
Die Lean-Methode im Krankenhaus

Andreas Scholz

Die Lean-Methode im Krankenhaus

Die eigenen Reserven erkennen
und heben



Springer Gabler

Andreas Scholz
Berlin
Deutschland

ISBN 978-3-658-04781-8

ISBN 978-3-658-04782-5 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-658-04782-5

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 2014

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.

Lektorat: Claudia Hasenbalg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Gabler ist eine Marke von Springer DE. Springer DE ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer-gabler.de

Vorwort

In den vergangenen zehn Jahren ist im Krankenhaussektor ein beispielloser Wandel vorstattengegangen, der bis heute anhält. Mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems im Jahr 2003 hat sich nicht nur die Abrechnungslogik geändert, sondern das gesamte 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 beinahe halbiert. Mehr Arbeit in der Hälfte der Zeit. Für die Abrechnung zählt nicht mehr die Aufenthaltsdauer der Patienten, sondern der „Fall“.

Innerhalb weniger Jahre wurden Krankenhäuser einer Wettbewerbslogik unterworfen. Der dabei einsetzende Veränderungsprozess stellte für die Führungsverantwortlichen eine Herausforderung dar. Er verlangte auf breiter Front ein deutliches Umdenken, eine starke unternehmerische Perspektive und erweiterte die Handlungsfelder der Führungsverantwortlichen erheblich.

Finanzielle Knappheit gab es in der Vergangenheit immer schon. Dies galt beinahe unabhängig von der jeweiligen Gesetzeslage oder den in regelmäßigen Abständen stattfindenden großen oder kleinen Gesundheitsreformen.

So waren die letzten Jahre geprägt von Privatisierungen, Fusionen, Zentralisierungen, Outsourcing und Leistungsstruktur Anpassungen. Kaum ein Träger oder eine Region war davon nicht betroffen. Ob all diese Veränderungen tatsächlich langfristig zum Erfolg der Krankenhäuser und zum Wohle der Patientinnen und Patienten führen, wird sich erst viel später zeigen. Die historisch bedingte Arbeitsweise eines Krankenhauses hat sich trotz allem kaum verändert. Die zur Verfügung stehenden Instrumente haben sich zweifelsohne verbessert, dennoch: Die Krankenhausorganisation präsentiert sich nach wie vor fast unverändert arztzentriert – und eben nicht patientenorientiert. Sie bleibt gefangen in chefarztzentrierten Abteilungsstrukturen, geprägt von einer dienstartengetrenten Matrixorganisation, in der wesentliche formelle Führungsfragen ungeklärt bleiben. Organisationsstan-

dards und Transparenz bleiben, trotz einer Inflation von Daten und Fakten, weiterhin Mangelware.

Krankenhäuser stellen komplexe Systeme dar, wie sie auch in anspruchsvollen Industrieorganisationen kaum zu finden sind. Umso wichtiger wird es für Krankenhäuser sein, dieses beinahe antiquierte System einem deutlichen Wandel zu unterziehen. Orientiert an den Wünschen und Bedürfnissen der Patienten wird sich die Krankenhausorganisation einer Prozesssicht unterwerfen müssen, die auch bestehende Führungsstrukturen umfasst. Der dazu notwendige kulturelle Veränderungsbedarf ist nicht zu unterschätzen. Eine prozessorientierte Organisationslogik rüttelt an den fundamentalsten Widerstandszonen eines Krankenhauses: Arztzentrierung, Planbarkeit, Standards und Transparenz.

Lean Management stellt einen erfolgreichen und vor allem für Krankenhäuser passenden Ansatz dar, wie die in diesem Buch beschriebenen Praxisbeispiele verschiedener Kliniken zeigen. Seit einigen Jahren bin ich im Krankenhaus verantwortlich tätig. Erst mit Einführung von Lean Management kann ich sagen: „Ich wusste noch nie so viel über mein Krankenhaus wie heute.“ Es wird dabei deutlich, wie sehr die gelernte Arbeitskultur Säulen gebaut hat, die in einem Veränderungsprozess wie diesem mühsam und mit viel Geduld abgetragen werden müssen. Wirklich erstaunlich aber ist mit anzusehen, dass sich das Handeln von Organisationen tatsächlich aus den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten ableiten lässt und dies auch zunehmend die Arbeitsweise und Denkweise der handelnden Personen prägt – über die üblichen Bekenntnisse hinaus.

