

Andreas Scholz

Die Lean-Methode im Krankenhaus

Die eigenen Reserven
erkennen und heben

2. Auflage



Springer Gabler

Die Lean-Methode im Krankenhaus

Andreas Scholz

Die Lean-Methode im Krankenhaus

Die eigenen Reserven erkennen
und heben

2. Auflage



Springer Gabler

Andreas Scholz
Berlin
Deutschland

ISBN 978-3-658-08737-1 ISBN 978-3-658-08738-8 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-08738-8

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Gabler

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Fachmedien Wiesbaden Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
(www.springer.com)

Geleitwort

In den vergangenen zehn Jahren ist im Krankenhaussektor ein beispielloser Wandel vonstattengegangen, der bis heute anhält. Mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems im Jahr 2003 hat sich nicht nur die Abrechnungslogik geändert, sondern auch das Verhalten der Akteure. Es werden nicht mehr Belegungstage zur Grundlage der Abrechnung gemacht, sondern Fallpauschalen. Getreu dem Motto „man bekommt, was man misst“ haben sich die Verweildauern der Patientinnen und Patienten seit dem erheblich verkürzt. Mehr Arbeit in deutlich weniger Zeit. Innerhalb weniger Jahre wurden Krankenhäuser einer Wettbewerbslogik unterworfen. Der einsetzende Veränderungsprozess stellte für die Führungsverantwortlichen eine Herausforderung dar, denn er verlangte auf breiter Front ein Umdenken und eine neue unternehmerische Perspektive. So waren die letzten Jahre geprägt von Personalreduktion, Privatisierung, Fusionen, Zentralisierung, Outsourcing und Leistungsstrukturanpassungen. Ob all diese Veränderungen langfristig zum Erfolg von Krankenhäusern und zum Wohle der Patientinnen und Patienten beitragen, wird sich erst viel später zeigen. Die historisch bedingte Arbeitsweise von Krankenhäusern hat sich dabei aber kaum verändert. Eine Krankenhausorganisation präsentiert sich nach wie vor unverändert arztorientiert – und eben nicht patientenorientiert. Sie bleibt gefangen in chefarztzentrierten Abteilungsstrukturen, geprägt von einer dienstartengetrennten Matrixorganisation, in der wesentliche formelle Führungsfragen ungeklärt bleiben. Organisationsstandards und Transparenz bleiben Mangelware. Krankenhäuser stellen äußerst komplexe Systeme dar, wie sie auch in anspruchsvollen Industrieorganisationen so kaum zu finden sind. Umso wichtiger wird es für Krankenhäuser sein, dieses beinahe antiquierte Führungssystem einem radikalen Wandel zu unterziehen. Orientiert an den Wünschen und Bedürfnissen der Patienten wird sich die Krankenhausorganisation einer konsequenten Prozesssicht unterwerfen müssen, die bestehende Führungsstrukturen

einbezieht. Der dazu notwendige kulturelle Wandel ist nicht zu unterschätzen. Prozessorientierung rüttelt an den grundlegenden Widerstandszonen eines Krankenhauses: Arztzentrierung, Planbarkeit, Standards und Transparenz.

Wenn alles outgesourct, zentralisiert, verknappt ist und selbst Leistungssteigerungen als rettende Anker ausfallen, bleibt die Frage, was denn in Zukunft dazu beitragen soll, die ungebremst wachsende Kosten-/Erlösschere zu kompensieren. Was kann Krankenhäuser jedes Jahr wieder effizienter und besser werden lassen? Die Antwort liegt auf der Hand: die Gestaltung seiner Prozessen und die Art und Weise, wie eine Krankenhausorganisation lernt, sich schnell, wirksam und kontinuierlich zu verbessern.

Ein nachgewiesen wirksamer Ansatz zur kontinuierlichen Verbesserung ist Lean Management. Zahlreiche Beispiele zeigen, dass Lean Management auf Krankenhäuser anwendbar ist und zu einer wirklichen Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit beiträgt.

Bevor ich das Nordstern Institut Berlin gegründet habe, war ich mehr als 10 Jahre als Geschäftsführer von Krankenhäusern tätig. Die Einführung von Lean Management hat mich zu der Aussage verleitet, die ich immer gerne wiederhole: „Ich wusste noch nie so viel über mein Krankenhaus wie heute.“ Probleme und Lösungen verbergen sich eben tief in jeder Organisation. Wer sie finden will, muss selbst tief abtauchen in die reale Arbeitswelt und seinen Schreibtisch verlassen. Erst dann wird deutlich, wie stabil die kulturellen Säulen gebaut sind, die in einem Veränderungsprozess wie diesem erst mühsam, mit unendlicher Geduld und noch mehr Durchhaltermögen abgetragen werden müssen.

