

Masterlehrgang der FH CAMPUS 02

Unternehmensmanagement

Lean Hospital – Die Einführung von Lean Management zur Prozessoptimierung in Krankenanstalten

Angestrebter akademischer Grad:

Master of Business Administration (MBA)

Verfasst von: Tanja Reinisch
Matrikelnummer: 52012376
Ihre Abschlussjahr: 2022
Betreut von: Hr. Mag. Alfred Löscher, MBA
Lehrgangsort: Graz
Lehrgangstart: WS 2020

Ich versichere hiermit,

- diese Arbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient zu haben,
- diese Arbeit bisher weder im In- noch Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt zu haben,
- die Übereinstimmung dieser Arbeit mit jener Version, die der Betreuung vorgelegt und zur Plagiatsprüfung hochgeladen wurde,
- mit der Veröffentlichung dieser Arbeit durch die Bibliothek der FH CAMPUS 02 einverstanden zu sein, die auch im Fall einer Sperre nach Ablauf der genehmigten Frist erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich stimme der Veröffentlichung samt Upload der elektronischen Version meiner Masterarbeit durch die Bibliothek der FH CAMPUS 02 in deren Online-Katalog zu. Im Fall einer Sperre der Masterarbeit erfolgt die Veröffentlichung samt Upload erst nach Ablauf der genehmigten Sperrfrist. Diese Zustimmungserklärung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

INHALT

Inhalt	I
Vorwort	V
Abstract	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	VIII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	VIII
1. Einleitung	1
1.1. Problemstellung	1
1.2. Ziel der Arbeit	3
1.3. Forschungsfragen	3
1.4. Methodik	4
1.5. Aufbau der Arbeit	4
2. Begriffsabgrenzungen und Definitionen	6
2.1. Lean Management	6
2.2. Lean Production	6
2.3. Lean Thinking	7
2.4. Lean Leadership	7
2.5. Change Management	8
2.6. Gemeinnützige Krankenanstalten	9
2.7. Führung versus Management	9
3. Was ist Lean Management?	11

3.1. Die Definition von Lean Management	11
3.2. Geschichte von Lean Management	12
3.3. Lean Managment Prinzipien	17
3.4. Methoden des Lean Management	25
4. Klassische Organisationsstrukturen in Krankenhäusern	30
4.1. Versorgungssektor und Versorgungsbereich.....	30
4.2. Der Nutzen von Krankenanstalten.....	32
5. Einführung des Lean Management in die Krankenanstalt	35
5.1. Lean Hospital.....	35
5.2. Aufbau eines schlanken Krankenhauses.....	38
5.3. Führung im Zusammenhang mit Lean Management	42
6. Führungs- und Management Kompetenzen die Lean unterstützen	45
6.1. Definition Kompetenz	45
6.2. Handlungskompetenzen	45
6.3. Führungskompetenz in einem sozialen Dienstleistungsunternehmen	47
6.4. Führungskompetenzen im Lean Management.....	48
6.5. Prozessverbesserung mit Change Management und Kommunikationstraining	49
7. Beantwortung der theoretischen Subforschungsfragen.....	54
8. Erhebung und Auswertung der empirischen Ergebnisse	59
8.1. Forschung und Methodenwahl.....	59
8.2. Erhebungsmethode	60
8.3. Auswertungsmethode	63
8.4. Kategoriensystem	64
8.5. Qualitätssicherung	65

9. Ergebnisdarstellung der empirischen Untersuchung	67
9.1. Lean Management Allgemein	67
9.2. Führungskompetenzen im Lean Management	71
9.3. Patientenmanagement	76
9.4. Wirtschaftlichkeit von Lean Management	79
9.5. Zukunftsprognosen im Lean Management	82
10. Beantwortung der empirischen Subforschungsfragen	85
11. Conclusio und Ausblick	90
Literaturverzeichnis	96
Sonstige Literatur	106
Anhang	108
A - 1 Interviewanfrage an ExpertInnen	108
A - 2 Einwilligungserklärung	109
A - 3 Interviewleitfaden	110
A - 4 Kategorienschema	116
A - 5 Auswertungsbeispiel	117
Transkripte	124

VORWORT

Ein Studium ist immer eine besondere Herausforderung, die von der Studierenden und dessen Umfeld sehr viel Einsatz, Verständnis, und Geduld erfordert.

Meinen größten Dank möchte ich meiner Familie aussprechen, die mich zu jeder Zeit in diesem Vorhaben unterstützt hat. Gerade in herausfordernden Zeiten mit Rat und Tat zur Seite stand und stets Verständnis für die stark reduzierte Freizeit hatte.

Ebenso möchte ich mich bei meinem Betreuer Herrn Mag. Alfred Löscher, MBA für seine fachliche Unterstützung und geduldige sowie verständnisvolle Betreuung bedanken.

Auch möchte ich mich bei meinen Vorgesetzten für die Unterstützung und Flexibilität während der gesamten Studienzeit bedanken.

Ein besonderer Dank gilt auch den vielen ExpertInnen für die sehr wertvollen und interessanten Begegnungen und Gespräche.

Zum Abschluss bedanke ich mich noch bei unserem Studiengangsleiter Herrn Bernhard Fink, MMA, MBA sowie bei allen StudienkollegInnen für die Zusammenarbeit in Gruppen und den motivierenden Austausch.

ABSTRACT

Seit vielen Jahren ist das Gesundheitswesen mit Einsparungen und Abteilungsschließungen im ländlichen Bereich konfrontiert. Die Systemmängel, die bereits seit einigen Jahren bestehen, und der hohe Wettbewerbsdruck machen eine radikale Veränderung in der Organisation von Krankenanstalten erforderlich. Dabei zeigt sich ein Optimierungsbedarf bei Prozessen und Abläufen im Umgang mit Ressourcen unterschiedlicher Arten. In erster Linie ist es von Bedeutung, die vorhandenen Ressourcen schonend, effizient und effektiv einzusetzen, in weiterer Folge ist es ein Ziel, die Kosten im Krankenhauswesen zu minimieren und den PatientInnen die beste Qualität in der medizinischen und pflegerischen Behandlung zu bieten.

Die vorliegende Masterarbeit untersucht die unterschiedlichen Führungs- und Managementkonzepte, die eine Lean-Implementierung befürworten. Dabei wird erforscht, welche Managementkonzepte besonders hilfreich sind. In weiterer Folge wird untersucht, welche speziellen Kompetenzen Führungskräfte und auch MitarbeiterInnen für ein erfolgreiches Lean Management mitbringen müssen. Diese Betrachtungen werden anhand der bestehenden Fachliteratur unternommen. Die zugehörige empirische Forschung wurde durch qualitative Interviews mit ExpertInnen aus dem In- und Ausland durchgeführt.

Die Forschungsergebnisse in dieser Masterarbeit zeigen, dass Lean Management ein erhebliches Potential dafür hat, im Krankenhauswesen erfolgreich eingesetzt zu werden. Für die Implementierung dieses Managementsystems sind die Führungskräfte und MitarbeiterInnen die entscheidenden Erfolgstreiber. Die wichtigsten Management-Komponenten sind, dass die Führungskräfte eine gemeinsame Führung verinnerlichen, nach flachen Hierarchien streben und den MitarbeiterInnen Verantwortung übergeben und Vertrauen entgegenbringen. Der Sinn dieser gemeinsamen Führungskultur besteht darin, Verantwortungsbereiche in der gesamten Unternehmensorganisation zu verteilen und vielen MitarbeiterInnen die Möglichkeit zu bieten, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen. Informationen werden von den Führungskräften transparent und fließend weitergegeben und die Führungskräfte wirken unterstützend in der Ideenfindung. Ziel eines solchen Führungs- und Managementkonzeptes ist es, fähige und motivierte MitarbeiterInnen zu fördern und weiterzuentwickeln, um mehr Handlungsflexibilität, Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenzufriedenheit zu gewährleisten.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BPR	Business Process Reengineering	PRIKAF	Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds
bzw.	beziehungsweise	%	Prozent
DRG	diagnosis-related groups (diagnosebezogenes fallpauschales Abrechnungssystem)	TPS	Toyota Production Systems
KAKuG	Krankenanstalten - Kuranstaltengesetz		
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess		
LKF	Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung		
OP	Operationsbereich		

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: DIE FÜNF LEAN PRINZIPIEN. QUELLE: IN ANLEHNUNG AN STEINHOFF, POINTNER, 2016, S. 18.....	17
ABBILDUNG 2: METHODE WERTSTROMOPTIMIERUNG. QUELLE: IN ANLEHNUNG AN DÖRFLINGER, FRAEFEL, PEUKERT, 2012, S.15	21
ABBILDUNG 3: VERBESSERUNGSPROZESSE NACH QUELLEN- UND ZIELBEREICHE. QUELLE: IN ANLEHNUNG AN DGQ, 2014, S. 6.....	23
ABBILDUNG 4: PDCA- ZYKLUS. QUELLE: IN ANLEHNUNG AN GORECKI, PAUTSCH, 2018, S.57	27
ABBILDUNG 5: ABLAUF DER MODULVERSORGUNG.	29
ABBILDUNG 6: 7 ARTEN DER VERSCHWENDUNG. QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN BRENNER, 2018, S. 13	40

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: INTERVIEWDURCHFÜHRUNG. QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG.	62
TABELLE 2: KATEGORIENSYSTEM. QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG.	116

1. EINLEITUNG

In diesem Kapitel werden der Forschungsbedarf sowie das Ziel der Arbeit erläutert. Die Forschungsfragen sind die Rahmenbedingungen für diese Arbeit. Die Methodik und das Kapitel ‚Aufbau der Arbeit‘ beschreiben die Erstellung dieser Masterthesis.

1.1. Problemstellung

Unser Gesundheitssystem muss sich kontinuierlich an medizinisch-technische Innovationen sowie an neueste wissenschaftliche Erkenntnisse anpassen. Zum einen sollen dadurch Krankheiten nachhaltig vermieden werden und zum anderen soll durch innovative Technologien und neues Wissen eine immer bessere Versorgungsqualität für PatientInnen angestrebt werden. (vgl. Bauer, 2006, S. 17) In den vergangenen zehn Jahren ist im Krankenhaussektor ein beispielloser Wandel vonstattengegangen, der bis heute anhält. Der einsetzende Veränderungsprozess stellte für Führungsverantwortliche eine Herausforderung dar, denn er verlangte ein breites Umdenken und eine neue unternehmerische Perspektive. Die letzten Jahre waren geprägt von Personalreduktion, Privatisierung, Fusionen, Zentralisierung, Outsourcing und Leistungsstrukturanpassungen. (vgl. Scholz, 2016, S. V) Ökonomisierung im Gesundheitswesen wird oft als Synonym für inhumanes Vorgehen gesehen, dem sich die Ethik und ethisches Vorgehen entgegenstellen müssen. Ökonomie und ihre Möglichkeiten sind wertfreie Werkzeuge, die es sich zum Ziel setzen, knappe Ressourcen effizient einzusetzen. (vgl. Flenneiss und Rümmele, 2008, S. 64) Österreich investiert sehr viel in sein Gesundheitssystem – dennoch bestehen viele Probleme auf Seiten der Krankenkassen und auch die Versorgung der PatientInnen erfolgt aufgrund von Systemmängeln bei aller Bemühung seitens des Ärzte- und Pflegepersonals teilweise suboptimal (vgl. Korosec, Pichlbauer, 2007, S. 4). Um dem Anspruch einer ausgewogenen und qualitätsgesicherten Versorgung gerecht zu werden, ist ein effizienter und gleichzeitig transparenter Umgang mit verfügbaren Ressourcen notwendig. Für diese hohen Ansprüche sind ein qualifiziertes Personal sowie die entsprechende Infrastruktur mit allen zugehörigen Werkzeugen die bedeutendsten Komponenten.

Die Verantwortlichkeit für diese umfangreiche Organisation ist anhand von Hierarchien und Berufsgruppen an viele unterschiedliche Aufbauorganisationen gebunden. (vgl. Scholz, 2016, S. 47) Der Großteil der Krankenanstalten ist nach dem Führungsschema durch das sogenannte Dreierdirektorium organisiert. Hierbei besteht die Führungsebene aus einer ärztlichen Direktion, einer Pflegedirektion und einer kaufmännischen Direktion. (vgl. Goepert, Conrad, 2013, S.123) Durch politisch bedingte Einsparungen und Kürzungen des Gesundheitsbudgets stehen gemeinnützige Krankenanstalten vor unumgänglichen Veränderungen und Strategiewechseln. Die österreichischen Gesundheitsausgaben liegen, sowohl gemessen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt als auch pro Kopf in Euro, über dem EU-Durchschnitt. (vgl. Bachner, Ladurner, Habimana, Ostermann, Stadler, Habl, 2012, S. 3) Hierzu erscheint in der Literatur das Wort ‚Lean‘ mit der Bedeutung ‚schlank‘, das ursprünglich aus der Automobilindustrie stammt. Im Allgemeinen wird ‚Lean‘ als Beschreibung für einen Prozess dann verwendet, wenn dieser Prozess hochgradig effizient ist. Dieser Ansatz ist Teil der aktuellen Entwicklung im Gesundheitswesen. ‚Lean‘ meint also, die PatientInnen zufriedenzustellen und dabei bewusst mit den eigenen Ressourcen umzugehen. (vgl. Scholz, 2016, S. 5)

Die Bezeichnung ‚Lean‘ kann problematisch sein. Neben vielen erfolgreichen Umsetzungen der Lean-Philosophie existieren auch zahlreiche Negativbeispiele, die zwar unter dem Namen ‚Lean‘ laufen, aber nur wenig mit der ursprünglichen Idee zu tun haben. Wenn es dann auch noch mit der Automobilindustrie verglichen wird, ist der Widerstand im Krankenhaus absehbar. ‚Lean Hospital‘ ist ein Ansatz, um die PatientInnen an die erste Stelle zu setzen und sich besser an deren Bedürfnissen und Erwartungen auszurichten.

Es gibt im Krankenhaus viele Arbeitsschritte, die für alle PatientInnen gleich sind. Lean harmonisiert diese so, dass die Mitarbeitenden ihre Energie und Aufmerksamkeit auf die wirklichen Kernelemente richten können: auf die Einzigartigkeit jedes/r Patienten/Patientin. (vgl. Walker, Alkaly, Kämpfer, Roth, 2019, S. 5) Eine gut strukturierte Umsetzung von Lean Management verspricht langfristige Erfolge und unterstützt zugleich die Unternehmensziele (vgl. Gorecki, Pautsch, 2013, S. 19).

Das Forschungsziel vorliegender Arbeit besteht darin herauszufinden, wie Lean Management in der Führungskultur das Krankenhauswesen verbessern kann.

1.2. Ziel der Arbeit

Das Ziel dieser Masterarbeit ist es herauszufinden, welches Führungsverständnis und welche Managementmethoden Krankenanstalten benötigen, um den Lean-Management-Ansatz erfolgreich zu implementieren. Zum einen geht es um den Aufbau der Betriebsorganisation, die strategische Ausrichtung der Krankenanstalt, die Struktur von Personalkonzepten, die Budgetierung und die Prozessoptimierung. In weiterer Folge geht es um die Optimierung der Patientenversorgung und um die flexible Krankenhauskultur, um allen Patientenwünschen gerecht zu werden. Auch geht es um laufende Anpassungen in den Behandlungsabläufen und in der Patientensicherheit sowie um die Übertragbarkeit von Managementmethoden und um deren Kontrolle in den unterschiedlichen Fachbereichen. Zusammenfassend gesagt beziehen sich diese Managementmethoden auf die Behandlungsqualität, die Patientensicherheit und die Wirtschaftlichkeit.

1.3. Forschungsfragen

Angesichts dieser Zielsetzung ergibt sich folgende **Hauptforschungsfrage:**

HFF: Welche Führungs- und Managementkonzepte benötigen Krankenanstalten, um den Lean-Management-Ansatz erfolgreich zu implementieren?

Theoretische Subforschungsfragen:

1.SFF: In welchen wirtschaftlichen und medizinischen Bereichen kann Lean Management in Krankenanstalten eingesetzt werden?

2.SFF Was ist unter Lean Management in den Bereichen Mitarbeiterführung und Betriebsorganisation zu verstehen?

Empirische Subforschungsfragen:

1.SFF Welche Vorteile und Nachteile können durch das Lean Management im Krankenhaus entstehen?

2.SFF Wie kann der Grundsatz einer gemeinnützigen Krankenanstalt mit dem Lean Management verbunden werden?

1.4. Methodik

Diese Masterarbeit ist in einen theoretischen Forschungsbereich und einen empirischen Forschungsbereich unterteilt. Der theoretische Forschungsbereich wurde anhand einer ausführlichen Literaturrecherche erstellt. Diese Literaturrecherche wurde zur Beantwortung der theoretischen Subforschungsfragen herangezogen. Zusätzlich wurde die bereits bestehende Literatur auch für die Forschung des empirischen Teils unterstützend verwendet. Die empirische Forschung wurde anhand qualitativer Interviews durchgeführt. Zur Datenauswertung wurde ein teilstrukturierter Interviewleitfaden erstellt, um den InterviewpartnerInnen Rahmenbedingungen zu bieten. (vgl. Misoch, 2015, S. 14)

Die InterviewpartnerInnen wurden vorab kontaktiert und über den Ablauf des Interviews informiert. Nach dem Einverständnis der InterviewpartnerInnen wurde die digitale Aufzeichnung der Interviews durchgeführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Die Aufzeichnungen der Interviews wurden transkribiert und mit einem Kategorienschema codiert. Mithilfe der codierten Interviews konnten die Ergebnisse der empirischen Forschung analysiert und aufbereitet werden. (vgl. Kuckartz, 2018, S. 64, 72) Anhand dieser Analyse werden die empirischen Subforschungsfragen beantwortet. Im letzten Bereich der Arbeit wird die Hauptforschungsfrage mit den Ergebnissen der theoretischen und empirischen Subforschungsfragen beantwortet.

1.5. Aufbau der Arbeit

Die Arbeit beginnt mit einer ausführlichen Literaturrecherche in Fachbüchern, Internetbeiträgen und Online-Bibliotheken. Vor dem Hintergrund der Literaturrecherche wurden ExpertInneninterviews durchgeführt, und zwar mit ExpertInnen aus sämtlichen Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäusern.

Die Arbeit ist nach folgendem Schema strukturiert: Nach dieser Einleitung mit einer Beschreibung der Problemstellung und der Herausforderungen österreichischer Krankenanstalten folgt in Kapitel 2 eine Nennung und Analyse der wichtigsten Begriffe. Kapitel 3 beschreibt die Entstehung von Lean Management in der Industrie und im Gesundheitswesen. Es werden die Werkzeuge und Methoden definiert, die zur Implementierung von Bedeutung sind, und die wesentli-

chen Wertschöpfungsprozesse für PatientInnen beschrieben. Kapitel 4 skizziert den Aufbau und den Nutzen der österreichischen Krankenanstalten. Die Grundsätze des österreichischen Gesundheitswesens werden hier abgeleitet. Kapitel 5 erläutert die Einführung von Lean Management in einem Krankenhaus, es beschreibt die Bereiche und Abteilungen, in denen das Managementsystem erfolgreich eingesetzt werden kann. In Kapitel 6 werden die Kompetenzen erläutert, die Führungskräfte benötigen, um Lean Management erfolgreich in ein Krankenhaus zu integrieren und die MitarbeiterInnen auf diesen Managementwandel vorzubereiten und sie zu motivieren. Zu diesem Zweck wird auch das Thema Change Management in dieser Arbeit analysiert. In Kapitel 7 werden die theoretischen Subforschungsfragen beantwortet. Der theoretische Teil endet damit.

Kapitel 8 beschreibt die Erhebung und Auswertung der empirischen Forschung. Kapitel 9 umfasst die Ergebnisse der qualitativen Interviews, die nach Kategorien analysiert werden. In Kapitel 10 werden die empirischen Subforschungsfragen beantwortet. Kapitel 11 fasst alle Forschungsergebnisse zusammen und beantwortet die Hauptforschungsfrage. In diesem letzten Kapitel wird auch ein Ausblick auf den weiteren Forschungsbedarf gegeben.

2. BEGRIFFSABGRENZUNGEN UND DEFINITIONEN

In diesem Kapitel werden Begriffe beschrieben, die in der nachfolgend vorgestellten Literatur vorkommen und zur Beantwortung der Forschungsfragen dienen. Im ersten Teil wird ‚Lean Management‘ übersetzt und definiert. Im Weiteren werden die unterschiedlichen Lean-Ansätze erläutert und es wird der Begriff ‚Krankenanstalten‘ erklärt. Dabei liegt der Fokus auf den unterschiedlichen Lean-Prinzipien, um herauszufinden, welche von ihnen speziell für Krankenanstalten von Bedeutung sind. Zwischen den Begriffen ‚Lean Management im Krankenhaus‘ und ‚Lean Healthcare‘ gibt es keine bedeutenden Unterschiede. In der Arbeit werden die Begriffe ‚Lean Hospital‘, ‚schlankes Krankenhaus‘ und ‚Lean Management im Krankenhaus‘ als Synonyme verwendet.

2.1. Lean Management

‚Lean Management‘, übersetzt ‚schlankes/mageres Unternehmen‘, definiert eine Struktur im gesamten Unternehmensumfeld. Es beschreibt die effiziente Gestaltung der gesamten Wertschöpfungskette durch die Vermeidung und Beseitigung von Verschwendung. (vgl. Durst, Hertkorn, Eischer, Schweisser, 2020)

Lean als Leistungsbegriff gibt es schon seit mehreren Jahrzehnten und er wird oft als generische Prozessmanagement-Philosophie beschrieben und aus dem TPS abgeleitet, das seinen Fokus auf die Reduktion von Verschwendung setzt. Eine andere Definition von ‚Lean‘ ist die Konzentration auf eine reibungslose Arbeitsweise anstatt auf Verschwendung. Die Autoren James Womack und Daniel Jones tragen wohl die größte Verantwortung im Hinblick auf eine Popularisierung der Lean-Prinzipien. Lean bedeutet ‚mager‘ und auf strategischer Ebene ist Lean eine Unternehmensphilosophie. Das Wort ‚mager‘ bezieht sich dabei auf eine Reihe von Praktiken und Prinzipien zur Beseitigung und Vermeidung von Verschwendung. (vgl. Sheldon, 2007, S. 9)

2.2. Lean Production

Ursprünglich stammt Lean Management vom Begriff der ‚Lean Production‘, der übersetzt ‚schlanke Produktion‘ bedeutet. Letzterer Begriff wurde erstmals in der Literatur von Krafcik im

Zusammenhang mit dem internationalen ‚Motor Vehicle Program‘ des Massachusetts Institute of Technology (MIT) erwähnt. Forscher des MIT haben die Lean Production als Arbeitstitel für das TPS entwickelt. (vgl. Schultheiß, 1995, S. 17) Lean Production zeigt eine Möglichkeit auf, Produkte in hoher Qualität zu einer geringen Stückzahl qualitativ und effizient herzustellen. Die Methoden sind einfach und problemlos auf Dienstleistungen und Verwaltungsaufgaben zu übertragen. (vgl. Traeger, 1994, S. 1)

2.3. Lean Thinking

Der Begriff ‚Lean Thinking‘ definiert sich über folgende Vorteile: Alle Beteiligten werden in den Problemlösungsprozess miteinbezogen, die Vielfalt wird wertgeschätzt, es wird ein guter Informationsaustausch zwischen den Mitarbeitern geführt, der auch zu einer funktionsübergreifenden Zusammenarbeit verhilft. Dabei stehen Verständnis, Prozessbewusstsein und weniger Nacharbeit im Vordergrund. (vgl. Wickramasinghe, Al-Hakim, Gonzalez, Tan, 2014, S. 217) Lean Thinking lädt dazu ein, Geschäftsprozesse systematisch zu analysieren und zu etablieren, sowie die Basis wertschöpfender Prozesse und deren Inzidenz zu identifizieren. Ziel ist es, Teile und Daten durch Geschäftsprozesse fließen zu lassen. Konkrete Beispiele sind: rechtzeitig Nachschub zu bestellen, laufende Aufträge zur Produktion zu generieren und ständige Produktentwicklung. Jeder dieser Prozesse beinhaltet die Anwendung von Lean Thinking durch die Untersuchung eines Prozesses, die Quantifizierung der darin enthaltenen Verschwendung, die Identifizierung der Grundursachen der Verschwendung und die Entwicklung und Umsetzung der Lösungen. (vgl. Harrison, van Hoek, 2008, S. 195)

2.4. Lean Leadership

Wie bereits im Kapitel 2.3. erwähnt, wird unter ‚Lean‘ die Betrachtung und Verbesserung des gesamten Arbeitsprozesses durch die Menschen, die die eigentliche Arbeit leisten, verstanden. Die Lean-Führungskraft führt an vorderster Stelle die Belegschaft und bittet diese im Team, gemeinsam zu denken, gemeinsam zu experimentieren und gemeinsam zu lernen. Lean Leadership ist ein Führungsstil, der mitarbeiterorientiert ist, bereit ist zuzuhören, Neues auszuprobieren und der nach kontinuierlicher Verbesserung strebt. Der Schlüssel zu einer dauerhaften

Lean-Veränderung in den Unternehmensergebnissen und in der Kultur besteht nur zu etwa 20 % aus den Werkzeugen und Methoden, während 80 % der Verbesserung in der Führungskultur und in den Führungsprozessen liegen. Der Fokus auf die richtigen Ziele und das Selbstverständnis der Führungskultur sind maßgeblich verantwortlich. Diese Veränderung zum Besseren wird im täglichen Handeln der Führungskraft ersichtlich. Zur Erreichung der Ziele in Gestalt einer maßgeblichen Veränderung und der messbaren guten Ergebnisse spielt die Führungskraft eine tragende Rolle. Sie hat die Aufgabe, alle notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, das Unternehmen hierarchieübergreifend zu leiten und die Lean-Philosophie zu verankern. Zusammenfassend ist unter dem Begriff ‚Lean Leadership‘ zu verstehen, dass Zeit und Energie in das Schaffen einer Lean-Kultur mit der entsprechenden Entwicklung der Führungskraft investiert werden muss. (vgl. Tautrim, 2014, S. 113)

2.5. Change Management

‚Change Management‘ befasst sich nicht mit der inhaltlichen Definition des Zieles selbst und auch nicht mit den Methoden oder Werkzeugen, um diese Ziele zu erreichen. Change-Management beschreibt vielmehr den Weg – es liegt der Fokus auf der Gestaltung des Weges zum Ziel, ohne die Werkzeuge und die strategischen Maßnahmen genau zu betrachten. Change-Management grenzt sich von der strategischen Unternehmensführung ab, passt sich optimal an die Umwelt nach innen an und richtet sich auf die MitarbeiterInnen sowie auf das zu verändernde Unternehmen aus. Die Vergangenheit hat gelehrt, dass Wandel kein mechanischer Prozess unter Einbeziehung von Werkzeugen und Methoden ist, sondern vielmehr die Unterstützung durch Menschen benötigt, die aktiv die eigenen Bedürfnisse, Vorstellungen und sozialen Strukturen in das Unternehmen integrieren. In der Folge wird das Unternehmen nicht nur als formale, offizielle Unternehmensorganisation definiert, sondern auch informell durch die unterschiedlichen Charakterzüge der MitarbeiterInnen. Solche komplexen Unternehmensorganisationen benötigen vielschichtige Methoden und Führungstechniken für einen erfolgreichen Wandel. Dazu gehört auch die Veränderung der Einstellung betreffend des Selbstverständnisses der Führungskraft. Change Management ist somit eine eigene Art der Unternehmensführung, wie sie in zukünftigen komplexen und dynamischen Unternehmensorganisationen erforderlich sein wird. Grundsätzlich geschieht Change Management nicht aus humanitären Bedürfnissen,

sondern um die Effizienz eines Unternehmens steigern zu können. Die Anzahl der Unternehmen, für die Change Management ein bedeutender Indikator wird, nähert sich der 100%-Marke – ein Grund mehr, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen. (vgl. Lauer, 2019, S. 4–5)

2.6. Gemeinnützige Krankenanstalten

Unter ‚Krankenanstalten‘ sind nach § 1 Abs. 1 KAG Einrichtungen wie Heil- und Pflegeanstalten zu verstehen. Sie dienen zur Untersuchung und Feststellung des Gesundheitszustandes, es werden operative Eingriffe und Entbindungen von Frauen durchgeführt und es finden Behandlungen zur Besserung und Heilung von Krankheiten statt. Nach § 2 Abs. 1 KAG zählen dazu allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten, Heime für Genesende, Pflegeanstalten für chronisch Kranke, Gebäranstalten, Entbindungsheime und Sanatorien sowie selbstständige Ambulatorien. Der Zuständigkeitsbereich für Krankenanstalten liegt bei den einzelnen Bundesländern. Die Sozialversicherung beteiligt sich an der Finanzierung der Krankenanstalten, hat aber kein Mitspracherecht. (vgl. Rudorfer, Dannhauser, 2011, S. 206) Die Klassifikation als ‚gemeinnützig‘ ist im Krankenhauswesen an strenge Voraussetzungen gebunden. Jede Körperschaft kann unter entsprechenden Vorgaben und der dazugehörigen Geschäftsausrichtung gemeinnützig sein. Zusammenfassend bedeutet dies, dass in einem gemeinnützigen Unternehmen Überschüsse wieder in das Unternehmen zurückfließen. Diese Überschüsse werden zur Sicherung des Betriebes, zur Patientenversorgung, zum Erhalt der Arbeitsplätze oder zur Erweiterung des Unternehmens verwendet. Eine Gewinnausschüttung an Gesellschafter oder Investoren ist somit ausgeschlossen. (vgl. Goepfert, 2013, S. 46)

2.7. Führung versus Management

Der Begriff ‚Führung‘ hat unterschiedliche Bedeutungen. Eine der am häufigsten gemeinten ist die Art der Einflussnahme auf die Geführten. ‚Führung‘ bedeutet, durch eigenes sozial anerkanntes Verhalten so zu beeinflussen, dass dies bei den Beeinflussten zielgerichtet unmittelbar und mittelbar ein erstrebtes Verhalten hervorruft. Die wichtigsten Kriterien der Führung sind die Akzeptanz, die Verhaltensbeeinflussung, die Intentionalität und die Unmittelbarkeit. In der

Verhaltensbeeinflussung möchte ein Führungsmittglied auf ein Unternehmensmitglied einwirken, um ein seiner Meinung nach sinnvolles Verhalten bei Letzterem zu veranlassen. Dieses Verhalten kann nur dann erreicht werden, wenn eine Akzeptanz gegenüber der Führungskraft besteht. Die Intention seitens des Beeinflussenden ist notwendig, damit eine Verhaltensausrichtung, die unabsichtlich wirkt, ausgeschlossen werden kann. Ein Beispiel wäre, wenn das einfache Erscheinen einer Führungskraft auf dem Arbeitsplatz erkennbar das Verhalten seiner MitarbeiterInnen verändert. Die Unmittelbarkeit ist das Kriterium, dass nicht zwingend sofort nach dem Versuch der Beeinflussung die gewünschte Wirkung der Verhaltensbeeinflussung gegeben ist. Eine solche benötigt Zeit und Geduld. (vgl. Weibler, 2016, S. 22–25)

Der Begriff ‚Management‘ bedeutet ins Deutsche übersetzt ebenfalls ‚Führen‘. Es kommt vom lateinischen Begriff ‚manum agere‘, der ‚an der Hand führen‘ bedeutet. Der Begriff steht jedoch in einem betriebswirtschaftlichen Zusammenhang speziell für ‚Unternehmensführung‘. Die Managementlehre ist für die Organisation von zweckgerichteten sozialen Systemen zuständig. Management kann auf zwei Ebenen verstanden werden: Es gibt die Ebene der Handlungsorientierung und die Ebene der Personalorientierung. Das Management in letzterem Zusammenhang ist eine Personengruppe, die eine Organisation führt, während in der Handlungsorientierung der Begriff Management mit Aufgaben und Tätigkeiten verbunden wird. (vgl. Hellmich, 2010, S. 26)

3. WAS IST LEAN MANAGEMENT?

Dieses folgende Kapitel beschreibt Lean Management von seiner Entstehung bis zu den Prinzipien und Methoden, die für eine erfolgreiche Implementierung von Bedeutung sind. Hierzu werden bestehende aus der Literatur erfolgsversprechende Regeln für die Umsetzung formuliert.

3.1. Die Definition von Lean Management

„Lean“ ist ein englisches Wort und bedeutet in Bezug auf eine Person ‚schlank‘. Um mehr darüber verstehen zu können, kann zur Veranschaulichung das Bild eines leistungsfähigen und trainierten Körpers gebraucht werden, mit dem richtigen Maß an Muskeln und Fett, der zu jeder Zeit die erforderlichen Aufgaben zur vollen Zufriedenheit absolviert. Dies beschreibt den Begriff Lean im Kontext einer Prozessverbesserung. Lean wird für die Beschreibung eines Prozesses dann verwendet, wenn der Prozess hochgradig effizient und im Gesamten auf die Wünsche und Bedürfnisse der KundInnen ausgerichtet ist. Unter Lean ist zu verstehen, die KundInnen zufriedenzustellen und einen bewussten Umgang mit den eigenen Ressourcen zu pflegen. Dieser Ansatz ist schon jahrelange Praxis in der Automobilindustrie und auch Teil der aktuellen Entwicklung im Bereich des Gesundheitswesens. (vgl. Scholz, 2016, S. 5) Unternehmen wie Toyota haben gezeigt, dass durch Lean Management unglaubliche Wirkungen auf die Wirtschaftlichkeit und Funktionsfähigkeit entfaltet werden können, aber auch auf die Kundenorientierung des Unternehmens. Mit Lean Management können die verfügbaren Ressourcen nachhaltig eingesetzt und die Kosten reduziert werden. Zugleich kann die Kundenzufriedenheit erhöht werden. Der Lean Begriff lädt dazu ein, die Tätigkeiten zu hinterfragen, ob das Richtige getan wurde, indem es die Ergebnisse der Tätigkeiten präsentiert. (vgl. Gorecki, Pautsch, 2013, S. 8) Der Nutzen einer Einführung von Lean ist eine konsequente Ausrichtung aller Prozesse im Unternehmen. Jede Aktivität, jeder Arbeitsschritt, jede administrative Tätigkeit des Unternehmens wird als Beitrag zum Nutzen gemessen, den die KundInnen als solchen erkennen. (vgl. Gorecki, Pautsch, 2013, S. 9)

3.2. Geschichte von Lean Management

Die Ursprünge der Geschichte des Lean Management finden wir bei Henry Ford und der Ford Motor Company. Ford wurde durch das T-Model und die Massenfertigung bekannt. Zur selben Zeit führte Ford mit dem Fließband auch das Flussprinzip ein, eine Fertigungsart, die an den Prozessschritten ausgerichtet ist. (vgl. Gorecki, Pautsch, 2013, S. 12)

Später folgte Toyota: Wer sich genauer mit dem Begriff Lean beschäftigt, findet schnell eine Reihe von japanischen Begriffen wie Gemba, Muda, Heijunka etc. Der japanische Automobilhersteller Toyota ist der Gründer des ganzheitlichen Lean-Production-Systems. Auch wenn viele kleinere Elemente des Systems nicht von Toyota erfunden wurden, so hat der Hersteller doch eine bedeutende Zusammenfassung unterschiedlicher Prinzipien und Werkzeuge für eine optimale Produktion unter einem Dach entwickelt. Diese Zusammenfassung nennt sich Toyota-Production-Systems (TPS) und der eigentliche Erfinder ist Taiichi Ohno. Diese Produktionsweise wurde dann in der westlichen Welt unter den Begriffen Lean Production oder Lean Manufacturing bekannt und später einfach als Lean bezeichnet. Die Anfänge des TPS liegen in den 1930ern und in den 1950ern bei Besuchen der Führungskräfte von Toyota in den USA. Die Manager waren damals von den Errungenschaften der Firma Ford fasziniert. (vgl. Scholz, 2016, S. 7)

3.2.1. Die Entstehung und Entwicklung von Lean Management und Lean Hospital

Eine der größten Herausforderungen in der Krankenhausführung ist es, mit komplexen Organisationsstrukturen eine gute Wirtschaftlichkeit und eine Wettbewerbsfähigkeit sicherzustellen (vgl. Salfeld, Hehner, Wichels, 2008, S. 23). Um einen effizienten Krankenhausbetrieb führen zu können, müssen auf verschiedenen Ebenen Entscheidungs- und Handlungskompetenzen zusammengeführt werden. Die Zentralisierung in vielen Verantwortungsbereichen verhindert unternehmerisches Denken und Handeln vor Ort. Immer wieder verlängerte Entscheidungswege verlangsamen das konsequente und ökonomische Handeln. Das Krankenhaus wird seit vielen Jahren als unsicherer Ort gesehen. Studien aus Amerika belegen, dass Behandlungsfehler in Krankenhäusern die dritthäufigste Todesursache sind. Eines der Hauptprobleme sind Schwierigkeiten in der Kommunikation unter den verschiedenen Berufsgruppen und Fachgebieten. Diese

Mängel schädigen nicht nur die PatientInnen, sondern auch die MitarbeiterInnen und führen vor allem zu Leid, Stress und verursachen Kosten. (vgl. Alkalay, et al., 2015, S. 7) Bei internen Problemen und Konflikten sieht die Organisation meistens keinen Handlungsbedarf, solange die vorhersehbare Krise nicht an die Öffentlichkeit gerät. Ist die Krise dann bereits sehr weit fortgeschritten, kann ihr Verlauf nicht mehr kontrolliert werden. (vgl. Steg, Heidbreder, 2013, S. 609) Wie sich ein Krankenhaus grundsätzlich im Wettbewerb positioniert, hängt vorwiegend von den strategischen Zielen und der Trägerschaft ab. Was ein Krankenhaus in der Zukunft erreichen möchte, beeinflusst viele Faktoren und geht über die qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung hinaus. (vgl. Lungen, Zluhan, 2013, S. 119) Hierzu gibt es drei übergeordnete Strategieziele: 1. ein überzeugendes Wert- und Nutzenversprechen gegenüber den PatientInnen, 2. das wirtschaftliche Ziel mit dem Wertversprechen an die PatientInnen in Einklang zu bringen und 3. das Versprechen, attraktive Arbeitsplatzbedingungen für die MitarbeiterInnen zu gewinnen, denn die MitarbeiterInnen sind entscheidend für die Umsetzung jeder Strategie. (vgl. Lungen, Zluhan, 2013, S. 123) Das Krankenhaus ist eine Expertenorganisation, die mit den herkömmlichen Führungsmodellen teilweise nur gegen großen Widerstand geführt werden kann. Lean stellt eine Alternative dar, um den Eigenheiten unterschiedlicher Berufsgruppen gerecht zu werden. Oftmals vergehen Jahre bis herausgefunden wird, wer die wirklichen Erfolgstreiber sind und wie man sie bewerten kann. Führungskräfte lernen im eigenen Bereich, die Ziele des Krankenhauses auszurichten und diese weiterzuentwickeln. (vgl. Alkalay et al., 2015, S. 19)

3.2.2. Erfolge durch Lean- Management nach den zehn goldenen Regeln

Eine konsequente Umsetzung von Lean verspricht langfristige Erfolge unter gleichlaufender Realisierung der festgelegten Unternehmensziele (vgl. Gorecki, Pautsch, 2013, S. 19).

Die erste Regel besteht darin, einen Standard einzuführen. Es ist ein Versprechen der Führungskraft, sich zukünftig darum zu kümmern und auch die Kontrolle durchzuführen. Standards werden leichter und vertrauensvoller akzeptiert, wenn die Notwendigkeit transparent kommuniziert wird und wenn die MitarbeiterInnen selbst den Standard erstellt oder daran mitgewirkt haben, wenn der Standard allen Beteiligten gleich vermittelt wurde und die Führungskraft oder eine beauftragte Person den Standard auf Aktualität und Einhaltung überprüft. (vgl. Scholz, 2016, S. 146) Standard bedeutet nicht Stillstand in der Art einer starren Bürokratie, sondern ist

intelligent eingesetzt eine kontinuierliche Verbesserung zur Einhaltung der Qualitätsstandards. Diese intelligente und mitarbeiterorientierte Standardisierung gilt als ein Hauptfaktor des Erfolges von Toyota. (vgl. Schuh, 2007, S. 9)

Die zweite Regel besteht darin, dass die Verbesserung und die Entwicklung vom Einsatz der Führungskraft abhängen. Der Arbeitseinsatz der MitarbeiterInnen ist begrenzt und Projekte sind eine Zusatzbelastung. Wird die Umsetzung eines Optimierungsprojektes in hochkarätiger Präsenz und in fixen Terminen geplant und in großen Schritten umgesetzt, stellen sich die MitarbeiterInnen darauf ein. So bleibt das Projekt immer im Fokus, es zeigt aber auch den MitarbeiterInnen, dass es noch andere wichtige Dinge gibt. Die Führungskräfte sind Vorbilder und leben auch unbewusst erwünschtes Verhalten vor. Sollen Projekte schnell vorankommen, dann ist die Geschäftsführung angehalten, dies vorzuleben. (vgl. Scholz, 2016, S. 146) Die konstante Ermutigung der MitarbeiterInnen, die Komfortzone zu verlassen, ist eine entscheidende Verantwortung der Führungskraft. Ziel ist es, eine Basis für eine vertrauensvolle Beziehung zu schaffen, eine Lernzone aufzubauen und gemeinsam an Prozessverbesserungen zu arbeiten. (vgl. Faber, 2018, S. 457)

Die dritte Regel legt fest, dass Fehler für die erfolgreiche Einführung und Implementierung von Lean besonders wichtig sind. Führungskräfte neigen dazu, die Fehler immer bei den MitarbeiterInnen zu suchen. Im Lean-Prinzip liegt die Schuld nicht an den MitarbeiterInnen, da ein/e MitarbeiterIn einen Fehler nicht mit Absicht macht, sondern ein Fehler die Folge eines schwachen Prozesses ist. Die Faktoren die den Fehler verursachen, müssen identifiziert, isoliert und nachhaltig beseitigt werden. Es gibt einige mögliche Ursachen für Fehlerquellen, z. B. Überlastung, Ablenkung, Lärm, Sprache oder fehlende Schulung. (vgl. Scholz, 2016, S. 147) Die Fehlerkultur ist ein zentraler Bestandteil des Lean Managements. Es zielt darauf, Prozesse in einem Unternehmen so zu gestalten, dass Fehler und Verschwendung kontinuierlich vermieden werden. (vgl. Brückner, 2021, S. 166)

Die vierte Regel dient dazu, Schwankungen zu reduzieren und die Qualität auch in Belastungssituationen zu verbessern. Besonders im Krankenhaus werden MitarbeiterInnen durch Notfälle und unterschiedliche PatientInnen beansprucht und dabei entstehen oft unvorhersehbare Abweichungsmöglichkeiten. Die Patientenindividualität bleibt von der Standardisierung unberührt, da der Standard nur dort eingesetzt wird, wo sich etwas standardisieren lässt. Es werden

Behandlungsabläufe standardisiert und alle Beteiligten müssen sich daran halten. Im Ergebnis werden sich eine reduzierte Prozessschwankung und eine verbesserte Qualität zeigen. Zur vierten Regel gehört auch ein Zusatz, in dem festgelegt wird, in welchen Ausnahmesituationen die Regel gebrochen werden darf. (vgl. Scholz, 2016, S. 147) Es müssen die Ursachen auch von Abweichungen eruiert werden, um sie mit einem neuen Standard abzustellen (vgl. Bertagnolli, 2018, S. 146).

In der fünften Regel gilt: Alles, was im Krankenhaus vorgefunden wird, ist in einer Zeit entstanden, in der es den damaligen Ansprüchen gerecht wurde. MitarbeiterInnen und Führungskräfte wurden als die Richtigen ausgesucht. Wenn sich der Kontext ändert, dann scheinen die alten Prozesse in einem anderen Blickwinkel. Es gilt für Verbesserungen immer eine wohlwollende Sicht auf die Dinge zu behalten und wertfrei zu analysieren, sowie das Bewusstsein zu haben, dass die Ideen von heute auch einmal veraltet sein werden. Die Verbesserungsarbeit ist nie abgeschlossen. (vgl. Scholz, 2016, S. 148) Wichtig sind sämtliche Stakeholder eines Projektes in Form von Führungskräften, MitarbeiterInnen, LieferantInnen und PatientInnen. Die Beziehung zu diesen Gruppen und deren Verhalten sind ein entscheidender Faktor für Erfolg und Misserfolg von Lean Management. (vgl. Dahm, Brückner, 2014, S. 64)

Die sechste Regel besagt, dass Geld sehr knapp ist und sich auch in Zukunft an diesem Zustand nicht viel ändern wird. Daher sollten Lösungen gefunden werden, die die größte Hebelwirkung auslösen und einen flexiblen Einsatz ermöglichen. Bewährt haben sich Maßnahmen, die MitarbeiterInnen fördern, flexibel im Einsatz sind und schnell umgesetzt werden können. (vgl. Scholz, 2016, S. 148) Lean und Ressourceneffizienzmanagement fokussieren sich auf einen ganzheitlichen Ansatz der Effizienzsteigerung. Beide Vorgehensweisen fördern die Kostenreduzierung. (vgl. Bertagnolli, 2018, S. 299)

Die siebente Regel bezieht sich auf das Hierarchiesystem. Das Hierarchiesystem in Krankenhäusern ist in mehrere Säulen aufgeteilt. Alle Berufsgruppen arbeiten für das PatientInnenwohl und für das Eigenwohl. Bei Gesamtprozessen muss der Fokus auf die PatientInnen mit all ihren Wünschen und Bedürfnissen gelegt werden. Teamarbeit, Kommunikation und Transparenz bei strukturierten Prozessen benötigen Akzeptanz und Toleranz, hierfür muss der Rahmen gegeben werden. Zusätzlich erfordert es auch Unterstützung in den Bereichen Freistellung, Bezahlung von Projektüberstunden und Entlastung von weiteren Sonderausgaben. (vgl. Scholz, 2016, S.

148) Flache Hierarchien und eine schlanke Unternehmensführung sind die Hauptmerkmale von Lean Management. Es ist das Management mit dem größten Einflusspotential in der praktischen Organisationsstruktur. (vgl. Hahne, 2016, S. 212)

Die achte Regel leitet Verbesserungen in eine gemeinsame Richtung. Ist die Richtung nicht klar definiert, steigen Verbesserungspotenziale. Der Lean-Ansatz steuert das Unternehmen in Richtung eines Nordsternes. Bei diesem Nordstern stehen der Patientenfokus, die Vermeidung von Verschwendung, die Qualität, die Flexibilität und die Verfügbarkeit im Vordergrund. Um Erfolg und Misserfolg belegen zu können, wird für jegliche Verbesserungsarbeit ein Messinstrument verwendet. Ausrichtung, Ziel und Erfolgskontrolle sind die maßgeblichen Elemente in der Verbesserung. (vgl. Scholz, 2016, S. 148) Auch das Messen von Kennzahlen ist ein nützliches Instrument zur Erkennung des Zustandes der Prozesse. Kennzahlen können aber auch zu unerwünschten Wirkungen führen. (vgl. Gorecki, Pautsch, 2018, S. 76)

Die neunte Regel besagt: Für eine Verbesserung des Gesamtsystems dürfen nie nur einzelne Elemente optimiert werden. Die Verbesserung einzelner Elemente verändert nur den jeweiligen Bereich und auch diesen womöglich nicht dauerhaft. Solche Verbesserungen haben zwar einen Einfluss auf das Gesamtsystem, können es aber nicht effektiv verändern. Eine Lean-Umsetzung eines Krankenhauses ist immer eine systematische Aufgabe. Genau deshalb gibt es viele Lean-Projekte aber nur wenige Lean Hospitals. (vgl. Scholz, 2016, S. 150) Wo Lean-Projekte gescheitert sind, wurden Fehler gemacht. Die Ursachen finden sich in der mangelnden Unterstützung der Führungsebene und in der hohen Anzahl an Einzelprojekten im Zusammenhang mit einer fehlenden Konsequenz in der Umsetzung. (vgl. Wiegand, 2004, S. 19)

Die zehnte Regel sieht Erfolge überall und immer. Erfolgsberichte, erfolgreiche Projekte und Literatur lassen in vielen Medien aufhorchen. Es existieren viele unterschiedliche Wege, es geht aber immer darum, die Kultur, die Struktur und den Prozess im Auge zu behalten. Viele Verantwortliche berichten, das beste Erfolgsrezept sei die Zusammenarbeit mit den MitarbeiterInnen. Es wird viel kommuniziert, diskutiert, abgewogen und sich intensiv gekümmert. Eine erfolgreiche Verbesserung gelingt nur auf Basis eines intensiven Austausches. Die Gefahr besteht darin, den Verbesserungsprozess nicht aufrechtzuerhalten. Die Verbesserungen als abgeschlossen zu sehen und nicht mehr weiter an ihnen zu arbeiten stellt das Ende der Nachhaltigkeit dar. Der Ansatz von Lean Management ist die Implementierung von dauerhaften Verbesserungen.

Mit MitarbeiterInnen und Führungskräften täglich in kleinen Schritten an den Verbesserungen zu arbeiten fördert eine Kultur des Zusammenseins zum Wohle der PatientInnen und zum Wohle der MitarbeiterInnen. (vgl. Scholz, 2016, S. 151) Die Umsetzung des Lean Managements in der betrieblichen Praxis folgt keinem strukturierten Organisationsplan. Toyota zeigt immer noch, dass TPS nie fertig ist, sondern ständig weiterentwickelt wird. (vgl. Zollondz, 2013, S. 294)

3.3. Lean Managment Prinzipien

Anhand von fünf Lean-Prinzipien versucht Lean Management die Wertschöpfungskette zu steigern und die Verschwendung zu vermeiden. Das Ziel ist, die Unternehmensprozesse als Wertströme ohne Verschwendung zu realisieren. Zum ersten Mal wurden die Lean-Prinzipien im Buch „Lean Thinking“ von James P. Womack und Daniel T. Jones aus dem Jahr 1996 beschrieben. Die fünf Lean-Prinzipien orientieren sich an der Spezifikation des KundInnenwertes, an der Identifikation des Wertstroms, an der Erzeugung des Wertflusses und am Streben nach Perfektion. Dabei sollte beachtet werden, dass die fünf Prinzipien nicht zu einem einmaligen Ablauf führen. Die Prinzipien sollen sich in Form eines Unternehmenszyklus entwickeln, der nach Perfektion strebt, die ständig steigenden Kundenbedürfnisse bestimmt und die Prozesse kontinuierlich weiterentwickelt. (vgl. Steinhoff, Pointner, 2016, S. 18)

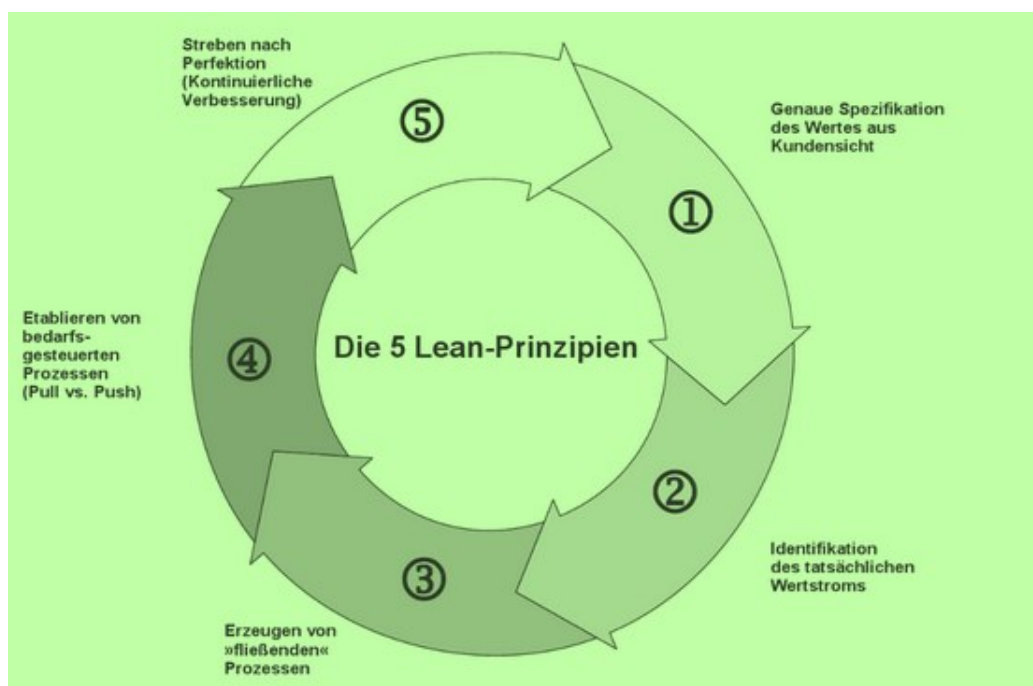


Abbildung 1: Die fünf Lean Prinzipien. Quelle: In Anlehnung an Steinhoff, Pointner, 2016, S. 18

3.3.1. Werterkennung aus Sicht der PatientInnen

Die Erwartungen der PatientInnen an das Gesundheitssystem sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Aufgrund der Medienberichterstattung werden PatientInnen nicht nur anspruchsvoller, sondern auch besser informiert. Medizinisches Wissen ist ein komplexes Gebiet und nur schwer durchschaubar. Aus diesem Grund glauben ÄrztInnen, dass PatientInnen eine medizinische Behandlung nicht beurteilen können, da die PatientInnen über kein Fachwissen verfügen. Würden ÄrztInnen vertretend für die PatientInnen die Erwartungen definieren, so würden sie genau das beschreiben, von dem sie selbst glauben, dass es die Erwartungen der PatientInnen sind. Solche Definitionen würden wohl mehr über die ÄrztInnen aussagen als über deren PatientInnen. Letztere äußern ihre Erwartungen kaum konkret, sie äußern sich viel mehr über ihre Wahrnehmungen. Sie bleiben im Rahmen ihrer persönlichen Kompetenzen. Die Hauptwerte der PatientInnen sind die Dauer der Wartezeiten, freundliches und zuvorkommendes Personal und eine gut aufklärende Kommunikation. Sie bewerten die Nahrungsversorgung und die Verkehrsanbindung, sie informieren sich über Behandlungsmöglichkeiten, achten auf Sauberkeit, Hygiene und andere Standards. Die Aufgabe einer Organisation ist es, die Patientenerwartungen so präzise wie möglich herauszufiltern und daraus Qualitätsstandards zu erzeugen. Wer Patientenbedürfnisse zu wenig Beachtung schenkt, verspielt die Chance, mit einfachen Methoden Patientenzufriedenheit zu generieren. (vgl. Gottschalk, 2018, S. 137–138) Die Beeinflussung der Patientenzufriedenheit beginnt bereits vor dem Krankenhausaufenthalt in Form einer Präformierung. Die Aussagen der niedergelassenen ÄrztInnen sowie Kommentare und Empfehlungen der Angehörigen und Bekannten beeinflussen die PatientInnen. Auch der Zugang zu Internetquellen bestimmt die Meinung der PatientInnen mit. Die Patientenzufriedenheit wird neben den ersten beiden genannten Phasen auch noch durch eine dritte Phase beschrieben. Als weitere Phase neben der Präformierung und dem subjektiven Qualitätsempfinden ist die Beeinflussung durch BesucherInnen von großer Bedeutung. Je nach Art und Stärke der Beziehung zwischen BesucherIn und PatientIn kann die Zufriedenheit und die Erwartung sowohl positiv als auch negativ verändert werden. BesucherInnen nehmen die einzelnen Leistungen sowie die Kommunikation des Personals und die ärztliche Betreuung wahr. BesucherInnen können zu potentiellen PatientInnen werden und somit entsteht eine eigene Präformierung. (vgl. Thill, 2013, S. 227–228)

3.3.2. Die Identifikation der Wertschöpfungskette

Die Wertschöpfung des Krankenhauses ist darauf ausgerichtet, aus einem kranken Menschen durch eine adäquate Therapie einen gesunden Menschen zu machen (vgl. Bauer et al., 2013, S. 148). Die Wertschöpfung beschreibt einen Prozess, aber auch das Ergebnis dieses Prozesses. Bei der Definition der Wertschöpfungskette werden alle Leistungen und Aktivitäten miteinander verbunden, die zur Herstellung eines Produktes oder einer Dienstleistung notwendig sind. (vgl. Haubrock, 2018, S. 542) Die direkte Wertschöpfung im Krankenhaus erfolgt im Wesentlichen in der Diagnostik, der Therapie, der Pflege und der medizintechnischen Leistung. Die indirekte Wertschöpfung erfolgt über Wirtschafts- und Versorgungsleistungen zusätzlich zur Administration. (vgl. Kersting, 2008, S. 300) Die Kernprozesse erfolgen durch die Hauptakteure, vermittels derer die Wertschöpfung einer Organisation stattfindet. Diese Hauptakteure sind die patientenorientierten Leistungen. Die unterstützenden Prozesse sind diejenigen, die den Betrieb und die Abläufe reibungsloser und effizienter gestalten. Sie tragen zum Erfolg des Unternehmens bei, wirken aber nur in einer mittelbaren Form. Zu diesen Prozessen zählen Archivierung, Beschaffung, Öffentlichkeitsarbeit, EDV und Kommunikation. Je nach Struktur und Aufbau des Unternehmens unterscheiden sich die unterstützenden Prozesse. Sie sind aber keinesfalls zu unterschätzen und benötigen eine gute Kontrolle, da sie auch finanzielle Ressourcen verbrauchen und immer in Verbindung mit Kernprozessen und Führungsprozessen stehen. (vgl. Ertl-Wagner, Wagner, Steinbrucker, 2009, S. 96) Für die Erstellung einer Prozessorganisation ist die Planung, Erarbeitung und Umsetzung von Diagnostik und Therapie ein wesentlicher Faktor. Ein bedeutendes Werkzeug ist hier der klinische Behandlungspfad. In diesem Behandlungspfad werden über den gesamten Patientenaufenthalt hinweg oder während einer festgelegten Krankheitsperiode Ereignisse, Maßnahmen und der Einsatz der erforderlichen Ressourcen ausführlich dargestellt. Anhand dieses Behandlungspfades werden für Ärzte- und Pflegepersonal standardisierte Behandlungsabläufe erarbeitet und aufgrund der ständigen Evaluation und Verbesserung der Ergebnisqualität sichtbar aufgezeichnet. (vgl. Kersting, 2008, S. 301)

3.3.3. Das Flow-Prinzip

Das Flow-Prinzip oder Flussprinzip stellt eines der Lean-Management-Prinzipien dar. Alle Behandlungsabläufe und Therapien werden in einem fließenden Prozess dargestellt. Die Planung, die Umsetzung und die Qualität sind stets an den Bedürfnissen der PatientInnen ausgerichtet. Der Mensch steht im Mittelpunkt. (vgl. Angerer, Meierhof, 2020, S. 41) Das Flussprinzip beschreibt den Weg der PatientInnen von einem kranken Zustand in einen höherwertigen Gesundheitszustand und durchläuft dabei sämtliche Versorgungsstufen. Die PatientInnen werden nur so lange in der jeweiligen Betreuungsstufe versorgt, so lange es notwendig ist. IntensivpatientInnen auf der Intensivstation zu belassen, obwohl diese nur eine Beobachtung benötigen würden, wäre nicht sinnvoll und eine Verschwendung von Ressourcen. Sie werden aus diesem Grund auf eine Normalstation verlegt. So wird zudem knappen Bettenkapazitäten gerade auf Intensivabteilungen entgegengewirkt und die PatientInnen werden mit dem fachgerechten Personal und den besten Voraussetzungen betreut. (vgl. Münch, Scheytt, 2014, S. 17) Die Zeit der PatientInnen wird bestens genutzt, es gibt keine Wartezeiten und Verzögerungen, die Prozesse werden in einem perfekten Takt abgestimmt (vgl. Gottschalk, 2018, S. 34).

3.3.4. Wertstromanalyse

Die Wertstromanalyse ist dazu geeignet, bestimmte Prozesse miteinander zu verknüpfen und einen schlankeren Wertfluss herzustellen. Der Ansatz der Wertstromanalyse liegt darin, ständige Verbesserungen anzustreben. Es wird der gesamte Fluss des Wertstromes betrachtet und neu definiert, bevor die einzelnen Prozesse verbessert werden. Die Analyse bietet die Möglichkeit, eine gemeinsame, einheitliche Vision für das Unternehmen zu erstellen. Die Wertstromanalyse dient als ein Wegweiser durch die gesamte Prozessroute. Sie beschreibt nicht im Detail die Abläufe, es können nicht die kleinsten Einzelheiten festgelegt werden. Jedoch wird ein grundlegendes Verständnis über die Art und Weise des Konzepts und der Prozesse vermittelt. (vgl. Braun, 2008, S. 74) Ein Behandlungsprozess im Krankenhaus beginnt mit der Aufnahme der PatientInnen und endet mit der Entlassung der PatientInnen. Der Wertstrom beschreibt alle erbrachten Leistungen in den Behandlungsabläufen, die in dieser Zeitspanne für die PatientInnen getätigt werden. Hier wird der Wertstrom aus Sicht der PatientInnen definiert. Optimale

Behandlungserfolge werden dann generiert, wenn alle Abteilungen und Mitarbeiter sich am festgelegten Wertstrom orientieren. (vgl. Gottschalk, 2018, S. 33)

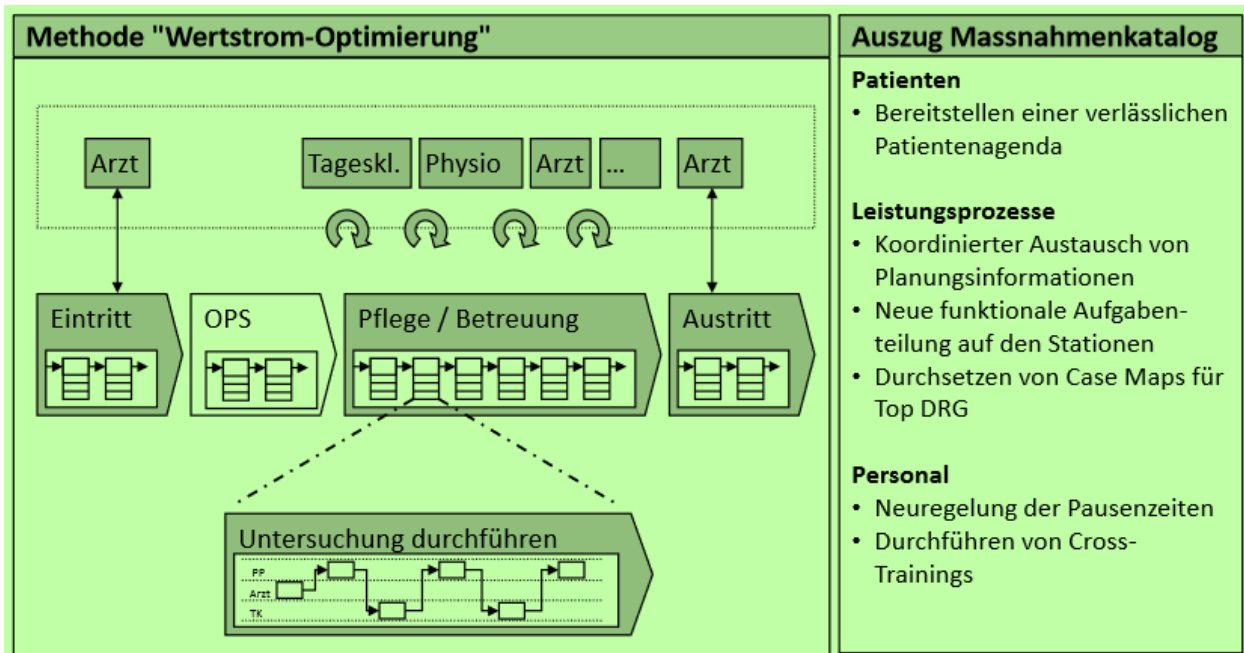


Abbildung 2: Methode Wertstromoptimierung. Quelle: In Anlehnung an Dörflinger, Fraefel, Peukert, 2012, S.15

3.3.5. Das Pull - Prinzip

Ein gut strukturierter Behandlungsprozess nach dem Flussprinzip wird von PatientInnen und auch von MitarbeiterInnen als sicher, kontinuierlich und angenehm empfunden. Dennoch lässt es sich in einem Krankenhausbetrieb nicht verhindern, dass Abläufe und Tätigkeiten in Verzug geraten. Hier kommt das Pull-Prinzip zum Einsatz. Für die weitere Optimierung wird ein ‚ziehendes System‘ (Pull System) eingeführt. Die PatientInnen werden erst dann in den nächsten Behandlungsschritt weitergeleitet, wenn der Bereich frei ist. In diesem System bestimmt der jeweils nachfolgende Prozess das Tempo. Es existieren keine Warteplätze, wo die PatientInnen zwischengelagert werden können, somit kann der vorgelagerte Bereich die PatientInnen nicht abgeben. Es entsteht daraus eine konsequente Prozesslogik: Es werden nicht mehr PatientInnen in die Behandlungskette aufgenommen, als es die Kapazitäten erlauben. Dieses Prinzip ist in einer Notaufnahme schwer vorstellbar, da die PatientInnen nicht mehr in adäquater Zeit behandelt werden könnten, wenn die Notaufnahme geschlossen würde. Die Angst vor den Kon-

sequenzen und die Verpflichtung, Erste Hilfe zu leisten, verbietet es, dieses Prinzip in einer Notaufnahme einzusetzen. Aus Prozesssicht allerdings lässt sich der Sinn nicht erkennen, eine vollständig ausgelastete Notaufnahme laufend mit PatientInnen zu füllen, die nicht behandelt werden können. Es kann das Pull-Prinzip aber sehr gut in anderen Bereichen eingesetzt werden. Im Operationsbereich wird das Pull-System bereits angewendet. Es werden OP-Slots vergeben und PatientInnen erhalten nur dann einen Termin von den Stationen, wenn der OP frei ist. Sind keine freien OP-Slots vorhanden, werden keine PatientInnen aufgenommen. Eine Ausnahme erfolgt bei Notfällen. (vgl. Gottschalk, 2018, S. 91–92) Das Pull-Prinzip hat sich auch in der Logistik etabliert: Medikamentenschränke werden erst dann aufgefüllt, wenn der Mindestbestand erreicht wird. Das Pull-Prinzip vermeidet Kapazitätsprobleme beim Personal und Wartezeiten bei den PatientInnen. (vgl. Ott, Maier, 2020, S. 241)

3.3.6. Die ständige Verbesserung – Perfektion anstreben

Für die Einführung eines Systems im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) gibt es zahlreiche Gründe. Der KVP zeichnet sich durch Mut und Bereitschaft zur Veränderung bei den Beteiligten aus. Durch ein gut organisiertes Ideenmanagement und Vorschlagsverzeichnis lassen sich Veränderungen schneller und in kürzerer Zeit umsetzen. Gestaltung und Umsetzung lassen sich teamorientiert von allen Mitarbeitern in den Produktions- und Dienstleistungsbereichen stetig und in kleinen Schritten verbessern. Offenheit, Veränderungsbereitschaft und Teamarbeit sind die wichtigsten Grundlagen beim KVP. Alle Mitarbeiter, Führungskräfte und Experten steigern stetig die Qualität von Produkten und Dienstleistungen und tragen so zum Erfolg einer Organisation bei. Die wichtigsten Einflussfaktoren für den KVP sind Überzeugung und der Umsetzungswille der Inhaber und der obersten Führungskräfte einer Organisation. Eine Organisation wird maßgeblich von der Führungskraft und deren Verhalten infolge ihrer Werte geprägt. Die Führungskraft hat eine Vorbildfunktion: Jede/r eingebundene MitarbeiterIn orientiert sich an seiner/ihrer Führungskraft, somit ist die Führungskraft ein besonderes Bindeglied in der Motivationskette. (vgl. DGQ, 2014, S. 6–7) Business Process Re-Engineering (BPR) steht für das Überdenken und die radikale Neugestaltung von Prozessen, um damit Verbesserungen in Bezug auf Qualität, Kosten und Schnelligkeit zu erzielen. Es bedarf vorab einer Analyse, um zu beurteilen, welche Prozesse wertschöpfend sind und welche Strukturen für PatientInnen und

EinweiserInnen bedeutsam sind. Es gibt drei Ansätze: Der KVP wurde bereits erwähnt, hinzu kommen noch Kaizen und das Six Sigma. Alle drei Ansätze dienen dazu, die Effizienz von Krankenhausprozessen zu verbessern. Kaizen dient als Werkzeug speziell zur Vermeidung von Verschwendung. Six Sigma ist eine datenorientierte, systematische Methode zur Verbesserung und zur Fehlervermeidung in Prozessen. Die Durchführung der Maßnahmen und deren Überwachung müssen laufend dokumentiert werden. Es zeigt sich eine enge Verknüpfung zwischen Qualitätsmanagement, BPR und den vielen Ansätzen von KVP. (vgl. Weimann, Weimann, 2012, S. 77)

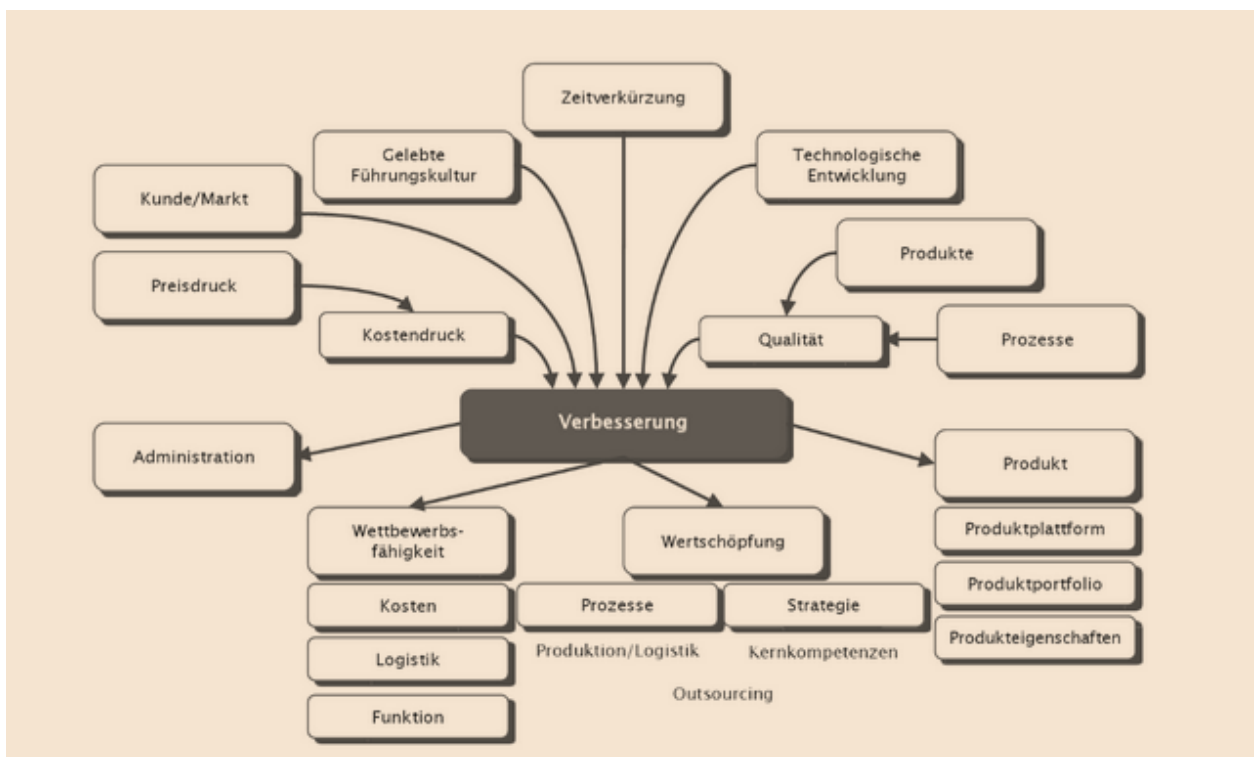


Abbildung 3: Verbesserungsprozesse nach Quellen- und Zielbereiche. Quelle: In Anlehnung an DGQ, 2014, S. 6

3.3.7. Vermeidung von Verschwendung aus der Sicht der PatientInnen und des Krankenhauses

Jede Art von Verschwendung hat negative Auswirkungen auf die Prozesse und auf die Kosten einer Organisation. Lean Management fokussiert sich auf die Wertschöpfung und somit auf die Vermeidung von Verschwendung in den einzelnen Wertschöpfungsprozessen. Im Japanischen

wird Verschwendung ‚Muda‘ genannt, mit dem Ziel einer Vermeidung oder Reduzierung von Verschwendung bezüglich der benötigten Zeit, bei den beschäftigten MitarbeiterInnen, in der Infrastruktur sowie bei medizinischen Geräten und Material. Die sieben Arten der Verschwendung nach Toyota sind die am häufigsten vorkommenden Verschwendungen. (vgl. Albrecht, 2017, S. 203) Die am häufigsten genannte Art der Verschwendung ist ‚Warten‘. Die lange Wartezeit ist auf viele systemische Mängel im Krankenhaus zurückzuführen – es stimmt etwas mit dem Arbeits- und Informationsfluss nicht. In der Ambulanz warten PatientInnen auf die weiterführenden Tätigkeiten im Röntgen. Im OP wartet das gesamte Team auf den leitenden Chirurgen. Der Stationsarzt wartet auf die Pflegefachkraft. Die zweite Art der Verschwendung sind ‚Bestände‘. Sie geben eine bedeutende Auskunft über die Effizienz im Unternehmen. Materialbestände werden zum Teil an unterschiedlichen Orten gelagert, es kann keine Umschlagshäufigkeit berechnet werden und der Überblick in der Materialbewirtschaftung geht verloren. Der Pflege fehlen Kenntnisse über professionelle Materialbewirtschaftung. Des Weiteren sind ‚Mängel‘ auf der Liste der Verschwendungsarten zu finden. Mängel in Krankenhäusern gibt es in unterschiedlichen Arten der Unterbrechungen durch Kommunikationsmittel. Durch Unterbrechungen können Arbeiten nicht in einem Prozess vollständig durchgeführt und abgeschlossen werden. Fehlen im Krankenhaus gut strukturierte Prozesse oder werden bestehende Standards nicht ordnungsgemäß eingehalten, mehren sich die Fehlerquellen. Zu den Mängeln gehören alle Fehler, die die Sicherheit der PatientInnen und der MitarbeiterInnen gefährden. Viele Prozesse sind fehlerresistent und es wird viel Zeit benötigt, um sie zu entdecken. Im Krankenhaus werden große Transportwege durch PatientInnen und Material zurückgelegt. Die meisten Transporte entstehen dort, wo Bereiche räumlich weit auseinander liegen. Auf den Stationen sind Mitarbeiter mit Versorgungsaufträgen unterwegs. (vgl. Walker, 2019, S. 49–50) Es entstehen unnötige Wege aufgrund von häufigem Suchen von Dokumentationen oder Sammeln von Informationen. Dabei entstehen sowohl unnötige Laufwege der MitarbeiterInnen als auch unnötige Wege von Arbeitsmaterial und Informationen. (vgl. Duric, Hüppauf, 2019, S. 90) Überproduktion betrifft jene Tätigkeiten, die aus Routine bei allen PatientInnen unabhängig vom Behandlungsablauf durchgeführt werden, jedoch nur von wenigen PatientInnen wirklich benötigt werden. Die Überproduktion gilt als die schlimmste Art der Verschwendung, da in ihr viele Arten der Verschwendung zusammenfließen. Sie verursacht Wartezeiten, Bestände sowie un-

nötige Lauf- und Transportwege. Überproduktion deutet darauf hin, dass es zu wenige Kenntnisse gibt und ein mangelndes Verständnis für die PatientInnen besteht. Die Verschwendungsform der Überarbeitung entsteht, wenn Tätigkeiten unnötigerweise oder auf zu komplizierte Art ausgeführt werden. Hierzu kann der Blickwinkel der PatientInnen Aufschluss geben. PatientInnen werden z. B. zur selben Sache mehrfach befragt, mehrere Pflegefachkräfte sind an einem Verbandswechsel beteiligt oder Ärzte schreiben alle Notizen in einem Buch zusammen und übertragen die Daten erst bei Dienstschluss in das Klinikinformationssystem. (vgl. Walker, 2019, S. 50–51)

3.4. Methoden des Lean Management

Lean-Methoden sind Verfahren zur planmäßigen Umsetzung der Lean-Prinzipien. Im Folgenden wird gezeigt, wie unterschiedliche Methoden eingesetzt werden können. Es wird auch beschrieben, in welchen Bereichen die Methoden am sinnvollsten verwendbar sind.

