entlassungsprozesses im Krankenhaus

Ziel der Organisationsentwicklung ist ein geplanter Wandel der Organisation. Planung bedeutet dabei, dass möglichst unter verhaltenswissenschaftlichen Erkenntnissen, ein organisationsweiter Veränderungsprozess gesteuert und unterstützt werden soll (Staehele, 1999). Um einen Wandel zu gestalten, werden im Prozess der Organisationsentwicklung weisungsgebunden und kontrolliert Organisationsstrukturen und -prozesse um- oder neugestaltet. Schließlich wird die Umsetzung von Maßnahmen und entstehende Veränderung innerhalb der Organisation auf deren Planerfüllung und Zweckmäßigkeit kontrolliert (Pfaff, 2001).

Betrachtet man Maßnahmen der Organisationsentwicklung sind diese meist ergebnisoffen und lassen eine partizipative Organisationsgestaltung zu (Pfaff & Klein, 2002). Relevant ist folglich die Partizipation der Mitarbeitenden. Als Koordinierungsgruppe dient die Beteiligung der Mitarbeitenden insbesondere dazu, das Spannungsverhältnis zwischen den bestehenden Organisationsstrukturen und damit dem Bedürfnis nach Systemerhalt und der durch die Organisationsentwicklung entstehenden Systemveränderung zu überwinden (Schiersmann & Thiel, 2018).

Gesundheitsorganisationen stehen unter Entwicklungs- und Veränderungsdruck aufgrund der sich ändernden Rahmenbedingungen, darunter z. B. steigender ökonomischer Druck, zunehmender Fachkräftemangel, aber auch der demografische Wandel und die Alterung der Bevölkerung (Büssing, Barkhausen & Glaser, 1999; Pfaff & Klein, 2002). Die Herausforderung für die Versorgungsorganisationen resultiert insbesondere durch das Zusammenspiel von Ressourcenorientierung, Wirtschaftlichkeit, Qualität und Patientenzentrierung (Ansmann et al., 2018). Dabei entsteht Qualitätsmangel im Gesundheitswesen laut dem Institute of Medicine (2001) aufgrund von Problemen im System und nicht aufgrund der Inkompetenz oder Fehlern von Individuen. Organisationsprozesse und -strukturen müssen daher angepasst werden, um die Qualität zu gewährleisten und Veränderung herbeizurufen (Institute of Medicine, 2001; Pfaff & Klein, 2002). Maßnahmen der Organisationsentwicklung können dabei helfen, einen Wandel zu begleiten und bestenfalls eine geplante Anpassung der Gesundheitsorganisationen zu ermöglichen (Koeck, 1998; Pfaff & Klein, 2002). Auch innerhalb von Gesundheitsorganisationen zielt die Organisationsentwicklung auf eine Verbesserung der Qualität auf den Dimensionen der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse (Büssing et al., 1999).

Die Organisationsentwicklung kann dabei als kollektive Lernerfahrung gesehen werden, um den Wandel der Organisation herbeizuführen (Pfaff, 1997; Pfaff & Klein, 2002).

Die Organisationsentwicklung im Krankenhaus ist kein neuer Forschungsbereich (Badura, Feuerstein & Schott, 1993; Bellabarba & Schnappauf, 1996; Pelikan, Demmer & Hurrelmann, 1993). Eine große Anzahl der Maßnahmen der Organisationsentwicklung finden allerdings ohne wissenschaftliche Evaluation Anwendung (Büssing et al., 1999). Dabei ist es hilfreich das Konzept der evidenzbasierten Praxis auf die Organisationsentwicklung zu übertragen. Die evidenzbasierte Praxis ist ein Problemlösungsansatz innerhalb der Gesundheitsversorgung. Zur Behandlungsentscheidung werden die besten Beweise aus Studien (d. h. externe Evidenz) zugrunde gelegt und mit den Präferenzen und Werten des/der Patienten/in und der Expertise des/der Kliniklers/in, in Kombination mit den klinischen Daten des/der Patienten/in, verknüpft (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). Die Prinzipien der Evidenzbasierung finden, neben der klinischen, in einer Vielzahl von Dienstleistungssektoren Anwendung, z. B. im Sozial- und Gesundheitssektor (Bellamy et al., 2013; Warren et al., 2016) oder im öffentlichen Sektor (Aarons, Hurlburt & Horwitz, 2011). Auch für die Anwendung von Maßnahmen der Organisationsentwicklung bietet sich eine Evidenzbasierung an, d. h. Maßnahmen anzuwenden, die bereits in unabhängigen Untersuchungen als effektiv bewertet wurden. Um evidenzbasierte Maßnahmen der Organisationsentwicklung anwenden zu können, müssen zunächst die zugrundeliegenden Mechanismen und organisationalen Faktoren verstanden und analysiert werden.

Insbesondere komplexe Arbeitsprozesse und -abläufe mit diversen Beteiligten im Krankenhaus müssen zielführend organisiert werden, um Probleme zu vermeiden und die Qualität sicher zu stellen. Durch Prozessmanagement können Unterbrechungen im Prozess verringert bzw. verhindert werden (Schiersmann & Thiel, 2018). Vera und Kuntz (2007) zeigen, dass eine Prozessorientierung die Krankenhauseffizienz steigern kann. Ebenso zeigen einzelne Studien eine positive Assoziation zwischen der Organisationskultur mit Patientenoutcomes (Braithwaite, Herkes, Ludlow, Testa & Lamprell, 2017), der Versorgungsperformance (Parmelli et al., 2011) und spezifisch mit dem Entlassungsprozess (Hesselink et al., 2013).

Eine Maßnahme des Prozessmanagements, welches sich mit dem Prozess aus Sicht des/der Kunden/in bzw. Patienten/in beschäftigt, ist das Value Stream Mapping aus dem Konzept des Lean Managements. Im Folgenden wird diese Maßnahme als Sonderform der prozessorientierten Organisationsentwicklung erklärt. Zum besseren Verständnis des Value

Stream Mappings ist es zunächst von Relevanz das Konzept des Lean Managements zu erläutern.

2.1 Value Stream Mapping als Sonderform der prozessorientierten Organisationsentwicklung

Inspiziert durch die Praxis einiger japanischer Firmen der Toyota Motor Corporation entwickelten Womack und Jones das Prinzip der Lean Production. Mit ihrem Buch „The Machine That Changed the World“ (1990) prägten sie die Industrie weltweit und waren mit verantwortlich für die Entwicklung weg von der Massenproduktion hin zur schlanken Organisation. Das Prinzip dahinter lässt sich allerdings bereits mit Beginn der 50er Jahre als Möglichkeit zur Prozessoptimierung wiederfinden (Mazzocato et al., 2012; Pfaff, 1994). Der Produktionsprozess bei Toyota verlief seit 1965 nach dem Lean Prinzip, wobei der Begriff erst durch Womack und Jones eingeführt wurde (Womack, Jones & Roos, 1990). Die Gestaltung einer schlanken Organisation zielt darauf ab, die Produktion durch eine Eliminierung von Verschwendungen (waste) und einer Konzentration auf relevante Aspekte, wie z. B. schnelle und effiziente Arbeitsschritte, Spezialisierungsbereiche und Standardisierung, zu verbessern (Pfaff, 1994; Radnor, Holweg & Waring, 2012; Womack & Jones, 2013). Im Japanischen wird die Verschwendung als „Muda“ bezeichnet, die reduziert werden soll und einhergehend mit einer Steigerung des Wertes (value). Verschwendungen, bzw. Schwachstellen im Prozessablauf, sind Prozessschritte, die zwar Zeit und Ressourcen binden, für die Patienten/innen allerdings nicht wertschöpfend und nicht zwingend notwendig sind (Sampalli et al., 2015). Der Wert wird aus Sicht des/der Kunden/in bzw. Endverbrauchers/in definiert (Womack & Jones, 2013). In dem Sinne geht es bei der Produktion um eine Wertschöpfung für den/die Kunden/in. Mithilfe der Lean Prinzipien und Techniken sollen die wertschöpfenden Prozessschritte gesteigert und die nicht-wertschöpfenden Schritte reduziert werden. Eine Umsetzung der Techniken und Übernahme des Lean Thinking in eine Organisation wird mit dem Begriff des Lean Management zusammengefasst und umschließt all diese Aufgaben als eine Organisationsentwicklungs- und Managementstrategie.

In der Industrie hat sich das Lean Management schon seit längerem durchgesetzt (Womack et al., 1990; Womack & Jones, 2013). Eine Übertragbarkeit auf die Gesundheitsversorgung wurde ebenfalls bereits vielseitig erforscht und umgesetzt (C. S. Kim, Spahlinger, Kin & Billi, 2006; Young et al., 2004). Auch hier ist es das Ziel durch schlanke und standardisierte Prozesse

Verschwendung zu vermeiden (Pfaff, 1994; Radnor et al., 2012). Wie in der industriellen Anwendung besteht auch die Gesundheitsversorgung aus komplexen Prozessen, die optimiert werden sollten, um Erwartungen der Kunden/innen, bzw. der Patienten/innen zu erfüllen (Kadarova & Demecko, 2016; Papadopoulos, Radnor & Merali, 2011). In der Gesundheitsversorgung soll entsprechend der Wert für den/die Patienten/innen gesteigert werden (Cudney, Furterer & Dietrich, 2013). Folglich sollte eine Bewertung, ob Versorgungsprozesse oder einzelne Prozessschritte verschwendend oder wertschöpfend sind, aus der Perspektive der Patienten/innen erfolgen (Abuhejleh, Dulaimi & Ellahham, 2016; N. Burgess & Radnor, 2013). Prozessschritte gelten als wertschöpfend, wenn sie den Wert für den/die Patienten/in erhöhen, wie beispielweise der persönliche Kontakt mit dem ärztlichen Personal (Mazzocato et al., 2012). Es handelt sich dabei um Dienstleistungen, für die Patienten/innen bereit wären zu bezahlen (DelliFraine, Wang, McCaughey, Langabeer & Erwin, 2013) und die für sie den Wert des Prozesses erhöhen (Jimmerson, 2010). Dem gegenüber stehen nicht-wertschöpfende Prozessschritte, die keinen Wert für die Patienten/innen erzeugen, beispielsweise Wartezeiten (Jimmerson, 2010) aber auch das Durchführen von überflüssigen Maßnahmen (Sampalli et al., 2015). Potentielle Verschwendungen im Versorgungsprozess können sich laut des Lean Managements auf acht verschiedene Arten ergeben: (1) Transport von benötigten Materialien, die über weite Strecken oder zwischen Prozessen hinweg befördert werden, (2) unnötige Wegstrecken, die von Mitarbeitenden zurückgelegt werden müssen, auch in Form von Suche nach Materialien, (3) Überarbeitung der Mitarbeitenden, (4) Fehler, beispielsweise in Form von Tests, die aufgrund fehlerhafter Ausführung wiederholt werden müssen, (5) zu hoher Bestand in Form von überschüssigem Vorrat in Lagerräumen, (6) ungenutztes Potential der Mitarbeitenden, beispielsweise in Form von Wissen, welches Mitarbeitende haben, aber nicht einsetzen können, (7) Überproduktion, die in Form von unnötigen Untersuchungen oder Interventionen auftreten kann und (8) lange Wartezeiten für die Patienten/innen oder für die Mitarbeitenden zwischen einzelnen Prozessschritten (Michael, Naik & McVicker, 2013; Radnor et al., 2012). Wie in der industriellen Anwendung ist es das Ziel des Lean Managements Prozesse neu zu organisieren, um Schwachstellen in wertschöpfende Prozesse umzuwandeln und möglichst Kosten zu reduzieren. Beobachtete Effekte aus dieser Umgestaltung sind ein geringerer Zeitaufwand, verbesserte psychosoziale Arbeitsbedingungen, gesteigerte Effizienz bis hin zu einer Erhöhung der Versorgungsqualität und Steigerung der Zufriedenheit der Patienten/innen und Mitarbeitenden im Krankenhaus allgemein, in der Notfallaufnahme oder im chirurgischen

Fachbereichen (Holden, 2011; Mason, Nicolay & Darzi, 2015; Ulhassan, Thiele Schwarz, Thor & Westerlund, 2014).

Zur Zielerreichung und erfolgreichen Umsetzung des Lean Managements sollten drei Schlüsselfaktoren Beachtung finden: (1) Mitarbeitende aller Berufsgruppen, die am Versorgungsprozess beteiligt sind sollten einbezogen werden, da sie die Experten/innen ihrer eigenen Arbeit sind und erst durch ihr Wissen und ihre Erfahrung die Prozesse zielführend verbessert werden können; (2) zur Beteiligung der Mitarbeitenden an der Veränderung der Organisation sollten zunächst Schulungen zum Lean Management durchgeführt werden, um Mitarbeitende zu befähigen, Verbesserungen anzustreben und umzusetzen; (3) die Umsetzung des Lean Managements sollte von Führungskräften auf allen Ebenen unterstützt werden, indem sie aktiv mit einbezogen werden, um die Bereitstellung der für die Veränderung notwendigen Ressourcen sicherzustellen (Poksinska, 2010).

Das Lean Management wird bereits seit Beginn des 21. Jahrhunderts international im Gesundheitswesen angewandt. Vorreiter hierbei sind die USA denen sich zwei Drittel der veröffentlichten Studien widmen (Papadopoulos et al., 2011; Radnor et al., 2012). Seit 2002 findet eine Umsetzung auch im europäischen Raum statt, wobei Schweden führend ist (Kadarova & Demecko, 2016).

Innerhalb von Versorgungsprozessen sind ein Großteil der Schritte auf die Bedürfnisse der beteiligten Versorgungsakteure ausgerichtet (Ärzte/innen oder Pflegefachkräfte) (Kaplan, Patterson, Ching & Blackmore, 2014). Unter dem Gesichtspunkt einer verstärkten Patientenzentrierung in der Gesundheitsversorgung haben die Prinzipien des Lean Managements großes Potential einer Weiterentwicklung in diese Richtung (N. Burgess & Radnor, 2013; Kaplan et al., 2014; Pfaff, 1994). Durch die Besonderheit des Gesundheitssystems ergeben sich allerdings zusätzliche Herausforderungen. Die Kostenübernahme liegt beispielsweise in der deutschen Gesundheitsversorgung, im Gegensatz zur Industrie, nicht zwangsläufig bei einer Person, wodurch bei der Definition des Wertes verschiedene Beteiligte (Krankenkasse, Patient/in) berücksichtigt werden müssen. Zusätzlich ist durch die dynamischen und flexiblen Prozesse im Kontext der Gesundheitsversorgung eine Standardisierung wie bei der Serienproduktion bei industrieller Anwendungen nur in Teilen möglich (DelliFraine et al., 2013; McDaniel & Lanham, 2009). Risiken durch die Übertragung von Lean Management auf das Gesundheitswesen können durch eine vollständige Verschlinkung der Prozesse resultieren, die zur Erschöpfung der Mitarbeitenden führen kann.

Durch den erhöhten Verantwortungs- und Prozessdruck auf jeder einzelnen Person könnte die Fluktuationsquote ansteigen. Ebenso kann das Lean Management zum Personalabbau fehlverwendet werden, indem Prozesse mit möglichst wenigen Ressourcen aufrechterhalten werden. Eine Anpassung des Lean Managements auf den Versorgungskontext, ein so genanntes „humanes Lean Management“, ist daher notwendig (D'Andreamatteo, Ianni, Lega & Sargiacomo, 2015; DelliFraine et al., 2013; McDaniel & Lanham, 2009; Pfaff, 1994).

Reviews zur Umsetzung des Lean Managements im Gesundheitswesen zeigen bisher keine eindeutigen Effekte. Holden (2011) zeigt in seinem Review, dass eine Anwendung in der Notaufnahme positive Effekte auf die Patientenversorgung (z. B. auf Verweildauer, Wartezeiten, Patientenzufriedenheit) und auf die Mitarbeitenden und die Organisationskultur bewirkt. Auch weitere Studien zeigen positive Effekte (Mousavi Isfahani, Tourani & Seyedin, 2019) im Bereich der Chirurgie (Mason et al., 2015) oder innerhalb verschiedener Fachbereiche auf die Patientensicherheit oder den Patientenfluss (Moraros, Lemstra & Nwankwo, 2016).

Auf der anderen Seite können Moraros et al. (2016) in ihrem Review keinen Beleg für einen Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Patienten/innen oder gesundheitlichen Auswirkungen bestätigen und finden sogar negative Auswirkungen auf Kosten und Mitarbeiterzufriedenheit. Auch weitere Reviews können die Wirksamkeit des Lean Managements im Kontext der Gesundheitsversorgung, meist bedingt durch Qualitätsmangel der zugrundeliegenden Studien oder einer sehr unterschiedlichen Anwendung des Lean Konzepts, nicht eindeutig belegen (D'Andreamatteo et al., 2015; Mazzocato, Savage, Brommels, Aronsson & Thor, 2010; Mousavi Isfahani et al., 2019; Vest & Gamm, 2009). D'Andreamatteo et al. (2015) bemängeln, dass trotz einer sehr hohen Studienanzahl (N=242) immer noch keine endgültig positive Schlussfolgerung zur Anwendung von Lean Management Methoden im Allgemeinen gezogen werden kann und fordern weitere Untersuchungen zum Beispiel im Hinblick auf eine einheitliche Definition, im internationalen Kontext oder zum Implementierungsprozess.

Das Lean Management umfasst eine hohe Anzahl verschiedener Techniken und Methoden (Cudney et al., 2013). Das Value Stream Mapping stellt dabei ein sehr häufig verwendetes Werkzeug des Lean Managements bei Anwendung im industriellen Sektor und auch innerhalb der Gesundheitsversorgung dar (Poksinska, 2010; Varkey, Reller & Resar, 2007). Der englische Begriff des Value Stream Mappings wird verwendet, um die Methode der Wertstromanalyse zu betiteln. Zentral steht dabei die Visualisierung eines Prozesses: die Erstellung eines

Wertstromdiagramms, welches den Fluss von Personen, Material oder Informationen in einem komplexen System darstellt. Im Gesundheitswesen wird damit der Ablauf eines Versorgungsprozesses dargestellt (Jimmerson, 2010), wie zum Beispiel die Aufnahme in der Notfallversorgung oder der Entlassungsprozess aus dem Krankenhaus, aber auch die Terminorganisation für eine Kontrolluntersuchung in der Zahnarztpraxis.

Der „Value Stream“ (Wertstrom) umfasst alle Maßnahmen, Aktionen oder Prozessschritte, die innerhalb eines Versorgungsprozesses notwendig sind (Jimmerson, 2010). Anders als bei anderen Prozessdarstellungen können neben dem Fluss von Personen, Material und Informationen auch Kontakte zwischen Mitarbeitenden untereinander und Kontakte zwischen den Mitarbeitenden und den Patienten/innen mit aufgenommen werden (Gellad & Day, 2016). Das Ziel ist es, durch die detaillierte Darstellung das gemeinsame Verständnis des Prozessablaufs zu steigern, um darauf aufbauend Verbesserungen durch die Reduktion von Verschwendungen zu ermöglichen und die wertschöpfende Zeit zu erhöhen. Beteiligte können so erkennen, wo Verschwendungen geschehen (Emiliani & Stec, 2004; Jimmerson, 2010), die sie ohne die Visualisierung und Quantifizierung nicht bemerkt hätten (Lee, Grooms, Mamidala & Nagy, 2014).

Die Maps werden durch Beteiligte kreiert, die direkt in den Prozess involviert sind. Die Teammitglieder hinterfragen den Ist-Zustand und denken ergebnisoffen über Verbesserungsmöglichkeiten nach. Facilitators unterstützen dabei, indem sie die Organisation (zeitlich, finanziell) und Moderation des Value Stream Mappings übernehmen und über die notwendige Erfahrung und Prozesskenntnis verfügen (Cudney et al., 2013). Sie konkretisieren den Prozess durch die Darstellung der Value Stream Maps und der Dokumentation von Aufgaben und einer Ergebnismessung (Jimmerson, 2010).

Durch die Methode werden Wege identifiziert, um Material und Informationen ohne Unterbrechung fließen zu lassen und dadurch eine Maximierung der menschlichen, finanziellen, zeitlichen und räumlichen Ressourcen zu bewirken. Die Erhöhung der Wertschöpfung geschieht im Sinne des Lean Managements aus Sicht des/der Kunden/in, d. h. im Gesundheitskontext aus Patientenperspektive (Hines & Rich, 1997). Durch den Fokus auf den Patienten/innen soll eine Steigerung der Zufriedenheit und der Versorgungsqualität geschehen (Sampalli et al., 2015). Statt um das medizinische Personal soll der Versorgungsprozess um den/die Patienten/in organisiert werden (Jimmerson, 2010).

Häufig wird das Value Stream Mapping als Anfangs- und Enderfassung von Prozessveränderungen, z. B. in Verbindung mit weiteren Lean Management Interventionen,

verwendet, kann aber auch eigenständig Anwendung finden (Varkey et al., 2007). Eine besondere Herausforderung bei der Umsetzung des Value Stream Mappings ist die Bereitschaft zur Veränderung der Organisation und der Mitarbeitenden, die notwendig ist, da ein organisationaler Wandel angestrebt wird (Mazzocato et al., 2012; Ulhassan et al., 2014).

Der Ablauf des Value Stream Mappings ist bisher nicht standardisiert (Henrique, Rentes, Godinho Filho & Esposto, 2015). Rother und Shook (2003), sowie Jimmerson (2010) gliedern die Methode in sechs Schritte. Im ersten Schritt wird der aktuelle Versorgungsprozess visuell als Ist-Zustand in einer sogenannten „Current State Value Stream Map“ dargestellt. In einem Workshop mit Vertretern/innen aller Prozessbeteiligter und mindestens einem Facilitator wird der Prozess betrachtet und Details gesammelt. Die Prozessdarstellung geschieht als Ganzes (Start bis Ende) mit vielen Teilschritten, um Schwachstellen und Verschwendungen identifizieren zu können (Gellad & Day, 2016). Anschließend wird anhand der definierten einzelnen Prozessschritte in der Praxis eine Zeitmessung (Vormessung) vorgenommen, um weitere Informationen zum Ist-Zustand hinzuzufügen und ggf. Anpassungen vorzunehmen (Sampalli et al., 2015). Im zweiten Schritt folgt auf Basis dieser Map die Identifizierung von Verschwendungen. Die acht Arten der Verschwendung können den Beteiligten dabei helfen, Schwachstellen im Prozessablauf zu identifizieren. In einem dritten Schritt werden anschließend Lösungsansätze zur Verbesserung des Prozesses entwickelt. Insbesondere Maßnahmen zur Behebung der Schwachstellen, aber auch darüber hinausgehende Strategien zur Erhöhung der wertschöpfenden Schritte können gesammelt werden. Die fortlaufende Berücksichtigung der Patientenperspektive ist hier von hoher Relevanz (Poksinska, 2010). Maßnahmen können durch die Facilitators in Aktionslisten oder vergleichbaren Listen zur Überprüfung der Zielerreichung und Bestimmung der Verantwortlichkeiten festgehalten werden (Henrique et al., 2015). Im vierten Schritt wird der Soll-Zustand, d. h. der verbesserte Versorgungsprozess, in einer „Future State Value Stream Map“ dargestellt. Die bildliche Darstellung des verbesserten Prozesses dient der Verdeutlichung, der Bestimmung der Zuständigkeiten der einzelnen und ggf. angepassten oder zusätzlichen Prozessschritte und der Kommunikation der Veränderungen (Jimmerson, 2010). Anschließend werden im fünften Schritt die Maßnahmen im Versorgungsalltag umgesetzt. Relevant ist eine Strategie zur festen Integration der Maßnahmen in die Handlungsabläufe der Prozessbeteiligten und der Organisation (Henrique et al., 2015). Da es sich bei der Umsetzung um eine Implementierung und damit einen sozialen Prozess handelt ist diese stark abhängig vom Kontext (Damschroder et al., 2009). Zur Überprüfung der erfolgreichen Umsetzung der Maßnahmen ist als letzter

Schritt eine erneute Zeitmessung (Nachmessung) notwendig. Diese Messung hilft dabei zu überprüfen, ob die Verbesserung auch tatsächlich in der Praxis zu Tragen kommt (Jimmerson, 2010; Lee et al., 2014) und kann den Erfolg der Methode auf verschiedenen Dimensionen (z. B. Struktur, Prozess, Ergebnis), aber auch für verschiedene Prozessbeteiligte (Patienten/innen, Mitarbeitende) ermitteln.