Organisationsziele sind konsequent aus den Bedürfnissen und Wünschen von Patientinnen und Patienten ableitbar. Einmal inhaliert, prägt diese Wahrheit mit der Zeit die Arbeits- und Denkweise aller handelnden Personen. Es ist förmlich spürbar, wie ein authentischer und konsequenter Patientenblick die Prioritäten einer ganzen Organisation verändern kann.

Andreas Scholz will seine Leserinnen und Leser auf diesen spannenden Weg einstimmen und ihnen ermutigender Begleiter sein.

Berlin, 6.7.2015

Jörg Gottschalk

Vorwort

Die erste Auflage ist entstanden, um dem deutschsprachigen Raum ein literarisches Angebot zum Thema Lean Management im Gesundheitsbereich zu unterbreiten. Leider existierte fast ausschließlich nur englische Literatur. Ziel war es nicht, ein „Kochrezept“ und konkrete Handlungsempfehlungen zu geben, sondern einen ersten Eindruck beziehungsweise Überblick zum Thema Lean Management zu vermitteln.

Aufgrund von Rückmeldungen einiger Leser ist in der 2. Auflage ein Methodenblock ergänzt worden. Hier werden zum besseren Verständnis ein paar wichtige Methoden im Kontext von Lean Management aufgelistet und vorgestellt. Ferner beinhaltet die 2. Auflage eine neue grafische Aufbereitung, ein paar inhaltliche Nachschärfungen, zusätzliche Unterkapitel und 10 goldene Regeln als Management-Essence für die Verbesserungsarbeit.

Vielen Dank für die Anregungen und viel Spaß beim Lesen.

Hinweis: In dem Buch wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwandt. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

Berlin, 6.7.2015

Andreas Scholz

Danksagung

Ich danke meinen Freunden und Bekannten für die viele Unterstützung und Mithilfe. Insbesondere den Gastautoren möchte ich für deren eigene Beiträge bzw. Zuarbeit danken. Besonders Herr Gottschalk hat das Buchprojekt durch Lieferung zahlreicher Beispiele und aktive Mitarbeit maßgeblich unterstützt.

Jörg Gottschalk, ehemaliger Geschäftsführer Martin-Luther-Krankenhaus, Berlin: Vorwort, 1.1, 4.2, 4.6, 4.11

Luise Steinbeis, Lean Managerin Martin-Luther-Krankenhaus, Berlin: Kap. 3, Projektbeschreibung

Kai Fiukowski, Kommunikationstrainer und Change Manager: Kap. 5, Change Management, Kommunikation

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Die Sicht des Geschäftsführers eines privaten Krankenhauses auf seine Branche	1
1.2	Die Sicht eines vormals in der Industrie tätigen Lean-Beraters ...	3
2	Was ist Lean?	5
2.1	Historie	5
2.2	Die drei Ebenen von Lean	10
2.3	Variabilität, Inflexibilität, Verschwendung – die drei Haupthandlungsfelder bzw. Hauptfeinde im Kontext von Lean ...	15
3	Projektbeispiel Aufnahme- und Sprechstundenzentrum	23
3.1	Ist-Situation der elektiven Aufnahme	26
3.2	Auftragsklärung für das Lean-Projekt	28
3.3	Projektvorbereitung	28
3.4	Analysephase	30
3.5	Entwicklung des Soll-Konzeptes	30
3.6	Simulationen	38
3.7	Architektenplanung und Umbau	39
3.8	An- und Hochlauf	40
3.9	Optimierungsphase	40
3.10	Eingeführte Prinzipien des Lean Managements	42
3.11	Herausforderungen während der Projektarbeit	43
3.12	Ergebnisse	44
4	Thesen	47
4.1	Einleitung	47
4.2	Ich oder Wir – Wer steht hier eigentlich im Mittelpunkt?	47