3.4.1. Der PDCA-Zyklus

Als PDCA-Zyklus wird eine Methode bezeichnet, die für kontinuierliche Verbesserung und für einen permanenten Lernprozess steht. Die Abkürzung bedeutet Plan, Do, Check, Act. Ins Deutsche werden diese einzelnen Zyklen mit Planen, Tun, Kontrollieren, Agieren übersetzt. Werden alle vier Zyklen korrekt durchlaufen, kann der PDCA-Zyklus nachhaltig wirken. Richtig angewendet dient der PDCA-Zyklus der Optimierung von Prozessen, zur Problemlösung und zur Bearbeitung von Maßnahmen. Der Zyklus wird nach seinem Erfinder William Edwards Deming auch Deming-Kreis oder Deming-Rad genannt. (vgl. Bertagnolli, 2018, S. 156)

PLAN: In der Planungsphase wird ein Problem analysiert und es werden Entwürfe für Zeit- und Projektpläne erstellt. Die Planung erfolgt in sechs Schritten. Im ersten Schritt werden das Problem und die Ziele analysiert, die mit der Lösung erarbeitet werden sollen. In den weiteren Schritten werden Ist- und Zielwerte einander gegenübergestellt, um mögliche Abweichungen zu ermitteln. Auch wird festgelegt, mit welcher Methode das Problem gelöst werden soll, und es wird evaluiert, mit welchen Lean-Werkzeugen die Problemlösung erarbeitet werden soll. Anhand der erarbeiteten Daten werden die Ursachen der Probleme detailliert betrachtet. Im letz-

ten Schritt erfolgt die Aufstellung der potenziellen Hypothesen. Anhand dieser Hypothesen werden kostengünstige und schnelle Lösungsansätze entwickelt. Mit dem sechsten Schritt ist die Planungsphase abgeschlossen. Es zählt dabei vor allem die genaue Betrachtung des Problems und dazu eignet sich die Fragetechnik mit den sogenannten ‚6 W’s‘. Ziel ist es, 80 % der Zeit in die Analyse zu investieren und Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten und 20 % in die Implementierung zu investieren. (vgl. Gorecki, Pautsch, 2018, S. 57)

DO: In dieser Phase werden alle gesammelten Daten zusammengefasst. Hier geht es um das Ausprobieren und Testen. Fehler sind in dieser Phase ausdrücklich erwünscht, um an den Verbesserungen zu arbeiten. Alle Vorgehen sollen gut beobachtet und genau dokumentiert werden. Diese Phase wird auch der Pretest genannt. Das betreffende Personal muss mit den Tätigkeiten und Aufgaben vertraut gemacht werden bevor mit der Durchführung begonnen wird. (vgl. Teufel, 2009, S. 681)

CHECK: Auf dieser Stufe werden alle gesammelten Daten ausgewertet und aufgeschlüsselt. Diese Phase fokussiert sich auf die Prüfpunkte die in den vorigen Phasen festgelegt wurden. Aus den Ergebnissen werden Schlüsse gezogen. Bevor nicht alle Daten und Fakten zusammengefasst und ausgewertet wurden, können die nächsten Schritte nicht bearbeitet werden. Wenn nicht ausreichend Daten und Fakten berücksichtigt werden und die Planung nicht ordentlich durchgeführt wird, kann das voreilige Voranschreiten zur nächsten Stufe sich schädlich auf das Unternehmen auswirken. Es besteht bei der Umsetzung eine Gefahr für das Unternehmen. (vgl. Teufel, 2009, S. 681)

ACT: Im letzten Schritt des Zyklus werden alle bisherigen Phasen reflektiert. Alle Schritte werden noch einmal beleuchtet und im Vordergrund stehen dabei die Fragen, welche Ziele erreicht werden sollen, welche Abweichungen es gibt und wo die Ursachen liegen. Wird in der Act-Phase festgestellt, dass ein Ziel nicht erreicht wurde, wird der PDCA-Zyklus erneut durchlaufen. „Getreu dem Grundsatz des Lean Managements: Nichts ist so gut, dass man es nicht besser machen könnte.“ (vgl. Thiele, 2019, S. 44–45)

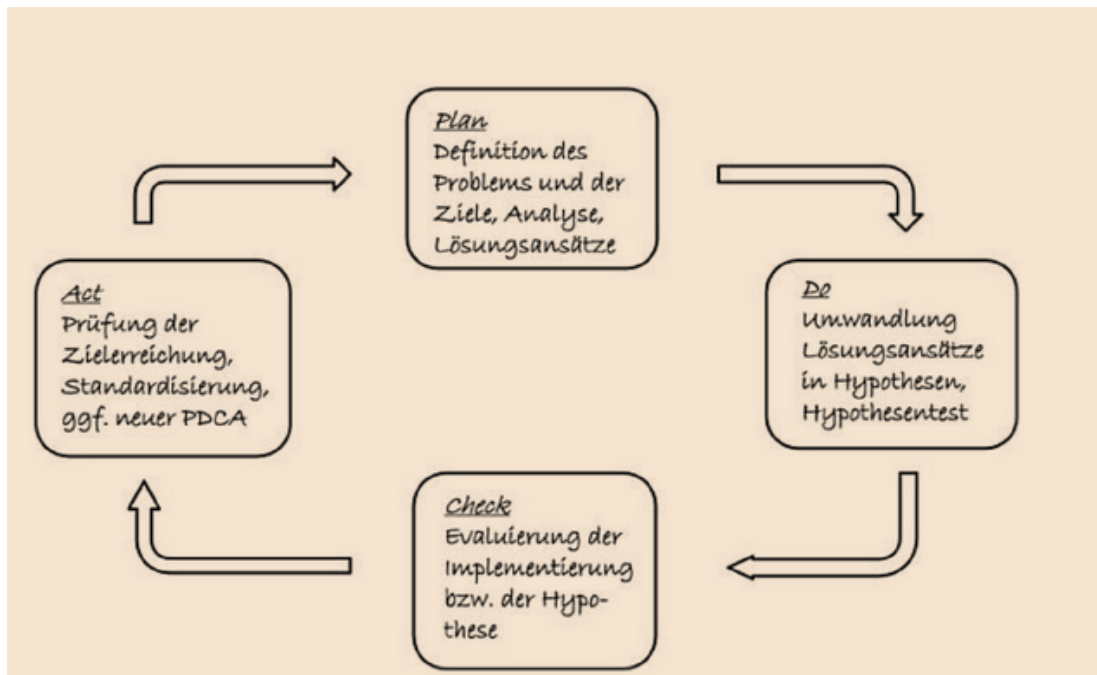


Abbildung 4: PDCA- Zyklus. Quelle: In Anlehnung an Gorecki, Pautsch, 2018, S.57

3.4.2. 5S-Methode

Die 5S-Methode hat das Ziel, im gesamten Arbeitsbereich für Sicherheit, Ordnung und Sauberkeit zu sorgen. Die drei wichtigsten Komponenten werden mit ‚SOS‘ abgekürzt. So dienen die sogenannten SOS-Rundgänge dazu, eine sichere und ordentliche Arbeitsumgebung zu gewährleisten. Die Arbeitsplatzgestaltung wird für die MitarbeiterInnen bedienerfreundlich, ergonomisch und sicher gehalten. Die Arbeiten sollen möglichst verschwendungsarm im Bezug auf MitarbeiterInnen, Maschinen und Material ausgeführt werden (vgl. Bertagnolli, 2018, S. 135).

Die 5S bestehen aus fünf Stufen, deren Namen im Japanischen jeweils mit einem ‚s‘ beginnen.

Seiri (sortiere aus): Arbeitsmittel und Elemente der Betriebsausstattung, die doppelt vorhanden und nicht regelmäßig in Gebrauch sind, werden vom Arbeitsplatz eliminiert.

Seiton (stelle ordentlich hin): Auf dieser Stufe werden alle Arbeitsmittel nach Häufigkeit der Verwendung angeordnet.

Seiso (reinige): Der Arbeitsplatz wird gereinigt und ein Zeitintervall für die Reinigung wird bestimmt.

Seiketsu (Sauberkeit aufrechterhalten): In dieser Stufe werden Regeln und Standards für die drei ersten Stufen erstellt.

Shitsuke (Selbstdisziplin üben): Aufgrund von alten Strukturen besteht die Gefahr, in veraltete Muster zurückzufallen. Ordnung, Sauberkeit und Sicherheit nehmen kontinuierlich am Arbeitsplatz ab. Die Schritte 1 bis 4 sollen routinemäßig wiederholt und weiterentwickelt werden (vgl. ifaa, 2016, S. 2).

3.4.3. Kanban

„Kanban“ bedeutet übersetzt aus dem Japanischen ‚Aufkleber, Label‘ oder ‚Behälterbeschriftung‘. Es ist eine der ältesten Steuerungsmethoden und wurde schon bei Toyota eingesetzt. Kanban erfolgt durch strenge, klare Verhaltensregeln, die in der westlichen Kultur noch häufig unterschätzt werden. Typisch für die Methode ist die Vorgabe exakter Plätze und das Einhalten eines genauen Ablaufes. (vgl. Dickmann E., Dickmann P., 2015. S. 12) Kanban-Systeme regeln die Modulversorgung in Krankenhäusern für den Materialfluss zwischen Zentrallager und Stationen. Beim Erreichen des vorgegebenen Meldebestands erhält die Zulieferstelle von der Verbraucherstelle eine systematisierte Meldung. Bei Krankenhäusern wird zum Großteil das Zwei-Spezialfach-System angewendet. Für jeden Artikel gibt es zwei Fächer, ein Entnahmefach und ein Vorratsfach. Diese Fächer sind in einem sogenannten Modulschrank in unterschiedlichen Größen angeordnet. Gelieferte Ware wird immer in das hintere Vorratsfach gelegt, während aus dem Entnahmefach die Ware durch das Personal entnommen wird. Die Auffüllung der Schränke erfolgt über ein spezielles Prinzip. Die Vorteile für solche Schrankmodulsysteme liegen darin, die Pflegefachkräfte zu entlasten, um ihnen mehr Zeit für die pflegenden Tätigkeiten zu verschaffen. Besondere Vorteile des Kanban-Systems sind eine erhöhte Transparenz der Bestellmengen, die Reduzierung von Verfallsrisiken sowie die Senkung der Lagerbestände auf den Abteilungen. Die Pflegefachkräfte entnehmen die Ware aus dem Schranksystem, leere Fächer werden mit Etiketten versehen. Das Personal, das für die Versorgung der Modulschränke verantwortlich ist, scannt die Etiketten auf den leeren Fächern und löst einen Kommissioniervorgang aus. Im Zentrallager werden alle Bestellungen gesammelt und dann erfolgt der Transport auf die fordernden Stationen. (vgl. Hantschmann, Bierwirth, 2008, S. 91)



Abbildung 5: Ablauf der Modulversorgung.

Quelle: In Anlehnung an Engelhardt-Nowitzky, Nowitzki, Krenn, 2008, S. 92

3.4.4. Shopfloor-Management

Shopfloor-Management bedeutet sinngemäß ein ‚Führen und Steuern am Ort der Wertschöpfung‘. Es bietet Vorteile, von denen Führungskräfte und Mitarbeiter im gleichen Maße profitieren. Das Shopfloor-Management umfasst sieben Kernbereiche, die für seinen Erfolg von Bedeutung sind. In diesen Kernbereichen geht es um die Visualisierung in Form eines Ist- und eines Soll-Zustandes. Kennzahlen dienen zur Bestimmung der Ziele. Eine offene Kommunikation zwischen den einzelnen Bereichen ermöglicht eine systematische Problemlösung. Einige Vorteile des Shopfloor-Managements liegen in der Erreichung der Unternehmensziele, in der Transparenz, im wirtschaftlichen Einsatz von Ressourcen und in der Kommunikation zwischen Führungskräften und MitarbeiterInnen. (vgl. ifaa, 2019, S. 1–2) Das Shopfloor-Management zentriert sich auf den Ort des Geschehens. Führungskräfte steuern die Prozesse nicht mehr durch Ansagen aus den Büros, sondern unterstützen die Mitarbeiter vor Ort bei den Prozessen und Problemlösungen. Auf der hierarchischen Ebene verstehen sich die Führungskräfte als Prozessunterstützer. Die Führung am Ort der Wertschöpfung unterscheidet sich stark von einer traditionellen Führungsmethode. (vgl. Bertagnolli, 2018, S. 330)

Um diese herkömmlichen Führungsarten zu verstehen, wird in Kapitel 4 die Form der Krankenanstalten dargestellt und der Aufbau und Nutzen der Krankenanstalten genauer erklärt.

4. KLASSISCHE ORGANISATIONSTRUKTUREN IN KRANKENHÄUSERN

In diesem Kapitel werden die Krankenhausstrukturen und der Nutzen von Krankenanstalten vorgestellt, um einen genaueren Überblick zu Krankenanstalten zu erhalten.

4.1. Versorgungssektor und Versorgungsbereich

In Österreich wird zwischen zwei Versorgungssektoren unterschieden.

- Akut-/Kurzzeitversorgung:
Diesem Sektor sind alle von Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten sowie alle weiteren Krankenanstalten zugeordnet, die entsprechend der Definition von OECD und WHO eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 18 Tagen oder weniger aufweisen.
- Nicht-Akut-/Langzeitversorgung
Dieser Sektor umfasst demnach alle restlichen Krankenanstalten, krankenanstaltenrechtlich bewilligte Rehabilitationszentren, Langzeitversorgungseinrichtungen und stationäre Einrichtung für Genesung und Prävention. Alten- und Pflegeheime bzw. geriatrische Zentren, die nicht dem Krankenanstaltenrecht unterliegen, sind nicht enthalten. (BMSGPK, 2020, S. 5)

4.1.1. Krankenanstaltentyp

- Allgemeine Krankenanstalten versorgen Personen ohne Unterschied des Geschlechtes, des Alters und der medizinischen Vorbehandlung. Sie werden den gemeinnützigen Krankenanstalten der Allgemeinversorgung zugeordnet.
- Sonderkrankenanstalten versorgen Personen mit speziellen Krankheiten in bestimmten Altersgruppen für spezielle Zwecke. Dazu zählen auch die Rehabilitationszentren.
- Sanatorien entsprechen durch eine höherwertige Ausstattung höheren Ansprüchen in Bezug auf Verpflegung und Unterbringung. Sie leisten entweder eine Allgemeinversorgung im Akutsektor oder eine Spezialversorgung.

- Pflegeanstalten für chronisch Kranke versorgen Personen mit besonderer Pflege in der nicht akuten Spezialversorgung. Dazu zählen Alten- und Pflegeheime sowie geriatrische Zentren, die nicht dem KAKuG unterliegen. (BMSGPK, 2020, S. 6)

4.1.2. Finanzierung der Krankenanstalten

Die Krankenhäuser werden wesentlich durch Steuern von den Sozialversicherungsträgern, durch das Land und den Bund finanziert. Einen kleinen Beitrag leisten die PatientInnen mit dem Selbstbehalt. Die Mittel von den Sozialversicherungen, Bund und Ländern werden durch die Bundesgesundheitsagentur oder durch die Landesgesundheitsfonds bereitgestellt. Die Landesgesundheitsfonds finanzieren die öffentlichen gemeinnützigen Krankenanstalten nach dem leistungsorientierten Krankenanstalten - Finanzierungssystem (LKF). Die privaten nicht gemeinnützigen Krankenanstalten werden ebenfalls bei leistungspflichtigen Beiträgen durch die Sozialversicherung anhand des LKF-Systems abgerechnet. Die Finanzierung erfolgt über den PRIKRAF. (vgl. www.gesundheit.gv.at, 2021)

4.1.3. Wer ist für ein Krankenhaus verantwortlich?

Die operative Leitung eines Krankenhauses wird von der sogenannten kollegialen Führung ausgeübt, die direkt dem Rechtsträger oder dessen Bevollmächtigten untersteht. Das Krankenanstaltengesetz bestimmt die Mindestbesetzung der kollegialen Führung folgendermaßen:

- Ärztliche Direktion
- Pflegedirektion
- Verwaltungsdirektion

Die ärztliche Direktion ist für alle Spitalsärzte, aber auch für alle sonstigen ärztlichen Belange zuständig, also letztendlich auch für die Hygienestandards und die ärztliche Qualitätssicherung. Die Pflegedirektion ist für das gesamte Pflegepersonal zuständig und überschneidet sich gege-

benenfalls mit den Kompetenzen der ärztlichen Direktion, da bestimmte Maßnahmen sowohl vom Ärzte- als auch vom Pflegepersonal durchgeführt werden. Die Verwaltungsdirektion ist für die Bereiche Personal, Finanzen, Öffentlichkeitsarbeit, Haustechnik und Brandschutz verantwortlich. (vgl. www.gesundheit.gv.at, 2021)

Für die Leitung einer Krankenanstalt sieht § 6a Abs. 1 KAKuG als Bestimmung eine kollegiale Führung mit der Besetzung eines ärztlichen Leiters, eines Leiters der Pflege und eines Verwalters vor. Da der Gesetzgeber die Bezeichnung ‚Leiter‘ wählt, hat dieser Leiter die Befugnisse für eines Aufsichtsrechts und eines Weisungsrechts. (vgl. www.ris.bka.gv.at, 2021)

4.2. Der Nutzen von Krankenanstalten

In der Öffentlichkeit werden Krankenanstalten häufig als Kostenverursacher gesehen, die mit den steigenden Kosten das komplette Gesundheitssystem finanzwirtschaftlich an seine Grenzen bringen. Es ist bekannt, dass das Gesundheitssystem für die Gesundheit der Bevölkerung verantwortlich ist und erheblich zum Wohlstand der Bevölkerung beiträgt. Es gibt aber bereits Ansätze, diesen Nutzen in unterschiedlichen Formen zu quantifizieren. Das Problem dabei ist: Es stellt sich immer die Frage der Bewertung des menschlichen Lebens oder der menschlichen Gesundheit. Die Frage nach dem gesellschaftlichen Nutzen von Gesundheit in der Bevölkerung ist nicht das Wichtigste, da die Organisation und das Niveau der Gesundheitseinrichtungen durch die Politik vorgegeben werden. Der Fokus liegt auf den Bereichen der effizienten Leistungserstellung nach Vorgabe mit einer Minimierung des Aufwandes. Es geht hierbei um die gesamtwirtschaftlichen, regionalen und kommunalen Finanzstrukturen zur Analyse der ökonomischen Effekte von Krankenanstalten. Da durch die Errichtung von Krankenanstalten äußere Effekte in regionaler Hinsicht zu erwarten sind und Finanzen in föderaler Hinsicht verteilt werden, erhalten die gesamtwirtschaftlichen und regionalwirtschaftlichen Wertschöpfungseffekte immer mehr Bedeutung. (vgl. Haber, 2011, S. 42) Durch einen Vergleich mit Indikatoren von Fondskrankenanstalten und unter Betrachtung unterschiedlicher Strukturen zwischen den einzelnen Krankenanstalten werden im nächsten Kapitel (4.2.1.) die gesamtwirtschaftlichen Effekte der österreichischen Krankenanstalten dargestellt.

4.2.1. Ökonomie von Krankenanstalten

Die Auswirkungen von Krankenanstalten auf die Volkswirtschaft zeigen sich anhand von drei wesentlichen Aspekten. Krankenanstalten leisten wie andere Unternehmen Wertschöpfung mit Hilfe von MitarbeiterInnen und unterschiedlichen Dienstleistungsformen. Dabei werden indirekte Effekte für die Wirtschaft erzielt. Dies sind die sogenannten Vorleistungsstrukturen und Kaufkrafteffekte. Zudem beschäftigen Krankenanstalten einen hohen Anteil an besonders qualifiziertem Personal, das zusätzlich den Aufbau von Humankapital fördert. Weitere Effekte entstehen durch die Belegung der regionalen Wirtschaft in Form der Einkäufe von PatientInnen und BesucherInnen. Die Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft zeigen sich durch die Beschäftigten in Bezug auf Vollzeitäquivalente und Arbeitsplätze. Außerdem bezieht es sich auf die Wertschöpfung und Produktionsleistung. Es muss jedoch zwischen einmaligen Effekten von Investitionen und ständigen Effekten durch den laufenden Betrieb unterschieden werden. (vgl. Haber, 2011, S. 43) Die Krankenhauslandschaft hat sich aufgrund der Ökonomisierung stark verändert. Die PatientInnen sollen im Mittelpunkt auch des wirtschaftlichen Geschehens stehen. Wie dies aber konkret funktionieren soll, kann noch niemand beantworten. Die Grundwerte der früheren Krankenhausversorgung sind gescheitert. In Österreich ist das DRG-System (diagnosebezogenes fallpauschales Abrechnungssystem) eingeführt worden, aber eine reine marktwirtschaftliche Orientierung kann aufgrund der Budgetierung und Deckelung der Finanzen ausgeschlossen werden. Trotzdem sind Krankenanstalten noch weit davon entfernt, professionell gemanagt zu werden. Die klassische 3-Säulen-Führung mit der Pflege, der Administration und dem ärztlichen Bereich blockiert häufig die zielgesteuerten Prozesse und das Organisationsmanagement. Zusätzlich ist die Kommunikation und Verbindung mit anderen Verantwortlichen des Gesundheitssystems oftmals fehlerhaft und damit optimierungsbedürftig. Um Innovationen und Ziele zu erreichen – auch aufgrund der Kosten – wäre es sinnvoll, wenn Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen mehr miteinander anstatt gegeneinander agieren würden. Aus diesem Grund müssten die Verantwortlichen in Gesundheitseinrichtungen evidenzbasierte Managementmethoden und Know-how in den Unternehmensalltag integrieren. (vgl. Weimann, E., Weimann, P., 2012, S. 8)

4.2.2. Die Bewertung des Gesundheitssystems

Das österreichische Gesundheitswesen folgt dem Leitbild, den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle gleich, unabhängig von Einkommen, Geschlecht und Alter zu gewährleisten. In vielen Bereichen kommt das System diesem Ziel nahe. Für alle Bevölkerungsschichten sind ein breites Leistungsspektrum und ein uneingeschränkter Zugang verfügbar. Dennoch zeigt sich im internationalen Vergleich beim österreichischen Gesundheitswesen Verbesserungspotential. Der stationäre Sektor beansprucht den Großteil der Gesundheitsausgaben, während für die ambulanten Abteilungen deutlich weniger Finanzressourcen zur Verfügung stehen. Ebenso bestehen regional starke Leistungsunterschiede sowohl in der kurativen als auch in der präventiven Versorgung. Obwohl das Niveau im internationalen Vergleich niedrig ist, hat die einkommensabhängige Ungleichheit im Gesundheitszustand zugenommen. Die Kosten des Gesundheitssystems sind hoch. Die Geschichte der österreichischen Gesundheitsversorgung ist durch den Föderalismus und durch die traditionelle Delegation von Kompetenzen in der Selbstverwaltung geprägt. Aus diesem Grund gibt es seit der Gesundheitsreform Bestrebungen auf der Bundes- und Landesebene, die Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitssystems zu verbessern. Die grundlegendste Schwachstelle im österreichischen Gesundheitswesen liegt bei der Prävention von Krankheiten. Eine nachhaltigere Ausrichtung auf Gesundheitsförderung und Prävention wäre von Bedeutung, besonders um hohe Folgekosten durch Krankheiten zu vermeiden. (vgl. Hofmarcher, 2013, S. XII-XIII)

Im nachfolgenden Kapitel wird der Aufbau eines Lean-Krankenhauses mit den dazugehörigen Lean-Führungsstilen erläutert. Zusätzlich werden die Unterschiede zwischen der bisherigen Führungskultur, wie sie in diesem Kapitel dargelegt wurde, und der Führungskultur von Lean genauer untersucht.

5. EINFÜHRUNG DES LEAN MANAGEMENT IN DIE KRANKENANSTALT

In diesem Kapitel werden die organisatorischen Maßnahmen und Möglichkeiten der Implementierung ausgearbeitet. Zusätzlich werden Argumente und theoretische Ansätze mit der Praxis verglichen.

5.1. Lean Hospital

Lean beschreibt nicht nur ein Managementsystem, sondern ist auch eine Art Unternehmensphilosophie. Lean Hospital bedeutet, ein Krankenhaus grundlegend in seinem Aufbau und seiner Struktur zu verändern. Das Hauptziel ist es, die Wirkung der Führung zu erhöhen und Zeit einzusparen, indem die administrativen Bereiche reduziert werden. Da es nicht für jede Person einfach ist, Führungsaufgaben zu übernehmen, können Führungsstandards die Tätigkeit wesentlich erleichtern. Die wertvollste Grundlage ist das Engagement der MitarbeiterInnen. Jede Organisation ist auf einen hohen Anteil von motivierten MitarbeiterInnen angewiesen. Es ist anzustreben, dass alle im Krankenhaus das Richtige tun und stetig daran arbeiten, die Leistungen für die PatientInnen und deren Angehörige zu verbessern. (vgl. Alkaly et al., 2015, S. 15) Die Bedeutung von Lean lässt sich in drei Ebenen gliedern. Jede dieser Ebenen ist von Bedeutung, jede Ebene hilft bei der Verbesserung der Veränderungsprozesse. Das richtige Führungssystem in Kombination mit der Prozessverbesserung tragen zu einer Kulturveränderung im Unternehmen bei. (vgl. Scholz, 2016, S. 12)

5.1.1. Auf der Lean-Station im Krankenhaus

Normalstationen leisten in einem Krankenhaus einen wesentlichen Beitrag in Bezug auf die Effizienz. Die stationäre Behandlung von PatientInnen und die damit einhergehende Verweildauer schaffen die besten Voraussetzungen für Erlöse. (vgl. Bamberg, 2018, S. 5) Die Verweildauer resultiert aus dem DRG-System. Dieses System gibt unabhängig vom medizinisch-pflegerischen Einsatz anhand von Haupt- und Nebendiagnosen vor, wie lange PatientInnen im Krankenhaus zur Behandlung bleiben. Anhand der Verweildauern wird bestimmt, wie oft ein Bett auf der Station neu belegt werden kann. Durch die konsequente Steuerung der Verweildauer wird die

Erlössicherung eines Krankenhauses gewährleistet. Der Fokus dabei ist, PatientInnen so geplant wie möglich aufzunehmen und zu entlassen. (vgl. Bamberg, Kasper, Korff, 2018, S. 9) Normalstationen weisen den intensivsten zwischenmenschlichen Kontakt mit PatientInnen und auch mit deren Angehörigen auf. Dabei tragen alle MitarbeiterInnen im ärztlichen und pflegerischen Bereich zur Qualität auf der Station bei. Die gesamte Dienstleistungsqualität eines Krankenhauses wird durch das stationäre Umfeld und seine MitarbeiterInnen geprägt. Stationskonzepte sind erfolgreiche Ansätze, um mehr Transparenz und Verbindlichkeiten zu schaffen. Berufsübergreifend werden Strukturen für die MitarbeiterInnen geschaffen und in einem Organisationsbuch festgehalten. Die MitarbeiterInnen können selbst an den neuen Strukturen mitarbeiten und werden motiviert, die Veränderungen mitzutragen. (vgl. Bamberg, 2018, S. 11) Die Weitergabe aller klinischen Informationen ist einer der essentiellsten Prozesse in der PatientInnenbehandlung. PatientInnen werden von unterschiedlichem Personal betreut, daher ist es besonders wichtig, alle Informationen vollständig und ohne Fehler zeitnah weiterzuleiten. Die meisten vermeidbaren Fehler lassen sich auf eine unvorteilhafte Kommunikation zurückführen. (vgl. Bamberg, 2018, S. 15) Die Station fungiert als zentrale Logistikstelle des gesamten Krankenhausbetriebes. Eine große Rolle spielt die Station in der logistischen Steuerung der PatientInnen durch alle Schnittstellen für eine optimale Durchlaufzeit durch den Behandlungsprozess. Alle Schnittstellen laufen auf der Station zusammen und müssen optimal auf die PatientInnen abgestimmt sein. Schnittstellen sind Bereiche wie das soziale Umfeld der PatientInnen mit ihren Angehörigen, externe WeiterbehandlerInnen, Funktionsdiagnostiken wie der OP, patientennahe Dienstleistungen von TherapeutInnen, administrative Bereiche wie die Patientenaufnahme und Servicebereiche wie die Küche. (vgl. Bamberg, 2018, S. 119) Ein gut funktionierendes Betlagsmanagement ist von hoher Relevanz. Die Ressource Bett ist nur einer von vielen wichtigen Aufnahmebestandteilen. Die Indikation zur Aufnahme entscheidet ein Facharzt, der dabei eine Reihe von nachfolgenden Prozessen auslöst. Die PatientInnen erhalten einen OP-Termin und werden in die OP-Planung einkalkuliert, es folgen weitere Untersuchungen, die PatientInnen werden frühzeitig chirurgisch oder anästhesiologisch aufgeklärt und die administrative Aufnahme wird vorgenommen. (vgl. Bamberg, 2018, S. 124) Eine Lean-Bettenstation erzielt ihre volle Wirkung erst, wenn auch alle anderen Schnittstellen nach Lean-Methoden arbeiten. Es wäre sinnvoll, wenn alle gleichzeitig einen Strukturwandel vollziehen. Dies allerdings ist nicht

möglich, denn es würde das gesamte Krankenhaus überfordern. Will eine Krankenhausleitung auf das Lean-Prinzip umstellen, muss sie für viele Jahre mit Widersprüchen und Schwierigkeiten leben. Lean ist eine Denkweise für eine neue Art der Gestaltung eines Krankenhauses. Prozesse, die nicht dem Patienten dienen, werden abgeschafft. Für Lean gibt es kein fertiges Konzept, sondern es wird mit Methoden gearbeitet, mit denen Prozesse stetig verbessert werden. Es handelt sich um einen ständigen Lernprozess. Es entstehen Handlungen aus voller Überzeugung und diese manifestieren sich zu einer eigenen Kultur. (vgl. Walker et.al. 2019, S. 59)

5.1.2. Der Lean OP

Der OP stellt ein Lean-Projekt vor besondere Herausforderungen. Ein OP zeichnet sich als eigener Bereich innerhalb eines Krankenhauses aus, er hebt sich aufgrund eigener Prozesse und verschärfter Maßnahmen von der restlichen Organisation ab. Der OP stellt einen deutlich höheren Anspruch an Patientensicherheit und Hygienestandards. Auch die Teams fungieren vermehrt interdisziplinär und tragen ein hohes Maß an Verantwortung. (vgl. Angerer, Brand, 2020, S. 1) Gerade für PatientInnen ist die Behandlung in einem OP sehr beängstigend und mühsam. Die größten Schwierigkeiten sind die ungewisse Vorausplanung und auch die Nachvollziehbarkeit für PatientInnen betreffend die lange Wartezeit in der Ambulanz, oft schon für einen relativ harmlosen Eingriff. Die PatientInnen müssen für einen kurzen Wertschöpfungsprozess sehr viel Zeit aufbringen. Der Druck auf die MitarbeiterInnen steigt immer mehr, da die OP-Auslastung auch mit viel Geld verbunden ist. Um diese komplexen Strukturen zu verändern, ist es die Vision des Lean-OPs, alles nach einem Flussprinzip auszurichten. Die Vision eines OP-Flussprinzips stellt die bisherigen strukturierten Arbeitsabläufe und Prozesse auf eine harte Probe. Das Flussprinzip kann gerade bei stark standardisierten Prozessen eine Leistungssteigerung von 50 % erreichen. Dies geschieht vor allem durch die Reduktion der Wartezeiten unter den interdisziplinären Teams. Die Vision der OP-Flusslinie lehnt sich stark an das Fließprinzip der Industrie an. Dort werden die Leistungsprozesse auf einer Linie in einem getakteten System erstellt. Die Arbeitsschritte sind stark unterteilt und dies führt dazu, dass die Tätigkeiten mit höchster Qualität durchgeführt werden. (vgl. Angerer, Mattmann, 2020, S. 10–12)

5.2. Aufbau eines schlanken Krankenhauses

Im nachfolgenden Kapitel wird der Aufbau eines schlanken Krankenhauses erklärt. Es wird darauf eingegangen wie sich Lean Management in der Administration einsetzen lässt und welche Führungsstile für Lean Management von Bedeutung sind.

5.2.1. Begriffsdefinition schlankes Krankenhaus

Ein ‚schlankes Krankenhaus‘ konzentriert sich auf das Wohlergehen seiner PatientInnen. Es investiert viel Zeit und nutzt Werkzeuge und Methoden, um die Qualität für die PatientInnen stetig zu verbessern. (vgl. Gottschalk, 2018, S. 3) Der Fokus aller Tätigkeiten in der Organisation liegt auf den Bedürfnissen der PatientInnen. Das Streben nach Perfektion liegt im Sinne der PatientInnen und im Sinne der Medizin. Das Ineinandergreifen aller Bereiche und das Zusammenwirken aller Mitarbeitenden mit der jeweiligen fachlichen Qualifikation sind Grundvoraussetzungen für eine sichere und qualitative ökonomische Unternehmenssicherung. (vgl. Scholz, 2016, S.2)

5.2.2. Lean Culture

‚Kultur‘ ist ein unterschiedlich interpretiertes Wort, es gibt eine Vielzahl an Ausprägungen, der Begriff trägt vielseitige Bedeutungen und hat eine hohe emotionale Kennzeichnung in unterschiedlichen Kulturkreisen. So gibt es erhebliche Unterschiede zwischen dem europäischen Raum und dem chinesischen Raum. Das Wort ‚Kultur‘ kommt im europäischen Kontext aus der Landwirtschaft, konkret vom Ackerbau. Ein Boden wird darauf vorbereitet, dass die Pflanzen durch Hegen und Pflegen bis zur Blüte und Frucht gut gedeihen. Die Kultur ist ein Prozess, in dem die Pflanze von unten nach oben gepflegt wird und auch das Wachstum wird von unten nach oben vollzogen. Im chinesischen Raum wird mit dem Begriff der Kultur das Gegenteil ausgedrückt. Dort wird die Kultur in einem Prozess von oben nach unten hin ausgerichtet, vergleichbar mit der Hierarchie in einer Gesellschaft. In diesem Hierarchieverständnis ist die Blüte das Höchste, das die Gesellschaft durchdringt. Wollte jemand im chinesischen Raum eine höhere Bildung oder einen höheren Beruf anstreben, musste er von der Gesellschaft auserwählt werden. Die Kultur wurde durch einen Prozess von oben nach unten im hierarchischen Denken

gestaltet. Von einer kleinen Führungsschicht wurde das ganze Land gelenkt. Aus diesem Grund muss bei der Einführung von Lean Management auf die kulturellen Besonderheiten einzelner Länder Rücksicht genommen werden. Die Lean Culture wird maßgeblich vom eigenen Verständnis und von den mit der Einführung beauftragten Personen beeinflusst. Fehler werden in den gängigen Unternehmenskulturen als Probleme angesehen und häufig auch missachtet. Lean Thinking und Lean Culture leben von einer offenen und ehrlichen Fehlerkultur. Die Unternehmenskultur aus der Sicht von Lean lebt von einer guten Teamarbeit mit Mitarbeitenden aus unterschiedlichen Projektbereichen. In der Lean-Kultur hat jeder Mitarbeiter das gleiche Recht auf Zugang zu uneingeschränktem Wissen. Neben dem Austausch von Wissen sind in den laufenden Prozessen die schnelle Weitergabe von neuen Informationen und die Auswertung der daraus resultierenden Schlüsse von großer Bedeutung. Die Teams wirken in diesem Zusammenhang wie neuronale Netze und produzieren einen hohen Mehrwert. Kommunikation und Informationen sind die Schlüsselfunktionen im Aufbau einer Lean Culture. (vgl. Fiedler, Nesensohn, 2018, S. 66–69)

5.2.3. Lean – Administration

In der Lean Administration werden schlanke Werkzeuge für die Bereiche Einkauf, Buchhaltung, Controlling, Personal und Marketing verwendet (vgl. Tautrim, 2014, S. 107). Für Lean Administration gibt es keine explizite Definition, alle Methoden und Werkzeuge orientieren sich am Lean Productions System (vgl. Brenner, 2018, S. 1).

Die Herausforderung im Prozessmanagement im Büro ist insbesondere, dass die Tätigkeiten und Ergebnisse weniger transparent sind. Die Prozessschritte in der Produktion werden schneller erkannt, da unmittelbar Ergebnisse sichtbar sind. (vgl. Brenner, 2018, S. 7) Die nicht wertschöpfenden Tätigkeiten zählen zu den sieben Arten der Verschwendung:

Verschwendung	Erklärung	Beispiele
Bewegung	MitarbeiterInnen in den Büros müssen sich bewegen.	Typische Wege zum Drucker, Materialschrank oder KollegInnen im Prozess. Suchaufwand kann auch zu Bewegung führen.
Datenübertragung/ Transport von Unterlagen	Trotz aller elektronischen Medien kann auch der Transport von Informationen zu Verschwendung und Verzögerungen führen.	Arbeitspapiere müssen aus der Arbeitsvorbereitung in die Produktion gebracht werden. Daten werden in dieser Abteilung in ein System eingegeben und in einer anderen Abteilung/ einem anderen System weiterverwendet. Diese Übertragung findet nur nachts statt.
Wartezeiten	Im Prozess kommt es zu Verzögerungen, da auf etwas gewartet werden muss.	Eine Rechnung kann nicht geschrieben werden, da notwendige Informationen aus dem Versand fehlen. Ein Änderungsantrag für ein Produkt kann im Engineering nicht weiter bearbeitet werden, da die Genehmigung eines/r Managers/In noch nicht vorliegt.
Überbearbeitung	Es wird im Prozess mehr geleistet, als eigentlich für die Zielerreichung notwendig ist.	Daten müssen für eine Entscheidung vorbereitet werden, die für diese eigentlich irrelevant sind. Für eine Genehmigung bedarf es mehr Unterschriften, als sinnvoll sind.
Überproduktion	Es werden im Unternehmen Informationen produziert, die nicht brauchbar und nötig sind.	MitarbeiterInnen erhalten und lesen E-Mails, die für sie nicht relevant sind. Berichte werden erstellt, die von niemanden gebraucht werden.
Korrekturen und Rückfragen	Dies ist die typische Nacharbeit, die durch einen Fehler verursacht wurde.	Eine Kalkulation muss noch einmal erstellt werden, da falsche Parameter verwendet wurden. Die Arbeitsvorbereitung muss beim Vertrieb nachfragen, da falsche bzw. unvollständige Informationen zur Verfügung gestellt wurden. (typische Informationsschleifen)
Bestände	Im Prozess befindet sich mehr Arbeit, als von den MitarbeiterInnen in einem bestimmten Zeitraum erledigt werden kann. Früher war dies noch visuell erkennbar z.B. durch die Stapel an Aufträgen auf dem Schreibtisch. Inzwischen verstecken sich die Bestände besser im System.	Ein Ingenieur hat 10 Zeichnungen auf seiner Agenda, obwohl er nur eine pro Tag erstellen kann. Ein/e MitarbeiterIn der Arbeitsvorbereitung erstellt die Fertigungsaufträge für die nächsten zwei Wochen.

Abbildung 6: 7 Arten der Verschwendung. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Brenner, 2018, S. 13

Es gibt zahlreiche Ursachen für die Verschwendung. In den Schnittstellen werden Informationen zwischen Menschen und unterschiedlichen Abteilungen weitergegeben. Eine mangelnde Kommunikation darüber, in welcher Art und Weise Prozesse abgehandelt werden, verursacht

Korrekturen, Rückfragen und Wartezeiten. Sind Informationen nicht vollständig oder fehlerhaft, entstehen die sogenannten ‚Informationsschleifen‘, die aus schlecht definierten Schnittstellen resultieren. Jeder Prozessschritt, der wichtig für einen Ablauf ist, um einen Auftrag zu bearbeiten, sollte optimiert werden. Doch geschieht das auf Kosten des Ergebnisses, ist der Prozess suboptimal. Sind die Rollen und die Verantwortlichkeiten für Prozesse nicht klar definiert, führt dies zu Wartezeiten und Prozesse verzögern sich zusätzlich, wenn die Zeitfenster nicht definiert und kommuniziert werden, die für einen Prozess geplant sind. Arbeitsschritte, die einzeln nacheinander und nicht parallel bearbeitet werden, verursachen Wartezeiten. Prozesse werden häufig durch zu viele unnötige Unterschriften hinausgezögert. Dieselben Daten werden mehrfach in unterschiedliche Systeme eingetragen, die Prozesse werden damit nicht aufgewertet, es entstehen Fehlerquellen. Bei Intransparenz in den Systemen ist nicht erkennbar, wer einen bestimmten Prozess zu Ende führt und was der aktuelle Status ist. Unterschiedliche Prozesse werden mit derselben Herangehensweise bearbeitet, obwohl nicht alle Schritte für jeden Prozess notwendig sind. (vgl. Brenner, 2018, S. 14–15) Die wichtigsten Aspekte für Lean Administration sind:

- das vorbildliche Verhalten der Führungskraft in Bezug auf Lean Leadership
- die Messung anhand von Kennzahlen
- Kontinuität und Nachhaltigkeit in Verbesserungsprozessen
- Konsequenz und Disziplin in der Einhaltung der Standards
- Entwicklung der strukturierten Organisation über strukturierte unternehmensweite Problemlösungen (vgl. Tautrim, 2015, S. 103–104)

5.2.4. Das Menschenbild eines schlanken Krankenhauses

Der Grundgedanke des Lean Managements folgt einem Führungsstil als Vertrauensorganisation. Diese Organisation und der dazugehörige Führungsstil hat Vertrauen in die Leistungsfähigkeit, die Leistungswilligkeit und in die Verantwortungsbereitschaft der MitarbeiterInnen. Die Kennzeichen dieser Vertrauensorganisation sind eine weitreichende Verantwortungsbereitschaft und Delegation, Aufgabenorientierung, eine offene Kommunikation, Teamfähigkeit und

eine Ziel- und Ergebnisorientierung. (vgl. Maaß, 1994, S. 155) Die ‚X-Y-Theorie‘ nach McGregor beschreibt zwei Modelle der Führungsfunktion, in der die Führungskraft jeweils ein bestimmtes Menschenbild bevorzugt. Die Philosophie von Lean Management richtet sich nach der ‚Y-Theorie‘. Das Menschenbild der Führungsfunktionen besteht hier aus Annahmen. Menschen werden durch das Arbeiten an sich motiviert. Sie orientieren sich an Zielen und verfolgen diese selbstständig und diszipliniert. Sie sind auf der Suche nach Herausforderungen, möchten sich weiterentwickeln und Verantwortung übernehmen. Die inneren Grundgedanken dieser Führungskräfte sind Vertrauen, Wertschätzung von Teamgeist, Respekt und emotionale Verbundenheit. (vgl. <https://wpgs.de>, 2021)

5.3. Führung im Zusammenhang mit Lean Management

5.3.1. Führungsbegriff

Führung ist eine Teilfunktion in der Unternehmensführung, die sich darauf fokussiert, Einfluss auf die MitarbeiterInnen zu nehmen, um die Ziele im Unternehmen zu erreichen. Die Möglichkeiten und Methoden sind in vielen Führungstheorien aufgelistet und werden von den in der Gesellschaft anerkannten Grundwerten und Annahmen beeinflusst. Der ständig wachsende Markt und der Konkurrenzdruck beeinflussen den Unternehmenserfolg, der auch von der Mitarbeiterführung abhängt. Unternehmen sind angehalten, die Kreativität und das Wissen ihrer MitarbeiterInnen zu fördern und zu mobilisieren. Die Aufgabe der Führung besteht darin, individuelles Wissen, besondere Fähigkeiten und Kompetenzen der MitarbeiterInnen zu entdecken und für das Unternehmen einzusetzen. (vgl. Franken, 2010, S. 250) Es gibt unzählige Definitionen von Führung, es besteht aber Einigkeit darüber, dass bei einer Führung immer MitarbeiterInnen benötigt werden. Hauptziel des Führens ist es, Menschen zum Handeln zu bewegen. Es wurde weiter oben bereits die Definition von ‚Einflussnehmen‘ genannt, jedoch noch nicht die von ‚Weisungsbefugnis‘. Das intuitive menschliche Grundverständnis ist davon überzeugt, ein Führungsverhalten ohne Druck und Zwang auszuüben. (vgl. Gasche, 2018, S. 8)

Führungskräfte im Gesundheitswesen stehen vor besonderen Herausforderungen in der Entscheidungsfindung und in der Umsetzung der Prozesse. Infolge der Veränderungen gilt es häufig Widerstände zu überwinden und Überzeugungsarbeit zu leisten. (vgl. Frodl, 2013, S. 216)

5.3.2. Führungsstil

Moderne Unternehmen, in denen ein positives Menschenbild herrscht, profitieren vom kooperativen Führungsstil. Dieser Führungsstil zeichnet sich durch eine hohe Kommunikation zwischen Führungskräften und MitarbeiterInnen aus. Zu den Merkmalen zählen:

- ein guter Informations- und Kommunikationsfluss zwischen allen Ebenen
- ein definierter Rahmen, in dem die Handlungsspielräume festgelegt sind
- definierte Kompetenzen und Fähigkeiten der MitarbeiterInnen
- Einbeziehung in die Entscheidungsprozesse
- Delegationsfähigkeit – MitarbeiterInnen wird mehr Verantwortung erteilt – die regelmäßig kontrolliert werden
- strukturierte Personalentwicklungsplanung
- definierte Unternehmensziele

Eine Führungsstilanalyse ist eine Methode zur Effizienzsteigerung einer Führungsleistung. Anhand dieses Feedback-Instrumentes kann die Führungskraft erfahren, inwieweit MitarbeiterInnen mit dem Führungsverhalten zufrieden sind. Sie kann diese Erfahrungen mit ihrer Selbsteinschätzung vergleichen und darauf aufbauend Verbesserungen anstreben. Zu folgenden Zwecken kann die Führungsstil-Analyse eingesetzt werden:

- Feedback für die Führungskraft durch Eigen- und Fremdbild
- Bedarfserhebung in der Führungskräfteentwicklung
- Grundlage für Trainings
- Frühwarnsystem
- Bestätigung für den Erfolg
- Ermittlung von Potentialen (vgl. Neges G. & Neges, R., 2007, S. 36)

5.3.3. Lean Leadership

Lean Leadership wurde durch das Führungskräftemodell von Toyota bekannt. Es fördert die Entwicklung der Kompetenzen der Führungskraft und ihrer MitarbeiterInnen. Diese Fähigkeiten

unterstützen nicht nur bei der Problemlösung, sondern auch bei den messbaren Verbesserungen für die Unternehmensleistung. Führungskräfte setzen Werkzeuge und Tools zur eigenen Perfektionierung ein. (vgl. Tautrim, 2015, S. 99–100) Lean Leadership verfolgt das Ziel, optimale Problemlösungen zu etablieren, und ist bestrebt, dass das Erreichen der Ziele zu einem natürlichen Ablauf wird (vgl. Marquardt, 2018, S. 467).

Die fünf Phasen im Lean Management Deployment:

In der ersten Phase steht das aktuelle Unternehmensleitbild mit dessen Werten im Vordergrund. Es ist eine Abbildung des Führungsleitbildes und wird mit den bestehenden Werten und mit den ‚neuen‘ Regeln im Sinne der Lean Leadership abgeglichen. In der zweiten Phase geht es um die Reflexion der Führungskraft. und darum, sich als Führungskraft selbst anhand von aufbauenden Kernkompetenzen zu entwickeln. Es ist die Fähigkeit, das eigene Verhalten und Wirken am Erfolg der MitarbeiterInnen zu reflektieren und die eigene Leistung systematisch zu erhöhen. Phase 3 bezieht sich auf die Entwicklung von MitarbeiterInnen. Die Führungskräfte coachen ihre MitarbeiterInnen, damit diese die eigenen Fähigkeiten entwickeln sowie ihr Verhalten und ihr Wirken reflektieren. Der Kern dieses Coachings ist die strukturierte Problemlösung, um die Führungskräfte in den täglichen Geschäften zu unterstützen und zu entlasten. In der vierten Phase geht es um die disziplinierte Anwendung von Führungstechniken. Es geht darum, die Gruppen von MitarbeiterInnen in allen Bereichen auf eine Richtung auszurichten und die hohe Qualität durch ständiges Verbessern in Form von Kaizen oder PDCA sicherzustellen. Die letzte Phase steht für die Zielerreichung des Unternehmens. Alle MitarbeiterInnen und Führungskräfte sind in der Organisation eingebunden, alle Aktivitäten sind aufeinander abgestimmt, damit die Ziele erreicht werden. Diese Prozesse sind bedeutsam für die jährliche Strategieentwicklung und eng mit der Budgetplanung verbunden. Es darf kein Abteilungsdenken stattfinden, sondern es wird der Fokus auf das gesamte Unternehmen gelenkt. Das Management hat alle Prozesse optimiert und in der gesamten Organisation verankert. Diese fünfte Phase endet nie, sondern es geht immer weiter um Selbstreflexion, Anpassung und Feinjustierung bis hin zur Perfektion. (vgl. Tautrim, 2015, S. 100–101)

Abschließend werden im nächsten Kapitel die menschlichen Kompetenzen erläutert, die die Lean-Führungsstile verlangen und erfolgsversprechend unterstützen.

6. FÜHRUNGS- UND MANAGEMENT KOMPETENZEN DIE LEAN UNTERSTÜTZEN

Um die Anforderungen an die Führungskräfte im Lean Management besser verstehen zu können, ist eine ausführliche Recherche von unterschiedlichen Kompetenzen essentiell. Zusätzlich zeigt dieses Kapitel 6, welche Anforderungen an die MitarbeiterInnen gestellt werden und wie sich diese Kompetenzen mit dem in Kapitel 5.2. und 5.3. Ausgeführten verbinden lassen.

6.1. Definition Kompetenz

Der Begriff der Kompetenz ist in den letzten Jahren in zahlreichen wissenschaftlichen Quellen vielseitig interpretiert worden. Zusammenfassend definiert Kompetenz eine Gesamtheit unterschiedlicher Verhaltensdimensionen. Kompetenz umfasst Kenntnisse in Form von Fach- und Methodenkenntnissen, Erfahrungen in Form von Berufs- und Führungserfahrung und Fähigkeiten in Form von Team- und Lernfähigkeit. Die Verhaltensdimensionen werden meist in einem eigenen Modell der Handlungskompetenzen zusammengefasst. Diese Kompetenzbereiche dienen der konkreten Anwendung in der Praxis und bilden die Basis für die Führungs- und Personalarbeit (vgl. Lang, 2014, S. 121–122)

6.2. Handlungskompetenzen

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Handlungskompetenzen erläutert die für die Lean Implementierung bei Führungskräften und MitarbeiterInnen erforderlich sind.

6.2.1. Fachkompetenzen

Fachkompetenz ist eine Kombination aus fachlichem Wissen und der Beherrschung von Fertigkeiten, die zur Erledigung von fachlichen Aufgabenstellungen notwendig sind. Sie dient vorwiegend den Führungskräften dazu, bei ihren MitarbeiterInnen Akzeptanz zu schaffen und Entscheidungen mit fachlichem Hintergrund zu untermauern. Ist eine Position vorwiegend mit der

Führungsverantwortung betraut, sind weniger fachliche Kompetenzen ausschlaggebend. Es zählen dann vorwiegend die Personal- und Sozialkompetenzen. (vgl. Lang, 2014, S. 124) Die Förderung der MitarbeiterInnen in der Fachkompetenz hat heute in einem sich rasch wandelnden Umfeld sowohl für die Zukunftssicherung des Unternehmens als auch für die MitarbeiterInnen selbst einen hohen Stellenwert. (vgl. Glöckler, Maul, 2010, S. 178)

6.2.2. Sozialkompetenzen

Die Sozialkompetenz umfasst die Fähigkeiten in der sozialen Interaktion mit Führungskräften und MitarbeiterInnen. Der Umgang mit Bezugspersonen zur Zielerreichung und Aufgabenerfüllung unter Einsatz der richtigen Arbeitsmittel ist essentiell. Die Merkmale für die Sozialkompetenz zeigen sich durch:

- Kommunikations- und Kontaktfähigkeit
- Konfliktlösungsfähigkeit
- Führungs- und Teamfähigkeit
- Motivationsfähigkeit
- Rhetorik und Ausstrahlung
- Durchsetzungsstärke

Der Kern dieser Kompetenz ist, sich je nach Situation angemessen und wertschätzend zu verhalten und auch eine adäquate Wertschätzung im eigenen Umfeld von den Mitmenschen zu erhalten. (vgl. Lang, 2014, S. 123) Es ist die Fähigkeit, mit anderen verantwortungsbewusst umzugehen und sich dabei gruppen- und beziehungsorientiert zu verhalten. (vgl. Hintz, 2011, S. 28)

6.2.3. Personalkompetenz

Die Personalkompetenz beschreibt die eigene Persönlichkeit und zeigt das persönliche Verhalten in der Erfüllung der Arbeitsaufgaben. Sie kann als Fähigkeit zur Authentizität im Umgang mit sich selbst verstanden werden. Folgende Merkmale bestimmen die Personalkompetenz:

- Persönliche Einstellung
- Charaktereigenschaften

- Temperament
- Frustrationstoleranz
- Antriebskraft

Die emotionale Kompetenz erweitert diesen Bereich noch. Darunter wird die Fähigkeiten begriffen, die eigenen Gefühle zu verstehen, zuzuhören und sich in die Gefühlslage der Mitmenschen hineinzusetzen. Ein emotional kompetenter Mensch ist in der Lage, in schwierigen Situationen mit seinen Gefühlen umzugehen und sich in der Situation entsprechend zu Recht zu finden (vgl. Lang, 2014, S. 122). Personalkompetenz bedeutet, als Führungskraft und MitarbeiterIn ein realistisches Bild von sich selbst zu haben. Auch umfasst sie die Bereitschaft, aus der eigenen Überzeugung heraus zu handeln und Entscheidungen treffen zu können. Personalkompetenz ist unerlässlich im Zusammenhang mit Führung und Kommunikation, um als beständiger Mensch im Unternehmen wahrgenommen zu werden (vgl. Aigner, Bauer, 2008, S. 27)

6.3. Führungskompetenz in einem sozialen Dienstleistungsunternehmen

Die Führungskräfte in sozialen Einrichtungen sind für bestimmte Aufgaben und Funktionen zuständig, repräsentieren die Einrichtung, sind grundsätzlich in einem hohen Maß beziehungsorientiert und für die Leistungserbringung zuständig. Im Gegensatz zu Wirtschaftsunternehmen arbeiten soziale Einrichtungen nicht auf Gewinnerzielung hin, sondern für die Erfüllung der Aufgaben aus dem sozialen Bereich. Es betrifft immer Tätigkeiten an und mit Menschen. Menschliche und ideelle Werte sind ein zentrales Thema in einer sozialen Einrichtung, sie bestimmen das Menschenbild und das Handeln der Beschäftigten. Je kleiner ein soziales Unternehmen ist, umso weniger ist es hierarchisch strukturiert, die größeren Unternehmen unterliegen einer verstärkten Hierarchiestruktur. Macht und Autorität sind nach wie vor heikle Themen, die eine große Herausforderung für die Führungskräfte darstellen. Transaktionale und transformationelle Führung sind ein stetiger Balanceakt, der nur in Zusammenarbeit mit den MitarbeiterInnen funktioniert. Auch gehören dazu die Fähigkeiten, Konsequenzen in Form von Budgetkürzungen, Personaleinsparungen und Qualitätskontrollen rational und emotional zu bewerkstelligen. Die Führungskraft schafft durch die Einbeziehung der MitarbeiterInnen in Form von Transparenz und Wissensvermittlung die Voraussetzung für eine realistische Objektivität der MitarbeiterIn-

nen in Bezug auf Situationen und für die Erarbeitung von Ideen und Veränderungen zur Beeinflussung der relevanten Bereiche. In jedem sozialen Unternehmen bedarf es klarer Strukturen und Regeln, aber auch eines vertrauensvollen, authentischen und berechenbaren Führungsverhaltens. (vgl. Tergeist, 2015, S. 24–25)

6.4. Führungskompetenzen im Lean Management

Lean Management verlangt als wichtigste Voraussetzung den Rollenwandel, den Führungskräfte – vor allem Vorstände, Geschäftsführer oder Verwaltungsdirektoren – zu leisten haben. Führung findet im Lean immer am Ort des Geschehens statt. Die Führung fungiert als Unterstützung für die Beteiligten und ist verantwortlich dafür, dass eine Organisation die besten Voraussetzungen hat, um perfekt zu arbeiten (vgl. Gottschalk, 2018, S. 243). Die Lean-Methodik unterstützt die Führungskräfte in der Mitarbeiterentwicklung mit einer Auswahl an Instrumenten. Dabei werden die Instrumente nicht immer einheitlich benannt. Die Vorteile der Instrumente liegen darin, sie für den größtmöglichen Nutzen der Führungskräfte und der MitarbeiterInnen bedarfsgerecht einzusetzen. Dabei ist der Begriff ‚Coaching‘ von großer Bedeutung. Die Mitarbeiterentwicklung sollte durch die unmittelbaren Führungskräfte erfolgen und nicht durch theoretische Vorträge oder externe Trainings. Dem geht aber voraus, dass die Führungskräfte ein einheitliches Verständnis für die Führungskultur erlernen und danach handeln. Um den Führungskräften die Coachingkompetenzen zu vermitteln, bedarf es eines Rahmens in Form von Trainings durch externe Lean Coaches. Die bereits eingeführten Führungsinstrumente des Unternehmens müssen auf Lean ausgerichtet und auch in der Praxis umsetzbar sein. Die Führungskräfte coachen ihre MitarbeiterInnen. Dieser Coachingansatz ist etwas umfangreicher als der der Lean Coaches. Der Grundsatz ist: Lean-Prinzipien sind nur dann nachhaltig und erfolgreich, wenn die Führungskräfte mitarbeiterzentriert ausgerichtet sind. Es geht darum, die MitarbeiterInnen zu eigenverantwortlichen und ‚lean‘ selbstdenkenden Menschen zu entwickeln und sie zu fördern. Die Lean Coachings der Führungskräfte umfassen die Implementierung von Lean und die nachhaltige Mitarbeiterentwicklung. (vgl. Schustereit & Von der Linde 2014, S. 320-322)

6.5. Prozessverbesserung mit Change Management und Kommunikationstraining

Change-Management hat ebenso die Ziele zur Verbesserung, es trifft auf die Ebene der Unternehmenskultur und ist für den Wandel eines Unternehmens essentiell. Change-Management hat gleiche Werte und Ziel wie das Lean Management, aus diesem Grund ist Change-Management im Lean Management eine Ergänzung.

6.5.1. Change Management

Change Management beschreibt alle Aufgaben, Maßnahmen und Tätigkeiten, die zu einer strukturierten Veränderung einer Organisation oder eines Unternehmens beitragen. Diese Veränderungen beeinflussen die Strategie, die Struktur und die Kultur des Unternehmens. Die Veränderungen beziehen sich auf Verhaltensmuster und Fähigkeiten auf organisationaler und personeller Ebene. Der Tätigkeitsbereich umfasst in einem solchen Veränderungsprozess mehrere Phasen. Zu Beginn werden vorbereitende Analysen und Planungen des Prozesses erstellt, dann erfolgt die Einführung und Ausweitung der Maßnahmen bis hin zur Stabilisierung der umgesetzten Veränderungen. Eine weitere Aufgabe des Change Managements ist die Prozessverbesserung. (vgl. Scholz, 2016, S. 129) Change Management ist erst dann erfolgreich, wenn alle MitarbeiterInnen in den Veränderungsprozess eingebunden sind und die jeweiligen Systeme nachhaltig in die richtige Richtung gesteuert werden. Die Praxis hat gezeigt, dass bestimmte wiederkehrende Faktoren den Veränderungsprozess maßgeblich beeinflussen. Der geplante Erfolg eines Veränderungsprozesses wird sich leichter einstellen, wenn alle Erfolgsfaktoren beachtet werden. Je nach Projekt und Organisation können unterschiedliche Faktoren von Bedeutung sein. Die wichtigsten Erfolgsfaktoren sind:

- Richtige und ausreichende Kommunikation – Die Kommunikation ist die Basis für die Erklärung der Ausgangssituation, für die Begründung der Notwendigkeit des Wandels sowie für die Darstellung der Visionen und Ziele für den notwendigen Veränderungsprozess.

- Eingliederung der MitarbeiterInnen in den Veränderungsprozess – Die MitarbeiterInnen sind aktiv in die Veränderungsprozesse sowie in die Ziele und Visionen miteinzubeziehen.
- Führungskraft – Führungskräfte unterstützen ihre MitarbeiterInnen vor Ort, ermutigen und motivieren die MitarbeiterInnen dazu, Veränderungen umzusetzen und Probleme eigenständig zu lösen.
- Stetige Umsetzung der Veränderungen – Klar definierte Ziele mit kleineren Zwischenzielen und eine langfristige Zielausrichtung werden definiert. Probleme dienen dem Wachstum und der kontinuierlichen Verbesserung. (vgl. Steinhoff, Pointer, 2016, S. 123)

Gerade im Gesundheitswesen steht immer der Mensch im Mittelpunkt der Aktivitäten. Nicht nur die PatientInnen, sondern auch die MitarbeiterInnen sind die wesentlichen Faktoren in Prozessen. Es sind alle Methoden und Werkzeuge auf einzelne Personen oder Gruppen ausgerichtet. Der Hauptgrund ist immer die Strategie und die Unternehmenskultur, an denen sich MitarbeiterInnen in und nach einem Change-Prozess orientieren müssen. Damit die Individualität jedes Einzelnen erhalten bleibt, ist Change Management kein starres System, sondern eher eine Orientierungshilfe, die viel Spielraum erlaubt. (vgl. Spiegel, 2020, S. 17) Der erste Ansatzpunkt ist das Individuum als kleinste soziale Einheit im Unternehmen. Durch die aktive Mitarbeit ist Wandel im Unternehmen möglich. Change Management fördert nicht nur die Anpassungsfähigkeit an neue Herausforderungen, sondern auch eine positive Einstellung zu den Zielen des Wandels und zur Mitarbeit. Der zweite Ansatzpunkt sind die Unternehmensstrukturen. Sie sind die formalen Aufbau- und Ablauforganisationen neben den Strategien und Ressourcen. In der Theorie lässt sich der Wandel leichter gestalten als in der Praxis. Strategien und Ressourcen lassen sich nicht kurzfristig von Einzelnen verändern, sie müssen langsam und wohlüberlegt modifiziert werden. Im dritten Ansatzpunkt geht es um die Unternehmenskultur. Diese ist unabhängig von den einzelnen MitarbeiterInnen, sie bestimmt die Einstellungen, Werte und formalen Regeln des Unternehmens. Der Änderungsprozess auf individueller und struktureller Ebene ohne eine Einbindung der Unternehmenskultur ist mit erheblichen Problemen behaftet und oft gar zum Scheitern verurteilt. (vgl. Lauer, 2014, S. 7–8)

6.5.2. Der Formel für eine erfolgreiche Veränderung.

Unter folgenden Voraussetzungen kann ein Veränderungsprozess erfolgreich zu Ende geführt werden. Die Antriebsformel für Veränderungen nach Kathleen Dannemiller beschreibt diese Voraussetzungen so:

Dissatisfaction – die Unzufriedenheit und die Notwendigkeit etwas zu verändern

Vision – die Ziele und Chancen auf eine bessere Zukunft

First Steps – die ersten Schritte in die richtige Richtung – die ersten kleinen Erfolge

Resistance – der Widerstand gegen die Veränderungen aufgrund von Ängsten und Egoismus

Diese Formel zeigt die drei schwerwiegendsten Faktoren auf, nämlich die Unzufriedenheit, die Vision und die ersten Schritte. Das Gesamtprodukt dieser drei Faktoren muss größer sein als der Widerstand, der der Veränderung entgegenwirkt. Mit dieser Formel kann ein Veränderungspotential gemessen werden und auch, in welcher Stärke die einzelnen Faktoren hervortreten. Sie dient einer kritischen Begutachtung der Unzufriedenheit in einer Organisation und hat das Potential, eine Organisation für eine Vision zu begeistern. (vgl. Steinhoff, Pointer, 2016, S. 129) Die einzige Beständigkeit liegt im Wandel. Für Führungskräfte speziell in Großunternehmen wird es immer wichtiger, die Notwendigkeit zur Veränderung zu verinnerlichen. Veränderung schafft Raum für Kreativität, bringt Abwechslung und schenkt neue Erfolgserlebnisse. Veränderung ist die einzige Möglichkeit, positive Strukturen auf längere Zeit zu erhalten. Die Umwelt eines Unternehmens verändert sich rasant, unabhängig von den eigenen Werten. (vgl. Rigall, Wolters, 2015, S. 20)

6.5.3. Kommunikationskompetenz

Für die Definition von Kommunikationskompetenz werden gerne die Komponenten Effektivität und Angemessenheit genannt. Die Effektivität liegt dann vor, wenn die Person die gewünschten Effekte ihrer Kommunikation auch erzielt. Von Angemessenheit wird dann gesprochen, wenn eine Person in der Kommunikation bestimmte Situationen durch explizite und implizite Konventionen anpasst. Strohner ist der Auffassung, eine Kommunikationskompetenz liegt dann vor, wenn eine Person sowohl effektiv als auch angemessen kommunikativ zu handeln versteht.