Value Stream Mapping wird im industriellen Bereich schon länger angewendet und gilt als eine der am häufigsten angewendeten und erfolgreiche Lean Management Methode (Hines & Rich, 1997; Rahani & al-Ashraf, 2012; Singh, Garg & Sharma, 2011). Die Forschung beschäftigt sich bisher insbesondere mit deskriptiven Studien zum Value Stream Mapping. Ein Review von Singh et al. (2011) benennt 49 Studien zur industriellen Anwendung von Value Stream Mapping und interpretiert diese im Kontext der indischen Industrie. Durch den Review werden die relevanten Begrifflichkeiten von Value Stream Mapping erfasst – Wertzuwachs, kontinuierliche Verbesserung, Verkürzung der Durchlaufzeit, Current und Future State Value Stream Map, Gesprächszeit und Verschwendung (Singh et al., 2011). Weitere Studien evaluieren Value Stream Mapping auch im Versorgungsbereich. Dies geschieht im Kontext von Wirksamkeitsevaluationen von Lean Management im Allgemeinen, wobei allerdings lediglich herausgefunden wird, dass Value Stream Mapping in fast allen Artikeln über Lean Management erscheint (Poksinska, 2010) und ein wesentlicher Bestandteil von diesem ist (Casey, Brinton & Gonzalez, 2009). Des Weiteren erläutern beispielsweise Lee et al. (2014) in ihrem Artikel vorrangig die Anwendung von Value Stream Mapping in multidisziplinären Klinikbetrieben. Zur Wirksamkeit des Value Stream Mappings lassen sich nur bedingt Artikel auffinden, die die Methode im Versorgungskontext bewerten. Beispielsweise zeigen die Ergebnisse von Haron und Ramlan (2015) eine Reduktion der Durchlaufzeit und der Verschwendung in einer Praxis in Malaysia, wodurch weiterhin die Patientenzahl erhöht und benötigte Zeit für die Mitarbeitenden reduziert werden konnte. Eine Studie von Lummus, Vokurka und Rodeghiero (2006) ermittelt bei der Anwendung von Value Stream Mapping in einer medizinischen Praxis in den USA eine verkürzte Wartezeit für Patienten/innen mit Termin, mehr Kapazität für Patienten/innen ohne Termin und eine Reduktion des Stresslevels des klinischen Personals. Eine eindeutige Aussage zur Wirksamkeit des Value Stream Mappings in Versorgungsorganisationen lässt sich auf Basis der bestehenden Studien bisher nicht vornehmen.

Da sich die Dissertation mit der Patientenzentrierung als Ziel des Value Stream Mappings beschäftigt, wird das Konzept der Patientenzentrierung im Rahmen der Versorgungsqualität in Krankenhäusern im folgenden Kapitel erklärt.

3 Versorgungqualität und Patientenzentrierung im Krankenhaus

Knapp 20 Millionen Behandlungen wurden 2017 in Deutschland in einem Krankenhaus vollstationär durchgeführt (Destatis, 2019a). Mit 91,3 Milliarden Euro stiegen die Kosten im Vergleich zum Vorjahr damit um 3,9% an, obwohl die Anzahl der vollstationären Behandlungen von Patienten und Patientinnen leicht sank (2016: 20.063.689). Je stationärem Krankenhausfall entspricht das 4.695 Euro (Destatis, 2018). In Deutschland sind die Hospitalisierungsraten im internationalen Vergleich weiterhin hoch (OECD, 2017). Durch die alternde Bevölkerung im Zusammenspiel mit einem steigenden Fachkräftemangel besonders im Bereich der Pflege wird die Relevanz dieser Thematik deutlich. International ist auf wissenschaftlicher Ebene die Notwendigkeit einer Qualitätsverbesserung bei einer verbesserten Organisation von Krankenhäusern und des gesamten Gesundheitssystems bereits seit einiger Zeit erkannt (Institute of Medicine, 2001). Aufgabe des fachübergreifenden Forschungsgebiets Versorgungsforschung ist es, die Strukturen und Prozesse der Gesundheitsversorgung zu untersuchen (Lohr & Steinwachs, 2002), dabei wird von einer Patienten- und Populationsperspektive ausgegangen. Neue, innovative Versorgungskonzepte werden evaluiert, entwickelt oder verbessert, sowie deren Wirksamkeit und Nutzen untersucht (Pfaff, Schrappe, Lauterbach, Engelmann & Halber, 2003).

In Deutschland stellt die Versorgungsforschung ein vergleichsweise junges Fachgebiet dar, welches zunehmend an Bedeutung gewinnt. Zum einen geschieht dies auf Ebene der Gesundheitspolitik, beispielsweise durch die Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz). Zum anderen gewinnt der Fachbereich durch die Einrichtung des Innovationsfonds an Forschungsbedeutung. Dieser garantiert die finanzielle Förderung vielseitiger Forschung mit starkem Praxisbezug, dies mit dem Ziel die Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung qualitativ weiterzuentwickeln (Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA], 2017; Schrappe & Pfaff, 2016). Damit sind die Ergebnisse der Versorgungsforschung häufig eine wichtige Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen.

Der Begriff Qualität umfasst die Überführung impliziter Merkmale in messbare Größen, so dass sie mit vorab gesetzten Anforderungen verglichen werden können (Schrappe, 2014). Die Qualität der Versorgung ist dabei geprägt durch ihre Multidimensionalität, wodurch sich je nach Kontext eine Vielzahl verschiedener Definitionen finden lassen (Bengoa, 2006).

Schrappe (2014) unterscheidet zwischen sechs Qualitätsperspektiven: die gesellschaftliche Perspektive, die Ebene des Nutzens der Behandlungsmethode bzw. der Effizienz, die Patientenperspektive, die professionelle Perspektive, die institutionelle Perspektive und die wissenschaftliche Perspektive. Qualität ist demnach nicht als vornehmlich objektivierbare Größe darzustellen, sondern muss im Kontext eines komplexen Systems mit entsprechenden Rahmenbedingungen, Perspektiven und Positionen betrachtet und definiert werden (Schrappe, 2014).

Die Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung hat nach allgemeinem Qualitätsverständnis eine wertfreie deskriptive Komponente. Eine Qualitätsmessung beinhaltet allerdings meist auch eine bewertende, evaluative Komponente. Eine solche Bewertung der Qualität entsteht durch einen Vergleich der an die Qualität gestellten Anforderungen und den tatsächlich festgestellten Merkmalen (Soll-Ist-Vergleich) (Hensen, 2016). Nach DIN EN ISO 9000 wird Qualität als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllt“ (DIN Deutsches Institut für Normungen e. V., 2015, S. 39) definiert, der schlecht, gut und ausgezeichnet ausgeprägt sein kann. Im Kontext der Gesundheitsversorgung geht es bei Qualität häufig um Qualitätsdefizite auf der einen Seite oder Qualitätsverbesserung und -optimierung auf der anderen Seite. Geläufig ist auch hier eine Einordnung in „gute Qualität“ oder „schlechte Qualität“ (Hensen, 2016). Zur Bewertung der Qualität muss festgelegt werden, welcher Grad an Übereinstimmung zwischen den Qualitätsanforderungen und den Qualitätsmerkmalen bzw. welcher Grad der Erfüllung als gut bzw. als schlecht anzusehen ist.

Neben dem Soll-Ist-Vergleich kann eine Qualitätsbeurteilung auch durch den Vergleich verschiedener Versorgungsorganisationen geschehen. Damit begibt man sich in die organisationsbezogene Versorgungsforschung, in dessen Kontext diese Dissertation eingeordnet ist. Die organisationsbezogene Versorgungsforschung beschäftigt sich mit:

- „1) den Rahmenbedingungen, unter denen Versorgungsorganisationen agieren und deren Wechselwirkungen auf Individuums- und Organisationsebene,
- 2) den Strukturen, Prozessen und Kulturen von Versorgungsorganisationen,
- 3) den Interaktionen innerhalb und zwischen Versorgungsorganisationen und
- 4) den Auswirkungen dieser Faktoren auf das Ergebnis und die Organisation gesundheitlicher Versorgung.“ (Ansmann, Albert et al., 2019, S. 221f)

Der Vergleich der Qualität zwischen Organisationen ist ein relevantes Kriterium, um Vorteile oder Defizite erkennen zu können (Ansmann, Baumann et al., 2019). Dieser Aspekt wird für

Krankenhäuser vor dem Hintergrund des Wettbewerbs zwischen Versorgungsorganisationen besonders relevant. Dieser Wettbewerb bei Krankenhausleistungen ist in einigen Ländern, beispielsweise in Großbritannien, den Niederlanden oder den USA, erwünscht, um die Qualität und/oder Effizienz zu verbessern (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2012). Evidenz aus ökonomischer Forschung und Versorgungsforschung zeigt, dass Wettbewerb die Kosten senken, die Effizienz erhöhen und die Qualität verbessern kann (Cooper, Gibbons, Jones & McGuire, 2011; Escarce, Jain & Rogowski, 2006; Rogowski, Jain & Escarce, 2007), wobei nicht alle Studien eindeutige Effekte zeigen (Cellini, Siciliani & Straume, 2018; Gowrisankaran & Town, 2003; Moscelli, Gravelle, Siciliani & Santos, 2018). In Deutschland sorgt die Einführung der Diagnosebezogenen Fallpauschale (Diagnosis Related Groups, DRG) seit 2003 zu einer Verstärkung des Wettbewerbs (Braun, Rau & Tuschen, 2008). Der Wettbewerb sollte beispielsweise Krankenhäuser dazu anregen, eine höhere Qualität zu bieten, um mehr Patienten/innen anzuziehen (Cots, Chiarello, Salvador, Castells & Quentin, 2011). Ein direkter Vergleich vorgegebener Qualitätsindikatoren kann über die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser geschehen, die seit 2003 verpflichtend von allen zugelassenen Krankenhäusern erstellt werden müssen (siehe § 137 Abs. 1 Nr. 6 SGB V). Obwohl ein „public reporting“ Patienten und Patientinnen die Krankenhauswahl erleichtern soll, ist der Effekt auf eine Patientenbindung nicht eindeutig belegt (Emmert, Taheri-Zadeh, Kolb & Sander, 2017; Fung, Lim, Mattke, Damberg & Shekelle, 2008; Schrappe, 2014), da die Entscheidungsfindung, um sich für ein Krankenhaus zu entscheiden, komplex ist (Hibbard, Greene, Sofaer, Firminger & Hirsh, 2012). Hauptsächlich dienen öffentliche Berichte dem Vergleich auf Krankensebene, setzen dabei aber Anreize für das Management, für eine Qualitätsverbesserung aktiv zu werden (Fung et al., 2008; Schrappe, 2014). Eine stärkere Relevanz für die Wahl des Krankenhauses scheint die subjektive Einschätzung der Qualität und Versorgungsprozesse und die Zufriedenheit mit der Dienstleistung der Patienten und Patientinnen zu haben (Leister & Stausberg, 2007; Richter & Muhlestein, 2017). Das Krankenhaus als Versorgungsorganisation erbringt folglich eine personenbezogene Dienstleistung (Ansmann, Albert et al., 2019). Mit der gestiegenen Wahrnehmung der Versorgung als eine Dienstleistung hat die Bedeutung der Patientenperspektive in den letzten Jahren stark zugenommen. Auch diese Dissertation stellt in der Frage nach der Versorgungsqualität den/die Patienten/in an die erste Stelle, die durch das Value Stream Mapping verbessert werden soll. Aus diesem Grund wird im folgenden Abschnitt der Begriff der Patientenzentrierung genauer erläutert und die aktuelle Forschung dazu zusammengefasst.

3.1 Patientenzentrierung als Ziel des Value Stream Mappings

Eine zentrale Qualitätsperspektive ist die Perspektive der Patienten/innen (Bengoa, 2006; Berwick, 2009; Schrappe, 2014). Patientenzentrierung, auch Patientenorientierung genannt, beinhaltet die Aufgabe zu einer patientenzentrierten Versorgung (patient-centered care) beizutragen und ist eine der zentralen Sichtweisen der Versorgungsforschung (Neugebauer & Farin, 2017; Schrappe & Pfaff, 2017). Das Institute of Medicine (2001) beschreibt patientenzentrierte Versorgung als „care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values and ensuring that patient values guide all clinical decisions” (S. 40). Die Weltgesundheitsorganisation fordert darüber hinaus eine personenzentrierte Versorgung (World Health Organization Europe, 2013), so dass eine grundlegende Veränderung von Versorgungsstrukturen und -prozessen notwendig wird.

Bei der Patientenzentrierung handelt es sich um ein sich entwickelndes Forschungsthema, das politische Beachtung erhält. In Deutschland fordert das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ mehr Transparenz, Rechtsicherheit und Einbezug der Patienten/innen (Deutscher Bundestag, 2013). Daneben beschäftigen sich umfangreiche staatlich geförderte Forschungsprogramme beispielsweise mit der Patientenzentrierung bei chronischen Erkrankungen (Ansmann et al., 2018; Härter, 2010). Im internationalen Kontext wird eine patientenzentrierte Versorgung ebenfalls politisch und durch Gesundheitsverbände gefordert (z. B. BMA Science & Education, 2011; Institute of Medicine, 2001; World Health Organization Europe, 2013).

Eine Patientenzentrierung in der Versorgung zielt auf die aktive Teilhabe des Patienten/innen und dessen/deren Angehörigen in die Behandlung und in die Entscheidungsfindung. Es benötigt eine umfangreiche Informierung des/der Patienten/in und die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse (Robinson, Callister, Berry & Dearing, 2008). Das Ziel der Versorgungsakteure sollte es sein, für die Patienten/innen einzustehen und eine effektive sowie sichere Versorgung anzustreben (Mead & Bower, 2000). Unter der Begrifflichkeit der Patientenzentrierung werden diverse Themen zusammengefasst (Epstein & Street, 2011), wodurch eine heterogene Nutzung des Begriffs resultiert (van Dulmen, 2003) und eine Messung erschwert wird. Eine Spezifizierung von Patientenzentrierung anhand verschiedener Dimensionen ist daher notwendig (Scholl, Zill, Härter & Dirmaier, 2014). Für den deutschen Raum nähern sich Scholl et al. (2014) dieser Problematik, indem sie das Integrative Model of Patient-Centeredness, basierend auf internationaler Literatur, entwickeln und 15 Dimensionen

integrieren. Dabei lässt sich zwischen förderlichen Faktoren, Grundprinzipien sowie Handlungen und Maßnahmen unterscheiden.

Im Kontext der vorliegenden Dissertation zum Entlassungsprozess sind Kontinuität und Koordination der Versorgung von besonderer Relevanz, die laut Scholl et al. (2014) eine patientenzentrierte Versorgung fördern und als relevanter Bestandteil patientenzentrierter Versorgung gesehen werden (siehe ebenso Bezold, 2005). Die Begriffe Kontinuität und Koordination der Versorgung umfassen die Unterstützung der Patienten/innen bei der Vorbereitung von Übergängen zwischen verschiedenen Versorgungssettings, z. B. von stationärer zur ambulanten Versorgung (Bezold, 2005; Scholl et al., 2014). Die Sicht der Patienten/innen bezüglich Koordination und Kontinuität der Versorgung wird bestenfalls durch eine Befragung der Patienten/innen zu Patientenzufriedenheit und -erfahrungen erhoben (Kowalski, Steinhausen, Ommen & Pfaff, 2017). Bei der Patientenzufriedenheit stehen besonders die Erwartungen im Mittelpunkt, die erfüllt oder nicht erfüllt werden (Cleary, 2016). Patientenerfahrungen gehen expliziter auf spezifische Erlebnisse, z. B. im Krankenhaus, ein und versuchen dabei die Bewertung möglichst objektiv zu ermitteln (Berwick, 2009; Cleary, 2016; Kowalski et al., 2017). Die Patientenzufriedenheit und die -erfahrungen sind damit ein wichtiger Bestandteil der Versorgungsqualität und Grundlage der Qualitätsverbesserung (Cleary, 2016; Flott, Graham, Darzi & Mayer, 2017; Flott, Darzi & Mayer, 2018; Price et al., 2014). Neben der Nutzung des Begriffs Patientenzentrierung ist auch die Perspektive der Patienten/innen bei der Beurteilung der Qualität divers. Laut einer Umfrage, beschrieben in Stock et al. (2015), sind deutsche Patienten/innen im internationalen Vergleich in einigen Bereichen zufriedener (z. B. Zeit mit Hausarzt, Informationsweitergabe) mit der Versorgungsqualität. Auf der anderen Seite sieht rund ein Drittel einen Reformbedarf des deutschen Gesundheitssystems, wobei nicht deutlich wird, ob sich dies auf die Finanzierung, die Strukturen oder die Versorgungsqualität bezieht (Stock et al., 2015).

Viele Gesundheits- und Sozialsysteme, Organisationen und individuelle Versorger erwarten durch die verstärkte Fokussierung auf den/die Patienten/in eine große Herausforderung aufgrund geringer vorhandener Ressourcen (Cleary, 2016). Auf der anderen Seite können durch eine Patientenzentrierung die Patientenzufriedenheit und damit der Ruf der Versorgungseinrichtung verbessert werden (Richter & Muhlestein, 2017). Ein gutes Branding kann sich auch finanziell lukrativ gestalten (Bezold, 2005). Versorgungsorganisationen und -systeme sind vor diesem Hintergrund ständig gefordert, die Versorgung nach den Grundsätzen der patientenzentrierten Versorgung unter begrenzten Ressourcen zu organisieren

(Bokhour et al., 2018; West, Barron & Reeves, 2005). Durch die starke Fragmentierung des deutschen Gesundheitssystems wird eine Umsetzung der patientenzentrierten Versorgung besonders herausfordernd (Amelung et al., 2015; World Health Organization, 2007).

Um eine Patientenzentrierung ressourcenorientiert zu verwirklichen stellt Value-Based Healthcare ein vielversprechendes Konzept dar, das seit einigen Jahren international diskutiert und angewandt wird. Value-Based Healthcare bezeichnet ein Konzept nach Porter, zu dem sich das Gesundheitssystem und in diesem Kontext das vollständige Versorgungssystem entwickeln sollte (Gray, 2017). Value wird dabei als erreichtes Gesundheitsergebnis pro Dollar definiert (Porter, 2008; Porter, Pabo & Lee, 2013). Es beinhaltet eine Neuordnung, die patientenzentriert ist und sich gleichzeitig auf die Kosten konzentriert. Ein patientenzentriertes oder für den/die Patienten/in relevantes Gesundheitsergebnis wäre beispielsweise schmerzfreies Laufen nach einer Hüft-Operation anstatt der Bewertung des Operationsverlaufes. In Bezug auf das deutsche Gesundheitssystem sollten beispielsweise interdisziplinäre Teams nach Krankheitsbildern der Patienten/innen, inklusive einer Integration der angrenzenden Versorgungsbereiche, gebildet werden, um die Behandlungskette für den/die Patienten/in zu optimieren (Porter & Guth, 2012; Porter et al., 2013). Die Behandlungsergebnisse sind dabei zwar ausschlaggebend, doch ebenso relevant ist es, die Kosten zu betrachten und den konkreten Handlungsbereichen zuordnen zu können (Porter & Guth, 2012). Eine Optimierung geschieht dann, wenn sich die Versorgungsqualität verbessert, die Kosten aber gleich bleiben, oder die Versorgungsqualität konstant gehalten wird und die Kosten sinken. Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass die Konzentration nicht auf einer Kostenreduktion liegen sollte, sondern vielmehr auf einer Qualitätsverbesserung, da sich eine effiziente Versorgung auf lange Sicht ohnehin als preiswerter herausstellt (Porter, 2008). Den Grundstein der Veränderung stellt dabei das medizinische Personal dar, wobei durch eine Beteiligung an der Qualitätsverbesserung deren eigene Motivation gestärkt wird, vor allem da ihre Arbeit effizienter und effektiver wird (Porter & Teisberg, 2007).

Für eine erfolgreiche Umsetzung des Value Stream Mappings muss berücksichtigt werden, dass Organisationen die Versorgung auf allen Ebenen transformieren müssen, um eine patientenzentrierte Versorgung zu implementieren (Bokhour et al., 2018). Bokhour et al. (2018) zeigen, dass nicht nur die Patienteninvolvierung für eine Patientenzentrierung relevant ist, sondern ebenso die Involvierung der Mitarbeitenden und die Transformationen organisationaler Strukturen und Prozesse. Ebenso argumentieren Epstein und Street (2011), dass eine erfolgreiche Umsetzung von der 1) Involvierung der Patienten/innen, 2) der Involvierung und

Beteiligung der Gesundheitsfachkräfte und 3) einer unterstützenden Gesundheitsumgebung abhängt. Für die Versorgungsorganisationen scheint es laut Hower et al. (2019) besonders herausfordernd zu sein, die richtige Balance zwischen der patientenzentrierten Versorgung, den Qualitätsanforderungen, den knappen Ressourcen sowie den bestehenden Richtlinien zu finden. Wie in Kapitel 2 beschrieben ermöglicht eine Anwendung des Value Stream Mappings eine Involvierung der Mitarbeitenden sowie einen starken Fokus auf dem/der Patienten/in, weshalb es eine vielversprechende Methode zur patientenzentrierten Gestaltung des Entlassungsprozesses darstellen kann. Um die Versorgungsqualität und den möglichen Zusammenhang mit Patientenzentrierung genauer zu verstehen und folglich durch das Value Stream Mapping zu verbessern, ist es zunächst relevant die organisationalen Strukturen und Prozesse, sowie die Patientenebene mit den Versorgungsqualität in Verbindung zu setzen. Der Einfluss von organisationalen Strukturen und Prozessen auf die Versorgungsqualität wird vielseitig untersucht und kann teilweise bestätigt werden (Halligan & Zecevic, 2011; Hearld et al., 2008; Scott, Aiken, Mechanic & Moravcsik, 1995; Sunol et al., 2014). Um Fragestellungen der Versorgungsforschung zu formulieren und deren Analyse zu ermöglichen, bedarf es einer theoretischen Grundlage (Baumann, Farin, Menzel-Begemann & Meyer, 2016). Im nachfolgenden Abschnitt werden zunächst zwei gängige Modelle zur theoretischen Fundierung von Versorgungsqualität beschrieben und in Verbindung gebracht. Zum verbesserten Verständnis der Patientenperspektive wird zusätzlich ein Modell zur Erwartungserfüllung vorgestellt und diskutiert.

