

Walter Merkle

# Agiles Prozess- management im Krankenhaus

Mit Kanban-Tools Prozesse vereinfachen



Springer Gabler

---

# Agiles Prozessmanagement im Krankenhaus

---

Walter Merkle

# Agiles Prozessmanagement im Krankenhaus

Mit Kanban-Tools Prozesse vereinfachen

Walter Merkle  
Wiesbaden, Deutschland

ISBN 978-3-658-29873-9      ISBN 978-3-658-29874-6 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-29874-6>

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 GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

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 allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

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. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

*If we worked on the assumption that, what is accepted as true, really is true, then there would be little hope for advance.*

*(Orville Wright)*

*A common disease that effects management the world over is the impression that „Our problems are different“. They are different to be sure, but the principles that will help to improve quality of product and service are universal in nature.*

*(W. E. Deming)*

---

## Vorwort

Krankenhäuser funktionieren seit Jahrzehnten in mehr oder weniger unveränderter Form, seit Jahrzehnten also in gleicher Weise, der Einführung des DRG-Systems zum Trotz. Sicher, damit hat sich das Abrechnungssystem von Verweildauerberechnung auf Pauschalen verlagert. An der Art und Weise, wie Medizin betrieben wird, hat sich trotzdem wenig geändert. Medizinischerseits hat man Fortschrittspotential gehoben, so dass die vom „System“ geforderten kürzeren Verweildauern etc. relativ problemlos umgesetzt werden konnten. Das hat jedoch dazu geführt, dass die Verweildauerverkürzung mit einer höheren Arbeitsbelastung für das Personal verbunden war, schließlich ist ein „neuer“ Patient deutlich arbeitsaufwendiger als derjenige, der ruhig im Bett liegt und auf seine Entlassung wartet; so war es, als ich als Arzt anfang. Inzwischen sind die Verweildauern etwa halbiert. Gleichzeitig wurde die moderne Medizin immer aufwendiger, so dass der Personalbedarf und die Qualifikationsnotwendigkeit wuchsen. Die Personalentwicklung kam aber diesen vielfältigen Ansprüchen nicht mehr nach; gleichzeitig gab es arbeitsrechtliche Neuregelungen, die die höhere Arbeitsintensität pro „Schicht“ durch Begrenzungen von Dienstzeiten ausgleichen wollte. Nun ist es so, dass auch dadurch die Dienstageanzahl, gerade an Wochenenden, gestiegen ist, so dass die Ärzteschaft darum kämpfen muss, zwei Wochenenden im Monat frei zu haben, was zu meinen Anfangsjahren noch ganz selbstverständlich war. Die Diskussion um ärztlichen Burnout verwundert angesichts dieser Situation nicht mehr. Der Pflegenotstand hat ebenfalls mit der zunehmenden Belastung bei „begrenzter“ Entlohnung zu tun.

Der Medizinethiker Giovanni Maio hat auf der 3. BKK-Tagung in Frankfurt Stellung bezogen (siehe Kasten 1). Bis diese berechtigten Forderungen umgesetzt werden (wenn überhaupt, da sie Geld kosten), bleibt der Druck, ist das Primat des Geldes wichtiger als das Wohl der kranken Menschen – der Patienten einerseits und des durch Überbelastung krank werdenden Medizinpersonals andererseits.

Kurz – ob man will oder nicht, die althergebrachte Krankenhausorganisation des Sektorendenkens ist zu überdenken. Nur, weder Ärzteschaft noch Verwaltungen noch Kostenträger verstehen sich wirklich gegenseitig, sind nicht selten argwöhnisch, dem jeweils anderen zu trauen bzw. es herrscht Angst, eigene Pfründe zu verlieren.

Wenn schon die Ressourcen an Personal und Material knapp sind, man kaum hoffen darf, dass sich das kurzfristig ändern wird, dann ist es jedoch Pflicht aller, pfleglich mit Menschen und Material umzugehen, unnötige Ausgaben zu vermeiden und Reibungsverluste zu beseitigen.