(vgl. Strohner, 2006, S. 69) Kommunikation ist ein bedeutendes Werkzeug in Auseinandersetzungen, die den MitarbeiterInnen die Gründe und Notwendigkeit der Veränderungen verdeutlichen sollen. Kommunikation schafft eine Basis der Legitimation, neue Projekte erhalten mehr Attraktivität und Akzeptanz. Veränderungsprojekte sollten vorab mit einem zu erreichenden Soll-Konzept kommuniziert werden und auch der Sinn und die Attraktivität des Projekts sollen für alle MitarbeiterInnen ersichtlich sein. Für die Mitarbeitermotivation ist es von großer Bedeutung, die MitarbeiterInnen frühzeitig und ausführlich über die geplanten Veränderungen zu informieren. Bei einer solchen Vorgehensweise können falsche Gerüchte und Ängste aus Desinformationen vermieden werden. Auch während des Veränderungsprozesses ist es wichtig, MitarbeiterInnen von positiven Zwischenerfolgen zu berichten. Die Motivation der MitarbeiterInnen ist stark vom Umsetzungserfolg abhängig, ohne ausreichende Kommunikation wird ein Motivationsverlust riskiert. Die Chance auf Motivationssteigerung wird durch eine direkte und unmittelbare Kommunikation der positiven Ergebnisse erzielt, damit der Zusammenhang der erbrachten Leistungen und der positiven Ergebnisse für die MitarbeiterInnen veranschaulicht werden. (vgl. Schuh, 2006, S. 90) Die wesentlichen Merkmale einer Kommunikation sind die Arten der Kommunikation in Form von verbaler und nonverbaler Kommunikation. Eine weitere wichtige Rolle spielen die KommunikationspartnerInnen im Informationsaustausch. Es ist das Verständnis entscheidend, das bei den EmpfängerInnen der ausgesendeten Botschaft ankommt. Jede Kommunikation beinhaltet immer einen Filter zwischen den GesprächspartnerInnen. (vgl. Scholz, 2016, S. 141) Die Wahrnehmung des Empfängers wird gefiltert. Der Wahrnehmungsfiter schützt die EmpfängerInnen davor, von Informationen überlastet zu werden. In weiterer Folge unterstützt er die EmpfängerInnen auch dabei, die Informationen zu beurteilen und diese in Wissen, Erfahrung und eigene Werte einzuordnen. Er gibt die notwendige Hilfestellung zum Handeln, dabei beeinflussen weitere Faktoren den Kommunikationsprozess:

- Wahrnehmung ist immer selektiv – Menschen können nie alle Informationen aufnehmen. Es werden diejenigen Informationen gefiltert, die zu den eigenen Wertvorstellungen und in das eigene Konzept passen und die die eigenen Vorurteile bestätigen.
- Wahrnehmung ist immer projektiv – Informationen sind für Menschen oft nicht eindeutig, es wird aufgrund fehlender Information anhand der eigenen Erfahrungen etwas hin-

eininterpretiert. Diese Interpretation wird so gestaltet, dass es für die Menschen Sinn ergibt.

- Wahrnehmung und Bewertung gleichzeitig – Wahrnehmung ist das Beobachten mit allen fünf Sinnen. Gleichzeitig erfolgt neben dem Beobachten auch das Bewerten der aufgenommenen Informationen. Beobachten und Bewerten vermischen sich und hindern die Menschen an der echten Wahrnehmung.
- Es werden stimmige Urteile getroffen und kognitive Dissonanzen vermieden – Menschen neigen dazu Urteile zu fällen, die mit ihren Wahrnehmungen und ihrem Welt- und Menschenbild übereinstimmen. Menschen vermeiden Wahrnehmungen, die die eigenen mentalen Konzepte in Frage stellen. Unliebsames Verhalten wird zum Beispiel bagatellisiert. (vgl. Alter, 2015, S. 6–7)

6.5.4. Feedbackkultur

Für eine funktionierende Feedbackkultur sind Geduld und Beständigkeit Grundvoraussetzungen. Feedback gelingt mithilfe des Vertrauens darauf, dass die Meinung der MitarbeiterInnen gefragt und wertgeschätzt wird und die Antwort nicht zum Nachteil der MitarbeiterInnen ausgelegt wird. Dieses Vertrauen entsteht über einen längeren Zeitraum, in dem die MitarbeiterInnen sehr oft gefragt, aber nie mit negativen Konsequenzen konfrontiert werden. Eine Feedbackkultur erfordert Transparenz, Zeit und Initiative. Es gilt alle Ergebnisse offen zu legen, auch die unliebsamen, aber auch die Verbesserungsideen abzuleiten und umzusetzen. Für die MitarbeiterInnen zählt, ob die Feedbacks auch etwas bewirken. Es bedeutet für MitarbeiterInnen, auch mit der Enttäuschung umzugehen, dass nicht alle Ideen anerkannt und umgesetzt werden und nicht jede Unzufriedenheit zu einer Verbesserung führt. Es bietet sich die Chance auf Verbesserung, aber es gibt kein Versprechen. Ein gelebtes Rollenverständnis der Führungskräfte ist in Form einer Partnerschaftlichkeit von großer Bedeutung. In einer gelebten Hierarchiekultur ist es möglich, dass sich alle MitarbeiterInnen unterschiedlicher Hierarchieebenen auf Augenhöhe begegnen und im Dialog die beste Entscheidung treffen. (vgl. Snaphaan & Stolzenberg 2015, S. 228 -229) Die Anhand der zusammenfließenden Erkenntnisse werden im Kapitel 7 die theoretischen Subforschungsfragen beantwortet.

7. BEANTWORTUNG DER THEORETISCHEN SUBFORSCHUNGSFRAGEN

In diesem Kapitel werden die formulierten Subforschungsfragen anhand der Literatur beantwortet.

Subforschungsfrage 1:

In welchen wirtschaftlichen und medizinischen Bereichen kann Lean Management in Krankenanstalten eingesetzt werden?

Lean Management ist seit vielen Jahren in der Autoindustrie ein fixer Bestandteil in der Unternehmensführung und in den Produktionssystemen. Eine schlanke Produktion ist ein Erfolgsrezept in vielen industriellen Unternehmen. Die Behandlung von Menschen darf auf keinen Fall mit der Situation in der Industrie verglichen werden, aber dennoch sind die Ansätze von Lean Management vielversprechend für das Gesundheitswesen. Die Instrumente, die im Lean Management zum Einsatz kommen, dienen in erster Linie den PatientInnen und in weiterer Folge auch den MitarbeiterInnen. Lean Management verfolgt das Ziel im Gesundheitswesen, den Fokus auf das Kerngeschäft zu legen. Die Behandlung und die Pflege der PatientInnen stehen im Mittelpunkt. Die PatientInnen sind als Kunden des Krankenhauses zu sehen, im Sinne des Spruches ‚Der/die Kunde/In ist Königin‘. Ein Krankenhaus benötigt in Zukunft mehr unternehmerisches Denken, um am Krankenhausmarkt attraktiv zu bleiben. Gerade der bürokratische Aufwand von ärztlichem Personal und Pflegepersonal muss minimiert werden. Lean Management wird in vielen Bereichen als Einzelprojekt implementiert. Im Vordergrund stehen die Bereiche und Abteilungen, die den PatientInnen wertschöpfend dienen. Mit der Umsetzung auf Bettenstationen und Ambulanzen wird den PatientInnen ein strukturierter Behandlungspfad erarbeitet. Die Ambulanzen spezialisieren sich auf die Reduktion der Wartezeiten, eine bessere Terminkoordination und es wird versucht, die Untersuchungen im Flussprinzip auszurichten.

Ein weiterer großer Kernbereich ist die Möglichkeit der Lean-Implementierung im Operationsbereich. Ziel ist es dort, die Wartezeiten und Termine im OP besser voranzuplanen und das Flussprinzip im Ablauf mit den interdisziplinären Teams einzuführen. Die Operationsprozesse sollen in einem fließenden, getakteten Ablauf stattfinden. Den PatientInnen sollen gerade bei

kleinen Eingriffen die Wartezeiten verkürzt werden. Ebenso führt der Lean-Ansatz zu einer Effizienzsteigerung im Hinblick auf die Auslastung der Operationssäle. Auf den Bettenstationen, die den größten Bereich in Krankenhäusern ausmachen, liegt der Fokus auf der Kommunikation und Einbindung der PatientInnen in den Alltag und in das Behandlungsgeschehen. PatientInnen können anhand eines Patientenboards im Zimmer die geplanten Untersuchungen und die weiteren Vorgehensweisen nachvollziehen. Die Boards beinhalten wichtige Informationen für PatientInnen und deren Angehörige. Ziel ist es, den PatientInnen die für sie relevanten Informationen transparent aufzuzeigen, ohne die PatientInnen mit Daten und Fakten zu überfluten. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Verkürzung der Wegzeiten des Personals sowie eine bessere Unterrichtung des Personals bei Dienstübergaben und Behandlungsabläufen. Wichtig ist ein gut durchgeplanter Stationsbetrieb mit festgelegten Teammeetings, Visiten und einer Minimierung von Wartezeiten und Verzögerungen. Das Pflegepersonal wird darauf ausgerichtet, mehr Zeit für die PatientInnen aufzubringen und einen insgesamt ruhigeren und strukturierteren Stationsbetrieb zu gewährleisten. Auch die Logistik auf den Stationen wird nach Lean ausgerichtet, um die Wegzeiten und Behandlungsabläufe zu optimieren. Um die Ambulanzen und Bettenstationen optimal auf Lean umzustellen, sind aber auch die Schnittstellenabteilungen von großer Bedeutung. Die Bereiche Röntgen, Labor und Physiotherapie sollten ebenso auf Lean umgestellt werden, da diese Schnittstellen miteinander interagieren und nur so das gesamte Potential von Lean Management zum Tragen kommt. Es gibt viele unterschiedliche Methoden, die in den kleineren Bereichen eines Krankenhauses umgesetzt werden können. Es geht immer um die Prozessoptimierung, und die ist an jeder kleinen Schnittstelle ebenso möglich wie in größeren Bereichen. Im besten Fall wären alle medizinischen Bereiche zeitgleich auf Lean Management umzustellen, um die besten Voraussetzungen für ein Lean Hospital zu schaffen. Dies ist jedoch kaum möglich in die Praxis umzusetzen. Es würde zu Überlastungen und Schwierigkeiten im Krankenhausbetrieb führen und auch das Personal in der Projektumsetzung überstrapazieren. Aus diesem Grund wird auch in der Literatur dazu geraten, den Lean-Ansatz in jedem medizinischen Bereich Schritt für Schritt umzusetzen. Anhand der Literatur wurde Lean Management auch für die Bereiche in der Administration betrachtet. Es geht in allen Prozessen um Verschlinkung und um Vermeidung von Verschwendung. In der Administration zählen vor allem die schlanken Prozesse in Form von kurzen Informationswegen, kundenorientiertem Handeln,

einer verschwendungsfreien Entwicklung und die Service-Orientiertheit. Das Ziel ist es, in administrativen Bereichen wie Einkauf, Controlling, Buchhaltung, Personal und EDV die Produktivität nachhaltig zu erhöhen. Auch in diesem Bereich werden Verschwendungen in Abläufen und Strukturen herausgearbeitet und eliminiert. Lean Administration hat sich in den letzten Jahren als Herausforderung dargestellt, da die Transparenz und die Messbarkeit nur schwer gewährleistet werden konnten. Der Wettbewerbsmarkt hat den Druck auf Unternehmen immer mehr erhöht, daher wurden die Lean-Instrumente auch auf die Administration übertragen. Mithilfe der Lean-Werkzeuge wird eine ständige Verbesserung in der Administration angestrebt. Es zeigt sich, dass Lean Management in allen medizinischen und wirtschaftlichen Bereichen eingesetzt werden kann. Es muss jedoch jeder Bereich und Prozess gut betrachtet werden, um herauszufinden, welche Methoden und Werkzeuge aus dem Lean Management sich am besten eignen. Die Veränderung hin zum Lean Management benötigt viel Geduld und Feingefühl. Es ist eine Philosophie, die viel Zeit benötigt, um nachhaltig in den genannten Bereichen zu wirken. Die ständige Kommunikation mit MitarbeiterInnen und PatientInnen ist dabei ein wichtiger Schlüsselfaktor.

Subforschungsfrage 2:

Was ist unter Lean Management in den Bereichen Mitarbeiterführung und Betriebsorganisation zu verstehen?

Lean Management kann nicht nur als eine Art Managementkonzept erklärt werden, sondern es ist auch eine Unternehmensphilosophie. Es verändert gänzlich das Denken und Handeln aller Beteiligten am Projekt. Es ist das Streben nach Perfektion durch das ständige Hinterfragen der Prozesse von MitarbeiterInnen und Führungskräften. Eine der wichtigsten Komponenten für die Lean-Implementierung ist, dass die Führungskraft vom Lean Management überzeugt ist. Sie ist der größte Treiber, um MitarbeiterInnen in die neuen Projektvorhaben einzuweißen und sie davon zu überzeugen. Führungskräfte führen ihre MitarbeiterInnen nicht mehr nur vom Büro aus, sondern im Lean Management wird am Ort des Geschehens geführt. Die Führungskräfte gehen an den Ort, an dem der Veränderungsprozess umzusetzen ist. Sie unterstützen und stehen den MitarbeiterInnen beratend zur Seite. Lean Management strebt nach schlanken Hierarchien und einem vertrauensvollen Führungsstil. Es setzt auf MitarbeiterInnen, die eigenverantwortlich, selbstbestimmt, lösungsorientiert und selbstreflektiert handeln. Die Aufgaben der

Führungskräfte sind, das Fachwissen, besondere Fähigkeiten und Kompetenzen der MitarbeiterInnen zu entwickeln und im Unternehmen bestmöglich einzusetzen. Führungskräfte müssen auf die Stärken, Schwächen und Menschenbilder der MitarbeiterInnen achten, die sie im Unternehmen integrieren. Unternehmen mit einem positiven Menschenbild profitieren von einem kooperativen Führungsstil. Die Merkmale dieses Führungsstils zeichnen sich durch hohe Kommunikation zwischen Führungskraft und MitarbeiterInnen aus. Den MitarbeiterInnen wird ein gewisser Handlungsspielraum gegeben und sie werden in die Entscheidungsprozesse für das Unternehmen einbezogen. Die schlankere Organisationsstruktur führt zu einer Vergrößerung der Verantwortungsbereiche in der mittleren unteren Leistungsebene. Je geringer die Kontrolle und je umfangreicher die Verantwortungsgebiete für selbstständiges Handeln sind, umso motivierter und engagierter sind die MitarbeiterInnen. Dabei sind Handlungskompetenzen der MitarbeiterInnen und auch der Führungskräfte die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung in einer schlanken Hierarchiestruktur. Soziale Kompetenzen, Personalkompetenzen und Fachkompetenzen unterstützen die Implementierung der Lean-Methoden. Damit MitarbeiterInnen die eigenen Fähigkeiten entwickeln sowie ihr Verhalten und Wirken reflektieren, werden sie von den Führungskräften gecoacht. Das Hauptziel des Coachings ist die Problemlösung, um die Führungskräfte im täglichen Leben zu unterstützen. Damit Führungskräfte die MitarbeiterInnen erfolgreich coachen können, benötigen sie selbst Coachings durch externe Lean Coaches. Die Führungskräfte achten darauf, dass die MitarbeiterInnen die Veränderungsstrukturen im Lean Management nachhaltig umsetzen und diszipliniert einhalten. Sie unterstützen und beobachten die MitarbeiterInnen, um sie bei einem Rückfall in alte Verhaltensmuster darauf aufmerksam zu machen. Es soll nie ein Abteilungsdenken stattfinden, sondern immer nach einer gemeinsamen Zielerreichung für das gesamte Unternehmen gestrebt werden. Um das Projekt Lean Management erfolgreich zu implementieren, erfolgt auch immer ein Change Management. Dieses umfasst alle Maßnahmen und Tätigkeiten, um eine strukturierte Veränderung umzusetzen. Change Management ist dann erfolgreich, wenn alle MitarbeiterInnen in den Veränderungsprozess eingebunden sind. Es erfolgt eine Ist-Analyse und die Planung des Veränderungsprozesses bis zur Erarbeitung der Maßnahmen und letztlich bis zur Stabilisierung der umgesetzten Prozesse. Der Hauptfokus liegt immer auf der Unternehmenskultur und der Strategie, an der sich MitarbeiterInnen orientieren. Um die Individualität aller MitarbeiterInnen zu

erhalten, darf Change Management kein starres und striktes System sein, sondern sollte lediglich als Orientierungshilfe dienen, das viel Potential in sich trägt. Es fördert nicht nur die Anpassungsfähigkeit, sondern auch die positive Einstellung zum Wandel und zur Veränderung. Die Veränderung in der Unternehmenskultur ist neben Strategien und Ressourcen immer auch an Aufbau- und Ablauforganisationen gebunden. Solch gründliche Unternehmensveränderungen müssen sorgsam und wohlüberlegt angegangen werden. Veränderung ist die einzige Möglichkeit, positive Strukturen auf längere Sicht im Unternehmen zu halten. Für die Umsetzung des Change Managements bedarf es eines hohen Maßes an Kommunikationskompetenz. Neue Projekte sollten vorab mit einem Soll-Konzept kommuniziert werden und mit Sinn und Attraktivität den MitarbeiterInnen nähergebracht werden. Für die Motivation der MitarbeiterInnen ist es wichtig, sie frühzeitig und ausführlich von den Veränderungsplänen zu unterrichten. Mit Ehrlichkeit und Transparenz kann Gerüchten und Fehlinformationen entgegengewirkt werden. Um das Durchhaltevermögen der MitarbeiterInnen zu bewahren ist es auch sinnvoll, während des Veränderungsprozesses immer wieder von Zwischenerfolgen zu berichten. In der Kommunikation ist es immer wichtig, auf die Sender- und die Empfängerwahrnehmung einzugehen. Jede Kommunikation beinhaltet einen Filter und dieser dient dazu, um die GesprächspartnerInnen nicht zu überfordern. In weiterer Folge unterstützt er die GesprächspartnerInnen dabei, Wissen, Erfahrung und die eigenen Werte besser einzuordnen. Diese Werte beeinflussen Menschen in ihrem täglichen Denken und Handeln. Eine Möglichkeit, um die ständige Verbesserung in einem Veränderungsprozess voranzutreiben, ist eine integrierte Feedbackkultur, die speziell im Lean Management von großer Bedeutung ist. Lean Management lebt auch von einer positiven Fehlerkultur, um durch ständiges Lernen die Perfektion anzustreben. Grundvoraussetzung für ein qualitatives Feedback ist das Vertrauen, dass die Meinung der MitarbeiterInnen von Bedeutung ist und wertgeschätzt wird. Die Feedbackkultur erfordert Transparenz, Zeit und Initiative. Es ist unumgänglich, alle Ergebnisse offen zu legen, die Verbesserungsideen daraus abzuleiten und diese umzusetzen. Ein gelebtes Rollenverständnis der Führungskräfte in einer partnerschaftlichen Form gegenüber den MitarbeiterInnen ist ebenfalls von großer Bedeutung. In einer gelebten Hierarchiekultur ist es wichtig, dass alle MitarbeiterInnen unterschiedlicher Hierarchieebenen sich auf Augenhöhe begegnen, um im Dialog die besten Entscheidungen zu treffen.

8. ERHEBUNG UND AUSWERTUNG DER EMPIRISCHEN ERGEBNISSE

Nach der theoretischen Untersuchung erfolgen in den nächsten Kapiteln die Auswertung und die Ergebnisdarstellung der empirischen Untersuchung. Anhand eines Interviewleitfadens und eines Kategorienschemas wurden die Meinungen der ExpertInnen erhoben und strukturiert ausgearbeitet.

8.1. Forschung und Methodenwahl

Die vorliegende Masterthesis wird anhand einer ausführlichen Literaturrecherche im Theorie- teil ausgearbeitet und im zweiten Teil wird dem die empirische Forschung gegenübergestellt. Die Auswertung der Empirie erfolgt mit einer strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz.

Die strukturierte qualitative Inhaltsanalyse lässt sich sehr einfach von einer quantitativen Inhaltsanalyse unterscheiden. Die quantitative Inhaltsanalyse wandelt das erhobene Datenmaterial in eine genaue Zahlenmatrix um und diese Zahlenmatrix wird statistisch aufbereitet. Die qualitative Inhaltsanalyse orientiert sich dagegen an einem Text. Nach einer Kategorieneinteilung und Zuordnung sind die inhaltlichen Aussagen im Text von Bedeutung. Die Aufbereitung der inhaltlichen Aussagen in der qualitativen Inhaltsanalyse sind in der empirischen Forschung vordergründig. In der quantitativen Inhaltsanalyse bestehen die Aufbereitung und die Ergebnisse lediglich aus Statistiken, Tabellen und Parametern. Die konkreten Aussagen sind in der quantitativen Inhaltsanalyse nach der Codierung und Kategorienbildung nicht mehr von Bedeutung und werden daher auch nicht in der wissenschaftlichen Arbeit selbst zitiert. (vgl. Kuckartz, 2018, S. 48) Die qualitative Inhaltsanalyse erfordert ein systematisches Vorgehen, in dem das gesamte Datenmaterial behandelt und ausgewertet werden muss. Alle Texte werden genau gelesen und Absatz für Absatz wird darüber entschieden, ob der Text relevante Informationen in Bezug auf die Forschungsfragen enthält. Diese relevanten Daten werden den Kategorien und Unterkategorien zugeordnet und extrahiert. Ein weiterer Vorteil in der qualitativen Inhaltsanalyse ist der theoriegeleitete Interviewleitfaden. Die aus der Theorie abgeleiteten Informationen bilden auch die Grundlage der Auswertungskriterien. Dadurch wird der Zusammenhang zum

existierenden Wissen und zur bestehenden theoretischen Literatur hergestellt. (vgl. Gläser, Laudel, 2009, S. 204) Qualitative Forschung benötigt eine größtmögliche Offenheit. Die Interviewleitfäden sind so zu konzipieren, dass die interviewten Personen ihre situative und subjektive Meinung frei entfalten können. Die Fehler in der qualitativen Forschung liegen darin, zu viel an Themen vorzugeben, und in der Erwartung, dass das eigene Wissen bestätigt wird. Offenheit bedeutet, dass die zu interviewenden Personen frei und offen von der eigenen Meinung und den persönlichen Erfahrungen erzählen dürfen und auch spezielle Bereiche ansprechen dürfen, die ihnen besonders wichtig sind. Die Grenzen der maximalen Offenheit ergeben sich aus dem Forschungsinteresse. Die Gefahr besteht bei einer zu großen Offenheit, dass den zu interviewenden Personen zu wenig Anhaltspunkte zum Forschungsthema gegeben werden, die interviewten Personen daher gegebenenfalls auch über irrelevante Themen sprechen und so womöglich vom Forschungsthema abweichen. Aus diesem Grund zeichnet sich folgende Struktur für die Interviewgestaltung aus: So offen wie möglich und so strukturiert wie nötig. (vgl. Helfferich, S. 2019, 672–673)

8.2. Erhebungsmethode

In der qualitativen Forschung gibt es verschiedene mögliche Herangehensweisen zur Datenerhebung in Form von Beobachtungen, qualitativen Analysen, Experimenten und Inhaltsanalysen von Texten. Interviews eignen sich für die qualitative Forschung, da die Kommunikation zur Datenerhebung sich von der Alltagskommunikation unterscheidet. Die Forschenden werden zu Fragenden und Zuhörenden, die Befragten werden zu Antwortenden und Erzählenden. Interviews werden aufgrund ihrer Struktur in standardisierte Interviews, halboffene/semi-strukturierte Interviews und offene/narrative Interviews unterteilt. (vgl. Misoch, 2015, S. 13)

Für diese Masterarbeit wurde das semi-strukturierte Interview herangezogen. Dieses Interview stützt sich auf einen Leitfaden, in dem die Forschungsthemen in Fragestellungen angegeben sind, aber bei dem die Reihenfolge der Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten nicht festgelegt ist. Die befragten Personen können frei erzählen und antworten, der Leitfaden orientiert sich am Forschungsthema, alle Bereiche am Leitfaden werden angesprochen und somit ist die Datenerhebung auch vergleichbar. (vgl. Misoch, 2015, S. 14)

Die Vorteile dieser Befragung liegen darin, dass zu jeder Zeit bei Unklarheiten nachgefragt werden kann, um Missverständnisse zu vermeiden. Durch diese Vorgehensweise ist die Validität gewährleistet. (vgl. Berger – Grabner, 2016, S. 162)

8.2.1. Sampling

In diesem Kapitelabschnitt wird die Auswahl der ExpertInnen beschrieben. Um eine/n ExpertIn als solchen zu identifizieren, sind die Position und der Status sowie das Funktionswissen von Bedeutung. (vgl. Kaiser, 2014, S. 41) Meuser und Nagel definieren ExpertInnen als Träger von Verantwortung mit Zugang zu Fachwissen und lösungsorientierten Entscheidungsprozessen (vgl. Meuser, Nagel, 2005, S. 73). Ziel dieser Interviews ist es, die subjektiven Meinungen und Sichtweisen der ExpertInnen zu erarbeiten. Dieses Deutungswissen besitzen die ExpertInnen durch ihre subjektive Wahrnehmung exklusiv. (vgl. Kaiser, 2014, S. 43)

Für die Erhebung der empirischen Forschung wurden ExpertInnen aus dem Gesundheitswesen ausgewählt, die bereits langjährige Erfahrungen und Qualifikationen in der Implementierung von Lean Management vorweisen können. Diese Expertengruppe setzt sich zusammen aus der oberen und mittleren Führungsebene im Gesundheitswesen. Ein Interviewleitfaden dient zur Datenerhebung und stellt zugleich auch das Ergebnis der theoretischen Forschung in Form von Interviewfragen dar. (vgl. Kaiser, 2014, S. 51) Die Experten wurden vorab per E-Mail kontaktiert und über den Ablauf des Interviews informiert. Die Interviews wurden zum Teil aufgrund der Corona-Pandemie bei InterviewpartnerInnen aus dem Ausland online durchgeführt. Die Online-Meetings erfolgten mithilfe der Programme Zoom, MS Teams und Webex.

Interview-partner	Branche	Funktion	Datum	Dauer
IP01	Gesundheitswesen	Universitäts-professorIn, AutorIn	22.11.2021	00:56:13
IP02	Gesundheitswesen	Qualitäts/Change-Management	06.12.2021	01:01:11

IP03	Gesundheitswesen	Arzt/Ärztin	07.12.2021	00:51:40
IP04	Gesundheitswesen	Ärztl. Leitung	09.12.2021	00:49:11
IP05	Gesundheitswesen	DGKP Stationsleitung	13.12.2021	00:56:28
IP06	BMSGPK	Ärztl. Leitung	07.01.2022	01:14:32
IP07	Gesundheitswesen	Betriebsdirektion Stellv.	10.01.2022	01:11:11
IP08	Gesundheitswesen	Ärztl. Leitung	11.01.2022	01:13:18
IP09	Gesundheitswesen	Betriebsorganisation	17.01.2022	00:57:30
IP10	Gesundheitswesen	DGKP Stationsleitung	20.01.2022	01:04:21
Interviewdauer gesamt:				10:25:29

Tabelle 1: Interviewdurchführung. Quelle: Eigene Darstellung.

8.2.2. Interviewleitfaden

Wie bereits in Kapitel 7.2.1. erwähnt, wird zur Datenerhebung der Empirie ein Interviewleitfaden verwendet. Dieser Interviewleitfaden folgt einer thematischen Struktur und einem Aufbau nach Kriterien. Der Ablauf der Befragung erfolgt nach der Argumentationslogik der ExpertInnen. Damit sich die ExpertInnen ins Gespräch einfügen können, wird von der allgemeineren Thematik aus auch auf eine spezielle Thematik eingegangen. Eine Abweichung vom Interviewleitfaden in einer konkreten Interviewsituation durch Nachfragen ist möglich. (vgl. Kaiser, 2014, S.52) Die Reihenfolge und Formulierung der Fragen wird offen und flexibel gestaltet, die Antworten der GesprächspartnerInnen sind zeitlich unbegrenzt (vgl. Berger – Grabner, 2016, S. 117). Der Interviewleitfaden gibt lediglich Hinweise und dient der Sicherstellung, dass in allen Interviews die relevanten Themengebiete erhoben werden (vgl. Gläser, Laudel, 2009, S. 150).

Der Interviewleitfaden enthält auch die Richtlinien zur Durchführung der Interviews. Es wird auf die Anonymisierung der GesprächspartnerInnen sowie auf die Aufzeichnung und die Datenschutzbestimmungen des Interviews hingewiesen. Der Interviewleitfaden enthält im Gesamten 27 Fragen. Für Nachfragen wurden anhand einer Stichwortsammlung spontan Fragen erstellt, die sich aus dem Themengebiet ergaben. Vor Beginn der Interviewdurchführung wurde der Interviewleitfaden einem Pretest zur Überprüfung auf Verständlichkeit und Strukturierung unterzogen. Anhand dieses Pretests wurden die Fragen bezüglich ihrer Verständlichkeit optimiert. (vgl. Kaiser, 2014, S. 69) Alle zehn ExpertInnen stimmten mittels Einwilligungserklärung dem Interview zu. Der Interviewleitfaden ist dieser Masterarbeit im Anhang zur Einsicht beigelegt.

8.3. Auswertungsmethode

Die Auswertung erfolgt nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz. Nach Abschluss der zehn Experteninterviews erfolgt die Transkription und die Codierung und Auswertung des Datenmaterials. Die Interviewanalyse erfolgt in sieben Schritten.

Im ersten Schritt werden die Daten vorbereitet und analysiert. Es erfolgt dazu ein mehrfaches Lesen der Interviews und das Dokumentieren von Zwischennotizen. Im zweiten Schritt wird das Kategoriensystem anhand des Leitfadens erstellt und auf die Forschungsfragen ausgerichtet. Durch die intensive Beleuchtung der Texte schieben sich die wichtigsten Themen in den Vordergrund. Im ersten Durchlauf werden die Daten und Themen auf die konkrete Aufbereitung der Empirie überprüft. Im dritten Schritt erfolgt eine Grundcodierung nach vordefinierten Regeln, es schließt sich die Codierung aller Hauptkategorien an. Das gesamte Datenmaterial wird von oben nach unten analysiert und den Kategorien zugeteilt. Im vierten Schritt werden die Textstellen mit der gleichen Kategorienzuteilung zusammengestellt. Kurze Zwischentexte dienen dazu, den Überblick über die bereits codierten Kategorien zu bewahren. In der weiteren Vorgehensweise ist die Reihenfolge der Kategorien festzulegen, und zwar in Anlehnung an die Forschungsfragen. In Schritt 5 erfolgt ein induktives Bestimmen der Subkategorien, es werden dazu die codierten Kategorien nach Relevanz und Wichtigkeit im Hinblick auf die Forschungsfragen analysiert. Die wichtigsten Zitate der InterviewpartnerInnen werden für die Textberichte gekennzeichnet und die bereits vorgefertigten Zwischentexte miteinander verglichen. Im sechs-

ten Schritt wird ein zweiter Codierprozess für das gesamte Material inklusive der ausdifferenzierten Kategorien erstellt. Hierbei werden kurze Zusammenfassungen der einzelnen Themengebiete verfasst. Im siebten Schritt erfolgt die Analyse und Visualisierung mitsamt der Ergebnispräsentation. Anhand der Kategorien erfolgen die Auswertungen aller Interviews und die Erstellung der Empirie. (vgl. Kuckartz, 2018, S. 101–120)

Die Auswertung und Datenanalyse inklusive Codierung erfolgt mit der Computersoftware MAXQDA. Die MAXQDA-Software wurde für die gesamte Datenauswertung und Analyse eingesetzt. Die angeführten sieben Analyseschritte von Kuckartz und Rädiker wurden bei der Analyse ebenso berücksichtigt. (vgl. Kuckartz, Rädiker, 2020, S. 15–16)

8.4. Kategoriensystem

Das bereits in Kapitel 7.3. erwähnte hierarchische Kategoriensystem gliedert sich in Haupt- und Subkategorien. Eine Kategorisierung dient dazu, die gewonnenen Aussagen, Prozesse und Argumentationen zu klassifizieren und einzuordnen. (vgl. Kuckartz, 2018, S. 31) Das Kategoriensystem wurde anhand der Forschungsfragen sowie anhand der theoretischen Erkenntnisse gebildet. In weiterer Folge ergaben sich Kategorien aus der Auswertung der empirischen Forschung. Dazu entstand zum Teil eine deduktive Kategorienbildung und in gewissen Themenbereichen sind auch induktive Kategorien hinzugekommen. (vgl. Kuckartz, 2018, S. 64, 72) In der unten angeführten Tabelle sind die Kategorien aufgelistet. Es werden die induktiven und deduktiven Kategorien nicht unterschiedlich dargestellt.

Die erste Hauptkategorie beschreibt die Unterschiede der herkömmlichen 3-Säulen-Führung im Vergleich mit Lean Management, die praxisbewährten Methoden und Werkzeuge im Krankenhausalltag und die Herausforderungen der Krankenhäuser gegenüber industriellen Unternehmen.

Die Hauptkategorie 2 erläutert die Anforderungen an die Führungskräfte, um Lean Management erfolgreich einzuführen, den Aufbau und die Organisationsstrukturen, die Lean bevorzugt, die Planung und Umsetzung in den Krankenhausalltag sowie die Motivation und Integration aller MitarbeiterInnen in den unterschiedlichsten Hierarchiestrukturen.

In der Hauptkategorie 3 wird Lean Management aus der Sicht der PatientInnen erklärt. Die Betrachtung und Definition der Wertschöpfungskette, sowie die Wertschätzung der PatientInnen in der Kommunikation werden erklärt. Auch wird die Frage beantwortet, wie die PatientInnen im Lean Management profitieren.

In der vierten Hauptkategorie wird beschrieben, wie sich Lean Management auf die Wirtschaftlichkeit auswirkt, welche Kosten es verursacht, ab wann Einsparungen erkennbar sind und wie diese gemessen werden. Es wird zudem die folgende Frage beantwortet: Ist es ein Managementkonzept, um auch finanziell zu verschlanken?

Die Hauptkategorie 5 beschreibt die zukünftigen Herausforderungen im Zusammenhang mit der steigenden Digitalisierung. Wie weit wird sich Lean Management im Krankenhausmarkt ausweiten? Welche Veränderungen betreffen die Krankenhausführungs- und Organisationsstruktur?

Zur Ansicht findet sich das Kategorienschema in tabellarischer Form im Anhang.

8.5. Qualitätssicherung

Die grundsätzlichen Gütekriterien der empirischen Forschung sind die Objektivität, die Reliabilität und die Validität (vgl. Kuckartz, 2018, S. 201). Miles und Hubermann haben zusätzlich zur quantitativen Forschung die Gütekriterien zur qualitativen Forschung berücksichtigt. Diese Gütekriterien lassen sich in die Bestätigbarkeit, Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit gliedern. (vgl. Kuckartz, 2018, S. 202)

Kennzeichen der qualitativen Forschung sind Offenheit und verlässliche Ergebnisse, die frei von subjektiver Wahrnehmung des Forschenden sind. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die genaue Dokumentation der Forschung und eine kommunikative Validierung zählen ebenfalls zu den wichtigen Gütekriterien. (vgl. Berger –Grabner, 2016, S. 129)

In dieser Masterarbeit wurden die Gütekriterien in allen Bereichen berücksichtigt. Die ExpertInnen wurden anhand der Gütekriterien ausgesucht. Die Interviews wurden mittels eines Aufnahmeegeräts aufgezeichnet und transkribiert. Die Transkripte sind im Anhang in anonymisierter Form beiliegend. Das Kategoriensystem besteht aus induktiven und deduktiven Kategorien.

Während des Interviews wurden zur besseren Verständlichkeit Aussagen der Befragten vom Forschenden zusammengefasst und kommunikativ validiert. Die Überprüfung der Audiodateien ist durch den Betreuer dieser Masterarbeit möglich.

9. ERGEBNISDARSTELLUNG DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus der Interviewdurchführung mit den ExpertInnen dargelegt und interpretiert. Die Kapitel werden anhand des Kategorienschemas erläutert. Das Ziel in diesem Kapitel ist es, die Meinungen und Aussagen der ExpertInnen zusammengefasst darzustellen.

9.1. Lean Management Allgemein

Dieses Kapitel umfasst die Kernelemente, die für das allgemeine Wissen über Lean Management von Bedeutung sind.

9.1.1. Lean Management – Unterschied und Skepsis

Lean Management ist ein sehr einfaches und praxisorientiertes Managementsystem, in dem die wichtigste Funktion ein systematisierter Hausverstand ist. Es ist eine Unternehmensphilosophie, die darauf ausgerichtet ist, die beste Qualität für die PatientInnen zu gewährleisten.

Der Fokus ist, sich auf die wesentlichen Werte zu konzentrieren, diese zu standardisieren und diszipliniert einzuhalten (vgl. IP03, 2021, Z. 16; IP07, 2022, Z. 17–22; IP 03, 2021, Z. 16–20). Die Wertschätzung von PatientInnen und MitarbeiterInnen sowie die Eliminierung von Verschwendung sind die Kernfaktoren (vgl. IP02, 2021, Z. 65–68; IP03, 2021, Z. 20–21; IP04, 2021, Z. 20–23).

Lean Management ist in der Industrie weit verbreitet, im Spitalswesen aber noch weitgehend unbekannt, was womöglich auf eine Bildungslücke schließen lässt. Lean Management wird an den Universitäten zum Teil zu wenig praxisorientiert vorgestellt und damit nicht richtig vermittelt. Ein weiterer Aspekt ist die österreichische Krankenhauskultur mit ihrer hierarchischen 3-Säulen-Führung (vgl. IP02, 2021, Z. 88–89; IP05, 2021, Z. 19–21; IP07, 2022, Z. 36–43). Durch das autonome Denken der einzelnen Führungskräfte in der 3-Säulen-Führung arbeitet jede Führungskraft häufig explizit in ihrem Bereich und spricht sich wenig mit den Führungskollegen ab, wodurch die PatientInnen häufig vergessen werden. Lean steht aber für die Versorgung der Bedürfnisse der PatientInnen und basiert weniger auf einem Hierarchiesystem. Die Pyramide

wird umgedreht – die MitarbeiterInnen stehen an der Spitze, denn sie leisten als Basis die Wertschöpfung, sie werden befähigt, die Schwierigkeiten des Tagesgeschäftes alleine zu lösen. Die Führungskräfte sitzen dagegen unten in der Pyramide und auf ihnen lastet der gesamte Betrieb. (vgl. IP08, 2022, Z. 13–18; IP10, 2022, Z. 11–14) Wenn der Druck in der Veränderungsstruktur zu gering ist, werden die Veränderungsmaßnahmen häufig hinausgezögert. Organisationen verändern sich oft nur durch Druck von außen, durch die PatientInnen, den Fachkräftemangel oder durch wirtschaftliche Probleme. (vgl. IP01, 2021, Z. 73–76) Ein Grund für die Skepsis gegenüber Lean Management im Gesundheitswesen ist, dass viele das Konzept nur aus dem industriellen Bereich kennen und es in derartigen Konzernen mit Einsparungen assoziiert ist (vgl. IP05, 2021, Z. 24–26; IP06, 2022, Z.20–23; IP09, 2022, Z. 24–27). Lean setzt eine Struktur voraus und Regeln spielen dabei eine wichtige Rolle, doch viele Berufsgruppen möchten sich den Regeln nicht gerne unterordnen (vgl. IP10, 2022, Z. 26–29).

9.1.2. Methoden und Werkzeuge in der Praxis

Lean Management stellt viele Methoden zur leichteren Implementierung bereit. Der Grundsatz ist, die Prozesse zu verstehen. Ziel dabei ist es, strukturierte, standardisierte und transparente Kommunikation innerhalb der unterschiedlichen Berufsgruppen zu entwickeln. Dazu eignen sich besonders die Boardmethoden hervorragend.

Die erfolgreichsten Boards sind das Huddle Board, das Flow Board und das Kaizen Board (vgl. IP03, 2021, Z. 41–49; IP05, 2021, Z. 68–74; IP08, 2022, Z. 102–107; IP09, 2022, Z. 84–90). Jede Station des Krankenhauses wird unterschiedliche Prozesse und Abläufe planen – von Bedeutung ist dabei immer die Standardisierung, um Zeit einzusparen. In der Praxis ist es bevorzugt so, dass, wenn Prozesse auffallen, die nicht Lean orientiert sind, das Team zusammengerufen wird und anhand eines Boards die Lösungen notiert und in Schritten abgearbeitet werden (vgl. IP10, 2022, Z. 65–77). Für die Lean Senseis, das sind die Lean ExpertInnen, ist es wichtig, die Qualität von Lean ist nur dann gut, wenn nach der Philosophie gelebt wird. Dabei gilt es in der Praxis, eine ständige Feedbackschleife einzuhalten (vgl. IP07, 2022, Z. 70–75). Ein weiteres Merkmal von Lean ist, dass alle betroffenen Berufsgruppen an den Projekten mitarbeiten, mitentscheiden und die Lösungen und Ideen in die laufenden Prozesse integrieren dürfen. Die un-

terschiedlichen Berufsgruppen werden in ihrer Interprofessionalität besonders gefördert (vgl. IP05, 2021, Z. 319–322; IP09, 2022, Z. 31–34; IP10, 2022, Z. 252–257).

Lean strebt speziell in der Industrie danach, keine großen Lager zu füllen, sondern alles zeitnah anzufordern. Dieses Prinzip muss so gut es geht auch im Krankenhaus umgesetzt werden. Dazu eignet sich das Push-und-Pull-System im Bereich der Materialwirtschaft. Es wird nur dasjenige an Material bezogen, das auch benötigt wird. Auch Spaghetti-Diagramme dienen dazu, die Laufwege und unnötigen Verschwendungen zu identifizieren und zu eliminieren. Hier wird anhand von Skizzen die Laufwege mit Bändern nachvollzogen, um zu erkennen wie oft die Wege gegangen werden. (vgl. IP01, 2021, Z. 319–321; IP06, 2022, Z. 104–106). Zusätzlich darf die Wirkung des Gemba Walks nicht vergessen werden. Dies ist das Werkzeug, um an den Ort des Geschehens zu gehen, bevorzugt mit den Führungskräften die Prozesse zu visualisieren, Schwierigkeiten zu erkennen und die Führungskräfte als Berater und Unterstützer in das Tagesgeschäft einzubeziehen. (vgl. IP01, 2021, Z. 376–379) Damit Lean Management nachhaltig funktioniert, ist es von Bedeutung, die drei Bereiche Führung, Kultur und Prozesse in Einklang zu bringen (vgl. IP02, 2021, Z. 114–115).

9.1.3. Herausforderungen im Krankenhaus

In diesem Kapitel werden die unterschiedlichen Herausforderungen einer Krankenanstalt dargestellt. Zum einen geht es um die herkömmlichen Herausforderungen, die in den letzten Jahren massiv anzutreffen waren, und zum anderen geht es um Herausforderungen, die im Hinblick auf die Implementierung von Lean Management auftreten.

Die größte Herausforderung im Klinikalltag ist die Kernarbeit, also die Arbeit mit und an den PatientInnen, die leicht zu kurz kommt. Auch betriebswirtschaftlich gesehen ist es sehr schwierig, denn die wichtigen personellen Ressourcen wie ÄrztInnen, TherapeutInnen und PflegerInnen verbringen häufig nur 30 Prozent ihrer Arbeitszeit bei den PatientInnen, die restliche Arbeitszeit wird für Bürokratie und Laufwege bzw. organisatorische Prozesse verschwendet. (vgl. IP01, 2021, Z. 44–48)

Lean strebt nach ‚Just in Time‘, dieser Begriff beschreibt dass, das Material mit der richtigen Menge genau zum richtigen Zeitpunkt angeliefert wird. Krankenhäuser sind besonders schlecht

für dieses Prinzip geeignet, weil es nicht möglich ist, die PatientInnen erst dann auf einen OP-Tisch zu legen, wenn es freie Kapazitäten gibt. Die Herausforderungen liegen darin, die Lager und die Terminkoordination optimal zu gestalten und flexibel auf Wartezeiten zu reagieren. (vgl. IP07, 2022, Z. 259–267) Wie bereits erwähnt ist die Kommunikation eines der wertvollsten Tools, aber nicht immer leicht zu handhaben. Speziell zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen und Hierarchieebenen ist es schwierig, eine transparente und kompetente Multiprofessionalität unter den Abteilungsschnittstellen zu erreichen. Wie bereits erwähnt stößt Lean Management gerade bei der 3-Säulen-Führung an seine Grenzen, da die Bereiche zum Teil sehr strikt getrennt werden und auch die drei Führungskräfte dieser Ebene von Lean überzeugt werden müssen. Mit Lean ist außerdem die Erfahrung gemacht worden, dass es Angst verursachen kann. Es ist wichtig, die Sinnhaftigkeit eines solchen Konzepts zu erklären, gerade deshalb, weil viele Krankenhäuser schon veränderungsmüde geworden sind. (vgl. IP02, 2021, Z. 239–247) Nach der Implementierung ist darauf zu achten, die eingeführten Maßnahmen unter Hilfeleistung von Coaches auch beizubehalten. Die Lean Coaches unterstützen die Veränderungsprozesse für eine gewisse Zeit. Sobald die Coaches aus dem Unternehmen gehen, ist es bedeutsam, nicht in alte Verhaltensmuster und Strukturen zurückzufallen. Der Grundsatz ist: Alles Vereinbarte muss strikt eingehalten werden. (vgl. IP05, 2021, Z. 166–171; IP06, 2022, Z. 237–239)

9.1.4. Vermeidung von Verschwendung

In diesem Kapitel wird auf die Vermeidung von Verschwendung in den organisatorischen Strukturen des Krankenhauses eingegangen. Dies betrifft auf der einen Seite die Lagerbestände, die Wäscheversorgung und die baulichen Strukturen, zum anderen die Personal- und Zeitressourcen.

Was in der bestehenden Literatur zum Thema bisher schwer zu finden war, ist die Verschwendung von ungenutztem Mitarbeiterpotential. Zu häufig verschwenden MitarbeiterInnen mit doppelten Laufwegen, doppelten Anamnesen und langem Warten auf andere Berufsgruppen viel von ihrer Arbeitszeit – Zeit, die für die PatientInnen besser genutzt werden könnte. Gerade die langen Wartezeiten in den Ambulanzen bedeuten eine erhebliche Zeitverschwendung für die PatientInnen. Die MitarbeiterInnen werden im Rahmen von Lean darauf trainiert, Verschwendung zu erkennen und zu eliminieren. In der Vermeidung von Verschwendung geht es

vor allem darum, auf alles zu verzichten, was die PatientInnen nicht benötigen. (vgl. IP02, 2021, Z. 368–373; IP03, 2021, Z. 252; IP05, 2021, Z. 312–315; IP07, 2022, Z. 229–236; IP09, 2022, Z. 263–265).

In Zeiten der Krisen und Pandemien führen zu hohe Lagerbestände zu weiteren Problemen. Es muss z. B. vieles wieder entsorgt werden. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, die Bestände nach dem Lean-Prinzip gut zu überwachen und Abläufe so flexibel wie möglich zu gestalten, um auf Unvorhergesehenes wie Pandemien besser reagieren zu können. Dazu dienen Maßnahmen wie Kanban, aber es hilft auch, sich auf Szenarien vorzubereiten und den Kontext und die Lieferanten zu kennen. Anhand einer Kanban-Karte sind die Bestellvorgänge zu überwachen, denn es besteht immer die Gefahr, etwas nicht auf Lager zu haben. Aber es ist bei all dem wichtig, sich auf die Verbesserungsprozesse zu fokussieren und zu prüfen, ob etwas zum jetzigen Zeitpunkt wirklich Priorität hat. (vgl. IP01, 2021, Z. 343–347; IP02, 2021, Z. 353–359)

Um die bereits genannten langen Laufwege zu minimieren, ist die bauliche Struktur und die Anordnung der Räumlichkeiten von besonderer Bedeutung. Es ist aber auch wichtig, bauliche Organisation vernünftig und verschwendungsarm zu gestalten, das heißt, zum einen die Platzressourcen im Lager gut einzuteilen, aber auch die Anordnung der Patientenräumlichkeiten, denn zu große Räume und zu weit auseinanderliegende Behandlungsstrukturen machen zu viele Wegzeiten erforderlich. Es ist zudem von Bedeutung, Synergien zwischen Lager und Behandlungsräumen zu bilden. Auch die Planung von zu großen Räumlichkeiten ist kontraproduktiv, da sich die Laufwege erweitern und es zusätzlich mehr an Ordnung und Struktur bedarf. (vgl. IP04, 2021, Z. 220–225; IP07, 2022, Z. 276–296)

9.2. Führungskompetenzen im Lean Management

Die nachfolgenden Kapitel beziehen sich auf die Lean Implementierung unter Berücksichtigung der personellen Anforderungen.

9.2.1. Anforderungen an die Führungskräfte

Die Führungskraft ist die wichtigste Komponente für die Implementierung von Lean Management. In den Bereichen, in denen eine Führungskraft von Lean Management überzeugt ist, soll-

te mit der Implementierung begonnen werden. Die Führungskraft muss so stark und durchsetzungsfähig sein, um ihre Überzeugung auf die MitarbeiterInnen zu übertragen und diese zu motivieren. (vgl. IP07, 2022, Z. 745–752) Eine Führungskraft sollte sich für klare Regeln, Vorgaben und Ordnung einsetzen. Ist eine Führungskraft negativ eingestellt, kann versucht werden, sie mit Verständnis, Informationen und Schulungen zu überzeugen. Helfen diese Maßnahmen nicht, wäre es sinnvoller, dieser Führungskraft vorab nicht mit den Veränderungen zu begegnen und mit Führungskräften und MitarbeiterInnen das Projekt zu beginnen, die bereits begeistert sind. (vgl. IP07, 2022, Z. 410–419; IP09, 2022, Z. 59–64) Die Lean-Veränderung ist für die meisten Führungskräfte eine Herausforderung. Die Führungskraft muss den Weg und das Ziel kennen. Sie muss sich zu dieser Reorganisation und zu den Veränderungsprozessen bekennen. Das Verständnis für Lean muss vorhanden sein, vor allem ein Verständnis dafür, welche Prozesse explizit mit Lean gemeint sind. Das 3-Säulen-Denken und die Tendenz, diese Säulen weiterhin strikt zu trennen, muss aufgelöst werden. (vgl. IP08, 2022, Z. 181–186) Ebenso ist es wichtig, die Führungskraft und die MitarbeiterInnen von dem Veränderungsmanagement zu überzeugen und auch mit dem Widerstand und Konfliktpotential zielorientiert umzugehen, ihnen durch offene und transparente Gespräche die Ängste zu nehmen, ihnen alle wichtigen Informationen weiterzugeben und die MitarbeiterInnen mitzunehmen und ihnen vor Ort die Prozesse zu zeigen. Die Führungskraft wirkt ganz entscheidend auf die Kultur im Unternehmen ein. (vgl. IP02, 2021, Z. 454–456)

9.2.2. Planung der Implementierung

In diesem Kapitel geht es um die Implementierung von Lean. Dabei gibt es unterschiedliche Herangehensweisen. Auch hier sind sich Forschende nicht ganz einig, welche Art und Weise der Implementierung sinnvoller erscheint. Es kann die Implementierung in einem großen Prozess auf ein ganzes Unternehmen bezogen erfolgen, doch dies benötigt eine große Anzahl an externen Beratern, die alle Prozesse hinterfragen und den gesamten Betrieb umstellen. Es gibt aber auch die Möglichkeit, Schritt für Schritt die Prozesse umzusetzen und somit ein Unternehmen langsam auf Lean umzustellen. Die Implementierung in einem großen Prozess ist deutlich seltener anzutreffen, grundsätzlich wird Lean immer Schritt für Schritt implementiert. Zumeist wird

in einer kleineren und weniger umfangreichen Abteilung mit der Implementierung begonnen. (vgl. IP01, 2021, Z. 219–231)

Für den Beginn der Lean-Implementierung in einem Krankenhaus bietet sich der stationäre Bereich am besten an. Der Vorteil bei den Stationen ist, dass sie relativ einheitlich aufgebaut sind. Dazu zählen die Normalstationen, danach die Intensiv- oder Spezialstationen, denn zwischen diesen besteht ein Unterschied. Wenn alle Stationen abgedeckt wurden, sind wahrscheinlich schon zwei Drittel des Krankenhauses geschafft. (vgl. IP07, 2022, Z. 358–363) Gerade in den medizinischen Bereichen ist allerdings die Dringlichkeit größer, Lean einzuführen, da es in diesem Bereich schneller sichtbar ist und vor allem den PatientInnen zu Gute kommt. Auch im kaufmännischen Bereich ist Lean durchaus implementierbar. In kaufmännischen Abteilungen ist es im Einkauf, in der Logistik und in den administrativen Bereichen vorstellbar. Es ist nicht einfacher, es im kaufmännischen Bereich im Dienstleistungssektor umzusetzen, da dort die einzelnen Komponenten komplizierter sind. Es kann schwierig sein, eine Transparenz zu erzeugen und Lean in Kennzahlen zu messen. (vgl. IP05, 2021, Z. 396–399; IP07, 2022, Z. 312–322; IP09, 2022, Z. 227–234)

9.2.3. Mitarbeitermotivation

Für die Mitarbeitermotivation ist der Praxisbezug ausschlaggebend. Wenn das Lean-Konzept den Menschen theoretisch aufgezwängt und vorgetragen wird, verlieren MitarbeiterInnen rasch die Motivation. Die direkte Kommunikation mit den MitarbeiterInnen ist bedeutsam, es gilt ihnen klar aufzuzeigen, welche Schwierigkeiten und Probleme es gibt, ihnen dann auch zur Seite zu stehen und ihnen Lösungen anzubieten. Auch wenn es am Anfang schwer wird, werden sie erkennen, wie gut die Lösung funktioniert. Auch Beispiele, die schon gut umgesetzt wurden, sollten erwähnt werden. (IP07, 2022, Z. 380–385) Gerade in Zeiten des Pflegefachkräftemangels muss besonders vorsichtig an Veränderungen herangegangen werden. Wenn Abteilungen bereits unterbesetzt sind, ist es nicht ratsam, die MitarbeiterInnen noch zusätzlich mit einem Projekt zu belasten. Grundsätzlich sind die MitarbeiterInnen dennoch sehr veränderungsbereit und gerade in Krisenzeiten ist jede Art der Veränderung zum Positiven willkommen, speziell, wenn die MitarbeiterInnen erkennen, dass sie für die PatientInnen mehr Zeit haben und ihrer eigentlichen Berufung nachgehen können. Dabei ist die Mischung des Teams aus älteren erfahrenen

MitarbeiterInnen und jungen ideenreichen MitarbeiterInnen besonders vielversprechend. Dennoch gibt es auch immer kritische MitarbeiterInnen, die dem Veränderungsprozess ebenso gut tun, da sie einen anderen Blickwinkel auf das Thema entwickeln und so die Chance besteht, sich anders und schneller weiterzuentwickeln. (vgl. IP10, 2022, Z. 161–168) Speziell MitarbeiterInnen, die schon lange im Unternehmen tätig sind und viel Erfahrung mitbringen, sind für die Veränderung offener und stehen ihr positiver gegenüber. Es besteht die Möglichkeit, mit Lean den Fachkräftemangel geringfügig auszugleichen, es ist aber auf Dauer messbar zu wenig Personal vorhanden und so stößt Lean auch an seine Grenzen. (vgl. IP01, 2021, Z. 438–441) Besonders wichtig ist es, den MitarbeiterInnen die Zeit zu geben und Geduld zu haben, damit die neue Lean-Kultur langsam und stetig wachsen kann. Für die MitarbeiterInnen, die sich vor Veränderung fürchten, müssen die Prozesse umso genauer vorgestellt werden und es sollte ihnen ein intensiveres Coaching angeboten werden, damit sie intuitiv den Mehrwert erkennen. Auch mit Daten, Fakten und Zahlen kann sehr gut argumentiert werden und anhand einer Wertstromanalyse können Prozesse sehr genau betrachtet werden – denn es besteht immer die Gefahr, dass sich eine sogenannte ‚Betriebsblindheit‘ entwickelt. (vgl. IP08, 2022, Z. 235–241) Gerade die transparente und offene Kommunikation trägt bedeutend zur Mitarbeiterzufriedenheit und zu einem positiven Betriebsklima bei.

9.2.4. Organisationsstrukturen in der Hierarchie

In der österreichischen Krankenhauskultur sind strukturierte und zum Teil streng geführte Hierarchien vorhanden. Lean benötigt eine flachere Hierarchie. Die Kommunikation findet mit allen Berufsgruppen auf Augenhöhe statt. Es werden in die neuen Veränderungsprozesse alle Berufsgruppen eingebunden, um Lösungen und Entscheidungen gemeinsam zu erarbeiten. Des Weiteren benötigen die Führungskräfte viel Vertrauen zu den MitarbeiterInnen, um die Kontrollmechanismen der Hierarchie abzulegen. Das ist mitunter eine der größten Herausforderungen und es wäre sinnvoll, eine gute Strategie auszuarbeiten, mit der die Geschäftsführung das Vertrauen zu MitarbeiterInnen gewinnt. (vgl. IP02, 2021, Z. 482–486)

Der Umgang in den unterschiedlichen Berufsgruppen und auf den verschiedenen Hierarchieebenen funktioniert in einigen Krankenhäusern mit Lean-Erfahrung erstaunlich gut. Nachdem die Lean-Station von allen Berufsgruppen gemeinsam gestaltet wurde, ist ein kollegiales Mitei-

nander entstanden. Es gibt allerdings eine Berufsgruppe, die höherrangig ist und gewisse Bequemlichkeiten nur ungern ablegt, was häufig zu Konflikten führt. (IP04, 2021, Z. 170–173; IP07, 2022, Z. 463–469) Es zeigt sich im Ärztebereich, dass diese Berufsgruppe häufig noch ‚in Funktionen‘ und nicht ‚in Personen‘ denkt und des Öfteren etwas länger braucht, um sich an die neuen Strukturen zu gewöhnen (vgl. IP03, 2021, Z. 141–144). Auf den Lean-Stationen wird sowohl das Ärzte- als auch das Pflegepersonal entlastet, es wird der Druck aus dem System genommen, Prozesse laufen ruhiger und disziplinierter ab. In grundlegenden Prozessen auf der Station funktioniert die Kommunikation auf Augenhöhe sehr gut. Durch diesen fix getakteten Tagesablauf ist es auch den unterschiedlichen Berufsgruppen leichter möglich, sich die Arbeitsbereiche strukturierter einzuteilen. Der Stationsbetrieb läuft insgesamt deutlich ruhiger ab. (vgl. IP09, 2022, Z. 116–123) Die Umgewöhnung ist für manche eine Herausforderung, aber am Ende des Tages profitieren alle davon.

9.2.5. Eine gelebte Fehlerkultur

Im Lean Management ist eine gewisse Fehlerkultur positiv, weil aus Fehlern gelernt werden kann. Das Nullfehlerprinzip gibt es im Krankenhaus nicht. Würde ein Unternehmen keine Fehler mehr machen, wäre der KVP nicht mehr vorhanden. Es muss eine positive Haltung zu den Fehlern eingenommen werden – aber mit der Intention, dass der Fehler nicht mehr passiert. Die MitarbeiterInnen müssen sich trauen, Fehler offen einzugestehen und dafür sollen sie auch ein Lob erhalten. Ein Fehler, der noch nicht gemacht wurde, wird im Vorfeld angesprochen oder es kann zumindest verhindert werden, dass er ein zweites Mal passiert. (vgl. IP02, 2021, Z. 427–433) Diese Fehlerkultur ist im angloamerikanischen Raum schon weiter fortgeschritten, in Österreich ist die Kultur bisher noch nicht so weit gereift. In Österreich schämt man sich noch sehr für die Fehler und hat Angst, diesbezüglich kritisiert zu werden. Fehler werden noch zu wenig objektiv betrachtet, es folgt eine schnellere Personalisierung. Dazu gibt es mitunter schon einige EDV-Systeme, in denen auf Fehler anonym aufmerksam gemacht werden kann, die Rückverfolgbarkeit ist dennoch möglich. (vgl. IP03, 2021, Z. 307–313) Die Bereitschaft dazu, Fehler anzusprechen, ist eher im anonymen Bereich gegeben. Diesbezüglich ist grundsätzlich sinnvoll, niemals Schuldige aus den unterschiedlichen Berufsgruppen zu suchen. Aus der Sicht einer Führungskraft ist es immer erfolgsversprechend, Fehler auf der Sachebene anzusprechen, ohne

Emotion. Loyalität und Ehrlichkeit sowie das Vertrauen sind in diesem sensiblen Bereich besonders wichtig. (vgl. IP05, 2021, Z. 338–343) Es gilt auch auf die Grade der Fehler zu achten. Es gibt Fehler, die suboptimal sind, und Fehler, die im schlimmsten Fall bis zum Tod führen. Hier sind die internen Fallbesprechungen mit den unterschiedlichen Berufsgruppen wichtig und dazu dient auch das Kaizen Board. An diesem werden Lösungen und Verbesserungsvorschläge gemeinsam erarbeitet. Auch bei kleineren alltäglichen Abweichungen von den festgelegten Strukturen treffen sich die Teams, um sich kurz darüber auszutauschen und die korrekten Vorgehensweisen wieder in Erinnerung zu rufen. (vgl. IP07, 2022, Z. 579–582; IP10, 2022, Z. 240–242) Um menschliche Fehler im Team nicht zu sehr zu bewerten und zu personalisieren, benötigt das Team eine hohe Reife, zu der es ein weiter Weg ist. Dabei helfen den MitarbeiterInnen Fortbildungen und Workshops, um konkret die Patientensicherheit zu fördern und dabei Hilfe und Unterstützung zu erhalten, die Fehler sachlich und objektiv anzusprechen.

9.3. Patientenmanagement

Dieses Kapitel 9.3 bezieht sich auf die Leistungserbringung und auf die Behandlungsqualität unter Berücksichtigung der Anforderungen von PatientInnen.

9.3.1. Definition Lean Management für PatientInnen

Lean ist eine Philosophie darüber, wie eine Organisation im Gesundheitswesen geführt werden kann und ein Ansatz, der dazu beiträgt, die Qualität und Effizienz für die PatientInnen zu steigern und dabei dennoch an die Kosten zu denken. Für die PatientInnen bedeutet Lean Management: Alles wird für sie so organisiert, dass sie das, was sie benötigen, zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, in der richtigen Qualität und möglichst einfach bekommen. Im Fokus stehen immer die PatientInnen. (vgl. IP01, 2021, Z. 10–13; IP07, 2022, Z. 91–93; IP08, 2022, Z. 141–142). Sie stehen aber nicht nur in der medizinischen Behandlung im Fokus, sondern auch im Bereich der organisatorischen Strukturen. Speziell bei der Minimierung der Wartezeiten und bei der schnelleren Abwicklung von Terminkoordinationen. Das Ineinandergreifen der unterschiedlichen Behandlungsbereiche soll dazu führen, dass der Patientenaufenthalt nach einem Flussprinzip funktioniert, die PatientInnen kaum Wartezeiten haben und die Krankenanstalt auch

schneller verlassen können. Dieses Flussprinzip ist auch für die MitarbeiterInnen angenehmer, da die Wartezeiten auf den unterschiedlichen Abteilungen minimiert werden und so ein größeres Patientenvolumen behandelt werden kann. Das Ziel ist es, so ressourcenschonend wie möglich die beste Qualität für die PatientInnen zu gewährleisten. (vgl. IP04, 2021, Z. 54–59; IP05, 2021, Z. 83–85)

9.3.2. Behandlungspfad – und Qualität

Der Behandlungspfad dient auch als sogenannte Prozesslandkarte. Es wird die Patientenreise von Beginn an durchstrukturiert und die wichtigsten Standards werden festgehalten. Es gibt spezielle Standardisierungen in der Terminvergabe, beim Aufnahmeprozess, bei Einverständniserklärungen, bei Visiten und auch beim Entlassungsmanagement. Hier werden auch die Verschwendungen strikt eliminiert, es darf nur das standardisiert werden, das effizient die PatientInnenbehandlung unterstützt.

Alle PatientInnen, die auf eine Lean-Station kommen, werden von der Aufnahme bis zur Entlassung dem gleichen Standard folgend behandelt. In diesen Standards geht es vor allem um die Kernabläufe in den Prozessen, die überall gleich sein sollen. Die wesentlichen Elemente sind die Visite, das Patientenboard, die Kommunikation der Pflege mit den PatientInnen, die Übergabe, die Huddles und das Entlassungsmanagement. Es ist wichtig, jeden Standard individuell auf die PatientInnen anzuwenden, ohne die Individualität der PatientInnen zu beeinträchtigen. (vgl. IP07, 2022, Z. 119–121, 127–130, 144–150) Der Behandlungspfad ist ein wichtiger Bestandteil der gesamten Wertschöpfungskette. Es wird der gesamte Krankenhausaufenthalt mit allen Prozessen aus der Sicht der PatientInnen beleuchtet und anhand dessen wird der Ablauf eines jeden Krankenhausaufenthaltes (unabhängig davon, ob ambulant oder stationär) festgelegt. Dabei ist auch schon die Hilfe der Digitalisierung in Anspruch genommen worden. Mithilfe von QR-Codes, die den PatientInnen auf das Handy übermittelt werden, können die PatientInnen am Eingang an einem Lesegerät entnehmen, in welche Abteilung bzw. in welches Zimmer sie aufgenommen werden. (vgl. IP04, 2021, Z. 198–205) Diese standardisierten Prozesse haben für die PatientInnen einen hohen Wiedererkennungswert. Wenn Behandlungen und Gespräche immer nach den gleichen Prinzipien ablaufen, gibt es den PatientInnen ein Gefühl von Sicherheit und Halt. Aufgrund dieser standardisierten Prozesse können die MitarbeiterInnen einfacher auf die

Individualität der PatientInnen eingehen. Die MitarbeiterInnen sind in ihren standardisierten Arbeitsabläufen gefestigt und können sich vermehrt auf die PatientInnen konzentrieren. Die Information und Kommunikation mit den PatientInnen steht im Vordergrund. Die PatientInnen werden bewusster in die Behandlungsabläufe eingebunden. (vgl. IP06, 2022, Z. 174–179) Ein konkretes Beispiel ist die Visite. In früheren Zeiten wurde bei Dienstübergaben über die PatientInnen gesprochen, im Lean Management wird mit den PatientInnen bei der Dienstübergabe an das nachfolgende Pflegepersonal gesprochen, die PatientInnen können sofort Fragen stellen und sind transparent über das weitere Vorgehen informiert. Auch die nachfolgenden MitarbeiterInnen haben die PatientInnen kennen gelernt und konnten sich selbst ein Bild von deren Wünschen und Bedürfnissen machen. Zusätzlich gibt es im Zimmer ein Patientenboard, das mit wichtigen Informationen beschriftet ist. Sollten PatientInnen Termine vergessen, haben sie die Möglichkeit, am Patientenboard nachzusehen, wobei auf den Datenschutz geachtet werden muss. (vgl. IP05, 2021, Z. 433–444)

9.3.3. Patientenbefragung – Kommunikation

Die Patientenkommunikation ist ein bedeutender Faktor im Wertschöpfungsprozess. PatientInnen werden ausführlich über die Vorgehensweise, aber auch über Verzögerungen zeitnah informiert. Gerade in Akut-Krankenhäusern besteht die Gefahr, dass sich geplante OP-Termine verschieben. Für PatientInnen ist es sehr viel angenehmer, wenn sie eine relativ genaue Uhrzeit für den OP-Termin bekommen, es hemmt die Aufregung und die Unsicherheit. Sollten diese Termine nicht eingehalten werden, ist es wichtig, die PatientInnen darüber kurz zu informieren. Für die PatientInnen ist ein gut geplanter Tagesablauf besonders wichtig, und zwar in allen Belangen, ganz gleich, ob es um Behandlungen geht oder um die Versorgung mit Speisen. Diese kurzen Gespräche dürfen nicht unnötigerweise gestört werden. (vgl. IP03, 2021, Z. 84–89; IP07, 2022, Z. 543–553) Um Laufwege zu sparen, hat das Pflegepersonal alle wichtigen Utensilien am Pflegewagen und zusätzlich auch einen Laptop dabei, mit dem rechtzeitig alle wichtigen Informationen dokumentiert werden. Auch hier ist es wichtig, den PatientInnen mitzuteilen, dass neben dem netten Gespräch auch alle wichtigen Punkte notiert werden. (vgl. IP05, 2021, Z. 117–124; IP09, 2022, Z. 156–161)

Ein weiterer wichtiger Prozess sind die täglichen Patientenbefragungen. Die PatientInnen werden von der Pflege im Hinblick auf Wünsche, Veränderungen und Störungen befragt. So kann mit den Verbesserungen unverzüglich begonnen werden. Diese Feedbackschleife ist besonders wichtig für den KVP. (vgl. IP07, 2022, Z. 559–562)

9.3.4. Vorteile für die PatientInnen

Die Vorteile für die PatientInnen liegen darin, dass ein extremer Patientenfokus (auch Kundenfokus genannt) herrscht, denn die PatientInnen werden als Kunden angesehen. Eine starke Flussausrichtung dient dazu, Verzögerungen und Wartezeiten zu minimieren, Verschwendungen zu vermeiden und eine ständige Kontrolle zu gewährleisten, ob die Leistungen für die PatientInnen noch in Ordnung sind. (vgl. IP07, 2022, Z. 557–564) PatientInnen erhalten wesentlich mehr Transparenz in den Behandlungsabläufen und werden mehr in die Gespräche eingebunden. Behandlungen werden deutlich ruhiger, geplanter und stressbefreiter durchgeführt. Der geregelte und ruhigere Stationsablauf ist von großem Wert. Gerade die standardisierten Abläufe geben den PatientInnen Sicherheit und beruhigen sie in ihrem Ausnahmezustand. Dadurch, dass alle MitarbeiterInnen in allen Berufsgruppen die gleichen strukturierten Abläufe bearbeiten, wirkt der Krankenhausbetrieb für die PatientInnen sicher und professionell. (vgl. IP06, 2022, Z. 174–178; IP10, 2022, Z. 103–111) Auch die Standardisierungen erhöhen die Patientensicherheit, denn es werden Ressourcen gespart und die MitarbeiterInnen haben mehr Zeit für die PatientInnen.