3.2 Theoretische Grundlage für eine Anwendung des Value Stream Mappings zur Verbesserung der Patientenzentrierung im Rahmen von Versorgungsqualität

Ein klassisches Modell zur Unterteilung und Analyse der Qualität im Gesundheitswesen ist Donabedians Qualitätsmodell mit den Dimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis (Donabedian, 2003). Die Struktur beschreibt das Umfeld und die Rahmenbedingungen der Versorgungsorganisation. Die Struktur einer Organisation setzt sich zum einen aus relativ stabilen Faktoren wie materiellen und personellen Ressourcen, die der Organisation zur Verfügung stehen, zusammen. Ergänzt wird die Dimension durch organisationale Charakteristiken, wie Verwaltungs- und Finanzierungsstrukturen. Der Prozess definiert die Art und Weise, wie Gesundheitsdienste (z. B. Diagnose, Therapie, Prävention) erbracht werden und umfasst alle medizinischen und pflegerischen Leistungen, die für gewöhnlich durch Fachkräfte

erbracht werden. Ergänzende Versorgungsleistungen durch Patienten/innen oder ihre Familien zählen ebenfalls dazu. Das Ergebnis beschreibt die direkte Veränderung der Patienten/innen, die durch die Gesundheitsversorgung bedingt sind. Neben dem Gesundheitszustand zählen Veränderungen des gesundheitsbezogenen Wissens, des Gesundheitsverhaltens und auch der Patientenzufriedenheit dazu (Donabedian, 1992, 2003). Donabedian setzt die Dimensionen in einen linearen Zusammenhang und betont, dass erst dadurch Inferenzen zur Qualität getroffen werden können. Durch eine Vereinfachung des Versorgungsgeschehens lässt sich eine lineare Verbindung ziehen, so dass die Strukturqualität die Prozessqualität beeinflusst und diese wiederum die Ergebnisqualität.

Die Komplexität der Zusammenhänge zwischen den Dimensionen stellt sich durch die konkrete Anwendung des Modells dar. Beispielsweise lassen sich Kontinuität und Koordination der Versorgung als Prozessdimensionen einordnen (Donabedian, 2005). Dies bedeutet, dass erwartet wird, dass die Kontinuität und Koordination der Versorgung durch die Rahmenbedingungen und andere Strukturvariablen beeinflusst wird und kausale Auswirkungen auf die Ergebnisqualität hat. Nur wenn auch diese Aspekte mitberücksichtigt werden, kann die Ausprägung des Zusammenhangs analysiert werden. Anzunehmen ist, dass eine Verbesserung der Kontinuität und Koordination der Versorgung erst Effekte zeigt, wenn weitere Prozesse und Strukturen optimiert werden (McDonald et al., 2007).

Der Versorgungsalltag zeigt jedoch, dass Versorgungsorganisationen nicht-linear und häufig unvorhersehbar auf Veränderungen reagieren. Daher sollte bei der Analyse von Versorgungsorganisationen, wie Krankenhäusern, der komplexe und adaptive Charakter der Systeme berücksichtigt werden (Ansmann, Baumann et al., 2019). Sie müssen sich an dynamische Prozesse adaptieren und häufig spontan auf Veränderung reagieren (Plsek & Greenhalgh, 2001). Die Complexity Science beschreibt Krankenhäuser als verbundene oder voneinander abhängige Teile oder Personen (einschließlich Fachkräfte und Patienten/innen), die nicht-linear und interaktiv unvorhersehbare Ergebnisse erzielen (Braithwaite, Churrua, Long, Ellis & Herkes, 2018; Thompson, Fazio, Kustra, Patrick & Stanley, 2016). Die Akteure handeln nach einem gemeinsamen Zweck und nach ihrem Wissen (R. A. Anderson, Allred & Sloan, 2003). Individuen und Bedingungen innerhalb der Organisation stehen ständig unter Veränderung (Oyeleye, Hanson, O'Connor & Dunn, 2013).

Die Dimensionen nach Donabedian werden allerdings in einer linearen Beziehung zueinander stehend gedacht (P. H. Mitchell, Ferketich & Jennings, 1998). Ziel der Dissertation ist es nicht, Donabedians Modell zu verwerfen. Vielmehr entwickeln Mitchell, Ferketich und Jennings

(1998) auf der Grundlage Donabedians ein dynamisches Modell mit Feedbackschleifen, das sich nicht widerspricht, dabei aber Möglichkeiten bietet, auf die Dynamik der Veränderungen in Versorgungsorganisationen einzugehen. Des Weiteren bedarf die Theorie von Donabedian einer Erweiterung durch Patientencharakteristiken (Ameh, Gómez-Olivé, Kahn, Tollman & Klipstein-Grobusch, 2017). Das Quality Health Outcomes Modell ermöglicht eine Beschreibung und Analyse des Zusammenhangs zwischen Struktur- und Prozessvariablen und Patientenergebnissen (P. H. Mitchell et al., 1998). Abbildung 3.1 zeigt das Modell mit den vier Konstrukten: System, Intervention, Patient/in und Ergebnis. Die traditionellen Struktur- und Prozessdimensionen werden im „System“ zusammengefasst. Dies stellt wohl den größten Unterschied zur klassischen Ansicht dar und verringert die Bedeutung der Trennung der beiden Dimensionen (P. H. Mitchell et al., 1998). Zusätzlich können klinische Prozesse ebenfalls indirekte oder direkte Interventionen sein. Der Einfluss der „Intervention“ auf das Ergebnis verläuft indirekt über das System und den/die Patienten/in, wobei stets beide Dimensionen beeinflusst sind. Das bedeutet, dass Interventionen nur über Mediatoren auf das Ergebnis wirken können (P. H. Mitchell et al., 1998). Beispielsweise wirkt die Einführung einer Informationstechnologie-Schulung, indem sie Versorgungsstrukturen und -prozesse als auch Individuen beeinflussen, die durch die Schulung eine Veränderung auf verschiedenen Ebenen erleben (z. B. Kompetenz, Einstellung). Der/die „Patient/in“ und seine/ihre Charakteristiken, auf den/die eine Intervention ausgerichtet ist, beeinflussen das Ergebnis direkt. Das „Ergebnis“ kann schließlich im klassischen Sinn der fünf D’s: death, disability, dissatisfaction, disease und discomfort (Lohr, 1988) von Belang sein, aber auch weitere Dimensionen der

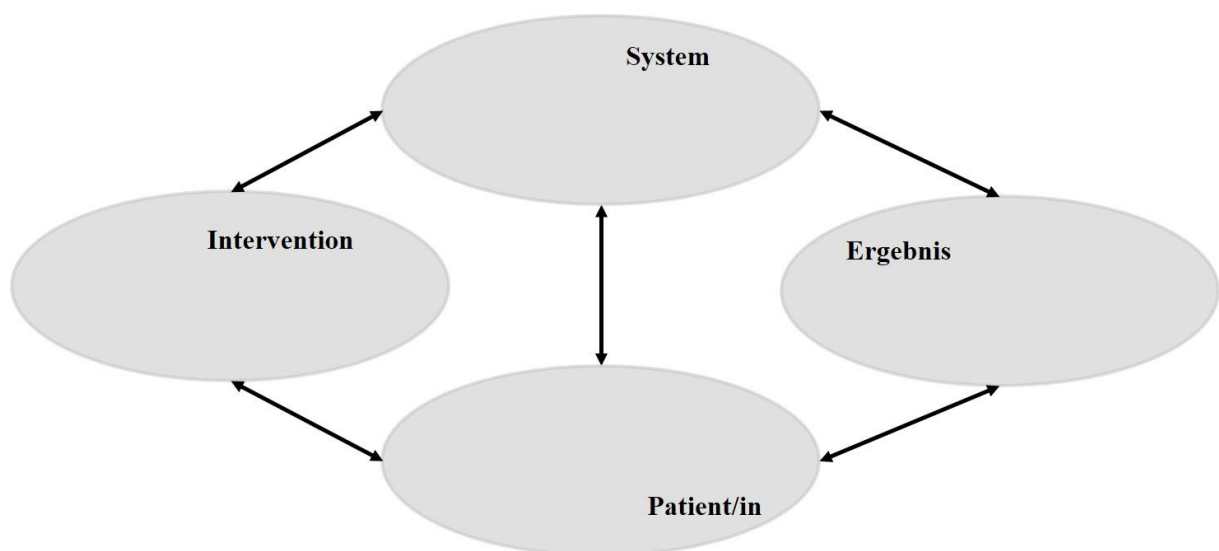


Abbildung 3.1 Quality Health Outcomes Modell (nach Mitchell et al., 1998)

Patientenperspektive, wie die gesundheitsbezogene Lebensqualität (health-related quality of life, HRQoL), umfassen (P. H. Mitchell et al., 1998).

Verbreitung findet das Quality Health Outcomes Modell besonders in den Pflegewissenschaften (P. H. Mitchell & Lang, 2004). Ebenso ergeben sich Vorteile für eine Anwendung im Rahmen der organisationsbezogenen Versorgungsforschung, insbesondere da die dynamischen Interaktionen aufgegriffen werden können und gleichzeitig mehrschichtige Level der Organisation erfasst werden können.

P. H. Mitchell et al. (1998) versuchen mit ihrem Modell den Beitrag von Pflegemaßnahmen und Versorgungsorganisationen auf das Wohlbefinden der Patienten/innen zu erfassen. Die Messung des Einflusses von Versorgungsstrukturen und -prozessen auf das patientenseitige Ergebnis sollte dabei die Patientencharakteristiken, inklusive der funktionalen, sozialen, psychologischen, physischen und physiologischen Aspekte der Erfahrung der Individuen mit Gesundheit und Krankheit integrieren. Um die Versorgungsqualität patientenzentriert zu gestalten, ist es relevant zu verstehen, wie und wann Patienten/innen zufrieden mit der Versorgung sind.

Aufgrund seiner Breite und Subjektivität wird das Konzept der Patientenzufriedenheit häufig kritisiert (Batbaatar, Dorjdagva, Luvsannyam & Amenta, 2015; Cleary, 2016; Sitzia & Wood, 1997). Es wird daher empfohlen von Patientenerfahrungen zu sprechen, die, wie oben beschrieben, spezifischer auf bestimmte Ereignisse eingehen. Der Unterschied wird deutlich, wenn man sich die Formulierung der Fragestellung anschaut. Nach der Zufriedenheit würde beispielsweise „Waren Sie mit dem Abschlussgespräch zufrieden?“ gefragt werden, eine Erfassung der Erfahrung könnte umfassen: „Im Abschlussgespräch wurden alle meine Fragen beantwortet.“ Für die Erfassung der Patientenerfahrungen ist es daher notwendig die Ebene der Qualität vorab genau zu definieren, um bei einer Patientenbefragung alle Facetten abzudecken. Die Erwartungen der Patienten/innen spielen bei der Beurteilung der Gesamtzufriedenheit eine ausschlaggebende Rolle (Cleary, 2016; Linder-Pelz, 1982), wobei sich die Blackbox „Gesamtzufriedenheit“ schwer spezifizieren lässt (Batbaatar et al., 2015). Ebenso sind die Erwartungen relevant, wenn spezifische Aspekte der Patientenzufriedenheit und damit Erfahrungen aus dem Kontext der Versorgung, betrachtet werden. Der Expectations-Disconfirmation Mechanismus aus der Marketing-/Konsumentenforschung erklärt, dass Erwartungen zum einen erfüllt (confirmation) oder nicht erfüllt (disconfirmation) werden können und dementsprechend die Bewertung beeinflussen. Eine Anpassung von Erwartungen wird durch die Art des zu bewertenden Reizes (hier: Versorgungsleistung), die psychologischen

Eigenschaften des Individuums, der die Leistung erlebt, und dem situativen Kontext bestimmt (Evangelidis & van Osselaer, 2018; Oliver, 1980). Der Mechanismus lässt sich für die Bewertung von Strukturen und Prozessen in Versorgungsorganisationen durch Patienten und Patientinnen anwenden (Serrano, Shah & Abràmoff, 2018). Die Entscheidung zur Bewertung der Patienten/innen kann demnach zum einen durch Erwartung basierend auf Vorerfahrungen gebildet und zusätzlich durch die Anpassung der Erwartungen beeinflusst werden (Bhattacharjee, 2001; Oliver, 1980). Abbildung 3.2 zeigt die Verbindung der Erwartungen und der wahrgenommenen Leistung auf die Bewertung und der daraus resultierenden Zufriedenheit mit einer Leistung. Im Rahmen dieser Dissertation soll der Expectations-Disconfirmation Mechanismus helfen zu verstehen, wie ein spezifischer Versorgungsprozess Einfluss auf die Bewertung der Patienten/innen nehmen kann. Es wird angenommen, dass dieser Ansatz einen verstärkten Bezug auf die Patientenzentrierung ermöglicht.

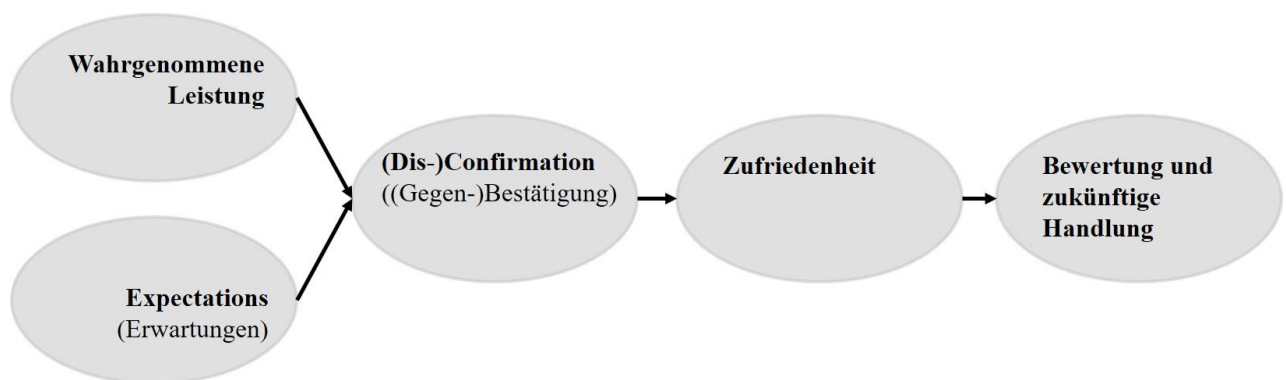


Abbildung 3.2 Expectations-Disconfirmation Mechanismus (nach Oliver, 1980)

Die theoretische Grundlage dieser Dissertation setzt sich aus diesen drei Modellen zusammen, da in den einzelnen Forschungsfragen und daraus resultierenden Studien jeweils unterschiedliche Aspekte beleuchtet werden. Auf Basis der Ergebnisse der Studien werden diese theoretischen Annahmen in der Diskussion in ein Modell zusammengesetzt, welches eine theoretische Grundlage für zukünftige Studien liefern kann.

4 Die Entlassung aus dem Krankenhaus als Anwendungsgebiet für das Value Stream Mapping

Beim Übergang von der stationären zur poststationären Versorgung eine Kontinuität und Koordination der Versorgung zu gewährleisten, stellt eine große Herausforderung der Gesundheitsversorgung dar (AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, 2015). Das Entlassmanagement beschäftigt sich mit dieser Herausforderung mit dem Ziel, Versorgungsbrüche zu vermeiden. Ein Versorgungsbruch wird als Bruch in der kontinuierlichen Versorgung von Patienten/innen definiert (Mille & Stier, 2014), dessen Konsequenzen negativ sein können und z. B. zu einem unzureichenden Genesungsprozess, niedriger Patientenzufriedenheit oder einer erhöhten Komplikationsrate führen können (AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, 2015). Durch ein organisiertes Entlassmanagement soll der Bedarf der Patienten/innen im Rahmen der Entlassung erfasst werden, um dazu angemessene Maßnahmen zu planen und durchzuführen. Eine feste Verankerung des Entlassmanagements in die Abläufe des Krankenhauses ermöglicht es, frühzeitig und systematisch planen zu können (Kurlemann, 2010). Eine Planung ist notwendig, um ggf. Absprachen mit weiterversorgenden Einrichtungen zu treffen, aber auch Pflege- und Unterstützungsbedarf der Patienten/innen beim Übergang ins häusliche Setting rechtzeitig zu erkennen und einzuleiten (Eble, Miedke & Khan, 2018; Gonçalves-Bradley, Lannin, Clemson, Cameron & Shepperd, 2016). Folglich ist eine berufs- und einrichtungsübergreifende Planung sowie der frühzeitige Einbezug der Patienten/innen und auch Angehörige erforderlich (Mille & Stier, 2014).

Trotz der Relevanz des Themas zeigt sich eine bisher unterschiedliche Handhabung der Krankenhäuser (Mille & Stier, 2014). Gründe hierfür lassen sich in der Komplexität der Entlassung von Patienten/innen vermuten, denn aufbauend auf den Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten/innen sind interdisziplinäre Interventionen von unterschiedlichen Berufsgruppen notwendig (Nordmark, Zingmark & Lindberg, 2016), um den nahtlosen Übergang zwischen stationärer und poststationärer Versorgung zu gewährleisten (Kurlemann, 2010; Mille & Stier, 2014). Verzögerungen und Probleme ergeben sich laut Gonçalves-Bradley et al. (2016) durch (1) ein unzureichendes Assessment durch die Fachkräfte, wodurch Probleme wie mangelnde Kenntnis der sozialen Verhältnisse des/der Patienten/in oder schlechte Organisation der medizinischen und sozialen Weiterversorgung nach der Entlassung entstehen. (2) Eine verspätete Organisation von Transportdiensten für die Heimreise des/der Patienten/in

verhindert eine rechtzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus und (3) eine unzureichende bis schlechte Kommunikation zwischen Krankenhaus, Nachsorge und Sozialdienstleistern führt insbesondere zu fehlenden relevanten Informationen bei den Patienten/innen und bei der weiteren Versorgung. Ebenso kann ein fehlender Informationsaustausch bzw. Kommunikationsprobleme zwischen den verschiedenen Akteuren innerhalb eines Krankenhauses zu Informationsverlusten oder Verzögerungen in der Entlassung führen (Kripalani et al., 2007). McDonagh, Smith und Goddard (2000) schätzen, dass rund 20% der Entlassungen aus dem Krankenhaus aufgrund nicht-medizinischer Gründe verzögert werden. Laut Forster et al. (2003) ist jeder fünfte von einem unerwünschten Ereignis nach der Entlassung betroffen, welches häufig hätte vermieden werden können. Folgen für den/die Patienten/in sind psychische Belastungen (M. Mitchell, 2015; Vandrevala, Senior, Spring, Kelliher & Jones, 2016), erhöhte Wiedereinweisungsrate in stationäre Versorgungseinrichtungen (Friedman & Basu, 2004), eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis hin zu Langzeitfolgen wie Behinderung oder Tod (Gonçalves-Bradley et al., 2016). Die Entlassung aus dem Krankenhaus stellt demnach für die betroffenen Patienten/innen eine besonders kritische Lebensphase dar (Lebel, Rosberger, Edgar & Devins, 2007). Daneben verkörpert insbesondere eine Erhöhung der Wiedereinweisungsrate, auch „Drehtüreffekt“ genannt, den Spagat zwischen Kostendruck und Qualitätserhalt der Krankenhäuser (Kurlemann, 2010; Mille & Stier, 2014). Der hohe Kostendruck bedingt eine verkürzte Verweildauer (El-Eid et al., 2015; Hilgers, 2011), eine geringe Reduktion vermeidbarer Wiedereinweisungen kann auf der anderen Seite jedoch bereits jährlich eine Kosteneinsparung im Milliardenbereich ermöglichen (J. F. Burgess & Hockenberry, 2014; Jencks, Williams & Coleman, 2009). Weitere Herausforderungen ergeben sich durch den bestehenden Fachkräftemangel. Es zeigt sich also, dass für das Wohl der Patienten/innen, die Ökonomie und den Erhalt der Qualität ein optimiertes und effizient gestaltetes Entlassmanagement dringend notwendig ist (Mille & Stier, 2014).

Die Relevanz eines angemessenen Entlassmanagements wird darüber hinaus durch die Gesetzgeber und legislativ gesteuerte Programme hervorgehoben. In Deutschland bildet sich der Grundstein aus dem Fünften Sozialgesetzbuch (§11 Abs. 4 SGB V) zum Anspruch auf Versorgungsmanagement aus dem Jahr 2007, sowie aus dem Versorgungsstrukturgesetz der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Versorgungsstrukturgesetz), das bereits im Jahr 2012 das Entlassmanagement explizit als Aufgabe der Krankenhäuser betitelte und das Recht der Patienten/innen hervorhebt (AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und

Forschung im Gesundheitswesen GmbH, 2015). Auf Grundlage weiterer Entwicklungen wurde ein Rahmenvertrag, resultierend aus Verhandlungen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., verabschiedet. Der Vertrag ist seit Oktober 2017 in Kraft und regelt den Anspruch der Versicherten gegenüber den Krankenhäusern auf ein gesteuertes Entlassmanagement. Dabei wird festgehalten, dass die Krankenhäuser durch die Kranken- bzw. Pflegekassen unterstützt werden sollen (nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V, Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung, 2017). Es umfasst schriftliche Standards u. a. zum Assessment des Bedarfs am Entlassmanagement der Patienten/innen, sowie neue Befugnisse der Krankenhausärzte/innen zur Nachverordnung von Arznei- und Hilfsmitteln oder zur Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit über den stationären Krankenhausaufenthalt hinaus.

Das Entlassmanagement ist auch in anderen Ländern von starker Relevanz und eine Berücksichtigung durch die Krankenhäuser wird durch legislative Programme eingefordert. Beispielsweise entstanden durch den „Patient Protection and Affordable Care Act“ der USA vielseitige Modelle, um Übergänge der Patienten/innen zu verbessern (U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services, 2017). Des Weiteren wird ein kontrolliertes Entlassmanagement auch durch Berufsverbände verschiedener Länder (z. B. Australien, Kanada, Großbritannien) eingefordert. Anliegen der Berufsverbände sind beispielsweise eine frühzeitige Planung der Entlassung bei Aufnahme sowie multidisziplinäre Kommunikation über den stationären Krankenhausaufenthalt hinweg (Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine, Lim, Chong, Caplan & Gray, 2009; Future Hospital Commission, 2013; Health Quality Ontario, 2017).

Im internationalen Kontext werden die Begriffe „discharge“ und „discharge management“, aber auch „transitional care“ oder „care coordination“ verwendet (Nowak, Karbach & Pfaff, 2018). Auch im deutschen Sprachraum lässt sich das „Entlassmanagement“ oder auch „Entlassungsmanagement“ nicht immer vom Begriff „Entlassungsprozess“ oder „Schnittstellenmanagement/-problematik“ differenzieren. Entlassmanagement kann bereits vor der stationären Aufnahme beginnen und umfasst vorbereitende Maßnahmen auf die Entlassung und meist ebenso eine Nachsorge bzw. Follow-Up Maßnahmen nach der Entlassung (Flanagan, Damery & Combes, 2017). Es besteht allerdings keine einheitliche Definition des Begriffs. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Rolle des Krankenhauses und dessen Akteure bei der Entlassung. Aus diesem Grund ist mit dem „Entlassungsprozess“ stets der stationäre

Prozess zur Vorbereitung auf die Entlassung von Seiten des Krankenhauses gemeint. Der Entlassungsprozess beginnt somit mit der Aufnahme der Patienten/innen und umfasst alle Maßnahmen, die zu einem nahtlosen Übergang beitragen (Schär & François-Kettner, 2009). Mit „Vorbereitung auf die Entlassung“ (im Englischen „preparation for discharge“) oder „Entlassungsplanung“ (im Englischen „discharge planning“) wird in der vorliegenden Arbeit der Aspekt des Entlassmanagements impliziert, der von der Seite des Krankenhauses und während des Krankenhausaufenthaltes koordiniert wird.

Die vorliegende Dissertation beleuchtet die Anwendbarkeit des Value Stream Mappings auf den Entlassungsprozess in der Brustkrebsversorgung. Daher wird im Folgenden zunächst die Brustkrebsversorgung in Deutschland beschrieben und anschließend auf den aktuellen Stand der Forschung zu Interventionen zur Verbesserung des Entlassungsprozess bei der Brustkrebsversorgung eingegangen.