Dabei wäre alles relativ einfach, wenn gemeinsam (!) eine Organisationsänderung eingeführt würde, die allen (!) zum Vorteil gereicht. Ja, diese Option gibt es, erfordert aber guten Willen und Vorurteilsfreiheit von allen Akteuren. Dass das nicht einfach sein kann, sieht man in anderen Betrieben, die aber, sobald sie begonnen haben umzustellen, sehr zufrieden sind – auf allen Ebenen.

Während der Entstehungszeit dieses Buches haben die Tarifverhandlungen für Ärzte nun ergeben, dass tariflich zwei freie Wochenenden pro Monat Voraussetzung für die Anordnung von Bereitschaftsdienst und Rufdienst für Ärzte sind. Dabei ist z. B. definiert, dass ein Wochenende zwischen Freitag 21 Uhr und dem darauffolgenden Montag um 5 Uhr festgelegt ist. Da kalendarisch mal mehr, mal weniger Wochenenden in einen Monat fallen, muss binnen eines halben Kalenderjahres ausgeglichen werden. Bei plötzlich erhöhtem Krankenstand beispielsweise mit Personalausfall kann zur Aufrechterhaltung der Patientensicherheit auch ein ansonsten freies Wochenende gearbeitet werden müssen. Wichtig ist dabei, dass eine allgemeine personelle Unterbesetzung kein Grund für solche Überzeiten darstellt.

Die Folge dieser seit 01.07.2019 geltenden und zum 01.01.2020 umzusetzenden Regelung des neuen Tarifvertrags ist logischerweise eine optimierte Personal- und Arbeitsplanung, mithin ein weiteres, klares Argument für die Einführung eines agilen Prozessmanagements im Krankenhaus mittels Kanban.

Ein weiterer, nicht zu übersehender Punkt ist, dass Finanzinvestoren zunehmend auf Einkaufstour gehen (DÄB Nov. 2018, S. 743 ff.), wodurch sich die Arbeitswelt z. B. in MVZs (Medizinische Versorgungszentren) und auch aufgekauften Kliniken zwangsläufig ändern wird: „Aus einer herkömmlichen Praxis entstünden dann Unternehmen mit arbeitsteiligen Strukturen, die in formal gestalteten Prozessen quasi industriell arbeiteten.“ So ein Zitat aus diesem DÄB-Artikel. Nun wird versucht, dagegen Barrieren aufzurichten, um diesen Weg zu verhindern. Mich erinnert das an ein Sprichwort: Wenn der Wind stärker bläst, errichten manche Abwehrmauern, andere dagegen Windmühlen.

Wohin der Weg gehen wird, weiß derzeit niemand. Aber es ist zumindest klug, sich auf solch schärferen Wind einzustellen. Kanban im Krankenhaus oder im MVZ ist dazu in der Lage. Kanban als Methode des agilen Prozessmanagements ist, wenn richtig eingesetzt -um im Sprichwort zu bleiben- die neue „Windmühle“, die aus der aktuellen Situation Vorteile ziehen kann und wird. Dabei muss – kann aber auch – der Mensch im Blick bleiben, sowohl der Patient als auch das „Personal“. Entscheidend ist, die notwendige Dokumentation und Bürokratie so umzugestalten, dass sie den Menschen dient, nicht umgekehrt. Man muss das zwar lernen und üben, aber es ist möglich und sinnvoll.

Zur aktuellen Situation und der Lösungsmöglichkeiten durch Kanban siehe Kasten 1 und 2.

Als Arzt mit über 20 Jahren Erfahrung als Leiter einer Klinikabteilung, Krankenhausbetriebswirt, jahrelangem Vorsitz des Wirtschaftsausschusses einer Klinik und zertifizierter Qualitätsmanager sowie als ehrenamtlicher Arbeitsrichter und Risikomanager stehen mir einerseits Einblick in die Klinik und ihre Organisation und andererseits ausreichend Erfahrung in übergreifenden Arbeitsfeldern zur Verfügung, diesen Wandel auch auf Kliniken erfolgreich zu übertragen. Es geht um die Fruchtbarmachung agilen Prozessmanagements.