9.4. Wirtschaftlichkeit von Lean Management

In diesem Kapitel werden die wirtschaftlichen Aspekte im Zusammenhang mit der Einführung von Lean Management betrachtet.

9.4.1. Bauliche Rahmenbedingungen

Lean strebt nach kürzeren Laufwegen und steht für Dezentralisierung. Die baulichen Maßnahmen sind nicht von größter Bedeutung. Umbaumaßnahmen werden für Projekte meist schnell

umgesetzt. Aber auch ohne Umbaumaßnahmen lässt sich Lean leicht in das Unternehmen integrieren. Meist sind gewisse räumliche Strukturen vorhanden, es bedarf meist nur einer Umschichtung von Räumen und einer Umlagerung von Material. Diese einfachen Maßnahmen können schon viel bewirken. (vgl. IP02, 2021, Z. 493–501) Häufig ergeben sich aus den vorhandenen Räumen zusätzliche Ressourcen, Prozesse und Abläufe, bei denen die PatientInnen zur Untersuchung in die unterschiedlichen Räume mitgenommen werden, wodurch wieder Laufwege für das Personal eingespart werden. Zusätzlich helfen mobile Behandlungseinrichtungen, die zu den PatientInnen mitgenommen werden. Diese mobilen Einrichtungen kompensieren die baulichen Schwierigkeiten. Speziell die älteren langen Gänge auf den Stationen sind nicht besonders Lean-freundlich und auch bei der Gestaltung der Patientenzimmer müssen die Einrichtung sowie die Materialien für die Versorgung gut eingeplant werden. Eine ältere Baustruktur stellt für die Lean-Implementierung keine allzu große Schwierigkeit dar. Die Gegebenheiten sind so optimal, wie es eben das Gebäude zulässt. Räumliche Veränderungen hin zu kürzeren Wegen sind relativ leicht zu organisieren. Das Optimum wäre, wenn ein neues Gebäude bereits auf Basis der Lean-Philosophie errichtet wird. (vgl. IP07, 2022, Z. 667–674; IP10, 2022, Z. 354–359) Wird ein Krankenhaus neu errichtet und steht dabei die Lean-Implementierung im Vordergrund, ist es sinnvoll, einen Architekten einzubeziehen, der sich mit Lean Management auskennt. Werden Stationen und Ambulanzen nach Lean ausgerichtet, werden die Prozesse deutlich schlagkräftiger. (vgl. IP08, 2022, Z. 451–461)

9.4.2. Unterstützungsmaßnahmen in der Umsetzung

Um Lean Management zu implementieren, sind externe ExpertInnen gerade am Anfang sehr hilfreich. Trotz Literaturrecherche wäre es schwer, alleine Lean zu implementieren, da dazu ein Team aus unterschiedlichen Berufsgruppen benötigt wird und dieses Team alleine zu führen kaum möglich wäre. Das strukturelle und strategische Denken ist häufig zu wenig vorhanden, gerade der Blick aus der Vogelperspektive ist in diesen Veränderungsprozessen besonders wichtig. (vgl. IP03, 2021, Z. 370–371; IP04, 2021, Z. 392–395) Es fehlt einem selbst an Know-how. Auch die Wertigkeit von ExpertInnen im eigenen Unternehmen zählt meist weniger, oft gehen die Veränderungsprojekte einfacher und besser mit ExpertInnen aus dem externen Bereich. Ein guter Ansatz ist es, sich für die ersten Bereiche den Input von außen durch ExpertIn-

nen zu holen, um Lean Management erfolgreich umzusetzen. In weiterer Folge wird es leichter, die anderen Bereiche mit dem bereits erlernten Wissen und den gemachten Erfahrungen auch auf Lean umzustellen. Es gibt in jedem Haus Spezialprobleme und auf diese sind die Blickwinkel von Außenstehenden objektiver und neutraler. Diese ExpertInnen coachen zugleich alle MitarbeiterInnen und haben das Wissen, wie Lean am besten an die MitarbeiterInnen vermittelt wird. Das Coachen, das Einhalten der vereinbarten Strukturen und auch das Einfordern der Einhaltung geht leichter mit einer neutralen Sicht auf das Team und diese Sicht können nur externe BeraterInnen gewährleisten. (vgl. IP05, 2021, Z. 479–482; IP06, 2022, Z. 524–530) Sehr große Häuser haben für die Implementierung von Lean bereits eigene Lean-ExpertInnen angestellt. Diese ExpertInnen werden noch von einigen hundert MitarbeiterInnen unterstützt. Das sind ExpertInnen, die das ganze Konzept stetig weiterentwickeln und Prozesse, die unnötig sind, auch beenden. In den Lean-Workshops können sich MitarbeiterInnen untereinander austauschen und Ideen sammeln. (vgl. IP01, 2021, Z. 199–206) Aus der Sicht aller InterviewpartnerInnen wird klar empfohlen, für die Lean-Implementierung Hilfe von außen zu holen. Gerade, wenn Lean neu eingeführt wird, kann bei unerfahrenen Führungskräften viel kaputtgehen und das Konzept ‚stirbt‘ im Unternehmen, bevor richtig damit begonnen wurde.

9.4.3. Messen von Kennzahlen

Um die Wirkung und den Erfolg von Lean Management messen zu können, sind Kennzahlen ein wesentlicher Indikator. Anhand der Standardisierung wird versucht, mit Feedback und Kennzahlen zeitnah zu arbeiten, um unmittelbar darauf reagieren zu können. (vgl. IP07, 2022, Z. 552–554) Es ist allerdings schwer messbar, in welchen Bereichen am meisten Kosten eingespart werden können. Im kaufmännischen Bereich ist es schwierig Kennzahlen zu finden, die bestätigen, dass eine gute Lean-Arbeit im Verwaltungsbereich betrieben wird. Es kann natürlich immer mit Partnerbefragungen oder Kundenbefragungen gemessen werden – wichtig ist, stets genau zu wissen, was das Unternehmen messen möchte und wovon das Unternehmen glaubt, dass es gut performt. (vgl. IP07, 2022, Z. 327–333, 338–343) Die Kennzahlen, die das Controlling erfasst, beziehen sich auf die durchschnittliche Auslastung der Betten. Das ist im Grunde keine echte Wirtschaftlichkeit. Ein Hauptfaktor für eine wirtschaftlich gut funktionierende Station wäre die Messung der Kennzahlen der durchschnittlichen Verweildauer. Trotz Senkung der Lie-

gedauer leidet nicht die Qualität – im Gegenteil erhöht sich das Patientenaufkommen und es verbessern sich ständig die Behandlungsabläufe. Das wirkt sich nicht nur auf das Gesundheitswesen, sondern auf die generelle Wirtschaft aus. (vgl. IP02, 2021, Z. 542–545; IP08 2022, Z. 403–407) Anhand der Befragungen von MitarbeiterInnen und PatientInnen lässt sich die Qualität und Effizienz im Beschwerdemanagement messen. (vgl. IP05, 2021, Z. 460–464) Gerade beim Personal hat das Beschwerdemanagement sicherlich Auswirkungen bei den Überstunden oder Krankenständen. Jeder kann sich die Statistik jeden Monat ansehen und bemerkt womöglich eine positive Richtung – es ist dennoch schwer zu messen. Ein ökonomischer Traum ist, wenn mit der Lean-Positionierung gute MitarbeiterInnen angezogen werden. (vgl. IP07, 2022, Z. 645–646)

9.4.4. Einsparungspotential

Den Kostendruck mit Lean Management reduzieren zu wollen, wäre ein falscher Ansatz. Lean Management ist kein Sparprojekt, sondern zielt auf ein angenehmes Arbeitsumfeld und einen attraktiveren Dienstgeber ab, sodass in Folge weniger MitarbeiterInnen kündigen. Gerade in der Phase der Implementierung ist dieses Konzept kostenintensiv. Es werden zusätzlich Mitarbeiterressourcen für die Entwicklung und Einführung benötigt, es fallen Kosten für Equipment an und die Hilfestellung von externen BeraterInnen verursacht ebenfalls Kosten. Diese Kosten sind angesichts der positiven Chancen und Möglichkeiten relativ gering. (IP09, 2022, Z. 310–317) Es mindert den Druck, der aufgrund von Desorganisationen so deutlich in allen Strukturen zu spüren ist. Wie bereits oben im Punkt ‚Messen von Kennzahlen‘ erwähnt, wird sich das auf die Personalkosten in Form von weniger Krankenständen und Überstunden auswirken. Zum anderen wird aufgrund der Zufriedenheit der MitarbeiterInnen die Fluktuation gemindert. (vgl. IP07, 2022, Z. 632–639)

9.5. Zukunftsprognosen im Lean Management

Das letzte Kapitel der empirischen Ergebnisdarstellung bezieht sich auf die zukünftige Entwicklung von Lean Management in Krankenanstalten.

9.5.1. Digitalisierung mit Lean Management

Die technische Unterstützung macht Prozesse einfacher, transparenter und leichter nachvollziehbar. Auch im Hinblick auf die Erarbeitung von Kennzahlen ist die Digitalisierung sehr hilfreich. Es ist ausschlaggebend, dass zuerst alle Prozesse optimiert und dann diese Prozesse elektronisch unterstützt werden. (vgl. IP07, 2022, Z. 696–702) Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass Stationen bereits die elektronische Fieberkurve hatten und die Lean-Implementierung kein zusätzliches Problem entwickelte. Bei der Visite sind auf diesen Stationen zwei Ärzte, die sich die Arbeit gut aufteilen. Der eine führt die Kommunikation mit den PatientInnen und der andere dokumentiert alles. Das spart Zeit und die PatientInnen sind in alle Vorgehensweisen gut eingebunden. (vgl. IP09, 2022, Z. 402–408) Lean Management kommt insbesondere aus der Schweiz, dort hat es ein hohes Level, aber auch der Digitalisierungsgrad ist dort sehr hoch, die Komponenten passen gut zusammen (vgl. IP06, 2022, Z. 552–555).

9.5.2. Veränderungen in der Krankenhausführung

Der Trend, den IP 07 in seinem Umfeld bemerkt hat, geht eindeutig in Richtung Lean. Das Direktorium ist bereits von Lean Management überzeugt. Es geht in einem Krankenhaus um die ständige Weiterentwicklung und Verbesserung. Am wenigsten werden die Werkzeuge benötigt, das wichtigste ist, dass alle Führungskräfte und MitarbeiterInnen die Lean-Philosophie verstehen. (vgl. IP07, 2022, Z. 720–721, 727–731). „Ich will für mein Haus das Beste“ (IP07, 2022, Z. 726). Wenn die Industrie mit der Digitalisierung in Zusammenhang gebracht wird, ist heute die Rede von der Stufe 4.0 – die Medizin dagegen ist erst bei Stufe 0.9 in Fragen der Digitalisierung. Es ist ein deutlicher Innovationssprung, wenn Lean in einem gesamten Gesundheitsunternehmen eingesetzt wird. Es bringt eine große Transparenz und nimmt einigen die Führungssillusion. Es gibt noch viel Spielraum nach oben in der Lean-Entwicklung. Lean ist nie abgeschlossen, es ist ein ständiges Verbessern aller Prozesse. (vgl. IP08, 2022, Z. 540–546)

Die Pandemie hat in den letzten zwei Jahren den Menschen viel von ihrer Individualität genommen. Es hat sich ein Gruppendenken von ‚geimpft‘ und ‚ungeimpft‘ entwickelt. Der Blick auf die PatientInnen wurde komplett in den Hintergrund gedrängt. Es wurde nur von Kapazitäten gesprochen und es wurde eine enorme Depersonalisierung vorgenommen. Lean Manage-

ment kann dabei helfen, den Blick wieder auf das Wesentliche zu richten: auf die PatientInnen. PatientInnen sind keine Autos und deshalb ist Lean Management so vielversprechend für die Zukunft des Gesundheitswesens. (vgl. IP06, 2022, Z. 573–581)

10. BEANTWORTUNG DER EMPIRISCHEN SUBFORSCHUNGSFRAGEN

Bezugnehmend auf die in Kapitel 8 dargestellten empirischen Ergebnisse werden die empirischen Subforschungsfragen nun beantwortet.

Empirische Subforschungsfrage 1:

Welche Vorteile und Nachteile können durch das Lean Management im Krankenhaus entstehen?

In Bezug auf die Aussagen der InterviewpartnerInnen hat Lean Management sehr klare Vorteile gegenüber anderen Managementsystemen. Im Wesentlichen ist es ein Managementsystem, das sich mit relativ geringem Aufwand in ein Unternehmen integrieren lässt. Die vielen bereits erwähnten Werkzeuge unterstützen die Veränderungsprozesse, sie reichen aber nicht aus, um die Funktion des Managementsystems zu gewährleisten. Vielmehr gilt es das System zu verstehen und den Blick auf die Effizienz zu richten. Lean Management im Krankenhaus bedeutet, die PatientInnen an die erste Stelle zu setzen. Die Patientenbedürfnisse und die Patientensicherheit sind die Schlüsselindikatoren. Lean Management ist darauf ausgerichtet, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen für die PatientInnen zu erhöhen. Es bedeutet aber auch weniger Verschwendung bei den MitarbeiterInnen im Arbeitsalltag, ruhigere Prozessabläufe und eine optimale Nutzung der Ressourcen. Vorteile für die PatientInnen sind die standardisierten Behandlungspfade und Prozessabläufe auf den Abteilungen. Die transparente und direkte Kommunikation mit den PatientInnen sowie die Vermeidung von Doppelanamnesen und Wiederholungsfragen sind von besonderer Bedeutung. Wird Lean Management auf die umliegenden Abteilungen ausgeweitet, so werden diese Bereiche miteinander abgestimmt und es entsteht ein Flussprinzip. Dieses Flussprinzip unterstützt die PatientInnen auf ihrer Behandlungsreise durch die unterschiedlichen Abteilungen. Dabei werden Wartezeiten minimiert, die Patientensicherheit erhöht und auch die Patientenzufriedenheit gesteigert. Einer der größten Risikofaktoren für die Patientensicherheit ist die Kommunikation. Dabei ist die Kommunikation mit den PatientInnen bedeutsam, aber auch die Kommunikation innerhalb der unterschiedlichen Berufsgruppen. Zu oft passieren Fehler, weil Prozesse und Schritte nicht konsequent geregelt sind. Dadurch entstehen Behandlungsfehler, Fehlmedikationen und Folgeschäden aufgrund von zu langen Wartezeiten. Gerade aus diesem Grund ist die sogenannte PatientInnenzentrierung

ein Kernfaktor. Eines der Hauptziele ist die Wertschöpfungskette für die PatientInnen. Es wird explizit darauf geachtet, welche Dienstleistungen und Prozesse den PatientInnen dienlich sind und welche Prozesse zu vermeiden sind. Abläufe, die den PatientInnen nicht direkt dienen, gehören nicht zum Wertschöpfungsprozess. Hierbei stellt sich die konkrete Frage, was die PatientInnen zum jeweiligen Zeitpunkt benötigen. Lean Management versteht das Krankenhaus als ganzes System und löst das isolierte Abteilungsdenken gänzlich auf. Zusätzlich strebt Lean nach einer flachen Hierarchie. Gerade in Krankenanstalten ist eine starke Hierarchiekultur angeordnet, von den Führungskräften ist daher ein besonderer Change-Prozess umzusetzen. Es wird darauf Wert gelegt, alle beteiligten MitarbeiterInnen in allen Berufsgruppen gleichermaßen in die Prozesse einzubinden und Abläufe gemeinsam zu erarbeiten. Die Führungskraft ist dazu angehalten, Vertrauen zu schaffen und Verantwortung an die MitarbeiterInnen abzugeben. Die Führungskraft muss zusätzlich das Büro verlassen und unterstützend am Ort des Geschehens mit Hilfestellungen und Lösungsansätzen mitwirken. Hier ist häufig die größte Herausforderung verankert, denn es ist ein umfangreiches Wissen und Überzeugungskraft nötig, um die Führungskräfte von Lean Management zu überzeugen. Führungskräfte sind die größten Treiber beim Thema Veränderung innerhalb eines Unternehmens oder auch einer Abteilung. Ist die Führungskraft überzeugt, ist es ihre Aufgabe, alle anderen MitarbeiterInnen zu überzeugen und zu motivieren. Dabei gilt es die MitarbeiterInnen behutsam auf die Veränderung vorzubereiten, die Motive und Ziele klar und transparent aufzuzeigen. In den letzten Jahren hat sich deutlich gezeigt, dass aufgrund des Pflegefachkräftemangels und der schwierigen Arbeitsbedingungen, MitarbeiterInnen ganz gleich welchen Alters dennoch offen für Veränderungen sind. Gerade in ausweglosen Situationen wünschen sich Menschen Veränderungen in der Hoffnung auf eine Verbesserung. Dabei ist die ältere Belegschaft keinesfalls ausgenommen, sie ist ebenso bereit, einen Wandel innerhalb des Arbeitsbereiches durchzuführen. Nicht nur um selbst eine Verbesserung zu spüren, sondern auch um den Patientenbedürfnissen wieder gerecht zu werden und dem eigentlichen Berufsbild wieder nachzugehen: Zeit mit den PatientInnen zu verbringen, ohne den vielen bürokratischen Aufwand und das Laufen unnützer Wege. Lean Management hat aber auch Nachteile, die sich je nach Betrachtungsweise nicht immer als tatsächliche Nachteile offenbaren müssen. Eine der größten Schwierigkeiten ist das Messen von Kennzahlen. Im täglichen Handeln auf den Abteilungen ist es schwer, messbare Zahlen zu finden, es kann aber die

Patientensicherheit anhand von Feedbackfragen erhoben werden. Auch in der Administration ist es schwierig, Parameter zu erheben, an denen Lean Management messbar ist. Da aber die Effizienz im Vordergrund steht, kann durch Lean Management die Verweildauer und auch die Belagsdauer der PatientInnen drastisch reduziert werden, woraus folgt, dass noch mehr PatientInnen behandelt und versorgt werden können. Die Zahlen spiegeln sich im Controlling wider. Ein weiterer Aspekt, den es bei Lean Management zu berücksichtigen gilt, ist die Tatsache, dass eine Wandlung in der Unternehmensphilosophie nie abgeschlossen ist. Es dreht sich das gesamte Management um die ständige Verbesserung aller Abläufe – und genau damit ist man nie fertig.

Empirische Subforschungsfrage 2:

Wie kann der Grundsatz einer gemeinnützigen Krankenanstalt mit dem Lean Management verbunden werden?

Dem Lean Management eilt in einigen Bereichen ein Ruf voraus, der aber für das Krankenhauswesen nicht zutrifft. Wurde es in der Industrie zur Effizienzsteigerung und zur Einsparung eingesetzt, kommt die Effizienz und die Ressourceneinsparung in Krankenanstalten gänzlich den PatientInnen und MitarbeiterInnen zu Gute. Eine Krankenanstalt gilt dann als gemeinnützig, wenn sie nicht auf die Erzielung eines Gewinnes ausgerichtet ist. In der Industrie sind die Unternehmen dagegen ausdrücklich auf Gewinn ausgerichtet. Hier unterscheidet sich Lean Management im Krankenhaus also vom Lean Management in der Industrie. Lean Management darf auf keinen Fall als ‚Sparpaket‘ angesehen werden. In dieser Philosophie geht es zwar auch um Einsparung von Ressourcen, auch auf finanzieller Ebene, jedoch nicht im Hinblick auf Umsatz und Gewinn. Ziel im Krankenhauswesen ist es, die Ressourcen in Form von Zeit und Arbeitskraft, vorwiegend die ungenutzten Personalressourcen, besser einzusetzen und schonend zu verwenden. Damit trifft Lean genau den Grundsatz einer gemeinnützigen Einrichtung. Lean verlangt aber nicht von den Mitarbeitern, schneller zu arbeiten, um an Effizienz zu gewinnen, sondern es bezieht sich auf die Art und Weise, wie auf den Abteilungen und Stationen gearbeitet wird. Lean Management richtet sich auf die Bereiche in zwei Gliederungen aus. In der ersten Gliederung strebt Lean nach Verbesserungen, die nicht direkt mit den Tätigkeiten der Pflege und Behand-

lung von PatientInnen verbunden sind. Diese Bereiche betreffen die Administration in Form von Einkauf, Logistik und Finanzen, aber auch in Bezug auf Wartezeiten und Laufwege. In der zweiten Gliederung achtet Lean auf die Bereiche, die direkt die Pflege und Behandlung der PatientInnen betreffen, und zwar in Form von Visiten, Aufnahmegespräche etc. In weiterer Folge zeigt sich, dass durch Lean Management die Auslastung effizienter gestaltet werden kann, von der letztendlich die Bevölkerung profitiert, da mehr PatientInnen mit kürzerer Aufenthaltsdauer versorgt und behandelt werden können. Auch der finanzielle Aufwand für die Implementierung von Lean ist gut planbar und die Investitionen können gut abgewogen werden. Die gemeinnützigen Krankenanstalten müssen in der momentanen Situation und vermutlich auch in Zukunft noch besser mit dem vorgegebenen Budget haushalten. Immerhin finanziert die gesamte Bevölkerung dieses Gesundheitswesen und deshalb sind die Krankenanstalten dazu angehalten, ihre Mittel sorgsam einzusetzen. Der Personalfachkräftemangel in der Pflege birgt zusätzlich viele Herausforderungen im Gesundheitswesen und für die MitarbeiterInnen. Zuletzt hat auch die Corona-Pandemie die Situation weiter verschärft. Die MitarbeiterInnen sind aufgrund der zum Teil sehr komplexen Organisationen überarbeitet. Die Pandemie hat von den MitarbeiterInnen sehr viel abverlangt und in den Schwerpunktabteilungen wie auf den Intensivstationen kam es zu nicht zu verantwortenden Arbeitsbedingungen, dennoch sind die MitarbeiterInnen sehr offen und veränderungsbereit. Gerade diese Veränderungsbereitschaft ist nötig, um einen Strukturwandel durchzuführen. Lean Management hat bereits gezeigt, dass in vielen Abteilungen durch den Einsatz unterschiedlicher Methoden der Arbeitsalltag erleichtert werden kann. Durch strukturell standardisierte Abläufe hat sich die Fehlerrate reduziert und die Patientenzufriedenheit konnte gesteigert werden. MitarbeiterInnen können sich wieder mehr den PatientInnen widmen und ihrer eigentlichen beruflichen Funktion nachgehen. Es gilt jedoch für Führungskräfte, diese Veränderungen behutsam zu integrieren, ohne das Personal zusätzlich zu überfordern. In der empirischen Forschung dieser Arbeit ergab sich durch die Aussagen von erfahrenen Lean-ExpertInnen in Krankenanstalten die Erkenntnis, dass es bei den Pflegefachkräften ein reges Interesse an den Lean-Stationen gibt. Pflegefachkräfte würden Lean-Stationen gerne bei ihren Bewerbungen vorziehen. Durch die Einbeziehung in die Prozesse und das Übernehmen von Verantwortung erhöht sich die Motivation der MitarbeiterInnen und es gestaltet sich ein angenehmeres Arbeitsumfeld, das letztendlich nicht nur den PatientInnen zugute-

kommt, sondern dem gesamten Unternehmen. Lean Management vermittelt den MitarbeiterInnen ein Bewusstsein für einen wirtschaftlicheren Umgang mit den Ressourcen. Vermeidung von Verschwendung ergibt sich durch eine geringere Aufenthaltsdauer der PatientInnen, verkürzte Wartezeiten und Laufwege sowie durch Einsparungen im Personalaufwand, die angesichts des Pflegefachkräftemangels dringend nötig sind. Durch die Standardisierungen der Prozesse wurde die Qualität der Versorgung und der Behandlung von PatientInnen und in weiterer Folge die Patientensicherheit insbesondere in Abteilungsübergreifenden Bereichen gesichert. Ein Kernfaktor in der Zusammenarbeit aller Berufsgruppen ist die Verbesserung der Kommunikation und die Anpassung der Informationsflüsse. Durch die Verringerung von nicht wertschöpfenden Tätigkeiten kann die Belastung der MitarbeiterInnen reduziert und das Betriebsklima in allen Berufsgruppen erheblich gesteigert werden. Wie bereits in Kapitel 4.2. zum Nutzen von Krankenanstalten und in Kapitel 2.6. zur Definition von gemeinnützigen Krankenanstalten erklärt, lässt sich der Grundsatz einer gemeinnützigen Krankenanstalt mit dem Lean Management sehr gut verbinden. Auch die Ethik in einem Krankenhaus ist von besonderer Bedeutung, diesbezüglich hat es in der empirischen Forschung Erkenntnisse gegeben mit der Ansicht, es wäre unethisch, nicht Lean Management zu betreiben. Wie bereits erwähnt sind gemeinnützige Krankenanstalten mit einem Versorgungsauftrag für die gesamte Bevölkerung aus allen Schichten versehen. Die Heilung und Pflege der Menschen steht im Mittelpunkt. Trotz des hohen Kostendruckes auf der regionalen und gesamtwirtschaftlichen Ebene ist man bemüht, die hohen Standards und die Qualität des österreichischen Gesundheitswesens aufrechtzuerhalten. Lean Management kann bei diesem Vorhaben auf allen Ebenen unterstützen und zusätzlich dazu beitragen, diese hohen Standards und die Qualität durch neue Innovationen und mit der Unterstützung der Digitalisierung zu verbessern. Wie bereits erwähnt ist Lean Management niemals abgeschlossen. Es lebt von der ständigen Weiterentwicklung und Verbesserung. Es wäre dem österreichischen Gesundheitswesen nichts Besseres zu wünschen, als sich auf allen Ebenen mehr mit dem Thema Lean Management zu befassen. Krankenhäuser wären nicht nur gemeinnützig, sondern auch patientenfreundlicher und mitarbeiterfreundlicher ausgerichtet. Lean Management hat das Potential, das Niveau des österreichischen Gesundheitswesens auf eine neue Stufe zu heben.

11. CONCLUSIO UND AUSBLICK

Zum Abschluss werden in diesem Kapitel die theoretischen und empirischen Forschungsergebnisse in Bezug auf die Beantwortung der Hauptforschungsfrage miteinander verbunden. Es werden die zentralen Erkenntnisse, die Vorannahmen und die Grenzen dieser wissenschaftlichen Arbeit diskutiert.

Beantwortung der Hauptforschungsfrage:

Welche Führungs- und Managementkonzepte benötigen Krankenanstalten, um den Lean-Management-Ansatz erfolgreich zu implementieren?

Für die Implementierung von Lean Management in Krankenanstalten sind grundsätzlich viele Aspekte zu berücksichtigen. In erster Linie ist es von Bedeutung, wie veränderungswillig ein Unternehmen ist. Die Krankenanstalten wurden in den letzten Jahrzehnten durch eine 3-Säulen-Führung organisiert. In der Praxis hat sich häufig gezeigt, dass diese Art der Führung vor vielen Herausforderungen steht und speziell in der Personalführung durch strikte Hierarchiesysteme an seine Grenzen stößt. Die Wurzeln dieser Führungskultur liegen in den Grundzügen der politischen Landschaft. Macht und Autorität gehören zu den heiklen Themen und stellen in sozialen Dienstleistungsunternehmen Hürden dar. Im sozialen Dienstleistungsunternehmen gibt es klare Regeln und Strukturen unter Einbeziehung einer vertrauensvollen und authentischen Umgebung. Durch die Einbindung der MitarbeiterInnen in Form von Transparenz und einer offenen Kommunikation werden die MitarbeiterInnen motiviert, Ideen und Lösungen für eine Veränderung zu erarbeiten. Im Hinblick auf die Führungskonzepte haben sich folgende Erkenntnisse aus dem theoretischen Teil in Kapitel 6 ergeben. Lean Management benötigt in der Führungskultur einen hohen Anteil an sozialen Kompetenzen bei den Führungskräften, aber auch bei den MitarbeiterInnen. Es gilt einen Balanceakt zu vollführen zwischen den Führungskompetenzen eines sozialen Dienstleistungsunternehmens und den Führungskompetenzen, die Lean Management anstrebt. Die Führungskompetenzen, die auf Lean Management ausgerichtet sind, verlangen von den Führungskräften einen Rollenwandel. Die Führung findet immer am Ort des Geschehens statt. Sie fungiert als Unterstützung und bietet Lösungsmöglichkeiten an. Es ist ein Konzept, das im dezentralen Bereich erfolgsversprechend ist. In vielen Krankenhäusern wurde in den letzten Jahren ein großer Wert auf die Zentralisierung gelegt. Entscheidun-

gen und Prozesse werden zentral geplant, organisiert und die Einbeziehung des Personals vor Ort wird häufig vernachlässigt. Diese Vorgehensweise ist jedoch kontraproduktiv für die Einführung von Lean Management. Lean Management ist auf die Dezentralisierung von Organisationen ausgerichtet und das Ziel ist es, die Entscheidungswege zu verkürzen, die Kommunikation transparent und einfach zu gestalten und zeitnah lösungsorientiert zu handeln. Lean kann dabei wesentliche Beiträge leisten, die Führungskräfte zu fördern und sie in der Mitarbeiterentwicklung zu unterstützen. Die Eigenverantwortlichkeit und das Vertrauen soll auf die MitarbeiterInnen übergehen. Das Ziel bei der Führung mit Lean Management ist es, die MitarbeiterInnen zu eigenverantwortlichen, entscheidungsfähigen, selbstdenkenden Menschen zu entwickeln und zu fördern. Unabhängig von der Funktion der Menschen im Unternehmen, ist ein hohes Maß an Kompetenz erforderlich. In erster Linie ist die Fachkompetenz maßgeblich, um auch die Sicherheit der PatientInnen zu gewährleisten. In weiterer Folge ist darauf zu achten, dass es einen hohen Anteil an MitarbeiterInnen im Unternehmen gibt, die Sozialkompetenzen in Form von Teamgeist, Durchsetzungskraft und Konfliktfähigkeit beherrschen, zusätzlich einen hohen Anteil an Personalkompetenzen in sich tragen, um Niederlagen, Fehlversuche und Rückschläge zu meistern, und zudem ein ausreichendes Maß an Methoden- und Lernkompetenzen im Hinblick auf Entscheidungsfindung und Problembewältigung aufweisen. Alles diese Kompetenzen sind von großer Bedeutung, weiter ist aber auch festzuhalten, dass wenn eine Führungskraft von dem Konzept Lean Management nicht ausreichend überzeugt ist, dieses Managementsystem zum Scheitern verurteilt ist. Dieselben Kompetenzen, die von MitarbeiterInnen verlangt werden, benötigen auch Führungskräfte. Lean Management strebt nach flachen Hierarchiestrukturen und fordert Führungskräfte auf, das Büro zu verlassen und sich vor Ort die Herausforderungen anzusehen und als Unterstützer bei der Lösungsfindung mitzuwirken. Die Führungskraft muss außerdem lernen, Vertrauen in die MitarbeiterInnen zu entwickeln und in gewissen Bereichen die Kontrolle abzugeben.

Lean Management benötigt eine gute Unternehmenskultur und eine prozessorientierte Betriebsorganisation. Um ein Unternehmen nach Lean Management zu organisieren, können viele Werkzeuge und Methoden aus der japanischen Kultur integriert werden. Vordergründig wird Lean Management im medizinischen Bereich implementiert, da die PatientInnen am meisten von diesem Managementsystem profitieren. Zusätzlich steigt im medizinischen Bereich aber

auch der Druck zur Veränderung im Hinblick auf den Pflegefachkräftemangel. Die MitarbeiterInnen sind das höchste Gut in einem sozialen Dienstleistungsunternehmen. Es ist von Bedeutung, den Arbeitsplatz für die Pflege wieder attraktiver zu gestalten. Konkrete Ziele sind: das Betriebsklima durch mehr Motivation in Form von Eigenverantwortung zu fördern und die Belastungen der MitarbeiterInnen zu reduzieren. Die MitarbeiterInnen sollen sich wieder konkret um die PatientInnen kümmern. Im Fokus stehen die Prozesse, die den PatientInnen wertschöpfend dienen. Speziell die Autoindustrie profitierte von den Werkzeugen, die Lean Management bereitstellt. Die unterschiedlichen Methoden und Werkzeuge, die in Kapitel 3 beschrieben und erläutert wurden, unterstützen maßgeblich die Umsetzung des Lean-Gedankens im Unternehmen. Lean darf aber nicht nur als Managementkonzept beschrieben werden, sondern in der theoretischen Literatur und auch in der empirischen Forschung wird Lean Management als Unternehmensphilosophie aufgefasst. Für die Implementierung zählen neben den Werkzeugen und Methoden zu einem erheblichen Anteil das Denken und Handeln nach Lean Management. Die Philosophie lebt von einem ständigen Streben nach Perfektion, das Hinterfragen der bisherigen Prozesse sowie von der Vermeidung der Verschwendung. Durch den hohen Wettbewerbsdruck, dem auch Krankenanstalten ausgesetzt sind, werden die Lean-Instrumente auch in den administrativen Bereich übertragen. Diesbezüglich lässt sich Lean gut in der Logistik und im Einkauf integrieren. Es gibt aber auch Erkenntnisse dazu, wie einfach sich Lean in den täglichen administrativen Prozessen einbeziehen lässt. Zusätzlich dient Lean Management, wie bereits erwähnt, zur Vermeidung von Verschwendung. Diese Verschwendung bezieht sich vor allem auf die Einsparung von Zeit und von ungenutzten Personalressourcen. Speziell der bürokratische Aufwand für Ärzte und Pflegepersonal muss minimiert werden. Lean Management lässt sich in der Theorie an Kennzahlen messen, die Praxis hat aber gezeigt, dass Lean Management zwar messbar ist, dies aber nicht immer so einfach ersichtlich ist. Um Lean Management erfolgreich und vor allem dauerhaft in das Unternehmen zu integrieren, bedarf es vor allem der Unterstützung durch externe Lean-Experten, die jahrelange Expertise in den Wandlungsprozess einfließen lassen. Hilfreich ist auch der Zugang über Change-Management-Prozesse, die wesentlich die Veränderungen in der Strategie, Struktur und Unternehmenskultur beeinflussen. Change Management dient zur Prozessverbesserung und ist erfolgreich, wenn alle MitarbeiterInnen in die Veränderungsprozesse eingebunden werden und in die richtige Richtung gesteuert werden.

Speziell im Gesundheitswesen stehen immer die Menschen im Mittelpunkt und sind die größten Treiber für Prozessveränderungen. Damit aber die Individualität aller Beteiligten gewahrt bleibt, dient Change – Management als Orientierungshilfe für den Wandel und lebt nicht von starren Strukturen. Zusätzlich gibt es im Change Management einen hohen Stellenwert für die Kommunikationskompetenz. Kommunikation ist eines der wichtigsten Werkzeuge, um Veränderungsprojekte nachhaltig und effizient zu gestalten. Für die Mitarbeitermotivation ist es von großer Bedeutung, frühzeitig und ausführlich auf geplante Veränderungen vorbereitet zu werden. Mit dieser Vorgehensweise kann Falschinformationen und Gerüchten aus dem Weg gegangen werden. Durch die aktive Mitarbeit aller Berufsgruppen ist der Wandel im Unternehmen möglich. Change Management unterstützt nicht nur die Anpassungsfähigkeit an zukünftige Herausforderungen, sondern fördert auch eine positive Einstellung zu den Zielen, die mit dem Wandel angestrebt werden. Um einen Change erfolgreich durchzuführen, kann ein Unternehmen sich an einer Formel mit drei Faktoren orientieren. Diese drei Faktoren sind die Unzufriedenheit mit der derzeitigen Situation, die Vision, wo die Reise hingehen kann, und die ersten Schritte, die gegangen werden müssen. Diese drei Faktoren müssen größer sein als der Widerstand, der dem Änderungswillen entgegengebracht wird. Dennoch sind auch kritische Gegner der Maßnahmen für einen erfolgreichen Wandel positiv, denn Kritik kann viel zur Ideenfindung beitragen. Zum Abrundung eines solchen Change-Prozesses ist eine Feedbackkultur unerlässlich. Das Vertrauen und die Geduld sind die Grundvoraussetzungen für ein erfolgreiches Feedback. Meinungen und Kritik der MitarbeiterInnen müssen ernst genommen werden, ohne die MitarbeiterInnen mit negativen Konsequenzen zu bedrohen. Es erfordert viel Geduld, Initiative, Zeit und Transparenz, um unliebsame Ergebnisse, aber auch Verbesserungsideen herauszufiltern und umzusetzen. Ein gelebtes Rollenverständnis der Führungskräfte in Form einer Partnerschaftlichkeit hat einen hohen Stellenwert. In einer bestehenden Hierarchiekultur ist es durchaus möglich, dass sich alle MitarbeiterInnen in allen Berufsgruppen unterschiedlicher Hierarchieebenen auf Augenhöhe begegnen und gemeinsam die besten Entscheidungen treffen.

Wie bereits in der Theorie in Kapitel 3 erklärt, stammt Lean aus der Automobilindustrie und wurde dort zur Produktionsverbesserung und für mehr Effizienz eingesetzt. Lean Management steht für die Verschlinkung und Optimierung von Prozessen. Ressourcen werden schonender

eingesetzt und es wird auf die Vermeidung von Verschwendung besonderer Wert gelegt. Lean Management hilft bei Einsparungen und bei der Vermeidung von Verschwendung auch im Krankenhaus. Die größten Einsparungen finden im Zeitmanagement und bei den ungenutzten Personalressourcen statt. Eines darf aber mit Lean Management nicht in Verbindung gebracht werden: Es ist kein spezielles Einsparungsmodell für eine Gesundheitseinrichtung. Die Kosten werden weiterhin eine große Herausforderung für den gesamtwirtschaftlichen Bereich sein. Lean Management dient dazu, die vorhandenen Mittel und Ressourcen bestmöglich einzusetzen und womöglich dazu beizutragen, vorübergehend einen Teil des Personalfachkräftemangels zu kompensieren. Ein Effekt von Lean könnte in Zukunft einen großen Wert im Krankenhauswesen gewinnen: Durch die positiven Erfahrungen, die bereits mit Lean Management in einzelnen Krankenhäusern gemacht wurden, sind die Förderung des Betriebsklimas und die Ausrichtung auf die Förderung der MitarbeiterInnen. Genau diese Argumente wecken ein großes Interesse bei den Pflegefachkräften und motiviert junge Menschen auch in Zukunft dazu, den Beruf der Pflegefachkraft zu ergreifen – mit der Aussicht, aktiv in einem Unternehmen mitwirken zu können.

Durch die Befragung der ExpertInnen wurde klar, dass Lean Management erhebliches Potential hat, im Krankenhauswesen ein fixer Bestandteil zu werden. Es ist aber auch kritisch anzumerken, dass eine Einführung von Lean Management ein Prozess von einigen Jahren ist und man in vielen Krankenhäusern erst am Anfang der Implementierung steht. Es bedarf eines hohen Maßes an Konsequenz und Fachexpertise, um den Erfolg zu erreichen, den Lean Management anstrebt. Dabei ist es von Bedeutung, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass es sich um ein Managementsystem handelt, das nie zu Ende geführt ist. Ebenso ist es bedeutsam, Lean Management zu verstehen und es in allen laufenden Prozessen zu hinterfragen. Wird Lean Management falsch angewendet, kann es auch schädlich für das Unternehmen werden. Eine wirtschaftliche Auswirkung wurde in dieser Arbeit nicht untersucht und könnte ein Thema für weitere Forschung darstellen.

Die ausgewählte Forschungsmethode lässt einen breiten Spielraum für die Beantwortung der Forschungsfragen zu. Die Arbeit bietet jedoch eine sehr einfache Sichtweise auf die Möglichkeiten, die Lean Management in Krankenanstalten bietet. Ob sich Lean Management in der Organisation von Krankenanstalten durchsetzen kann, hängt in erster Linie von der Einstellung und

Offenheit zukünftiger Führungskräfte ab und in weiterer Folge vom Wandel zu einem kundenorientierten Gesundheitswesen. Wie sich Lean Management langfristig auf das Gesundheitswesen auswirkt, wäre ein Forschungsgegenstand für die nächsten Jahre.

LITERATURVERZEICHNIS

- Albrecht, D., M. (2017). *Handbuch Changemanagement im Krankenhaus 20 - Punkte Sofort Programm für Kliniken*. In D. M. Albrecht A. Töpfer (Hrsg.), (2. Auflage). Berlin: Springer Verlag.
- Alter, U. (2016). *Grundlagen der Kommunikation für Führungskräfte*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Bauer, S. (2013). Zuständigkeiten und Verantwortungen – oder wie funktioniert ein Krankenhaus heute? In C. B. Conrad & A. Goepfert (Hrsg.), *Unternehmen Krankenhaus* (S. 146–153). Stuttgart: kma Medien in Georg Thieme Verlag KG.
- Bauer, U. (2006). *Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit: Aus Politik und Zeitgeschichte*, 2006. In Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), Issue 8–9. S. 17–24. Frankfurt: Societäts-Druckerei GmbH.
- Berger-Grabner, D. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften*. (3. Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Bertagnolli, F. (2018). *Lean Management. Einführung und Vertiefung in die Japanische Management – Philosophie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.
- Brenner, J. (2018). *Lean Administration. Verschwendung in Büros erkennen, analysieren und beseitigen*. München: Carl Hanser Verlag GmbH.
- Brückner, C. (2021). *Qualitätsmanagement und Fehlerkultur. Mit Fehlern gewinnbringend umgehen*. München: Carl Hanser Verlag GmbH & Co KG.
- Faber, A. (2018). Entwicklung einer Lean Kultur im Bauwesen. In M. Fiedler (Hrsg.), *Lean Construction – Das Managementhandbuch. Agile Methoden und Lean Management im Bauwesen* (S. 453–464). Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.
- Franken, S. (2010). *Verhaltensorientierte Führung. Handeln, Lernen und Diversity im Unternehmen* (3. und überarbeitete Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien Gabler Verlag.
- Frodl, A. (2016). *Betriebsführung im Gesundheitswesen. Führungskompendium für Gesundheitsberufe*. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.

Gasche, R. (2018). *So geht Führung! 7 Gesetze, die Sie im Führungsalltag wirklich weiterbringen* (2. Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Goepfert, A. (2013). Träger und Unternehmensformen. In A. Goepfert & C. B. Conrad (Hrsg.), *Unternehmen Krankenhaus* (S. 32–46). Stuttgart: kma Medien in Georg Thieme Verlag KG.

Gottschalk, J. (2018). *Das schlanke Krankenhaus. Lean Management Führen und Verbessern im Krankenhaus der Zukunft*. Berlin: epubli - ein Service der neopubli GmbH.

Haber, G. (2011). Quantitative Bedeutung des Gesundheitssystems. In P. Granig, A., L. Nefiodow (Hrsg.), *Gesundheitswirtschaft Wachstumsmotor im 21. Jahrhundert. Mit „gesunden“ Innovationen neue Wege aus der Krise gehen* (S. 41–61). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Haubrock, M. (2018) Prozessmanagement. In M. Haubrock (Hrsg.), *Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft* (6. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 542–550). Bern: Hogrefe Verlag.

Helfferich, C. (2019). Leitfaden und Experteninterviews. In B. Baur (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Auflage, S. 669–686). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Hellmich, C. (2010). *Qualitätsmanagement und Zertifizierung im Rettungsdienst. Grundlagen-Techniken- Modelle- Umsetzungen*. Berlin - Heidelberg: Springer Verlag.

Hintz, A., J. (2011). *Erfolgreiche Mitarbeiterführung durch soziale Kompetenz. Eine praxisbezogene Anleitung* (1. Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Hofmarcher, M., M. (2013). *Das österreichische Gesundheitssystem. Akteure, Daten, Analysen*. Berlin: Medizinisch - Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.

Kaiser, R. (2014). *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Kersting, T. (2008.)Struktur und Prozesse der Leistungserstellung. In S. Eichhorn & B. Schmidt-Rettig (Hrsg.), *Krankenhaus – Managementlehre. Theorie und Praxis eines integrierten Konzepts* (1. Auflage, S. 281–302). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Auflage). Weinheim: Verlagsgruppe Beitz.

Lang, K. (2014). *Personalmanagement 3.0. 22 Kernkonzepte aus der aktuellen Führungspraxis*. Wien: Linde Verlag GesmbH.

Lauer, T. (2019). *Change Management. Grundlagen und Erfolgsfaktoren* (3. Auflage). Berlin: Springer Verlag GmbH

Lindemann, H. (2017). *Unternehmen Schule: Führung und Zusammenarbeit*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH & Co KG.

Maaß, J. (1994). Vom Lean Management zur Vertrauensorganisation. In H.-J. Bullinger (Hrsg.), *13. IAO Arbeitstagung. Neue Impulse für eine erfolgreiche Unternehmensführung. Customer Focus – Business Reengineering*. (S. 151–166). Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.

Marquardt, C. (2018). Lean Leadership. In M. Fiedler (Hrsg.), *Lean Construction – Das Managementhandbuch. Agile Methoden und Lean Management im Bauwesen* (S. 465–485). Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.

Misoch, S. (2015). *Qualitative Interviews*. Berlin/München/Bosten: Walter De Gruyter GmbH.

Scholz, A. (2016). *Die Lean – Methode im Krankenhaus. Die eigenen Reserven erkennen und erheben* (2. Auflage). Wiesbaden: Springer Gabler Fachmedien.

Schuh, G. (2006). *Change Management. Prozesse strategiekonform gestalten*. Berlin – Heidelberg: Springer Verlag.

Schuh, G., (2007). Lean Innovation – die Handlungsanleitung. In G. Schuh, B. Wiegand (Hrsg.), 4. *Lean Management Summit. Aachener Management Tage* (S. 7–26). Aachen: Apprimus-Verlag.

Schultheiß, W. (1995). *LEAN – Management. Strukturwandel im Industriebetrieb durch Umsetzung des Management-Ansatzes*. Renningen-Malmsheim: Expert Verlag.

Sheldon, D., H. (2007). *Lean Materials Planning and Execution*. Verlag: J Ross Pub Inc.

Spiegel A. (2020). Change Management. In M. Oldhafer, F. Nolte, A. Spiegel & U. Schrabback (Hrsg.), *Arbeitsbuch zu Change Management in Gesundheitsunternehmen* (S. 15–24). Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.

Strohner, H. (2006). *Kommunikation Kognitive Grundlagen und praktische Anwendungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH.

Tautrim, J. (2014). *Lean Administration. Wesentliche Konzepte und Werkzeuge für mehr Effizienz in der Verwaltung*. Berlin: epubli GmbH.

Tautrim, J. (2015). *Lean Production. Wesentliche Konzepte und Werkzeuge für mehr Effizienz in der Produktion*. Berlin: epubli GmbH.

Tergeist, G. (2015). *Führen und leiten in sozialen Einrichtungen*. Köln: Balance Buch + Medien Verlag.

Teufel, P. (2009). Der Prozess der ständigen Verbesserung (Kaizen) und dessen Einführung. In H.-J. Bullinger, D. Spath, H.-J. Warnecke & E. Westkämpfer (Hrsg.), *Handbuch Unternehmensorganisation. Strategien, Planung, Umsetzung* (3., neu bearbeitete Auflage). Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.

Thiele, D. (2019). *Lean Management in der Pflege QM-Pflege 4.0*. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.

Thill, K.-D. (2013). Patientenzufriedenheit – was ist das? In J. F. Debatin, A. Ekkernkamp, B. Schulte & A. Tecklenburg (Hrsg.), *Krankenhausmanagement Strategien, Konzepte, Methoden* (2. Aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 225–229). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Traeger, D., H. (1994). *Grundgedanken der Lean – Production*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Weibler, J. (2016). *Personalführung* (3. komplett überarbeitete und erweiterte Auflage). München: Franz Vahlen Verlag.

Wiegand, B. (2004). *Wirtschaftsunternehmen Stadt. Lean City. Die Fitnesskur für die öffentliche Verwaltung*. Weinheim: Wiley –VCH GmbH & Co KGaA.

Zollondz, H.-D. (2013). *Grundlagen Lean Management. Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme, Techniken sowie Gestaltungs- und Implementierungsansätze eines modernen Managementparadigmas*. München: Oldenburg Verlag.

Aigner, U., Bauer, C. (2008). *Der Weg zum richtigen Mitarbeiter. Personalplanung, Suche, Auswahl und Integration*. Wien: Linde Verlag.

Alkalay, M., Angerer, A., Drews, T., Jäggi, C., Kämpfer, M., Lenherr, I., Valentin, J., Vetterli, C., Walker, D. (2015). *Lean Hospital Das Krankenhaus der Zukunft*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Angerer, A., Brand, T. (2020). Über das Buch. In A. Angerer, T. Brand, I. Gurnhofer, O. Mattmann, I. Juchler, & R. Martens (Hrsg.), *Lean Exzellenz im OP – Management. Effektive und effiziente Prozesse im OP (S. 1 –2)*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Angerer, A., Mattmann, O. (2020). Die Lean- OP-Vision. In A. Angerer, T. Brand, I. Gurnhofer, O. Mattmann, I. Juchler, & R. Martens (Hrsg.), *Lean Exzellenz im OP – Management. Effektive und effiziente Prozesse im OP* (S. 10–12). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Angerer, A., Meierhof, L. (2020). Patientenflussoptimierung. In A. Angerer, T. Brand, I. Gurnhofer, O. Mattmann, I. Juchler, & R. Martens (Hrsg.), *Lean Exzellenz im OP – Management. Effektive und effiziente Prozesse im OP* (S. 41–44). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J. & Ostermann, H. (2015). Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. *Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Im Auftrag des Bundesministerium f. Gesundheit 2015* (4. Auflage). Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/das_oesterreichische_gesundheitswesen_im_internationale_n_vergleich.pdf (abgerufen am 26.11.2021)

Bamberg, C. (2018). Die Station ein mittelständisches Unternehmen?! In C. Bamberg, N. Kasper, M. Korff & R. Herbold (Hrsg.), *Moderne Stationsorganisation im Krankenhaus* (S. 3–11). Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.

Bamberg, C. (2018). Gut und schlecht organisierte Stationen – Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit. In C. Bamberg, N. Kasper, M. Korff & R. Herbold (Hrsg.), *Moderne Stationsorganisation im Krankenhaus* (S. 13–17). Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.

Bamberg, C. (2018). Belegungssteuerung und -management. In C. Bamberg, N. Kasper, M. Korff & R. Herbold (Hrsg.), *Moderne Stationsorganisation im Krankenhaus* (S. 117–125). Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.

Dahm, M., Brückner, A. (2014). *Operational Excellence mittels Transformation Management*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Deutsche Gesellschaft für Qualität (2014). *KVP – Der kontinuierliche Veränderungsprozess. Praxisleitfaden für kleinere und mittlere Organisationen* (1. Auflage, Band 12-92). München: Carl Hanser Verlag.

Dickmann, E., Dickmann, P. (2015). Kanban – Elemente des Toyota Produktionssystems. In P. Dickmann (Hrsg.), *Schlanker Materialfluss mit Lean Production, Kanban und Innovationen* (3. Auflage, S. 12–13). Berlin – Heidelberg: Springer Verlag.

Duric, A., Hüppauf M. (2019). *Prozesse im eigenen Unternehmen. Identifizieren – Entwickeln – Steuern –Verändern*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Ertl-Wagner, B., Steinbrucker, S., Wagner, B., C. (2009). *Qualitätsmanagement & Zertifizierung. Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Reha Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen*. Heidelberg: Springer Medien Verlag.

Fiedler, M., Nesensohn, C. (2018). Lean Culture – Der Schlüssel zum Erfolg. In M. Fiedler (Hrsg.), *Lean Construction – Das Managementhandbuch. Agile Methoden und Lean Management im Bauwesen* (S. 65–78). Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.

Flenreiss, G., Rümmele M. (2008). *Medizin vom Fließband. Die Industrialisierung der Gesundheitsversorgung und ihre Folgen*. Wien: Springer-Verlag.

Gläser, J., Laudel, G. (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (3. und überarbeitete Auflage). Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH.

Glöckler, U., Maul, G. (2010). *Ressourcenorientierte Führung als Bildungsprozess*. Systemisches Denken und Counselling – Methoden im Alltag humaner Mitarbeiterführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Gorecki, P., Pautsch, P. (2013). *Lean Management* (3. Auflage). München: Carl Hanser Verlag.

Gorecki, P., Pautsch, P. (2018). *Praxisbuch Lean Management. Der Weg zur operativen Excellence* (3. Auflage). München: Carl Hanser Verlag.

Hahne, A. (2016). Organisatorische und hierarchische Konsequenzen. In H. Klaus & H. Schneider (Hrsg.), *Personalperspektiven. Human Resource Management und Führung im ständigen Wandel* (12. Auflage, S. 209–244). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Hantschmann, A., Bierwirth, C. (2008). Optimierung von Materialflüssen in Krankenhäusern. In C. Engelhardt-Nowitzki, O. Nowitzki & B. Krenn (Hrsg.), *Leobener Logistik Cases. Praktische Anwendung der Simulation im Materialflussmanagement. Erfolgsfaktoren und Implementierungsszenarien* (S. 89–101). Wiesbaden: GWV- Fachverlage GmbH.

Harrison, A., van Hoek, R. (2008). *Logistics Management and Strategy. Competin through the supply chain*. (3. Auflage). London: Pearson Education.

Institut für angewandte Arbeitswissenschaft (2016). *5S als Basis des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag.

Institut für angewandte Arbeitswissenschaft (2019). *Shopfloor-Management . Potenziale mit einfachen Mitteln erschließen*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag

Korosec, I., Pichlbauer, E. (2007). *Gesunde Zukunft Österreichs Gesundheitsversorgung Neu*. Wien: Edition Steinbauer Verlag.

Kuckartz, U., Rädiker, S. (2020). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt* (1. Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Liker J., K., Meier, D., P. (2008). *Praxisbuch der Toyota Weg. Für jedes Unternehmen. Übersetzung: Almuth Braun*. München: FinanzBuch Verlag GmbH.

Lüngen, B., Zluhan, M. (2013). Strategisches Krankenhausmanagement in der Praxis. In J. F. Debatin, A. Ekkernkamp, B. Schulte & A. Tecklenburg (Hrsg.), *Krankenhausmanagement Strategien, Konzepte, Methoden* (2. Aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 119–130). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Meuser, M., Nagel U. (2005). Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.), *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. (2. Auflage, S. 71–94). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Münch, E., Scheytt, S. (2014). *Netzwerkmedizin. Ein unternehmerisches Konzept für altersdominierte Gesundheitsversorgung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Neges, G., Neges, R. (2007). *Führungskraft und Persönlichkeit. Eigene Potentiale erkennen und nutzen, Wirkungsvoll kommunizieren, Persönliches Marketing*. Wien: Linde Verlag GesmbH.

Rigall, J., Wolters, G. (2005). *Change Management für Konzerne. Komplexe Unternehmensstrukturen erfolgreich verändern*. Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Rudorfer, S., Dannhauser, C. (2011). *Handbuch Gesundheitspolitik Österreich*. Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf.

Salfeld, R., Hehner, S., Wichels, R. (2008). *Modernes Krankenhausmanagement*. Berlin - Heidelberg: Springer Verlag.

Schustereit, S., Von der Linde, B. (2014). Lean Coaching – Coaching im Lean Kontext. In P. Mehlich, T. Brandenburg & M. Tiehlsch (Hrsg.), *Praxis der Wirtschaftspsychologie III* (S.317–334). Münster: Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat OHG.

Snaphaan, D., Stolzenberg, K. (2015). Feedbackkultur – Schritt für Schritt zum konstruktiven und offenen Dialog. In G. Zimmermann (Hrsg.), *Change Management in Versicherungsunternehmen. Die Zukunft der Assekuranz erfolgreich gestalten* (S. 215–230). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Steg, T., Heidbreder, L. (2013). Krisenkommunikation in Krankenhäusern. In J. F. Debatin, A. Ekkernkamp, B. Schulte & A. Tecklenburg (Hrsg.), *Krankenhausmanagement Strategien, Konzepte, Methoden* (2. Aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 607–609). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Steinhoff, F., Pointner, T. (2016). *FAQ Lean Management. 100 Fragen - 100 Antworten* (1. Auflage). Düsseldorf: Symposion Publishing GmbH.

Walker, D., Alkalay, M., Kämpfer, M., Roth, R. (2019). *Lean Stations-Management. Das nachhaltige System zur Verbesserung von Zusammenarbeit und Patientenversorgung* (2. Auflage). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Weimann, E., Weimann, P. (2012). *High Performance im Krankenhausmanagement. Die 10 wichtigsten Schritte für eine erfolgreiche Klinik*. Berlin – Heidelberg: Springer Verlag.

Wickramasinghe, N., Al-Hakim, L., Gonzalez, C., Tan, J. (2014). *Lean Thinking for Healthcare*. New York: Springer Science + Business Media.

Sonstige Literatur

Klassifikation der österreichischen Krankenanstalten. (2020, Oktober). Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Verfügbar unter der Website

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Oesterreich.html> (abgerufen am 18.12.2021)

Durst, M., Hertkorn, S., Eischer, C., Schweisser, N. (2020, Juli). *Lean Management – Eine einfache Definition.* Verfügbar unter der Website

<https://der-prozessmanager.de/aktuell/wissensdatenbank/lean-management>. (abgerufen am 26.10.2021)

Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens. (2019, Juni). Verfügbar unter der Website

<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/finanzierung> (abgerufen am 18.12.2021)

Krankenanstalten- Kuranstaltengesetz KAKuG 2021, in der Fassung vom 18.12.2021. Rechtssystem des Bundes. Verfügbar unter der Website

<https://www.ris.bka.gv.at> (abgerufen am 18.12.2021)

X-Y-Theorie von McGregor: Kontrolle oder Vertrauen? Wirtschaftspsychologische Gesellschaft München WPGS. Verfügbar unter der Website

<https://wpgs.de/fachtexte/fuehrung-von-mitarbeitern/x-y-theorie-theorie-x-und-y-nach-mcgregor> (abgerufen am 07.12.2021)

ExpertInnengespräch IP01, UniversitätsprofessorIn geführt von Tanja Reinisch, 22.11.2021, Online., S. 1–18.

ExpertInnengespräch IP02, QualitätsmanagerIn, geführt von Tanja Reinisch, 06.12.2021, Online., S. 1–22.

ExpertInnengespräch IP03, Arzt/Ärztin, geführt von Tanja Reinisch, 07.12.2021, Online., S. 1–13.

ExpertInnengespräch IP04, Ärztliche Leitung, geführt von Tanja Reinisch, 09.12.2021, Online., S. 1–14.

ExpertInnengespräch IP05, DGKP Stationsleitung, geführt von Tanja Reinisch, 13.12.2021, Online., S. 1–19.

ExpertInnengespräch IP06, Ärztliche Leitung, geführt von Tanja Reinisch, 07.01.2022, Online., S. 1–20.

ExpertInnengespräch IP07, BetriebsdirektorIn Stellv., geführt von Tanja Reinisch, 10.01.2022, Online., S. 1–25.

ExpertInnengespräch IP08, Ärztliche Leitung, geführt von Tanja Reinisch, 11.01.2022, Online., S. 1–21.

ExpertInnengespräch IP09, Betriebsorganisation, geführt von Tanja Reinisch, 17.01.2022, Online., S. 1–16.

ExpertInnengespräch IP10, DGKP Stationsleitung, geführt von Tanja Reinisch, 20.01.2022, Online., S. 1–14.

ANHANG

A - 1 Interviewanfrage an ExpertInnen

Alle Interview - Anfragen wurden per Mail mit folgendem Schreiben verfasst.

Sehr geehrte(r).....,

mit dieser Anfrage möchte ich Sie um Ihre Unterstützung für meine Masterarbeit bitten.

Ich studiere Unternehmensmanagement an der Fachhochschule Campus 02 in Graz und befinde mich in den Vorbereitungen zu meiner Masterarbeit. Diese beschäftigt sich mit dem Thema „Lean Hospital – Die Einführung von Lean Management zur Prozessoptimierung in Krankenanstalten“ und wird von Herrn Alfred Löscher, MBA betreut.

Im Rahmen meiner Arbeit widme ich mich den Lean Management Prinzipien und - Methoden, um diese erfolgreich in das Krankenhauswesen zu implementieren. Hierbei geht es in meiner Arbeit vor allem, in welchen Bereichen kann Lean Management eingesetzt werden und welche Methoden eignen sich für eine Krankenanstalt. Ich möchte besonders auf die Anforderungen an die MitarbeiterInnen und auf die Erwartungen der PatientInnen eingehen. Ziel meiner Arbeit ist es die Chancen und Veränderungen die Lean Management bietet genauer zu erarbeiten und die Vorteile gegenüber den herkömmlichen strukturierten Krankenanstalten zu definieren. In diesem Zusammenhang möchte ich meine theoretische Forschung durch Ihre praktischen Erfahrungen komplementieren. Daher suche ich Sie, den/die Experten/In, der/die jahrelange Erfahrung und ein umfangreiches Wissen zum Thema Lean Management hat.

Ich würde mich sehr freuen, wenn ich Sie als Interviewpartner/In gewinnen könnte. Die Interviews würde ich gerne zwischen November 2021 und Jänner 2022 durchführen. Die Ergebnisse des Interviews werden von mir selbstverständlich anonymisiert verwendet. Aufgrund der großen Distanz wäre es nur in Form eines Online Meetings möglich, dieses Interview ist mit ca. einer Stunde geplant.

Für Fragen und weitere Informationen bzgl. Terminabsprache, etc. stehe ich Ihnen gerne unter den angegebenen E-Mail-Adressen und Telefonnummer zur Verfügung.

Im Anhang zur Aufklärung der Vorgehensweise sende ich Ihnen das Formular Einwilligungserklärung mit.

Mit freundlichen Grüßen

Tanja Reinisch

A - 2 Einwilligungserklärung

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Nutzung der personenbezogenen Daten, die im Rahmen des folgenden Gesprächs erhoben wurden:

- *Datum des Interviews:*
- *Namen der interviewenden Person:*
- *Kurzbeschreibung des Forschungsprojekts: **Lean Management in Krankenanstalten***
- *Durchführende Hochschule: **Fachhochschule Campus 02 Graz***
- *Interviewerin: **Tanja Reinisch***

Die Daten werden im Rahmen eines mündlichen Gesprächs erhoben, das mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet wurde. Zum Zwecke der Datenanalyse werden die mündlich erhobenen Daten verschriftlicht (Transkription), wobei die Daten anonymisiert werden. Eine Identifizierung der interviewten Person ist somit ausgeschlossen.

Kontaktdaten, die eine Identifizierung der interviewten Person zu einem späteren Zeitpunkt ermöglichen würden, werden aus Dokumentationsgründen in einem separaten Schriftstück lediglich den GutachterInnen der wissenschaftlichen Ausarbeitung zur Verfügung gestellt. Nach dem Abschluss des Projekts werden diese Daten archiviert.

Der Speicherung der personenbezogenen Daten zu Dokumentationszwecken kann durch die interviewte Person jederzeit widersprochen werden. Die Teilnahme an dem Gespräch erfolgt freiwillig. Das Gespräch kann zu jedem Zeitpunkt abgebrochen werden. Das Einverständnis zur Aufzeichnung und Weiterverwendung der Daten kann widerrufen werden.

Vorname und Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Datum, Ort

A - 3 Interviewleitfaden

Interview- Nr.:

Datum:

Begrüßung:

Ich bedanke mich sehr herzlich, dass Sie sich für das heutige Interview Zeit nehmen. Derzeit verfasse ich gerade meine Mastherthese für den akademischen Lehrgang Unternehmensmanagement am WIFI Graz in Kooperation mit der FH Campus 02 Graz. In meiner Arbeit untersuche ich die Möglichkeiten die Lean Management in Krankenanstalten bietet. Der Fokus liegt auf die Management- und Führungskonzepte, die für die Lean Implementierung von Bedeutung sind.

Vorgehensweise:

Wie bereits in der Einwilligungserklärung beschrieben wird das Interview aufgezeichnet und transkribiert. Der Inhalt des Interviews wird anonymisiert und Ihre Daten werden vertraulich behandelt. Die Aufzeichnung beginnt mit der ersten Frage. Das Interview ist mit ca. einer Stunde eingeplant.

Einstieg:

Ich bitte Sie sich kurz vorzustellen.

Verabschiedung:

Ich bedanke mich sehr herzlich für das angenehme Gespräch.

Ich wünsche Ihnen weiterhin viel Erfolg und alles Gute.

Auf Wiedersehen.

Themenblock I: Wissen von Lean Management	
Inhaltliche Kernpunkte	Aufrechterhaltungsfragen
Was unterscheidet Lean Management Konzepte von anderen Management Konzepten?	Können Sie das genauer definieren?
Warum ist Lean Management in Österreich noch weitestgehend unbekannt?	Können Sie mir dazu Beispiele nennen?
Was machen Lean geführte Krankenanstalten nach Ihrem Empfinden anders?	Was ist besonders wichtig?
Was ist Lean und wo beginnt Lean und wo hört Lean auf?	Gibt es dazu Ihrer Meinung nach noch andere Gründe?
Welche Prinzipien haben sich aus Ihrer Sicht in den Krankenanstalten besonders bewährt?	Was sind die wichtigsten Dinge, die zu berücksichtigen sind?
Kann man sich nur auf eine Methode für einen Gesamten Prozess fokussieren oder sollen mehrere Methoden ineinandergreifen?	
<p>Unterstützende Stichwörter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lean im Ausland • steigende Digitalisierung • Skepsis gegenüber Lean • Trends 	
Zusätzliche Notizen:	

Themenblock II: Patientenmanagement	
Inhaltliche Kernpunkte	Aufrechterhaltungsfragen
Kann man mit Lean Management das Krankenhaus menschlicher gestalten?	Können Sie mir da gewisse Punkte nennen?
Wie bleibt die Individualität der PatientInnen erhalten?	Wie meinen Sie das?
Wie werden PatientInnen in Gespräche miteinbezogen?	
Wie sehr beeinflusst Lean Management die Wertschöpfungskette?	Gibt es dazu Ihrer Meinung nach noch andere Gründe?
Was sind die häufigsten Probleme im stationären Bereich?	Ja verstehe ich und weiter?
Wodurch kann Lean Management helfen mehr Zeit für die PatientInnen aufzubringen?	Können Sie Beispiele nennen?
<p>Unterstützende Stichwörter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transparenz in der Kommunikation • Lean Ambulanz/Station • Behandlungspfad • Standardisierungen 	
Zusätzliche Notizen:	



Themenblock III: Praxis	
Inhaltliche Kernpunkte	Aufrechterhaltungsfragen
Welche Methoden würden Sie in Krankenanstalten vorwiegend implementieren?	Können Sie das genauer definieren?
Wie und wo lässt sich Lean Management in der Betriebsorganisation umsetzen?	Können Sie mir dazu Beispiele nennen?
Wo liegen die größten Herausforderungen im kaufmännischen Bereich?	Was ist besonders wichtig?
Wo sehen Sie die größten Konfliktpotentiale in einer streng hierarchischen Organisation?	Gibt es dazu Ihrer Meinung nach noch andere Gründe?
Was sind Ihrer Meinung nach die größten Herausforderungen für das Führungspersonal?	Was sind die wichtigsten Dinge, die zu berücksichtigen sind?
Wie kann Lean Management das Betriebsklima speziell im Bereich der unterschiedlichen Berufsgruppen beeinflussen?	
Wie lässt sich Verschwendung in einem Akutspital durch unvorhersehbare Ereignisse vermeiden?	
<p>Unterstützende Stichwörter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verschwendung vermeiden • hohe Lagerbestände • Covid Pandemie • Unvorhersehbare Ereignisse • Motivation der MitarbeiterInnen • Kaizen 	
Zusätzliche Notizen:	

Themenblock IV: Umsetzung	
Inhaltliche Kernpunkte	Aufrechterhaltungsfragen
<p>Welche Möglichkeiten und Schritte kann man vornehmen um eine skeptische Krankenhausführung zu überzeugen?</p>	<p>Können Sie mir da gewisse Punkte nennen?</p>
<p>Wo erkennen Sie Möglichkeiten in Krankenanstalten mit Lean Management das Ärzte - und Pflegepersonal zu entlasten?</p>	<p>Wie meinen Sie das?</p>
<p>Wie bereitet man die MitarbeiterInnen auf die Umsetzung und auf die Veränderung vor?</p>	<p>Gibt es dazu Ihrer Meinung nach noch andere Gründe?</p>
<p>Eine gelebte Fehlerkultur ist im Lean Management notwendig, inwieweit dürfen wir diese auch im Krankenhauswesen miteinbeziehen?</p>	<p>Ja verstehe ich und weiter?</p>
<p>Welche Rollen spielen ExpertInnen in der Umsetzung und inwieweit können Sie Krankenanstalten unterstützen?</p>	<p>Können Sie Beispiele nennen?</p>
<p>Unterstützende Stichwörter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • standardisierte Leistungserbringung • Veränderungsprozess • Fehlerkultur • Vorteile im Arbeitsalltag 	
<p>Zusätzliche Notizen:</p>	

Themenblock V: Wirtschaftlichkeit	
Inhaltliche Kernpunkte	Aufrechterhaltungsfragen
<p>Wie groß ist der finanzielle Aufwand um Lean Management in älteren Strukturen zu integrieren?</p> <p>Welche Erfolgsfaktoren haben den größten Wirkungsgrad auf die Wirtschaftlichkeit?</p> <p>Wie modern soll Lean Management sein und besteht anfangs ein erhöhter Kostenaufwand?</p> <p>Lean steht für Effizienz und Wirtschaftlichkeit, wie kann man diese Philosophie in eine gemeinnützige Krankenanstalt ethisch einbinden?</p> <p>Unterstützende Stichwörter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kostendruck • Fachkräftemangel • Steigerung der Behandlungs- Pflegequalität <p>Abschlussfragen:</p> <p>Wie sehen Sie die Entwicklung von Lean Management in den nächsten Jahren?</p> <p>Was wäre aus Ihrer Sicht noch wichtig um Lean Management in Krankenanstalten erfolgsversprechend umzusetzen?</p> <p>Zusätzliche Notizen:</p>	<p>Können Sie das genauer definieren?</p> <p>Können Sie mir dazu Beispiele nennen?</p> <p>Was ist besonders wichtig?</p> <p>Gibt es dazu Ihrer Meinung nach noch andere Gründe?</p> <p>Was sind die wichtigsten Dinge, die zu berücksichtigen sind?</p>

A - 4 Kategorienschema

Hauptkategorien	Subkategorien
Hauptkategorie 1: Lean Management Allgemein	1.1. Lean Management Unterschied und Skepsis 1.2. Methoden und Werkzeuge in der Praxis 1.3. Herausforderungen im Krankenhaus 1.4. Vermeidung von Verschwendung
Hauptkategorie 2: Führungskompetenzen im Lean Management	2.1. Anforderungen an die Führungskräfte 2.2. Planung der Implementierung 2.3. Mitarbeitermotivation 2.4. Organisationsstrukturen in der Hierarchie 2.5. Eine gelebte Fehlerkultur
Hauptkategorie 3: Patientenmanagement	3.1. Definition Lean Management für Patienten 3.2. Behandlungspfad und - Qualität 3.3. Patientenbefragung und Kommunikation 3.4. Vorteile für <u>PatientInnen</u>
Hauptkategorie 4: Wirtschaftlichkeit von Lean Management	4.1. Bauliche Rahmenbedingungen 4.2. Unterstützungsmaßnahmen in der Umsetzung 4.3. Messen von Kennzahlen 4.4. Einsparungspotential
Hauptkategorie 5: Zukunftsprognosen im Lean Management	5.1. Digitalisierung mit Lean Management 5.2. Veränderung in der Krankenhausführung

Tabelle 2: Kategoriensystem. Quelle: Eigene Darstellung.