4.1 Der Entlassungsprozess im Rahmen der Brustkrebsversorgung

Die Relevanz einer guten gesundheitlichen Versorgung von Brustkrebserkrankungen zeigt sich durch die hohe Verbreitungs- sowie Mortalitätsrate. Die Erkrankung Mammakarzinom (Brustkrebs) gehört in Deutschland (Destatis, 2019b) und auch weltweit (statista, 2019a) zu den häufigsten Todesursachen. Im Jahr 2012 sind weltweit rund 1,7 Millionen Frauen an Brustkrebs erkrankt (statista, 2019b). Auch in Deutschland stellt Brustkrebs die häufigste Einzeldiagnose bei den Krebserkrankungen für Frauen dar, wobei die Erkrankungsrate sogar leicht über dem europäischen Durchschnitt liegt (Robert Koch Institut, 2016). In den letzten Jahren zeigte sich allerdings eine Diagnose bereits in früheren Erkrankungsstadien (Robert Koch Institut, 2016), ein leichter Rückgang der Inzidenz (Robert Koch Institut, 2017) sowie ein Rückgang der wegen Brustkrebs im Krankenhaus behandelten Frauen um 11,9% (Destatis, 2019c).

Mit der Erkrankung geht eine psychische Belastung der betroffenen Frauen und Männer und Angehörigen einher, geprägt durch die lange Zeit bis zur endgültigen Diagnosestellung und die belastende Zeit während und nach der Behandlung. Um Betroffene angemessen versorgen zu können, ist eine multidisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen der Chirurgie, Onkologie, Pathologie, Strahlentherapie, Humangenetik, Psychoonkologie, sowie von Pflegekräften und speziell ausgebildeter Breast Care Nurses (onkologische Pflegefachkraft) notwendig. Auch nach dem stationären Aufenthalt ist eine Koordination mit beteiligten niedergelassenen Berufsgruppen (Gynäkologie, Physiotherapie, Rehabilitationseinrichtung und

Selbsthilfegruppe) relevant (Brucker, Wallwiener, Taran & Hartkopf, 2016). In Europa setzt sich der Fachverband European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA) für eine verbesserte Brustkrebsversorgung ein und formuliert Zertifizierungsrichtlinien (Albert et al., 2011; Wilson et al., 2013). Seit 2003 werden „Brustkrebszentren“ deutschlandweit durch die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Senologie zertifiziert. In Nordrhein-Westfalen gibt es ergänzend oder alternativ seit 2005 ein eigenes Programm zur Zertifizierung von „Brustzentren“ über die Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄkZert). Beide Zertifizierungsrichtlinien basieren auf den EUSOMA Kriterien und zielen auf eine interdisziplinäre und einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit. Kriterien für eine Zertifizierung durch ÄkZert sind Maßnahmen zum Qualitätsmanagement, (Patientinnenbefragungen, Qualitätszirkel, Fehler- und Beschwerdemanagement), Behandlungsanforderungen (bedarfsgerechte Diagnostik, interdisziplinäre Zusammenarbeit), sowie Vorgaben zur personellen Besetzung, zu Kernprozessen (z. B. Pathologie, Senologie), zu unterstützenden Prozessen (z. B. Sozialdienst, psychoonkologische Betreuung), zu Strukturen, zu Management- und Personalprozessen sowie zur Evaluation (Ärztekammer Westfalen-Lippe, 2017). Durch die zentralen Vorgaben werden Auswirkungen auf einen positiven Behandlungserfolg erwartet und beobachtet (Ansmann, Kowalski & Pfaff, 2016; Brucker et al., 2008; Kowalski, Ferencz, Brucker, Kreienberg & Wesselmann, 2015).

Neben einer umfassenden Versorgung ist die Erreichbarkeit der Zentren für die Betroffenen relevant, insbesondere um auch ambulante Versorgungsschritte in den Brustzentren durchführen zu können. Es bestehen über 200 Zentren und 85% der Frauen in Deutschland können ein Zentrum innerhalb von 30 Minuten erreichen (Brucker et al., 2016).

Eine besondere Qualifikation des Pflegepersonals ergibt sich durch die Weiterbildungsmöglichkeit zur Breast Care Nurse bzw. onkologischen Pflegefachkraft (Gerlach & Wiedemann, 2010). Der Einsatz der Breast Care Nurses wird durch die Zertifizierungsrichtlinien eingefordert (Ärztekammer Westfalen-Lippe, 2017; Zertifizierungskommission Brustkrebszentren der DKG/DGS, 2017). Das spezifische Tätigkeitsprofil unterscheidet sich allerdings bisher in der Praxis (Albert et al., 2011). Zu den Aufgabengebieten gehören beispielsweise ein Assessment des physischen, psychosozialen und therapiebezogenen Status der Patienten/innen, das Ableiten geeigneter Maßnahmen, sowie die umfassende Information der betroffenen Patienten/innen und deren Angehörigen, die Koordination des gesamten Behandlungsprozesses, wie auch des Entlassmanagements und die Vermittlung zwischen den beteiligten multidisziplinären Behandlungsteams (Ärztekammer

Westfalen-Lippe, 2017; Zertifizierungskommission Brustkrebszentren der DKG/DGS, 2017). Für den Entlassungsprozess stellt die Rolle der Breast Care Nurse somit, insbesondere aus der Sicht der Patienten/innen, eine zentrale Funktion dar (Gerlach & Wiedemann, 2010).

Die organisationale Besonderheit eines Brustzentrums im Rahmen der Entlassung ergibt sich demzufolge durch die fortlaufende Betreuung über Versorgungsgrenzen hinweg und durch ein multiprofessionelles Versorgungsteam. Für die Brustzentren der Zukunft ist es besonders herausfordernd, trotz Kostendruck eine patientenzentrierte, kontinuierliche Betreuung der Patienten/innen zu gewährleisten (Kowalski, 2014) weshalb sich eine Optimierung durch das Value Stream Mapping anbietet.

4.2 Studienlage zu Maßnahmen zur Verbesserung des Entlassungsprozesses bei der Brustkrebsversorgung

Aufgrund der potentiellen Vorteile und der genannten, teilweise schwerwiegenden Folgen für Patienten/innen, Ökonomie und Versorgungsqualität, sind Strategien und Maßnahmen zur zielführenden Gestaltung der Entlassung von Patienten/innen notwendig. Um die folgenden Maßnahmen einzuordnen, die den Entlassungsprozess von Brustkrebspatienten/innen betreffen und dem Entlassmanagement zugeordnet werden, werden sie in „pre-discharge“, „post-discharge“ und „bridging“ Interventionen eingeteilt (McMartin, 2013; Renke et al., 2013). Dabei umfasst „pre-discharge“ Interventionen, die vor der Entlassung zum Einsatz kommen. Eine häufig eingesetzte Maßnahme, die vor der Entlassung greift, ist das Assessment. Dabei wird das Risiko von unerwünschten Ereignissen und damit der Bedarf des/der individuellen Patienten/in ermittelt. Das Assessment bietet damit, wenn angewandt, eine Grundlage für die weitere Entlassungsplanung. Weitere Maßnahmen können eine spezifische Patientenaufklärung, eine frühzeitige Kommunikation mit ambulanten Pflegediensten und nachbehandelnden Ärzten/innen oder die Erstellung eines individualisierten Entlassungsplans sein (Nowak et al., 2018; Renke et al., 2013). Interventionen zur zielführenden Gestaltung der Entlassung von Patienten/innen, die erst nach der Entlassung zu tragen kommen, werden als „post-discharge“ eingeordnet. Häufig eingesetzte Maßnahmen sind Hausbesuche zum Schulungs- und Unterstützungszweck, z. B. durch Pflegepersonal, gesteuerte Telefonanrufe (Feltner et al., 2014) oder die mögliche Nutzung von Patienten-Hotlines oder Selbsthilfegruppen (McMartin, 2013; Nowak et al., 2018). Unter „bridging“ werden schließlich Maßnahmen zusammengefasst, die vor und nach der Entlassung zum Einsatz kommen und

somit im Längsschnitt agieren (McMartin, 2013; Rennke et al., 2013). Hierbei können Komponenten der beschriebenen Maßnahmen vor oder nach der Entlassung verbunden werden. Beispielsweise sollte eine Medication Reconciliation, d. h. ein Abgleich der bisher eingenommenen Medikamente mit den neu verschriebenen bereits vor der Entlassung geschehen. Diese Maßnahme sollte allerdings ebenfalls zum Zeitpunkt der Entlassung und auch nach der Entlassung wiederholt werden (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2012). Ein Transition Coach stellt eine Kontaktperson dar, die für den/die Patienten/in erreichbar ist und sich für die Planung der Entlassung verantwortlich sieht (McMartin, 2013). Aufgrund der unter 4.1 beschriebenen multidisziplinären und vielschichtigen Versorgung von Brustkrebspatienten/innen stellt die Kontinuität und Koordination der Versorgung eine besondere Herausforderung dar. Moen, Kapadia, O'Malley und Onega (2019) zeigen anhand einer Netzwerkanalyse amerikanischer Brustkrebspatienten/innen und deren medizinischer Versorgung auf, dass die Patienten/innen im Schnitt acht Ärzte/innen während des akuten Behandlungsverlaufs sahen. Studien, die sich spezifisch mit Maßnahmen zur Optimierung des Entlassungsprozesses bzw. dem Entlassmanagement bei Brustkrebs beschäftigen, sind jedoch rar. Eine große Anzahl von Studien beschäftigt sich mit Maßnahmen und Interventionen, die Patienten/innen mit Brustkrebs dazu befähigen mit der Erkrankung nach der Behandlung umzugehen, und im besten Fall die Lebensqualität verbessern. Häufig betrachten die Maßnahmen die Verbesserung einzelner patientenrelevanter Aspekte. Beispielsweise beschäftigen sich Studien mit einer Reduktion von Depressionssymptomen (Check et al., 2019) oder einer Verbesserung des Schmerzmanagements. Dorfman et al. (2018) zeigen, dass ein mobiles Training zur Schmerzbewältigung (Mobile Pain Coping Skills Training) in medizinisch unterversorgten Gebieten, die Schmerzschwere, -interferenz und Selbstwirksamkeit von Patienten/innen mit Brustkrebs zu reduzieren scheint. Computer- und webbasierte Unterstützungsprogramme (eHealth) scheinen aufgrund ihrer vielseitigen und flexiblen Einsetzbarkeit vielversprechend zu sein. Ein Programm zur Stärkung der Bewältigungsstrategien, um den Umgang mit psychischen Belastungen zu bewältigen, zeigt hohe Zufriedenheits- und Akzeptanzwerte bei Brustkrebspatienten/innen (Ringwald et al., 2019). Ein Selbstmanagement-Training ist eine Maßnahme, um Patienten/innen bei der Anpassung an die Krankheitsbedingungen zu unterstützen, wobei es vor allem um die Vermittlung von Informationen und Problemlösemethoden geht und dadurch das Vertrauen in die eigenen Ressourcen zu stärken (Cimprich et al., 2005). Die meisten der Maßnahmen, die auch einen Effekt auf den Umgang mit der Herausforderung durch die Entlassung haben sollten,

trainieren das Selbstmanagement der Patienten/innen. Das Training wird positiv von Brustkrebspatienten/innen aufgenommen und scheint auf die schwierige Zeit beim Übergang aus der stationären Behandlung vorzubereiten (Cimprich et al., 2005; S. H. Kim et al., 2018) und die Belastung der Brustkrebspatienten/innen nach dem Krankenhausaufenthalt reduzieren zu können (van den Berg et al., 2015). Eine wirksame Methode, um das Selbstmanagement Training zu steuern, könnte die Teach-Back-Methode zu sein. Durch die Wiederholung der vermittelten Information soll der zielführende Wissenstransfer überprüft werden (Dinh, Bonner, Clark, Ramsbotham & Hines, 2016), wodurch sich bei Patienten/innen mit Brustkrebs eine Reduktion der Unsicherheit zeigt (Ahmadidarrehsima et al., 2019).

Die Bedürfnisse einzelner Gruppen von Patienten/innen mit Brustkrebs, beispielsweise jüngerer Patienten/innen (Milosevic, Brunet & Campbell, 2019; Stark et al., 2019) oder sozial benachteiligter Gruppen (Ruiz-Perez, Rodriguez-Gomez, Pastor-Moreno, Escriba-Aguir & Petrova, 2019) werden ebenfalls vielseitig untersucht. Ein systematischer Review identifiziert 31 Primärstudien, die Interventionen zur Verbesserung der Krebsbehandlung und Nachsorge von sozial benachteiligten Gruppen evaluieren. Sechs der Studien berücksichtigen organisatorische Veränderungen, wobei meist mehrere Komponenten wie Weiterbildung, Beratung oder Navigation als Strategie zur Umsetzung der Intervention verwendet wurden. Die häufigsten Zielvariablen waren eine Verbesserung der Lebensqualität und der psychosozialen Faktoren (Ruiz-Perez et al., 2019).

Eine Maßnahme, die postdischarge ansetzt, ist das Specialist Nurse-Led Follow-Up. Die Studie von Saltbaek et al. (2019) untersucht, ob der gesteuerte Nachsorgetermin durch eine spezialisierte Pflegekraft die Routinenachsorge durch eine/n Onkologen/in ersetzen kann. Die Autoren und Autorinnen zeigen mit ihrer Pilotstudie, dass die Nachsorge durch die Pflegekräfte machbar und akzeptabel für Patienten/innen im frühen Brustkrebsstadium zu sein scheint (Saltbaek et al., 2019).

Bereits vor der Entlassung (predischarge) und meist darüber hinaus (bridging) setzen Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungskoordination an. Ein Survivorship Care Plan wird durch das Institute of Medicine empfohlen und hat das Potential, die Kommunikation der Versorgungskoordination zu verbessern (Miller et al., 2016). Der Plan umfasst alle Aspekte der Versorgung, von der Diagnostik über die onkologische Therapie und akute Nebenwirkungen, bis hin zu einem Nachsorgeplan und möglichen Spät- und Langzeitfolgen. Eine Studie von Tevaarwerk et al. (2019) zeigt, dass der Zeitpunkt des Erhalts des Survivorship Care Plans keinen großen Einfluss auf die Zufriedenheit und das krankheitsbezogene Wissen von

Patienten/innen mit Brustkrebs hat. Es scheint allerdings sinnvoll zu sein, den Patienten/innen relevante Informationen mehr als einmal zu übermitteln bzw. mit ihnen zu besprechen (Tevaarwerk et al., 2019). Roorda, Berendsen, Haverkamp, van der Meer und Bock (2013) finden in ihrer Studie heraus, dass eine aktive Entlassung durch die Spezialisten/innen im Krankenhaus von den weiterbehandelnden niedergelassenen Fachärzten/innen gefordert wird, da die Hälfte der Patienten/innen mit Brustkrebs in der Studie nach der Entlassung selbst aktiv werden muss. Es wird vermutet, dass die Nachsorge durch eine Erhöhung der Kommunikation zwischen Spezialisten/innen und niedergelassenen Ärzten/innen deutlich verbessert werden könnte (Roorda et al., 2013).

In Deutschland besteht ein strukturiertes Behandlungsprogramm, das Disease Management Programm (DMP) Brustkrebs, das gesetzlich versicherten Patienten/innen angeboten und vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erarbeitet wird (G-BA, 2014). Die koordinierende Rolle übernimmt dabei in der Regel der/die behandelnde niedergelassene Gynäkologe/in, wodurch auch die regelmäßige Nachsorge sichergestellt sein soll. Diese Programme konzentrieren sich aber vornehmlich auf die medizinische Versorgung und nicht auf spezifische Aspekte und Bedürfnisse der Patienten/innen bei Schnittstellen und Übergängen. Eine Studie von Mora-Pinzon et al. (2019) zeigt allerdings, dass die wahrgenommene Versorgungskoordination, in diesem Fall durch einen Single Designated Care Coordinator, einen positiven Effekt auf Brustkrebspatienten/innen mit geringer Gesundheitskompetenz zu haben scheint. Allerdings wurde dabei nicht untersucht, ob die Aspekte auch nach einem stationären Krankenhausaufenthalt noch unterstützend sein können.

Eine hilfreiche Maßnahme, um Ressourcen zu stärken und das Selbstmanagement der Brustkrebserkrankung zu ermöglichen, scheint das Pathfinders Programm zu sein. Das Programm integriert psychosoziale Beurteilung und Betreuung von Krebspatienten/innen durch ein Programmhandbuch, das den Einsatz von Werkzeugen und Techniken (z. B. kognitive Restrukturierung) zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit des/der Patienten/in beschreibt. Eine Pilotstudie offenbart erste Indizien, dass das Programm für Patienten/innen mit Brustkrebs hilfreich und in einem akademischen medizinischen Zentrum durchführbar ist (Abernethy et al., 2010) sowie eine Steigerung der aktiven Bewältigungsstrategien, Selbstwirksamkeit und spirituellen Bedeutung bewirkt (Smith et al., 2011).

Die Übersicht der aktuellsten Studien zu Maßnahmen, die die Entlassung von Patienten/innen mit Brustkrebs aus dem Krankenhaus steuern oder verbessern zeigt, dass trotz der beschriebenen Relevanz des Themas Studien zur Analyse der besonderen Bedürfnisse der

Brustkrebspatienten/innen, sowie zur Umsetzbarkeit oder Effektivität von organisationsbezogenen Maßnahmen bisher fehlen. Der Umgang mit der herausfordernden Situation für Patienten/innen mit Brustkrebs nach einem Krankenhausaufenthalt und über die vollständige Diagnose, Therapie und Weiterbehandlung hinweg wird allerdings in vielen Versorgungsplänen und in komplementären Therapien mitberücksichtigt. Um den Entlassungsprozess von Brustkrebspatientinnen zu verbessern bietet sich daher eine prozessorientierte Betrachtung mithilfe des Value Stream Mappings an, in dessen Folge bestehende und evaluierte Maßnahmen integriert werden können.

Im Folgenden werden auf Grundlage der vorgestellten Empirie und in Verbindung der vorgestellten theoretischen Modelle das Ziel und die Forschungsfragen der vorliegenden Dissertationen vorgestellt.

5 Forschungsfragen

Die vorliegende Dissertation zielt auf die Analyse der Methode Value Stream Mappings als evidenzbasierte Maßnahme der Organisationsentwicklung zur patientenzentrierten Gestaltung des Entlassungsprozesses von Brustkrebspatientinnen. Dabei werden relevante Voraussetzungen und Wirkmechanismen der Methodenanwendung herausgearbeitet. Die vorliegende Dissertation umfasst drei Forschungsfragen, die im Folgenden vorgestellt werden.

5.1 Forschungsfrage 1

Der Forschungsstand zeigt, dass eine Aussage zur Wirksamkeit bei Anwendung des Value Stream Mappings in Versorgungseinrichtungen bisher fehlt. Donabedians Definition der Qualität ermöglicht es zu differenzieren, in welcher Qualitätsdimension eine Veränderung wirken kann (Donabedian, 1992, 2003). Werden Krankenhausstrukturen durch eine Maßnahme der Organisationsentwicklung verändert, ergeben sich daraus ggf. andere Ergebnisse für das Krankenhaus oder für die Patienten/innen als durch eine direkte Veränderung auf der Dimension der Ergebnisqualität. Maßnahmen der Organisationsentwicklung können sich auf eine oder mehrere der Qualitätsdimensionen spezifizieren und damit gezielt eine Veränderung bestimmter Qualitätsaspekte hervorrufen. Das Value Stream Mapping setzt dabei insbesondere an der Dimension der Prozessqualität an, je nach Umsetzung und abhängig von den entwickelten Maßnahmen ist allerdings davon auszugehen, dass Aspekte der Struktur- und Ergebnisqualität, direkt oder indirekt, ebenso beeinflusst werden können. Aus diesem Grund ergibt sich die erste Forschungsfrage der vorliegenden Dissertation:

- 1) Beeinflusst eine Anwendung der Methode Value Stream Mapping die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Versorgungseinrichtungen?

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wurde ein systematischer Review durchgeführt, der im ersten Artikel mit dem Titel „Does value stream mapping affect the structure, process, and outcome quality in care facilities? A systematic review“, publiziert in BMC Systematic Reviews, im Detail erläutert wird.

5.2 Forschungsfrage 2

Wie zuvor beschrieben, bieten P. H. Mitchell et al. (1998) durch ihre dynamische Ergänzung eine Erweiterung von Donabedians klassischem Qualitätsmodell. Eine Intervention wirkt demnach nicht direkt auf das Ergebnis, sondern über das System, die Strukturen und Prozesse

sowie den/die Patienten/in. Um heraus zu finden, wie eine Intervention den Entlassungsprozess in Krankenhäusern patientenzentriert verbessern kann, ist es daher zunächst relevant zu ermitteln, welche Strukturen und Prozesse die patientenseitige Wahrnehmung des Entlassungsprozesses beeinflussen. Folglich ergibt sich die zweite Forschungsfrage der Dissertation:

- 2) Welche Krankenhausstrukturen und -prozesse nehmen Einfluss auf die Entlassungserfahrungen der Patientinnen in Brustzentren?

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage wurden Fragebogendaten kombiniert mit Krankenhausstrukturdaten verwendet, die mithilfe von Mehrebenenmodellen analysiert wurden. Das Quality Health Outcomes Modell wurde für die Studie angepasst, da die Analyse keine Anwendung einer Intervention beinhaltet wurde dieser Aspekt aus der veröffentlichten Studie heraus genommen. Aus diesem Grund ergibt sich eine Abweichung von dem oben vorgestellten Modell. Die zweite Forschungsarbeit wird im Artikel mit dem Titel „Associations between hospital structures, processes and patient experiences of preparation for discharge in breast cancer centers: A multilevel analysis“ der in der Zeitschrift Health Care Management Review veröffentlicht wurde, beschrieben.

5.3 Forschungsfrage 3

Die Patientenzentrierung in der Gestaltung des Entlassungsprozesses stellt eine Grundlage der vorliegenden Forschung dar. Um eine Patientenzentrierung zu erreichen, ist es notwendig, patientenrelevante Endpunkte zu berücksichtigen. Die Verweildauer im Krankenhaus stellt einen relevanten organisatorischen Aspekt dar, sowohl für das Krankenhaus als auch für den/die Patienten/in. Basierend auf Annahmen, die aus dem Expectations-Disconfirmation Mechanismus (Oliver, 1980) abgeleitet wurden, soll daher untersucht werden, ob die Zufriedenheit der Patienten/innen mit Brustkrebs mit der Länge des Krankenhausaufenthalts durch eine gute Vorbereitung auf die Entlassung verbessert werden kann. Durch einen zielführenden Entlassungsprozess könnten die vorherigen Erwartungen an die Dauer angepasst und dadurch die Bewertung der Verweildauer positiv ausfallen, d. h. es wird ein Wirken der Krankenhausprozesse direkt auf das Ergebnis, hier die Patientenzufriedenheit, erwartet. Daher lautet die dritte Forschungsfrage der Dissertation:

- 3) Wie bewerten Brustkrebspatientinnen die Krankenhausverweildauer und welchen Einfluss hat ein optimierter Entlassungsprozess bei kurzer Krankenhausverweildauer?

Um die dritte Forschungsfrage zu beantworten wurden ebenfalls die Daten aus der Brustkrebs-Patientenbefragung verwendet und mit logistischen Regressionen ausgewertet. Der Artikel mit dem Titel „Short length of stay and the discharge process: preparing breast cancer patients appropriately” beschreibt diese Analyse und wurde in der Zeitschrift Patient Education and Counseling publiziert.