Die Tätigkeit im Krankenhaus umfasst berufsgruppenübergreifend die Tätigkeit am Menschen für den Menschen. Dieses Ziel in der Komplexität des „Systems Krankenhaus“ optimal zu erfüllen und mit den wechselnden ökonomischen Rahmenbedingungen in Einklang zu bringen und fortzuentwickeln – das ist die Führungsaufgabe der nächsten Jahre. Ständen im letzten Jahrzehnt Strukturen im Vordergrund, werden sich die nächsten zehn Jahre um den Patienten und die Prozesse drehen müssen. Das Buch will auf diesen spannenden Weg einstimmen und ermutigender Begleiter sein.

Um auch anderen Einblicke in die Möglichkeiten und Ideen des Lean-Managementansatzes zu gewähren, habe ich die Arbeit an diesem Buch unterstützt und die Einleitung sowie die Kapitel „Ich oder Wir?“, „Sehen oder Glauben“ und „Bund oder Länder“ verfasst (siehe auch Gottschalk et al. 2011).

Berlin, 19.8.2013

Jörg Gottschalk

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: Kapitel 3, Projektbeschreibung.

Kai Fiukowski, Kommunikationstrainer und Change Manager: Kapitel 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	14
3	Projektbeispiel Aufnahme- und Sprechstundenzentrum	21
3.1	Ist-Situation der elektiven Aufnahme	25
3.2	Auftragsklärung für das Lean-Projekt	26
3.3	Projektvorbereitung	26
3.4	Analysephase	28
3.5	Entwicklung des Soll-Konzeptes	28
3.6	Simulationen	35
3.7	Architektenplanung und Umbau	37
3.8	An- und Hochlauf	37
3.9	Optimierungsphase	37
3.10	Eingeführte Prinzipien des Lean Managements	39
3.11	Herausforderungen während der Projektarbeit	40
3.12	Ergebnisse	41
4	Thesen	45
4.1	Einleitung	45
4.2	Ich oder Wir – Wer steht hier eigentlich im Mittelpunkt?	45
4.3	Schildkröte oder Hase – Wie lange dauert es, und wo geht es lang?	51
4.4	Jogger oder Sprinter – Kann ich es schaffen?	59

4.5	Erbsen oder Melonen – Wie genau muss es sein?	63
4.6	Kopf oder Bauch – Wonach will ich mich richten?	71
4.7	Aktion oder Reaktion – Brauche ich einen Plan?	74
4.8	Bleistift oder PC – Wie modern soll es sein?	79
4.9	Schauen oder Anfassen – Wo stehe ich als Führungskraft?	84
4.10	Neu oder Secondhand – Was kann ich mir leisten?	90
4.11	Sehen oder Glauben – Gilt nur, was ich beweisen kann?	96
4.12	Bund oder Länder – Wie souverän will ich sein?	100
4.13	Autos oder Menschen – Wie groß ist die Schnittmenge?	104
5	Prozessverbesserung mit Change Management und Kommunikationstraining	113
5.1	Change Management	113
5.2	Kommunikationstraining	124
6	Fazit	129
7	Ausblick	135
Literatur	137