A - 5 Auswertungsbeispiel

1. Lean Management Allgemein

1.1. Lean Management – Unterschied und Skepsis

Lean Management ist ein sehr einfaches und praxisorientiertes Managementsystem, in der Sichtweise von Interviewpartner 07 ist die wichtigste Funktion ein systematisierter Hausverstand. Der Fokus ist, sich auf die wichtigsten Werte zu beziehen, diese zu standardisieren und diszipliniert einzuhalten. (vgl. IP07, 2022, S. 1., Z. 5, 7 – 8, 16 – 19) Und so einfach meiner Meinung nach, ist kein anderes Managementsystem. (IP07, 2022, S. 1., Z. 18 – 19) Lean Management ist in der Industrie sehr weit verbreitet. Das Lean Management im Spitalswesen noch weitgehend unbekannt ist, lässt sich womöglich auf eine Bildungslücke schließen. Nach der Meinung von IP07 wird Lean Management in den Universitäten zum Teil zu wenig praxisorientiert vorgetragen, damit wird Lean nicht richtig vermittelt. (vgl. IP07, 2022, S., 1-2., Z. 24, 30 -31, 38- 40)

1.2. Methoden und Werkzeuge in der Praxis

Lean soll nicht als Werkzeug oder Werkzeugkoffer gesehen werden. Viel wichtiger ist es Lean in jedem Denken, Tun und Handeln miteinzubeziehen. Für die Lean Senseis ist es wichtig, die Qualität von Lean ist nur dann gut, wenn man nach der Philosophie lebt. (vgl. IP07, 2022, S. 2, Z. 64 - 67) Ein wichtiger Punkt in der Praxis ist, eine ständige Feedbackschleife einzuhalten. (vgl. IP07, 2022, S. 3., Z. 101 - 102) Es wird jede Station unterschiedliche Prozesse und Abläufe planen, wichtig ist dabei immer die Standardisierung um Zeit einzusparen. In der Praxis ist es bevorzugt so, wenn Prozesse auffallen, die nicht Lean orientiert sind, wird das Team zusammengerufen und anhand eines Botschaboard werden die Lösungen notiert und in Schritten abgearbeitet. (vgl. IP07, 2022, S. 3 – 4., Z. 110, 160 – 161, 169 – 174) Lean strebt speziell in der Industrie, keine großen Lager zu füllen, sondern alles zeitnah anzufordern, das muss so gut es geht auch im Krankenhaus umgesetzt werden. (vgl. IP07, 2022, S. 6., Z. 257 – 259) Für die Praxis sind die Flowboards sowie auch das Kaizen Board von besonderer Bedeutung, den Lean lebt von der ständigen Verbesserung. (vgl. IP07, 2022, S. 12., Z. 574, 601 – 608)

1.3. Herausforderungen im Krankenhaus

Das Hauptziel im Lean Management besteht darin, den gesamten Blick auf die PatientInnen zu richten, ob Lean den Patientenalltag menschlicher gestaltet, ist immer von den MitarbeiterInnen abhängig. Es gibt keine Garantie, dass sich die MitarbeiterInnen in jeder Sekunde Lean also patientenfreundlich verhalten, dazu gibt es aber gute Feedbackschleifen. (vgl. IP07, 2022, S. 2 – 3., Z. 94 – 101) Lean strebt ja nach Just in Time und da sind Krankenhäuser besonders schlecht darin, weil es nicht möglich ist, die PatientInnen erst dann auf einen OP - Tisch zu legen, wenn es freie Kapazitäten gibt. Die Herausforderungen liegen immer darin die Lager optimal, die Termin - Koordination optimal zu gestalten und auch flexibel auf Situationen zu reagieren. (vgl. IP07, 2022, S. 5 - 6., Z. 252 – 267)

1.4. Vermeidung von Verschwendung

In der Vermeidung von Verschwendung geht es vor allem darum, darauf zu verzichten, was die PatientInnen nicht benötigen. Es geht speziell um Wartezeiten, zu häufige Aufklärung der PatientInnen, die MitarbeiterInnen sind darauf trainiert, Verschwendungen zu erkennen und zu eliminieren. (vgl. IP07, 2022, S. 5., Z. 229 – 236) Es ist aber auch von Bedeutung bauliche Organisationen vernünftig und verschwendungsarm zu gestalten. Zum einen die Platzressourcen im Lager gut einzuteilen, aber auch die Anordnung der Patientenräumlichkeiten, den zu große Räume und zu weit auseinanderliegende Behandlungsstrukturen benötigen zu viele Wegzeiten. (vgl. IP07, 2022, S. 6., Z. 276 – 296)

2. Führungskompetenzen im Lean Management

2.1. Anforderungen an die Führungskräfte

Die Führungskraft ist die wichtigste Komponente für die Implementierung von Lean Management. Also in den Bereichen in denen eine Führungskraft von Lean Management überzeugt ist, sollte man mit der Implementierung beginnen. Die Führungskraft muss so stark und durchsetzungsfähig sein, um es auf die MitarbeiterInnen zu übertragen und diese zu motivieren. (vgl.

IP07, 2022, S. 15 - 16., Z. 765 – 769) Als Führungskraft sollte man schon eine Figur für klare Regeln, Vorgaben und Ordnung präsentieren. (vgl. IP07, 2022, S. 16., Z. 814) Man sagt eigentlich so diese Faustformel, du brauchst vier Überzeugte, dass du einen Nicht – Überzeugten mitnehmen kannst. Ist eine Führungskraft negativ eingestellt, kann man versuchen, diese mit Verständnis, Informationen und Schulungen zu überzeugen. Helfen diese Maßnahmen nicht, wäre es sinnvoller dieser Führungskraft vorab nicht mit den Veränderungen zu begegnen und mit Führungskräften und Mitarbeiterinnen das Projekt zu beginnen die bereits begeistert sind. (vgl. IP07, 2022, S. 8., Z. 404 – 410)

2.2. Planung der Implementierung

Mit dem Beginn der Lean Implementierung in einem Krankenhaus bietet sich der stationäre Bereich am besten an. Der Vorteil bei den Stationen ist, sie sind ziemlich gleich und einheitlich aufgebaut. Dazu zählen aber wohlgerne die Normalstationen, danach Intensiv - oder Spezialstationen, den diese bilden wieder einen Unterschied. Wenn man alle Stationen hat, sind höchstwahrscheinlich schon zwei Drittel des Krankenhauses geschafft. (vgl. IP07, 2022, S. 7 – 8., Z. 351 -356, 363 – 368) Auch den kaufmännischen Bereich kann man dann versuchen umzusetzen. Es ist nicht einfacher es im kaufmännischen Bereich im Dienstleistungssektor umzusetzen, da dort die einzelnen Komponenten komplizierter sind. Es ist womöglich schwierig eine Transparenz zu erzeugen und es in Kennzahlen zu messen (Hidoka). (vgl. IP07, 2022, S. 7., Z. 312 – 322)

2.3. Mitarbeitermotivation

Für die Mitarbeitermotivation ist der Praxisbezug sehr wichtig. Wenn es theoretisch aufgezwingt und vorgetragen wird, verlieren MitarbeiterInnen sehr rasch die Motivation. (IP07, 2022, S. 1., Z. 41 - 47) Die direkte Kommunikation mit den MitarbeiterInnen ist sehr wichtig, ihnen klar aufzuzeigen welche Schwierigkeiten und Probleme es gibt und ihnen dann auch zur Seite stehen und ihnen Lösungen aufzuzeigen. Auch wenn es am Anfang schwer wird, aber sie werden erkennen, wie toll und hervorragend die Lösung funktioniert. Auch Beispiele erwähnen die schon gut umgesetzt wurden. (IP07, 2022, S. 8., Z. 380 - 385)

2.4. Organisationsstrukturen in der Hierarchie

Der Umgang in den unterschiedlichen Berufsgruppen und Hierarchieebenen funktioniert erstaunlich gut. Nachdem die Lean Station von allen Berufsgruppen gemeinsam gestaltet wurden, ist ein kollegiales Miteinander entstanden. Es gibt aber natürlich eine Berufsgruppe, die meistens höherrangig ist und gewisse Bequemlichkeiten nur schwer ablegt, die häufig zu Konfliktpunkten führen. (IP07, 2022, S. 9., Z. 457 - 463) Auf den Lean Stationen werden sowohl das Ärzte – als auch das Pflegepersonal entlastet, es wird der Druck aus dem System genommen, Prozesse laufen ruhiger und disziplinierter ab. Die Umgewöhnung ist für manche dennoch eine Herausforderung aber am Ende des Tages profitieren alle davon. (vgl. IP07, 2022, S. 10., Z. 487 – 504)

2.5. Eine gelebte Fehlerkultur

Im Lean Management ist eine gewisse Fehlerkultur positiv, weil man daraus lernen und sich verbessern kann. Man muss auf die Grade der Fehler achten, es gibt Fehler die suboptimal sind und Fehler die im schlimmsten Fall bis zum Tod führen. Hier sind die Fallbesprechungen intern mit den unterschiedlichen Berufsgruppen wichtig und dazu dient auch sehr gut das Kaizen Board. An dem werden Lösungen und Verbesserungsvorschläge gemeinsam erarbeitet. (vgl. IP07, 2022, S. 12., Z. 571 – 579) Um menschliche Fehler im Team nicht zu sehr zu bewerten und zu personalisieren, benötigt das Team eine sehr hohe Reife, dies ist ein sehr weiter Weg. (vgl. IP07, 2022, S. 12., Z. 591 – 598)

3. Patientenmanagement

3.1. Definition Lean Management für PatientInnen

Für die PatientInnen bedeutet Lean Management, alles wird für sie so organisiert, dass sie das was sie benötigen zur richtigen Zeit am richtigen Ort, in der richtigen Qualität und möglichst einfach bekommen. Im Fokus steht immer die PatientInnen. (vgl. IP07, 2022, S. 2., Z. 79 – 86)

3.2. Behandlungspfad – und Qualität

Alles PatientInnen die auf eine Lean Station kommen werden von der Aufnahme bis zur Entlassung dem gleichen Standard folgend behandelt. In diesen Standards geht es vor allem um die Kernabläufe in diesen Prozessen die überall gleich sein sollen. Dies wesentlichen Elemente sind die Visite, das Patientenboard, Kommunikation der Pflege mit den PatientInnen, die Übergabe, die Huddles und das Entlassungsmanagement. Es ist wichtig jeden Standard dann so individuell auf die PatientInnen anzuwenden, ohne die Individualität der PatientInnen zu beeinträchtigen. (vgl. IP07, 2022, S. 3., Z. 112 – 113, 121 – 122, 128 – 129, 140 - 142)

3.3. Patientenbefragung – Kommunikation

Als sehr positiv empfunden wird vom Personal, die Übergabe der PatientInnen an den nachfolgenden Dienst, direkt bei den PatientInnen. So sind die PatientInnen direkt mit einbezogen, können Fragen stellen und habe alle Informationen sehr transparent. Man hat die Zeit an den PatientInnen genutzt und zusätzlich auch Zeit gespart. PatientInnen werden nicht unnötig doppelt und dreifach mit der gleichen Kommunikation gestört. (vgl. IP07, 2022, S. 4., Z. 181 – 193) Ein wichtiger Prozess sind die täglichen Patientenbefragungen, diese werden jeden Tag von der Pflege im Hinblick auf Wünsche, Veränderungen und Störungen abgefragt. Somit kann mit den Verbesserungen unverzüglich begonnen werden. (vgl. IP07, 2022, S. 11., Z. 559 – 562)

3.4. Vorteile für die PatientInnen

Die klaren Vorteile für die PatientInnen liegen darin, ein extremer Patientenfokus auch Kundenfokus, denn die PatientInnen werden als Kunden angesehen. Eine starke Flussausrichtung um Verzögerungen und Wartezeiten zu minimieren, Verschwendungen zu vermeiden und eine ständige Kontrolle, ob die Leistungen für die PatientInnen noch in Ordnung sind. (vgl. IP07, 2022, S.11., Z. 555 – 558) PatientInnen erhalten wesentlich mehr Transparenz in den Behandlungsabläufen und werden viel mehr in die Gespräche mit eingebunden. (vgl. IP07, 2022, S. 4., Z. 199 -201) Behandlungen werden viel ruhiger, geplanter und stressbefreiter durchgeführt. Der geregelte Stationsablauf ist sehr viel Wert. (vgl. IP07, 2022, S. 10., Z. 497 - 499)

4. Wirtschaftlichkeit von Lean Management

4.1. Bauliche Rahmenbedingungen

Eine ältere Baustruktur stellt für die Lean Implementierung nicht allzu große Schwierigkeiten dar. Die Gegebenheiten sind so optimal wie es eben das Gebäude zulässt. Räumliche Veränderungen für kürzere Wege sind relativ leicht zu organisieren. Das weitgehendste Optimum hat man natürlich, wenn man ein neues Gebäude in Richtung Lean Philosophie errichten kann. (vgl. IP07, 2022, S. 13 -14., Z. 665 – 669, 675 – 676)

4.2. Unterstützungsmaßnahmen in der Umsetzung

Um Lean Management zu implementieren, sind externe ExpertInnen gerade am Anfang sehr wichtig. Trotz Literaturrecherche wäre es schwer alleine Lean zu implementieren, da man dazu schon auch ein Team aus unterschiedlichen Berufsgruppen benötigt und dieses Team alleine zu führen ist wohl kaum möglich. Es fehlt einem selbst an Knowhow. (vgl. IP07, 2022, S. 14., Z. 681 – 690) Auch die Wertigkeit von ExpertInnen im eigenen Land zählen meistens weniger, oft gehen die Veränderungsprojekte einfacher und besser mit ExpertInnen aus dem externen Bereich. (vgl. IP07, 2022, S. 14., Z. 709 – 714)

4.3. Messen von Kennzahlen

Um die Wirkung und den Erfolg von Lean Management messen zu können, sind Kennzahlen ein wichtiger Indikator. Anhand der Standardisierung versucht man mit Feedback und Kennzahlen zeitnah zu arbeiten, um unmittelbar darauf reagieren zu können. (vgl. IP07, 2022, S. 11., Z. 546 – 548, 553 -554) Es ist allerdings schwer messbar in welchen Bereichen sich man am meisten Kosten einspart. Gerade beim Personal hat es sicherlich Auswirkungen bei den Überstunden oder Krankenständen, man kann sich die Statistik jeden Monat ansehen und bemerkt womöglich eine positive Richtung, es ist dennoch schwer zu messen. Ein ökonomischer Traum ist, wenn man mit der Lean Positionierung gute MitarbeiterInnen anzieht. (vgl. IP07, 2022, S. 13., Z. 633 – 639, 645 – 647, 658 - 660)

4.4. Einsparungspotential

Den Kostendruck mit Lean Management zu reduzieren wäre ein vermutlich falscher Ansatz. Lean Management ist kein Sparprojekt, sondern bezieht sich auf ein angenehmes Arbeitsumfeld und einen attraktiveren Dienstgeber, dass in Folge weniger MitarbeiterInnen kündigen. Es mindert den Druck der jetzt so deutlich in allen Strukturen zu spüren ist aufgrund von Desorganisationen. Wie bereits im Punkt 4.3. erwähnt, wird sich das auf die Personalkosten in Form von weniger Krankenständen und Überstunden auswirken. (vgl. IP07, 2022, S. 13., Z. 628 – 633)

5. Zukunftsprognosen im Lean Management

5.1. Digitalisierung mit Lean Management

Je mehr Unterstützung umso besser, die technische Unterstützung macht Prozesse einfacher, transparenter und leichter nachvollziehbarer. Auch im Hinblick auf die Erarbeitung von Kennzahlen ist die Digitalisierung sehr hilfreich. Es ist sicherlich wichtig, dass zuerst alle Prozesse optimiert werden und dann diese Prozesse elektronisch unterstützt werden. (vgl. IP07, 2022, S. 14., Z. 709 – 714)

5.2. Veränderungen in der Krankenhausführung

Der Trend den IP 07 bemerkt hat in seinem Umfeld, geht eindeutig auf Pro Lean. Das Direktorium ist bereits von Lean Management überzeugt. Es geht in einem Krankenhaus um die ständige Weiterentwicklung und Verbesserung. Am wenigsten benötigt man die Werkzeuge, das wichtigste ist, dass alle Führungskräfte und MitarbeiterInnen die Lean Philosophie verstehen. (vgl. IP07, 2022, S. 15., Z. 720 -721, 727 – 731) Ich will für mein Haus das Beste. (IP07, 2022, S. 15., Z. 737)

Transkripte

1 **1.Interview vom 22.11.2021 10:30 Uhr bis 11:24 Uhr Online**

2 I: Ja, ich habe mehrere Themenblöcke zum Thema Lean Management, das ist auf der einen
3 Seite im Patientenbereich, aber auch im Administrationsbereich, im Office Bereich. Dann habe
4 ich einen Themenblock, eben wo es grundsätzlich mal über das Wissen, über Lean
5 Management geht, einen Themenblock Praxis und Umsetzung. Wie lässt es sich umsetzen,
6 eine Krankenanstalt und auch die Wirtschaftlichkeit hätte ich dahinter.

7 **IP01:** Okay.

8 I: Und meine 1. Frage ist, so, wie würden Sie in einfach Sätzen einem Patienten Lean
9 Management erklären?

10 **IP01:** Ich würde ihr sagen, das ist eine Philosophie, wie man eine Organisation im
11 Gesundheitswesen führen kann oder führen sollte, sodass am Schluss beste Qualität für sie
12 als Patientin herauskommt. Und dass die Effizienz gesteigert wird, dass wir auch an die Kosten
13 denken. Und 3., dass wir letztendlich – und wie erreichen wir diese 2 Ziele, Qualität und
14 Effizienz und wie erreichen wir dieses, indem wir uns genau anschauen, was die Arbeitsabläufe
15 sind in den Organisationen. Und diese möglichst so ausrichten, dass man sich auf den
16 Patienten fokussiert und was ihr oder ihm guttut.

17 I: Wie transparent kann man Lean Management gestalten? Wie verständlich eben im Alltag
18 kann man das, dass es für den Patienten von Beginn an auch transparent ist?

19 **IP01:** Also möglichst transparent. Also, es ist eine Philosophie, die davon lebt, dass alle
20 mitmachen und dass alle informiert sind, von unten nach oben und deswegen ist möglichst
21 große Transparenz gut. Ich mache mal ein kleines Beispiel, wenn wir später vielleicht über die
22 Werkzeuge reden. Und anderem gibt es das Werkzeug des Boards. Das heißt, das sind so
23 Weißwände, woran man Ideen sammelt und es ist überhaupt kein Problem, wenn die Ideen
24 auch im Gang sind, sodass ein Patient sie auch sieht.

25 I: Da gibt's ja auch dieses spezielle Huddle Board.

26 **IP01:** Das Huddle Board, genau, das ist wahrscheinlich für den Patienten – also da ist auch kein
27 Geheimnis drinnen, das ist vielleicht ein bisschen kritischer, weil da Patientennamen und
28 Daten stehen. Das hat ja nicht mehr mit Lean zu tun, wenn man das nicht dem Patienten zeigt,
29 sondern das hat eigentlich allgemein mit Datenschutz zu tun. Aber grundsätzlich, was ja
30 drinnen steht, die Botschaften z.B. beim Huddlen, wenn man bestimmt, welche Mitarbeiterin

31 kümmert sich heute um welche Patienten, das darf man ja ruhig den Patienten auch sagen.
32 Vielleicht auch ein Beispiel, warum es den Patienten auch sehr leicht zu erklären ist. also man
33 muss ihr einfach sagen, kucken Sie mal, wenn wir heute hier arbeiten und ein Arbeitstag
34 mitgehen würden, sie schreiben auf, was tut so eine Fachperson den ganzen Tag. Wir haben
35 das in einem Spital in der Westschweiz gemacht und festgestellt, so eine Pflegefachkraft ist zu
36 30% nur mit den Patienten beschäftigt und 70% des Tages ist sie damit beschäftigt, Formulare
37 zu machen Verlaufsdocumentation, durch die Gegend zu laufen, Meetings zu halten. Manches
38 davon ist wertvoll, also Dokumentation ist wichtig für die Qualität, aber insgesamt versteht
39 man doch, dass man nicht 70% seiner Zeit für so unterstützende Prozesse haben sollte und
40 mehr Zeit für den Patienten bräuchte und das versucht das Lean umzusetzen, dass wir auch
41 mehr Zeit für sie haben und ihre Belange.

42 **I:** Was sind da die häufigsten Probleme im stationären Bereich, die mit Lean auch
43 einhergehen?

44 **IP01:** Also, ich glaube, das größte Problem ist tatsächlich, dass meine Kernarbeit, die Arbeit
45 am Patienten zu kurz kommt. Das ist das Hauptproblem, weil es eine lose ~~lose~~ Situation ist.
46 also es verliert der Patient, der hätte natürlich gerne mehr Betreuung. Es verliert aber auch
47 die Betriebswirtschaft, weil die teuersten Ressourcen, Ärzte, Therapeuten, Pflegende nur zu
48 30% Einsätze für den Kernprozess, das, was ich abrechnen kann, womit ich Geld verdiene. Und
49 das ist für die Mitarbeitenden, die wollen ja die Pflegenden, die haben nicht Medizin studiert,
50 um nachher elendslange Berichte zu schreiben oder zu warten, dass die Visite losgeht oder
51 nach Material zu suchen. Also die sind auch sehr frustriert. Also diese Ist-Situation ist
52 wahrscheinlich das größte Problem im Moment, zu wenig Zeit für den Patienten.

53 **I:** Welche besonderen Prozesse sind da von Bedeutung, wenn man so ein hohes
54 standardisiertes Leistungsniveau aufrechterhalten möchte?

55 **IP01:** Ich meine, das wird sich wahrscheinlich unterscheiden, also es sind immer wieder die
56 gleichen Muster. Also, welche Prozesse sind dann schuld, dass wir heute so sind, wie wir sind.
57 Es sind komplette Organisationen, viele Mitarbeitende müssen miteinander arbeiten, über
58 Disziplinen hinweg, in komplexen Organisationen und komplexen Feldern. Und ich glaube, die
59 meisten Anstalten waren nicht gut darin, diese Komplexität zu managen. Das heißt, man muss
60 es natürlich für jedes Spital, jede Organisation einzeln anschauen, aber es wird immer wieder
61 die gleichen Prozesse sein, die zu Problemen führen. Wie z.B. wir haben nicht klar definiert,

62 wer welche Aufgaben übernimmt. Wir haben keine Standards, wir haben nicht definiert, wie
63 die Arbeit abzulaufen hat. Oder wir haben nicht fest definiert, wo Materialien gelagert sind.
64 Wir haben nicht fest definiert, welche Information wir wirklich brauchen, dokumentieren
65 müssen, welche nur nett sind und welche komplett für die Katz. Also es unterscheidet sich von
66 Haus zu Haus, aber, wenn man so eine Tätigkeitsstrukturanalyse macht und sich anschaut,
67 welche Probleme haben wir, wird wahrscheinlich immer wieder, 80% der Probleme überall
68 gleich sein.

69 **I:** Es ist ja in der Schweiz schon weitaus bekannter, in Österreich ist es ja noch relativ
70 unbekannt, Lean Management. Erkennen Sie da ein Muster, warum das in Österreich vielleicht
71 noch nicht so weit verbreitet ist?

72 **IP01:** Ja, da gibt's verschiedene, wahrscheinlich ist es nicht ein Faktor, aber ich glaube, ein
73 Faktor ist schon letztendlich, sie brauchen Druck, damit es eine Veränderung gibt. Und
74 Organisationen verändern sich nur, wenn es Druck gibt. Es kann sein, die Patienten
75 beschweren sich, der finanzielle Druck, der Fachkräftemangel, was auch immer es für Druck
76 gibt, dass man sagt, ich muss mein Spital anders gestalten als heute. Und normalerweise ist ja
77 mehr Druck gut, nach dem Motto, wenn es uns allen Okay geht, dann passiert genau gar
78 nichts. Dann steigt der Druck, dann werden die Leute aktiver. Nur irgendwann ist der Druck so
79 hoch, dass die Organisation gar keine Zeit mehr hat, irgendwas zu machen, außer Feuer zu
80 löschen. Und das ist so das, was ich das ertrinken-Paradox nenne. Nämlich, Hilfe, ich bin am
81 Ertrinken, habe aber keine Zeit, schwimmen zu lernen. Es ist gut möglich, dass Organisationen
82 schon so fest drinnen sind in ihrem Notfallmodus, dass sie sich einfach nicht die Zeit nehmen
83 können, darüber kurz anzuhalten, zu überlegen, Moment mal, arbeiten wir so, wie wir
84 arbeiten sollen, haben wir die richtigen Abläufe, das richtige Knowhow und vielleicht dazu,
85 auch Deutschland ist genauso wie Österreich eher am Anfangs unterwegs, vielleicht wurde
86 der magische Augenblick verpasst, dass man mehr Druck verspürt, wo man sagt, wir müssen
87 das ändern, aber nicht so viel Druck ist, dass man nur noch Feuer löscht. Vielleicht ist da
88 Österreich gefangen.

89 **I:** Liegt es auch daran, dass es mit gemeinnützigen Anstalten schwieriger ist, den Lean Ansatz
90 umzusetzen, Lean spricht ja doch sehr für die Wirtschaftlichkeit auch und für diese – ja,
91 Kosteneinsparung. Was dann vielleicht in der – ja, in ein falsches Licht gerückt wird?

92 IP01: Ja, ich meine, es kann – also die 1. Botschaft des Lean ist viel, viel mehr als nur
93 Effizienzsteigerung. Also wenn Sie tatsächlich Kosteneinsparung machen wollen in einem
94 Spital würde ich es sogar anders machen. Weil, wenn es wirklich nur darum geht, wir müssen
95 20% sparen, dann sind Sie vielleicht besser mit einem Top Down Ansatz, wo Sie so klassisch
96 Berater – Cost Cut Programm, von oben wird bestimmt: Folgendes wird verändert und auch
97 militärisch durchgerungen. Mitarbeiter machen Sie super unglücklich, aber Sie erreichen die
98 Kostensenkung. Also die Fokussierung der Kosten würde ich gar nicht so als Hauptding sehen.

99 I: Ich glaube, es geht gar nicht um die Fokussierung auf Kosten, aber es hat den Ruf. Es hat
100 vielleicht den Ruf, weil es aus der Automobilindustrie kommt. Das ist viel dann gleich, das
101 Skepsis entgegenbringen, das hat im Gesundheitswesen nichts verloren.

102 IP01: Das kann natürlich immer sein, dass man sagt, Lean wurde in der Vergangenheit auch
103 missbraucht, genau für das, was ich gesagt habe, wir werden jetzt Lean. Das heißt, statt 10
104 Personen nur noch 8 Personen, wir schmeißen raus und die anderen 8 werden schon
105 irgendwie überleben und die Arbeit übernehmen. Und wenn man sowas vor sich findet, dann
106 geht nichts mehr. Es gibt auch hier in der Schweiz einige Beispiele, wo Berater kamen, die so
107 Halbwissen hatten, irgendwas gemacht haben, das als Lean bezeichnet haben und dann haben
108 sie natürlich eine Kultur hinterlassen, wo man sagt, ach Lean, haben wir ausprobiert,
109 funktioniert bei uns nicht, Ende der Geschichte. Und dann können Sie das jahrelang nicht mehr
110 machen. das könnte auch ein Problem sein. Und vielleicht ein 3. Problem, nämlich das Thema,
111 wie hierarchisch sind die Organisationen eingestellt, wie offen sind sie für neue Ideen. Und
112 Lean lebt ja von Ideen, die von unten kommen und zumindest, ich habe keinen Blick insgesamt
113 für Österreich, aber ich habe 1, 2 Häuser kennengelernt und die kamen mit sehr, sehr viel
114 hierarchischer vor, als was ich in der Schweiz gesehen habe. Das heißt, da – in so einer
115 hierarchischen Einstellung ist man wahrscheinlich noch weniger bereit, Lean einzuführen. Das
116 ist ja von unten kommt, von Zuhören, von Partizipation.

117 I: Jetzt, wenn man so hierarchische Struktur hat, wie kann man, man muss immer bei den
118 Führungskräften anfangen, wie kann man sie überzeugen?

119 IP01: Ja. Also die 1. Botschaft ist, ob man in der Weiterbildung sitzt und viele Leute sagen ja,
120 ich bin so ein kleines Rädchen, ich bin so im großen Krankenhausbetrieb. Ich bin Teamleiter,
121 ich habe 10 Leute unter mir, aber 990 über mir, so nach dem Motto. Wie kann ich lean in mein
122 Spital einführen? Und die Botschaft ist wahrscheinlich, ja, leider gar nicht. Also du kannst in

123 deinem Team was machen, nach unten kannst du es machen, aber nach oben wirst du
124 scheitern. Das heißt, Ihre Frage ist sehr berechtigt. Wie kann ich denn meine Chefinnen, meine
125 Chefs überzeugen vom Lean? Mehrere Ansätze. 1., was uns glaube ich am meisten überzeugt,
126 als Menschen, ist es zu sehen. Also, ich bin großer Freund davon, Lean vor Ort zu sehen. Dass
127 die irgendwo hingehen, eine Abteilung, ein Spital besuchen, dass schon 1. Experimente
128 gemacht hat, weil dieses Haptische, dieses vor Ort, es erzählt mir nicht ein BWL Mensch etwas,
129 auf einer Folie, sondern ich sehe es von meiner Kollegin, die selber Ärztin, Therapeutin ist, das
130 hat viel stärkere Wirkung als 1000 Bücher zu lesen. Also erstens, Anschauung vor Ort. 2., ich
131 würde schon versuchen, die Philosophie zu verstehen. Also viele Manager sind ja dabei, ach,
132 da gibt's Werkzeug, wir implementieren das, wie ein IT Tool und dann ist gut. Und dann haben
133 sie aber nicht verstanden, dass Lean eben eine Philosophie ist, mehr als ein nur ein
134 Werkzeugkasten. Ist eine Einstellung, wie ich an Probleme herangehe, wie ich Komplexität
135 manage und das ist schon ein bisschen aufwendiger. Deswegen, jemand, der 1, 2 Tageskurse
136 besucht und die Lean Philosophie versteht, der wird viel, viel offener sein für die Lean
137 Philosophie bei sich im Haus. Und das 3. Ist, dann geht's schon los mit dem Doing, einfach mal
138 ausprobieren, sehen, verstehen, anwenden.

139 **I:** Ja, weil es ist ja dann auch, jetzt hat man vielleicht die Führungskräfte bisschen mit im Boot,
140 es ist halt auch mit Veränderungen können viele Mitarbeiter nicht umgehen, speziell die
141 vielleicht die, die seit Jahren in der Organisation tätig sind, die tun sich halt sehr schwer mit
142 Veränderung. Jetzt habe ich irgendwo zwei Komponenten, die ich mit ins Boot holen muss.
143 wie kann ich mit Mitarbeitern umgehen oder wie kann die motivieren, ohne sie zu
144 degradieren, es ist ja sehr standardisiert zum Teil auch, ohne sie aber auch irgendwie zu
145 demotivieren und zu degradieren?

146 **IP01:** Ja, also ganz wichtiger Punkt. Wenn der Chef, die Chefin begeistert ist, aber die
147 Mitarbeiter nicht mitmachen, das ist ja auch – dann ist die Initiative tot, das ist ganz klar. Ich
148 habe schon 2012 die These untersucht, wie man so landläufig sagt, ja, Gesundheitswesen,
149 Spital, das sind schon spezielle Menschentypen. Veränderungen sind da ganz, ganz schwer
150 durchzusetzen. Ich habe das mal gemessen, mit so einem psychologischen Test, wie
151 veränderungswillig oder unwillig der durchschnittliche Spitalmitarbeitende ist. wie haben da
152 600 Leute befragt, vom Direktor bis zum Kantine Assistenten, sage ich mal und es hat sich
153 gezeigt, der durchschnittliche Mitarbeiter hat so im Spital, von den 4 Spitalern, die ich
154 untersucht habe, die waren sogar veränderungsbereiter als der durchschnittliche Mann, Frau

155 auf der Straße. Also, per se sind Mitarbeitende im Spital, wie empirisch untersucht,
156 veränderungsbereiter als da draußen. Das heißt, der Mensch ist nicht resistent gegen Change,
157 sondern resistent, wie man diese Veränderung organisiert. Und Sie haben einen ganz
158 wichtigen Punkt erwähnt, kein Mensch möchte degradiert werden oder kommt und sagt,
159 bisher war alles schlecht, ich habe jahrelang am Stammtisch gearbeitet, jetzt wird aufgeräumt.
160 Sondern das ist ja das Schöne an Lean, es ist eine wirklich sehr menschenzentrierte, sehr sage
161 ich mal stärkende Initiative, dass man sagt, wer hat denn die besten Ideen genossen,
162 Arbeitsalltag zu verbessern, Antwort nach Lean, die Mitarbeitenden selbst, die tagtäglich mit
163 den Prozessen arbeiten. Die brauchen nur Zeit, Ressourcen in Form von einem Coach, der sie
164 vielleicht unterstützt, die Werkzeuge vorstellt und dann sollen die selbst entscheiden, wie man
165 diese Abläufe verbessern könnte. Und sobald sie praktisch dem Mitarbeiter das Gefühl echt
166 vermitteln, kuck mal, wir nehmen Zeit, Geld, Ressourcen, wir starten die Lean Initiative und
167 wir helfen dir, dir selbst zu helfen. Dich endlich um den Patienten kümmern, wenn sie so
168 wertschätzend auf den Mitarbeiter gehen, dann machen die mit. Ich wette mal, 95% machen
169 mit, 5% finden es trotzdem blöd. Aber das ist ja bei allen Veränderungen so, dass es immer
170 einen bestimmten Satz geben sollte, die das schlecht finden. Aber das hat mit dem
171 Gesundheitswesen nichts zu tun.

172 **I:** Aber gibt's da auch eigene spezielle Ausbildung für Mitarbeiter in dem Bereich Lean
173 Management, will ich speziell auch jemanden, die Stationsleitung, jemanden, den ich
174 dahingehend richtig ausbilden kann?

175 **IP01:** Auf jeden Fall, wir haben ja so ein Pyramidenmodell, wenn sie ein Krankenhaus haben,
176 mit sagen wir mal 1000 Mitarbeiterinnen, dann brauchen Sie wahrscheinlich so 1, 2 Lean
177 Gurus, die Leute, die das Thema jahrelang gemacht haben. und diese Lean Gurus haben
178 vielleicht Faktor 3, haben Sie Projektleiter, die wirklich solche Lean Projekte durchführen
179 können und da darunter haben Sie wieder Faktor 3, haben sie faktisch Leute, die vielleicht wie
180 so Botschafter sind und so skalieren Sie das nach unten und ganz unten, was jeder Mitarbeiter
181 einmal gehört haben sollte, so eine Stunde lang, eine Rede oder ein Vortrag zum Thema,
182 warum ist lean wichtig, was passiert überhaupt im Krankenhaus und umso mehr sie tatsächlich
183 involviert sind, umso mehr Verantwortung sie haben, diese Lean Projekte zu unterstützen, zu
184 führen, umso mehr Ausbildung brauchen sie. Also jeder eine Stunde, es würde guttun, die an
185 Projekte arbeiten, einen Tag zu arbeiten und die, die Projekte führen, die brauchen
186 wahrscheinlich eine Woche Training und die, die ganze Lean Koordination hinter sich haben,

187 na gut, die arbeiten schon seit Jahren im Gesundheitswesen in Lean. Das ist so das Ideal. Und
188 vieles von dem, was ich erzählt habe und die genauen Sachen, ich weiß nicht, ob Sie auf unsere
189 Website gestoßen sind, leanhealth.ch, weil dort haben wir mal einen Artikel – da haben wir
190 praktisch auch einen Artikel dazu geschrieben. Also zu den vielen Tools einen Artikel
191 geschrieben und einer von denen ist auch, wer sollte was gelernt haben in einer Organisation.

192 **I:** Also ist es jetzt von der – inwieweit können da jetzt Experten auch unterstützen, wenn man
193 jetzt sagt, das verändert sich ja auch dauernd. Das ist ja immer stetiger
194 Weiterentwicklungsprozess, jetzt habe ich 3 Verantwortliche und dann brauche ich
195 wahrscheinlich auch dazu noch Experten, die laufend das auch evaluieren, oder?

196 **IP01:** Also, große Häuser schon wie das Spital hier in Bern, da haben Sie ein Team von weiß
197 nicht, 7-9 Leuten, die nichts anderes tun, als die Organisation bei Lean zu unterstützen. Das
198 sind auch mehrere 1000e Mitarbeitende, und die Mitarbeitenden, selbst, wenn Sie da tief
199 drinnen stecken, die schauen selbst, dass sie dynamisch bleiben. Das Wissen verändert sich
200 ständig, die machen die Projekte, die machen auch am besten Vorher-nachher-Messungen,
201 also, dass sie sich anschauen, wie ist der Prozess vorher, wie ist er hinter her, feststellen, oh
202 ja, wir sind besser geworden in dem Gebiet oder eben nicht besser geworden, wir haben es
203 nicht geschafft, was zu ändern und entsprechende Prozesse ausleiten. Und die sich
204 gegenseitig austauschen. Ich kenne einige Krankenhäuser in der Schweiz, die haben so Lean
205 Lunches, wo sich einfach Lean Interessierte austauschen und mal eigene Workshops
206 organisieren, also das ist in der Tat ein dynamisches Thema, das entwickelt sich ständig weiter.
207 Wenn sie am Anfang der Reise sind, dann haben sie das noch nicht, Sie sind ein Krankenhaus
208 und haben vielleicht einen in der Geschäftsleitung, ach, wir könnten das machen. Aber wenn
209 Sie tatsächlich mal, wahrscheinlich kommen Sie ohne externe Unterstützung nicht klar, dass
210 Sie sich einen Lean Coach holen, der hilft, so eine Struktur zu etablieren und dann kann der
211 Lean Coach auch wieder herausgehen .am Anfang wird es wahrscheinlich ohne externen
212 Coach sehr schwer werden.

213 **I:** jetzt ist das Krankenhaus eine sehr komplexe Struktur, wo kann ich mit dem Lean Ansatz
214 beginnen. Jetzt möchte ich das Krankenhaus generell auf Lean, auf lange Sicht auch umstellen,
215 aber wo beginne ich? Beginne ich bei der Administration oder doch eher im stationären
216 Bereich?

217 **IP01:** Auch dort haben wir uns diese Frage gestellt, wie transformiere ich ein gesamtes Spital
218 von jetzt einer komplexen Situation zu einem echten Lean Haus? Die Antwort, die Literatur
219 damals war eindeutig, wir haben 800 Artikel gelesen und die Antwort war: wir haben keine
220 Ahnung, die Wissenschaft hat keine Ahnung. Das heißt, es wurde sehr, sehr wenig geschrieben
221 darüber und deswegen können Sie auch auf der Website, bzw. im Buch, haben wir selber so
222 einen Transformationsplan entwickelt. Das Buch heißt LHT braucht Lean, health care
223 Transformation Body of Knowledge. Und in dem Buch, was wir sagen, es gibt grundsätzlich
224 zwei Arten, eine Organisation zu verändern. Man kann das ganze Big Bang machen. auf einmal
225 versuchen sie Lean innerhalb eines Jahres überall zu implementieren, indem Sie sich 50
226 externe Berater holen und dort jeden Stein umdrehen und jeden Prozess hinterfragen. Oder
227 Sie machen das Step by Step. Und die Antwort von uns ist eindeutig das Bing bang, das haben
228 wir sehr, sehr selten beobachtet, deswegen lieber Schritt für Schritt klein anfangen. Und das
229 klein anfangen, was wir gemacht haben, wir haben uns angeschaut, wir haben es in Häusern
230 wie Seattle Childrens Hospital in den USA gemacht und die Antwort war immer relativ
231 eindeutig, sie fangen klein an, im nicht-medizinischen Bereich. Also schnappen Sie sich etwas
232 aus dem Labor, aus dem Bereich Logistik, Einkauf. .es sind Prozesse, die kennt man auch in der
233 Industrie, 1:1. Da gibt's große Unterschiede, das ist weit weg vom Patienten, vom
234 medizinischen Kernprozess, das ist ungefährlicher, im Sinne von, wenn man da was umstellt,
235 es geht schief, dann ist nicht schon der Patient bedroht. Und dort schafft man einen
236 Leuchtturm, dort verändert man etwas und – aber noch wichtiger ist, dass man das mit einem
237 Team ausprobiert, das auch willig ist. und jedes Krankenhaus kennt seine Pappenheimer, man
238 weiß ja, die Frau Meier im Einkauf ist super, da machen wir das, und auf keinen Fall mit
239 Finance, weil Herr Müller ist eine Katastrophe, der geht in zwei Jahren in Rente und deswegen
240 macht er genau gar nichts. Also Sie schnappen sich ein Team, nicht im Kernprozess und dort
241 versuchen Sie einen Piloten, den Sie ganz klar messen, vorher, nachher und danach gute
242 Ergebnisse hoffentlich haben und dann, dass sie die erzählen und dann von dort aus
243 weitergehen.

244 **I:** Aber der finanzielle Aufwand für ein älteres Haus oder ältere Bauweise ist auch eine andere,
245 nehme ich an?

246 **IP01:** Also das Layout kann natürlich eine Rolle spielen, spielt auch eine Rolle, sobald es um

249 haben überhaupt nichts mit, wie alt ist das Spital oder wie gut ist unsere IT, sondern die ganzen
250 Administrationsprozesse, dass man sagt, was brauchen wir, um einen Patienten zu entlassen.
251 Das schiebt man sehr gerne auf, ja, hätten wir nur die und die Räume und Technologie, aber
252 was dahintersteckt, ist noch veraltetes Denken, wie viele 100 Unterschriften brauche ich von
253 dem, so habe ich einen überkomplexen Prozess, der nicht mehr zu managen ist. das heißt, ja,
254 Infrastruktur, Alter, spielt eine Rolle, aber untergeordnet. Das hat keine Auswirkungen, ja, wir
255 können kein Ding machen, wir haben ein denkmalgeschütztes Gebäude da mitten in Graz –
256 das hat keinen Einfluss, denke ich.

257 **I:** Welche Erfolgsfaktoren haben jetzt da den größten wirtschaftlichen Wirkungsgrad?

258 **IP01:** Also Erfolgsfaktoren gibt es viele. Vielleicht können wir strukturieren, können, wollen,
259 dürfen. Vielleicht so in der – also, das 1. Ist natürlich das Thema wollen. Erfolgsfaktor ist, dass
260 sie tatsächlich jemanden haben, der an die lean Vision glaubt und mit leuchtenden Augen
261 davon erzählt. Das ist das Wichtigste, dass Sie so jemanden haben und diese Person schafft
262 es, andere Leute zu begeistern. Und das Begeistern ist das Thema dürfen, wenn das nicht
263 gerade die Direktorin ist, der Direktor, dann muss ich um Erlaubnis fragen. Also ich muss das
264 Ganze dürfen. Das ist meistens nicht so das Thema. Sondern wenn man hingehet und sagt, ich
265 habe Folgendes vor, ich werde das umstellen, ich brauche die Ressourcen, aber ich verspreche
266 mir auch die Erfolge, wenn man das so klar im Projekt aufstellt, kann ich mir nicht vorstellen,
267 dass es Häuser gibt, wo kategorisch Veränderung abgelehnt wird. Dann funktioniert es
268 sowieso nicht. Und dann kommt das Thema Können. Wir dürfen, aber wie schaffe ich das,
269 meine Bestellprozesse zu optimieren oder die Lagerorte. Und dann kommt der Erfolgsfaktor,
270 dass Sie jemand haben, der die Lean Prozesse kennt, der weiß, wie man so ein Projekt führt
271 und wie man sowas strukturiert. Also das Können, Wollen, Dürfen entlang man die
272 Erfolgsfaktoren bestimmt.

273 **I:** Jetzt gibt's ja da im Wissen sehr viele Prinzipien und Methoden. Welche haben sich in
274 Krankenanstalten besonders bewährt? Es ist ja sehr vieles aus der Industrie, der Produktion,
275 wie kann man das auf ein Krankenhaus ummünzen? Was hat sich besonders bewährt?

276 **IP01:** Jawohl, also ich würde sagen, das meiste hat sich gut bewährt, also es ist nicht so, dass
277 man – es geht um Patientinnen, nicht um Güter. Aber diese Übersetzung gelingt zu 90%, finde
278 ich gut. Also es ist erstaunlich wenig, wo man sagen muss, ja, das funktioniert bei uns nicht so
279 richtig so. sondern die Grundprinzipien, die sind so allgemein für Arbeitsabläufe, dass sie sich

280 gut übertragen lassen. Was wirklich ganz, ganz praktisch sehr, sehr häufig sich bewährt hat,
281 ist es, mit Kaizen Boards zu arbeiten. Weil das ist etwas, Investitionsbedarf von 100 Franken
282 für so eine Weißwand und man kann am Montag loslegen. Man stellt sich mit seinem Team
283 vor sein Kaizen Board, nimmt sich da 10 Minuten Zeit, ich rechne auch 5, was könnte man
284 denn besser machen, aus den Arbeitsabläufen und das ist so ein kleines niederschwelliges
285 Tool, das sofort alle Leute an Board holt, Wertschätzung äußert und gleichzeitig diese Kaizen
286 Philosophie der kontinuierlichen Verbesserung verankert und das ist sehr anschaulich, ich
287 habe etwas visualisiert, ich sehe die Erfolge, also das ist so niederschwellig und so schön, das
288 kann man praktisch überall starten. Und interessanterweise, was ich dann auch so auf einer
289 Stufe höher bewährt hat, die meisten Spitäler in der Schweiz fangen an mit der Pflege, mit
290 Pflgeteams dort in der Bettenabteilung. Wenn man nicht gerade die Logistik macht, wie ich
291 es vorhin geschildert habe oder das Labor, so die Pflege, über die Pflege kommt das häufig
292 rein und mit der These auch, ich habe immer gefragt, wieso fängt es nicht bei den Ärzten an.
293 Die Antwort, die ich meistens bekomme, die sind eher gewohnt, organisatorisches Chaos zu
294 bewältigen. Die sind es, die den Laden am Laufen halten, die Ärzte kommen und gehen und
295 haben da ihre eigenen Probleme und die Pflege über und muss diese Probleme lösen.
296 Deswegen, die sind eh schon die ganzen, die, die am längeren Hebel sind, die Arbeitsabläufe
297 bestimmen und das Chaos oder versuchen, die Komplexität zu reduzieren, deswegen sind sie
298 es eh gewohnt und dann hilft man denen, die Komplexität zu bewältigen

299 I: Das ist das Kaizen für das gesamte Krankenhaus eigentlich sehr gut annehmbar, dann gibt's
300 ja dieses Push und Pull, ist das in der Logistik eher von Vorteil?

301 **IP01:** Also das Push und Pull Prinzip, ist natürlich schon schön oder sehr viel einfacher
302 tatsächlich für Material als für Menschen. Also dass sie sagen, ich brauche nur – also die Logik
303 ist, ich schiebe nicht das Material an die nächste Stelle und hoffe, dass es gebraucht wird,
304 sondern ich ziehe das Material. Und das ist sehr leicht umzusetzen in Form von so Kanban-
305 System. Ich weiß nicht, ob Sie das schon mal gesehen oder gehört haben.

306 I: Habe ich, aber das ist relativ komplex, mit sehr viel Tabellen, also sehr viel unterschiedlichen
307 Post-Ist, so habe ich das mal gesehen.

308 **IP01:** Also eigentlich sollte das zumindest für die Mitarbeiter super leicht sein, Kanban wird
309 einerseits für Material verwendet, Kanban gibt's auch in der Software Entwicklung. Also da
310 muss man – da ist das Prinzip einfach auf verschiedene Domänen übertragen. Aber wenn Sie

311 so den Bestellprozess anschauen von so einer Bettenstation und Sie müssen dafür
312 Medikamente und Nachschub von Material sorgen. Der Mitarbeiter, super einfach, ich
313 entnehme etwas aus dem Regal oder die Schublade ist leer, ich nehme mir ein Zettelchen,
314 schmeiße es irgendwo rein und gut ist es. Also, für die Mitarbeiter ist es super leicht, es
315 aufzustellen, da gehört ein bisschen Mathematik und Gefühl, aber ist auch keine
316 Raketenwissenschaft. Es ist für Logistik ganz gut, also das Push versus Pull. Bei Material
317 funktioniert das natürlich viel besser als bei Menschen. Weil Menschen zu ziehen, da gibt's ein
318 paar Beispiele, aber es ist schon schwieriger das ganze da zu realisieren.

319 **I:** Aber jetzt geht Lean auch sehr stark auf die Vermeidung von Verschwendung, was mit dem
320 Lager und Logistikbereich auch zu tun hat. Jetzt hat uns aber diese Pandemie schon gezeigt,
321 dass ein gut aufgestocktes Lager schon von Vorteil ist, oder? Ist das ein bisschen so, wo man
322 mit Lean ein bisschen in die Zwickmühle kommt?

323 **IP01:** Ich würde es so nicht sagen, weil es gibt tatsächlich – also bleiben wir beim Material, es
324 gibt lustiger weise den Zusammenhang zwischen umso mehr Bestände sie haben in einem
325 Haus, umso größer die Wahrscheinlichkeit, dass Sie eine Materiallücke haben. ein Artikel fehlt.
326 Ein out of stock in der Fachsprache, es klingt sehr paradox, aber es ist nicht so paradox, nicht
327 nur im Gesundheitswesen, ich habe das im Einzelhandel gesehen in Russland und in
328 Deutschland und USA: das ist überall das Problem. Sie denken, Sie tun was Gutes, indem Sie
329 einfach viel Material hinschmeißen, indem Sie sagen, neulich hat sich eine Ärztin beklagt, es
330 gab nicht genug OP Abdeckung, wir bestellen eine Palette mehr. Und was Sie tun, Sie
331 schmeißen einfach Materialgeld auf ein Problem, ohne die Ursache des Problems verstanden
332 zu haben. was ist die Ursache, wieso war das Material nicht da, vielleicht falsch bestellt oder
333 am falschen Ort, oder es gibt ein Problem in der Materialbestellung und immer, wenn man
334 versucht, Probleme mit noch mehr Beständen zu überdecken, wird es nur noch schlimmer.
335 Das heißt, gut möglich in der Pandemie, dass wir sozusagen – Pandemie bedeutet jetzt, Sie
336 haben einen außergewöhnlichen Gebrauch von etwas, aber wir können im Vorfeld nicht
337 bestimmen, was es ist. wir können nicht sagen, was ist in der nächsten Pandemie, was werden
338 wir dann brauchen? Vielleicht ist es dann ein Hustensaft in Menge, wo jetzt kein Mensch dran
339 denkt. Und das heißt, wir werden vielleicht jetzt tausende Mio. von Masken einlagern, aber
340 wir brauchen dann vielleicht ganz was Anderes. Ich fantasiere. Deswegen nein, ich würde
341 sagen, eine Pandemie bewältigt man nicht, indem man möglichst viel Material wirft, sondern
342 überlegt, wie kann ich die Abläufe so flexibel gestalten, dass ich auf Unvorhergesehenes

343 besser reagieren kann. weil, solange ich nicht bestimmen kann, was werde ich denn brauchen,
344 gilt es nicht, irgendwas auf Verdacht groß einzulagern.

345 I: Was ein wichtiges Prinzip auch ist, ist dieses Shopfloor Management, was ich so aus der
346 Literatur herauslesen konnte. Ist das auch in der Praxis sinnvoll?

347 **IP01:** Ja, auf jeden Fall. Also das ist ja die Übersetzung von dem Shopfloor Management, das
348 man kennt im klassischen Industriegebiet, im Gesundheitswesen ist genau diese Huddle
349 Boards, dass man sagt, ich treffe mich vor einer Tafel, wo visualisiert wird, Verschiedenes,
350 wo stehen wir heute im Vergleich zu gestern. Welche Probleme haben wir, wie ist denn die
351 Auslastung, was haben wir heute vor? Also wo in kurzen Meetings klar quantifiziert gesagt
352 wird, was läuft gut, was weniger, was müssen wir tun. Das ist genau die Übersetzung von
353 Shopfloor Management ins Gesundheitswesen. Also kurze knappe Huddles, am Morgen, am
354 Abend, wann auch immer, zwischen den Schichten. Das ist die Übersetzung von Shopfloor
355 Management ins Gesundheitswesen.

356 I: Die Wertschöpfungskette im Lean Management, eben die Vermeidung von Verschwendung.
357 Aber auch, um diese – dass am Ende der Patient im Mittelpunkt steht und auch der Gewinner
358 ist von dem Konzept, gibt's da spezielle Lösungen oder Ratschläge, wie kann ich die
359 Wertschöpfungskette effizienter gestalten?

360 **IP01:** Also die allererste Übung ist, man stellt sich mit dem Prozess, also mit den Leuten, die
361 tatsächlich vor Ort arbeiten, und zeichnet, visualisiert diesen Prozess, von Patient ruft an und
362 hat Schmerzen, bis Patient geht nach Hause und lächelt wieder. Und wenn Sie diesen Prozess
363 visualisieren, dann haben Sie Ihre Wertschöpfungskette aus Sicht des Patienten, das ist das
364 Wichtigste und dass man sich überlegt, was passiert wann und was nützt tatsächlich dem
365 Patienten und was machen wir aus internen Gründen oder ist das, weil wir das machen
366 müssen, wir müssen das aufschreiben wegen der Versicherung und was ist tatsächlich echte
367 Verschwendung. Also das 1. Ist, die Wertschöpfungskette zu verstehen, visualisieren, von dort
368 an geht's weiter.

369 I: Welche Methoden werden neben dem Kaizen, was wäre noch wichtig für die
370 Krankenanstalten, was sich bewährt hat, was ich vielleicht noch nicht erwähnt hatte?

371 **IP01:** Also, auch da der Hinweis auf unser Lean Werkzeugbox und das Buch, das
372 dahintersteckt, aber was sich bewährt hat, diese Visualisierung vom Prozess, von der ich
373 gesprochen habe, was sich sehr bewährt hat, sind auch Gemba's, also der Gemba Walk

374 Gemba ist der Ort des Geschehens und der Walk, man geht hin und beobachtet das Ganze.
375 Das passt auch zur Prozessvisualisierung, das erzeugt immer Aha-Effekte und ich empfehle
376 auch, mit höher gestellten Mitarbeitern hinzugehen, damit sie sehen, was für eine
377 Patientenreise die dort erleben und sich wundern, was wir den Patienten alles antun, wenn
378 sie dort 4 Stunden warten, dass sie irgendwelche Laborproben bekommen. Und was sich
379 natürlich bewährt hat, ist immer wieder, wo möglich quantifizieren, das tun wir noch zu wenig,
380 dass wir wirklich messen. Was bringt das Ganze, was ja wichtig ist für die Motivation, zu
381 merken, dass sich etwas verändert hat. Manchmal ist das so eindeutig, gehen Sie mal in eine
382 Lean Station. Wenn die gut läuft, dann werden die Mitarbeiter sagen, es ist so viel ruhig im
383 Vergleich zu früher. Das können Sie sogar messen, wie laut ist ein Gang in einem Krankenhaus.
384 Manchmal merkt man sofort den Unterschied, manchmal ist es subtiler, wie, oh, ich habe es
385 gar nicht im Kopf, aber früher viel häufiger, da gab es die Patientenklingel, da wurde ich
386 gerufen ins Zimmer, früher gab es viel häufiger diese Anrufe, wo ist Patient XY oder hast du
387 noch von dem Material. Also all diese Sachen zu quantifizieren und schöne Vorher-nachher-
388 Tabellen zu erstellen, das hat sich auch sehr stark bewährt.

389 **I:** Aber das ist auf den Stationen eben, wenn es so ruhig ist, das ist dem hohen Standard, also
390 der Standardisierung auch zu verdanken, dass jeder weiß, was er zu tun hat, wo er seine
391 Werkzeuge findet? Läuft man da auch Gefahr, dass man zu sehr standardisiert, dass doch jeder
392 Patient ein Individuum ist und auch eine individuelle Behandlung und Betreuung benötigt.
393 Läuft man Gefahr, zu sehr zu standardisieren?

394 **IP01:** Rein theoretisch, aber praktisch habe ich das noch nie gesehen. Also, dass
395 überstandardisiert wird, kommt kaum vor. Sondern, wenn Sie es geschickt machen, sagen Sie,
396 Minibeispiel, Sie müssen einfach, wenn Sie standardisieren, überlegen, was ist wichtig, dass
397 wir alle gleich|machen und was müssen Sie festlegen, was nicht. Wenn z.B. Sie eine Patientin
398 anrufen, morgen haben Sie einen Termin, bitte kommen Sie nüchtern usw. dann müssen Sie
399 klar standardisieren, das sind die 4 Nachrichten, die die Patientin haben soll, weil ja, das ist
400 wichtig von den Abläufen oder für die Qualität, muss bei allen gewährleistet sein, die muss
401 nüchtern kommen. Punkt. Aber wie Sie das kommunizieren, auf Art A und B, die Reihenfolge,
402 das ist vielleicht nicht mehr so wichtig, Sie müssen einfach darauf achten, was ist wichtig für
403 Qualität und Effizienz, bei Anrufen Checkliste mit 4 Punkten. Aber Rest individuell, manche
404 werden ein Schwätzchen halten, wie es geht oder über das Wetter, der andere nicht. Das ist
405 nicht standardisiert und man denkt immer, Standard hört sich schlecht an, aber ich möchte

406 immer sagen, dass es nicht vom Zufall abhängig ist, wer mich behandelt, ob ich genau die
407 richtige Therapie bekomme oder nicht. Weil sie standardisiert ist. entweder es gibt Inzidenz
408 dafür, wenn ich Kopfweg habe oder im Bauchraum habe ich Schmerzen, dass dann auf jeden
409 Fall diese Analysen gemacht werden und ich möchte nicht vom Zufall abhängen, ob ich den
410 jüngeren Arzt oder den erfahreneren habe, ob das gemacht wird bei mir oder nicht. Das muss
411 man sogar im Sinne des Patienten, hat man die moralische Verpflichtung, zu standardisieren,
412 und alles andere nicht.

413 **I:** Wie Sie gerade gesagt haben, bei Ärzten ist es gerade dann schwierig, da hat jeder Arzt seine
414 eigene Therapieansicht. Wie kriegt man jetzt Ärzte dazu, was zu standardisieren, wo jeder
415 davon ausgeht, dass er nach seinem besten Wissen den Patienten behandelt und es aber
416 unterschiedliche Zugänge gibt.

417 **IP01:** Das wandelt sich Gott sei Dank, vor 15 Jahren war das ein Riesenthema, inzwischen habe
418 ich den Eindruck, das wird immer weiter akzeptiert, weil es gibt ja evidenzbasierte Medizin. Es
419 ist eben, manche legen den Zugang her, die einen gerne am Hals, die anderen an der Leiste,
420 das darf aber nicht vorzugsweise sein, entweder es gibt Evidenz, an der Leiste gibt es x weniger
421 Komplikationen, wenn es keine Evidenz gibt, dann würde ich trotzdem empfehlen, sich auf
422 einen Standard zu einigen, weil dann weiß man sofort, erkennt man Abweichungen und
423 dadurch Fehler. Wenn jeder nach seiner Art und Weise arbeitet und dann habe ich natürlich
424 als Außenstehender, ich bin Assistenzarzt, kucke zu, habe keine Chance zu erkennen, macht
425 sie das auf eine ungewöhnliche Weise oder passiert gerade ein Fehler. Also selbst dort, wo es
426 keine Evidenz gibt, sollte das Team einen Standard definieren. Und ich merke aber, das war
427 ein Riesenthema früher in der Schweiz – aber inzwischen ist das glaube ich schon bei vielen
428 angekommen, vielleicht ist doch wichtig, die kernmedizinischen Prozesse zu standardisieren,
429 es kann nicht jeder nach seiner Art und Weise operieren.

430 **I:** jetzt stehen wir ja vor einem riesengroßen Pflegefachkräftemangel und wir müssen ja froh
431 sein, wenn wir die Situation, die es jetzt gibt, wenn wir das mal so erhalten können. Kann man
432 mit Lean Management wirklich diesen Mangel auch kompensieren? Kann Lean Management
433 jetzt wirklich helfen, dass das Personal entlastet wird auch, gerade jetzt und dass sich aber
434 auch den Kostendruck zu reduzieren, lässt sich das vereinen?

435 **IP01:** Also ich denke grundsätzlich ja, Lean kann Beitrag leisten zu diesem Fachkräftemangel,
436 das geschieht auch, es gibt nicht die eine goldene Lösung, die sämtliche Probleme löst, aber

437 ist bestimmt ein guter Hebel. Sie müssen sich überlegen, warum haben wir Fachkräftemangel,
438 warum hören Menschen auf. Und wenn Sie eine Untersuchung machen und feststellen, viele
439 hören frustriert auf, weil sie nicht zufrieden waren mit den Arbeitsbedingungen, dann kann
440 ich da hilfreich sein, dass man sagt, da gibt's auch viele Studien zum Thema
441 Arbeitszufriedenheit, nach Lean, und meistens lautet die Antwort ja, weil die Leute
442 miteinbezogen werden. Und Sie steigern die Zufriedenheit auch häufiger, weil es weniger
443 Stress ist und weniger hektisch. Das kann einen großen Beitrag für Zufriedenheit und
444 Fluktuation bringen. Das ist ein starker Hebel und vielleicht das 3. Ist noch, warum die Leute,
445 die fühlen sich auch ernster genommen, die sollen mitmachen bei dem ganzen
446 Verbesserungsprozess, das heißt, das Partizipative kann auch wieder zur Zufriedenheit führen.
447 Das ist die Zufriedenheitsebene und jetzt gibt's auch schon die Effizienzebene. Wenn Sie für
448 den gleichen Prozess jetzt weniger Leute brauchen, normalerweise kann man sagen, na gut,
449 dann werden wir Leute los. Wir können statt 80 – es können nur noch 60 machen, wir haben
450 einen Effizienzgewinn und im Gesundheitswesen wird im Normalfall niemand entlassen, weil
451 wir effizienter geworden sind, sondern da sind wir ja froh, dass wir die Aufgaben einigermaßen
452 abdecken können. Also in den meisten Lean Projekten, die ich begleitet habe, war das große
453 Ziel nicht, Leute zu entlassen, sondern die unglaublichen Überstunden zu reduzieren. Das
454 heißt, die Effizienzgewinne werden genutzt, um die Leute zu entlasten. Und dadurch praktisch,
455 ja, das hilft ja auch, diese –

456 **I:** Gerade in diesen Zeiten, wo immer mehr jetzt Fluktuation herrscht, aufgrund der Pandemie,
457 weil einfach die Erschöpfung zu groß ist, könnte man mit Lean sehr viel verhindern. Aber ist in
458 Zeiten von einer Pandemie es auch sinnvoll, zeitgleich Lean einzuführen, würde man die
459 Mitarbeiter überfordern? Pandemieüberlastung und dann noch ein Projekt, was ja auch
460 Zusatzzeit ist?

461 **IP01:** Das muss tatsächlich individuell angeschaut werden. Denn am Anfang werden sie nicht
462 entlastet, die Mehrzahl, sondern im Gegenteil, sie werden belastet. Das Lean ist nicht, dass sie
463 so Freitag ab 18 Uhr einführen können. Sondern da müssen Sie tatsächlich Cheffinnen haben,
464 die die Möglichkeiten haben, zu sagen, Freitagnachmittag, da bestellen wir keine Patienten
465 rein, sondern werden den Laden schließen und da Kaizen Workshop machen. Das heißt, in
466 erster Linie werden Sie sogar noch mehr Stress auf die Abteilung tun. Dass manche
467 Unternehmen, fangen das auf, indem man mit dem – dass man sagt, ja, das habe ich gesehen
468 in einer Rehaklinik in der Ostschweiz – die Patientenadministration, die machen einen Tag zu

469 und für den Tag werden wir uns Hilfskräfte holen. Das kostet alles nochmal mehr Geld. Die
470 investieren da richtig Geld und Zeit, um das einzuführen. In einer Intensivpflegestation im
471 Moment, wo die Leute 100 Überstunden machen und dann bis zur Erschöpfung arbeiten, das
472 können Sie natürlich vergessen. Das ist schon so, woanders muss man sich überlegen, das ist
473 eine Ausrede, ich warte, eines Tages wird meine Organisation wieder ein bisschen mehr Luft
474 haben, ob das Thema kommt oder ob man sagt, nein, wenn man ehrlich ist, es wird schlimme
475 rund schlimmer werden, deswegen nehme ich jetzt Geld in die Hand, woher auch immer das
476 kommt und versuchen es jetzt doch, auch, wenn unsere Mitarbeiter hier ein bisschen belastet
477 sind.

478 **I:** Wie sehen Sie die Entwicklung von Lean Management in den nächsten Jahren, wie viel tut
479 sich da noch? Gibt's da noch neue Ansätze, die noch nicht so wirklich populär sind?

480 **IP01:** Ja, es entwickelt sich ständig weiter, auch in der Schweiz, wir sind schon 10 Jahre gefühlt
481 unterwegs. Auch dort sind wir noch lange nicht dort, wo wir sein könnten. Also es gibt ja echte
482 Zahlen, ich vermute, die Hälfte aller Krankenhäuser in der Schweiz hat schon Lean
483 experimentiert, aber Lean experimentiert heißt, es gibt vielleicht ein Team, das etwas macht.
484 Das heißt, tatsächlich die ganze Schweiz nach Lean, das ist jahrzehntelang, bis das kommt. Es
485 ist eine ständige Reise, es ist auch ein Kulturwandel und Kulturwandel heißt nicht, ein 6-
486 Monatsprojekt, sondern vielleicht ein 6-Jahresprojekt oder 20-Jahresprojekt, bis wir alle
487 tatsächlich uns verändern. Und immer, wenn Sie so lange Reisen haben, lernen wir dazu. Im
488 Moment lernen wir dazu, Stichwort Pandemie, das Thema Flexibilität, haben wir, dass genug
489 beleuchtet und wir lernen dazu auch mit der ganzen Digitalisierung, das ist die nächste große
490 Welle und Umwälzung, die auf uns zukommt. Das ergänzt sich wunderbar, meiner Meinung
491 nach, dass man zuerst Lean macht und dann qualifiziert, die Reihenfolge ist wichtig, nicht
492 umgekehrt. Aber da sind wir noch am Anfang zu verstehen, welche Tools helfen uns
493 tatsächlich, noch effizienter zu sein und welche sind nur Spielzeug und nice to have.

494 **I:** Ja, jetzt, wenn man sagt, Lean, Prozesse zu verschlanken, ich habe aber auch schon die
495 Erfahrung gemacht, dass für viele dann wirklich jegliche Effizienz Lean ist. gibt's da einen
496 Punkt, wo man sagt, da fängt Lean an und wo hört Lean auf?