6 Eigene Forschungsarbeiten

6.1 Beeinflusst das Value Stream Mapping die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Versorgungseinrichtungen? Ein systematischer Review

Titel im englischen Original: Does value stream mapping affect the structure, process, and outcome quality in care facilities? A systematic review

6.1.1 Abstract auf Deutsch

Hintergrund: Die Qualitätsverbesserung in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen ist notwendig und soll evidenzbasiert und patientenzentriert erfolgen. Value Stream Mapping, eine Methode des Lean Managements, zielt darauf ab, den Wert und die Qualität der Patientenversorgung durch eine Visualisierung und Quantifizierung des Versorgungsprozesses zu erhöhen. Ziel dieser Studie ist es, den Effekt des Value Stream Mappings auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Versorgungseinrichtungen zu beurteilen.

Methode: Es wird ein systematischer Review durchgeführt. PubMed, EBSCOhost, einschließlich Business Source Complete, Academic Search Complete, PSYCInfo, PSYNDX, SocINDEX mit Volltext, Web of Knowledge und EMBASE ScienceDirect werden im Februar 2016 durchsucht. „Peer-Reviewed“ Publikationen, die Value Stream Mapping evaluieren und ab Januar 2000 auf Englisch oder Deutsch veröffentlicht wurden, werden inkludiert. Für die Datensynthese werden alle Studienergebnisse in Donabedians Modell der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität eingeordnet. Um die Wirksamkeit des Value Stream Mappings zu bestimmen, wird die Häufigkeiten der statistisch untersuchten Ergebnisse berücksichtigt.

Ergebnisse: Von 903 Artikeln erfüllen 22 Studien die Inklusionskriterien. Von diesen werden 11 Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen. Das Value Stream Mapping hat positive Auswirkungen auf die zeitliche Dimension der Prozess- und Ergebnisqualität. Es scheint die nicht-wertschöpfende Zeit (z. B. Wartezeit) und die Krankenhausverweildauer zu reduzieren. Alle Studien verwenden ein Vorher-Nachher-Studiendesign ohne Kontrollgruppe und es fehlt methodisch hochwertige Forschung.

Schlussfolgerung: Für eine abschließende Schlussfolgerung über die Wirksamkeit des Value Stream Mappings sind weitere Untersuchungen mit verbesserter Methodik erforderlich. Trotz der fehlenden Evidenz hat das Value Stream Mapping das Potenzial, die Qualität der Versorgung auf der zeitlichen Dimension zu verbessern. Der kontextuelle Einfluss muss

untersucht werden, um Rückschlüsse auf die Beziehung zwischen verschiedenen Qualitätsbereichen bei der Anwendung von Value Stream Mapping zu ziehen. Um die Schlussfolgerung des Reviews zu nutzen, muss berücksichtigt werden, dass die Ergebnisse heterogen und potenziell verzerrt sind.

6.1.2 Veröffentlichung in der Zeitschrift BMC Systematic Reviews

Quelle

Nowak, M., Pfaff, H., & Karbach, U. (2017). Does Value Stream Mapping affect the structure, process, and outcome quality in care facilities? A systematic review. *Systematic reviews*, 6(1), 170.

DOI Nummer

10.1186/s13643-017-0563-y

Link zur Veröffentlichung

<https://link.springer.com/article/10.1186/s13643-017-0563-y>

6.2 Der Zusammenhang zwischen Krankenhausstrukturen, -prozessen und Patientenerfahrungen bei der Vorbereitung auf die Entlassung in Brustzentren: Eine Mehrebenenanalyse

Titel im englischen Original: Associations between hospital structures, processes and patient experiences of preparation for discharge in breast cancer centers: A multilevel analysis

6.2.1 Abstract auf Deutsch

Hintergrund: Das Entlassungsmanagement ist eine zentrale Aufgabe des Krankenhausmanagements. Mitchell's Quality Health Outcomes Model bietet einen kontextuellen Rahmen, um Annahmen über den Zusammenhang zwischen Indikatoren für Krankenhausstrukturen und -prozesse und den Erfahrungen der Patienten/innen mit der Vorbereitung auf die Entlassung abzuleiten.

Ziel: Ziel ist es, den Zusammenhang zwischen Krankenhausstrukturen und -prozessen mit den Erfahrungen der Patienten/innen bei der Vorbereitung auf die Entlassung in Brustzentren zu analysieren.

Methode: Die Daten wurden zwischen dem 1. Februar und dem 31. Juli 2014 - 2016 mit jährlichen Querschnittsbefragungen zu den Erfahrungen der Patientinnen mit der Vorbereitung auf die Entlassung in Brustzentren in Deutschland erhoben. Diese Daten wurden mit Sekundärdaten über Krankenhausstrukturen kombiniert. Die Sekundärdaten stammten aus den strukturierten Qualitätsberichten 2014 und Angaben der Akkreditierungsstelle, die Brustzentren zertifiziert, und bilden eine hierarchische Datenstruktur. 10.750 neu diagnostizierte Brustkrebspatientinnen aus 67 Krankenhäusern wurden analysiert. Nach listenweisem Fallausschluss konnten 9.762 Patientinnen in lineare hierarchische Regressionsanalysen eingeschlossen werden.

Ergebnisse: Patientinnen fühlten sich besser auf die Entlassung vorbereitet, in Krankenhäusern, die den Entlassungstermin den Patientinnen rechtzeitig mitteilen, mit einer guten Ablauforganisation und die mit zwei weiteren Krankenhäusern im Brustzentrum kooperieren. Die Krankenhausstrukturen, Größe, Lehrstatus und Trägerschaft waren nicht mit den Erfahrungen der Patientinnen mit der Vorbereitung auf die Entlassung assoziiert.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine rechtzeitige und informative Kommunikation, gut organisierte Krankenhausprozesse und die Netzwerkstruktur der Brustzentren eine Verbesserung der Vorbereitung auf die Entlassung ermöglichen. Aktuelle

und zukünftige Ansätze zur Verbesserung der Entlassung aus dem Krankenhaus sollten diese identifizierten Krankenhausressourcen berücksichtigen.

Praktische Implikationen: Das Krankenhausmanagement sollte sich verstärkt auf strukturierte Kommunikations- und Koordinationsprozesse konzentrieren, um den Entlassungsprozess zu verbessern. Die kooperierenden Netzwerke sollten ausgebaut werden, um Know-how und Ressourcen zu erhöhen. Die Ergebnisse können mit Einschränkungen auf andere Versorgungsbereiche übertragen werden. Die Charakteristiken der Patientinnen sollten weiter bewertet werden, um die Ressourcen effizient zu nutzen.

6.2.2 Veröffentlichung in der Zeitschrift Health Care Management Review

Quelle

Nowak, M., Swora, M., Karbach, U., Pfaff, H., & Ansmann, L. (2019). Associations between hospital structures, processes and patient experiences of preparation for discharge in breast cancer centers: A multilevel analysis. *Health care management review*. Online Vorveröffentlichung.

DOI Nummer

10.1097/HMR.0000000000000237

Link zur Veröffentlichung

https://journals.lww.com/hcmrjournal/Abstract/publishahead/Associations_between_hospital_structures,.99676.aspx

6.3 Kurze Krankenhausverweildauer und der Entlassungsprozess: Brustkrebspatientinnen angemessen vorbereiten

Titel im englischen Original: Short length of stay and the discharge process: Preparing breast cancer patients appropriately

6.3.1 Abstract auf Deutsch

Ziel: Brustkrebs ist weltweit die häufigste Krebserkrankung bei Frauen, wodurch die Relevanz eines effizienten und erfolgreichen Versorgungsprozesses deutlich wird. Mit abnehmender Krankenhausverweildauer (length of stay, LOS) variiert die Zufriedenheit der Patientinnen mit der Verweildauer. Wir gehen davon aus, dass eine erfolgreiche Entlassungsplanung diese Bewertung verbessern kann.

Methode: Es wurden Daten von 4.390 Patientinnen mit Brustkrebs aus einer Querschnittsbefragung analysiert. Die Daten wurden 2017 in 86 deutschen Krankenhäusern erhoben. Logistische Regressionen wurden verwendet, um die Hypothesen zu testen.

Ergebnisse: Die Mehrheit der betrachteten Patientinnen bewertete ihre Verweildauer als angemessen. Patientinnen, die sich besser auf die Entlassung vorbereitet fühlten, bewerteten ihre Verweildauer jedoch weniger häufig als zu kurz. Ein längerer Krankenhausaufenthalt verringerte diese Wahrscheinlichkeit weiter. Die Wirkung der Verweildauer wurde durch die Erfahrungen der Patientinnen mit der Vorbereitung auf die Entlassung moderiert.

Schlussfolgerung: Bei einer abnehmenden Krankenhausverweildauer ist es durch den verkürzten persönlichen Kontakt eine Herausforderung, dass sich die Patientinnen ausreichend informiert und bereit nach Hause zu gehen fühlen. Unsere Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass eine angemessene und ausführliche Entlassungsplanung die tatsächliche Anzahl der Tage der Zeit im Krankenhaus für die Bewertung der Verweildauer durch die Patientinnen irrelevant macht.

Praktische Implikationen: Die Studienergebnisse betonen die Bedeutung der Qualitätssicherung und Relevanz des Entlassungsprozesses.

6.3.2 Veröffentlichung in der Zeitschrift Patient Education and Counseling

Quelle

Nowak, M., Lee, S., Karbach, U., Pfaff, H., & Gross, S.E. (2019). Short length of stay and the discharge process: preparing breast cancer patients appropriately. *Patient Education and Counseling*, 102(12), 2318-2324.

DOI Nummer

10.1016/j.pec.2019.08.012

Link zur Veröffentlichung

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399119303520>

7 Diskussion

Versorgungsprozesse im Krankenhaus patientenzentriert zu gestalten, stellt eine Herausforderung für Versorgungsorganisationen und das deutsche Gesundheitssystem dar. Der wachsende ökonomische Druck, die daraus resultierende kurze Krankenhausverweildauer und der bestehende Fachkräftemangel erschweren die Gestaltung von Krankenhausprozessen. Eine potentielle Lösung stellen prozessorientierte Maßnahmen der Organisationsentwicklung wie das Value Stream Mapping dar. Bisher wurde allerdings nicht untersucht, ob die Methode Value Stream Mapping evidenzbasiert ist, auf welchen Qualitätsdimensionen sie wirken kann und ob durch ihre Anwendung Versorgungsprozesse patientenzentriert verbessert werden können. Ein zentraler Prozess im Krankenhaus ist die Entlassung von Patienten/innen, der besonders herausfordernd ist. Bedingt durch die kurze Verweildauer wird insbesondere die zielführende Gestaltung des Entlassungsprozesses von Patienten/innen mit Brustkrebs aus dem Krankenhaus erschwert. Es fehlen in der Literatur bisher eindeutige Ergebnisse, inwieweit Krankenhausstrukturen und -prozesse den Entlassungsprozess in diesem Fachbereich positiv oder negativ beeinflussen. Des Weiteren wurde bisher nicht ermittelt, ob eine zielführende Gestaltung des Entlassungsprozesses die Erfahrungen und Zufriedenheit mit der kurzen Verweildauer der Patientinnen mit Brustkrebs verbessern kann.

Die vorgestellten Artikel der Dissertation greifen diese Forschungslücken auf. Es wurde untersucht 1) ob das Value Stream Mapping als Maßnahme der Organisationsentwicklung die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Versorgungseinrichtungen beeinflussen kann; 2) welche Krankenhausstrukturen und -prozesse Einfluss auf die Entlassungserfahrungen der Patientinnen in Brustzentren nehmen und 3) wie Patientinnen mit Brustkrebs die Krankenhausverweildauer bewerten und welchen Einfluss ein optimierter Entlassungsprozess bei kurzer Krankenhausverweildauer hat. Die Ergebnisse der Dissertation bieten damit eine relevante Grundlage, um das Value Stream Mapping zur patientenzentrierten Gestaltung des Entlassungsprozesses von Patienten und Patientinnen mit Brustkrebs anzuwenden. Daneben werden Voraussetzungen und Wirkmechanismen einer solchen Anwendung herausgearbeitet. Im Folgenden werden die zentralen Erkenntnisse der Forschungsarbeiten wiederholt und in diesem Kontext diskutiert.

7.1 Zentrale Erkenntnisse der vorgestellten, eigenen Forschungsarbeiten

Die Ergebnisse des systematischen Reviews zeigen, dass es zunächst relevant ist qualitativ hochwertige Studien durchzuführen, um eine finale Aussage über die Evidenz des Value Stream Mappings treffen zu können. Die Ergebnisse deuten allerdings darauf hin, dass das Value Stream Mapping, angewendet nach Rother und Shook (2003) und Jimmerson (2010), positive Auswirkungen auf zeitliche Aspekte der Dimensionen Prozess- und Ergebnisqualität von Versorgungsorganisationen haben kann. Eine Verbesserung der Prozessqualität zeigt sich insbesondere durch eine Verkürzung der nicht-wertschöpfenden Zeit, wie beispielsweise Wartezeiten. Eine Veränderung der Ergebnisqualität zeigt sich durch eine Reduktion der Verweildauer, wodurch sich ebenfalls eine Reduktion der nicht-wertschöpfenden Zeit vermuten lässt. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist es besonders relevant zu berücksichtigen, dass die erzielte Reduktion von Zeiten aus Patientenperspektive stets differenziert betrachtet werden muss. Eine Reduktion der Verweildauer im Krankenhaus kann vorteilhaft sein, wenn für den/die Patienten/in eine gute Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt gewährleistet ist, z. B. durch das soziale Umfeld oder eine pflegerische Weiterbehandlung (Dumestre, Webb & Temple-Oberle, 2017). Eine Studie von Høvik, Aglen und Husby (2018) zeigt, dass die Genesung Zuhause sogar verbessert sein kann. Dennoch muss bei einer Durchführung des Value Stream Mappings und der daraus resultierenden Straffung von Prozessen, darauf geachtet werden, dass nicht die Kontaktzeiten mit dem medizinischen Personal aufgrund der verkürzten Verweildauer weiter reduziert werden, denn diese wertschöpfende Zeit ist für die Patienten/innen besonders wichtig (R. T. Anderson, Camacho & Balkrishnan, 2007; Skeldon et al., 2014).

Im Kontext der Patientenzentrierung muss kritisch betrachtet werden, dass das Konzept des Lean Managements und die Maßnahme des Value Stream Mappings zwar den Wert für den/die Patienten/in in den Mittelpunkt stellen, bei der konkreten Umsetzung der Konzepte der/die Patient/in allerdings selten involviert wird. In den Studien, die in den Review eingeschlossen wurden, werden die Patienten/innen nicht aktiv in den Veränderungsprozess mit einbezogen (McMurray, Chaboyer, Wallis & Fetherston, 2010; Pfaff, 1997). Eine frühzeitige Involvierung könnte Aufschluss über die spezifischen Werte bringen und gleichzeitig die Optimierung des Versorgungsprozesses noch patientenzentrierter gestalten. Beispielsweise kann nur der/die Patient/in selber beurteilen, welche Aspekte bei der Entlassung für ihn/sie wichtig sind, wie beispielsweise wann er/sie über den Zeitpunkt der Entlassung informiert wird. Diese

Beteiligung kann zum einen durch eine aktive Teilnahme eines/r Patienten/in an den Workshops des Value Stream Mappings geschehen, was sich allerdings in der Umsetzung schwer gestalten könnte. Alternativ könnte eine Validierung der Ergebnisse aus den Workshops mit einem/r Patienten/in oder einem/r Patientenvertreter/in geschehen oder eine vorangehende qualitative oder quantitative Befragung einer repräsentativen Patientengruppe oder wieder gesunder Patienten/innen zu den Erwartungen und Bedürfnissen, bzw. dem Wert für die Patienten/innen durchgeführt werden.

Die Ergebnisse der durchgeführten quantitativen Analyse der Einflussfaktoren durch Krankenhausstrukturen und -prozesse auf die Erfahrungen der Patientinnen mit Brustkrebs zeigen, dass die Krankenhausprozesse Kommunikation, Koordination und Kooperation positiv mit einer als gut bewerteten Vorbereitung auf die Entlassung assoziiert werden können. Hingegen kann für die in das Modell inkludierten Krankenhausstrukturen kein Effekt nachgewiesen werden. Trotz der hohen Standardisierung von Brustzentren und der starken Zufriedenheit von Patientinnen mit Brustkrebs mit der Versorgung insgesamt, konnte gezeigt werden, dass (1) eine frühzeitige Information über den Entlassungszeitpunkt, (2) eine gute Ablauforganisation von Krankenhausprozessen und (3) eine Kooperation des Krankenhauses mit einem anderen Krankenhaus als ein gemeinsames Brustzentrum, positiv mit den Erfahrungen mit dem Entlassungsprozess assoziiert ist. Darüber hinaus zeigte die Analyse auf der Patientenebene, dass das Alter, die Krankenversicherung, der Partnerschaftsstatus, die Schulbildung, die Anzahl der Komorbiditäten und das Therapievertrauen der Patientinnen mit der Vorbereitung auf die Entlassung systematisch zusammen hängt.

In Bezug auf die Anwendung des Value Stream Mappings auf den Entlassungsprozess in Brustzentren zeigt sich durch die Ergebnisse, dass nicht alleine der Entlassungsprozess im Blick behalten werden sollte, sondern weitere eng verknüpfte Versorgungsprozesse mit betrachtet werden sollten. Da die Gestaltung des Entlassungsprozesses von Krankenhausesseite meist schon mit der Aufnahme beginnt, gibt es eine Anzahl von Prozessschritten, die beeinflussen können, ob sich der/die Patient/in schließlich gut oder schlecht auf die Entlassung vorbereitet fühlt. Verzögert sich beispielsweise bereits die Aufnahme oder ist die Abfolge der Untersuchungstermine nicht organisiert, könnte der/die Patient/in sich entmutigt fühlen, Fragen zu der Zeit nach der Entlassung zu stellen oder aufgrund der fehlenden Struktur wichtige Informationen vergessen. Ebenso ist die Berücksichtigung und stetige Optimierung der Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen und Krankenhäusern innerhalb des Versorgungsprozesses relevant. Eine Verbesserung von Schnittstellen muss also bei der

Anwendung des Value Stream Mappings aufgenommen werden, um den Entlassungsprozess ganzheitlich zu optimieren. Durch die Fokussierung der Kontinuität und Koordination der Versorgung könnte so die Patientenzentrierung erhöht werden (Scholl et al., 2014).

Die zweite quantitative Analyse zeigt, dass die Patientinnen meist mit ihrer Krankenhausverweildauer zufrieden sind. Darüber hinaus wird gezeigt, dass die Patientinnen, die sich gut auf die Entlassung vorbereitet fühlen, die Verweildauer als angemessen bewerten, bei einer unzureichenden Vorbereitung auf die Entlassung die Verweildauer jedoch häufiger als zu kurz bewertet wird. Im Kontext des angewendeten Expectations-Disconfirmation Mechanismus kann daher vermutet werden, dass ein Erfüllen oder ein Nicht-Erfüllen von Erwartungen die Erfahrungen der Patienten/innen beeinflusst. Im Kontext früherer Studien und der vorgestellten Theorie kann davon ausgegangen werden, dass sich durch die positiven Erfahrungen sowohl die Versorgungsqualität als auch die Patientensicherheit verbessern (Doyle, Lennox & Bell, 2013).

Zusätzlich zeigen die Ergebnisse, dass Patientinnen mit höherer gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die sich einer brusterhaltenden Operation unterzogen haben und weniger Schmerzprobleme haben, die Krankenhausverweildauer weniger wahrscheinlich als zu kurz bewerten. Diese Ergebnisse stehen, wie auch die Ergebnisse auf Patientenebene des zweiten Artikels, im Einklang mit früheren Studien, die zeigen, dass gesündere Patientinnen mit Brustkrebs weniger Unterstützung von Ärzten/innen (Ansmann, Kowalski, Ernstmann, Ommen & Pfaff, 2012) und weniger Vorbereitung für die Zeit nach der Entlassung benötigen (Lim, Foust & van Cleave, 2016).

Wie vorab beschrieben, ist es das Ziel des Value Stream Mappings die Versorgungsprozesse patientenzentriert zu gestalten. Zusätzlich zielt die Methode darauf ab, nicht-wertschöpfende Zeit zu reduzieren und scheint, laut der Ergebnisse des ersten Artikels, dies auch erfolgreich umsetzen zu können. Die Ergebnisse des dritten Artikels bestätigen, dass eine kurze Krankenhausverweildauer an sich patientenzentriert sein kann, wenn sich die Patientinnen gut auf die Entlassung vorbereitet fühlen. Soll das Value Stream Mapping patientenzentriert Verbesserungen erzielen ist zusätzlich darauf zu achten, dass bei einer Anwendung im Gesundheitskontext stets Unterschiede der Versorgungsprozesse der Patienten/innen berücksichtigt werden müssen (DelliFraine et al., 2013; McDaniel & Lanham, 2009). Die Ergebnisse bestätigen, dass Patientinnen bei unterschiedlicher Vulnerabilität auch unterschiedliche Bedürfnisse bezüglich der Verweildauer im Krankenhaus haben. Bei der Anwendung des Value Stream Mappings muss diese Flexibilität bei der Versorgung zugelassen

werden und in den Entlassungsprozess integriert werden. Für die Versorgungsorganisation könnte eine Vermeidung von nicht-erfüllten Erwartungen zur Vermeidung negativer Reputation sorgen. Sweeny und Dillard (2014) zeigen in ihrem Experiment, dass Teilnehmende, die ein negatives Widerlegen ihrer Erwartung (z. B. schlimmer als erwartet) erlebt haben, von stärkeren Absichten berichteten, die Bedrohung in Zukunft zu verhindern, als Teilnehmende, die ein positives Widerlegen (z. B. besser als erwartet) erlebt haben (Sweeny & Dillard, 2014).

Setzt man die gefundenen Ergebnisse im Kontext der vorgestellten Modelle zusammen, ergibt sich dadurch ein Modell zum Wirkmechanismus zwischen der Anwendung des Value Stream Mappings und einem patientenzentrierten Entlassungsprozess, das in Abbildung 7.1 visualisiert ist. Die Verbindung der Resultate der ersten beiden Artikel lassen vermuten, dass das Value Stream Mapping den Entlassungsprozess bereits positiv beeinflussen kann ohne die Krankenhausstrukturen zu verändern. Die wesentliche Veränderung geschieht somit auf der Ebene der Krankenhausprozesse und damit der Prozessqualität. Ergänzend dazu erfordert der/die Patient/in mit seinen/ihrem Charakteristiken eine flexible Prozessgestaltung, die die Dynamik des Versorgungsprozesses berücksichtigt, dargestellt durch die beidseitige Pfeilrichtung. Im Unterschied zum Modell im zweiten Artikel wird hier der Aspekt der Intervention wieder hinzugefügt, da das Value Stream Mapping hier eingesetzt werden kann. Die Anwendung des Value Stream Mappings und die durch die Visualisierung resultierende Standardisierung der Prozesse muss dabei stets diese Flexibilität und Dynamik gewährleisten, um auf die Patienten/innen und auf unvorhersehbare Prozessschritte reagieren zu können. Werden diese Aspekte bei der Anwendung des Value Stream Mappings zur Verbesserung der

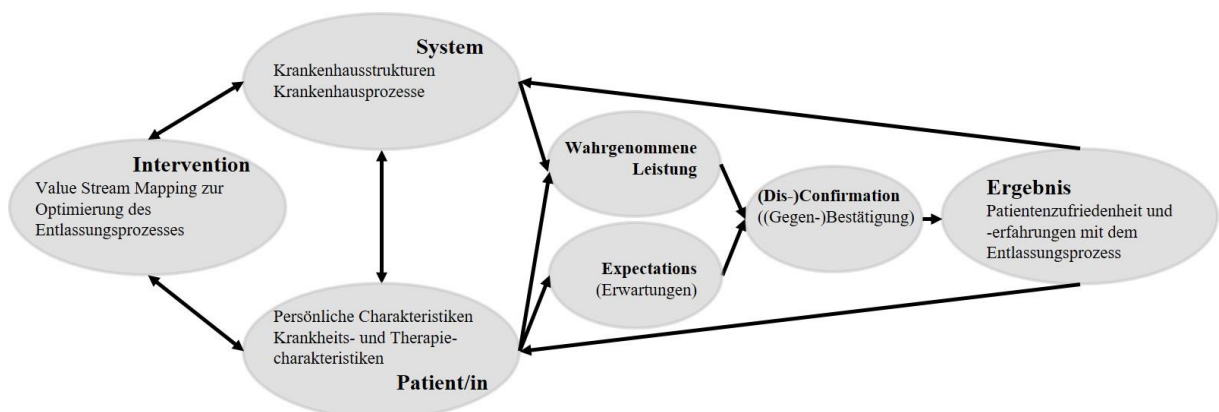


Abbildung 7.1 Modell zum Wirkmechanismus zwischen Value Stream Mapping und patientenzentriertem Entlassungsprozess

Qualität des Entlassungsprozesses von Patienten/innen aus Brustzentren berücksichtigt, kann davon ausgegangen werden, dass der Prozess patientenzentriert gestaltet wird. Das Modell verdeutlicht, dass ein Effekt auf die Patientenzufriedenheit und die -erfahrungen mit dem Entlassungsprozess allerdings erst über die wahrgenommene Leistung und die Erwartungen der Patienten/innen geschieht. Die Rückkopplung der Bewertung kann dann schließlich wieder einen Einfluss auf das System, also die Krankenhausstrukturen und -prozesse, und auf den/die Patienten/in nehmen.