4.3	Schildkröte oder Hase – Wie lange dauert es, und wo geht es lang?	52
4.4	Jogger oder Sprinter – Kann ich es schaffen?	60
4.5	Erbsen oder Melonen – Wie genau muss es sein?	64
4.6	Kopf oder Bauch – Wonach will ich mich richten?	75
4.7	Aktion oder Reaktion – Brauche ich einen Plan?	78
4.8	Bleistift oder PC – Wie modern soll es sein?	82
4.9	Schauen oder Anfassen – Wo stehe ich als Führungskraft?	88
4.10	Neu oder Secondhand – Was kann ich mir leisten?	94
4.11	Sehen oder Glauben – Gilt nur, was ich beweisen kann?	99
4.12	Bund oder Länder – Wie souverän will ich sein?	103
4.13	Hart oder weich – Wofür gebe ich das Geld aus?	107
4.14	Von oben oder unten – Wie führt hier wer?	111
4.15	Autos oder Menschen – Wie groß ist die Schnittmenge?	113
4.16	Hopp oder Top – Was ist hier passiert?	121
5	Prozessverbesserung mit Change Management und Kommunikationstraining	129
5.1	Change Management	129
5.2	Kommunikationstraining	140
6	Fazit	145
6.1	Allgemein	145
6.2	Zehn goldene Regeln für das Management	146
6.3	Lean Management im Krankenhaus in aller Kürze	151
7	Ausblick	155
8	Anhang: Methodenbeschreibung	159
8.1	Storyboard	159
8.2	Mitarbeiterbefragung	162
8.3	Prozessmapping	165
8.4	Kreidekreis-Analyse	167
8.5	Wegediagramm (Spaghetti-Diagramm)	170
8.6	Arbeitsschritte-Analyse	172
8.7	Mehrfachmomentaufnahme	175
8.8	Problemlösungsblatt (Maßnahmenblatt)	178
8.9	A3-Problemlöseblatt	181
Literatur	185

1.1 Die Sicht des Geschäftsführers eines privaten Krankenhauses auf seine Branche

Krankenhäuser stellen heute äußerst komplexe Organisationen dar, in der unterschiedliche Berufsgruppen mithilfe von Wissen, Raum, Technik und Verfahren so miteinander interagieren müssen, dass für den Patienten das angestrebte, also (von ihm) gewünschte oder (zumindest) objektiv erzielbare Ergebnis erreicht werden kann.

Allein in den letzten zwanzig Jahren hat sich der medizinische und technische Fortschritt enorm beschleunigt. Die Verweildauer beträgt nur noch einen Bruchteil dessen, was beispielsweise 1935 üblich war. Jedes Krankenhaus muss auch deutlich mehr Patienten in immer kürzerer Zeit behandeln, wenn es unter den gegebenen ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen überlebens- und innovationsfähig bleiben will. Zudem haben sich Ansprüche, Wünsche und Bedürfnisse der Patienten, deren Angehörigen und der Gesellschaft gravierend verändert. Die Mitarbeiter definieren ihre Anforderungen an ihre Arbeitsplätze und die erlebbaren Arbeitsbedingungen – die sogenannte Work-Life-Balance will auch im Gesundheitsbereich gelebt werden.

Je nach Region müssen Krankenhäuser darüber hinaus ganz unterschiedliche Herausforderungen bewältigen: Personalknappheit bei Ärzten und Pflegenden vor allem in ländlichen oder weniger attraktiven Gegenden, Wettbewerb um Patienten in Ballungsgebieten wie Berlin, Hamburg und München oder Investitionsstau aufgrund mangelnder öffentlicher Fördermittel der Länder. Der lange Abgrenzungskampf zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und die immer wiederkehrenden Versuche des Gesetzgebers, diesen einzudämmen, oder die regelmäßig wechselnden Finanzierungsvarianten mit Notopfern oder Sparbeiträgen sind dabei fast schon gewohnte Rahmenbedingungen.

In diesem schwierigen Umfeld findet Gesundheitsversorgung primär unter wirtschaftlichen Diskussionen statt. Es ruft schon lange keinen offenen Widerspruch mehr hervor, wenn die Gesundheitsversorgung als Teil einer Gesundheitsindustrie, einer Marktwirtschaft oder gar einer Marktgesellschaft bezeichnet wird. Es ist Ausdruck der heutigen Zeit, dass dies zum gesellschaftlichen Allgemeingut, quasi zur Gesellschaftskultur gehört. Der Arzt als ethisch moralischer Anker bleibt dabei theoretisch erhalten. Er wird aber zu einem Steuerer von vielen in einem Geflecht unterschiedlicher und wenig überschaubarer individueller, ökonomischer und politischer Interessen, die nur auf den ersten Blick gemeinsam die hochwertige Versorgung von kranken Menschen bei knappen Ressourcen wollen. Kosten senken, Einnahmen erhöhen – das war lange Zeit die Erwartung der einen an die andere Lobbygruppe.