497 **IP01:** Sehr schwer. Der Begriff ist das Unwichtigste, manche vermeiden ihn, haben wir schon
498 thematisiert, weil er verbrannt ist in manchen Kreisen, nennen sie es wie die Basler
499 Patientenzentrum oder patientenzentrierte Prozesse. Der Name ist wurscht. Wichtig ist,

500 welche Philosophie steckt dahinter, geht's tatsächlich darum, sage ich mal, A, Patient im
501 Mittelpunkt, B, Prozesse anschauen, was ist wertschöpfend, was ist verschwendend, das
502 rausschmeißen, „und 3., gibt's einen Werkzeugkasten und auch dort sozusagen, wenn mit
503 diesen Werten gearbeitet wird und es kommt jemand und hat ein neues Werkzeug, das
504 kommt nicht vor in der Lean Welt, aber es hilft den Mitarbeitern und den Patienten,, dann
505 sind die Lean Leute die letzten, die sagen, ja, das war nicht die reine Lehre, sondern die werden
506 das sofort aufnehmen und sagen, super. Wenn es den Prozess oder noch besser, dem
507 Patienten dient, willkommen.

508 **I:** Ja, was wäre aus Ihrer Sicht noch wichtig, um Lean Management in Krankenanstalten
509 umzusetzen, was wir vielleicht noch nicht besprochen haben? Gibt's noch etwas, das Ihnen
510 einfällt, für den Erfolg, die Umsetzung?

511 **IP01:** Ich glaube, wie bei allen Philosophien und Ansätzen, glaube ich, braucht es ein bisschen
512 Mut und Experimentierfreudigkeit, ich glaube, man kann sehr schnell alle Dinge kaputt reden,
513 man ist super gut darin, zu sagen, ja, warum klappt das im Ausland, aber nicht bei uns in
514 Österreich, oder im Burgenland vielleicht, aber in der Steiermark doch nicht. Man findet
515 immer wenn und Aber, aber ich glaube, das Wichtigste ist, klein anzufangen, zu testen, mit
516 etwas Motivation und Hilfe und dann selber Erfahrung zu sammeln. Also ich glaube, ohne
517 diese Bereitschaft, zu experimentieren oder ich fordere die Leute auf, ein bisschen mehr
518 Freude zu haben an Experimenten, die sind ja eigentlich alle zum Wohl der Patienten, von dem
519 her sollten viele offener mit dem Thema umgehen.

520 **I:** Das ist wie überall, learning by doing.

521 **IP01:** Ja, ein kontrolliertes Experiment. Ich meine, so funktioniert Wissenschaft, man hat eine
522 Idee, testet die und was funktioniert, behält man, entwickelt weiter und das andere lässt man
523 sein.

524 **I:** Ja, dann sage ich mal danke für dieses offene und ehrliche Interview. Und ja, ich habe eben
525 auf Ihrer Seite schon Fortbildungen gesehen, die mich natürlich auch sehr interessieren und
526 sollten wir wiedermal aus dem Lockdown herauskommen, wäre das sehr interessant. Ich
527 würde Sie gerne mal bei einem Vortrag besuchen.

528 **IP01:** Sehr, sehr gerne.

529 I: Es ist jetzt eben für mich noch sehr schwer, weil es bisher nur Theorie gab bei mir, man liest
530 sehr viel, man versucht dann auch, es sich bildlich vorzustellen, aber wie Sie schon gesagt
531 haben, es ist immer dann, sich das Lean auf einer Station anzusehen und auch mitzuerleben,
532 das will ich auch, das ist ein ganz anderer Ansatz.

533 IP01: In Graz haben Sie ja das X, die experimentieren schon damit. Das ist nicht so weit weg?

534 I: Das ist im Gespräch, dass ich es auch besuchen darf. Es ist halt jetzt aufgrund der Situation
535 schwierig, aber es ist der Gedanke da, also ich habe da schon den Kontakt auch gehabt, wo ich
536 mir das dann anschauen darf. Es geht halt darum, ich möchte mal ein umfangreiches
537 Expertenteam haben, weil es gibt auch – die XXX hat ihre Erfahrungen, ich finde, das sollte
538 man ein bisschen objektiv von anderen Experten hören, ich finde es sehr gut, dass ich Sie als
539 Experten gewinnen konnte.

540 IP01: Gibt es ernsthaft Überlegungen, das bei Ihnen im Haus einzuführen?

541 I: Ja. Und zwar Herr Direktor X hat das für sehr gut empfunden, dass ich mich da jetzt so mit
542 dem Thema beschäftige, er findet das selbst sehr spannend und hat gesagt, es wäre toll, wenn
543 wir es eben in den nächsten Jahren, das ist immer ein Prozess, da müssen alle an einem Strang
544 ziehen, auch in der Hierarchie, aber natürlich muss man mal anfangen und er hat gesagt, er
545 ist da bereit und offen, dass man sich dahin weiterentwickelt. Ja.

546 IP01: Dann wünsche ich viel Erfolg dabei. Sollte Ihre Arbeit teilbar sein, dann würde ich mich
547 natürlich freuen, wenn ich eine Kopie kriege.

548 I: Ja, gerne.

549 IP01: Super, alles klar, ich schicke Ihnen gleich diese Erklärung dazu. Und |wunderbar, wünsche
550 noch einen schönen Lockdown.

551 I: Danke, Ihnen auch schönen Tag, danke, Wiedersehen.

- 1 **2.Interview vom 06.12.2021 13:03 Uhr bis 14:04 Uhr Online**
- 2 **I:** Ich beginne mit der anonymen Aufnahme.
- 3 **IP02:** Und warum anonymisieren Sie das?
- 4 **I:** Das ist Vorgabe von der FH.
- 5 **IP02:** Ah, Vorgabe, ja, das interessiert mich.
- 6 **I:** Ja, das ist Vorgabe, sie wollen, dass es anonymisiert verwendet wird.
- 7 **IP02:** Okay. Weil Sie gesagt haben, wegen Experten, haben Sie schon einmal – haben Sie sonst
- 8 noch Experten, das würde mich nämlich, das interessiert mich persönlich, wie ist denn die
- 9 Expertise verteilt in Österreich oder haben Sie international dann schon geschaut?
- 10 **I:** Ich bin mal bis in die Schweiz gekommen.
- 11 **IP02:** Sind sicher zum X gekommen?
- 12 **I:** Nein, ich bin zum Prof. Dr. Alfred X gekommen.
- 13 **IP02:** ah, okay. Der ist ja – ist der bei diesem bei diesem Walker Projekt gewesen?
- 14 **I:** Der hat sämtliche Vorträge jetzt schon gehalten, aber wenn Sie mich jetzt fragen, wie sie
- 15 genau geheißen haben, dann bin ich jetzt überfragt.
- 16 **IP02:** Ja, das glaube ich schon. Aber ich schreibe mir das nur schnell auf, weil für mich das
- 17 extrem spannend ist. Wobei ich glaube, die sind mit dem – okay, vielen Dank. Entschuldigen
- 18 Sie, ich will Sie gar nicht aufhalten mit meinen Fragen.
- 19 **I:** Kein Problem. Kennen Sie noch Experten international oder eben –
- 20 **IP02:** Ah, mit dem Alfred, mit dem bin ich sogar vernetzt, mit dem habe ich mal zu tun gehabt,
- 21 deswegen ist mir der Name bekannt. Ja, direkt im Gesundheitswesen ist ganz wenig. Also die
- 22 Telly und X, also der Herr Rafael X, der macht auch sehr viel. Ich glaube, der macht unten in
- 23 der Steiermark oder Grazer Gegend, irgendwo von da unten ist er und hat sogar schon große
- 24 Projekte gemacht mit Lean Manufacture, dass er wirklich diese Baupläne, ganz spannend, die
- 25 sind aus dem Walkers Project, das können Sie auch notieren, weil das ganz interessant ist, die
- 26 haben viel im Gesundheitswesen gemacht.

27 **I:** ja, das ist spannend, weil ich bin auch soweit, dass ich sage, ich möchte mich nach dem
28 Studium noch fortbilden und weiterentwickeln, darum bin ich für alles sehr offen, was da
29 möglich ist und welche Experten es noch gibt.

30 **IP02:** Das ist insofern spannend für mich, weil ich bin gerade dabei, eine Beratung in diesem
31 Bereich zu gründen. Also, gemeinsam mit einer Kollegin, wir wollen eben den
32 Gesundheitsbereich abdecken und die öffentliche Verwaltung, Public Management, Lean
33 Hospital Management, wobei ich mich ganz stark immer auf das Krankenhaus spezialisiere
34 und nicht auf das Gesundheitswesen im Ganzen. Weil das Krankenhaus ist das erste, wo man
35 gut umsetzen kann, wo die ersten Berührungspunkte sein sollen. Das ist super spannend,
36 wenn Sie sagen, Sie wollen da noch was machen. wir machen sehr viel mit Wissenschaft,
37 machen Sie einen Master oder Bachelor gerade?

38 **I:** Einen Master.

39 **IP02:** ich weiß nicht, ob Sie sagen, Sie wollen vielleicht wirklich ein Doktorat in dem Bereich,
40 ganz viel Potenzial.

41 **I:** Ja, mal eines nach dem anderen.

42 **IP02:** Ganz viel Potenzial da, überlegen Sie sich nämlich immer, in welche Richtung Sie gehen
43 wollen. Weil Lean Management ist so breit und Sie werden es dann eh, oder vielleicht kommt
44 es im Gespräch raus, dass oft wirklich ganz der Fokus auf diese Tools gelegt wird, nur auf die
45 Tools, leider. Oft nicht der Kontext angeschaut wird und das ist nämlich, aber wir werden es
46 vielleicht im Interview – ich will gar nicht vorgreifen. Aber ich bin da leidenschaftlich, das ist
47 eine Passion von mir, bitte nicht immer nur die Tools, weil das einfach Nachhaltigkeit angeht,
48 ganz schwierig dann wird. Aber ich greife jetzt nicht vor, ich lasse Sie jetzt ganz gezielt mit
49 Ihren Fragen auf mich zukommen

50 **I:** Ja, okay. Ich habe da jetzt mehrere Themenblöcke. Das eine ist das Wissen von Lean
51 Management, das andere wäre Patientenmanagement, Patientenfokus, der 3. Themenblock
52 wäre die Praxis, der 4. Themenblock wäre dann eben die Umsetzung und die Wirtschaftlichkeit
53 wäre das 5. Ich habe das ein bisschen versucht, in diese Themenblöcke zu gliedern und ja, die
54 1. Frage wäre so: was unterscheidet jetzt Lean Konzepte von anderen Management
55 Konzepten? Wo ist Lean vorrangig oder was kann Lean besonders gut?

56 **IP02:** Wirklich gute Frage. Von den traditionellen Management Konzepten müssen Sie mir ein
57 bisschen helfen, was meinen Sie, vom traditionellen Krankenhausmanagement?

58 **I:** Genau, jetzt von den Hauptstrukturen im Krankenhausmanagement, die Hierarchie, die 3
59 Anstaltsleitungsmitglieder meistens. Das ist ja so hierarchisch aufgeteilt. Hat das Vorteile jetzt
60 dem Lean Management gegenüber oder ist das, wenn man sagt, das zeigt da sehr viel Vorteile
61 auf?

62 **IP02:** Ich betrachte das Lean Management aus der Perspektive des Qualitätsmanagements
63 und da haben wir natürlich auch ganz klar diese Managementmodelle oder Ansätze, z.B. die
64 ISO, die ganz populär vertreten ist im Gesundheitswesen. Was für mich natürlich einen
65 entscheidenden Vorteil beim Lean Management darstellt, ist die Betrachtung der
66 Wertschöpfung. Man schaut sich wirklich an, was ist die Wertschätzung im Krankenhaus,
67 welche braucht man noch, man schaut ganz stark, im Mittelpunkt ist die Eliminierung der
68 Verschwendung, man muss eigentlich ganzheitlich betrachten. Wenn ich mir das Krankenhaus
69 ganz anschau, was ist denn eigentlich die Wertschöpfung im Krankenhaus, dann ist die
70 Betrachtung, man erbringt die medizinische Leistung, und dann wäre meiner Auffassung nach,
71 wenn man sagt, man macht Lean Management, wie es gehört, dann schaut man sich immer
72 die Pfade an. Man schaut nicht auf Verteilungen oder Abteilungen oder auch Hierarchien oder
73 Direktionen, Pflege, Ärzte, Verwaltung, sondern man schaut sich den Patientenverlauf an. Also
74 es ist sehr prozessorientiert. Und dann auch wertschöpfend, also wertschöpfungsorientiert.
75 Nicht nur prozessorientiert, sondern auch die wertschöpfenden Prozesse betrachtet man und
76 eliminiert alles, was man nicht braucht. Man legt Fokus auf das Wesentliche. Auf die Leistung
77 eben. Und das ist für mich entscheidend. Was natürlich auch beim Lean Management auch
78 ein wesentlicher Vorteil ist, ist diese kontinuierliche Verbesserung. Man entwickelt sich
79 ständig weiter, das ist das japanische Denken, was da irgendwo ganz stark verankert ist,
80 obwohl es auch eine Weiterentwicklung dann in den USA war, aber ist auch ganz stark der
81 PDA Zyklus drinnen. Das sind so Kernelemente, die drinnen sind, die lernende Organisation.
82 und das verkörpert oder ist alles in diesem Schirm Lean Management.

83 **I:** Ja, es ist in Österreich eigentlich noch weitgehend unbekannt. Lean. Es ist ja eigentlich
84 gerade in Amerika oder in der Schweiz, ist es schon sehr weit verbreitet, aber in Österreich ist
85 es eher unbekannt und es ist ein bisschen mit Skepsis betrachtet. Haben Sie da Verständnis,
86 warum das vielleicht noch in Österreich schwieriger ist?

87 **IP02:** Ja, absolut. Das ist ein ganz klares Kulturthema. In Österreich ist das ja trotzdem, also
88 man muss ja trotzdem schauen, im Krankenhausbereich, ich meine, in der Produktion und so
89 wird es sehr wohl angewandt, ist gut bekannt, in Wahrheit, in Österreich im
90 Gesundheitswesen ist es deswegen so schwierig, wir haben trotzdem den Arzt, der so
91 dominant ist. und wir haben das noch immer so, dass der Primar gewählt wird, der so gut ist
92 aufgrund seiner Kenntnisse der Medizin, wir betrachten aber leider Dinge nicht wie Leadership
93 oder Managementfunktionen. Das muss überall jede Führungskraft kennen, im
94 Gesundheitswesen, da geht's wirklich um die Expertise in dem Fach, das man hat. Das ist auf
95 der klinischen Ebene, finde ich, recht schwierig. Und natürlich, auf der ganzheitlichen Ebene
96 im Krankenhaus, haben wir eben das Problem der 3-Säulenführung. Und ich finde, es ist sehr
97 gut, dass man skeptisch ist, auch, dass man vorsichtig ist, weil Lean zu implementieren, ohne
98 das richtig zu machen, ist ganz gefährlich. Das sind Projekte, die 1. Nicht nachhaltig sind, sehr
99 viel Unruhe verursachen und es erfordert ja oft neue Strukturen und auch neue Positionen,
100 die man braucht, um wirklich ein ganzheitliches Lean Management etablieren zu können. Und
101 das würde auch erfordern, dass das Krankenhauswesen eine ganz große Umstrukturierung
102 benötigen würde.

103 **I:** Ja, jetzt ist Lean, Sie sagen schon, so ein umfassendes Gebiet. Und wo fängt es an und wo
104 hört es auf, weil es gibt viele Prozesse, die verbessert werden, aber es ist nicht automatisch
105 Lean. Wie kann man das abgrenzen, es gibt viele, die sagen, super, das ist lean, das ist aber
106 nur der Deckmantel darüber, nur, weil es gerade verbessert wurde, machen wir es lean. Wie
107 kann man es abgrenzen?

108 **IP02:** Richtig. Lean Management oder eine Abteilung, ein Krankenhaus, das nach Lean
109 Management arbeitet, ist definitiv, interpretiert das falsch, wenn man sagt, wir haben hie und
110 da einen Prozess verbessert und hier und da ein Tool eingeführt. Also Lean Management muss
111 wirklich so funktionieren, dass das Bewusstsein da ist, dass die Kultur in die Richtung geht, wir
112 wollen uns fortlaufend verbessern, wir wollen immer die Topqualität erreichen, wir wollen
113 wirklich effizient und effektiv arbeiten. Und dann natürlich, das umfasst, diese 3 Bereiche, die
114 im Lean Management wichtig sind, die man immer berücksichtigen muss. das ist die Führung,
115 die Kultur und die Prozesse und wenn man nicht das in Einklang bringt, dann wird das nicht
116 nachhaltig funktionieren können. Das ist Lean Management, man schaut sich nicht eine
117 Abteilung an, meiner Meinung nach und das versuche ich auf der Neurochirurgie bei uns zu
118 machen, ist immer, den Weg des Patienten zu gehen. Weil der Patient, das ist die

119 Wertschöpfung, dass wir den Patienten wieder gesund machen oder sein Leiden lindern oder
120 schauen, was ist der Weg des Patienten und entlang diesem optimiert man und ignoriert aber
121 die Grenzen. Was Abteilungsgrenzen sind. Ich kann z.B. nicht sagen, die Neurochirurgie ist
122 lean, wenn ich mir die Radiologie nicht angeschaut habe. Als Beispiel, wissen Sie, was ich
123 meine. Es erfordert eine ganzheitliche Betrachtung und einen Kulturwandel. Deswegen sind
124 Lean Projekte immer jahrelang, damit sie nachher funktionieren können.

125 **I:** Anfangen muss man mal auf einer Abteilung. Wie fange ich am besten an? Oder was sind
126 die wichtigsten Dinge, wie kann ich es einmal, ja, implementieren? Wie – wen muss ich zuerst
127 überzeugen, wo fange ich an, wo setze ich an?

128 **IP02:** Es ist immer die Führungskraft, die das tragen muss, das ist ganz wichtig. Die
129 Führungskraft wirkt auf die Kultur von einer Abteilung, wie gesagt, wenn man das nicht so
130 hinkriegt, dass das zu lean passt, dann wird das nicht funktionieren. Und dann natürlich, das
131 kann man nicht sagen von welcher Ebene, weil es muss button up und top down funktionieren.
132 Es muss sowohl der Führungskraft bewusst sein, was wir da machen, wo muss die Strategie
133 hin und genauso jedem einzelnen Mitarbeiter am Arbeitsplatz bewusst gemacht werden,
134 warum machen wir das. Das ist mal das erste, so startet man, dass man eine Strategie festlegt.
135 Okay, auf welcher Ebene, was will ich machen, was sind unsere Ziele. Und dann das Projekt
136 einführen und wenn man sagt, man ist in der Umsetzung, dann sind das eben diese Pfade.
137 Dass man sagt, okay, ich mache mal Wertstromanalyse, ich definiere, ich mache mal den
138 Kontext, wer ist mein Kunde, wer sind die anderen Stakeholder, die genauso
139 Berührungspunkte haben, dass man dann sagt, okay, ich mache Wertstromanalyse, dass ich
140 weiß, was sind meine Tätigkeiten, wo ist die Verschwendung, wo ist Variation, wo Überlastung
141 im Prozess. Man muss wirklich ein funktionierendes Prozessmanagement haben. das ist auch
142 ein Knackpunkt. Wenn die Abteilung nicht mal prozessorientiert denkt, dann wird das ganz
143 schwierig sein, dann wird man das mal etablieren, dass man sagt, denkt in Prozessen. Wir
144 denken leider immer in Abteilungen.

145 **I:** Das heißt, da müssten dann auch die Berufsgruppen mehr aufeinander zugehen, oder?

146 **IP02:** Absolut.

147 **I:** Gerade das ist ja das Schwierige, in einem hierarchisch gegliederten Krankenhaus, wo die
148 Ärzte natürlich schon die Hauptdominanten Berufsgruppen sind. Wie kann ich das

149 Ineinandergreifen lassen, wie kann ich die Berufsgruppen dahingehend motivieren, dass sie
150 aufeinander zugehen. Dass das Hierarchische ein bisschen außen vor bleibt?

151 **IP02:** ich verstehe schon, was Sie meinen, das ist nämlich auch immer für die
152 Abteilungsvorstände ganz schwierig, dass man eigentlich keine Weisungsbefugnis der Pflege
153 gegenüber hat, aber sie ist im eigenen Hoheitsgebiet und erbringt da die Leistung. Da gibt's
154 ganz banal, sage ich immer, man muss die Pflege genauso mitnehmen ins Gespräch. Das ist
155 jetzt, was Change-Management angeht, dass man halt, da muss ein funktionierendes Change-
156 Management her, dass man sagt, okay, bei Besprechungen, die Pflege ist wichtig, wir müssen
157 dem Personal generell vermitteln, dass wir multiprofessionell in der Leistungserbringung
158 arbeiten. Da greift natürlich wieder diese Kulturveränderung. Dass man sagt, okay, Leute, wir
159 machen jetzt nicht jeder für sich seine Leistung, sondern es muss dem Personal bewusst
160 gemacht werden, wie wichtig es ist, dass wir immer kommunizieren und diese Schnittstellen
161 immer gepflegt werden und wir immer entlang des Pfades eine Leistung erbringen. Nicht für
162 unsere Abteilung, sondern wirklich entlang des Pfades. Man muss es dann visualisieren,
163 bildlich darstellen, es ist ein Pfad, in dem wir arbeiten. Also diese Patientenkarriere kann man
164 es ja auch nennen. Und das ist glaube ich auch das, wo man auch versteht, warum die
165 Multiprofessionalität ganz wichtig ist.

166 **I:** Diese Behandlungspfade, das ist ja von der Aufnahme, der Terminvergabe an den Patienten,
167 bis zur Aufnahme, der Behandlung, bis zur Entlassung. Das braucht eine gewisse Struktur im
168 Lean. Das sollte für, weiß nicht, 25.000 Patienten im Jahr gleich verlaufen. Wie kann ich das
169 strukturiert durchführen, aber auch die Individualität des Patienten dann beibehalten? Dass
170 das nicht zu sehr – ja, maschinell wirkt, sage ich mal? Das ist, wir brauchen Struktur,
171 strukturierte Leistung, aber es soll die Individualität des Patienten auch erhalten bleiben, wie
172 geht man da vor?

173 **IP02:** Richtig, das ist genau das, wieso Lean Management nicht so traditionell funktionieren
174 kann, wie man das aus einem Produktionssystem kennt. Grundsätzlich ist auch beim Lean
175 Management zu sagen, es gehört eine eigene Sprache für das Krankenhaus gesprochen. Wir
176 können nicht Taktzeiten und diese Begrifflichkeiten verwenden, ohne das umzuwandeln. Aber
177 die Individualität des Patienten – wir haben ja Prozesse, die wir als Prozessmanager
178 organisieren können und dann haben wir medizinische Leitlinien. Die dürfen wir nicht lean
179 gestalten. Sicher, das könnte ein Mediziner machen, aber wir können das nicht machen als
180 Manager. Was aber sehr wohl geht, dass wir Abläufe standardisieren. Dass wir sagen, okay,

181 die Aufnahme erfolgt immer so und so und so. und man sagt aber, die Zeiten da drinnen, das
182 ist das, was man individuell lässt, die können nicht für jeden Patienten 3 Minuten Zeit in
183 Anspruch nehmen, das geht nicht. Also man muss das Zeitmanagement, das Takten, dem muss
184 man die Gewichtung herausnehmen. Das muss die Individualität bleiben, dass man sagt, okay,
185 ein Krebspatient braucht vielleicht ewig lang, bis er mit der Diagnose klarkommt, will das
186 Gespräch, ein anderer will nur raus. Da sagt man, die Zeiten außer Acht lassen. Aber man kann
187 wohl standardisieren, in Bereichen, okay, es ist der Patiententransport immer so und so
188 geregelt. Oder gewisse Schritte, die den Patienten nicht betreffen, die kann man sehr wohl
189 takten| Aber wirklich Gespräche oder wo der Patient dasitzt und dann spricht, da muss man
190 natürlich Agilität drinnen lassen. Darum ist ein agiles Lean Management, wo man oft denkt,
191 das ist ein Widerspruch, im Krankenhaus genau die richtige Lösung.

192 I: Ist das auch so, dass transparent dann verständlicher ist, in der Kommunikation, Patienten
193 legen einen sehr klaren Fokus drauf, immer über alles genauestens informiert zu werden,
194 sprich einen OP Termin, die Uhrzeit, eventuell auch die Kommunikation, wenn sich der OP
195 Termin verschiebt. Dass da immer wieder der Patient das Gefühl hat, er wird nicht vergessen
196 und es herrscht immer eine transparente Kommunikation. Ist das auch im Lean Management
197 vorrangig?

198 **IP02:** Das ist jetzt ganz schwierig, diese transparente Kommunikation im Lean Management.
199 Ich sage Ihnen jetzt, warum. Es kommt ja aus der Produktion, wo du ein Produkt hast, das
200 rennt durch, wir sprechen da nicht. Und genau das, was Sie gesagt haben, der Fokus auf den
201 Patienten im Mittelpunkt. Auf die Wertschöpfung im Krankenhaus, das ist genau das, wo
202 umgedacht gehört. Weil das können wir nicht, das ist was, was im Lean Management,
203 natürlich gibt's zwischen den Produktionsbereichen Kommunikation – aber da wird das
204 getaktet, da setzt man einfach um, macht das und wir haben da, das ist anders im
205 Gesundheitswesen, deswegen verstehe ich auch, warum die Menschen vorsichtig sind, das zu
206 berühren. Weil bei uns ja der Patient, es ist kein Produkt, also er ist auch aktiv an seiner
207 Genesung beteiligt. Und wenn wir die höchste Qualität der medizinischen Leistungserbringung
208 erreichen wollen, was der Sinn vom Lean Management ist, dann müssen wir natürlich auch
209 die Mitbestimmung oder Information des Patienten genauso stark berücksichtigen. Also das
210 ist bei uns im Krankenhaus die Unbekannte. Das ist das Unvorhersehbare und deswegen ist
211 die Forschung im lean Hospital, oder die Umsetzung, nur so in Kinderschuhen. Also – da ist
212 jede Abteilung ganz anders. Man kann auch nicht sagen, ich mache das jetzt auf einer HNO

213 Abteilung genau gleich wie auf einer Palliativstation oder Onkologie. Also, ein Benchmark ist
214 da ganz schwierig. Man muss eben die Individualität berücksichtigen. Aber die Kommunikation
215 mit dem Patienten oder Schnittstellenkommunikation generell, Informationsweitergabe, das
216 ist bei uns im Krankenhaus das Um und Auf. Das muss man einfach lernen, wie man das im
217 Lean Management einflechten kann oder Wege dafür finden.

218 I: Beim Lean Management geht's darum, dass ich mehr Zeit für Patienten aufbringe. Das ist
219 mal der Fokus, jetzt hat es da mal Studien gegeben, von 100% am Tag verbringt eine
220 Pflegefachkraft ungefähr 30% davon am Patienten, der Rest passiert unter Bürokratischem,
221 Schriftverkehr oder auch an Laufwegen, weil ja viel verteilt ist, weil was besucht wird. Gibt's
222 da klare Punkte, wo man sagt, wo muss ich speziell ansetzen, dass ich mehr Zeit für den
223 Patienten habe, was kann ich relativ rasch umsetzen in Krankenhäusern oder was ist
224 einfacher?

225 **IP02:** das ist genau dieses Pfad-Thema, Sie werden das sehen, wenn Sie mal sagen, Sie schauen
226 sich so einen Pfad an, weil das ist genau das, wovon ich vorhin gesprochen habe mit der
227 wertschöpfenden Tätigkeit und was ist die denn von einer Pflege? Das ist die Pflege, die
228 Patienten. Und was sind die Sachen, die man erbringen muss? Sie haben in dem Projekt
229 automatisch drinnen, das Hinterfragen, es gibt so viele Möglichkeiten, wie man das
230 hinterfragen könnte, was braucht die Pflege, nicht direkt für den Patienten, das bringt ihm
231 nichts, aber man braucht es, Dokumentation, Fieberkurve, solche Sachen. Und dann gibt's
232 Sachen, wo man sagt, was braucht man überhaupt nicht. Das sind die Wegzeiten, das ist der
233 1. Punkt, wo Sie ansetzen, dass Sie Verschwendung eliminieren. Okay, sie verbrauchen 40%
234 nur, dass sie herumlaufen. Woran liegt das? Und da ist schon die 1. Verbesserung drinnen.

235 I: Gibt's eben grundsätzliche Probleme, gerade im stationären Bereich, wo man sagt, das ist
236 auch mit Lean irrsinnig schwer zu glätten oder da scheitert vielleicht auch Lean in gewissen
237 Phasen? Gibt's da spezielle Faktoren, die zu Problemen führen?

238 **IP02:** Die Kommunikation. Also ich glaube, im Lean Management ist ganz wichtig, dass man
239 versteht, warum macht man denn Lean? Wir haben die Erfahrung gemacht, dass sehr viel
240 Angst verursachen kann, wenn man sagt, einsparen. Also man muss mal schauen, was die red
241 flags sind in der Kommunikation und das ist, ich glaube, was das Schwierigste ist und wo Lean
242 an die Grenzen stößt, dass man die Sinnhaftigkeit von so einem Konzept erklärt, in einer Zeit,
243 wo alle Krankenhäuser schon veränderungsmüde sind. Wo man immer mit neuen Methoden

244 kommt. Wir machen ISO, Prozesse, man will das schon nicht mehr hören, die Health
245 Professionals wollen einfach ihrer Arbeit nachgehen und aufhören, immer Management
246 Sachen zu machen. Aber wo ich finde, dass Lean Management ganz deutlich an die Grenzen
247 stößt, ist bei uns leider diese 3 Säulenführung. Das ist nämlich ganz schwierig, also, dass da
248 ganz strikt immer getrennt wird, die Pflege macht das eine und was auch eine
249 Herausforderung ist, wie man die Multiprofessionalität wirklich zustande kriegt, die
250 Kooperation. Und was natürlich dann wieder ganz schwierig ist, das ist der 3. Punkt, das habe
251 ich gemerkt, dass man sagt, man optimiert eine Abteilung, fängt da an als Pilotprojekt. Das
252 Problem ist nur, wenn Sie sagen, Sie haben auf einer chirurgischen Abteilung, das ist die
253 Chirurgie, und da geht der Patient in den OP rein, Sie werden dann feststellen, dass im OP
254 ganz viele Sachen schief laufen, die den Patienten, den chirurgischen Patienten betreffen. Das
255 heißt, Sie müssen schon in eine andere Abteilung eingreifen und das ist ganz schwierig, diese
256 Hoheitsgebiete der Primare. Da müssen Sie wieder draufsetzen, will der das? Also, im
257 klinischen Betrieb das umzusetzen, ist ganz schwierig, wenn nicht wirklich die von der
258 obersten Führung wollen und auch wirklich an die Abteilungsvorstände kommunizieren, wir
259 machen das und warum. Also die Multiprofessionalität und die Abteilungsschnittstellen, das
260 ist da, wo Lean im Gesundheitswesen an große Grenzen stößt.

261 **I:** Jetzt haben wir diese 3 Säulen. Was ist, wenn ich mal den Vorschlag erbringe, ich fange mal
262 im kaufmännischen Bereich an mit Lean Management? Ich versuche, dass über Abteilungen
263 vielleicht zu implementieren, die gerade nicht vom größten Fachkräftemangel betroffen sind.
264 Weil, wenn ich eine Abteilung habe, wo Fachkräftemangel herrscht, wo ein Covid| Virus
265 Bekämpfung auch noch ist, das Personal überlastet ist, überfordert und ich komme dann und
266 sage, machen wir ein Projekt, indem wir unsere Abteilung verändern auf Lean, dann steigt
267 wahrscheinlich jeder aus. Das ist gerade in Zeiten, wo es eh schon sehr knapp ist, dann mit
268 Projektarbeiten zu kommen, macht vielleicht nicht unbedingt jetzt Sinn und hat vielleicht nicht
269 den Erfolg, den man sich erhofft. Weil einfach das Personal nicht offen ist zu der Zeit. Wenn
270 ich das jetzt mal im kaufmännischen Bereich integriere, ich versuche mal eine Führungskraft
271 dieser 3 Säulen davon zu überzeugen, dass man sagt, man stellt mal den Einkauf, die Logistik,
272 den Bereich mal um, ich kann das dann besser an die anderen Berufsgruppen heranbringen,
273 vorstellen. Die haben dann schon was im Haus, was sie anschauen können. Hat das Sinn,
274 macht das Sinn?

275 **IP02:** Das macht durchaus Sinn, unterschätzen Sie die Veränderungsbereitschaft in den
276 Kliniken nicht, gerade in Zeiten, wo alle ausgelastet sind oder, wenn man dann sagt, wir
277 entlasten euch und nehmen euch Dinge raus, die ihr nicht braucht, dann sind sehr wohl die
278 klinischen Abteilungen interessiert. Ich glaube sogar mehr als die Verwaltung. Ich glaube, die
279 Mediziner und die Pflege, die sehen diese Notwendigkeit der Ressourcenschonung viel mehr.
280 Aber wenn Sie sagen, Sie wollen das in einer Direktion machen und wirklich diese gesondert
281 betrachten, dann ist tatsächlich die Verwaltung am meisten geeignet, weil sie ganz wenig
282 Berührungspunkte dann auch hat mit Patienten oder dem Behandlungsprozess. In der Logistik
283 ist das immer eine ganz spannende Sache, da kann ich Ihnen gleich einen Kontakt geben von
284 einem FH Professor, der Lean Logistik, sich da spezialisiert oder gerade am Weg dahin ist.

285 **I:** Sehr gerne.

286 **IP02:** Das wäre der Prof. X. aber ist die Frage jetzt von Ihnen, wie Sie das am besten angehen
287 würden?

288 **I:** Ja, wenn ich mal sage, ich möchte mal unser Haus auf Lean oder Lean implementieren, ich
289 weiß, dass es wahrscheinlich im ärztlichen Bereich schwieriger ist als im kaufmännischen
290 Bereich. Ich fange mal mit dem kaufmännischen Bereich an.

291 **IP02:** Okay, ganz wichtig, jedes Projekt, das Sie machen, braucht einen Lean Coach, der dem
292 Personal ganz neutral erklärt, worum es geht. Es ist immer Projekt und Change-Management,
293 das 1 mal 1. Es ist immer ganz schwierig, wenn man aus dem Team heraus eine Notwendigkeit
294 erklären will oder, wenn man von der Assistenz oder dem kaufmännischen Direktor ausgeht.
295 Deswegen ist wichtig, dass man jemanden holt, der dem Personal erklärt, wo ist die
296 Sinnhaftigkeit, was wollen wir da machen? Weil es muss jeder und das ist wirklich und glauben
297 Sie mir, der 1. Wichtige Schritt, Bescheid wissen, worum geht's, warum machen wir das. Und
298 die Menschen müssen da wirklich mit realen Beispielen, die man gut erklären kann, verstehen,
299 dass das einen Sinn macht. Dass es nicht um das geht, dass wir weniger Geld kriegen oder
300 Leute entlassen, sondern wirklich darum, dass wir mit den Ressourcen, die wir haben, super
301 effizient arbeiten und dass sogar was bleibt, für Fortbildung, für zusätzliche Arbeitsplätze etc.
302 das ist das 1., was man machen muss, dass man Personal in diese Richtung coacht.

303 **I:** Jetzt geht's auch darum, die Mitarbeiter sind das höchste Gut. Nachdem ja Lean eine
304 strukturierte Unternehmensphilosophie ist, wie kann ich die Mitarbeiter dazu motivieren,
305 ohne, dass ich sie aber degradiere. Sie sind ja von dem oft selber überzeugt, das haben wir

306 schon immer so gemacht, warum sollten wir das verändern. Und dann will ich das Lean
307 implementieren, dass ich sie aber dennoch weiterhin motiviere, ohne sie zu degradieren, weil
308 sei jetzt strukturierter arbeiten müssen.

309 **IP02:** Grundsätzlich kann man immer sehr gut mit Zahlen, Daten, Fakten überzeugen. Ich
310 würde sagen, in so einem Fall Lean Management ist immer Wertstromanalysen, das ist eines
311 der mächtigsten Instrumente. Ich würde sagen, Sie machen eine Wertstromanalyse und
312 wirklich für sich werden Sie wahrscheinlich Unterstützung brauchen, weil das wirklich ganz
313 schwierig ist, dass man da keine Betriebsblindheit einbringt. Diese Erfahrungen wollte ich
314 selber machen. und dass sie dann sagen, das sind unsere Wertströme, das machen wir, das
315 sind unsere Zeiten. Sie müssen sich hinstellen und messen, da geht das sehr gut in der
316 Verwaltung. Dass man wirklich sagt, warum brauchen wir für die gleichen Dinge, die wir
317 bearbeiten, einmal brauchen wir 25 Minuten, einmal 5. Okay, einmal ruft wer dazwischen an,
318 aber warum variiert bei uns so viel. Und dann, das ist mal der Ist-Wertstrom, wie es tatsächlich
319 ist, dann macht man eine Soll-Modellierung. So könnte es sein, so müssen wir arbeiten, dass
320 wir das und das herauskriegen. Und das ist das, wo man am besten überzeugt, schaut her,
321 Abteilung X ist zu überlastet, da bräuchte es noch jemanden und wenn man das so macht,
322 dann kriegen wir wirklich noch jemanden rein. Oder eine Arbeit, die ihr eigentlich nicht
323 machen müsstet, die können wir abgeben z.B. an eine Sachbearbeiterin, was auch immer. Man
324 kriegt wirklich eine Umstrukturierung rein. Aber man überzeugt wirklich mit Fakten. Und da
325 würde ich diese Wertströme, sind immer ganz gut, damit man mal aufzeigt, wie komplex das
326 ist. was machen wir denn, man sieht das ja oft nicht. Ob sieht man, wenn wir was arbeiten,
327 die Sinnlosigkeit hinter dieser Aufgabe gar nicht. Wenn man aber sagt, man definiert einen
328 Wertstrom und zeigt den auf – und das können Sie mir glauben, sogar das Personal wird sagen,
329 warum machen wir das eigentlich, total sinnlos, das brauchen wir gar nicht mehr. Und dann
330 wird einer sagen, aber das haben wir immer so gemacht, dann fragen Sie und warum? Und
331 dann immer weiter fragen, warum, warum, warum. Dann kommt irgendwann der Punkt, wo
332 einer sagt, ich weiß eigentlich nicht.

333 **I:** Ja, was beim Lean Management auch wichtig ist, ist diese Vermeidung von Verschwendung,
334 Sie haben es schon erwähnt. Jetzt haben wir ein ganz klassisches Beispiel, wir haben richtige
335 viele oder hohe Lagerbestände, gerade aufgrund der Covid Pandemie, das ist eigentlich
336 kontraproduktiv mit Lean Management, da geht's eigentlich darum, dass alles recht knapp
337 berechnet ist. wie geht man mit diesen unvorhersehbaren Ereignissen, die es immer wieder

338 geben kann, wie geht man mit denen um, ohne, dass man jetzt viel Verschwendung
339 produziert? Es war vor Jahren z.B. Ebola, da sind Masken angekauft worden, die dann wieder
340 entsorgt worden sind, weil es einfach nicht gebraucht wurde. Kann man im Lean Management
341 das besser abschätzen? Kann man da anders damit umgehen?

342 **IPO2:** In Zeiten von Krisen und Pandemien, also das ist – da bin ich fast ein bisschen überfragt,
343 weil es ganz schwierig ist. natürlich kann man hohe Lagerbestände, da gibt's ganz einfache
344 Maßnahmen, Kanban z.B. man kann natürlich sagen, man definiert für sich selber auch für
345 Krisenzeiten einen Prozess, also, Szenario, das sein könnte. Und dass man dann genau seinen
346 Kontext kennt und sagt, wer liefert zu, wie lange dauert das. Da sind wir schon wieder in der
347 Bewertung der Lieferanten drinnen. Wer macht was, wann bestelle ich wie viel. Und wenn
348 man z.B. die Kanban Karten hat, dann weiß ich, wenn der Bestand leer ist, dann nehme ich die
349 Kanban Karte und bestelle nach. Jetzt haben wir Krise, dann sagt man, es kann sein, dass wir
350 mehr brauchen und man schätzt das einfach ein, was sind denn die Bestände. Aber das – man
351 kann es schon immer diese Überlagerung, kann man schon verhindern, auch in Krisenzeiten.
352 Natürlich ist das dann ganz gefährlich, es ist so oder so gefährlich, wenn ich sage, puh, ich habe
353 das total überschätzt und habe dann keine Masken mehr gekriegt, ist natürlich im
354 Krankenhausbereich ein hohes Risiko. Man muss abschätzen, mach ich das im Krankenhaus.
355 Sie müssen immer schauen, bei Verbesserungsprozessen im Krankenhaus, macht es jetzt
356 einen Sinn, überhaupt, hat das Priorität.

357 **I:** Gibt's Bereiche, wo man sagt, da lässt sich die Verschwendung besonders gut vermeiden?
358 Sei es Zeit, sei es Lebensmittel, gibt's da mit Lean Bereiche, wo man sagt, da lässt es sich relativ
359 einfach gestalten?

360 **IPO2:** Es gibt auf jeden Fall tatsächlich im klinischen Betrieb, ich glaube, da ist das meiste
361 Potenzial da, wenn man sich das nie angeschaut hat, da sind Dinge wie Verschwendung, dass
362 man zwei Anamnesen macht. Dass man Pflege und eine ärztliche Anamnese getrennt macht,
363 das kann man gemeinsam machen. das ist Verschwendung, wenn man sagt, Lagerbestände
364 von Medikation, ist auch enorme Verschwendung, dann hat man die Wegzeiten, unüberlegt,
365 man hat in der Ambulanz Blutabnahme ganz am anderen Ende wie die Behandlungszimmer
366 und man weiß, dass man jeden Tag hin und hergehen muss. es gibt diese 7 Arten der
367 Verschwendung, können Sie sich anschauen, im Krankenhaus oder was auch ganz wichtige Art
368 ist, die oft nicht aufgezeigt wird in der Literatur, ist ungenutztes Mitarbeiterpotenzial. Das ist
369 nämlich ganz, ganz viel im Krankenhaus vorhanden. Wenn Sie argumentieren z.B. bei der

370 Pflege, was machen wir mit freien Ressourcen, ich sage es Ihnen, glauben Sie mir, es gibt
371 überall eine Pflegekraft, die sich eigentlich weiterbilden will. Und wenn man sagt, okay, bei
372 der Abteilung bin ich draufgekommen, ich habe 12 Pflegekräfte, 3 brauche ich eigentlich gar
373 nicht, nach meiner Lean Optimierung, die wollen sich verändern. Die finden sie immer. Das
374 sind die Verschwendungen, Dinge, die man einfach unbeachtet lässt. Oder, wenn man sagt, in
375 der Küche, diese ganzen Wagerl, die teilweise herumstehen oder generell Dinge, die einfach
376 einen Platz wegnehmen. Ich glaube, im Krankenhaus, Apotheke, wird auch ganz viel
377 Verschwendung passieren, Labor. Ich glaube, da sind oft Lagerungsgeschichten.

378 **I:** Jetzt haben Sie da schon ein paar Methoden aufgezeigt, braucht man wirklich mehrere
379 Methoden für einen gesamten Prozess? Oder reicht da, dass man sich auf eine fokussiert? Es
380 gibt ja diese – Sie haben schon gesagt, das Kaizen, die ständige Verbesserung, dann gibt's auch
381 das Shopfloor Management, dass die Führungskraft immer vor Ort ist, greift das ineinander
382 oder sagt man, man muss auf eines mehr fokussieren?

383 **IP02:** Wenn Sie jetzt sagen, Sie machen jetzt diese Wertstromerhebung und schauen sich Ihre
384 Wertströme an, Sie werden auf viel Verbesserungspotenzial kommen, ganz, ganz enorm. Sie
385 werden gar nicht wissen, wo Sie da anfangen sollen. Und es gibt für jedes Problem das
386 passende Tool. Wenn man sagt, Sie kommen darauf, warum haben wir so viele Tupper da,
387 braucht man gar nicht, dann werden Sie wahrscheinlich Kanban Boards einsetzen. Wenn man
388 sagt, bei uns ist alles so, dass es so zentral erfolgt, der Chef kommt nie und es wird was
389 entschieden, dann trifft er die falsche Entscheidung, dann muss wieder entschieden werden,
390 das ist wieder Verschwendung, dann muss man sagen, dass wir den Walk machen oder das
391 Shopfloor Management. Sie finden diverse Tools und das sind ja Lösungen für gewisse
392 Probleme. Also das ist – oder weil, um kurz auf diese Frage zu kommen, was die größten
393 Herausforderungen sind oder warum Lean so gut ist. es schafft eine Dezentralisierung. Wir
394 arbeiten sehr zentralisiert und es wird immer mehr und mehr. Ich bin für die
395 Gesundheitsholding zuständig, wir machen alles zentral. Das ist genau das Gegenteil von Lean
396 Management, weil das sagt, Hierarchien abschaffen und Dezentralisierung, immer am Ort des
397 Geschehens gehen.

398 **I:** Aber das ist eigentlich genau umgekehrt wie Sie gesagt haben, weil wir tun jetzt eigentlich
399 alles zentralisieren in der X, wo dann irgendwie die Kommunikation oft nicht funktioniert und
400 man merkt, es hakt, es braucht oft umso länger, damit es funktioniert. Das heißt, mit Lean
401 Management wären wir dann wieder ein bisschen zurück zum Ursprung.

402 **IP02:** Richtig, und Sie müssen sich vorstellen, wie schwierig das für uns Lean Manager ist, wenn
403 man so stark auf die Zentralisierung geht. Und es wird irgendwie auch als sinnvoll erachtet.
404 Aber stellen Sie sich vor, ich meine, Sie haben sicher mitgekriegt, wir haben den Vorfall in der
405 Gesundheitsholding gehabt, dass eine falsche Beinamputation war, und jetzt entscheidet die
406 Geschäftsführung, wo der Fehler war, ohne, dass jemals wer hingegangen ist, und sagt, ich
407 gehe da mal durch. Weil, wenn ich den Patientenweg mitrenne, Sie können sich nicht
408 vorstellen, auf wie viel extrem heikle Sachen man dann kommt.

409 **I:** Und das ist aber dann die Aufgabe der Führungskräfte, dass man sagt, sie sind an Ort und
410 Stelle, sie schauen sich die Prozesse wirklich vor Ort an, um diese auch zu bewerten. Dafür
411 oder dagegen zu sprechen. Also das ist ja dann eigentlich das Hauptding, was Führungskräfte
412 für Lean Management tun müssten. Dass sie wirklich am Ort des Geschehens sind.

413 **IP02:** Richtung und faktenbasiert entscheiden, nicht so, wie es dem eigenen Ermessen nach
414 Sinn macht, sondern faktenbasiert, gemeinsam und das ist die Multiprofessionalität,
415 gemeinsam mit allen, die an dem Prozessschritt beteiligt sind.

416 **I:** Lean lebt ja auch von einer sogenannten Fehlerkultur, es geht ja immer um die
417 Verbesserung. Jetzt ist das in einem Krankenhaus mit der Fehlerkultur nicht vermeidbar, aber
418 nicht gerne gesehen. Wie kann man speziell im Krankenhaus mit der Fehlerkultur umgehen?
419 Welche Tools kann ich schaffen, dass man wirklich effizient daraus lernt und sie eben kein 2.
420 Mal passieren, die Fehler?

421 **IP02:** Die Fehler sind im Lean Management – wie soll ich sagen, sind gar nicht so negativ
422 behaftet, wie wir das jetzt denken. Also das Null Fehler Prinzip, das kann es im Krankenhaus
423 nicht geben. Wenn wir sagen, wir machen keine Fehler mehr, dann entwickeln wir uns nicht
424 mehr, das heißt, dann ist der KVP nicht mehr da. Es ist ganz wichtig, dass man eine positive
425 Fehlerkultur entwickelt und die heißt eigentlich, dass man sich traut, Fehler einzugestehen mit
426 der Intention dahinter, ich habe einen Fehler oder beinahe gemacht, ich sage das, damit ein
427 anderer den Fehler nicht macht. Und dass man auch dafür gelobt wird, Wahnsinn, du bist auf
428 was draufgekommen oder du hast einen Fehler gemacht, aber du hast es uns gesagt. Weil,
429 wenn man das nicht hinkriegt, das ist eine Voraussetzung fürs Lean, das ist eine kulturelle
430 Voraussetzung. Wenn sie das nicht hinkriegen, dann wird das nicht leben. Ich sage das voraus,
431 dann bricht das Lean Projekt in sich zusammen. Und da gibt's natürlich sehr viele Tools. Ich
432 meine, Sie haben sicher auch das Infobox, Meldesysteme für Fehler, Risiken, Beinahefehler.

433 Ich bin fast sicher, dass das bei Ihnen genauso sein wird, wie schlecht diese Systeme genutzt
434 werden. Und das sagt sehr viel über unsere Fehlerkultur aus. Und ich höre oft, dass dann
435 gesagt wird, der Chef will nicht, dass wir sagen, dass da Fehler passiert sind. Da muss man
436 weg, das ist eine große Führungsaufgabe, dass der Chef sagt, bitte sagt mir, wo sind Fehler
437 passiert. Natürlich muss man es erstmal in der Abteilung regeln, aber dann, dass man wirklich
438 nach außen hin auch kommuniziert oder M und M Konferenzen. Auch klassisch. Da habe ich
439 die Mortalität, dass man sagt, das waren wirklich oder beinahe Behandlungsfehler, die wirklich
440 einen Schaden für den Patienten gehabt haben und wir besprechen die und tragen das nach
441 außen. Damit das auf einer anderen Abteilung nicht funktioniert. Also da ist immer so das
442 Konkurrenzdenken, wer ist der bessere Performer, aber das ist nicht die Kunde vom Lean
443 Management, da verbessern wir uns nicht, wenn wir so denken.

444 **I:** Da geht's wieder dahin, dass man sagt, man muss die Hierarchieebene ausklammern und
445 dass man sagt, die Berufsgruppen müssen auf Augenhöhe auch miteinander kommunizieren.
446 Und es sozusagen ein Faktum ist, ich muss immer bei der Hierarchie anfangen und auch bei
447 der Führung.

448 **IP02:** Richtig, die Führung ist ganz entscheidend, denn die Führung wirkt ganz entscheidend
449 auf die Kultur. Und wenn Sie die Kultur nicht hinkriegen, man kann nicht einfach Lean
450 Management umstülpen auf eine Kultur, die nicht passt. Also, ich kann Ihnen gerne eine Studie
451 schicken, nach dem Gespräch, wo Sie die Bedeutung der Kontextfaktoren in den
452 Einführungsphasen vom Lean Management sehen. Dass man wirklich weiß, was sind
453 hinderliche Gründe für mich und was sind förderliche Sachen. Und das dann genau
454 entsprechend auf das reagieren können. Deswegen ist das immer ganz schwierig und das habe
455 ich leider auch lernen müssen, dass man Lean Management nicht im Alleingang macht, da
456 müsste man ein Projekt, ein Prozess, einen Qualitätsmanager und ein Lean Manager sein. Das
457 erfordert wirklich ein Team. Und wenn Sie von der Geschäftsführung die Unterstützung
458 haben, dann ist das die beste Voraussetzung.

459 **I:** ja, das ist so, die ist natürlich sehr begeistert von Lean. Aber jetzt natürlich auch streng
460 hierarchisch. Und das jetzt zu komprimieren, ist das Problem, glaube ich. Auf der einen Seite
461 ist die Geschäftsführung von Lean sehr begeistert, aber noch zu wenig weit drinnen im Thema,
462 um zu verstehen, was es wirklich heißt dann, dann muss ich auch gewisse hierarchische
463 Konstrukte ablegen. Ich muss aber auch gewisse Kontrollmechanismen ablegen und brauche
464 auch ein Vertrauen zu Mitarbeitern. Da wird sich dann – die größten Herausforderungen

465 entwickeln, wie kann ich meiner Geschäftsführung oder Vorgesetzten das zu verstehen geben,
466 dass er vielleicht auch sich verändern muss. und nicht nur das Haus.

467 **IP02:** Ich glaube, das traue ich mich jetzt behaupten, dass Sie das gar nicht schaffen werden.
468 Ich habe das auch nicht geschafft. Das geht nicht, weil Sie sind ja da sehr leidenschaftlich in
469 diesem Projekt drinnen und Sie verstehen auch, worum es geht. Und leider sind Sie einfach
470 eine Mitarbeiterin und genau in dieser Hierarchie lässt sich der Geschäftsführer von der
471 Mitarbeiterin nicht gerne erklären, dass er sein Führungsziel verändern muss. Aber wenn Sie
472 jetzt sagen, wir haben z.B. dann Berater gehabt, Kaizen, die dann wirklich Führungskräfte
473 gecoacht haben und aufgezeigt haben, warum es so wichtig ist und die haben dann die auch
474 die Mitarbeiter ausgebildet oder die Führungskräfte, die das an die Abteilung weitergetragen
475 haben, das macht die Gesundheitsholding aktuell, das würde ich auch empfehlen. Sie können
476 natürlich fürsprechende Argumentationskette da begründen oder denen das dann
477 näherbringen. Aber ich glaube fast, dass Sie - grundsätzlich sagen Geschäftsführer, ja, mach,
478 mach, mach, aber er versteht ganz bestimmt nicht, welche wichtige Funktion er hat und dass
479 seine Rolle entscheidend ist und deswegen würde ich auch sagen, der Geschäftsführer, also,
480 wenn man gemeinsam eine Strategie findet, dann wird er schon draufkommen.

481 **I:** Aber was von Wichtigkeit ist, dass die Rolle, die Umsetzung auch von Experten und von
482 außen mitgetragen wird. Das heißt, wir werden es ohne Hilfe von außen nicht schaffen. Jetzt
483 lean steht ja allgemein für Verschlinkung. Jetzt heißt aber nicht automatisch, dass ich dann
484 Kosten einspare, weil ich gerade am Anfang, wird so ein Projekt wahrscheinlich umso mehr
485 Kosten verursachen. Ist das vielleicht in älteren Strukturen dann schwieriger aufgrund von
486 baulichen Maßnahmen?

487 **IP02:** Die baulichen Maßnahmen sind da gar nicht das Problem. Sie müssen sich vorstellen, im
488 Lean Management, Sie werden neue Funktionen brauchen. Die Funktionen bzw. die Rollen,
489 die wir jetzt klassisch haben, die können ein Lean Management System nicht haben. Sie
490 brauchen im Qualitätsmanagement oder der Organisationsentwicklung, wo es am besten
491 reinpasst, jemanden, der wirklich das tragen kann und verantwortlich dafür ist und das
492 weiterlebt und pflegt. Bauliche Veränderungen werden das kleinste Problem sein. Glauben Sie
493 mir das, man hat schnell umgebaut, aufgezeigt. Sie gehen jetzt 100-mal den Weg sinnlos,
494 machen wir es doch in dem Raum. Man kann auch, ohne, dass man umbaut, Räume
495 umtauschen oder verlagern. Vielmehr wird das Problem sein, strukturelle Veränderung, Sie
496 brauchen dann auch im Primariat einen Lean Beauftragten sozusagen. Das Lean Management

497 wird dann eine ganz wichtige tragende Rolle haben. das sind eher die Herausforderungen und
498 Kosten, die entstehen.

499 **I:** Muss Lean Management gewisse Modernisierungen haben. es ist ja auch die Digitalisierung
500 immer mehr im Vordergrund. Jetzt ist die Frage, was sollte zuerst da sein? Die Digitalisierung
501 und dann das Lean Management oder umgekehrt? Es kommt das ja auch immer mehr auf uns
502 zu, wie lässt sich das dann kompatibel einsetzen?

503 **IP02:** Ich würde sagen, das Lean Management muss vorher her, ganz eindeutig. Weil da gibt's
504 Tools, was Krankenhäuser anwenden. Ein Whiteboard, wo man jeden Tag einen Stundenplan
505 macht. Lean Management braucht keine großen technischen Ressourcen. Überhaupt nicht.
506 Man kann so viel manuell machen. das sind ganz banale, wirklich banale und eigentlich
507 kostenlose Sachen, wo man mit dem Lean Management viel bewirken kann. und wenn Sie
508 jetzt aber sagen, Sie machen die Digitalisierung auf das Lean Management ausgerichtet und
509 dann erst setzen Sie ein Lean Projekt um, das kann nicht funktionieren. Wissen Sie, was ich
510 meine. Das ist wie, wenn man sagt, man will eine strukturelle Veränderung, aber man macht
511 vorher IT Systeme, dann passt man das Strukturelle an Veränderungen in der IT an. Das haben
512 wir auch schon gehabt, im Kepler Uni Klinikum. Es muss immer zuerst Lean Management, das
513 ist immer das, was ich predige, die Kultur, wenn die da ist, dann ist das mit der Digitalisierung
514 leichter. Dann versteht auch der Mitarbeiter, da sind wir noch schneller, noch effizienter, dann
515 trage ich einfach alles ein, wenn ich nachher alle Daten rauskriege, wo ich mich verbessern
516 kann. Sie müssen wirklich zuerst schauen, dass man das Bewusstsein für Qualität schafft.
517 Wenn Sie das mal geschafft haben, okay, wir verstehen die Idee dahinter und die Rolle der
518 Qualität im Krankenhaus und der Wertschöpfung, dann sind Sie schon gut dabei. Wir sind
519 trotzdem öffentlich finanzierte Spitäler und wir bringen Leistung, ohne, dass wir nachfragen,
520 ob zu viel oder zu wenig, ist jedem wurscht, weil kein Wettbewerb, keine Wirtschaftlichkeit
521 und das ist schon mal der 1. Schritt, der ganz – ein ganz großes Projekt, dass man da wirklich
522 sagt, denkt mal über das nach, ihr haut einfach Dinge weg. Oder ihr lasst einfach da ewig lange
523 Sachen herumstehen, die wir bezahlt haben und brauchen.

524 **I:** Also das war meine nächste Frage, also Lean steht für Effizienz und Wirtschaftlichkeit und
525 gerade, kann man dann diese Philosophie recht gut in gemeinnützigen Krankenanstalten
526 einsetzen, oder? Weil Lean ist eben aus der Autoindustrie, da geht's um die
527 Produktionssteigerung, die Effizienz und wenn man das dann mit einem Krankenhaus
528 verbindet, dann kriegen manche – da stellt es manchen die Haare auf, weil was hat das mit

529 einem Krankenhaus zu tun, wenn es um Effizienz und Wirtschaftlichkeit geht, aber gerade das
530 ist das Wichtigste, dass man versucht, die Ressourcen, die man hat, bestmöglich einzusetzen.
531 Ist das so die Quintessenz?

532 **IP02:** Finde ich schon, ja, stimmt, Sie haben schon recht, es kommt aus der Produktion und
533 man produziert immer mehr, aber sagen Sie mal zu einem Primar, Sie können statt 5 Patienten
534 12 operieren. Da wird jeder aufspringen. Oder das Patientenaufkommen wird erhöht.
535 Natürlich – oder es werden die Liegedauern gesenkt, ohne, dass die Qualität leidet. Und wir
536 haben dann schon den nächsten Patienten zu noch einer besseren Qualität drinnen. Das heißt,
537 das Patientenaufkommen wird erhöht, ohne, dass mehr Beschwerden oder die Qualität leidet.
538 Das ist schon ein schlagendes Argument. Für die Leitung und das zieht sich dann bis in die
539 Wirtschaft rein, wo man sagt, Krankenstände, Bandscheiben z.B. ein ganz klassisches Beispiel.
540 Das ist ein Volksleiden, so viele Bandscheibenpatienten, die so lange warten auf eine
541 Bandscheibe und das ist erwiesen, nach 6 Monaten Wiedereintritt, dass man einfach
542 leistungsfähiger ist und wieder arbeiten kann. je länger man auf eine OP wartet, desto weniger
543 ist man einsatzbereit. Es wirkt sich also nicht nur auf das Gesundheitswesen, sondern generell,
544 auf die gesamte Wirtschaft wirkt sich das aus. Das ist ein gutes Argument im Krankenhaus, das
545 würde ich gar nicht unterschätzen, man erhöht das Patientenaufkommen. Und was natürlich
546 dann für jeden – das ist genau der Grund, warum ich sage, schauen Sie den Kontext an. Wem
547 wollen Sie was erzählen, ein Geschäftsführer wird natürlich sagen, super, wir machen
548 Leistung, bringen und sind auch super gut bewertet, weil wir wirklich toll performen in der
549 Medizin. Der wird das verstehen, ein Primar auch, aber wenn Sie sagen, Sie gehen zu einer
550 Krankenschwester oder einem Mediziner, der wirklich am Patienten – das wird kein Argument
551 sein. Aber wenn Sie zu demjenigen sagen, schau her, ich entlaste dich, durch das, dass
552 Prozesse, die du gar nicht brauchst, aber einfach machst, weil du betriebsblind schon bist, die
553 tun wir nicht, dann machst du Weiterbildung oder Forschung, whatever, das ist ein Argument.
554 Also schauen Sie, wo wollen Sie wie argumentieren. Sie müssen aber wirklich das Krankenhaus
555 verstehen. Deswegen rate ich Ihnen auch, wenn Sie das Projekt wirklich umsetzen wollen,
556 machen Sie nicht den Fehler, dass Sie einen Lean Manager holen, der wirklich nie im
557 Krankenhaus war. Das ist –

558 **I:** Ja, es gibt in der X eben mittlerweile auch schon eine Lean Station und das wäre die X, die
559 ersten Schritte wurden schon getan. Ich habe immer gesagt, ich möchte aber auf jeden Fall
560 Experten außerhalb der X haben, weil alles, was mir jemand aus der X berichtet, das wird

561 natürlich zu seinem Empfinden so passen. Aber mir ist auch wichtig, dass ich jetzt andere
562 Experten habe und da habe ich eben schon die Erfahrung gemacht, dass die X auch Experten
563 aus der Schweiz dazu geholt haben, die schon seit Jahren im Krankenhaus tätig sind. Und eben
564 auch schon extreme Begeisterung entwickelt habe und ich will das Ganze trennen. Also es
565 geht ohne Erfahrung nicht und es geht ohne Experten von außen nicht. Sage ich mal. Es ist so,
566 Lean Management, das ist ja nie fertig. Das ist ja eine Philosophie, die sich ständig
567 weiterentwickelt. Gibt's jetzt schon Trends, wo man sagt, wo geht's hin? Gibt's da jetzt – ja,
568 Trends, was kommt in den nächsten Jahren auf uns zu?

569 **IP02:** Digitalisierung wird ganz sicher ein Thema sein. Process Mining, das ist auch ganz sicher,
570 diese ganzen Big Data Geschichten, Business Intelligence, also das sind Bereiche, wo es ganz
571 sicher – aber das ist eher, ich glaube, im Krankenhauswesen wird das – wir sind da ein bisschen
572 verzögert. Ich glaube, der Trend Lean Management im Gesundheitswesen kommt ein
573 bisschen, oder man kuschelt sich oder pirscht sich ein wenig an, an das Thema. Und ich glaube,
574 da wird es – ja, diese Umsetzung oder Anwendbarkeit im Gesundheitswesen, das wird mal das
575 eine sein, aber ganz sicher, was Lean Management angeht, oder wenn es wider Erwarten, dass
576 man diese Projekte schnell umsetzt, dass es greift, dann wird es ganz sicher die Digitalisierung
577 in Verbindung mit Lean Management, wird ein Thema werden.

578 **I:** Ja, jetzt ist es auch die Entwicklung in den nächsten Jahren. Das haben Sie auch gerade
579 erwähnt, was wäre aus Ihrer Sicht noch wichtig, was für Lean Management in
580 Krankenanstalten erfolgsversprechend ist oder noch zu wenig beachtet worden ist, nachdem
581 Sie auch gerade forschen und auch Dissertationen schreiben. Gibt's was, wo Sie sagen, das ist
582 noch gar nicht aufgetaucht in der Literatur, das wäre aber in den nächsten Jahren auch noch
583 wichtig?

584 **IP02:** Ja, tatsächlich gibt's einen ganz spannenden Bereich und zwar, dass man sagt, welche
585 Werte im Lean Management verkörpert werden und inwieweit können die überhaupt im
586 Gesundheitswesen angewendet werden und dann natürlich auch, sind wir so weit. Und wie
587 weit sind die Prinzipien oder was braucht man, um Lean zu leben und inwieweit ist das
588 vorhanden? Das heißt, dass man wirklich sagt, welche Faktoren kann man überhaupt im
589 Krankenhaus auch gar nicht anwenden, die man aus der Produktion kennt. Und genau das,
590 was Sie schon gesagt haben, das Individuelle vom Patienten, dass man das alles herausfiltert
591 und sagt, wo sind denn da die Grenzen, aber so sind Chancen, die man in der
592 Automobilindustrie gar nicht hat. Dass man wirklich den Bereich Krankenhaus überprüft und

593 sagt, wie weit geht das Konzept und wie weit eben nicht. Und Sie haben sicher viel Literatur
594 sich angeschaut und Sie werden gemerkt haben, es geht oft um Tools, oft um Prozesse, wie
595 hat man verbessert, was ist herausgekommen, aber haben Sie was über Führung im Health
596 Professionals und Lean Leadership gefunden. Das ist nämlich genau das, Führung –

597 **I:** Da wird es schwierig.

598 **IP02:** Das ist auch tatsächlich schwierig.

599 **I:** Weil das erarbeite ich ja in meiner Masterarbeit, welche Führungs- und
600 Managementkonzepte sind gefragt, um Lean Management zu etablieren. Und da geht's
601 darum, welche Sozialkompetenzen braucht die Führungskraft, welche Führungskompetenzen,
602 das Lean Leadership und da wird es ein bisschen spannend mit der Literatur. Es ist nicht so
603 wirklich viel noch da. Diese Erfahrung habe ich schon gemacht.

604 **IP02:** Also Lean Leadership im Gesundheitswesen, das ist ein ganz spannendes Thema und ich
605 glaube, da gibt's einen extremen Forschungsbereich, man muss mal schauen, was ist denn
606 jetzt eigentlich so das Führen im Gesundheitswesen. Ist das die – Reifegrad, welchen Konzept
607 findet man denn, das ist ganz unterschiedlich, das kann man gar nicht verallgemeinern, solche
608 Sachen, man müsste mal wissen, wie wird denn jetzt geführt. Da ist ganz schwierig, dass man
609 die Pflege hat, die wem anderen untersteht und den Primar, dem die Ärzte unterstehen. Das
610 ist schon mal eine Schnittstelle, die man sich selber definiert hat, die nicht gut ist. und das ist
611 in vielen Bereichen oder Ländern so, dass man da mal sagt, wie kann man diese 3 Säulen
612 Führung eigentlich umgehen, dass man da wirklich eine Lean Kultur oder Führung fahren
613 könnte oder muss die 3 Säulen Führung ganz weg. Vielleicht kommt ja raus, es ist unmöglich
614 oder es kommt raus, die Kultur ist entscheidend. Okay, die Pflege, good will, ich fühle mich
615 dem Primar unterstellt und folge auch dem, weil er mich immer respektiert und eingebunden
616 hat. Das sind Bereiche, wo ganz sicher Forschungsbedarf ist. Kultur und Leadership im
617 Gesundheitswesen. Ganz eindeutig. Aber ich glaube, ohne Lean Leadership haben wir da eine
618 Forschungslücke im Gesundheitswesen. Generell Führung und Kultur im Krankenhaus.

619 **I:** das war anfangs so, dass Krankenhausverwalter, die haben das eher so verwaltet und die
620 Krankenhausmanager, die gibt's erst seit den letzten paar Jahren, die die Aufgabe haben, das
621 zu managen, nicht mehr zu verwalten. Aufgrund der Kostenreduzierungen oder der
622 Kostendruck, der immer im Hintergrund steht, ist einfach mehr Managementpotenzial
623 gefragt.

624 **IP02:** Genau, richtig, vor allem, es ist leider so, dass man das in Österreich einfach nicht macht.
625 Man hat den Primar, den Ökonomen, den Verwaltungsdirektor, die Pflegedirektorin, aber man
626 braucht eine Schnittstelle. Man kann auch sagen, wenn man Klinikmanager hat, dann ist das
627 gelöst. Ich mache nichts anders auf der Neurochirurgie als die Schnittstelle zwischen –
628 vermitteln und das sind eben diese Rollen, wo ich gesagt habe, wir werden neue Rollen
629 brauchen für Lean Management im Krankenhaus. Mit den gesetzlichen Vorgaben, die wir
630 haben, brauchen wir neue Rollen. Das Gesetz werden wir nicht ändern. Aber wenn wir neue
631 Rollen finden, dann ist das umsetzbar.

632 **I:** Sprich, Sie sind so diese Vermittlungsebene zwischen diesen 3 Säulen, die dann optimiert
633 und die Meinungen eben zusammenträgt und daraus versucht, ein Konzept zu erstellen.

634 **IP02:** Genau. Und eben diese neutrale Bewertung und vielleicht geht ja Gemba Walk gar nicht
635 im Krankenhaus, vielleicht geht das nicht, dass der Geschäftsführer runtergeht in einen
636 Bereich, wo die Pflege gerade eine Blutabnahme – vielleicht braucht man wirklich jemanden,
637 der im Auftrag dahingehet und sich das anschaut und sagt, hey, ich kenne euch, ich kenne die
638 Abteilung, ich habe die Befugnis und auch die Kompetenz, da Fakten zu sammeln und dann
639 eine Entscheidung zu treffen, wo man die dann eventuell von oben genehmigen lässt. Aber
640 vielleicht sollte man mit so Zwischenpositionen beginnen, bevor wir das komplette System
641 umreißen. Das ist die große Aufgabe, die man im Krankenhaus hat, dass man sich wirklich die
642 Strukturen mal anschaut.

643 **I:** Ja, das war jetzt unglaublich spannend. Also ich könnte da jetzt mit Ihnen noch stundenlang
644 sitzen und Ihr Wissen aufsaugen. Ja, meine Fragen sind wirklich sehr toll beantwortet worden.
645 Ich muss ehrlich sagen, ich bin sehr begeistert von dem Gespräch.

646 **IP02:** Vielen Dank, das freut mich.

647 **I:** Es war wirklich sehr aufschlussreich und interessant und ja, ich bedanke mich ganz herzlich,
648 dass Sie sich Zeit genommen haben, also kurzfristig. Und ja, ich bin gerne offen, wenn Sie mir
649 die Studie auch zusenden möchten.