Das Modell steigert das Verständnis zwischen Patientenerfahrung und objektiven, messbaren Organisationsmerkmalen. Ein solches Verständnis fördert eine mehr patientenzentrierte Interpretation der Qualität und zwingt zu einer gesteigerten Nutzung des Feedbacks der Patientenerfahrung, um Verbesserungen zu erzielen (Flott et al., 2018).

7.2 Limitationen der eigenen Forschungsarbeiten

Methodische Grenzen der einzelnen Forschungsarbeiten und damit dieser Dissertation wurden in den veröffentlichten Artikeln diskutiert und in den Diskussionsteilen ausführlich beschrieben und kritisch reflektiert. Im Folgenden werden die relevantesten Einschränkungen zusammengefasst und im Kontext der Interpretation für das Ziel der Dissertation berücksichtigt. Eine Limitation systematischer Reviews und Metaanalysen ist der Publikationsbias. Dies trifft auch auf den vorliegenden Review zu. Die in den Review inkludierten Studien zeigen meist mehr positive als negative Ergebnisse. Um dem entgegenzuwirken sollte bei zukünftigen Reviews Methoden zur Vermeidung der Beeinflussung der Ergebnisse durch den Publikationsbias getroffen werden. Song, Hooper und Loke (2013) empfehlen beispielsweise nicht nur Peer-Reviewed-Artikel zu inkludieren, um die Selektion primär positiver Ergebnisse durch die Zeitschriften zu vermeiden. Durch dieses Vorgehen könnte gleichzeitig der Limitation entgegengewirkt werden, dass die Suchstrategie, trotz vorsichtiger Entwicklung, eventuell zu sensitiv war und dadurch relevante Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage nicht eingeschlossen wurden. Eine weitere Einschränkung des Reviews ergibt sich durch die Heterogenität der inkludierten Studien. Dies trifft auf zwei Ebenen zu. Zum einen wurden zwar zur Selektion möglichst homogener Maßnahmen nur Studien selektiert, die sechs Schritte des Value Stream Mappings (nach Jimmerson, 2010; und Rother & Shook, 2003) inkludieren, dennoch sind die verwendeten Maßnahmen weiterhin heterogen. Um dies zu vermeiden sollten Studien in Zukunft einheitlich durchgeführte Value Stream Mapping

Maßnahmen evaluieren, die vor Durchführung durch ein Studienprotokoll festgehalten werden. Zum anderen wurden im Review Studien mit unterschiedlichen Studiendesigns eingeschlossen, wodurch sich Ergebnisse nicht neu berechnen lassen und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ggf. eingeschränkt ist. Dieser Aspekt hebt eine weitere relevante Limitation des Reviews hervor. Zwar muss bei der Evaluation von komplexen Interventionen eine randomisierte kontrollierte Studie aufgrund der Herausforderungen bei der Anwendung nicht zwangsläufig der Goldstandard sein (Raine et al., 2016; Wirtz et al., 2019), doch sollten Qualitätsstandards auch bei Beobachtungsstudien oder Quasi-Experimentellen Studiendesigns berücksichtigt werden (Shadish, Cook & Campbell, 2002; Wirtz et al., 2019). Aufgrund der genannten Limitationen gilt weiterhin, wie für das Lean Management (Vest & Gamm, 2009), dass qualitativ hochwertigere Evaluationsstudien des Value Stream Mappings erforderlich sind. Dennoch sind die Ergebnisse die beste verfügbare Evidenz und stehen im Einklang mit den Erwartungen.

Die Limitationen des zweiten Artikels ergeben sich primär durch das Querschnittsstudiendesign, wodurch keine Aussagen zu kausalen Zusammenhängen vorgenommen werden können. Ebenso ist die Generalisierbarkeit aufgrund der regionalen Befragung und Stichprobe begrenzt. Dies sollte bei der Interpretation stets berücksichtigt werden. Darüber hinaus sind die meisten Regressionskoeffizienten relativ klein, wodurch die Vorhersagekraft der Prädiktoren beschränkt ist. Ebenso zeigt der relativ kleine Intraklassenkorrelationskoeffizient (ICC), dass die Variation in der Bewertung des Entlassungsprozesses zum Großteil auf der Patienten- und nicht der Krankenhausebene zu finden ist. Es bietet sich an, bei einer zukünftigen Erforschung des Entlassungsprozesses andere Patientengruppen zu wählen, um größere Unterschiede zwischen den Krankenhausstrukturen und -prozessen messen zu können. Für die Messung der Krankenhausprozesse ergibt sich aufgrund der Einschränkung der Daten eine weitere Limitation der Studie. Die Prozesse wurden anhand der Patientenbefragung erhoben und auf Krankenhausebene aggregiert. Durch das Inkludieren von Mitarbeiterdaten zu den Prozessen könnte die Aussagekraft noch verbessert werden.

Da sich der dritte Artikel auf die gleiche Befragung wie der zweite Artikel stützt, dies nur ein Jahr später, ergeben sich für diese Studie teilweise die gleichen Limitationen. So ist auch diese Studie durch das Querschnittsdesign, die beschränkte Generalisierbarkeit und die Deckeneffekte limitiert. Ebenso sollte bei der Interpretation der Erwartungen der Patientinnen ein potentieller Bias durch verzerrte Erwünschtheit und Erinnerung (Recall Bias) als Limitation

der Ergebnisse berücksichtigt werden. Zukünftige Studien sollten einen Befragungsteil spezifisch zum Entlassungsprozess direkt nach Entlassung durchführen und im Längsschnitt mit einer späteren Befragung vergleichen. Dadurch könnte zum einen eine Aussage zur Kausalität getroffen werden und zum anderen könnten vielseitige wichtige Facetten, die für einen erfolgreichen Entlassungsprozess relevant sind, abgefragt werden. Eine weitere Einschränkung der dritten Studie ist, dass die Krankenhausverweildauer und die Vorbereitung auf die Entlassung nicht unabhängig voneinander sind. Beispielsweise könnte die Vorbereitung auf die Entlassung die Dauer des Krankenhausaufenthalts reduzieren (Gonçalves-Bradley et al., 2016). Dies bedeutet, dass die Vorbereitung der Entlassung die Verweildauer beeinflussen würde, was zu einer Mediator-Assoziation führen könnte. Zukünftige Studien sollten kausale Analysen inkludieren, um eindeutigere Schlussfolgerungen treffen zu können.

Die vorliegende Dissertation verbindet die Ergebnisse der drei Artikel miteinander, um eine Analyse der Anwendbarkeit des Value Stream Mappings zur patientenzentrierten Verbesserung des Entlassungsprozesses von Patienten/innen mit Brustkrebs vorzunehmen. Dabei ergibt sich die Limitation, dass innerhalb dieser Dissertation keine eigene Evaluationsstudie zu diesem Anwendungsbereich durchgeführt wurde und die Interpretation der Ergebnisse daher durch Annahmen geprägt ist. Dies zeigt sich beispielsweise dadurch, dass im zweiten Artikel das Quality Health Outcomes Modell nur adaptiert angewandt wurde, obwohl für die Analyse der Anwendbarkeit von Value Stream Mapping als „Intervention“ das vollständige Modell von Relevanz ist. Weitere Forschung sollte die Wirksamkeit des Value Stream Mappings zur Optimierung des Entlassungsprozesses in Brustzentren untersuchen. Die Ergebnisse dieser Dissertation dienen allerdings als wichtige Grundlage und Vorarbeit für eine solche Untersuchung.

Basierend auf der theoretischen Fundierung der Forschungsartikel wurde ein Modell zu den Zusammenhängen der Krankenhausstrukturen und –prozesse bei der Anwendung einer prozessorientierten Maßnahme der Organisationsentwicklung unter Berücksichtigung der Individualität der Patienten/innen und der Zufriedenheit bzw. Erfahrungen der Patienten/innen mit der Versorgungsqualität aufgestellt. Dieses Modell wurde bisher nicht empirisch getestet. Die Integration der Erwartungen der Patienten/innen beruht auf dem Expectations-Disconfirmation Mechanismus. Aus der Konsumentenforschung stammend wurde der Mechanismus bzw. die Theorie dazu bereits im Kontext der Zufriedenheitsforschung im Gesundheitsbereich angewandt (Evangelidis & van Osselaer, 2018; Serrano et al., 2018).

Allerdings gibt es auch Kritik an der Theorie. Beispielsweise wird in der Theorie angenommen, dass den Erwartungen stets eine vorherige Erfahrung zugrunde liegt. Dennoch ist es vorstellbar, dass man auch positive Erfahrungen mit einer Dienstleistung machen kann (d. h. eine positive Einstellung) sich aber unzufrieden fühlt, da die Erfahrung unter den Erwartungen lag (Bhattacharjee, 2001). Weitere Verzerrungen in der Erwartung könnten sich durch einen unrealistischen Pessimismus der Patienten/innen ergeben. Nach der Theorie sollten solche Patienten/innen eher zufrieden mit den Versorgungsprozessen sein, als Patienten/innen die hohe Erwartungen an das Krankenhaus haben (Sweeny & Dillard, 2014). Für Aussagen zum komplexeren Zusammenhang zwischen Erwartungen und Bewertungen bietet sich beispielsweise die Decision Affect Theorie an (Shepperd & McNulty, 2002) die diesen Aspekt mit berücksichtigt. Um weitere Aussagen dazu machen zu können, müssten allerdings spezifische Experimente mit Patienten/innen durchgeführt werden, die über das Ziel dieser Dissertation hinausgehen. Man kann allerdings bereits vermuten, dass die Bewertung des/der Patienten/in stets von vielen Faktoren abhängig zu sein scheint und aus diesem Grund die individuelle Patientenseite und dessen Verständnis auch für die Managementebene von starker Bedeutung ist.

Abschließend sollten auch die Ergebnisse und Interpretationen bezüglich der patientenzentrierten Versorgung mit Vorsicht betrachtet werden. Eine Verbesserung der Patientenzentrierung, wenn anhand von Patientenbefragungen gemessen, kann durch das pflegerische und medizinische Personal leicht beeinflusst werden, wenn beispielsweise das Überbringen schlechter Nachrichten vermieden wird oder die Patienten/innen überversorgt werden (Cleary, 2016; Nash, 2015). Wichtig ist es daher zu berücksichtigen, dass die beste medizinische Versorgung stets im Vordergrund stehen sollte.

Trotz bestehender Limitationen zeichnet sich diese Arbeit vor allem dadurch aus, dass mit der Organisationsentwicklung in Krankenhäusern ein relativ unerforschtes Thema mit starker Relevanz analysiert wird. Die Vorgehensweise der empirischen Arbeiten folgt höchsten wissenschaftlichen Standards. Die verwendeten Fragebogendaten sind sorgfältig erhoben worden und bieten eine umfangreiche, aussagekräftige Datengrundlage. Zur Analyse der zweiten und dritten Forschungsfragen wurden moderne inferenzstatistische Methoden angewandt. Die Methodik, die Ergebnisse und die Interpretation aller Artikel wurden, neben dem Peer-Reviewed-Prozess der Zeitschriften, auf nationalen und internationalen Konferenzen vorgestellt, mit Fachpublikum diskutiert und in dessen Folge verbessert.

8 Schlussfolgerungen für Wissenschaft und Praxis

Die Zusammensetzung der vorgestellten Ergebnisse der durchgeführten Forschungsarbeiten innerhalb dieser Dissertation beinhalten einige Implikationen für Wissenschaft und Praxis. Darüber hinaus können auf dessen Basis neue Forschungsfelder und -lücken identifiziert werden, die es in Zukunft zu erschließen gilt.

Zunächst heben die Ergebnisse des systematischen Reviews hervor, dass es an weiterer Forschung bedarf, um finale Aussagen zur Evidenzbasierung von Value Stream Mapping machen zu können. Zwar scheint das Value Stream Mapping eine vielversprechende Maßnahme der Organisationsentwicklung darzustellen, doch fehlen bisher eindeutige Belege. Nichtsdestotrotz haben die Ergebnisse gezeigt, dass insbesondere zeitliche Verbesserungen, auf den Dimensionen der Prozess- und Ergebnisqualität, erreicht werden können. Relevant ist es, dass die entstehenden Freiräume nicht für eine weitere Personalreduktion genutzt werden dürfen, sondern zur Stärkung der Ressourcen dienen sollten, da eine gesteigerte Effizienz nicht zwangsläufig eine Qualitätsverbesserung mit sich bringt (Mennicken, Kuntz & Schwierz, 2011). Zunächst sollten Mitarbeitende in Versorgungsorganisationen mehr Zeit mit den Patienten/innen erhalten. Beispielsweise ermitteln R. T. Anderson et al. (2007), dass mehr Zeit mit dem/der Arzt/in ein stärkerer Prädiktor für eine Steigerung der Patientenzufriedenheit ist, als eine Reduktion der Wartezeit. Hier könnten auch alternative Versorgungsmodelle durch Unterstützungskräfte, die mehr Zeit mit dem/der Patienten/in haben, einen Mehrwert schaffen. Darüber hinaus könnten Interventionen zur Stärkung der Arzt-Patient Kommunikation die Patientenzufriedenheit weiter steigern (Banka et al., 2015). Zum anderen sollten Freiräume für eine kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung genutzt werden, denn das Value Stream Mapping und die Lean Management Methode an sich sind kein abgeschlossener Prozess (Gellad & Day, 2016). Langfristige Vorteile erreicht man durch ein kontinuierlich kritisches Hinterfragen der bestehenden Prozesse (Jimmerson, 2010). Ebenso können freie Ressourcen für die Implementierung weiterer evidenzbasierter Praktiken investiert werden, da beispielsweise zeitliche Barrieren dies häufig einschränken (Brown, Wickline, Ecoff & Glaser, 2009).

Wird das Value Stream Mapping spezifisch auf den Entlassungsprozess angewandt, sollten – sowohl für die wissenschaftliche Evaluation als auch für die praktische Anwendung – die Ergebnisse der quantitativen Analysen Berücksichtigung finden. Die Individualität der Patienten/innen scheint den größten Einfluss auf die Bewertung des Entlassungsprozesses zu

nehmen. Ein Assessment zur sozialen Situation und den Erwartungen der Patienten/innen in Kombination mit einer ärztlichen oder pflegerischen Einschätzung des Gesundheitszustandes könnte helfen die Vorbereitung auf die Entlassung für alle Patienten/innen zielführend zu gestalten (AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, 2015; Fox et al., 2013). In Deutschland sind die Krankenhäuser bereits durch den neuen Rahmenvertrag zu einem Assessment verpflichtet (nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V, Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung, 2017). Dabei sollten allerdings die Ressourcen und Möglichkeiten der Krankenhäuser mit berücksichtigt werden, um rein bürokratischen Mehraufwand zu verhindern.

Ebenso zeigt sich, dass die Gestaltung des Entlassungsprozesses und von Schnittstellen mit weiteren Krankenhausprozessen in Brustzentren für eine Patientenzentrierung relevant sind. Aufgrund der großen Stichprobe und des methodischen Vorgehens sollten sich die Ergebnisse auf andere Krankenhausprozesse und Fachbereiche übertragen lassen. Das Krankenhausmanagement und die Gesundheitspolitik sollten mehr Kapazitäten einplanen, um hierin Verbesserungen zu erzielen. Gerade auch in Kombination mit einer kurzen Krankenhausverweildauer und begrenzten finanziellen Ressourcen könnte dieser Fokus langfristige Vorteile mit sich bringen. Neben Einsparungen sind Wettbewerbsvorteile durch Weiterempfehlungen aufgrund verbesserter Patientenerfahrungen möglich (Richter & Muhlestein, 2017). Die Anwendung des Value Stream Mappings könnte somit hin zum Konzept des Value-Based Healthcare führen. Es fehlen allerdings weiterhin Studien zur Kausalität, um beurteilen zu können, in wie weit verschiedene Krankenhausprozesse miteinander in Verbindung stehen und welche Prozesse den größten Einfluss auf die wahrgenommene und patientenzentrierte Qualität haben. Für eindeutige Aussagen zur Kausalität und zur Anwendbarkeit auf weitere Krankenhausprozesse und Fachbereiche sollte in weiterführende Forschung auf diesem Gebiet investiert werden.

Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass Krankenhausstrukturen in den bisherigen Anwendungen des Value Stream Mappings nicht nachweisbar beeinflusst werden. Ist allerdings die Strukturveränderung das Ziel der Maßnahme, könnte dies bei der Implementierung des Value Stream Mappings berücksichtigt werden. Der Review von Mousavi Isfahani et al. (2019) zeigt, dass es beim Lean Management Erfolge gibt, wenn sich bei der Implementierung das Krankenhausmanagement verantwortlich fühlt und die Umsetzung unterstützt, die Mitarbeitenden die Lean Prinzipien verstanden haben, der potentielle Veränderungswiderstand der Mitarbeitenden adressiert wird und externe Berater/innen beteiligt sind. Majjala, Eloranta,

Reunanen und Ikonen (2018) erarbeiten darüber hinaus in einem Review die Relevanz der Führungs- und Managementrolle, sowie entsprechende Fähigkeiten für die erfolgreiche Umsetzung und Anpassung an die Lean Prinzipien. Förderliche Fähigkeiten, die in den meisten inkludierten Studien identifiziert werden, sind verschiedene Problemlösungstechniken und -fähigkeiten, Leistungsmessungen und die Verwendung von differenzierten Kommunikationswegen (Maijala et al., 2018). Überträgt man dies auf die Anwendung des Value Stream Mappings zur Strukturveränderung sollten somit insbesondere die notwendigen Stakeholder und die Führungsebene frühzeitig involviert und in die Workshops mit einbezogen werden und die Mitarbeitenden geschult und beteiligt werden.

Schließlich liefert das entwickelte Modell einen Ausgangspunkt zur weiteren Erschließung des relativ neuen Forschungsfeldes der evidenzbasierten Organisationsentwicklung. Dabei ist es von besonderer Relevanz, die zugrunde liegenden Prozesse und Mechanismen zu verstehen, um Vorhersagen machen zu können (Baumann et al., 2016; Raine et al., 2016). Insbesondere bei dynamischen Prozessen und komplexen Interventionen ist die Identifikation der Wirkmechanismen herausfordernd (Wirtz et al., 2019) und teilweise nicht möglich. Das Modell liefert eine Grundlage, die den Vorteil hat, dass sie die Dynamik von Versorgungsprozessen sowie die benötigte Flexibilität aufgrund individueller Unterschiede der Patienten/innen berücksichtigt. Das Modell lässt sich anwenden, wenn bei Veränderungsprozessen der Fokus auf den Patienten/innen liegt und eine Qualitätsverbesserung im Sinne einer Patientenzentrierung geschehen soll. Durch die Verwendung von Mixed-Methods Ansätzen sollte es in zukünftiger Forschung überprüft, ggf. angepasst und erweitert werden.

9 Zusammenfassung

Der Fachkräftemangel, der demografische Wandel und der ökonomische Druck stellen Krankenhäuser in der Sicherstellung der Versorgungsqualität von Patienten und Patientinnen weiterhin vor große Herausforderungen. Da ein Qualitätsmangel meist auf Problemen im System und nicht auf der Inkompetenz Einzelner beruht (Institute of Medicine, 2001), bedarf es einer Verbesserung der Krankenhausprozesse und –strukturen. Eine potentielle prozessorientierte Maßnahme der Organisationsentwicklung stellt das Value Stream Mapping dar, das ursprünglich aus der Automobilindustrie stammend, bereits im Gesundheitskontext Anwendung findet. Eine eindeutige Evidenzbasierung der Maßnahme fehlt allerdings bisher. Die Entlassung aus dem Krankenhaus ist für Patienten und Patientinnen ein besonders herausfordernder Prozess. Dies trifft besonders auf Patientengruppen wie Patienten/innen mit Brustkrebs zu, mit einer kurzen Krankenhausverweildauer und komplexen Versorgungsprozessen, die über die stationäre Zeit im Krankenhaus hinausgehen. Das Krankenhaus übernimmt einen großen Teil der Verantwortung in der zielführenden und patientenzentrierten Gestaltung dieses Versorgungsprozesses. Welchen Einfluss die Krankenhausstrukturen und –prozesse auf den Entlassungsprozess von Brustkrebspatientinnen nehmen und inwieweit ein angemessener Entlassungsprozess mit der Patientenzufriedenheit und den –erfahrungen zusammenhängt, ist bisher allerdings unklar.

Die vorliegende Dissertation lässt sich in den Kontext der organisationsbezogenen Versorgungsforschung einordnen. Das Ziel ist es, die Möglichkeit der Anwendung des Value Stream Mappings als evidenzbasierte Maßnahme der Organisationsentwicklung zu analysieren, um den Entlassungsprozesses von Brustkrebspatientinnen patientenzentriert zu gestalten und darüber hinaus relevante Voraussetzungen und Wirkmechanismen für eine Anwendung in diesem Bereich herauszuarbeiten.

Der erste Artikel beschäftigt sich mit der Beurteilung der Wirksamkeit des Value Stream Mappings in Versorgungseinrichtungen. Zu diesem Zweck wird ein systematischer Review durchgeführt. In den Review werden zunächst 22 Studien, die basierend auf Donabedians Modell (2003), in eine qualitative Synthese inkludiert werden und dabei den Dimensionen und entwickelten Subkategorien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zugeordnet werden. Anschließend werden davon 11 Studien in eine weitere quantitative Synthese zur Beantwortung der Forschungsfrage inkludiert. Der Review zeigt, dass das Value Stream Mapping eine positive

Auswirkung auf die zeitliche Dimension der Prozess- und Ergebnisqualität zu haben scheint. Durch dessen Anwendung scheint die nicht-wertschöpfende Zeit und die Krankenhausverweildauer reduziert werden zu können. Für eine abschließende Aussage über die Wirksamkeit fehlen allerdings Studien mit verbesserter Methodik, beispielsweise durch die Verwendung von Kontrollgruppen oder inferenzstatistischer Analysen. Berücksichtigt man die Heterogenität und potentielle Verzerrung der Ergebnisse kann nichtdestotrotz ein Potential des Value Stream Mappings zur patientenzentrierten Verbesserung der Versorgungsqualität angenommen werden.