In den vergangenen Jahren haben Krankenhäuser schon viel zur Reduzierung der Kosten getan: Zusammenschlüsse, Outsourcing, Zentralisierung, Kostenreduktion. Diese Entwicklung ist jedoch endlich, zumal auch hier die Tendenz zu Großkonzernen nicht per se zu einem positiven Ergebnis führt. Neben der Optimierung der Ausgabenseite ist die Erweiterung der Einnahmenseite durch Leistungswachstum häufig interessant. Leider ist diese ebenfalls nicht unendlich, zumal auch hier die meisten Krankenhäuser die gleiche Stoßrichtung verfolgen.

Die jeweilige Strategie kann personenabhängig und politisch wechseln, in jedem Fall richtig bleibt die Arbeit an der eigenen Organisation bzw. den selbst beeinflussbaren Prozessen. Da hat das deutsche Krankenhaus einiges nachzuholen. Denn eine klare Einordnung der Patientenorientierung ist bislang kaum zu finden. Auch eine konzentrierte Qualitätsdiskussion um die Bedürfnisse des Patienten fehlt trotz zahlreicher Zertifizierungswellen häufig. Qualität ist, was der Patient will – nicht was die medizinischen Fachgesellschaften, die Krankenkassen, die Politiker etc. wollen. Die unbedingte Ausrichtung aller Aktivitäten der Organisation auf die Patientenbedürfnisse, der Wunsch, perfekt zu sein im Sinne des Patienten und im Sinne von Medizin, sind die wahren Chancen.

Die Befriedigung der vermuteten Hauptbedürfnisse eines Patienten – Heilung, Zuwendung, Sicherheit, Respekt – wird im Krankenhaus als eine extrem komplexe und anspruchsvolle Leistung angestrebt. Sie entfaltet erst im optimalen Zusammenwirken aller Beteiligten ihre gewünschte Wirkung und stellt für den Patienten das Ergebnis sicher, welches er sich für sich und die Leistungserbringer sich für ihn und seine Angehörigen wünschen. Gerade dieses reibungslose Zusammenwirken ist neben der individuellen fachlichen Qualifikation jedes Einzelnen die Grundvoraussetzung für die Sicherung einer herausragenden Qualität und gleichzeitig die notwendige Bedingung für einen ökonomischen Erfolg, der für die langfristige Unternehmenssicherung, -weiterentwicklung und eine umfassende Risikoversorge benötigt wird.

Wer seine Organisation mit dem Blick des Patienten sieht, seine Ängste und Befürchtungen versteht und bestehende Abläufe in dessen Sinne stets hinterfragt, schafft Vertrauen. Patientennutzen ist keine ethische Diskussion, sondern vor allem eine Führungsaufgabe. Sie vermittelt eine Haltung und gibt das Mantra der vermeintlichen Kostenreduktion auf.

Ein Teil der in diesem Buch verwendeten Beispiele entstammt privaten Krankenhäusern in Berlin. Dort wurde im Jahr 2010 damit begonnen, sich mit der strukturierten Prozessverbesserung zu befassen. Motivation hierfür war, von den Ansätzen, Erfahrungen und Erfolgen aus der Industrie zu profitieren, zu lernen und herauszufinden, was und in welcher Weise auf die anspruchsvolle Dienstleistung in der Krankenversorgung übertragbar ist. Es sollte erstmals die Gesamtorganisation in den Blick genommen werden. Dabei sollen Lösungen gefunden und die Fähigkeit entwickelt werden, dies auch dauerhaft und kontinuierlich zu erbringen. Zeit und Energie sollen gewonnen und dort zur Verfügung gestellt werden, wo Mitarbeiter sie als hilfreich für den Patienten und sich selbst erleben.

1.2 Die Sicht eines vormalis in der Industrie tätigen Lean-Beraters

In der Automobilindustrie, wo der Lean¹-Ansatz herkommt, bilden komplexe Prozesse die tägliche Arbeitsgrundlage. Ein Auto herzustellen, ist alles andere als einfach. Das wird in einem Krankenhaus gern übersehen und so ist dort häufig zu hören: „Wir bauen hier keine Autos! Bei uns geht es um Menschen!“ Das ist richtig und soll auch nicht infrage gestellt werden. Darüber hinaus sind Krankenhäuser in ihrer derzeitigen Struktur, Organisation und Arbeitsaufgabe erheblich komplexer als viele Industrieprozesse. Diese Komplexität ist zwar nicht systemimmanent, stellt aber die Ist-Situation dar und ist damit Basis für die Prozessverbesserung.