650 **IP02:** Gerne.

651 **I:** Ich schaue mir das gerne an und ja, womöglich, dass wir doch nochmal in Kontakt kommen,
652 wenn ich mich dahingehend auch weiterentwickle.

653 **IP02:** Sehr gerne, Sie können mich auch immer anrufen, wenn Sie eine Frage hätten und ich
654 Sie unterstützen kann bei der Masterarbeit, sehr gerne, oder wenn was auftaucht außerhalb
655 vom Interview, ich bin sehr dafür, dass man das Vorantreiben vom Lean Management im
656 Gesundheitswesen unterstützt. Also sehr gerne. Jederzeit.

657 **I:** Ja, ich bedanke mich und komme gerne auf das Angebot zurück. Und ja, wünsche Ihnen dann
658 auch alles Gute und viel Erfolg in Ihrem Projekt. Und ja, sage danke

659 **IP02:** Ja, danke schön. Ich bedanke mich auch für dieses nette Gespräch, es war wirklich sehr
660 super, Sie sind echt auf einem guten Weg. Ich freue mich sehr, dass Sie da das Interesse oder
661 dieses Potenzial erkannt haben. Ich wünsche Ihnen natürlich auch alles, alles Gute, seien Sie
662 vorsichtig, das ist immer ganz wichtig bei den Lean Vorhaben, aber Sie werden das schon
663 meistern. Und vielleicht, wenn Sie mit der Masterarbeit fertig sind, ich würde mich total
664 freuen, wenn ich mal – wenn ich sie mal lesen dürfte. Also, wenn Sie daran denken. Das wäre
665 super.

666 **I:** Ja, also im Sommer bin ich dann fertig, mit Ende Juni und dann lasse ich Ihnen gerne die
667 Masterarbeit zukommen.

668 **IP02:** Vielen Dank, da würde ich mich sehr freuen und ich schicke Ihnen jetzt gleich die
669 Studie, dann können Sie sich das anschauen mit den Kontextfaktoren.

670 **I:** Das wäre sehr lieb, ja, danke vielmals.

671 **IP02:** Gerne, ja, sehr gerne. Einen schönen Abend noch.

672 **I:** Ja, ebenso, danke, Wiedersehen.

673 **IP02:** Danke, Wiederschauen. |

1 **3.Interview vom 13.12.2021 14:05 Uhr bis 14:56 Uhr Online**

2 **I:** Meine erste Frage wie sind Sie zum Thema Lean Management gestoßen?

3 **IP03:** Die Altersgruppe 0 – 18 auf der Kinderchirurgie operieren und im Zuge dessen bin ich
4 dann auf Lean gestoßen, weil eben auf der Kinderchirurgie die Station grün, das ist eine von 4
5 Chirurgie Stationen die auf Lean umgestellt hat und dadurch, dass die HNO einen relativ
6 großen Patientenstand mitbringt, eben zum Glück wurde ich in diesem Projekt eingeladen,
7 dadurch, darf ich seit einem Jahr mitarbeiten. Und der Prozess ist im Herbst jetzt auch sehr
8 erfolgreich beendet worden und dadurch, dass doch relativ große Werbung war, hier bei uns
9 – ohne zu übertreiben aber es wurde sehr positiv von den Chancen, dass es mit sich bringt
10 gesprochen, unser Klinikvorstand, mit dem ich sehr eng zusammenarbeite, meinte ob das bei
11 uns auf der HNO auch möglich wäre, und jetzt haben wir vor einem Monat auf der HNO auch
12 den nächsten Prozess begonnen, dass wir auch den 1. Stock zu einer Lean Station machen
13 wollen.

14 **I:** Was würden Sie sagen, was unterscheidet jetzt das Lean Management Konzept von dem
15 herkömmlichen Konzept, was in Krankenanstalten präsent ist? Was macht Lean jetzt anders?

16 **IP03:** Also das Eindrucksvollste ist sicher dieses Standardisieren, also, dass es ein bisschen wie
17 in der Luftfahrt Standards entwickelt werden, die dann von den Mitarbeiterinnen und
18 Mitarbeitern relativ gut und produktiver umgesetzt werden. Also, wenn wir davon reden, ich
19 habe mich da ein bisschen eingeschmökert, bin da auch kein Experte, aber dieser Versuch,
20 Verschwendungen in jeder Weise zu verhindern, ist ja sehr schön- am Anfang habe ich
21 gedacht, ja, Verschwendung ist das ja nicht, dass man sagt, dass man irgendwelche Gelder
22 spart, sondern da geht's mir um die Philosophie, dass man Wartezeiten für die Patienten für
23 die Mitarbeiter einfach bestmöglich reduziert. Und das gelingt tatsächlich, vor allem, wenn
24 man in den Prozessen gemeinsam gute Konzepte ausarbeitet.

25 **I:** Aber es ist in Österreich ja noch weitgehend relativ unbekannt. Es ist eine gewisse Vorsicht
26 und eine gewisse Skepsis, die da entgegengebracht wird. Ist das auch Ihr Empfinden?

27 **IP03:** Ja, also ich denke es ist auch mein Empfinden, so ehrlich muss man sein, ich kannte es
28 vor einem Jahr auch nicht. Die Aufbereitung das macht bei uns die X sehr gut mit dem
29 sogenannten Kick off. Es ist bei uns die Wirkung sehr gut, also die machen da eine – ein Kickoff,
30 wie sie es nennen, wo überhaupt das Konzept vorgestellt wird, weil ich denke, dass es die

31 wenigsten kennen, bei uns haben es auch die Wenigsten gekannt, da wird mal das Konzept
32 vorgestellt und wenn man da das 1. Mal drinnen sitzt und diese japanischen Wörter hört, und
33 diese Einsparungen, ist man – oder ja, war ich selber auch, vielleicht skeptisch und kann
34 nachvollziehen, dass andere Personen da skeptisch sind. Nur das war das Schöne an dem
35 Prozess, ich habe mich da relativ schnell eingelesen und dann schnell gesehen in der
36 Ausarbeitung, was jetzt wirklich das Ziel von Lean ist und wenn man da ein bisschen offen ist
37 für die Dinge und das sind die meisten – Ausnahmen wird es immer geben, aber erkennt man
38 sehr schnell den Mehrwert.

39 I: Jetzt haben Sie von Werkzeugen und Tools anfangs auch gesprochen, die Sie da
40 kennengelernt haben, gibt's da Prinzipien, die sich besonders gut bewährt haben in Ihrer
41 Abteilung schon, sprich die japanischen Werkzeuge? -- Hallo? Herr Oberarzt Dr. X? Ich
42 verstehe Sie nicht mehr.

43

44 I: Also es ist darum gegangen, weil Sie gesagt haben, Ihnen ist damals so viel vorgestellt
45 worden an japanischen Begriffen, auch Werkzeuge und Tools, gibt's jetzt schon Werkzeuge
46 und Tools, wo Sie sagen, das hat sich besonders gut bewährt bei Ihnen auf der Abteilung?

47 IP03: Also wenn man es als Tool bezeichnen kann, kann ich am ehesten dieses Huddle Board
48 sagen, hat sich bewährt. Weil zu tun ist meistens ein bisschen am Vormittag und gerade die
49 Pflege hat es oft sehr schwer, die ist vor Ort bei chirurgischen Fächern – bei uns, wir
50 schwärmen aus, dann haben die keinen Ansprechpartner. Und bei dem Huddle Board haben
51 die ein paar Minuten die wichtigsten und vor allem aktuellen Themen, die besprochen
52 werden. Ist ein Krankenstand aufgetreten, sind Patienten dazu gekommen oder weggefallen,
53 ich glaube, dieses Tool, das ist einfach eine extreme Erleichterung überall für ihre Arbeit.

54 I: Haben Sie sich eher jetzt auf mehrere Werkzeuge fokussiert, oder ist das eher jetzt noch das
55 Huddle Board oder einzelne Werkzeuge oder greifen da mehr ineinander?

56 IP03: Es ist natürlich ein Prozess, also es ist natürlich im Zuge dieser Ausgestaltung, sind sehr
57 viele Dinge eingeflossen. Auch die – es ist schwierig, so schnell zusammenzufassen, weil über
58 Monate verschiedene Problemstellungen und Fragestellungen ausgearbeitet worden sind. Es
59 ist auch dieses Flowboard von der Pflege, bei den Ärzten nicht so ein Begriff, ein Tool, das die
60 Pflege täglich nutzt. Es ist ganz klar getaktet der Tagesplan, der Huddle Board, dann kommt
61 der Flow von der Pflege, alles nur zwischen 1 und 3 Minuten. Das ist sehr zeitlich

62 verschwundungsarm durchgeführt worden. da haben wir schon mit – wenn man einfach so
63 mit der Pflege auch spricht, hat man schon das Gefühl, obwohl, wenn man es von außen,
64 strenger wirkt, aber eine Erleichterung für die Mitarbeiter ist.

65 **I:** Wenn Sie jetzt Patienten Lean erklären müssten, wie würden Sie da vorgehen?

66 **IP03:** Ist eine gute Frage. Also wenn ich es Patienten erklären müsste, würde ich sagen, man
67 probiert einfach, Struktur der Arbeitsprozesse zu implementieren. Ich finde diesen Vergleich
68 ein bisschen, mit der Luftfahrt, der Checkliste nicht so schlecht, vor allem für Laie, dann
69 können sie ein bisschen was anfangen. So ähnlich ist das ja mit den Standards, man geht ja
70 nicht zum Patienten und hat ein Board vor sich und macht überall einen Haken, dann hat man
71 natürlich seine To Dos sozusagen. Dass man fragt, wie geht's ihm die Infos gibt, dass man sich
72 vorstellt, und das ist nichts Anderes, als wenn bei der Luftfahrt Piloten mit Copiloten checken,
73 ob das Fahrwerk in Ordnung ist, Die Bremsen und alles, ich glaube, am leichtesten für die Leute
74 zu verstehen ist wirklich das Einbinden in die Struktur von Arbeitsprozessen.

75 **I:** Das heißt, man kann mit Lean diesen Patientenalltag auch ein bisschen menschlicher
76 gestalten. Weil es ist ja schon die Kommunikation zum Patienten her, ein wichtiger Fokus. Es
77 soll ja mehr Zeit beim Patienten aufgebracht werden.

78 **IP03:** Genau das ist es. Beim Reden kommt man zusammen, da kommt man zu Ausarbeiten,
79 wenn man das als Tool und Werkzeug sehen möchte. Wir haben z.B. gesehen, dass – in jedem
80 Bett, einem Zimmer, ein Feld ist am Zettel, wo ein offen beschreibbares Feld ist, wo die
81 Patienten ihre Fragen reinschreiben können, die bei der Visite nicht beantwortet werden. So
82 ähnlich ist es da auch, hier kommen Fragen rein, hier haben die Patienten die Möglichkeit,
83 Fragen zu stellen, die dann mit der Visite oder am nächsten Tag nicht untergehen und
84 gleichzeitig kann auch während der Visite, vor allem durch die Pflege, können Infos
85 aufgeschrieben werden. Die auch entweder zu schnell für die Patienten sind. Auch bei
86 Kindern, das wird dann dort eingefügt, wenn die Mutter oder der Vater das in der
87 Geschwindigkeit nicht mitgekriegt hat, dann können sie das auf dem Board sehen. Das bringt
88 Komfort für die Patienten.

89 **I:** Jetzt ist ja lean ein sehr strukturierter Prozess, man möchte für zigtausende Patienten die
90 gleiche Qualität, das gleiche Leistungsniveau erbringen. Bleibt dann aber die Individualität des
91 Patienten auch erhalten? Also das ist ja, dass es nicht zu sehr standardisiert ist?

92 **IP03:** Ich denke genau, das ist so strukturiert bei Lean, dass der Patient eben durch diese
93 Verbesserung der Prozesse sich besser aufgehoben fühlt. Weil früher, wo eventuell die Pflege
94 Zeit dafür aufbringen musste, den zuständigen Arzt zu suchen, da gehen leider viele Minuten
95 drauf, im Alltag. Was man auch bei nicht lean Stationen sieht. Da kann diese gewonnene Zeit
96 in den Patienten investiert werden. Also ich würde genau das Gegenteil sagen. Durch lean hat
97 man wieder mehr Zeit für den Patienten.

98 **I:** Durchläuft der Patient auch einen gewissen Behandlungspfad oder wie wird das Lean
99 Werkzeug in der Station integriert? Geht das von der Aufnahme bis zur OP über die Entlassung,
100 ist das ein einziger Pfad, den der Patient da durchläuft?

101 **IP03:** Das ist eine sehr gute Frage, sehr schön, weil es ist ein Aha-Erlebnis im Zuge des
102 Ausarbeitens, wo wir eben auch auf der Station grün beim Umsetzen des Prozess Mitarbeiter
103 beobachten durften. Und eine Patientin ist hingekommen, hab nicht gewusst, wo ich hin muss.
104 das war ein tagesklinischer Eingriff, also ein kleiner Eingriff, wo sie dann, wenn alles passt, am
105 Nachmittag nach Hause gehen darf und sie wirkte verloren. Und diese Prozesse wurden
106 überarbeitet. Die Eltern kommen mit den Kindern, da ist genau geschildert worden, wenn sie
107 hinkommen, z.B. die Bodenmarkierungen, dass sie sich da orientieren sollen. Die werden von
108 der Stationssekretärin auch in Empfang genommen. Wenn es Wartezeiten gibt, dann zeigt
109 man ihr das Untersuchungszimmer, da bekommt sie schon die ersten Unterlagen. Ein bisschen
110 wie ein Menüplan bekommen die Patienten jetzt eben, wie schon gesagt, zur Entlassung den
111 Weg vorgegeben. Weil sie sich einfach mehr auskennen und nicht – nicht immer die Frage
112 stellen müssen, wie geht's jetzt weiter.

113 **I:** Die Wertschöpfung im Krankenhaus ist ja eigentlich diese medizinische Behandlung. Diese
114 medizinische Leistung. Ist das bei Lean Management so, dass die Wertschöpfung sich jetzt
115 ausbreitet? Also, dass es mehr Wertschöpfungspunkte für Patienten gibt? Ist das nicht mehr
116 rein nur dieses medizinische Portfolio, sondern auch der Service dazu, die Kommunikation. Es
117 wird ja auch sehr viel an Verschwendung vermieden, ist das dann, dass man sagt, dieses
118 Portfolio von Wertschöpfung, das weitet sich aus?

119 **IP03:** Ich denke schon, weil auch im Zuge des Umstellungsprozesses wir aktiv nach Feedback
120 gefragt haben. Die Patienten aktiv an einem standardisierten Zeitpunkt sogar befragt. Also
121 dass das nicht erst bei der Entlassung ist, das ist zu spät, sondern nachdem tagesklinisch oder
122 stationär meistens am späten Vormittag oder zu Mittag nachgefragt, alles in Ordnung, ist was

123 unklar oder was hat gar nicht funktioniert? Sodass man nicht nur ein Feedback später
124 bekommt, sondern im Zuge des Aufenthalts, Dinge nicht machen oder verbessern kann.

125 **I:** Gibt's aber auch Probleme, die lean Management mit sich bringt, wo man sagt, es ist
126 vielleicht noch zu wenig erarbeitet oder erforscht auch. Wo man sagt, da kommt lean auch an
127 seine Grenzen?

128 **IP03:** Also prinzipiell wird es immer in der Medizin Ausreißer geben. Also man kann, hat man
129 auch gesehen, nicht für jeden Sonderfall einen Standard ausarbeiten. Weil das wäre zu viel.
130 Diese Sensibilität muss man immer im Hinterkopf behalten. Ich glaube, das ist auch legitim.
131 Das ist auch immer ein Argument von Lean Gegner, ja, wenn das und das passiert, was mache
132 ich dann, das ist halt in der Medizin schwer möglich. Man kann auch nicht, wenn mal was nicht
133 so klar läuft, so ist es hier auch, diese Flexibilität sollte man an den Tag legen und nicht das
134 ganze System verteufeln. Weil, wenn von 365 Tagen an 360 das da ist, an 5 hat es ein bisschen
135 gehakt, weil Sonderfälle da waren oder Krankenstände, dann glaube ich, dass der Nutzen weit
136 über dem Schaden liegt.

137 **I:** Jetzt ist die Tagesklinik auch sehr hierarchisch angeordnet und Lean ist ja für Hierarchien
138 sehr ungeeignet. Wie wird das gehandhabt? Wie geht man mit den unterschiedlichen
139 Berufsgruppen um? Wie ist da die Kommunikation?

140 **IP03:** Das ist ja eine sehr spannende Frage, natürlich merkt man ein bisschen ein Altersgefälle,
141 oder Hierarchiegefälle, so ehrlich muss man sein bei den Ärzten. Die versuchen, nicht in
142 Personen, sondern Funktionen zu denken, die einen arbeiten halt schneller, die anderen
143 brauchen vielleicht ein bisschen länger. Der Kollege X vom Bereich hat gesagt, man wird nie
144 auch 100% der Mitarbeiter überzeugen können, man kann es nur vorleben. Und das merkt
145 man, der Druck – es gibt auch auf der Station grün natürlich Personen, die sehr skeptisch
146 waren bzw. sich auch skeptisch äußern aber, wenn man dann mit den Pflegeleitungen redet,
147 dann hört man heraus, sie kritisieren es teilweise immer noch, aber machen einfach mit, weil
148 auf Dauer gegen den Strom schwimmen anstrengender ist als mitzumachen. Weil man auch
149 unterbewusst merkt, es hat einen Vorteil. Das ist ja das Interessante, viele Ressentiments am
150 Anfang, z.B. noch mehr Patienten durchschleusen mit weniger Personal und wie ich das nach
151 einigen Jahren beurteilt habe, das ist natürlich nicht. Das ist sehr schön zu sehen, dass diese
152 Versprechen schon gehalten haben, dass es zu Verbesserungen kommen soll. Und zwar mit

153 vorhandenen Ressourcen. Das ist einfach das Schöne, dass man diese Verschwendung
154 eigentlich Raum für angenehmeres Arbeiten schafft.

155 **I:** jetzt sind ja die Mitarbeiter im Krankenhaus das höchste Gut. Jetzt gibt's natürlich
156 langjährige Mitarbeiter, die das Strukturierte, was sie bisher gelebt haben, weitermachen
157 möchten und nicht viel verändern möchten. Wie geht man jetzt mit diesen Personen um,
158 ohne, dass man sie jetzt degradiert oder demotiviert, mit der Veränderung, wie bringt man
159 ihnen das näher. Wie kann man sie vielleicht mit ins Boot holen, gibt's da ein paar Tipps oder
160 haben Sie da Erfahrungen gemacht?

161 **IP03:** Also, in der Regel sehr gute, ist natürlich immer eine individuelle Geschichte, aber kein
162 Mensch, weder in der Medizin oder sonst wo, mag auf oktroyiert bekommen, ich glaube, die
163 Kommunikation ist hier sehr wichtig, auch wiederholt, es gibt ja auch Krankenstände und
164 Urlaube, es kann nicht jeder an jedem Termin vor Ort sein, dadurch sind mehrere Termine
165 sinnvoll, dadurch kann man eine sehr hohe Prozentanzahl der Mitarbeiter erreicht und ich
166 sage bewusst, die paar, die nicht dabei sind, kann man auch in persönlichen Gesprächen
167 aufklären. Das geht sehr gut und ich denke auch, dass man da sehr viele erreichen, überzeugen
168 kann. und wenn jemand komplett dagegen ist, ich will das nicht politisieren aber, wenn man
169 einfach gegen Tatsachen resistent ist, wird man solche auch schwer erreichen können. Da
170 haben wir das Glück auch, sage ich mal, auf der HNO sind das Ausnahmen. Wirklich
171 Ausnahmen. Die meisten, also im Prozessteam, da sind sowieso alle höchst motiviert aber
172 wenn man versucht, nachzufragen, es kommen wenige kritische Stimmen. Man hat eher das
173 Gefühl, es ist eine vorsichtige, aber vorhandene Vorfreude auf das Ganze.

174 **I:** es ist ja jetzt, nachdem wir ja diesen Personalfachkräftemangel haben, gerade in der
175 Ärzteschaft und in der Pflege, ist es vielleicht auch deshalb, dass jetzt viele umdenken und sich
176 Veränderung wünschen, wenn Ressourcenknappheit herrscht, wenn eventuell Einsparungen
177 oder in Zeit investiert wird, dass deshalb vielleicht jetzt auch viele offener sind für
178 Veränderungen?

179 **IP03:** Ja. Wobei das jetzt mehr persönliche Meinung ist, ich denke eher, dass in
180 Stresssituationen vielleicht Veränderung eher noch ein bisschen was Negatives sein können.
181 Dass sich Leute denken, sie arbeiten eh am Limit und jetzt wollen sie noch was Neues
182 einführen. Also da ist, denke ich, doch der Ruf von Lean noch nicht so gut, dass es sozusagen
183 die Erlösung, als Erlösung gesehen wird. Ich glaube, eher, wenn man damit nicht zu tun hatte,

184 im 1. Moment kennt man es vielleicht gar nicht, wenn man dann diese Philosophie ein
185 bisschen vorgestellt bekommt, es kurz als Belastung sieht. Also da wäre ich jetzt skeptisch, ob
186 das so diesen übergreifenden positiven Effekt hat. Aber das ist meine persönliche Meinung.

187 **I:** Also Sie meinen, gerade jetzt, wo die Corona Pandemie ist, wo vielleicht schon Knappheit
188 herrscht, wo vielleicht schon lange Unterbesetzung ist auf Stationen, dann wird, wenn man
189 jetzt mit einem neuen Projekt kommt, nicht gerade Begeisterung entgegengebracht, weil es
190 ein zusätzlicher Aufwand ist.

191 **IP03:** Würde ich jetzt so sehen. Weil sowohl die Kinderchirurgie, als auch wir, uns hat natürlich
192 die Krise auch erwischt, aber wir sind jetzt nicht so wie die Intensivstationen, die dann
193 ausgebucht sind und kämpfen. Da muss man natürlich schon differenzieren, wir haben ja
194 schon das Glück, dass man mit Vorsichtsmaßnahmen, relativ, sage ich mal, normal
195 weiterarbeiten können. Mit den Corona-Vorgaben haben wir Schemata, aber die sind ja
196 meistens milder oder leicht erkrankte Personen, die dann abgesondert oder isoliert werden
197 müssen, aber wir haben nicht diese schwersten Fälle, die beatmet werden müssen. Also ich
198 denke halt, wenn Leute in Stresssituationen sind, würde ich nicht weiter versuchen und
199 überfordern mit neuen Projekten.

200 **I:** Vielleicht wäre es dann sinnvoller, wenn man sagt, man möchte lean weiter machen in einer
201 Abteilung vielleicht, die jetzt nicht so schwer von einer Krise betroffen ist, die auch diese
202 Fachkräfte genügend vorhanden sind. Wo man sagt, man fängt an einem Bereich an, der auch
203 leichter zu implementieren sind.

204 **IP03:** Würde ich auch so sehen, es muss nicht die Vorzeigestation sein. Wenn alles „perfekt“
205 läuft, dann wird auch der Nutzen nicht so stark sein. Es muss schon eine Station sein, wo es
206 chronisch unrichtig – sage ich vorsichtig – nicht rund läuft. Ohne akute Stressbelastung.

207 **I:** jetzt hat die Corona-Pandemie gezeigt, dass wir ja viele Lagerbestände haben. Wir haben ja
208 aufgrund von Lager- oder Lieferschwierigkeiten mehr Lagerbestände aufgefüllt. Gerade das ist
209 ja wirklich gegen Lean, oder? Es soll ja eigentlich einen kurzen Durchlaufprozess haben. wie
210 kann man das vereinen, wenn es eigentlich Gegensätze sind?

211 **IP03:** Naja, das ist schwierig, weil natürlich lean davon ausgeht, dass natürlich – jeder weiß
212 das von der Privatwirtschaft, Lager kostet Geld, Lager kann kaputt werden, und das ist eine
213 Verschwendung eigentlich. Und dann haben wir gesehen, in der Krise, wie schnell es gehen
214 kann, wie schnell die Masken ausverkauft waren. Also wir haben Masken gehabt, für

215 Nasenbluten, wir haben jahrzehntlang Masken im Haus gehabt, mit einem Visier, die sind
216 nicht lieferbar. Ich habe bei 3 Stellen versucht, die nachzubestellen, die sind nicht lieferbar,
217 weil alle Masken ausverkauft waren, das ist aber denke ich schwierig, deswegen zu sagen, jetzt
218 haben wir die Pandemie, wir hatten einen Maskennotstand, wir müssen jetzt uns mit
219 Materialien eindecken. Weil das hat die Geschichte gezeigt, die Pandemie wird
220 vorübergehen. Es wird nicht so weitergehen, man hat auch jetzt welche gekriegt, über 1.5
221 Jahre. Ich glaube, es wäre ein Fehler, diesen lean Gedanken versuchen, damit zu
222 kontrahieren sozusagen, indem man sagt, naja, aber durch die Pandemie haben wir
223 gesehen, wie schnell es gehen kann. die Pandemie ist ein Ausreißer, den es in dem Ausmaß
224 seit der spanischen Grippe nicht gegeben hat. Also nein, ich glaube schon, dass eine gute
225 Lagerführung, richtige Wirtschaft, sicher eine sinnvolle Sache ist.

226 I: Gibt's jetzt speziell trotzdem im Lean Methoden für unvorhersehbare Ereignisse? Ich meine,
227 jetzt ist es die Corona-Pandemie gewesen, aber es kann ja immer wieder unvorhersehbare
228 Ereignisse geben. Black-out wäre auch ein Beispiel, gibt's da spezielle Methoden, dass man
229 sagt, was kann man im lean Management dahingehend tun?

230 **IP03:** Ist eine gute Frage. In einem straffen, durchgeplanten Tagesprogramm wahrscheinlich
231 schwieriger. Wir hatten selber, da ist kein Patient zu Schaden gekommen, aber wir hatten
232 tatsächlich letzten Donnerstag 4 Stunden einen Blackout, da steht der Laden, wenn man das
233 so salopp ausdrücken möchte. Das ist ein bisschen, es sind unplanbare Ereignisse, die ja auch
234 Einzelfälle darstellen, die in meinen Augen nicht sinnvoll sind, in tagtäglichen Strukturen
235 einzubringen. Also, wir haben natürlich solche Fälle, um auch zur Klinik zurückzukommen, wo
236 wir Prozesse ausarbeiten, die tagtäglich funktionieren sollen. Und dann kommen nach einem,
237 zwei Monaten so ein Einzelfall, wo oft die Frage ist, was macht man jetzt? Will man wirklich
238 einen gut funktionierenden Prozess durch einen Sonderfall, der selten auftritt, so aufblasen,
239 dass er wieder tagtäglich dann eigentlich Zeit und Ressourcen kostet. Und dann sagt man,
240 eigentlich nein, also solche ausgefallenen Sachen wie eine Pandemie, ein Blackout, ein
241 kompletter Trojaner, der das ganze System lahmlegt. Dafür gibt's Notstrom auch, ich denke,
242 dass würde zu weit führen. Das kann eine Umweltkatastrophe sein, ich denke, da muss man
243 leider flexibel sein.

244 I: Sie haben vorher auch das Thema Verschwendung angesprochen. Wo kann man besonders
245 gut Verschwendung vermeiden? Im Klinikum. Ist es jetzt eher der Bereich Zeit und

246 Personalressourcen? Sind es Laufwege, ist es die Wäschelogsitik, wo hat es sich gezeigt, wo
247 lässt es sich am meisten vermeiden?

248 **IP03:** Also am meisten tatsächlich bei den Zeitressourcen und Personalressourcen. Also auf
249 den Stationen grün und rosa, auf der Kinderchirurgie, ist jetzt jeder Platz markiert, banales
250 Beispiel, Blutdruckmessgerät liegt immer auf dem Platz, früher ist es passiert, dass es
251 irgendwo war, war es in einer Lade, in einem Patientenzimmer oder auf einem Kasten. Die
252 Pflegeassistentin hat es übersehen, wieder raus, hat alles durchsucht, dann zurück. Das führt
253 alles zu Stress und Verdruss, weil da wartet ja nicht nur die Pflege mit dem Patienten auf das
254 Blutdruckmessgerät, sondern mehrere Personen gleichzeitig sind daran gebunden. Da sehe
255 ich den Hauptfaktor, Kleinigkeiten sind – das habe ich ein bisschen peripher mitbekommen.
256 Ein Punkt ist, wenn man jemanden Essen einbestellt, die schon den Entlassungstermin um 8
257 Uhr hatten, das muss im schlimmsten Fall weggeschmissen werden. Das ist natürlich schade,
258 nicht nur wegen dem Geld, sondern ich persönlich mag Verschwendung privat auch gar nicht.
259 Die natürlich auch, also der Spaß mit Töpfchen voll machen, aber ich glaube, das meiste ist
260 natürlich die Personalzeitressource.

261 **I:** jetzt haben Sie gesagt, nachdem diese Dinge immer am gleichen Platz liegen, das ist eine
262 Entlastung fürs Pflegepersonal vor allem. Wo wird das ärztepersonal entlastet, zum Großteil?

263 **IP03:** Wir haben darüber gesprochen, bei den Ärzten ist das natürlich, vor allem bei den
264 chirurgischen Fächern nicht so schnell zu sehen. Es ist primär eine Vereinfachung, wo auch
265 diese Tätigkeiten durchgeführt werden. Dass hier sozusagen ein bisschen ein kleines Zahnrad
266 sind, die das große antreiben und auch nicht den ganzen Tag, da kann man dann eben ärztlich
267 bestmöglich mitwirken und sich Strukturen schaffen, dass man eben sagt, diese Nummer,
268 diese Kollegen, die sind für die Aufnahme zuständig, für die Nachmittagsvisite, die sollten dann
269 auch erreichbar sein. Sonst kommt ein Bienenschwarm an Ärzten in die Station, die
270 Pflegepersonen sind zwar da, aber wissen wieder nicht, wo sie anrufen dürfen. Und dieses
271 Herumtelefonieren, früher hat man immer gesagt, bitten müssen für eine Tätigkeit, dass kein
272 Gefallen ist von der Pflege, sondern eine Tätigkeit, die getan werden muss. aber um vom
273 Monolog zur kurzen Antwort zu kommen, auf ärztlicher Seite sind es auf der Station, für
274 chirurgisch tätige Ärzte, ist man eher beim lean Prozess außen. Schon im Prozess drinnen, aber
275 eher außen vom Kern.

276 I: Kaizen ist ja ebenso ein japanischer Begriff, wo es um die ständige Verbesserung geht, das
277 ist ja eigentlich in jeder Klinik und jedem Krankenhaus ein Fokus, man möchte sich ja ständig
278 entwickeln oder verbessern, wie wird das bei Ihnen gelebt?

279 **IP03:** Genau. Also, bei uns auf der HNO leider noch schlecht. Weil wir erst am Ausarbeiten
280 sind, in der Kinderchirurgie, hatten wir auch erst letzte Woche, ist es sehr gut. Es kommen
281 eben viel mehr nicht anonymisierte Verbesserungsvorschläge, nicht in Art so einer
282 Kummerbox, die es früher gegeben hat, das und das ist schlecht. Das bringt niemanden weiter.
283 Es ist wichtig, dass man Probleme oder Verbesserungen aufzeigt, in Form von einem
284 Vorschlag. Das ist das erste, was mir sehr gut gefallen habe. Und das zweite aber, weil ich es
285 selber schon erlebt habe, dass kann bei Lean nicht passieren, dass im Zuge von Sitzungen
286 Probleme angesprochen werden, wo dann derjenige, der es vorgestellt hat, vielleicht ein
287 bisschen mundtot gemacht wird. Bitte ausarbeiten. Und das Schöne bei Kaizen von Lean, das
288 bei dem, der den Vorschlag bringen sollte, eigentlich nur in Ausnahmefällen die Probleme
289 dann löst. Und das motiviert dann natürlich mehr, dann bin ich der eine, der 100 Vorschläge
290 hat, dann bin ich derjenige, der mit der Ausarbeitung der 100 Vorschläge beauftragt ist, dann
291 erstickt man damit das Feuer gleich am Anfang, weil jeder hat auch andere Arbeit und denkt
292 dann, naja, je mehr ich verbessern will, desto mehr werde ich bestraft. Dieser Gedanke, im
293 Gegenteil, das ist mehr, ich habe eine Idee, das wird dann im Team besprochen und im Team
294 ausgearbeitet.

295 I: Da kommen wir gleich zu dem, Lean basiert ja auf einer positiven Fehlerkultur und man lernt
296 aus Fehlern extrem viel im Lean. Wie ist denn das jetzt im Krankenhaus, ich meine, Fehler –
297 wie wird da die Fehlerkultur gelebt, wird die auch positiv, dass man sich verbessert oder ist
298 das noch immer ein bisschen das negativ Behaftete?

299 **IP03:** Auch da muss man so ehrlich sein und sagen, das ist sicher – weil das Ganze in Österreich,
300 wie ich die Erfahrung gemacht habe, im Turnus auch, den habe ich vor mittlerweile 15 Jahren
301 gemacht, die Fehlerkultur ist schwierig in Österreich. Da denke ich, dass der
302 angloamerikanische Raum oder andere Länder ein bisschen voran sind, bei schämt sich jeder,
303 möchte ich sagen, ein bisschen, einen Fehler einzugestehen, warum, weil auch meistens dann
304 nicht versucht wird, einen Fehler objektiv zu nehmen, sondern es wird der Fehler
305 personalisiert und im schlimmsten Fall sogar der oder die Mitarbeiterin schlechtgemacht.
306 Dann vielleicht vor Publikum oder was ich ganz schlecht finde, wenn etwas passiert, ich suche
307 das persönliche Gespräch, weil es ist ja wichtig auch für die Patienten, dass sich was tut. Und

308 da ist natürlich die Hoffnung auch, dass Lean das anonymisiert verbessert. Es gibt natürlich bei
309 uns die Meldungen, wo man anonymisiert Meldungen geben darf und soll, aber auch das hat
310 einen negativen Touch, weil meistens, auch, wenn das anonymisiert ist, ein spezieller Fehler
311 ist am speziellen Tag passiert, dann kann man natürlich schon rückführen, wem es passiert ist
312 oder wer ein bisschen sozusagen der Verräter ist, der es gesagt hat. Deswegen ist das leider
313 noch immer schwierig.

314 **I:** Jetzt haben wir von Prozessen gesprochen, jetzt zusammengefasst, welche Prozesse sind
315 von besonderer Bedeutung im Lean Management, im Klinikalltag, um auch dieses
316 Leistungsniveau aufrecht zu erhalten?

317 **IP03:** Mit Prozessen meinen Sie jetzt generell –

318 **I:** Genau, was ist jetzt eigentlich von besonderer Bedeutung, damit man das Leistungsniveau
319 eben auch aufrecht erhält am Klinikalltag? Was ist besonders wichtig, das Standardisierte, was
320 ist besonders wichtig, dass standardisiert wird?

321 **IP03:** Ich verstehe schon, wo sind Standards gemacht worden. z.B. Standard Visite, Standard
322 Aufnahmeprozess, Standard Entlassungsprozess. Standard Eingriff eben nicht, weil das ist eine
323 persönliche Sache. Aber diese Dinge sind eben ausgearbeitet worden. Standard
324 Nachmittagsvisite oder Hubble Board oder eben auch das Standard Booklet, das dann immer
325 gemacht wird, das tatsächlich aufliegt in den Stationen, die werden dann ausgesendet, online.
326 Oder auch vor Ort, wenn die Mitarbeiter unsicher sind, können sie nachschauen. Also kleiner
327 banaler Punkt, den ich gar nicht so gemacht habe, in meiner medizinischen Karriere, aber
328 gesehen habe, dass das gut funktioniert, das persönliche Vorstellen, wenn man zum Patienten
329 geht. Man macht das intuitiv schon, aber es gibt Stresssituationen, wo man einfach so
330 durchgeht. Die Operation beginnt in 5 Minuten, die warten schon wieder, man schaut, dass
331 man das irgendwie hinbiegt. Aber das ist eine persönliche Ansprache des Patienten auch, wo
332 er sich ein bisschen geborgener fühlt. Und wenn man das so vorlebt und die Standards werden
333 auch kontrolliert und sollen auch kontrolliert werden, es ist ja keine Empfehlung, sondern man
334 soll sie schon auch umsetzen, es gibt keine Strafen, aber man soll dann nochmal aufklären,
335 nochmal einschulen. Dann kommt man darauf, man lebt das dann. Muss dann nicht ständig
336 nachdenken, was war der Standard, was soll ich tun. Sondern man das ist dann ja in einem
337 drinnen und man macht das dann fast von selber.

338 I: Jetzt ist die Frage, gibt's gerade bei Ärzten auch Standards zur Diagnoseerstellung? Jeder
339 Arzt hat nach seinem fachlichen Wissen, ja, quasi seiner Expertise, gibt's da auch Standards,
340 dass man sagt, es muss jeder Arzt einen Standard einhalten zur Diagnoseerstellung, was
341 natürlich schwer ist?

342 **IP03:** Genau, ist schwierig, gibt's derzeit nicht.

343 I: Okay. Wie hat sich Ihr Arbeitsalltag jetzt persönlich verändert mit Lean? Was sagen Sie, was
344 ziehen Sie aus dem Ganzen, wie geht's Ihnen damit?

345 **IP03:** Also schnelle Antwort, gut, deswegen freue ich mich auch, dass wir es auf der HNO
346 einführen, weil ich darf die kinderchirurgische HNO das Pandon leiten, eine organisatorische
347 Sache, bin jetzt zwar nicht jeden Tag dort, das kam am Anfang oft vor, dass ich bei der
348 Umstellung selber einteile, weil man dann besser mitreden kann. Es ist immer leichter vor Ort
349 mitzuarbeiten, was gibt es für Problem, aber es läuft einfach gut und es klingt blöd, wenn man
350 das so sagt, aber da ist dann tatsächlich die Pflege, die Ärzte, die sind sich alle einig, das ganze
351 Personal bis zum Putzpersonal es läuft einfach. Und das merkt man, wenn man vor 1.5 Jahren
352 auf der Station war, das heißt nicht, dass alles schlecht war damals, also bei uns jetzt auf der
353 HNO, die Arbeit ist prinzipiell die gleiche, man darf nicht erwarten, dass alles plötzlich so viel
354 leichter wird. Oder besser gesagt, durch das geordnete Arbeiten wird es übersichtlicher. Ich
355 würde sagen, der Stresspegel nimmt einfach durch die Ordnung ab. Und das ist das Schöne.
356 Also das ist – die gleiche Patientenzahl, aber die Tätigkeiten, die früher den Blutdruck stark
357 erhöht haben, erhöhen den nur mehr selten.

358 I: jetzt ist lean komplex, aber was sagen Sie dazu, würde man es alleine schaffen, Lean
359 umzusetzen oder braucht man schon diese Expertise von auswärts, man braucht jemanden,
360 der objektiv auf das Unternehmen blickt, der auch nicht diese Betriebsblindheit hat, die wir
361 alle ein bisschen entwickeln. Ist das schon von Wichtigkeit oder sagt man, nein, man schafft
362 es auch mit den internen Experten?

363 **IP03:** Also ich bin sehr dankbar, dass wir von extern unterstützt werden. Ich meine, es war
364 eine Schweizer Firma dabei, ich glaube, dass macht dann die – das Personalmanagement in
365 den ganzen organisatorischen Einheiten sehr gut, aber es ist schon wichtig, dass externe
366 Personen, die damit gar nichts zu tun haben, das aus der Vogelperspektive unterstützen. Wir
367 arbeiten schon seit 1.5 Jahren zusammen, der Herr X macht das sehr gut und er hat auch
368 letztes Mal gesagt, die Lösung müssen wir erarbeiten. Als Nichtmediziner weiß er gar nicht,

369 was man tun kann, aber das strukturelle Denken ist sehr gut. Ich habe leider um 15 Uhr den
370 letzten Termin. Haben Sie noch eine ganz wichtige Frage?

371 **I:** eine ganz, ganz wichtige Frage: Was wird Ihrer Meinung nach in der Entwicklung von Lean
372 Management in den nächsten Jahren wichtig? Gibt's da Trends? Speziell hin auf die
373 Digitalisierung?

374 **IP03:** Das ist auch eine sehr gute Frage. Eigentlich finde ich Digitalisierung – wichtig ist
375 eigentlich, dass die Leute, dass es bekannter wird. Ich glaube, das ist ein bisschen so das
376 Wichtige, dass dieser Ruf – ja, weil, das ist bei uns auch so vorgestellt worden, am Anfang mit
377 Toyota, ja, Japan, man denkt so, roboti roboti, jetzt soll man noch mehr machen. Das wird ein
378 bisschen zu wenig dazu gesagt, dass das Lean, das vielleicht in Autowerken in den 80er Jahren
379 entstanden ist, mit dem medizinischen Ding nicht viel zu tun hat und ich glaube, wenn dieses
380 Wissen eher mehr verbreitet wird, ist das mehr wert, als wenn die Digitalisierung auch wenn
381 wir die elektronische Fieberkurve implementiert haben, ich glaube, dass das ein bisschen Hand
382 in Hand geht, aber die Philosophie, die Einstellung an sich, denke ich, dass das positiv ist.

383 **I:** Okay, ich bedanke mich sehr herzlich, dass Sie sich Zeit genommen haben.

384 **IP03:** Gerne. Bitte entschuldigen Sie die technischen Störungen am Anfang

385 **I:** Ich glaube, das ist auch an mir gelegen

386 **IP03:** Alles Gute auf jeden Fall.

387 **I:** Danke schön, danke vielmals, auf Wiedersehen.

388 **IP03:** Danke schön.

1 **4.Interview vom 09.12.2021 14:03 Uhr bis 14:52 Uhr Online**

2 **I:** Wodurch wurde Lean Management für Sie interessant?

3 **IP04:** Habe auch das Buch gelesen von la Louvre, über reinventing organisations und natürlich, wenn
4 man sich an strukturellen Problemen im Krankenhaus oder sich dafür interessiert, dann wird man mit
5 der Zeit draufkommen, dass es andere Organisationsformen gibt als die herkömmlichen, also so bin
6 ich auf Lean Management gestoßen, habe viel darüber gelesen und habe das zufälligerweise mit
7 Freunden von mir besprochen und einer von denen kennt den X von der X gut, so sind Sie vielleicht auf
8 mich gekommen. Ich nehme an, dass Sie recherchiert haben und den Artikel in der Presse gesehen
9 haben und wie gesagt, X hat mich dann kontaktiert, und hat dann diesen Artikel geschrieben und ja,
10 seit damals interessiere ich mich. Habe gehofft, dass ich dazu komme, das machen zu können und
11 seitdem läuft das Projekt, seit Anfang Dezember, wir sind jetzt noch in der Analysephase von dem
12 Projekt, aber das läuft jetzt. Das ist jetzt auch ein großes Thema, ich habe das auch durchgesetzt, dass
13 das Lean Management als Teil des Projekts mit etabliert wird.

14 **I:** Okay. Was unterscheidet Lean Management jetzt von herkömmlichen Managementkonzepten in
15 Krankenanstalten? Speziell auch dieses 3 Säulenkonzept, was immer ist mit der Anstaltsleitung, der
16 Betriebsdirektion und der ärztlichen Direktion und der Pflegedirektion, was unterscheidet da jetzt lean
17 speziell?

18 **IP04:** Also ich glaube nicht, dass dieses – das kann man nicht ändern, weil, da gibt's in
19 Krankenanstalten, die setzen das vor und das wird man mit dem Leankonzept nicht aushebeln. Geht
20 nicht und das ist jetzt auch kein Problem aus meiner Sicht. Das, was für mich lean ist, ist einfach, sind
21 zwei wesentliche Aspekte, es muss eine Verbesserung für den Patienten und eine Verbesserung für die
22 Mitarbeiter bringen und der 3., dazugehörige Aspekt ist, es sollte auch eine ökonomisch günstigere
23 Geschichte sein. Das heißt, durch das, dass man das lean hat, auch Synergien heben, dass muss sich
24 irgendwann in Zahlen ausdrücken. Aber ich glaube, dass das gar nicht der 1. Fokus sein soll. Ich glaube,
25 dass wir zentral und die Prozesse anschauen müssen und schauen, dass die besser ineinandergreifen.
26 Also, wenn ich an Bühler denke, das Bühler ist in gewissen Aspekten, z.B. in der Erstuntersuchung so
27 viele Jahre verfeinert, dass man –

28 **I:** jetzt höre ich Sie nicht.

29 **IP04:** Besser?

30 **I:** Ja, wieder besser.

31 **IP04:** Also, wenn man ans Bühler denkt, dann hat sich das – ist das über Jahre so verfeinert worden,
32 ich weiß nicht, kennen Sie das Bühler, sagt ihnen das was?

- 33 **I:** Nein, also direkt, ich habe es mir mal angeschaut im Internet, aber direkt kenne ich es nicht.
- 34 **IP04:** Wie es in der Steiermark das LKH gibt, ist das X eines der beiden Krankenhäuser in Wien. Das ist
35 das eine, das sich als ältestes Unfallkrankenhaus bezeichnet, schon 1926 gegründet ist, wobei man
36 sagen muss, das X ist auch relativ alt. Aber das ist jetzt nicht das Thema. Also jedenfalls, sind auf Unfälle
37 spezialisiert, wir waren das Flaggschiff, aber in letzter Zeit, wurde da eher reduziert, weil die Financiers
38 bei uns, wir sind ja anders finanziert, als das öffentliche Gesundheitssystem. Weil die Financiers gesagt
39 haben, wir brauchen nicht so viele Krankenhäuser in Wien, da ist viel herumgetan worden. jetzt haben
40 wir ein ganz innovatives Konzept aufgesetzt, da ist lean Management ein Teil davon, soll das Ganze
41 neugestaltet werden.
- 42 **I:** Jetzt ist lean Management aber eigentlich in Österreich noch weitgehend unbekannt. Es wird noch
43 sehr viel Skepsis entgegengebracht. Haben Sie da, ja, Hinweise, warum das noch so skeptisch
44 betrachtet wird, oder warum es so wenig noch auf das Lean Management umsteigen?
- 45 **IP04:** Weil es ein mühsamer Prozess ist, zuerst ganz pragmatisch betrachtet und ich glaube auch, in
46 Gewerkschaftskreisen ist das relativ behaftet, das klingt so nach Optimierung und Ausquetschen von
47 den Leuten. Deswegen bemühen wir uns auch, einen anderen Ausdruck zu finden, zumindest nicht
48 Lean Management oder Lean Hospital Care oder sonst was, dass der Terminus nicht so angreifbar ist.
49 Management ist wahrscheinlich schon für einige eher was, das anzufinden ist. das ist wahrscheinlich
50 schwierig.
- 51 **I:** Wenn Sie jetzt einem Patienten Lean Management oder Lean Hospital erklären müssten, wie würden
52 Sie das erklären? Dass das für den Patienten verständlich ankommt?
- 53 **IP04:** Wenn man es ganz schnell erklären will, dann würde ich sagen, es ist eine andere Art des
54 Funktionierens, des Krankenhauses, wo man mit möglichst wenig Wartezeit auskommen muss, das ist
55 für mich ein zentraler Aspekt. Möglichst viel Zeit dort verbringt, wo man hin muss. nämlich zur Pflege,
56 zum Arzt, zur Physiotherapie und wo die Prozesse so ineinandergreifen, dass es für beide Patient und
57 Mitarbeiter – bitte verzeihen Sie, wenn ich jetzt nicht gendere – günstig, möglichst günstig abläuft. Die
58 Arbeit soll gleichmäßiger verteilt werden. Das Fluss Prinzip sollte eingehalten werden, damit die Dinge
59 einfach auch für den Patienten sich anders gestalten. Für uns, die wir hier arbeiten. Wir müssen auch,
60 soll nicht für uns schlechter werden, sondern es gibt ja best practice Beispiele, die zeigen, dass das
61 angenehmer zu organisieren ist.
- 62 **I:** Welche Prinzipien des lean Managements werden aus Ihrer Sicht jetzt gut, um das zu
63 implementieren? Haben Sie da spezielle Tools, Werkzeuge schon entwickelt?
- 64 **IP04:** Wir sind gerade mitten drinnen. Wir haben, wie gesagt, erst im September angefangen, wir
65 haben einen neuen Kooperationspartner, das sind die X, das kann man schon ganz offiziell sagen. Da

66 war schon in der Wiener Zeitung ein Artikel darüber, also kann ich das jetzt ohne Weiteres
67 ausplaudern. Mit denen gemeinsam entwickeln wir gerade das Konzept. Am Anfang haben manche
68 von den Führungsebenen bei uns – das bitte darf man nicht offiziell verwenden, das sage ich Ihnen
69 jetzt –

70 **I:** Das wird alles anonymisiert.

71 **IP04:** Naja, das ist relativ leicht, aber ich nehme an, nicht, dass das jemand von uns lesen wird. Aber
72 trotzdem, haben geglaubt, macht sich nach außen ein bisschen wichtig und da mag er ein bisschen
73 Management machen und da hat er eine Freude. Aber in Wirklichkeit, wenn man das Projekt sieht,
74 dann bedeutet das eine radikale neue Ausrichtung des Gebäudes. Das ist jetzt nicht, man kann nicht
75 ein bisschen schwanger sein und ich glaube auch nicht, dass man ein bisschen lean Management
76 machen kann. man kann es wahrscheinlich im Change-Management langsam einführen, jetzt nicht auf
77 einen Hebel oder einen Knopf drücken und jetzt sind wir lean, vorher waren wir nicht lean. Sondern
78 das wird natürlich schrittweise zu etablieren sein und da brauchen wir entsprechende Begleitung, der
79 das dann hineinbringt ins Haus. Die barmherzigen Brüder im Übrigen beschäftigen sich auch damit.
80 Falls Sie da was – die etablieren das auch. Aber ich glaube nicht so radikal wie wir. Wir haben den
81 großen Vorteil der kleinen Einheit. Weil, was bei uns da entsteht, ist nichts Anderes, also wir sind ein
82 Unfallkrankenhaus, eigentlich sozusagen ein reines Unfallkrankenhaus und zu uns kommt jetzt dazu,
83 ein PVE und eine Tagesklinik, die es bisher noch nicht gegeben hat. Und es kommen
84 Remobilisationsbetten und es kommen, die Forschung wird massiv ausgebaut. Wir haben ein großes
85 Forschungsinstitut ins Haus und die Forschung hat insofern eine Wechselwirkung, als dass wir ein
86 klinisches Studienzentrum bekommen werden, dass Patienten auch betreut. Das heißt, all diese Dinge
87 sind jetzt neue Strukturen unter einer Couverture, und da muss man schauen, dass die optimal
88 ineinandergreifen. Und insofern ist das wahrscheinlich leichter, als in anderen Einrichtungen, ein neues
89 Funktions- oder eine neue Funktionsweise einzuführen, als immer im laufenden Betrieb, wo „nur“ das
90 Lean Management eingeführt werden soll. Weil klar ist alles Beteiligten, da ändert sich so viel, da ist
91 das auch schon wurscht, nach dem Motto. Weil sich eh alles ändert, nur die Dinge müssen
92 ineinandergreifen. Wenn der Patient bei der Haustür reinkommt unten, wie wird er durchs Haus
93 geführt. Wie kommt er entweder ins PVE, wo sind die einzelnen Prozesspunkte, wo entschieden wird.
94 Der kommt jetzt rein, das könnte einer sein, der kommt ins Facharztzentrum, wie weiß er, wo er hin
95 muss, oder ins PVE, wer sagt ihm das, wie entscheidet er das? Und wie – weil ein PVE, da gibt's ja viele
96 Probleme, ein PVE muss – ist eine eigene GmbH oder OG, also Geschäftsform. Und ein Krankenhaus
97 ist ein anderes. Und die müssen jetzt aber irgendwie ineinandergreifen können. Und das ist das
98 Wesentliche, die verschiedenen Dinge müssen ineinandergreifen, sodass der Patient, sollte im Idealfall
99 gar nicht merken, ob er jetzt dort oder da hin administriert wird. Das muss ihm eigentlich wurscht sein.
100 Der kommt rein bei der Tür und der sollte optimal betreut werden. Was mich sehr stört und was ich

101 sehr zynisch finde, im Gesundheitswesen, dass wir die Patientenströme über die Wartezeit regulieren
102 oder zu regulieren versuchen. Man weiß, wenn man ins X in Wien geht, da weiß man, du wartest 4-5
103 Stunden wie viele 1000 Leute werden im X behandelt, mal 4-5 Stunden. Das hat nicht nur auf das X,
104 sondern alle Spitäler bezogen, eine gigantische volkswirtschaftliche Auswirkung eigentlich. So und so
105 viele Arbeits- oder Familien- oder Freizeitstunden werden eigentlich versessen und verwaltet. Und in
106 Wirklichkeit muss man die Prozesse so gestalten, dass sie da durchkommen. Aber auch so, dass ich
107 jetzt Unmengen an Patienten anziehe, dass es nicht mehr managebar ist. das muss klar sein, für das
108 und das sind wir zuständig, für das nicht, da müssen Sie woanders hin.

109 I: Das heißt, wollen Sie das gesamte Krankenhaus auf lean umstellen? In einem Mal? Oder haben Sie
110 jetzt spezielle Herangehensweise –

111 IP04: Nein, das, was ich gesagt habe, in einem Mal, das wird nicht gehen. Aber mein Ziel ist, also meine
112 Vision, brauche ich jetzt einen Arzt, weil ich habe Visionen – haha – meine Vision ist, dass zu einem
113 bestimmten Zeitpunkt alle Bestandteile, die da drinnen sind, Forschung, PVE usw. nach Lean Prinzipien
114 funktionieren. Das Gesamtkonstrukt muss nach Lean Prinzipien funktionieren.

115 I: Auch das ganze Administrative, dieser kaufmännische Bereich, wird der ebenso mit?

116 IP04: Natürlich, das geht nicht anders. Ich habe schon einige Projekte gemacht, auch in dem
117 Krankenhaus, wo ich früher tätig war, ohne Verwaltung und ohne Einbindung der EDV, das ist ein
118 zentraler Punkt, geht das nicht. Die musst du frühzeitig mit einbinden, weil sonst wirst du scheitern.
119 Du musst Schnittstellen schaffen, damit die einzelnen EDV Systeme miteinander kommunizieren
120 können. Z.B. wenn jemand jetzt ins PVE kommt, dann kommen die drauf, der hat doch eine Fraktur,
121 wie kommt der ins Unfallkrankenhaus, wie schicken wir die Daten da rüber und auch
122 abrechnungstechnisch ändert sich das. Und so muss die Verwaltung und alles ineinandergreifen, sonst
123 geht's nicht. Ich glaube, dass es nur möglich ist, indem man eine Betriebs-GmbH über das Ganze stülpt,
124 die die verschiedenen Bereiche miteinander koordiniert. Weil da kommen Einzelordinationen rein, das
125 sind eigene Betriebe, dann kommt ein PVE, dann das Krankenhaus, die Forschung, die hat noch dazu
126 viele Subfeatures, da kommen auch andere Institute, die sich einmieten werden. Da braucht es einen
127 Überbau, der das Gesamte managt.

128 I: Und gibt's da jetzt ein Konzept, dass man sagt, man beginnt einmal mit einem Bereich? Sprich mal
129 mit dem kaufmännischen Bereich und versucht mal, im kaufmännischen Bereich das zu integrieren?
130 Weil es ist ja doch Projektarbeit und gerade jetzt aufgrund der Covid-Pandemie schwimmen viele
131 Abteilungen wahrscheinlich auch aufgrund des Personals- und Fachkräftemangels, ist es sinnvoll, ich
132 fange mal an auf einem Bereich, wo jetzt nicht gerade Land unter ist wie auf einer Station?

133 IP04: Ich glaube nicht, dass man es alleine in der Verwaltung machen kann. ich glaube, dass man sich
134 einzelne Bereiche herausnehmen muss und für den gilt dann alles. Der wird lean aufgesetzt. Das PVE

135 muss von Anfang an in einer Art und Weise in das integriert werden, dass, wenn das Gesamtkonstrukt
136 lean funktioniert, dass das nahtlos ineinander übergeht. Also ich glaube nicht, dass man alleine nur die
137 Verwaltung so gestalten kann. aber bitte, bin jetzt kein –

138 I: Für den Anfang, bis man halt die restlichen Bereiche mit integriert. Man muss vielleicht mal bei einem
139 anfangen.

140 **IP04:** Ganz genau. Schauen wir, die X haben auch gesagt, sie haben mit ärztlichen Abteilungen sogar
141 angefangen und die versucht, umzuorganisieren. Aber bei denen ist auch das Ziel, das
142 Gesamtkonstrukt Lean zu bekommen. Aber nicht unter der Idee, dass man es ökonomischer gestaltet.
143 Da haben wir ein bisschen einen anderen Druck, weil die Arbeitgeberseite ein bisschen Druck macht.
144 Aber das ergibt sich weniger aus dem Lean Bereich, bei uns, sondern mehr aus der Art der
145 Zusammensetzung der Teilnehmer.

146 I: jetzt sind Sie als Führungskraft sehr beeindruckt von Lean und sehr überzeugt, sind wahrscheinlich
147 auch andere Führungskräfte bei Ihnen tätig, ist da jeder so mit Herzblut dabei, jeder so überzeugt oder
148 ist man da schon auch auf Skepsis gestoßen oder auf Widerstand?

149 **IP04:** Die Mitarbeiter haben das noch gar nicht so mitgekriegt, ich versuche das in vielen verschiedenen
150 Gesprächen, Besprechungen zu erwähnen, erkläre das immer wieder. Aber das ist für viele noch zu
151 abstrakt. Weil die sich einfach nicht damit auseinandersetzen. Der Oberarzt der unten sitzt, Patienten
152 sieht und nachbehandelt, operiert, gibt's was weiß der Teufel, was bei uns passiert, der hat derweil
153 mal wenig damit zu tun. Ich habe jetzt begonnen, damit die Leute mitgehen, die ersten Oberärzte, vor
154 allem die, die ganz kritisch sind, ins Projekt reinzuholen. Damit sie das Projekt mittragen. Weil, das
155 Verständnis natürlich dafür erhöht, weil man Mitarbeiter, die dann sagen können, ich habe ja
156 mitgearbeitet, ich weiß genau, warum der Aufnahmeprozess so aussieht, wie er jetzt ausschaut. Weil
157 ich war dabei. Dann gibt's mehrere, die da mitmachen, ich glaube auch, das gehört dazu, zu diesem
158 Gedanken. Also für mich. Dass man die Leute mitnimmt, weil sonst wirst du es nicht durchsetzen. Du
159 kannst es nicht oben aufklopfen, sagen, so, das ist wie wenn du zu einer Gruppe von Leuten sagst, ab
160 heute habt ihr euch lieb. Das geht nicht. Das muss man vorbereiten. Ich bin seit x Jahren Karatelehrer
161 und das ist so, du kannst nicht die Leute im Training, sagen, konzentriert euch. Sie konzentrieren sich
162 deswegen, weil ich das Umfeld schaffe, in dem sie sich konzentrieren können. Weil ich ein bisschen
163 was vorgebe und ein bisschen was fördere und fordere. Da treffen sich viele Dinge. Und genauso ist es
164 mit dem begeistert sein. Du kannst ein Feuer, das in mir brennt, kann ich nur in jemandem anderen
165 entzünden, wenn ich dem auch die Möglichkeit gebe, das Feuer zu sehen.

166 I: Und ist jetzt in dem Projekt, sind jetzt alle Berufsgruppen vertreten, auch die Pflege, dürfen da alle
167 Berufsgruppen zusammenarbeiten?

168 **IP04:** Sie dürfen nicht, sie müssen. Müssen heißt jetzt nicht, dass sie unter Zwang sind, aber ohne das
169 geht's nicht, es müssen von allen Berufsgruppen, das machen wir schon lange so, wenn wir bei uns
170 Projekte aufsetzen, OP Statut oder verschiedene andere Dinge, die irgendwelche Abläufe im
171 Krankenhaus regeln, da sind bei uns immer alle Berufsgruppen, die es betrifft, dabei. Erstens fehlen dir
172 zum Teil die Einsichten, weil ich weiß auch nicht genau, was jemand, der in der Kanzlei sitzt durch einen
173 Prozess, den ich oben auslöse, was das unten auslöst. Umgekehrt das Gleiche. Und wenn man da nicht
174 das Verständnis schafft, indem man alle mit einbindet. Dann wird man scheitern, dann ist man zum
175 Scheitern verurteilt. Heute war eine Delegation von uns, bestehend aus der leitenden OP Schwester,
176 Oberarzt und Qualitätsmanagerin und der Kanzleileitung im Krankenhaus in X, das größte
177 orthopädische Spital, die haben sich dort die Tagesklinik angeschaut. Weil jeder das mit anderen Augen
178 sieht. Die Kanzleileitung, aha, welche Aufenthaltsprozesse haben die da, wie kann man das für uns
179 verwenden und der Oberarzt, mein 2. Stellvertreter, hat sich das angeschaut, aha, wie machen die das
180 organisatorisch und jeder hat das unter einem Gesichtspunkt gesehen und bringt das Wissen mit uns
181 ins Projekt ein.

182 **I:** Wenn man auf die Station geht und auf den Patienten zu. Wie – lean Management ist ein sehr
183 strukturierter Prozess, da geht's um sehr viele Strukturen und Standardisierungen, wie kann man das
184 gestalten, dass trotzdem die Individualität des Patienten erhalten bleibt. Wo standardisiere ich und wo
185 muss ich Individualität walten lassen?

186 **IP04:** So weit sind wir noch nicht. Aber das muss man wieder dezentralisieren, das kann man nicht von
187 oben draufgeben, das müssen die Leute sich selber anschauen. Wir haben schon unsere Fühler
188 ausgestreckt zu den Barmherzigen, die haben auch gesagt, du musst mal anfangen und die Leute
189 arbeiten lassen. Und die Idee, die kommen, auch akzeptieren. Und das sollte jetzt nicht sehr dirigistisch
190 sein, sondern man sollte sagen, okay, schauen wir uns das mal an. Dann wird es auch Lernkurven
191 geben.

192 **I:** Das heißt, da gibt's dann auch so Behandlungspfade, dass man mal sieht, wie durchläuft der Patient
193 von der Terminvergabe bis zur Aufnahme bis zur Begleitung ins Zimmer, Operation, Behandlung, bis
194 zur Entlassung, ist das so ein Behandlungspfad, der durchlaufen wird? Ist das eine sogenannte
195 Wertstromanalyse?

196 **IP04:** Also, ob das eine Wertstromanalyse ist, weiß ich nicht, wir würden es als Patientenstromanalyse
197 wohl bezeichnen. Aber ganz genau. Wir haben das angefangen, wie schaut das aus, wir versuchen das
198 als Patientensicht zu machen, der Patient kommt rein bei der Tür, was braucht er für Informationen
199 und auf wen trifft er. Und wie schauen wir dann, dass er möglichst schnell dorthin kommt, wo er hin
200 muss. ich habe z.B. die Idee entwickelt, dass Patienten zur Wiederbestellung mit einem QR Code
201 kommen, den man ihnen aufs Handy schicken kann, dann kommt er rein bei der Tür, dann hält er sein

202 Handy zu dem Automaten, dann, ah, Sie müssen zum Zimmer 22, 2. Stock. Hausnummer. Und folgen
203 Sie bitte den gelben Linien. Oder genau den Prozess haben wir jetzt begonnen zu analysieren.
204 Schrittweise, das braucht Zeit. Aber wir haben eine trotzdem sportliche Geschichte, weil wir müssen
205 Ende Juni nächsten Jahres das Konzept so weit haben, dass es nicht im Detail fertig ist, aber bald im
206 ersten Punkt das PVE umsetzen können. Das ist das dringendste, auch aus politischer Sicht, weil das
207 einfach benötigt wird. Der Bezirk braucht es, damit er Erfolg hat. Es gibt also verschiedene Strukturen,
208 die das brauchen, auch wollen. Das ist auch in der Gemeinde X – die will unbedingt so ein PVE haben.

209 I: Jetzt wird Lean Management ja sehr stark auf diese Vermeidung von Verschwendung. Haben Sie sich
210 auch mit der Verschwendung schon auseinandergesetzt, wo kann ich sehr viel einsparen, ist es jetzt
211 an Personalressourcen, dass ich jetzt Zeit einspare, ist es aber auch im Logistikbereich, dass ich mir
212 Wege erspare, dass ich mir zusätzliche Räumlichkeiten erspare, ist dahingehend schon was erarbeitet
213 worden?

214 **IP04:** Gerade am Anfang. Wir haben am Dienstag 5 Stunden uns zusammengesetzt und uns überlegt,
215 wie kommt einer rein, dann haben wir uns angeschaut, wo muss – weil das auch wichtig ist, wo muss
216 die Tagesklinik, die es bis jetzt nicht gibt bei uns – aus verschiedenen Gründen – wo muss die hin im
217 Haus. Und dann sind wir draufgekommen, es gibt eigentlich nur eine logische Sache, der muss – die
218 Tagesklinik muss möglichst knapp an den Zentralop| heran, weil damit hebe ich Synergien. Weil ich
219 kriege das Material, das ich zum Operieren brauche, dann habe ich es quasi daneben. Ich kann einen
220 von unseren Operationssälen, der jetzt noch ganz normal, nicht tagesklinisch, ist, dann in die
221 Tagesklinik integrieren und das Ganze soll sowieso in einem Raumkonzept sein, sonst macht es keinen
222 Sinn. Daher hat das unmittelbaren Einfluss auf die Architektur des Gebäudes. Dann wollen wir gleich
223 daneben die Intensivstation hinbringen, die muss eh umgebaut werden, dann bauen wir sie gleich dort
224 hin. Dann kann der Aufwachpatient, der in der Tagesklinik ist, wenn es ein Problem gibt, gleich hinüber
225 transferiert werden. Das ist jetzt ein Extremfall, aber ich glaube, es ist gut. Also, es geht im
226 Wesentlichen darum, Prozesse zu vereinfachen und quasi lokal geografische Probleme zu lösen, damit
227 man auch die Prozesse gestaltet. Das klassische Beispiel ist im Labor, warum müssen alle Routine
228 Laboruntersuchungen um 8 in der Früh im Labor sein. Ob das jetzt um 10 oder um 12 da ist, das Labor,
229 das ist vollkommen wurscht für den Patienten, wenn das eine Routineuntersuchung ist. dann kann
230 man sagen, die Station 1 hat jeden – hat an einem Tag um 8 und am nächsten Tag um 9 und
231 übernächsten Tag um 10, dann um 11 die ganzen Blutabnahmen und so gestaltet man den Fluss der
232 Laborproben kontinuierlich. Das ist ein ganz banales, aber plakatives Beispiel, weil man erkennt, wie
233 man solche Dinge vereinfachen und erheben kann.

234 I: jetzt geht's im Lean Management um dieses Kaizen Prinzip, die ständige Verbesserung. Ich meine,
235 das ist glaube ich Ziel jeder Klinik, dass es sich ständig weiterentwickelt und verbessert. Was aber auch

236 ganz klar gelebt wird, im Lean Management ist die Fehlerkultur und wir wissen alle, in Österreich ist
237 das nicht so beliebt, eine positive oder offene Fehlerkultur. Wie wird man das da integrieren und wie
238 geht man da mit Fehlern um?

239 **IP04:** Wir haben schon ein ganz gut etabliertes System, das werden wir da einfach integrieren, das
240 muss man verbessern. Wir haben auditieren lassen und zertifizieren lassen von einer deutschen
241 Gesellschaft für das Trauma Netzwerk und da ist uns auch vorgeschrieben worden und das war sehr
242 vernünftig, das machen wir auch, dass wir so Konferenzen machen, das ist auch Teil der Fehlerkultur,
243 wo man quasi ohne jemanden zu beschuldigen, schwierige Fälle oder wo was nicht so ist, wie es hätte
244 laufen sollen, bearbeitet. Unter Umständen mit tödlichem Ausgang. Also das ist eine Möglichkeit, M
245 und M Konferenzen, das haben wir schon und generell muss man in allen Besprechungen, wenn einer
246 einen Fehler macht und der wird von mir jetzt – der will nicht von mir betoniert werden und vor der
247 Mannschaft fertiggemacht werden, der wird nie mehr einen Fehler zugeben. Wenn man sagt, okay,
248 reden wir darüber, wie wir das besser machen können, dann wird das ganz anders sein. Dann geht das
249 gut. Es gibt auch das Peer Review System vom Bund, vom Gesundheitsministerium, ich bin auch ein
250 Peer Reviewer durch Corona, das ist jetzt stillgelegt, wo man Abteilungen nach bestimmten
251 Gesichtspunkten befragt. Das finde ich auch schon gut. Weil die Frage ist, Fehlerkultur, da geht's auch
252 darum, welche Probleme in einer Abteilung zu einer bestimmten Fragestellung – wenn man
253 freundschaftlich und kollegial den Dialog mit Kollegen beginnt und von der Abteilung, die da reviewed
254 wird, dann hat das viel beizutragen, die Qualität zu heben und wenig den Widerstand. Und wenn man
255 diese Dinge regelmäßig macht, dann kann man das ganz gut.

256 **I:** Haben Sie jetzt speziell Prozesse, wo Sie sagen, dass würden Sie sich wünschen, da würde speziell
257 das ärztliche Personal entlastet werden und auch das Pflegepersonal, gibt's da Komponenten, wo Sie
258 sagen, das wäre ganz wichtig, dass man das mit Lean Management optimieren wird, damit das Personal
259 entlastet wird, damit mehr Zeit für den Patienten da ist? Gibt's da so Tätigkeiten, Prozesse, Profile,
260 wenn man sagt, gerade da wäre Lean Management extrem wichtig?

261 **IP04:** Ja, wir haben das in der Nachbehandlung, da sind wir bei Weitem nicht lean, da haben wir zu
262 lange Wartezeiten. Da haben wir schon viel versucht, hat nicht funktioniert, hängt mit der
263 Patientendisziplin zusammen, weil sie nicht zu dem Zeitpunkt kommen, wo sie kommen sollten. Oder
264 sie sind um 11 bestellt, sind schon um 7 da, ich möchte möglichst schnell wieder draußen sein. Da
265 gibt's einiges, was man machen muss und das ist mir eigentlich eines der wichtigsten Themen, unter
266 anderem.