Dabei ist immer daran zu denken, dass Kanban eine „Samenhandlung“ ist, jedoch kein fertiger Prachtgarten. Mit richtigem Engagement wird aber aus kleinen Samen ein prächtiger Garten (Abb. 1)

In der Hoffnung, dass die Akteure/„Gärtner“ sich darauf einlassen, zum Wohle der Klinik und ihrer Mitarbeiterschaft, ihrer Eigner und – ihrer Patienten, wünsche ich mir eine weite Verbreitung und Akzeptanz dieses Buches.

*Besser als im Dunkeln zu klagen, dass die Sonne fehlt, ist es, eine Kerze anzuzünden.  
(Konfuzius)*

An dieser Stelle sei wie immer dem Verlag und seinen Mitarbeitern gedankt, vor allem meiner Lektorin, Frau Schlomski. Trotz aller moderner Technik, die das Bücherschreiben erleichtert, ist, wie in der Medizin, zu erkennen, dass menschliche Qualitäten letztlich wichtiger sind als ein noch so gutes Publishing-Computerprogramm.



**Abb. 1** „Wunder“ kann man (fast) „planen“ (*Butchers Garden, Vancouver Island, Kanada*)

*Anmerkung zur modernen Gendersprache:*

Es ist eigentlich schon merkwürdig, wenn man merkt, dass Sprache und Sprachverständnis letztlich trotz aller unserer vielfältigen Kommunikation problematisch bleiben. Die Worte können die wörtliche Bedeutung haben, eine sinngemäße, eine ironische und eine metaphorische Bedeutung – beim gleichen Wort. Was gemeint ist, wird oft erst durch Analyse und Nachfragen verständlich. Was für jedes Gespräch gilt, gilt auch für jedes Buch – auch dieses. Deshalb muss es das Bestreben jedes Autors sein, so klar wie möglich zu schreiben. Die moderne Genderschreibweise ist der Klarheit der Gleichwertigkeit von Frauen und Männern (die ich ganz klar für richtig halte und deshalb befürworte) förderlich, aber ggf. hinderlich beim uneindeutigen Verstehen von Lehrinhalten. Deshalb – und nur deshalb – nutze ich in diesem Buch die seit Luther benutzte Grundgrammatik der Deutschen Sprache und der darin enthaltenen grammatikalischen Geschlechter. Um das verständlich zu machen: „Mensch“ meint Frau und Mann, ist aber grammatikalisch maskulin. Wäre es deshalb wirklich sinnvoll, künftig von „Menschin“ für die Frau und „Menscherich“ für den Mann zu schreiben?

Wiesbaden, im Frühjahr 2020

**Kasten 1**

Im Gesundheitssystem besteht die „Tendenz, Medizin nicht als Teil des sozialen, sondern des marktwirtschaftlichen Systems zu begreifen. .... Die Folge seien Sparerfolge am falschen Ort: am Personal, an der Zeit für Patienten, an der Pflege. DRG haben ... auch das ärztliche Denken verändert: zum Fließbanddenken und zur Abwertung des Patienten. Ferner reduziere DRG die Medizin auf den Eingriff, die Intervention und Ärzte zu Ingenieuren.“

„Die als nicht mechanistische, sondern geistige Leistung definierte Medizin weise selbst vor dem Hintergrund von fortschreitender „Technisierung Künstliche Intelligenz (KI) in die Schranken.“ Maio forderte die Einrichtung eines Systems, das die zentrale medizinische Leistung der Reflexion belohne.“

*G. Maio auf der 3. BKK VAG-Tagung (zitiert nach Hessisches Ärzteblatt (2019, S. 607))*

*Anmerkung des Autors:*

*Reflexion ist eine ureigene ärztliche Leistung, eben das Durchdenken der jeweiligen Krankengeschichte. Reflexion ist aber auch zentraler Bestandteil des Agilen Prozessmanagements (dort Feedback genannt). Dieses erfordert ständige Überprüfung und organisiert dieses Vorgehen, kommt damit also ärztlichem Selbstverständnis entgegen. Agiles Prozessmanagement ist darüber hinaus geeignet, Ressourcen an Personal und Material schonend einzusetzen, indem trotz notwendiger Dokumentation und Bürokratie unnötige Arbeiten vermieden werden können, wodurch auch noch Kosten gespart werden ohne Minderung der Arbeitsqualität. Reibungsverluste als Kostentreiber werden eingespart. Insofern schafft diese Organisationstechnik den Anspruch, den Primat der Medizin vor der Ökonomisierungswelle wieder zu etablieren, ohne jedoch Geld zu vergeuden ...*