Motivation für die Arbeit an den Prozessen im Krankenhaus war das unbedingte Vertrauen in die Wirksamkeit des Lean-Managementansatzes. Sich Prozesse detailliert anzuschauen, Verbesserungspotenziale gemäß einem Ziel aufzuzeigen und diese Veränderungen dann umzusetzen, kann nie falsch sein. Auch im Krankenhausumfeld muss mehr möglich sein, als kostengetrieben Pflegende und Ärzte zu reduzieren, Verbrauchsmaterial einzuschränken, notwendige Investitionen zu verschieben oder gar wegzulassen, Billiglöhner bevorzugt aus dem Ausland einzusetzen und ständig eine Leistungsverdichtung der Arbeit durchzuführen. Auch die jahrelangen persönlichen Erfahrungen und Beobachtungen in den Arztpraxen,

¹ Ausführliche Erklärung zur Verbesserungsarbeit und Begriffsbestimmung folgt im Kap. 2.

in der Rettungsstelle oder beim Krankenhausaufenthalt als Patient, Besucher oder Begleiter sprechen dafür, dass es neben der reinen Verknappung weit mehr Möglichkeiten zur Verbesserung gibt. Über diese Möglichkeiten soll in diesem Buch berichtet werden.

Wer ein Patentrezept, eine Präsentation allgemeingültiger Lösungen oder das Aufzeigen so genannter „Quick-Wins“ erwartet, sollte das Buch weglegen. Wer Argumente gegen eine vermeintlich unverbesserliche Branche sucht, auch. Wer hingegen einen neuen Blick auf die eigene Arbeit erhalten will, sollte weiterlesen, auch wenn der veränderte Blickwinkel zunächst ungewohnt und unbequem scheint. Das Buch möchte Verbesserungsansätze vermitteln sowie Chancen und Möglichkeiten aufzeigen, die in der eigenen Handlungsmacht liegen und nicht im Umfeld, in der Politik oder bei den Patienten. Es will Freude auf eine ganzheitliche Vorgehensweise zum Wohle der Patienten erzeugen. Ferner will das Buch einen ersten Eindruck zum Thema Lean Management, den grundsätzlichen Methoden und Prinzipien sowie den bei der Verbesserungsarbeit auftretenden Fragestellungen geben. Wer gleichzeitig noch ein paar Werkzeuge verstehen will, kann sich diese im Anhang näher anschauen.

Lean ist Englisch und bedeutet bezogen auf eine Person „schlank“. Stellt man sich dabei zur Veranschaulichung einen leistungsfähigen und trainierten Körper mit genau der richtigen Menge an Muskeln und Fett vor, der zu jeder Zeit die erforderlichen Aufgaben zur vollsten Zufriedenheit erfüllt, dann ist dies ein gutes Bild, um den Begriff Lean im Kontext der Prozessverbesserung zu beschreiben. Außerhalb dieses körperbezogenen Bildes ist Lean jedoch die Abkürzung für Lean Management, Lean Production, Lean Administration oder Lean Healthcare und wird als Beschreibung für eine bestimmte Art eines Unternehmensprozesses verwendet.

Im Allgemeinen wird Lean als Beschreibung für einen Prozess dann verwandt, wenn dieser Prozess hochgradig effizient und effektiv ist und in seiner gesamten Aktivität am Kunden mit seinen Wünschen und Bedürfnissen ausgerichtet ist. Lean meint also nicht mehr und nicht weniger, als den Kunden zufriedenzustellen und dabei *bewusst* mit den eigenen Ressourcen umzugehen.

Dieser Ansatz ist nicht neu. Je nachdem, in welcher Branche man zu Hause ist, ist der Ansatz schon jahrelange Praxis (z. B. Automobilindustrie) oder Teil der aktuellen Entwicklung (z. B. Verwaltung oder eben im Gesundheitswesen).

Wie hat sich der Begriff Lean entwickelt?

2.1 Historie

Es begann mit Ford

Die Grundlagen für Lean wurden Anfang des 20. Jahrhunderts durch Henry Ford gelegt¹. Mit der Erfindung der Massenproduktion und den daraus resultierenden

¹ Vor 100 Jahren, im Frühling 1913, wurde die erste Fließbandmontage in Fords Highland Park Fabrik in Betrieb genommen.