Der zweite Artikel zielt auf eine Analyse des Zusammenhangs zwischen Krankenhausstrukturen und –prozessen mit den Erfahrungen im Entlassungsprozess der Patientinnen. Es werden Annahmen zum Zusammenhang basierend auf dem Quality Health Outcomes Modell (P. H. Mitchell et al., 1998) vorgenommen, die mithilfe von Mehrebenenmodellen analysiert werden. Als Datengrundlage dient eine Querschnittsbefragung zu den Erfahrungen der Patientinnen (N=9.762) mit der Vorbereitung auf die Entlassung in deutschen Brustzentren, die mit Krankenhausstrukturdaten (N=67) kombiniert werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Patientinnen sich besser auf die Entlassung vorbereitet fühlen, wenn sie rechtzeitig über den Zeitpunkt der Entlassung informiert werden (Kommunikation), die Krankenhausprozesse gut organisiert sind (Koordination) und das Krankenhaus mit einem weiteren Krankenhaus als Brustzentrum kooperiert (Kooperation). Die inkludierten Krankenhausstrukturdaten scheinen keinen Einfluss zu haben.

Der dritte Artikel zielt schließlich auf eine Analyse zur Einflussnahme des Entlassungsprozesses auf die Zufriedenheit der Patientinnen mit der Krankenhausverweildauer. Mithilfe des Expectations-Disconfirmation Mechanismus (Oliver, 1980) werden zunächst Annahmen zum Zusammenhang zwischen der Krankenhausverweildauer, den Erfahrungen mit der Vorbereitung auf die Entlassung und der Zufriedenheit mit der Verweildauer aufgestellt. In die Analyse mit logistischen Regressionen werden Daten von Patientinnen mit Brustkrebs (N=4.390), ebenfalls aus einer Querschnittsbefragung, inkludiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Patientinnen mit der Verweildauer zufrieden ist, insbesondere wenn sie sich gut auf die Entlassung vorbereitet fühlen. Es kann gezeigt werden, dass die Wirkung der Verweildauer auf die Zufriedenheit der Patientinnen durch die Erfahrung der Patientinnen mit der Vorbereitung auf die Entlassung moderiert wird.

Zusammenfassend kann angenommen werden, dass das Value Stream Mapping den Entlassungsprozess in Brustzentren patientenzentriert verbessern kann, wenn bei der Anwendung die Bedürfnisse der Patienten/innen berücksichtigt werden. Der erste Artikel dient entsprechend als Orientierung in welchen Bereichen das Value Stream Mapping wirken kann. Der zweite und dritte Artikel dienen dazu, den Entlassungsprozess von Patientinnen aus Brustzentren besser zu verstehen, um darauf aufbauend dessen Qualität verbessern zu können. Alle Ergebnisse können sowohl von der Praxis, zur patientenzentrierten Qualitätsverbesserung, als auch von der Wissenschaft, als Grundlage und Anregung für weitere Forschung, verwendet werden. Eine mögliche Hilfestellung zur weiteren Erforschung oder zur Implementierung in die Praxis bietet darüber hinausgehend das aufgestellte Modell zum Wirkmechanismus.

10 Literaturverzeichnis

- Aarons, G. A., Hurlburt, M. & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4–23.
- Abernethy, A. P., Herndon, J. E. 2., Coan, A., Staley, T., Wheeler, J. L., Rowe, K. et al. (2010). Phase 2 pilot study of Pathfinders. A psychosocial intervention for cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 18(7), 893–898.
- Abuhejleh, A., Dulaimi, M. & Ellahham, S. (2016). Using Lean management to leverage innovation in healthcare projects: case study of a public hospital in the UAE. *BMJ Innovations*, 2(1), 22–32.
- Ahmadidarrehsima, S., Bidmeshki, E. A., Rahnema, M., Babaei, K., Afshari, M. & Khandani, B. K. (2019). The Effect of Self-Management Education by the Teach-Back Method on Uncertainty of Patients with Breast Cancer. A Quasi-Experimental Study. *Journal of Cancer Education*, 1-7.
- Albert, U.-S., Zemlin, C., Hadji, P., Ziller, V., Kuhler, B., Frank-Hahn, B. et al. (2011). The impact of breast care nurses on patients' satisfaction, understanding of the disease, and adherence to adjuvant endocrine therapy. *Breast Care*, 6(3), 221–226.
- Ameh, S., Gómez-Olivé, F. X., Kahn, K., Tollman, S. M. & Klipstein-Grobusch, K. (2017). Relationships between structure, process and outcome to assess quality of integrated chronic disease management in a rural South African setting: applying a structural equation model. *BMC health services research*, 17(1), 229.
- Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H., Lägél, R., Knieps, F., Ozegowski, S. et al. (Hrsg.). (2015). *Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität* (Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Anderson, R. A., Allred, C. A. & Sloan, F. A. (2003). Effect of hospital conversion on organizational decision making and service coordination. *Health care management review*, 28(2), 141–154.
- Anderson, R. T., Camacho, F. T. & Balkrishnan, R. (2007). Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Services Research*, 7(1), 31.
- Ansmann, L., Albert, U.-S., Auer, R., Baumann, W., Bitzer, E. M., Bögel, M. et al. (2019). DNVF-Memorandum III – Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 4 – Konzept und

- Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung: Kurzfassung. *Das Gesundheitswesen*, 81, 220–224.
- Ansmann, L., Baumann, W., Gostomzyk, J., Götz, K., Hahn, U., Pfaff, H. et al. (2019). DNVF-Memorandum III – Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 4 – Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung. Kapitel 1 – Definition und Konzept der organisationsbezogenen Versorgungsforschung. *Das Gesundheitswesen*, 81(3), e64-e71.
- Ansmann, L., Hillen, H. A., Kuntz, L., Stock, S., Venedey, V. & Hower, K. I. (2018). Characteristics of value-based health and social care from organisations' perspectives (OrgValue): a mixed-methods study protocol. *BMJ open*, 8(4), e022635.
- Ansmann, L., Kowalski, C., Ernstmann, N., Ommen, O. & Pfaff, H. (2012). Patients' perceived support from physicians and the role of hospital characteristics. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(5), 501–508.
- Ansmann, L., Kowalski, C. & Pfaff, H. (2016). Ten years of patient surveys in accredited breast centers in North Rhine-Westphalia. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 76(1), 37–45.
- AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. (2015). *Entlassungsmanagement Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren*. Zugriff am 02.03.2018. Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2339/2015-09-17_Abnahme_Konzeptskizze_Entlassungsmanagement.pdf
- Ärztekammer Westfalen-Lippe. (2017). *Verfahren zur Zertifizierung von Brustzentren in NRW*. Zugriff am 03.04.2019. Verfügbar unter http://www.aekwl.de/fileadmin/qualitaets_sicherung/Zertifizierungsstelle/Anforderungskataloge/2018_Anforderungskatalog_BZ.pdf
- Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine, Lim, W. K., Chong, C., Caplan, G. & Gray, L. (2009). Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine Position Statement No. 15 Discharge Planning. *Australasian journal on ageing*, 28(3), 158–164.
- Badura, B., Feuerstein, G. & Schott, T. (1993). *System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung* (Gesundheitsforschung). Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- Banka, G., Edgington, S., Kyulo, N., Padilla, T., Mosley, V., Afsarmanesh, N. et al. (2015). Improving patient satisfaction through physician education, feedback, and incentives. *Journal of hospital medicine*, 10(8), 497–502.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A. & Amenta, P. (2015). Conceptualisation of patient satisfaction. A systematic narrative literature review. *Perspectives in public health*, 135(5), 243–250.

- Baumann, W., Farin, E., Menzel-Begemann, A. & Meyer, T. (2016). Memorandum IV: Theoretische und normative Fundierung der Versorgungsforschung. *Das Gesundheitswesen*, 78(05), 337–352.
- Bellabarba, J. & Schnappauf, D. (Hrsg.). (1996). *Organisationsentwicklung im Krankenhaus*. Göttingen, Stuttgart: Verl. für Angewandte Psychologie.
- Bellamy, J. L., Mullen, E. J., Satterfield, J. M., Newhouse, R. P., Ferguson, M., Brownson, R. C. et al. (2013). Implementing evidence-based practice education in social work: A transdisciplinary approach. *Research on social work practice*, 23(4), 426–436.
- Bengoa, R. (2006). *Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization.
- Berwick, D. M. (2009). What ‘Patient-Centered’ Should Mean: Confessions Of An Extremist: A seasoned clinician and expert fears the loss of his humanity if he should become a patient. *Health affairs*, 28(Suppl1), w555-w565.
- Bezold, C. (2005). The future of patient-centered care: scenarios, visions, and audacious goals. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11(Supplement 1), 77-84.
- Bhattacharjee, A. (2001). Understanding information systems continuance: an expectation-confirmation model. *MIS quarterly*, 351–370.
- BMA Science & Education. (2011). *The psychological and social needs of patients* (British Medical Association, Hrsg.).
- Bokhour, B. G., Fix, G. M., Mueller, N. M., Barker, A. M., Lavela, S. L., Hill, J. N. et al. (2018). How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC health services research*, 18(1), 168.
- Braithwaite, J., Churrua, K., Long, J. C., Ellis, L. A. & Herkes, J. (2018). When complexity science meets implementation science: a theoretical and empirical analysis of systems change. *BMC medicine*, 16(1), 63.
- Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, L. & Lamprell, G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ open*, 7(11), e017708.
- Braun, T., Rau, F. & Tuschen, K. H. (2008). Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. In J. Klauber, B.-P. Robra & H. Schellschmidt (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2007. Krankenhausvergütung - Ende der Konvergenzphase?* (Bd. 7, S. 3–22). Stuttgart: Schattauer.

- Brown, C. E., Wickline, M. A., Ecoff, L. & Glaser, D. (2009). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 371–381.
- Brucker, S. Y., Schumacher, C., Sohn, C., Rezai, M., Bamberg, M. & Wallwiener, D. (2008). Benchmarking the quality of breast cancer care in a nationwide voluntary system: the first five-year results (2003–2007) from Germany as a proof of concept. *BMC cancer*, 8(1), 358.
- Brucker, S. Y., Wallwiener, D., Taran, F.-A. & Hartkopf, A. D. (2016). Das Brustzentrum der Zukunft. *Der Gynäkologe*, 49(7), 518–519.
- Bundesärztekammer. (2007). *Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland - Folgen für die ärztliche Tätigkeit - Voraussetzungen, Wirkungen, Konsequenzen und Potenziale aus ärztlicher Sicht*. Berlin: Bundesärztekammer - Bericht der Arbeitsgruppe des Vorstandes der Bundesärztekammer. Verfügbar unter www.bundesaerztekammer.de
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2017). *Fortschrittsbericht 2017 zum Fachkräftekonzept der Bundesregierung* (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Internet, Hrsg.). Bonn, Berlin.
- Burgess, J. F. & Hockenberry, J. M. (2014). Can all cause readmission policy improve quality or lower expenditures? A historical perspective on current initiatives. *Health Economics, Policy and Law*, 9(2), 193–213.
- Burgess, N. & Radnor, Z. (2013). Evaluating Lean in healthcare. *International journal of health care quality assurance*, 26(3), 220–235.
- Büssing, A., Barkhausen, M. & Glaser, J. (1999). Evaluation von Organisationsentwicklung im Krankenhaus - Methodologische und methodische Anforderungen und deren Realisierung. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 7(2), 131–148.
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2012). *Medication reconciliation at discharge: a review of the clinical evidence and guidelines*. Zugriff am 12.03.2019. Verfügbar unter <https://www.cadth.ca/medication-reconciliation-discharge-review-clinical-evidence-and-guidelines>
- Casey, J. T., Brinton, T. S. & Gonzalez, C. M. (2009). Utilization of lean management principles in the ambulatory clinic setting. *Nature Clinical Practice Urology*, 6(3), 146–153.
- Cellini, R., Siciliani, L. & Straume, O. R. (2018). A dynamic model of quality competition with endogenous prices. *Journal of Economic Dynamics and Control*, 94, 190–206.
- Check, D. K., Kwan, M. L., Chawla, N., Dusetzina, S. B., Valice, E., Ergas, I. J. et al. (2019). Opportunities to Improve Detection and Treatment of Depression Among Patients With

- Breast Cancer Treated in an Integrated Delivery System. *Journal of pain and symptom management*, 57(3), 587–595.
- Cimprich, B., Janz, N. K., Northouse, L., Wren, P. A., Given, B. & Given, C. W. (2005). Taking CHARGE. A self-management program for women following breast cancer treatment. *Psycho-oncology*, 14(9), 704–717.
- Cleary, P. D. (2016). Evolving concepts of patient-centered care and the assessment of patient care experiences: Optimism and opposition. *Journal of health politics, policy and law*, 41(4), 675–696.
- Cooper, Z., Gibbons, S., Jones, S. & McGuire, A. (2011). Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms. *The Economic Journal*, 121(554), F228-F260.
- Cots, F., Chiarello, P., Salvador, X., Castells, X. & Quentin, W. (2011). DRG-based hospital payment: Intended and unintended consequences. In R. Busse, A. Geissler, W. Quentin & M. Wiley (Hrsg.), *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals* (S. 75–92). Maidenhead: Open University Press.
- Cudney, E. A., Furterer, S. L. & Dietrich, D. M. (2013). *Lean systems. Applications and case studies in manufacturing, service, and healthcare* (1. Aufl). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50.
- D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F. & Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: a comprehensive review. *Health Policy*, 119(9), 1197–1209.
- DelliFraine, J. L., Wang, Z., McCaughey, D., Langabeer, J. R. & Erwin, C. O. (2013). The use of six sigma in health care management: are we using it to its full potential? *Quality Management in Health Care*, 22(3), 210–223.
- Deutscher Bundestag. (2013). Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. *Bundesgesetzblatt*, 2013, 277–282. Verfügbar unter [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//*\[@attr_id=%27bgbl113s0277.pdf%27\]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27%5D__1560351023438](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//*[@attr_id=%27bgbl113s0277.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27%5D__1560351023438)
- DIN Deutsches Institut für Normungen e. V. (2015). *DIN Term Online Qualitätsmanagementsysteme - Grundlagen und Begriffe DIN EN ISO 9000*. Berlin: Beuth.
- Dinh, T. T. H., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J. & Hines, S. (2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with

- chronic disease: a systematic review. *JBIR database of systematic reviews and implementation reports*, 14(1), 210–247.
- Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, 18(11), 356–360.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford Univ. Press.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729.
- Dorfman, C. S., Kelleher, S. A., Winger, J. G., Shelby, R. A., Thorn, B. E., Sutton, L. M. et al. (2018). Development and pilot testing of an mHealth behavioral cancer pain protocol for medically underserved communities. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1–15.
- Doyle, C., Lennox, L. & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ open*, 3(1), e001570.
- Dumestre, D. O., Webb, C. E. & Temple-Oberle, C. (2017). Improved recovery experience achieved for women undergoing implant-based breast reconstruction using an enhanced recovery after surgery model. *Plastic and reconstructive surgery*, 139(3), 550–559.
- Eble, S., Miedke, J. & Khan, N. (Hrsg.). (2018). *Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung* (1. Auflage). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- El-Eid, G. R., Kaddoum, R., Tamim, H. & Hitti, E. A. (2015). Improving hospital discharge time: a successful implementation of Six Sigma methodology. *Medicine*, 94(12), e633.
- Emiliani, M. L. & Stec, D. J. (2004). Using value-stream maps to improve leadership. *Leadership & Organization Development Journal*, 25(8), 622–645.
- Emmert, M., Taheri-Zadeh, F., Kolb, B. & Sander, U. (2017). Public reporting of hospital quality shows inconsistent ranking results. *Health policy*, 121(1), 17–26.
- Epstein, R. M. & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100–103.
- Escarce, J. J., Jain, A. K. & Rogowski, J. (2006). Hospital competition, managed care, and mortality after hospitalization for medical conditions: evidence from three states. *Medical Care Research and Review*, 63(6_suppl), 112S-140S.
- Evangelidis, I. & van Osselaer, S. M. J. (2018). Points of (dis) parity: expectation disconfirmation from common attributes in consumer choice. *Journal of marketing research*, 55(1), 1–13.

- Feltner, C., Jones, C. D., Cené, C. W., Zheng, Z.-J., Sueta, C. A., Coker-Schwimmer, E. J. L. et al. (2014). Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure. A systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 160(11), 774–784.
- Flanagan, S., Damery, S. & Combes, G. (2017). The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 188.
- Flott, K., Darzi, A. & Mayer, E. (2018). Care pathway and organisational features driving patient experience: statistical analysis of large NHS datasets. *BMJ open*, 8(7), e020411.
- Flott, K., Graham, C., Darzi, A. & Mayer, E. (2017). Can we use patient-reported feedback to drive change? The challenges of using patient-reported feedback and how they might be addressed. *BMJ quality & safety*, 26(6), 502–507.
- Forster, A. J., Murff, H. J., Peterson, J. F., Gandhi, T. K. & Bates, D. W. (2003). The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Annals of internal medicine*, 138(3), 161–167.
- Fox, M. T., Persaud, M., Maimets, I., Brooks, D., O'Brien, K. & Tregunno, D. (2013). Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*, 13(1), 70.
- Friedman, B. & Basu, J. (2004). The rate and cost of hospital readmissions for preventable conditions. *Medical Care Research and Review*, 61(2), 225–240.
- Fung, C. H., Lim, Y.-W., Mattke, S., Damberg, C. & Shekelle, P. G. (2008). Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of internal medicine*, 148(2), 111–123.
- Future Hospital Commission (Hrsg.). (2013). *Future Hospital: Caring for Medical Patients. A Report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians*: Royal College of Physicians.
- Gellad, Z. F. & Day, T. E. (2016). What is value stream mapping, and how can it help my practice? *The American journal of gastroenterology*, 111(4), 447.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Bundesanzeiger, Hrsg.). (2014). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V. DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL*. Verfügbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1788/DMP-A-RL_2019-01-17_iK-2019-04-01.pdf

- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2017). *Der Innovationsfonds und der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss*. Zugriff am 25.04.2019. Verfügbar unter <https://innovationsfonds.g-ba.de/>
- Gerlach, A. & Wiedemann, R. (2010). Breast Care Nurses-nursing experts for breast cancer care. A path to “Advanced Nursing Practice” in Germany? *Pflege*, 23(6), 393–402.
- Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D. & Shepperd, S. (2016). Discharge planning from hospital (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1–72.
- Gowrisankaran, G. & Town, R. J. (2003). Competition, payers, and hospital quality. *Health Services Research*, 38(6p1), 1403–1422.
- Gray, M. (2017). Value based healthcare. Reducing unwarranted variation to maximise the value of healthcare for populations. *British Medical Journal*, 356, j437.
- Halligan, M. & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ quality & safety*, 20, 338–343.
- Haron, S. H. A. & Ramlan, R. (2015). Patient process flow improvement: value stream mapping. *Journal of Management Research*, 7(2), 495–505.
- Härter, M. (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hrsg.). (2010). *Förderschwerpunkt zur versorgungsnahen Forschung Chronischer Krankheiten und Patientenorientierung*, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie. Zugriff am 12.06.2019. Verfügbar unter <http://forschung-patientenorientierung.de/>
- Health Quality Ontario. (2017). *Adopting a Common Approach to Transitional Care Planning: Helping Health Links Improve Transitions and Coordination of Care* (Health Quality Ontario, Hrsg.).
- Hearld, L. R., Alexander, J. A., Fraser, I. & Jiang, H. J. (2008). How Do Hospital Organizational Structure and Processes Affect Quality of Care? A Critical Review of Research Methods. *Medical Care Research and Review*, 65(3), 259–299.
- Hennes, H.-J. (2018). Organisationsentwicklung: Wie Kliniken ihre Führungskräfte auf Veränderungen vorbereiten. *Deutsches Ärzteblatt*, 115(3), 2–4.
- Henrique, D. B., Rentes, A. F., Godinho Filho, M. & Esposto, K. F. (2015). A new value stream mapping approach for healthcare environments. *Production Planning & Control*, 27(1), 24–48.
- Hensen, P. (2016). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis* (1. Aufl.). Wiesbaden: Springer.

- Hesselink, G., Vernooij-Dassen, M., Pijnenborg, L., Barach, P., Gademan, P., Dudzik-Urbaniak, E. et al. (2013). Organizational culture: an important context for addressing and improving hospital to community patient discharge. *Medical Care*, 90–98.
- Hesselink, G., Zegers, M., Vernooij-Dassen, M., Barach, P., Kalkman, C., Flink, M. et al. (2014). Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC health services research*, 14(1), 389.
- Hibbard, J. H., Greene, J., Sofaer, S., Firminger, K. & Hirsh, J. (2012). An experiment shows that a well-designed report on costs and quality can help consumers choose high-value health care. *Health affairs*, 31(3), 560–568.
- Hilgers, S. (2011). *DRG-Vergütung in deutschen Krankenhäusern: Auswirkungen auf Verweildauer und Behandlungsqualität*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Hines, P. & Rich, N. (1997). The seven value stream mapping tools. *International Journal of Operations & Production Management*, 17(1), 46–64.
- Holden, R. J. (2011). Lean thinking in emergency departments: a critical review. *Annals of Emergency Medicine*, 57(3), 265–278.
- Høvik, L. H., Aglen, B. & Husby, V. S. (2018). Patient experience with early discharge after total knee arthroplasty: a focus group study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(2), 833–842.
- Hower, K. I., Vennedey, V., Hillen, H. A., Kuntz, L., Stock, S., Pfaff, H. et al. (2019). Implementation of patient-centred care: which organisational determinants matter from decision maker's perspective? Results from a qualitative interview study across various health and social care organisations. *BMJ open*, 9(e027591), 1-14.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jencks, S. F., Williams, M. V. & Coleman, E. A. (2009). Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine*, 360(14), 1418–1428.
- Jimmerson, C. (2010). *Value stream mapping for healthcare made easy*. Boca Raton: CRC Press.
- Kadarova, J. & Demecko, M. (2016). New approaches in lean management. *Procedia Economics and Finance*, 39, 11–16.
- Kaplan, G. S., Patterson, S. H., Ching, J. M. & Blackmore, C. C. (2014). Why Lean doesn't work for everyone. *BMJ quality & safety*, 23(12), 970–973.

- Kim, C. S., Spahlinger, D. A., Kin, J. M. & Billi, J. E. (2006). Lean health care: What can hospitals learn from a world-class automaker? *Journal of hospital medicine*, 1(3), 191–199.
- Kim, S. H., Park, S., Kim, S. J., Hur, M. H., Lee, B. G. & Han, M. S. (2018). Self-management Needs of Breast Cancer Survivors After Treatment. Results From a Focus Group Interview. *Cancer Nursing*, 43(1), 78-85.
- Koeck, C. (1998). Time for organisational development in healthcare organisations: Improving quality for patients means changing the organisation. *British Medical Journal*, 317, 1267–1268.
- Kowalski, C. (2014). Versorgungsqualität in zertifizierten Brustkrebszentren–Konzepte, Ergebnisse, Unterschiede. *Public Health Forum*, 22(2), 25–27.
- Kowalski, C., Ferencz, J., Brucker, S. Y., Kreienberg, R. & Wesselmann, S. (2015). Quality of care in breast cancer centers: results of benchmarking by the German Cancer Society and German Society for Breast Diseases. *The Breast*, 24(2), 118–123.
- Kowalski, C., Steinhausen, S., Ommen, O. & Pfaff, H. (2017). Patientenbefragungen: Patientenzufriedenheit - Patientenerfahrung. In H. Pfaff, E. Neugebauer, G. Glaeske & M. Schrappe (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung* (2., vollständig überarbeitete Auflage, S. 178–181). Stuttgart: Schattauer.
- Kurlemann, U. (2010). Entlassungsmanagement. Minimierung der Schnittstellenprobleme zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. *Der Gynäkologe*, 43(10), 832–838.
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L. & Devins, G. M. (2007). Comparison of four common stressors across the breast cancer trajectory. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(3), 225–232.
- Lee, E., Grooms, R., Mamidala, S. & Nagy, P. (2014). Six easy steps on how to create a lean sigma value stream map for a multidisciplinary clinical operation. *Journal of the American College of Radiology*, 11(12 Pt A), 1144–1149.
- Leister, J. & Stausberg, J. (2007). Why do patients select a hospital? A conjoint analysis in two German hospitals. *Journal of hospital marketing & public relations*, 17(2), 13–31.
- Lim, F., Foust, J. B. & van Cleave, J. H. (2016). Transitional Care. In M. Boltz, E. Capezuti, T. T. Fulmer & D. Zwicker (Hrsg.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (5th edition, S. 634–650). New York: Springer Publishing Company.
- Linder-Pelz, S. (1982). Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Social science & medicine*, 16(5), 583–589.
- Lohr, K. N. (1988). Outcome measurement: concepts and questions. *Inquiry*, 25(1), 37–50.