### **Ergänzung aus gegebenem Anlass**

Die aktuellen Ereignisse des Frühjahrs 2020 beeinflussen auch mein Buch, haben doch die Krankenhäuser unter der Corona-Epidemie eine Sonderlast zu tragen. Dabei schreitet der Strukturwandel in den Krankenhäusern weiter fort, was ja auch Thema und Anlass dieses Buches ist (Osterloh 2020, S. 60 ff.). Der Tenor dabei ist u. a., dass der anstehende Gesetzesentwurf zur Reform der Notfallversorgung eine Gefahr für die bestehende Notfallversorgung darstellt (Marburger Bund 2020).

Unter diesen grundgelegten Rahmenbedingungen ist das hier vorgelegte Buch geschrieben. Auch nach Überwindung der Epidemie wird es seine Aktualität und Berechtigung behalten, da es den aus vielen Gründen kommenden Veränderungen im Krankenhauswesen der nächsten Jahre eine Alternative zum üblichen Ruf nach Sparen und Personalabbau entgegensetzt. Deshalb habe ich mich entschlossen, das Buch nicht anzupassen, zumal derzeit wirklich nicht absehbar ist, wie Politik und Gesellschaft sich nach Überwindung der Epidemie und Normalisierung der Rahmenbedingungen verhalten bzw. verändern werden.

Deshalb mache ich auf der Basis des derzeit Bekannten meine Anmerkungen:

Wir erleben, dass auch in einem eigentlich reichen Land – immerhin kann unsere Regierung hunderte Milliarden Euro locker machen, um die Folgen für die Wirtschaft abzufedern, die der Lockdown hervorruft – dennoch die Kapazitätsgrenzen schnell erreicht sein können. Noch sind es Kassandrarufer, aber unmöglich erscheint das nicht. Aber was bleibt von dem Geldsegen der Regierung für das Krankenhauswesen übrig?

Im Hessischen Ärzteblatt (Andor 2020, S. 206) steht, dass sogar einfachste Billigartikel den Akteuren im Gesundheitswesen fehlen, die Versorgung mit Medikamenten – Standardmedikamenten, keine Exotica – „zunehmend störanfällig“ ist. Die finanzielle Diskussion, die dahintersteckt, also letztlich das Sparen, wurde zwar geführt, aber man hatte den Eindruck, dass Sparen trotz seiner Folgen wichtiger war als der Gedanke an Gemeinwohl und Daseinsvorsorge. Es wird inzwischen sogar als Erfolg gefeiert, wenn China die dringend benötigten Atemmasken liefert, sie an Bord einer „umfunktionierten“ Passagiermaschine eingeflogen werden.

Ein herausgegriffenes Beispiel: Es geht um Krankenhausbetten, die in zu großer Anzahl vorhanden seien. Das gilt auch für Intensivbetten, die zugegeben ziemlich teuer sind. Laut aktueller Statistik (Bublies und Heinrich 2020, S. 36) sind 28.031 (die genannten Zahlen stammen aus 2017, Tendenz leicht steigend) dieser Betten im gesamten Land vorhanden. Das bedeutet, dass wir 33,9 Intensivbetten pro 100.000 Einwohnern vorhalten. Nur die USA liegen mit 34,7 Betten pro 100.000 Menschen leicht darüber. Italien folgt mit 12,5 Betten pro 100.000 Einwohner auf Platz 3 vor Frankreich mit 11,6 pro 100.000 Einwohner.

Also liegen wir beim ca. dreifachen der großen europäischen Länder. Unwirtschaftlich? Diese Meinung wird vertreten. Oder muss ich in diesen Tagen korrigieren: Wurde vertreten?

Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass Medizin ein „merkwürdiges“ Business ist. Es kostet immens Geld. Und das auch noch für Vorhaltungen, die ihre Kosten bei

Leerstand nicht einspielen. Also versteht man die Ökonomen, die das ändern wollen – weitere Einzelheiten siehe im Folgenden in diesem Buch.

Jedoch – trotz dieser hohen Zahl an Intensivbetten, die vorhanden sind, gibt es jetzt die Anweisung der Bundes- und der Länderregierungen, die Anzahl der Intensivbetten in einer Hau-Ruck-Aktion zu verdoppeln. Das kostet sehr viel Geld, das aber plötzlich zur Verfügung gestellt wird.

Was ist geschehen? Durch den Pandemiemodus der Gesundheits- und Weltwirtschaft mit vermehrten Todesfällen ist jedem klar geworden, dass die vorhandenen Bettenzahlen unzureichend waren. Was in „Normalzeiten“ üppig bis übertrieben erschien, ist über Nacht zur Mangelware geworden. Hier war jetzt nur von Intensivbetten die Rede. Auch wenn man diese ziemlich schnell aufstocken kann: ein solch ausgerüstetes Hightech-Bett muss auch bedient werden. Der Personalmangel beim Pflegepersonal hingegen ist dramatisch: er ist auf 4,7 Köpfe pro Bett angestiegen. Die Folge: die „schönen“ Betten konnten/können nicht benutzt werden – der schönste Ferrari ist nur eine „rote Blechbüchse“, wenn ihn niemand fahren kann. Das ist drastisch dargestellt die aktuelle Situation auf den Intensivstationen im Land.

Auch wenn man, wie in diesem Buch gezeigt, durch gute bzw. sinnvollere Organisation Personal besser einsetzen kann, bleibt dennoch evident, dass wir in den letzten Jahren nicht nur an Technik, sondern auch an Personal zu viel gespart haben. Das rächt sich jetzt.

Die öffentliche Gesundheitsvorsorge hat Verfassungsrang; das wurde aber von den Ökonomen übersehen. Diejenigen, die auf das Risiko dieses reinen Geldansatzes hingewiesen hatten, wurden zum Schweigen gebracht oder überhört. Dank der Corona-Epidemie ist nun klar geworden, dass wir mehr gut ausgebildetes Personal brauchen, das auch entsprechend seiner Qualifikation bezahlt werden muss. Klar ist auch, dass wir uns nicht mehr von einer Produktionsschiene allein abhängig machen können, denn wenn sie – aus welchen Gründen auch immer – zusammenbricht, leiden alle. Der Ausfall von Wuhan in der Arzneimittelversorgung für ein paar Wochen hat das sehr klar gezeigt.

Fazit; gute Organisation ohne unnötige Bürokratie, ohne Verschleiß von Ressourcen an Personal und Material, ohne Verschwendung jeder Art ist essentiell. Dieses Buch zeigt dazu einen guten Weg auf. Aber um diese Vorteile nutzen zu können, gibt es keinen anderen Ausweg, als das Spardiktat an Personal und Material aufzuheben und den Ökonomen klar zu machen, dass Medizin kein Gewerbe ist, aus dem man Geld herausholen kann wie aus einer Fabrik für ein Produkt. Medizin ist Gesundheitsfürsorge und Daseinsfürsorge, die Geld kostet – auch für den „Fall der Fälle“. Hoffen dürfen wir, dass solche Notfallbetten nicht gebraucht werden, dass sie leer bleiben können. Aber wir müssen endlich lernen, dass sie für unsere Sicherheit vorhanden sein müssen – ohne jede Diskussion. Die Ergebnisse der Bertelsmann-Studie „Zukunftsfähige Krankenhausversorgung“ (Bertelsmann Stiftung 2019a, weitere Einzelheiten zur Studie im Verlauf der Kapitel in diesem Buch) jedenfalls wurden durch die Corona-Pandemie und ihre Zwänge zur Makulatur. Wenn wir das aus der Corona-Pandemie gelernt haben, haben wir viel gelernt. Wir müssen jedoch vermeiden, nach ein paar Wochen und Monaten in den alten, falschen Modus des Sparens an der Gesundheit zurückzufallen.