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1	Toyota-Produktions-System, nach Liker (2004)	9
Abb. 2.2	Die drei Ebenen von Lean in Anlehnung an Drew et al. 2005	11
Abb. 2.3	Verweildauerentwicklung	13
Abb. 2.4	Variabilität	16
Abb. 2.5	Täglicher Arbeitsanfall Arzt A	17
Abb. 2.6	Inflexibilität	17
Abb. 2.7	Gestufte Kapazität	18
Abb. 2.8	7 Verschwendungsarten	19
Abb. 3.1	Lean-Begriffe im Zusammenhang	22
Abb. 3.2	Zeitstrahl mit den Projektphasen	23
Abb. 3.3	Ist-Wertstrom	24
Abb. 3.4	A3-Problemlösungsblatt	24
Abb. 3.5	Layout Aufnahmeprozess	25
Abb. 3.6	Auftragsklärungsformular „Planung Aufnahme und AZ“	27
Abb. 3.7	Simulationsspiel „Zahlen kleben“	29
Abb. 3.8	Ablauf der Prozessschritte	31
Abb. 3.9	Tätigkeitszeitdiagramm	31
Abb. 3.10	Top-Variante Raumplanung	32
Abb. 3.11	Auszug der Einbestellungstabelle	34
Abb. 3.12	Papp-Simulation Tresen	36
Abb. 3.13	T-Card-Board	38
Abb. 3.14	Durchlaufzeit-Diagramm 09/2011	41
Abb. 3.15	Durchlaufzeit-Diagramm 01/2013	42
Abb. 3.16	Gefühlte Wartezeit vor dem Lean-Projekt	42
Abb. 3.17	Gefühlte Wartezeit nach dem Umzug des ASZ	43
Abb. 4.1	Ist-Wertstrom am Beispiel eines Patienten	47
Abb. 4.2	Durchlaufzeitentwicklung	50
Abb. 4.3	Fallzahlentwicklung	50

Abb. 4.4	Magisches Dreieck zur Verdeutlichung des Lean-Ansatzes	51
Abb. 4.5	Tagesplan	62
Abb. 4.6	Arbeitsfläche vorher	66
Abb. 4.7	Arbeitsfläche nachher	67
Abb. 4.8	Aussortiertes Material	67
Abb. 4.9	Spaghetti-Diagramm vorher/nachher (<i>fett</i>)	68
Abb. 4.10	Arbeitsfläche rein	69
Abb. 4.11	Büroarbeitsplatz	69
Abb. 4.12	Laufwege vorher	70
Abb. 4.13	Laufwege nachher	70
Abb. 4.14	Tägliche Durchlaufzeit	73
Abb. 4.15	Langzeitverlauf DLZ	73
Abb. 4.16	Verlauf Notfälle 2011	76
Abb. 4.17	OP-Kennzahl „Planungsstabilität“ vor Projekt	76
Abb. 4.18	Kennzahl „OP-Planungsstabilität“ nach Einführung Laufzettel	77
Abb. 4.19	OP-Plan mit Leerslots (große Klebezettel)	78
Abb. 4.20	Manuelle Variante des „Plan für jeden Patienten“	81
Abb. 4.21	EDV-Variante des „Plan für jeden Patienten“	82
Abb. 4.22	Info-Tafel Shopfloor Management	88
Abb. 4.23	Ist-Layout	91
Abb. 4.24	Prinzipielle Anordnungsvorstellung nach Ideallayout	92
Abb. 4.25	Soll-Layout/Endgültiges Layout	93
Abb. 4.26	Provisorisches Layout	94
Abb. 4.27	Entwicklung DLZ	95
Abb. 4.28	Entwicklung Fallzahlen	95
Abb. 5.1	Zusammenspiel von Prozessverbesserung und Change Management	114
Abb. 5.2	fiktives Beispiel für ein Stimmungsbarometer	119
Abb. 5.3	Verbesserungsarbeit in Verbindung mit Change Management ...	120
Abb. 5.4	Veränderungskurve in Anlehnung an Kubler-Ross 1969	121
Abb. 5.5	„Straße der Kommunikation“ wird Konrad Lorenz zugeschrieben	125
Abb. 5.6	Sender-Empfänger-Modell auf Grundlage von Shannon und Weaver 1949	125
Abb. 5.7	Filter in Gesprächen	126
Abb. 5.8	In Anlehnung an das Jung-Persönlichkeits-Profil (Blank und Bents 2006)	127

Tabellenverzeichnis

Tab. 4.1	Übersicht: Formen der Verbesserungsarbeit	55
Tab. 4.2	Bei der Verbesserungsarbeit erlebte Unterschiede zwischen Industrie und Krankenhaus	106
Tab. 5.1	Übersicht der Ansätze des Change Managements nach Wippermann 2012	115
Tab. 5.2	Rollen bei Verbesserungsprozessen	118