- Lohr, K. N. & Steinwachs, D. M. (2002). Health services research: an evolving definition of the field. *Health Services Research*, 37(1), 15.
- Lummus, R. R., Vokurka, R. J. & Rodeghiero, B. (2006). Improving quality through value stream mapping: a case study of a physician's clinic. *Total Quality Management & Business Excellence*, 17(8), 1063–1075.
- Maijala, R., Eloranta, S., Reunanen, T. & Ikonen, T. S. (2018). Successful implementation of lean as a managerial principle in health care: a conceptual analysis from systematic literature review. *International journal of technology assessment in health care*, 34(2), 134–146.
- Mason, S. E., Nicolay, C. R. & Darzi, A. (2015). The use of Lean and Six Sigma methodologies in surgery: a systematic review. *The Surgeon*, 13(2), 91–100.
- Mazzocato, P., Holden, R. J., Brommels, M., Aronsson, H., Bäckman, U., Elg, M. et al. (2012). How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research*, 12, 28.
- Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H. & Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Quality & Safety in Health Care*, 19(5), 376–382.
- McDaniel, R. R. & Lanham, H. J. (2009). Evidence as a tool for managerial action: A complex adaptive systems view. *Health care management review*, 34(3), 216–218.
- McDonagh, M. S., Smith, D. H. & Goddard, M. (2000). Measuring appropriate use of acute beds: a systematic review of methods and results. *Health policy*, 53(3), 157–184.
- McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S. A. et al. (2007). Vol. 7: Care Coordination. In K. G. Shojania, K. M. McDonald, R. M. Wachter & D. K. Owens (Hrsg.), *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Technical Review 9*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- McMartin, K. (2013). Discharge planning in chronic conditions. An evidence-based analysis. *Ontario health technology assessment series*, 13(4), 1.
- McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M. & Fetherston, C. (2010). Implementing bedside handover: strategies for change management. *Journal of clinical nursing*, 19(17-18), 2580–2589.
- Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087–1110.
- Mennicken, R., Kuntz, L. & Schwierz, C. (2011). The trade-off between efficiency and quality in hospital departments. *Journal of health organization and management*, 25(5), 564–577.

- Michael, C. W., Naik, K. & McVicker, M. (2013). Value stream mapping of the Pap test processing procedure: a lean approach to improve quality and efficiency. *American Journal of Clinical Pathology*, 139(5), 574–583.
- Mille, M. & Stier, A. (2014). Entlassungs- und Überleitungsmanagement. *Aktuelle Urologie*, 45(5), 381–397.
- Miller, K. D., Siegel, R. L., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Kramer, J. L., Rowland, J. H. et al. (2016). Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(4), 271–289.
- Milosevic, E., Brunet, J. & Campbell, K. L. (2019). Exploring tensions within young breast cancer survivors' physical activity, nutrition and weight management beliefs and practices. *Disability and Rehabilitation*, 1–7.
- Mitchell, M. (2015). Home recovery following day surgery: a patient perspective. *Journal of clinical nursing*, 24(3-4), 415–427.
- Mitchell, P. H., Ferketich, S. & Jennings, B. M. (1998). Quality Health Outcomes Model. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43–46.
- Mitchell, P. H. & Lang, N. M. (2004). Framing the Problem of Measuring and Improving Healthcare Quality: Has the Quality Health Outcomes Model Been Useful? *Medical Care*, 42(2), II4-II11.
- Moen, E. L., Kapadia, N. S., O'Malley, A. J. & Onega, T. (2019). Evaluating Breast Cancer Care Coordination at a Rural National Cancer Institute Comprehensive Cancer Center Using Network Analysis and Geospatial Methods. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 28(3), 455–461.
- Mora-Pinzon, M. C., Chrischilles, E. A., Greenlee, R. T., Hoeth, L., Hampton, J. M., Smith, M. A. et al. (2019). Variation in coordination of care reported by breast cancer patients according to health literacy. *Supportive Care in Cancer*, 27(3), 857–865.
- Moraros, J., Lemstra, M. & Nwankwo, C. (2016). Lean interventions in healthcare: do they actually work? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 150–165.
- Moscelli, G., Gravelle, H., Siciliani, L. & Santos, R. (2018). Heterogeneous effects of patient choice and hospital competition on mortality. *Social science & medicine*, 216, 50–58.
- Mousavi Isfahani, H., Tourani, S. & Seyedin, H. (2019). Lean management approach in hospitals: a systematic review. *International Journal of Lean Six Sigma*, 10(1), 161–188.

- Nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V, Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung. (2017). Rahmenvertrag Entlassmanagement.
- Nash, I. S. (2015). Why physicians hate “patient satisfaction” but shouldn’t. *Annals of internal medicine*, 163(10), 792–793.
- Neugebauer, E. A. M. & Farin, E. (2017). Die Rolle der Patienten in der Versorgungsforschung - Einführung. In H. Pfaff, E. Neugebauer, G. Glaeske & M. Schrappe (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung* (2., vollständig überarbeitete Auflage, S. 145–148). Stuttgart: Schattauer.
- Nordmark, S., Zingmark, K. & Lindberg, I. (2016). Process evaluation of discharge planning implementation in healthcare using normalization process theory. *BMC medical informatics and decision making*, 16(1), 48.
- Nowak, M., Karbach, U. & Pfaff, H. (2018). Entlassmanagement im internationalen Kontext. In S. Eble, J. Miedke & N. Khan (Hrsg.), *Entlassmanagement. Konzepte, Methoden, Umsetzung* (1. Auflage, S. 65–72). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017. OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of marketing research*, 17(4), 460–469.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD, Hrsg.). (2012). *Competition in Hospital Services. Policy Roundtables*. Zugriff am 25.04.2019. Verfügbar unter <http://www.oecd.org/daf/competition/50527122.pdf>
- Oyeleye, O., Hanson, P., O’Connor, N. & Dunn, D. (2013). Relationship of workplace incivility, stress, and burnout on nurses’ turnover intentions and psychological empowerment. *Journal of Nursing Administration*, 43(10), 536–542.
- Papadopoulos, T., Radnor, Z. & Merali, Y. (2011). The role of actor associations in understanding the implementation of Lean thinking in healthcare. *International Journal of Operations & Production Management*, 31(2), 167–191.
- Parmelli, E., Flodgren, G., Beyer, F., Baillie, N., Schaafsma, M. E. & Eccles, M. P. (2011). The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance: a systematic review. *Implementation Science*, 6(1), 33.
- Pelikan, J. M., Demmer, H. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (1993). *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen* (Gesundheitsforschung). Weinheim, München: Juventa-Verlag.

- Pfaff, H. (1994). Lean Production—ein Modell für das Krankenhaus? Gefahren, Chancen, Denkanstöße. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 2(1), 61–80.
- Pfaff, H. (1997). Das lernende Krankenhaus. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 5(4), 323–342.
- Pfaff, H. (2001). Organisationsentwicklung und Organisationslernen im Krankenhaus. In K. W. Lauterbach & M. Schrappe (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung; mit 84 Tabellen* (S. 327–332). Stuttgart: Schattauer.
- Pfaff, H. & Klein, J. (2002). Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen. *Medizinische Klinik*, 97(5), 309–315.
- Pfaff, H., Schrappe, M., Lauterbach, K. W., Engelmann, U. & Halber, M. (2003). *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern: Huber.
- Plsek, P. E. & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323, 625–628.
- Poksinska, B. (2010). The current state of Lean implementation in health care: literature review. *Quality Management in Health Care*, 19(4), 319–329.
- Porter, M. E. (2008). Value-based health care delivery. *Annals of Surgery*, 248(4), 503–509.
- Porter, M. E. & Guth, C. (2012). Deutschlands Weg zu einem Gesundheitssystem mit hoher Nutzenstiftung: Gesamtbewertung und Empfehlungen. In M. E. Porter & C. Guth (Hrsg.), *Chancen für das deutsche Gesundheitssystem: Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen* (S. 259–318). Berlin: Springer.
- Porter, M. E., Pabo, E. A. & Lee, T. H. (2013). Redesigning primary care: A strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Affairs*, 32(3), 516–525.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2007). How physicians can change the future of health care. *JAMA*, 297(10), 1103–1111.
- Price, R. A., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L. et al. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5), 522–554.
- Radnor, Z. J., Holweg, M. & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: the unfilled promise? *Social Science & Medicine*, 74(3), 364–371.
- Rahani, A. R. & al-Ashraf, M. (2012). Production flow analysis through value stream mapping: a lean manufacturing process case study. *Procedia Engineering*, 41, 1727–1734.

- Raine, R., Fitzpatrick, R., Barratt, H., Bevan, G., Black, N., Boaden, R. et al. (2016). Challenges, solutions and future directions in the evaluation of service innovations in health care and public health. *Health Services and Delivery Research*, 4(16), 1–136.
- Rennke, S., Nguyen, O. K., Shoeb, M. H., Magan, Y., Wachter, R. M. & Ranji, S. R. (2013). Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy. A systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5), 433–440.
- Richter, J. P. & Muhlestein, D. B. (2017). Patient experience and hospital profitability. Is there a link? *Health care management review*, 42(3), 247–257.
- Ringwald, J., Gerstner, L., Junne, F., Ziser, K., Schaffeler, N., Wallwiener, M. et al. (2019). Mindfulness and Skills Based Distress Reduction in Oncology: Das Webbasierte Psychoonkologische Make It Training. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*.
- Robert Koch Institut (Hrsg.). (2016). *Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016*. Berlin.
- Robert Koch Institut (Robert Koch Institut, Hrsg.). (2017). *Zentrum für Krebsregisterdaten. Brustkrebs (Mammakarzinom), ICD-10 C50*. Zugriff am 03.04.2019. Verfügbar unter https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Brustkrebs/brustkrebs_node.html
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A. & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 600–607.
- Rogowski, J., Jain, A. K. & Escarce, J. J. (2007). Hospital competition, managed care, and mortality after hospitalization for medical conditions in California. *Health Services Research*, 42(2), 682–705.
- Roorda, C., Berendsen, A. J., Haverkamp, M., van der Meer, K. & Bock, G. H. de. (2013). Discharge of breast cancer patients to primary care at the end of hospital follow-up. A cross-sectional survey. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 49(8), 1836–1844.
- Rother, M. & Shook, J. (2003). *Learning to see. Value stream mapping to create value and eliminate muda* (Version 1.3). Brookline, MA: Lean Enterprise Institute.
- Ruiz-Perez, I., Rodriguez-Gomez, M., Pastor-Moreno, G., Escriba-Aguir, V. & Petrova, D. (2019). Effectiveness of interventions to improve cancer treatment and follow-up care in socially disadvantaged groups. *Psycho-Oncology*, 28(4), 665–674.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71–72.

- Saltbaek, L., Karlsen, R. V., Bidstrup, P. E., Hoeg, B. L., Zoffmann, V., Horsbol, T. A. et al. (2019). MyHealth. Specialist nurse-led follow-up in breast cancer. A randomized controlled trial - development and feasibility. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, 1–8.
- Sampalli, T., Desy, M., Dhir, M., Edwards, L., Dickson, R. & Blackmore, G. (2015). Improving wait times to care for individuals with multimorbidities and complex conditions using value stream mapping. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(7), 459–466.
- Schär, W. & François-Kettner, H. (2009). Patienten strukturiert entlassen. *Heilberufe*, 61(6), 16–18.
- Schiersmann, C. & Thiel, H.-U. (2018). *Organisationsentwicklung. Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen* (Lehrbuch, 5. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M. & Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness—a systematic review and concept analysis. *PloS one*, 9(9), e107828.
- Schrappe, M. (2014). *Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schrappe, M. & Pfaff, H. (2016). Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen: Konsequenzen für Definition und Konzept. *Das Gesundheitswesen*, 78(11), 689–694.
- Schrappe, M. & Pfaff, H. (2017). Einführung in Konzept und Grundlagen der Versorgungsforschung. In H. Pfaff, E. Neugebauer, G. Glaeske & M. Schrappe (Hrsg.), *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung* (2., vollständig überarbeitete Auflage, S. 1–68). Stuttgart: Schattauer.
- Scott, R. A., Aiken, L. H., Mechanic, D. & Moravcsik, J. (1995). Organizational aspects of caring. *The Milbank Quarterly*, 73(1), 77–95.
- Serrano, C. I., Shah, V. & Abràmoff, M. D. (2018). Use of Expectation Disconfirmation Theory to Test Patient Satisfaction with Asynchronous Telemedicine for Diabetic Retinopathy Detection. *International Journal of Telemedicine and Applications*.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: MA Houghton Mifflin.
- Shepperd, J. A. & McNulty, J. K. (2002). The affective consequences of expected and unexpected outcomes. *Psychological Science*, 13(1), 85–88.
- Singh, B., Garg, S. K. & Sharma, S. K. (2011). Value stream mapping: literature review and implications for Indian industry. *The International Journal of Advanced Manufacturing Technology*, 53(5-8), 799–809.

- Sitzia, J. & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*, 45(12), 1829–1843.
- Skeldon, S. C., Simmons, A., Hersey, K., Finelli, A., Jewett, M. A., Zlotta, A. R. et al. (2014). Lean methodology improves efficiency in outpatient academic uro-oncology clinics. *Urology*, 83(5), 992–998.
- Smith, S. K., Herndon, J. E., Lyster, H. K., Coan, A., Wheeler, J. L., Staley, T. et al. (2011). Correlates of quality of life-related outcomes in breast cancer patients participating in the Pathfinders pilot study. *Psycho-oncology*, 20(5), 559–564.
- Song, F., Hooper, L. & Loke, Y. (2013). Publication bias: what is it? How do we measure it? How do we avoid it? *Open Access Journal of Clinical Trials*, 2013(5), 71–81.
- Staehele, W. H. (1999). *Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive* (Vahlens Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Bd. 8). München: Vahlen.
- Stark, S. S., Natarajan, L., Chingos, D., Ehren, J., Gorman, J. R., Krychman, M. et al. (2019). Design of a randomized controlled trial on the efficacy of a reproductive health survivorship care plan in young breast cancer survivors. *Contemporary Clinical Trials*, 77, 27–36.
- Statista. (2019a). *Number of cancer deaths worldwide in 2016, by major type of cancer*. Zugriff am 03.04.2019. Verfügbar unter <https://www.statista.com/statistics/288580/number-of-cancer-deaths-worldwide-by-type/>
- Statista. (2019b). *Number of new cancer cases worldwide among women in 2012, by type of cancer*. Zugriff am 03.04.2019. Verfügbar unter <https://www.statista.com/statistics/288573/number-of-new-cancer-cases-worldwide-among-women-by-type/>
- Statistisches Bundesamt. (2018). *Stationäre Krankenhauskosten 2017 auf 91,3 Milliarden Euro gestiegen. Pressemitteilung Nr. 435 vom 12. November 2018*. Zugriff am 25.04.2019. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/11/PD18_435_231.html
- Statistisches Bundesamt. (2019a). *Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen)*. Zugriff am 25.04.2019. Verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/express.prc_expr?p_aid=22818509&p_uid=gast&p_sprachkz=D&p_var=0&nummer=550&p_indsp=&p_ityp=H&p_hlpnr=4&p_lfd_nr=1&p_sprache=D&p_news=N&p_janein=J
- Statistisches Bundesamt. (2019b). *Sterbefälle für der häufigsten Todesursachen (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, ICD-10*. Zugriff am 03.04.2019. Verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/express.prc_expr?p_aid=22818509&p_

uid=gast&p_sprachkz=D&p_var=0&nummer=516&p_indsp=&p_ityp=H&p_hlpnr=3&p_lfd_nr=4&p_sprache=D&p_news=&p_janein=J

- Statistisches Bundesamt (Statistisches Bundesamt, Hrsg.). (2019c). *Zahl der wegen Brustkrebs im Krankenhaus behandelten Frauen von 2007 bis 2017 um 11,9 % zurückgegangen. Pressemitteilung Nr. 040 vom 4. Februar 2019*. Zugriff am 03.04.2019. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/02/PD19_040_231.html
- Stock, S., Hertle, D. & Veit, C. (2015). Patientenzentrierung und Qualität der Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich—Ergebnisse eines Telefon-Surveys von Patienten in 11 Ländern. *Gesundheitswesen*, 77(10), 761–767.
- Sunol, R., Wagner, C., Arah, O. A., Shaw, C. D., Kristensen, S., Thompson, C. A. et al. (2014). Evidence-based organization and patient safety strategies in European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(S1), 47–55.
- Sweeny, K. & Dillard, A. (2014). The effects of expectation disconfirmation on appraisal, affect, and behavioral intentions. *Risk analysis*, 34(4), 711–720.
- Tevaarwerk, A. J., Hocking, W. G., Buhr, K. A., Gribble, M., Seaborne, L. A., Wisinski, K. B. et al. (2019). A randomized trial of immediate versus delayed survivorship care plan receipt on patient satisfaction and knowledge of diagnosis and treatment. *Cancer*, 125(6), 1000–1007.
- Thompson, D. S., Fazio, X., Kustra, E., Patrick, L. & Stanley, D. (2016). Scoping review of complexity theory in health services research. *BMC health services research*, 16(1), 87.
- U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services (U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services, Hrsg.). (2017). *Community-based Care Transitions Program*. Zugriff am 08.03.2019. Verfügbar unter <https://innovation.cms.gov/initiatives/CCTP/>
- Ulhassan, W., Thiele Schwarz, U. von, Thor, J. & Westerlund, H. (2014). Interactions between lean management and the psychosocial work environment in a hospital setting - a multi-method study. *BMC Health Services Research*, 14, 480.
- Van den Berg, S. W., Gielissen, M. F. M., Custers, J. A. E., van der Graaf, W. T. A., Ottevanger, P. B. & Prins, J. B. (2015). BREATH. Web-based self-management for psychological adjustment after primary breast cancer—results of a multicenter randomized controlled trial.
- Van Dulmen, S. (2003). Patient-centredness. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 195–196.
- Vandrevala, T., Senior, V., Spring, L., Kelliher, L. & Jones, C. (2016). ‘Am I really ready to go home?’: a qualitative study of patients’ experience of early discharge following an enhanced recovery programme for liver resection surgery. *Supportive care in cancer*, 24(8), 3447–3454.

- Varkey, P., Reller, M. K. & Resar, R. K. (2007). Basics of quality improvement in health care. *Mayo Clinic proceedings*, 82(6), 735–739.
- Vera, A. & Kuntz, L. (2007). Process-based organization design and hospital efficiency. *Health Care Management Review*, 32(1), 55–65.
- Vest, J. R. & Gamm, L. D. (2009). A critical review of the research literature on Six Sigma, Lean and StuderGroup's Hardwiring Excellence in the United States: the need to demonstrate and communicate the effectiveness of transformation strategies in healthcare. *Implementation Science*, 4, 35.
- Warren, J. I., McLaughlin, M., Bardsley, J., Eich, J., Esche, C. A., Kropkowski, L. et al. (2016). The strengths and challenges of implementing EBP in healthcare systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), 15–24.
- West, E., Barron, D. N. & Reeves, R. (2005). Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *Journal of clinical nursing*, 14(4), 435–443.
- Wilson, A. R.M., Marotti, L., Bianchi, S., Biganzoli, L., Claassen, S., Decker, T. et al. (2013). The requirements of a specialist Breast Centre. *European journal of cancer*, 49(17), 3579–3587.
- Wirtz, M. A., Bitzer, E. M., Albert, U.-S., Ansmann, L., Bögel, M., Ernstmann, N. et al. (2019). DNVF-Memorandum III – Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 4 – Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung. Kapitel 3 - Methodische Ansätze zur Evaluation und Implementierung komplexer Interventionen in Versorgungsorganisationen [DNVF-Memorandum III - Methods for Health Services Research, Part 4 - Concept and Methods for Organizational Health Services Research. Chapter 3 - Methodological Approaches for the Evaluation and Implementation of Complex Interventions in Healthcare Organizations]. *Das Gesundheitswesen*, 81(3), e82-e91.
- Womack, J. P. & Jones, D. T. (2013). *Lean thinking. Ballast abwerfen, Unternehmensgewinne steigern* (3. Aufl.). Frankfurt/New York: Campus-Verl.
- Womack, J. P., Jones, D. T. & Roos, D. (1990). *Machine that changed the world*. New York: Simon and Schuster.
- World Health Organization. (2007). *People-centred health care: a policy framework*. Manila: World Health Organization.
- World Health Organization Europe. (2013). *ROADMAP. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: A Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD)* (Health Services Delivery Programme, Division of Health Systems and Public Health, Hrsg.). WHO Regional Office for

Europe. Verfügbar unter <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108628/e96929.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Young, T., Brailsford, S., Connell, C., Davies, R., Harper, P. & Klein, J. H. (2004). Using industrial processes to improve patient care. *British Medical Journal*, 328(7432), 162–164.

Zertifizierungskommission Brustkrebszentren der DKG/DGS (Deutsche Krebsgesellschaft & Deutsche Gesellschaft für Senologie, Hrsg.). (2017). *Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft*. Zugriff am 03.04.2019. Verfügbar unter <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html>

Lebenslauf

Name Marina Beckmann, geb. Nowak
Geburtsdatum 10. Dezember 1988
Geburtsort Wipperfürth in Deutschland
E-Mail Marina.Beckmann@uk-koeln.de

Universitäre Ausbildung

03/2015 - 01/2020 Promotion, Dr. phil, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaften (IMVR) der Humanwissenschaftlichen und Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
10/2012 - 09/2014 Master of Science in Psychologie, mit Auszeichnung, Georg-August-Universität Göttingen
02/2011 - 08/2011 Flinders University (Adelaide, Australien), Auslandssemester
09/2008 - 08/2011 Bachelor of Science in Psychologie, Maastricht University (Niederlande)

Berufliche Erfahrungen

Seit 03/2015 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am IMVR, Uniklinik Köln, Abteilung Versorgungsforschung
10/2013 - 09/2014 Studentische Hilfskraft an der Georg-August-Universität Göttingen, Abteilung Kommunikations- und Sozialpsychologie
03/2014 - 04/2014 Praktikum in der Psychiatrische Tagesklinik, Kliniken Essen-Mitte
09/2011 - 08/2012 PreMaster Programm und Praktikum bei der Robert Bosch GmbH (Stuttgart), Abteilung für Nachwuchsprogramme

Schulische Ausbildung

2005 - 2008 Engelbert-von-Berg Gymnasium (Wipperfürth)
1999 - 2005 Realschule (Wipperfürth)

Köln, den 09. September 2019