267 **I:** Ich glaube, jedes Krankenhaus ist zurzeit vom Fachkräftemangel ein bisschen betroffen. Kann man
268 mit Lean das Leistungsniveau steigern oder speziell erhalten, aber auch den Fachkräftemangel und den

269 Kostendruck kompensieren? Glauben Sie, dass das Ineinandergreifen kann, dass man sagt, man kann
270 den Fachkräftemangel kompensieren, indem man mit den Ressourcen anders umgeht?

271 **IP04:** Also, weiß nicht, ob das Lean Management alleine dazu angetan ist, das Wesentliche ist, dass
272 man ein Arbeitsumfeld schafft, damit die Mitarbeiter da nicht nur arbeiten können, sondern auch
273 arbeiten wollen. Das ist glaube ich das Wichtigste. Warum wollen sie arbeiten? Weil das Arbeitsumfeld
274 so gestaltet ist, dass man nicht ausgequetscht ist. eines der Probleme, das wir haben mit der Pflege,
275 warum gibt's ein großes Pflegeproblem, weil, wenn man immer mehr diese ganzen
276 Arbeitszeitmodellberechnungen, PMPA, wie die alle heißen, immer mehr angezogen hat, immer
277 versucht hat, noch und noch zu optimieren und das System hat einfach – das hat einfach, die
278 Schwestern nicht am Vormittag und zu Mittag eine halbe Stunde zusammensitzen können, wo sie
279 wahrscheinlich zu einem guten Teil über Patienten reden, aber manchmal auch über das Liebesleben
280 der Maikäfer, einfach, wo man sozusagen ein bisschen ausschalten kann und den Stress, den man
281 draußen erlebt, weil permanent irgendwer läutet und irgendwer was braucht und fordert, ein bisschen
282 gemeinsam abarbeiten kann, dann geht die Lust am Arbeiten verloren. Und dementsprechend muss
283 man solche Systeme wieder ein bisschen verändern und ich will erreichen, dass wir hier drinnen ein
284 Arbeitsklima haben, wir wollen uns da als Vorzeigehaus etablieren und ich habe von der
285 Generaldirektion das Go dafür bekommen, dass wir hier für die Arbeitnehmer ein sehr positives
286 Umfeld gestalten. Da ist Lean Management ein Aspekt, aber das ist ja das Gesamtkonstrukt, das muss
287 ja fachlich dabei sein. Es kommt ja keiner wegen dem Lean Management, sondern weil es ein
288 spannendes Aufgabenfeld und vielleicht aber auch ein super Arbeitsumfeld ist.

289 **I:** Jetzt bedeutet Lean Management die Verschlinkung, das heißt nicht, dass es unbedingt
290 kostengünstiger wird, das kann ja sein, dass am Anfang mehr Kostenaufwand entsteht durch die
291 Umstellung. Sind Sie mit dem konform, merken Sie das, dass am Anfang ein finanzieller Mehraufwand
292 ist?

293 **IP04:** Ja, alleine das Projekt, was das kostet. Ja. Das ist so. aber das ist bei Umstellungen. Du hast keinen
294 quick win. Das ist nicht so, dass – heute drehst du den Hebel um, lean und jetzt sind 50% weniger
295 Ausgaben. Nein, das wird eine Zeit dauern. Aber es wird sich rentieren, weil man sieht, ah, die
296 Arbeitnehmer kommen gerne rein, wir haben weniger Krankenstände, das kostet ja auch alles. Also,
297 wenn man positives Arbeitsumfeld schafft und das gemeinschaftlich schafft und dann wird das auch
298 gut funktionieren. Wir haben bei uns, ein Vorteil ist die Kleinheit unseres Hauses, ich meine, wir haben
299 500 Mitarbeiter im Haus, wir haben 120 Betten. Und 500 Mitarbeiter. Über alle Bereiche. Und der
300 große Vorteil ist, dass man sich aufgrund dieser Größe eigentlich nach ein paar Jahren kennt fast jeder
301 jeden. Und das ist ein super Zusammenarbeiten zwischen der Ärzteschaft und der Pflugschaft. Wir
302 wissen, wir können uns aufeinander verlassen. Die Pflege ruft nur an, wenn sie wissen, dass es ein

303 Problem gibt und wir wissen, wenn die anrufen, dann müssen wir wirklich, dann gibt's ein Problem.
304 Das ist mit großem Respekt, die wissen, super, ich kann viel selber machen. Das ist auch für die
305 angenehm, die müssen nicht wegen jeder Salbe, die sie wo raufschmieren, müssen sie anrufen.
306 Sondern, geh, ich habe da was raufgeschmiert, kann ich da eine Unterschrift haben. ja, ist eh klar. Die
307 weiß das wahrscheinlich viel besser die Dame, als ich. Welche Salbe man bei einer Hautrötung drauf
308 gibt.

309 I: Jetzt ist aber lean Management standardisiert und strukturiert, jetzt kann natürlich sein, dass man
310 den Mitarbeitern geben muss, die sie bisher nicht gewohnt waren, wie geht man da um mit
311 Mitarbeitern, dass sie sich nicht degradiert fühlen und demotiviert, weil plötzlich müssen sie sich an
312 standardisierte Regeln halten, die es davor nicht gegeben hat? Wie schafft man das, dass man da
313 niemanden vor den Kopf stößt, dass das mitgetragen wird, die Standardisierung, es sind doch
314 zigtausende Patienten im Jahr und für jeden möchte man die gleiche und beste Behandlungsqualität
315 haben?

316 **IP04:** Ja, die Behandlungsqualität soll nicht schwinden. Die werden einfach – ganz einfach, ich fahre
317 mit dem Schwert durch und alle, die nicht wollen, lacht, nein. Das werden wir uns anschauen, wie wir
318 das machen, das werden wir gemeinsam erarbeiten. Ich glaube, das wichtige ist bei
319 Standardisierungen, die kannst du immer gemeinsam erarbeiten. Und dann werden die alle zufrieden
320 sein – oder alle nicht, aber zu einem überwiegenden Teil zufrieden sein, sodass sie dann das
321 mitmachen. Ist eine Expertenorganisation, ein Krankenhaus, jeder hat seine Expertise, jeder in der
322 Pflege hat eine Expertise, die wir nicht haben und wir haben eine, die sie nicht haben. und wir müssen
323 uns aufeinander verlassen können. Und wo es Schnittstellen gibt, häufig, bei fast jedem Patienten,
324 müssen wir uns zusammensetzen und sagen, so, wie machen wir das. Dann wird es einen Weg geben.
325 Das ist bei uns gelebte Kommunikation im Haus und das funktioniert auch. So wird man die Prozesse
326 oder Standards anpassen. Wir haben viele, es gibt listenweise Standards und das funktioniert. Eine
327 gewisse Flexibilität muss man trotzdem beibehalten, das wird sonst unregierbar. Das hängt auch viel
328 mit der EDV zusammen, wenn man das handschriftlich führt und nicht alles voll digitalisiert ist, dann
329 wirst du automatisch dazu gezwungen. Das kommt in ein System, da muss sowieso alles von uns
330 freigegeben werden.

331 I: Das wäre meine nächste Frage, wie geht man jetzt um aufgrund der starken Digitalisierung, jetzt hat
332 man das Lean Projekt, auf der anderen Seite kommt noch die Digitalisierung dazu, was wäre für Sie
333 sinnvoller, was zuerst da wäre?

334 **IP04:** Das muss sich parallel entwickeln, ich glaube nicht, dass es ein zuerst gibt. Die EDV wird sicher
335 die große Herausforderung, ich kenne das schon, ich habe schon einige EDV Projekte erlebt, die EDVler
336 erklären dir dann immer, warum was nicht geht. Das kann nicht sein, dass wir unsere Prozesse nach

337 der EDV richten müssen, das hätten die aber gerne, da muss man sie auch rechtzeitig einbinden, sonst
338 geht's nicht. Das ist nicht, dass man da mal, dass wir glauben, wir sind so geschickt, werden sie
339 einbinden, in Hainburg haben wir gemacht, da gab es, das war ein klassisches Krankenhaus, interne
340 Chirurgie, Gyn, Anästhesie und Röntgen und da gab es keine Ambulanz auf der Internen. Und alle auf
341 der Internen haben mehr oder weniger müssen. Dementsprechend war die knall voll immer. Dann
342 haben wir gesagt, das geht nicht, wir müssen interdisziplinäre Aufnahmeambulanz machen, müssen
343 Betten frei machen, haben eine Tagesklinik dort aufgebaut und entsprechend haben wir alle Prozesse
344 neu denken müssen und das hat eigentlich wirklich gut funktioniert, weil wir die Prozesse gemeinsam
345 aufgesetzt haben. und da habe ich gelernt, da habe ich ein bisschen spät angefangen, die EDV mit
346 einzubinden und dann haben sie mir auf die Finger geklopft, das hätten wir früher wissen müssen,
347 dann hätten wir euch besser helfen können. Jetzt gibt's verschiedene Dinge, die wir nicht so machen
348 können. Daher, um auf die Frage zurückzukommen, das habe ich schon bald gelernt, wenn man das
349 nicht geschickt macht, dann geht das nicht. Das muss getestet werden, ob das dann in der Realität
350 umgesetzt werden kann oder nicht.

351 I: Es ist ja beim Lean Management auch so, das Shop Floor Management, das heißt, die Führungskraft
352 ist vor Ort. Ist das auch von Ihnen ein Leitsatz, dass man sagt, man geht selbst als Führungskraft durch
353 die Abteilungen, durch die Station und schaut sich die Prozesse vor Ort an, um dann darüber zu
354 entscheiden und das mittragen zu können oder sagen Sie eher, Sie haben da jemanden, der für Sie
355 diese Prozesse anschaut?

356 **IP04:** Naja. Ich gebe Ihnen das zu bedenken, was ich am Anfang gesagt habe, wir sind ein Haus von
357 einer gewissen Größe. Ich habe meine eigene Station quasi. Ich muss auf die Station rauf. Ich muss
358 auch in die Erstuntersuchung runter, ins Röntgen usw. das heißt, für mich ist das jetzt nichts Neues.
359 Ich muss weiter die Tätigkeit, die man als Chef für sein Haus machen muss, weitermachen. Deswegen
360 ist ja unser Haus glaube ich ganz optimal zum Einführen. Wenn das jetzt ein 1000 Betten Haus ist, dann
361 müsste ich meinen Ablauf komplett umorganisieren, wahrscheinlich muss ich trotzdem, wenn es lean
362 läuft, mehr, noch mehr hinein in die Prozesse. Weil jetzt kann ich das delegieren, aber ich kann das an
363 meine 1. Oder 2. Vertreter delegieren, aber die Führung muss präsent sein, in allen Bereichen.

364 I: Ja, Corona war so ein unvorhergesehenes Ereignis. Lean Management ist eben die Vermeidung von
365 Verschwendung, jetzt haben wir aber auch gesehen gehabt durch die Corona-Pandemie, wir mussten
366 Lagerbestände auffüllen, es waren plötzlich Lieferschwierigkeiten. Wie kann man das ins Konsens
367 bringen, auf der einen Seite soll man vermeiden, dass man hohe Lagerbestände hat und eben kurze
368 Durchlaufzeiten, auf der anderen Seite wissen wir nie, was auf uns zukommt. Sollten wir vielleicht
369 aufgrund der Pandemie auf mehr Masken und Handschuhlagerbestände setzen? Welchen Mittelweg

370 könnte man da gehen, dass man sagt, das soll trotzdem lean sein, aber man soll trotzdem auch diese
371 Verschwendung vermeiden?

372 **IP04:** Ja, die Lagerbestände werden ja nicht schlecht, Desinfektionsmittel, Handschuhe, das wird nicht
373 schlecht.

374 **I:** Das kostet sehr viel.

375 **IP04:** Ja. Da muss ich sagen, das ist etwas, was ich als Arzt nicht auf mich nehme, sondern da werde ich
376 die Verwaltungsleute fragen, wie sie das machen können. Ich meine, ich beschäftige mich eh schon
377 relativ viel mit den Dingen, aber alles kann ich nicht machen. Nur zur Information, um 14 Uhr 50 muss
378 ich wirklich pünktlich aufhören.

379 **I:** Ja, ich habe nur mehr ein paar wenige Fragen noch. Sie haben schon gesagt, Sie arbeiten jetzt mit
380 dem Krankenhaus X, glaube ich, zusammen?

381 **IP04:** Nein, X Die X habe ich nur deshalb angeschaut, weil die Lean schon einführen. Die sind innovativ,
382 die sind in Linz und Wien. Auch in Graz gibt's X, mit denen arbeiten wir zusammen, sehr gut, sind echte
383 Profis.

384 **I:** Haben Sie jetzt aber auch von auswärts schon Experten, es gibt schon viele Experten in der Schweiz,
385 in Deutschland, haben Sie schon von außen Unterstützung genommen?

386 **IP04:** Ja, natürlich haben wir eine externe Organisation, die uns berät, die kommt aus Linz, aber die
387 haben selber sehr viel Erfahrung im Lean Management. Das schaffe ich nicht. Das wäre vollkommene
388 Selbstüberschätzung, wenn ich glauben würde, ich kann das alles. Viel von dem, was ich gesagt habe,
389 das habe ich gelesen, gespürt und lerne auch in dem Projekt natürlich viel neu. Wäre ich ja der
390 Wunderwuzzi schlechthin, wenn ich das alles könnte, wüsste. Wie das mit der Verwaltung, wie man
391 das mit den Lagerbeständen macht, ja, weiß ich nicht. Kann ich nicht beantworten, es ist mir ziemlich
392 beiträgliches Problem, es gibt andere Leute, die sich damit beschäftigen und sich darüber den Kopf
393 zerbrechen.

394 **I:** Jetzt wissen wir, Lean kommt aus dem Japanischen, aus der Automobilindustrie, steht immer für
395 Wirtschaftlichkeit und Effizienz. Jetzt ist das immer so schwer, dass auf ein Krankenhaus umzusetzen,
396 gerade, weil es einen ethischen Hintergrund hat. Man kann es nicht 1:1 umsetzen, aber wie könnte
397 man es definieren, dass es jetzt für eine gemeinnützige Anstalt oder ethisch nicht ins falsche Licht
398 gerückt wird?

399 **IP04:** So, wie ich das ganz am Anfang schon gesagt habe. Es ist eine Management System, das dazu
400 dient, den Ablauf für Patienten und Mitarbeiter wesentlich angenehmer zu gestalten. Effizienter,
401 zeiteffizienter, kosteneffizienter, wissen wir nicht. Das kann ich nicht sagen, das wird sich erst
402 bewahrheiten wahrscheinlich nach ein paar Jahren. Da kann man natürlich viel hinschreiben und

403 hinrechnen. Das muss man erst beweisen, dass es wirklich kosteneffizienter ist. aber ich glaube, alleine
404 dadurch, dass die Leute lieber da arbeiten und was weiß ich, ein höherer Anteil von Mitarbeitern da
405 ist und bleibt, weil er hier gerne arbeiten möchte, nicht, weil er muss, wird sich auf die Kosten
406 auswirken. Weil, weniger krank sind. Ich glaube, das hat überhaupt nichts mit dem Ethos zu tun, im
407 Gegenteil. Gerade der Qualitätsanspruch, der im Lean steht, ist ein sehr hoher. Der lässt sich mit dem
408 Berufsethos ausgezeichnet in Verbindung bringen. Das ist ja, dass man sich selbst regelmäßig
409 reevaluiert, dass man Möglichkeiten schafft, erstens die Fehlerkultur, das haben Sie eh alles
410 angesprochen, das ist gerade das auf ethischer Ebene, was gefordert ist, was wir ja wollen. Wir wollen
411 auch besser werden. Wie, wenn wir neue Operationsmethoden lernen wollen, wollen wir auch lernen,
412 wie wir das Haus organisieren, günstiger, für alle angenehmer. Hoffentlich. Die sind ja schon ~~ur~~ alt, in
413 Wirklichkeit sind das 40, 50-Jahre alte Strukturen im Grund. Die einzelnen Verbesserungen, aber im
414 Großteil rennt das immer gleich. Wir entwickeln uns in eine smarte Gesellschaft, die Gesellschaft 5.0
415 und wir sind aber im Krankenhaus bei 2.0 vielleicht

416 I: Ja, zum Abschluss noch, wie sehen Sie da die Entwicklung in den nächsten Jahren, wird das in
417 Österreich ein Trend, wird das immer mehr kommen oder glauben Sie, dass das weitgehend noch von
418 Skepsis –

419 IP04: Ich hoffe, dass das ein Trend wird, weil ich glaube – nein, ich bin davon überzeugt, dass das eine
420 gute Sache ist und wir haben eigentlich vor, mit Unterstützung aus der Politik, die habe ich mehrfach
421 zugesichert bekommen, seid ihr euch sicher, habe ich gesagt, immer wieder, wisst ihr, worauf ihr euch
422 einlasst, erkläre das immer wieder. Und die sagen, ja, das ist genau das Interesse, wir sind quasi das
423 Modellhaus, weil wir eben die kritische Kleinheit haben und nicht die kritische Größe haben. weil im
424 AKH sowas anzufangen, wo 2.000 Leute täglich ein und ausgehen, das ist schwieriger. Aber wenn es
425 Einheiten gibt, wo es funktioniert, glaube ich, wird es sich langsam doch etablieren. Oder Schritt für
426 Schritt, die Barmherzigen Brüder bauen schrittweise um, das wird sich auch herumsprechen. Es wird
427 einen Zwang geben, in die Richtung was zu machen, sonst haben wir die Leute nicht mehr in der Pflege
428 und viele Ärzte, die auch weggehen, weil das System, wie es jetzt funktioniert, nicht gut ist. man wird
429 ausgequetscht.

430 I: Ja, dann wäre noch, was ist aus Ihrer Sicht sonst noch wichtig, was ich vielleicht nicht erwähnt oder
431 nicht gefragt habe, gibt's noch was, wo Sie sagen, das wäre Ihnen wichtig zum Thema lean
432 Management?

433 IP04: Ja, ich glaube, alles, was mir wichtig erscheint, ist untergebracht, ich würde jetzt keine famous
434 last words –

435 I: Dann bedanke ich mich sehr herzlich für das Interview, es war ein tolles und angenehmes Gespräch,
436 dass Sie sich Zeit genommen haben.

- 437 **IP04:** Sie machen das als Masterarbeit?
- 438 **I:** Genau, das ist meine Masterarbeit.
- 439 **IP04:** Public Health Management oder was ist das?
- 440 **I:** Unternehmensmanagement im Gesundheitswesen, heißt das.
- 441 **IP04:** Okay.
- 442 **I:** Ja. Ja, ich bedanke mich nochmal ganz herzlich. Wünsche Ihnen dann alles Gute und viel Erfolg bei
443 der Umsetzung des gesamten Projekts. Und viel Kraft.
- 444 **IP04:** Ich habe eine Bitte, wenn Ihre Masterthesis durch ist, könnten Sie sie schicken?
- 445 **I:** Ja, sehr gerne schicke ich die.
- 446 **IP04:** Das wäre schon klasse, vielleicht kann ich da auch noch was lernen.
- 447 **I:** Ich hätte noch eine Bitte, dass Sie mir dann noch die Einverständniserklärung übermitteln würden,
448 damit das Ganze auch anonymisiert wird.
- 449 **IP04:** Haben Sie schon was geschickt?
- 450 **I:** Ja, ich habe es damals gleich beim 1. Email geschickt, ich kann es aber gerne nochmal schicken, ist
451 kein Problem.
- 452 **IP04:** Ja, bitte, sorry, ich kriege so viele Emails.
- 453 **I:** Kein Problem, schicke ich gleich im Anschluss.
- 454 **IP04:** Gut, okay, alles Gute, toitoitoi für die Masterarbeit.
- 455 **I:** Danke, ebenso, Wiedersehen.
- 456 **IP04:** Danke, Wiederhören.

I

1 **5.Interview vom 13.12.2021 16:02 Uhr bis 16:58 Uhr Online**

2 **I:** Ja, ich habe so meine Themenschwerpunkte in 5 Blöcke eingeteilt, es geht um das Wissen
3 über lean Management, ein bisschen um das Patientenmanagement, die Praxis, die
4 Umsetzung und auch ein bisschen über die Wirtschaftlichkeit. Jetzt ist meine 1. Frage, was
5 unterscheidet Ihrer Meinung nach Lean Management von den herkömmlichen Management
6 Konzepten, die in den letzten Jahren immer im Krankenhauswesen so implementiert wurden?
7 Also was macht Lean Management anders?

8 **IP05:** Für mich macht Lean Management anders, gleich viel besser für die Praxis, dass es
9 versucht, verschiedene Säulen in einem Unternehmen zusammenzufassen. Es geht nicht nur
10 um die Patienten, es geht nicht nur um den Mitarbeiter und auch nicht nur um die
11 Wirtschaftlichkeit, Organisationsstruktur, Verwaltung, sondern es schaut, wie kann ich alle
12 Bereiche gut zusammenfassen, dass ich für jeden einen Profit habe. Es soll die Qualität für alle
13 Bereiche steigen. Das ist für mich das, was es ausmacht im Unterschied zu anderen Strukturen
14 oder Managementsystemen, die es gibt.

15 **I:** Jetzt ist es Lean Management in Österreich noch recht unbekannt. Was meinen Sie, was ist
16 da der Grund, dass da noch so viel Skepsis entgegengebracht wird? Dass es noch nicht wirklich
17 angekommen ist in Österreich, ist doch schon in der Schweiz oder in Amerika sehr populär,
18 aber bei uns hakt es noch ein bisschen?

19 **IP05:** Ich glaube, das ist mal einfach eine österreichische Mentalität, das glaube ich, ist schon
20 ein großer Grundstock von dem Ganzen, dass man Altbewährtes lieber hat, als sich auf was
21 Neues einzulassen. Und ich glaube, dass es noch was ist, also ich habe mit vielen Leuten schon
22 geredet, die Lean Management aus der Wirtschaft kennen oder aus der Technik, vielmehr.
23 Magna, andere große Konzerne und dort ist es eigentlich fast immer, wenn man sich mit den
24 Leuten unterhält, einhergegangen mit Einsparungen. Also die verknüpfen Lean immer mit
25 einer Einsparung, meistens eine personelle Einsparung. Und ich glaube, dass man das einfach
26 oft verbindet und sich denkt, lean kommt und wir werden reduziert und das ist beim jetzigen
27 Personalstand überall eine Katastrophe, wenn man daran denkt. Als Basismitarbeiter, jetzt
28 werden wir noch weniger. Ich glaube, dass das eine große Ursache ist.

29 **I:** jetzt ist lean Management, es geht um die Verschlankung, aber ist es, wie bringen wir das
30 eben einem Mitarbeiter näher. Wenn man sagt, es wird eben nicht auf Personal reduziert,

31 sondern es soll eigentlich effizienter gestaltet werden. Wie gehe ich mit einem Mitarbeiter
32 um, dass ich das verständlicher erkläre?

33 **IP05:** Also ich kann nur sagen, seit 2015, 16 – ich versuche das auch irgendwie ins Team zu
34 bringen, ich leite ein Team mit 41 Köpfen, Pflege und mir ist es ein Anliegen, dass ich versuche,
35 das vorzuleben. Dass ich gar nicht lange über Lean spreche, vorab, sondern einfach mal
36 schaue, was können wir ändern. Z.B. eine Vereinheitlichung nur in der Anordnung von
37 Blutabnahmematerialien, dann rede ich, sage, schaut mal, was wäre gut für euch, wenn du in
38 der Ambulanz bist, wo findest du die Dinge und ich versuche es mal, praxisnahe ins Team zu
39 bringen, ohne, dass ich es Lean nenne. Mittlerweile gelingt mir das nicht nur, mein Team kennt
40 mich sehr gut, die wissen einfach mit mir schon viel. Aber so ist immer mein Zugang gewesen,
41 dass ich mit ihnen mal was praktisch umsetze und wir zäumen das Pferd von hinten auf und
42 sagen, schaut, der ist verknüpft mit dem Lean, ganz stark, eure Wege werden kürzer, ihr müsst
43 nicht denken, ihr findet die Sachen. Also meistens ehrlich gesagt ein bisschen von hinten
44 herum und auch mit direkten – ich sage es so, wo ich sie immer wieder konfrontiere und in
45 einer Teambesprechung kurzen Lean Input habe, oder ich mit dem X, der Sie auch an mich
46 verwiesen habe, zusammenarbeite und sage, du bitte, mach du das von außen, komm in die
47 Teambesprechung, dann machen wir einen kurzen Workshop, 3 Stunden am Nachmittag. Wir
48 arbeiten jetzt auch wieder daran, dass für einen bestimmten Bereich aus meiner
49 Leitungssituation einen Huddle kreieren, die Ärzte jetzt mit reinzunehmen. Ich glaube, dass
50 man ganz viel mit Praxis und wenn man es jetzt den Mitarbeitern näherbringen will, muss man
51 ihm seine Vorteile zeigen. Ich glaube, die persönlichen Vorteile, die Sie haben und auch die
52 Vorteile für den Patienten. Und darum, die Wirtschaftlichkeit muss man draußen lassen. Wenn
53 wir es zum Mitarbeiter bringen, dass der es gut mittragen kann.

54 **I:** jetzt gibt's ja in Lean ganz viele Tools und Werkzeuge, wie man es anwenden kann, aber es
55 ist nicht alles lean. Also wenn ich jetzt einen Verbesserungsprozess habe, ist das nicht
56 automatisch lean. Kann man das ein bisschen abgrenzen, wo fängt lean an und wo hört lean
57 auf? Weil das ist für viele alles lean dann. Alles, was ein bisschen Verbesserung ist, ist dann
58 meistens schon lean. Das ist es aber oft nicht.

59 **IP05:** Überstrapaziert wird sehr gerne, aber wie man das unterscheidet, ist für mich schwer.
60 Ich versuche ein bisschen, mit dem Team auch, also mit einem Kaizen Board zu arbeiten und
61 diese Dinge lassen wir praktisch Lean benannt. Aber wenn wir eine Kleinigkeit machen, da fällt
62 lean nicht – das ist eher, was wir wirklich im Rahmen des Huddles oder im Kaizen Meeting, ja,

63 KVP; was wir in der Form tun. Das würde ich lean benennen, aber Sie haben recht, es
64 schwimmt sehr stark. Und viele meinen sich lean, weil sie irgendwas ändern, ohne, dass sie
65 einen lean Gedanken hegen, das muss man auch sagen. Eine Grauzone.

66 **I:** Jetzt haben Sie schon vom Kaizen Board gesprochen, welche Prinzipien oder Methoden
67 haben sich besonders bewährt, bei Ihnen?

68 **IP05:** Für mich ist das Wichtigste ein Huddle, wir haben Huddle in verschiedenen Strukturen,
69 auf verschiedenen Ebenen, ich habe mit meinem Team ein Betten Huddle kreiert, wo wir die
70 Gesamtsituation der Gesamtklinik spiegeln und einmal am Tag uns treffen. Also für mich ist
71 der Huddle eigentlich, muss ich sagen, das Wichtigste. Und dann wäre für mich schon ein
72 Kaizen, damit wir sozusagen lean gemäß nicht zum Stillstand kommen. Dass man einfach
73 wirklich weiterkommt, kontinuierlich an der Verbesserung arbeitet. Das wären für mich die
74 zwei großen Säulen. Wenn man das hat, dass man einfach die Kultur ein bisschen in die
75 Richtung stärkt auch.

76 **I:** Wie würden Sie als Vorgesetzte einem Patienten Lean beschreiben oder erklären?

77 **IP05:** Lean, boah. Einem Patienten? Kann ich einen erwachsenen Patienten nehmen?

78 **I:** Nehmen wir mal die Eltern, ja.

79 **IP05:** Also was ich erklären würde, lean bedeutet einfach, dass wir immer versuchen, das Beste
80 für Sie zu machen. Dass wir schauen, dass wir alles unter einen Hut kriegen, was das Beste für
81 Sie als Patient ist, wie der Mitarbeiter mit der Situation gut umgeht und wie wir möglichst
82 ressourcenschonend das Beste erreichen können. Und wir wollen uns ständig verbessern. Wir
83 wollen nicht stehen bleiben, wir wollen jeden Tag ein bisschen besser werden, als wir gestern
84 schon waren.

85 **I:** Man kann das jetzt ein bisschen menschlicher auch gestalten, oder, diesen ganzen
86 Patientenalltag, dass mehr auf den Patienten eingegangen wird, dass er bessere
87 Informationen bekommt, dass das alles strukturierter ist, also ist es schon für den Patienten
88 gesehen menschlicher, oder?

89 **IP05:** Ich glaube, es ist für den Patienten unwahrscheinlich qualitativer. Ich glaube, also, wenn
90 man alleine das Patientenboard in einem Krankenzimmer anschaut, denke ich mir, man kennt
91 es vielleicht von sich selber, man ist aufgeregt, Visite kommt, ganzen Tag überlegt man, was
92 man fragen muss, dann stehen die alle vor mir, dann weiß man nichts mehr. Das ist ein Tool,

93 wo ein Patient sich das einfach notieren kann. wo er das für sich nutzen kann, wo er weiß,
94 wann habe ich heute Therapie, wann kommt wer, was ist geplant, ich glaube, das ist ganz egal,
95 nimmt man ein Kind oder einen alten Menschen, ich glaube, das kann für jeden eine Hilfe sein.
96 Das gibt immer Struktur und auch Halt in dem ganzen Geschehen.

97 **I:** jetzt gibt's eine feste Struktur, von der Terminvergabe bis zur Aufnahme, bis ins Zimmer
98 gebracht werden, bis zur OP, bis zur Entlassung. Ist das so ein strukturierter Behandlungspfad
99 sozusagen? Kann ich mir das so vorstellen?

100 **IP05:** Ja. Eigentlich sollte es von Anfang an, also von dem Eintritt, es soll eigentlich an der Tür
101 beginnen bis zum wieder bei der Tür auf Wiedersehen sagen. Alles zusammen sollte für Sie
102 ein fließender Prozess sein, wo man die Leistungen, alles, was passiert, eher schaut, dass man
103 einen Weg, einen Pfad findet, wo Sie sich durch das Ganze durchbewegen.

104 **I:** jetzt ist das aber auch sehr starr strukturiert in manchen Bereichen, man möchte allen
105 zigtausend Patienten im Jahr die Qualität bieten. Bleibt die Individualität für jeden Patienten
106 auch gegeben, dass man nicht zu strukturiert vorgeht, dass man schon auf die Patienten
107 eingehen kann?

108 **IP05:** Ich glaube, man kann sogar besser drauf eingehen, weil man sich durch die Struktur
109 Zeitressourcen schafft. Und ich glaube, dass man dann für die Individualität mehr Zeit hat, als
110 man vorher hatte.

111 **I:** Aber wodurch kann man mit Lean Management mehr Zeit mit dem Patienten aufbringen?
112 Da gibt's Studien, wo man beobachtet, wie viel Zeit eine Pflegefachkraft am Patienten
113 verbringt. Ungefähr 30% am Patienten, der Rest, 30% Bürokratie Schreiberei, 40% sind
114 Laufwege. Was sagen Sie, wo können Sie reduzieren, dass Sie mehr Zeit für den Patienten
115 haben?

116 **IP05:** Ich würde sagen, die Laufwege. Das ist auch durch eine gescheite Lagerhaltung, durch
117 eine Struktur in meinem Prozess habe ich viel weniger Laufwege. Also verliere – habe ich mehr
118 Zeit am Patienten oder durch Dienstübergabe am Patienten. Bin ich mehr bei ihm und rede
119 nicht über ihn, sondern ich rede eigentlich mit ihm. Und das sind für mich so Dinge, wo man
120 ganz viel Zeit gutmachen kann. aber qualitativ mehr am Patienten ist, als ich renne 5 Mal aus
121 dem Zimmer, weil ich das von dort und das von da holen muss, wenn die Dinge einfach lean
122 gemäß so gelagert sind, wie ich sie brauche. Und in der Menge und in der Qualität. Also ich

123 glaube, dass das ein gutes Beispiel ist, wo man viel Zeit wieder für die Patienten eigentlich hat,
124 die man sonst nicht hat.

125 **I:** Die Wertschöpfung in einem Krankenhaus, da geht's mal um die Diagnostik und die
126 Therapie, das sind die Hauptwertschöpfungsfunktionen im Krankenhaus. Aber wie sehr kann
127 Lean die Wertschöpfungskette noch beeinflussen, indem man ja Vermeidung von
128 Verschwendung, nicht wertschöpfende Tätigkeiten, wie sehr beeinflusst Lean die
129 Wertschöpfung-

130 **IP05:** Ich glaube, wenn man schafft, dass man diese Lean Kultur, die Art, so zu denken, in der
131 Krankenhauskultur, ich glaube, dass man da, weiß nicht, 2 Jahrzehnte wahrscheinlich braucht,
132 das ist was, was vom Klinikvorstand ist, bis zum Reinigungsdienst, das jeder mittragen kann
133 und ich glaube, dass es dann die Summe macht. Das große Ganze macht noch viel mehr
134 Wertschöpfung, weil Reinigungsdienst kann genauso wertschöpfend für den Patienten Dinge
135 tun, als der Klinikvorstand. Beide sind weit weg vom Patienten, aber im lean können sie beide
136 sehr viel eigentlich dazu beitragen.

137 **I:** Wenn man Lean implementieren möchte im Krankenhaus, wo fängt man am besten an? Ist
138 es vielleicht effektiver, zuerst mal in einer Ambulanz zu beginnen, als auf einer Station, oder
139 ist es eher effektiver, überhaupt in der Organisation im kaufmännischen Bereich – weil
140 aufgrund der Covid Pandemie ist natürlich der Pflegekräftefachkräftemangel überall gängig.
141 Ich kann schwer auf einer Abteilung anfangen, die eh schon Land unter hat, die eh schon mit
142 Pflegefachkräften Probleme hat. Wie fange ich am besten an oder wo fange ich an?

143 **IP05:** das ist für mich ein ganz schwieriges Thema. Weil ich weiß, wie es bei uns am Klinikum
144 jetzt gelebt wird. Und da frage ich mich selber oft, was wünsche ich mir. Was wäre gut? Jetzt
145 ist das Vorgehen, dass alle bettenführenden Normalstationen implementiert werden und im
146 nächsten Schritt eigentlich alle Funktionsbereiche, Ambulanzen, OP; intensiv, Diagnostik. Alles
147 Mögliche. Ich glaube, dass es gut wäre, wenn man ein Haus sozusagen – oder eine Abteilung
148 lean gestaltet und nicht nur einen Teil. Aber da stehe ich recht alleine da mit meiner Meinung.
149 Ich glaube, es wäre schön, wenn man jetzt sagt, nimm das LKH Graz, man macht nicht nur die
150 Normalbettenstationen, dann fängt man an, macht man es auf der Augenklinik, dort, sondern
151 ich glaube, es wäre gut, ein Lean Haus zu kreieren und dann anzufangen. Zuerst macht man
152 die Normalstationen, dann auf die Intensiv, dann die Ambulanz, rollt das so aus aber ich
153 glaube, wenn man viel erreichen will, an Menge, dann kann man nur mit den bettenführenden

154 Normalstationen anfangen. Weil ich da viele Leute haben, die involviert sind. Und meistens
155 sind die Pflgeteams die größten Teams, fast überall, denke ich. Da habe ich eine große
156 Gruppe, die das gut mittragen kann. das glaube ich schon, dass das sinnvoll ist, dort zu
157 beginnen.

158 **I:** Generell und wo sehen Sie da die gängigsten Schwierigkeiten oder auch Probleme auf der
159 Station, wo kommt Lean auch an seine Grenzen oder wo sagen Sie, ist es schwer umsetzbar?

160 **IP05:** Ich glaube, dass überall gut umsetzbar ist, aber ich weiß, dass die Schwierigkeiten sind,
161 also das ist schwierigste, so nachdem Sie gesagt haben, das ist anonym, sage ich das jetzt, in
162 der Ärztegruppe, das zu leben. Sie sind es nicht gewohnt, das ist nicht böse, aber sie sind es
163 nicht gewohnt, dass sie sich mal nach einer Uhrzeit richten und nach einem Plan arbeiten.
164 Sondern sie sind gewöhnt, sie arbeiten und erscheinen, und alles, was sie brauchen, passiert.
165 Das ist bei Lean, die größte Schwierigkeit ist übertrieben, aber die größte Umstellung ist es
166 bestimmt für die Gruppe der Ärzte, die jetzt sehr strukturiert arbeiten im Lean und einen
167 Leitfaden haben, was sage ich bei der Visite. Ich stelle mich immer vor, auch, wenn sie es noch
168 so blöd finden, immer und ich glaube, dass das Umdenken, diese Disziplin, das Schwerste ist.
169 nicht nur die Ärzte, das war nur ein Beispiel, das trifft für alle zu, aber ich glaube, dass das die
170 größte Schwierigkeit ist.

171 **I:** Aber um Lean generell zu implementieren, sind die Führungskräfte mal das Um und Auf.
172 Wie war das bei Ihnen, waren da alle Führungskräfte von Anfang an begeistert und haben
173 mitgezogen oder ist da Widerstand entgegengekommen?

174 **IP05:** Widerstand sehr wenig, aber sehr passiv. Abwarten, kommt was, kommt nichts, was ist
175 das überhaupt, ist das was Gescheites. Einfach mal schauen und sehr skeptisch eigentlich. Und
176 ich denke, man muss die Führungskraft einmal dafür gewinnen. Die Führungskräfte, wurscht,
177 welche Berufsgruppe, die müssen das mittragen. Und ich glaube, wenn die Führungskraft
178 davon überzeugt ist und deshalb denke ich, dass man dort ansetzen muss und dort gut schulen
179 muss, dort viele Inputs hinein investieren muss, dass die Führung weiß, was ist das Ziel und
180 was kann es uns bringen?

181 **I:** Jetzt ist ja die X ein sehr streng hierarchisches System. Und lean ist genau das Gegenteil, es
182 beruht auf Augenhöhe, auf ineinander greifen unterschiedlicher Berufsgruppen, wie waren da
183 die Konfliktpotenziale, wie ist man da vorgegangen, dass sich die Berufsgruppen

184 zusammensetzen und auf Augenhöhe kommunizieren. Wie Sie schon gesagt haben, gerade
185 das ärztliche Personal tut sich da schwerer. Wie geht man da um mit dem?

186 **IP05:** Also ich habe ein Projekt geleitet, das war ein großes interdisziplinäres Projekt mit Pflege
187 und Ärzten aus mehreren bettenführenden Stationen. Führungskräfte aus beiden
188 Berufsgruppen. Pflegeführungskräfte, Ärzte, und jeder hat einen Basismitarbeiter
189 dabeigehabt. Und ich glaube, man muss es schaffen, ganz klare Regeln aufzustellen. Also zu
190 sagen, so ich möchte das mit euch machen, ich will nichts Böses, ich will euch helfen. Ich
191 glaube, das ist mal, wenn man das schafft, dass das ankommt, ich will was Gutes, ich will nichts
192 Böses, nichts wegnehmen, ich will gar nichts. Und dann wirklich die Dinge kommen lassen und
193 nicht gleich nein sagen. Sondern einfach mal zuhören, aktiv hinzuhören, sich das auch gut
194 überlegen und dann einfach sanft lenken, würde ich sagen. Dass man sagt, okay, ich verstehe
195 euer Problem und dann einfach so lean Tools ein bisschen vorschlagen, dass man sagt, aha,
196 könntet ihr euch vorstellen, dass wir das vielleicht so hinkriegen, wenn man mit dem und dem
197 – dann kommt eigentlich viel. Aber es braucht unheimlich viel Zeit und Geduld.

198 **I:** Jetzt ist aber auch im Lean Management das Shopfloor Management, das ist, ja, die
199 Führungskraft soll vor Ort sein, soll sich die Prozesse anschauen, muss dann die Entscheidung
200 mittragen. Ist das auch so gelebt bei euch auf der Abteilung, dass die Führungskräfte das vor
201 Ort anschauen und mitentscheiden?

202 **IP05:** Da kann ich jetzt nur für mich sprechen, in erster Linie, als Führungskraft. Ich habe
203 meinen Tag komplett umgestellt. Das heißt, ich bin in der Früh vorm PC eine Stunde, bin dann
204 meistens so von 8 bis 11, halb 12, also die Hauptbetriebszeit sozusagen, unterschiedlich in den
205 Bereichen unterwegs. Also es ist ja nicht so, dass ich überall gebraucht werde, aber ich gehe
206 einfach von einem Bereich zum anderen, erledige manche meiner Arbeiten einfach in einem
207 Bereich, um präsent zu sein, um mitzukriegen, nicht nur auf Zuruf was zu wissen. Sondern
208 auch, um zu wissen, wovon reden sie. Das schaffe ich meistens 3 Tage in der Woche. Das gibt
209 mir einen super Einblick und erleichtert mir auch die restlichen Arbeiten, weil ich vieles weiß.
210 Weil ich nicht fragen muss, sondern weil ich einfach dabei bin. Das geht gut, das ist eine große
211 Umstellung, aber das geht perfekt, muss ich sagen.

212 **I:** Aber wahrscheinlich haben sich auch die Mitarbeiter umstellen müssen, weil es ist eine
213 große Umstellung und viele haben schon Jahre so mitgearbeitet und jetzt ist meine Frage, wie

214 motiviert man da Mitarbeiter, ohne, dass man ihn degradiert oder vielleicht, ja, zu sehr die
215 Strukturen aufzwingt, dass er sich einfach dann bevormundet fühlt dann schon fast.

216 **IP05:** Also das Team hat am Anfang überhaupt mal zu kämpfen, da kommt eine neue
217 Führungskraft und dann hat die noch so komische Ideen. Aber ich glaube, da kann man die
218 Angst nur nehmen und die Scheu, indem ich einfach mir den Mund immer noch fusselig rede
219 und sage, ich kontrolliere euch nicht, ich möchte nur dabei sein. Ich will nicht Kontrolle
220 ausüben, sondern ich will mit den Leuten reden, mit den Patienten, ich will wissen, was
221 kümmert den Vater, was stört den und wenn ich nie im Wartebereich bin, kriege ich die
222 Thematik gar nicht mit. Wenn ich nicht einfach dort regelmäßig durchgehe. Ich brauche nicht
223 dort sitzen, sondern ich brauche nur aktiv zuhören, durch den Gang gehen. Da kriegt man so
224 viel mit von rechts und links, dann weiß ich plötzlich, dass der Vater sagt, jetzt hat die
225 elektronische Anmeldung nicht hingehaut. Das Problem wüsste ich nicht, der beschwert sich
226 nicht darüber. Aber wenn ich weiß, wir haben ein Problem mit unserem eCard|Check-In, dann
227 rede ich den an, sag, Entschuldigung, darf ich Sie fragen, was ist das Problem, immer, wenn
228 ich nach 14 Uhr komme, geht das Gerät nicht. Aber das kriege ich sonst nicht. Mein Team
229 erzählt mir sicher nicht jede Kleinigkeit, die sie irgendwo aufschnappen. Das weiß ich nur,
230 wenn ich dabei bin. Und das macht es für mich ein bisschen zeitintensiver am Vormittag, aber
231 die Qualität steigt unheimlich.

232 **I:** Hat sich auch das Betriebsklima generell dadurch geändert?

233 **IP05:** Ich wurde sagen, ja, also ich spreche jetzt bitte nur für das Pflgeteam. Ja, es hat sich
234 geändert. Wir haben auch in einem Workshop gelernt, wie gibt man sich kollegial Feedback
235 z.B. das war für mich auch so ein lean Thema. Ich möchte, dass wir miteinander reden, nicht
236 übereinander. Und da kann man schon eine Kultur schaffen. Aber wie gesagt, ich mache das
237 jetzt 5 Jahre und es ist – es geht mal besser, mal schlechter. Das muss man auch sagen. Es ist
238 personenabhängig. Es gibt Personen, die lassen sich nicht drauf ein, aber denen darf man dann
239 einfach nicht mehr so viel Beachtung schenken. Die Gruppe nimmt sie ja mit. Und da ist für
240 mich viel sinnvoller, ich investiere mein Herzblut zu Lean, zu denen, die bereit sind, das
241 aufzunehmen. Und die tragen dann von mir aus, wenn man jetzt bei 41 Personen, 3,4 hat, die
242 noch immer skeptisch sind, aber die kriegen keine Bühne, die werden mitgenommen. Die
243 haben dann auch keine Chance mehr, irgendwie auszukommen. Ich glaube, es macht eine
244 Gruppendynamik, ganz viel. Da kann man nur reden, reden, reden und Vorbild sein.

245 I: Und was sind jetzt speziell die Möglichkeiten von lean, wo man sagt, da wird der
246 Arbeitsalltag erleichtert. Wo haben Sie jetzt – was hat sich über Ihren Arbeitsalltag positiv
247 noch verändert?

248 IPO5: Für mich als Führungskraft oder für die Mitarbeiter?

249 I: Für beide sage ich jetzt mal.

250 IPO5: Also für die Mitarbeiter ist es sicher, da fallen mir ganz viele Sachen ein, z.B. unser
251 Huddle. Es weiß jeder ganz klar, wo bin ich eingeteilt, was erwartet mich. Wie viele Patienten
252 sind da, habe ich irgendwelche Schnittstellen zu beachten? Sie haben innerhalb, sie brauchen
253 so 7, 8 Minuten meistens, gehen weg und haben ganz viele Infos. Oder sie werden
254 hingewiesen einfach auf Risiken und wo man sagt, passt auf heute ist diese Laborumstellung
255 oder jenes. Und das haben sie alle ganz verlässlich und immer zeitgerecht und jeder weiß das
256 Gleiche. Und das ist für die Mitarbeiter, glaube ich, ein großer Profit, wo sie nicht mehr
257 herumtelefonieren müssen. Für Mitarbeiter ist auch glaube ich ganz wichtig, die Lagerhaltung.
258 Z.B. wir haben unser Lager wirklich umgestellt. Das ist das Lager, ich würde sagen,
259 wunderschön, auch von oben bis unten sortiert. Es ist thematisch geordnet, jeder findet die
260 Dinge. Es ist – es hat wirklich Zonen und das ist einfach für Mitarbeiter eine Qualität, er geht
261 rein, geht zum Regal, nimmt es heraus, geht wieder, er muss nicht suchen. Oder sie wissen
262 ganz genau, okay, eigentlich bin ich zu 80% in der Ambulanz, aber jetzt ist Urlaubszeit oder
263 Krankenstand und heute gehe ich in die Gastro| und ich weiß aber ganz genau, die oberste
264 Lade, da ist immer alles drinnen für die venöse Blutabnahme, in der 2. Lade ist in jeder
265 Ambulanz für die Harngewinnung – das gibt einfach Sicherheit. Wenn ich wo bin, wo ich eh
266 nicht ganz fit bin, dann gibt das einfach Struktur und Sicherheit. Oder sie wissen ganz gezielt,
267 ein Ablagesystem z.B. okay, wenn der Patient fertig ist, mache ich das und das kommt dann
268 dort hin, weil das einfach ein vorgegebener Prozess ist, an den sich alle halten. Das ist für
269 Mitarbeiter, haben wir ein ganz großes Plus, vor allem die Struktur und dass sie jetzt – also
270 durch die Standardisierung haben sie praktisch viel mehr Zeit, sich – also da müssen sie nicht
271 nachdenken, weil das passiert einfach immer gleich. Und da können sie, wenn dann mal ein
272 Ausreißer ist, sich praktisch dem widmen. Weil der Rest läuft eh, das wissen sie. Und das weiß
273 jeder, das wird jeder immer so nehmen. Das gibt glaube ich mal ganz viel Positives. Und für
274 mich ist es auch, also der Huddle, alle Mitarbeiter auf einem Fleck einmal zu sehen, ist für mich
275 mal wichtig. Ohne, dass ich – weil ich bin sonst, mein Bereich ist sehr groß, der geht über
276 mehrere Stockwerke, ich bin ca. 2 Stunde unterwegs, wenn ich einfach mal nur zu jedem hin

277 wollte. Das habe ich jetzt in 10 Minuten. Ich kann mit jedem einmal kurz reden. Ich kann mir
278 die Leute anschauen, wie geht's ihnen, braucht wer was. Und das macht für mich ganz viel
279 aus. Und auch, wir leben auch die Mitarbeiterzufriedenheitsabfrage, da kriege ich ganz viel
280 zurück. Also wirklich von positiv bis negativ und habe es immer gleich. Und das gibt mir eine
281 Qualität. Und mir auch viel mehr Chance, mit meinem Team zu arbeiten. Also jetzt unabhängig
282 von den Patienten, sondern mit den Mitarbeitern zu arbeiten, ist für mich als Führungskraft
283 mit lean viel, viel besser geworden.

284 **I:** jetzt haben Sie vorhin schon die Lagerstände angesprochen. Gerade aufgrund von der
285 Corona-Pandemie waren Lagerengpässe, man hat dann umso mehr eingekauft, und gerade im
286 Lean geht's darum, kurze Durchlaufzeiten zu haben und nicht zu hohe Lagerbestände. Jetzt ist
287 das ein Gegensatz. Wie manage ich das, dass ich jetzt trotzdem lean bleibe, aber auch schaue,
288 dass meine Lagerbestände, wie es eben mit Masken und Handschuhen war, dass ich da keine
289 Schwierigkeiten habe mit Lagerbeständen?

290 **IP05:** Ich glaube, da muss man ganz klar auch die Grenze kennen und nicht sagen, okay, das
291 muss jetzt und um Gottes Willen und dann bin ich aber nächste Woche sozusagen
292 angeschmiert. Ich glaube, dass man die Grenze kennen muss, das war für mich wirklich
293 schwer, muss ich sagen. Weil ich es nicht mag, überhaupt nicht, es ist komplett blöd, die Lager
294 bis oben anzufüllen, aber es war zwischendurch notwendig. Und das hat, denke ich, jeder
295 gemacht. Wenn man die Grenze kennt, okay, das akzeptiere ich, mir war nur wieder wichtig,
296 wie kann ich das trotzdem einigermaßen lean leben. Das war für mich, dass man nicht jede
297 Lücke genutzt hat, und die Masken, die man eigentlich nicht bevorratet, irgendwo
298 unterzubringen, zu sagen, okay, dieses Regal räumen wir jetzt leer, wir sortieren uns um und
299 sagen, weiß nicht, da kommen jetzt 1000 Masken rein. Das macht es für mich dann aus. Dann
300 weiß der Mitarbeiter wieder, ich gehe rein, links, 2. Regal ist voll mit Masken. Ich glaube, diese
301 Info kann man gleich wieder bei einem Huddle in das ganze Team bringen. Da sind dann auch
302 die Ärzte dabei, die dann schon gewusst haben, vor allem in der Corona Pandemie haben sich
303 viele Dinge aus dem lean bewährt. Der Huddle war nie so gut besucht, wie bei Corona, weil
304 plötzlich alle den Profit kennen.

305 **I:** jetzt geht's um die Verschwendung, in welchen Bereichen kann ich am besten die
306 Verschwendung vermeiden. Ist es eher die Zeit und die Personalressourcen oder war es auch
307 in der Wäschelogistik, im Verbandsmaterial oder generell im Material, wo habe ich am
308 meisten oder wo kann man am meisten Verschwendung vermeiden?

309 **IP05:** Also für meinen Bereich, eindeutig Zeit. Aber jetzt nicht nur, also da ist – das Lager z.B.
310 fällt hinein, ich suche nicht. Ich organisiere meinen Prozess so, dass ich die Doppelwege nicht
311 habe. Ich schaue, dass ich z.B. den Patienten Dinge, die er kann, zumute. Die er selbst tun
312 kann. und das bringt alles Zeit. Also ganz viele Ebenen Zeit. Die ja Mangelware ist und die man
313 dann für den Patienten hat. Für mich ist das Größte sicher die Zeit.

314 **I:** Jetzt haben Sie vorher schon das Kaizen angesprochen, die ständige Verbesserung. Ich
315 meine, das ist in jedem Klinikum vorrangig, dass man sich ständig weiterentwickelt und
316 verbessert. Wie ist das jetzt mit den unterschiedlichen Berufsgruppen, wie kann man das
317 anwenden? Speziell, wie wenden Sie das an, das Kaizen Prinzip, was haben Sie dafür Schlüsse
318 draus gezogen?

319 **IP05:** Also für mich ist das Wichtigste, bei unseren, wir haben ein Kaizen Board, unabhängig
320 vom Huddle Board, da kann sich jeder einbringen. Also ganz klassisch mit dem Vordruck kann
321 jeder seine Idee draufschreiben und beim Kaizen Meeting ist mir nur wichtig, dass nie der, der
322 es schreibt, als Thema kriegt. Weil so knockt man die Kreativen aus, weil irgendwann kann der
323 nicht mehr. Der schreibt nichts mehr drauf, weil der hat eh schon 3 Dinge zu bearbeiten. Wir
324 haben dann versucht – ich betone versucht, ist uns nicht gut geglückt, in den Berufsgruppen
325 zu tauschen. Also in den Berufsgruppen Themen zu tauschen, die jetzt aber nicht auf die
326 Berufsgruppe zugeschnitten sind, wirklich pauschale Dinge, das geht, würde ich sagen, nur zu
327 70% gut. Aber das ist glaube ich noch ein bisschen ein Kulturthema. Also da ist das
328 interdisziplinäre Team noch nicht so weit. Das hat nicht gut hingehaut.

329 **I:** Lean Management, das lebt ja auch von der Fehlerkultur, der positiven, die wissen auch, in
330 Österreich, wir haben es nicht so mit der Fehlerkultur, wie gehen Sie damit um auf der
331 Abteilung? Fehler müssen passieren, damit man sich verbessern, entwickeln kann, es ist
332 natürlich in einem Krankenhaus, wenn es um Patienten geht, immer ein schwieriges Thema.
333 Wie lebt man da die Fehlerkultur und wie geht man mit dem um?

334 **IP05:** Ich glaube, mit großer Bereitschaft, dass man die Fehler anspricht, anonym. Also ich
335 würde nie einen Fehler mit einer Person in Verbindung bringen, ganz egal, welche
336 Berufsgruppe. Ob das jetzt jemand aus dem Labor war, aus dem Ärzteteam, Pflorgeteam,
337 Sekretariat, völlig egal. Ich glaube, dass Loyalität wichtig ist, und Ehrlichkeit, das und das ist
338 passiert, dass man es auf eine Sachebene bringt, ohne Emotion, das Ganze aufarbeitet, was
339 können wir tun, damit uns das nicht mehr passiert. Das wirklich zum Thema macht, auch

340 Verbesserungsvorschläge aufgreift. Und meistens geht's bei uns dann Richtung Kaizen sogar.
341 Also wir haben einen Fehler, es passiert was, die Aufregung ist groß, tralala, es passiert zum
342 Glück eigentlich nie was, es sind eher so organisatorische Dinge. Die von mir aus zum Risiko
343 vom Patienten führen, aber ohne, dass er Schaden nimmt. Und da ist das Team sehr motiviert,
344 das zu beheben, weil es ja um den Patienten geht. Das ist unser höchstes Gut, einfach die
345 Patientensicherheit und Zufriedenheit. Und ich glaube, dass man es nie wertend macht. Also
346 dass ich jetzt nicht sage, um Gottes Willen und so ein Blödsinn, wie kann das nur passieren.
347 Welcher Idiot hat sich da eingemischt. Sondern wirklich einfach, dass man bei der Sache bleibt,
348 sagt, okay, das sind die Fakten, das ist passiert, habt ihr eine Idee, was können die Ursachen
349 sein. Und da muss ich dann dranbleiben im Team, dass ich sage, stopp, ich will nicht wissen,
350 wer ist schuld, sondern was ist schuld. Und ich glaube, wenn man immer auf das Was und
351 Ursache geht und nie auf eine Person, aber das ist eine schwere Arbeit. Also das ist sicher
352 unsere Kultur. Und Fehler zuzugeben ist nicht einfach. Sicher nicht. Und dann tun sich die
353 Mitarbeiter schon schwer in der Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung. Wenn ich sage, in der
354 Früh, ich habe gesehen gestern, haben wir zwei gelbe Smileys, mag irgendwer was sagen dazu.
355 Das hat glaube ich ein Jahr gedauert, bis was gekommen ist. vorher ja, unter vier Augen oder
356 ich bin schon vorher kontaktiert worden und das ist für mich alles in Richtung Fehler ein
357 bisschen. Damit geht man nicht so offen um. Ich glaube, das ist einfach an der Führungskraft
358 gelegen, lässt sie es zu oder versucht sie es immer zu bremsen und sagt, nein, ich möchte nicht
359 wissen, wer schuld ist. sondern was ist passiert. Darum glaube ich, man muss die
360 Führungskraft lean machen, damit es dann gut funktionieren kann.

361 **I:** Ja, wir reden da ja von Prozessen, die den ganzen Patienten durch begleiten. Aber was sind
362 die wichtigsten Prozesse bei Ihnen auf der Abteilung, dass man sagt, man kann das hohe
363 Leistungsniveau aufrechterhalten und die Qualität. Was ist wirklich total wichtig für die
364 Qualität auf der Abteilung?

365 **IPO5:** Terminmanagement im ambulanten Bereich ist ein großes Thema. Termintreue macht
366 unheimliche Patientensicherheit, das ist für mich der größte Brocken, muss ich sagen. Das sind
367 ca. 140-160 Patienten pro Tag, die wir versuchen, termingerecht zu betreuen, zu behandeln
368 und sozusagen abzarbeiten. Das ist die größte Challenge.

369 **I:** Sind da schon Dinge gemacht worden, dass durch Lean natürlich der Kostendruck auch
370 reduziert worden ist? Hat man da aufgrund der gleichbleibenden Pflegequalität und
371 Steigerung der Behandlungsqualität, hat man da schon Kostendruck reduzieren können?

372 **IP05:** Da gibt's noch keine Evaluierung, da kann ich gar nichts sagen.

373 **I:** jetzt ist noch dazu zu Lean Management, haben wir eine erhöhte Digitalisierung, auch
374 zukünftig. Wie lässt sich das verbinden, vor allem, wie weit lässt sich das verknüpfen, was
375 sollte vielleicht zuerst durch implementiert sein? Was wäre mal wichtiger aus Ihrer Meinung,
376 dass vorher mal implementiert wäre?

377 **IP05:** Ich weiß nicht, was Sie wissen von meiner beruflichen Herkunft, aber ich bin eigentlich
378 Kurpflegende. Bin damals Stationsleitung sozusagen die letzten Jahre gewohnt, bewege mich
379 jetzt aber aus der Pflege weg und bin jetzt ein geteilter Mitarbeiter zwischen
380 Betriebsorganisation und Stationsleitung noch. Also im Laufe des nächsten Jahres werde ich
381 die Klinik ganz verlassen und in Lean Management gehen. Und mir fällt dort viel mehr auf, aus
382 WO Sicht gesprochen, dass ich glaube, es wäre sinnvoll, vorher lean einzuführen, bevor man
383 elektronische Fieberkurve oder digitale Ambulanz oder so lebt, weil die Stolpersteine sind die
384 Struktur. Wenn man sich das anschaut bei der Einführung, elektronische Fieberkurve, da
385 hapert es dann, wer ist zuständig, wer soll validieren, wer validiert was, wer gibt was ein? Und
386 ich glaube, wenn man vorher lean ist und das Team schon Struktur gewohnt ist, tut es sich
387 dann um Welten leichter.

388 **I:** Jetzt gehen Sie in die Betriebsorganisation, das heißt, Sie haben dann vielleicht auch mehr
389 mit den Bereichen des Kaufmännischen zu tun, mit Lean. Gibt's da schon Ansätze, wo man
390 Lean besonders gut einsetzen kann im kaufmännischen Bereich?

391 **IP05:** Also es gibt jetzt von der organisatorischen Seite her Ansätze, viel mehr Lager, Logistik,
392 Einkauf, in diese Richtung, aber noch keine sozusagen Stationen oder Bereiche, wo man sagt,
393 der Bereich ist lean. Es haben viele Ambitionen, dorthin zu gehen. Aber ich könnte jetzt nicht
394 sagen, dass oder das ist schon passiert. Sondern das ist so im Entstehen.

395 **I:** Ist es auch im Bereich der Kommunikation, hat es da Veränderungen gegeben mit Lean? Wo
396 man sagt, die Kommunikationswege sind auch kürzer oder vereinfacht worden? Dass vielleicht
397 jetzt umständliche Emails ausgeblieben sind oder das alles ein bisschen direkter funktioniert?

398 **IP05:** Also ich kann nur ein Beispiel nennen, z.B. das ist, wir haben 7 Stockwerke, davon einige
399 Normalstationen, einige Intensivstationen und es war in der Ambulanz, ich sage jetzt
400 Notfallambulanz, nie klar, wie voll sind die Stationen. Man hat sich die Finger wund telefoniert,
401 wir haben das über 1.5 Jahre miterfasst. Stunden täglich, Anrufe, wir haben einen Patienten,
402 17 Jahre, die Diagnose, habt ihr ein Zimmer frei? Nein, habe ich nicht. Nächste Station. Und

403 das ist so durchgegangen, das war für alle unbefriedigend. Für Ärzte, Patienten, die Pflege,
404 Eltern, für jeden. Wir haben dann angefangen, den Betten Huddle einzuführen. Wir treffen
405 uns täglich, 365 Tage um 8 Uhr 10 im Sitzungszimmer, dort ist ein Huddle Board, wo jede
406 Stationsleitung und jeder Oberarzt hinkommen, jeder gibt seine Zahl ein, da habe ich definiert,
407 was ist für uns wichtig, wie viel Patienten habe ich, wie viele Begleitpersonen, welche
408 Bewegungen, wie viele Entlassungen hat es gegeben, wie viele Sonderklassenbetten habe ich,
409 wie viele Kinderzimmer habe ich, gibt's Risiken, was Besonderes, muss ich Maßnahmen
410 setzen. Es macht jeder, dann wird ein gemeinsamer Blick auf die gesamte Wand und jeder
411 weiß, wie ist die Situation im ganzen Haus. Stationsleitung und stationsführender Oberarzt
412 sind dabei, wissen sofort, den sage ich mal 5. Stock brauchen wir heute nicht anrufen. Die
413 haben schon 4 Patienten im Überbelag. Wir rufen heute den 3. Stock an. Das macht ganz viel
414 Qualität in der Kommunikation. Weil viel Zeit wegfällt und man gezielt anruft und sagt, ich
415 weiß, ihr habt Sonderklasse frei, ich brauche die für das und das. Das hat die Kommunikation
416 auf jeden Fall gestärkt und auch die Transparenz, die dadurch entsteht, macht eine ganz
417 andere Kommunikation. Plötzlich versteht man, warum kann der 5. Stock nicht ein Kind
418 nehmen, die haben 3 Betten frei, aber die haben vielleicht gerade 2 Sterbende. Das weiß man
419 sonst nicht. Das macht die Kommunikation anders, wenn man plötzlich ein bisschen
420 Verständnis füreinander entwickelt. Da glaube ich, dass die Ursache nicht lean heißt, sondern
421 einfach Transparenz.

422 I: Ist die Transparenz auch beim Patienten gegeben, dass man sagt, man kommuniziert
423 vermehrt mit dem Patienten, auch, wenn er einen OP Termin hat, dass man sagt, man weiß,
424 wann genau die OP notwendig ist oder auch, wenn sie sich verschiebt, dass man sagt, es
425 verschiebt sich um 1, 2 Stunden. Dass der Patient immer das Gefühl hat, er wird nicht
426 vergessen? Ist das auch die Transparenz?

427 IP05: Also das ist das, was für mich lean überhaupt ausmacht. Dass man immer mehr mit
428 Patienten redet und nicht über ihn. Sondern, also früher klassische Visite, draußen ist viel
429 mehr geredet worden. dann ist man reingegangen, sagt, passt alles und manchmal sagt man
430 später auf Wiedersehen. Und Vorzimmer ist davor und danach geredet worden über den
431 Patienten. Das ist mal, die Visite betrachte ein großer Unterschied. Aber auch die stündliche
432 Pflegerunde. Der Patient weiß, da kommt wer, da kann ich fragen. Er schaut auf sein
433 Patientenboard und weiß schon viel. Und ich glaube, durch die strukturierte Visite, durch das
434 Gespräch, wir fordern das auch ein von dem Ärzteteam, dass man sagt, du weißt eh, in dem

435 Zimmer, das hat nicht so gut hingehaut, stell dir vor, der hat wieder nicht genau gewusst, wer
436 du bist. Das macht die Struktur auch in der Kommunikation. Auch, wenn es uns vorher komisch
437 vorgekommen ist, jetzt muss ich strukturiert werden. Aber das bringt viel und man vergisst
438 auf nichts.

439 **I:** Ist das bei der Ärzteschaft auch so, dass man sagt, man geht strukturiert in der
440 Diagnoseerfassung vor in der Therapie? Weil es ist doch jeder Arzt nach seinem Empfinden
441 und seinem Gewissen und braucht man nicht da auch gewisse strukturierte Linie, dass man
442 sagt, man geht immer systematisch nach der gleichen Diagnoseerstellung?

443 **IP05:** Also ich kann nur fürs Kinderzentrum sprechen. Das war der Wunsch schon vorhin,
444 jahrelang immer – dass das standardisiert wird, die Therapie für diese Diagnose ist diese, das
445 wird getan, Diagnostik und dann Therapie. Da kann ich sagen, die Restindividualität braucht
446 der Arzt. Das braucht aber auch der Patient. Also ich glaube, das ist da nicht wegzudenken.
447 Aber ansonsten haben wir dort schon sehr viel Struktur immer gehabt. Also da hat sich wenig
448 geändert, muss ich sagen.

449 **I:** Könnten Sie mir sagen, welche Erfolgsfaktoren haben den größten Wirkungsgrad auf die
450 Wirtschaftlichkeit? Wo haben Sie vielleicht schon im Haus oder bei der X auch an Einsparungen
451 geholfen mit lean Management? Wo war der größte Erfolgsfaktor für die Wirtschaftlichkeit?

452 **IP05:** Also ich will jetzt nicht behaupten, dass ich das bin, aber ich glaube prinzipiell, den
453 größten Profit hat das Unternehmen mit einem zufriedenen, motivierten Mitarbeiter. Ein
454 zufriedener motivierter Mitarbeiter leistet die Arbeit ganz anders, in einer anderen Quantität
455 und Qualität und ich glaube, das ist der große Profit für das Unternehmen. Der Mitarbeiter ist
456 zufrieden, dadurch ist der Patient enorm in der Zufriedenheit gestiegen. Man hat weniger
457 Beschwerdemanagement, ich glaube, dass das viel ausmacht.

458 **I:** Wahrscheinlich auch die Krankenstände, oder?

459 **IP05:** Auf jeden Fall.

460 **I:** Ja. Jetzt wird das Lean ja schon in der X einige Jahre eingeführt, aber wahrscheinlich ist es
461 jetzt mit internen Mitarbeitern oder Führungskräften auch schwer, man muss wahrscheinlich
462 auch von außen sehr viele Experten dazu holen, weil gerade die Objektivität gegeben sein
463 muss, damit man, aufgrund unserer eigenen Betriebsblindheit, ich glaube, das haben wir alle,

464 wenn wir jahrelang in einem Unternehmen sind, ist das wichtig, dass man sich von außen
465 Unterstützung und Hilfe holt?

466 **IP05:** Ich glaube ja, ich glaube Team miteinander alleine – ich glaube, dass man das ohne eine
467 Hilfe von außen als Team alleine nicht schaffen kann. ich glaube, ich weiß viel über lean und
468 ich kenne lean gut, ich würde es aber trotz meines Wissens mit meinem Team alleine nicht
469 machen wollen. Ich glaube, man braucht den Input von außen, von außen ein bisschen
470 gesteuert werden. Das schafft man nicht nur intern. Ich glaube, dass würde aber gutgehen,
471 wie wir es auch im Klinikum Graz planen, wir sind immer fremdbetreut worden durch eine
472 Schweizer Firma und haben uns jetzt aber eben deshalb auch in der Betriebsorganisation zum
473 Lean Team kreiert. Jetzt sind wir praktisch die, die von außen in den Bereich kommen. Und ich
474 glaube, dass es das unbedingt braucht, das was von außen kommt und nicht die
475 Stationsleitung kommt, so, wir werden lean, das funktioniert nicht.

476 **I:** Gibt's Stolpersteine, wo man besonders aufpassen muss, wenn man Lean Management
477 implementiert, dass man sagt, man muss da vorsichtig auch sein. Es kann vielleicht auch mehr
478 Schaden als Nutzen in gewissen Bereichen verursachen?

479 **IP05:** Ja, ich glaube, man kann die Mitarbeiter überfordern in der Geschwindigkeit, das
480 braucht Zeit. Ich kann nicht, wenn ich es weiß und es will, wenn ich davon überzeugt bin,
481 erwarte ich, dass alle in der gleichen Geschwindigkeit das umsetzen wollen wie ich. Ich glaube,
482 da muss man dem Ganzen Zeit geben, dass die Kultur wirklich wachsen kann, sonst ist das eine
483 Eintagsfliege. Es stirbt schon, bevor es überhaupt lebt. Ich glaube, man muss ganz viel Geduld
484 haben, ich glaube, das dauert wirklich viele Jahre, bis man das geschafft hat.

485 **I:** das ist sozusagen eine Unternehmensphilosophie. Und man hat es wahrscheinlich auch nie
486 abgeschlossen, es gibt immer wieder Möglichkeiten zur Verbesserung?

487 **IP05:** Immer. Ich glaube, nur dann ist es lean. Ich glaube, das Falscheste ist, wenn man glaubt,
488 man ist fertig. Wir sind lean, fertig. Das gibt's im lean eben nicht, es muss praktisch die
489 ständige Veränderung, Verbesserung leben dürfen. Das muss man einmal akzeptieren, dass
490 man nie fertig ist, sondern immer im Entwickeln ist.

491 **I:** Lean kommt ursprünglich aus der Automobilindustrie, wenn man das jemandem erklärt oder
492 jemand sich darüber erkundigt, dann ist das, um Gottes Willen, wie kann man das umsetzen?
493 Man kann das eben nicht 1:1 so umsetzen wie in der Automobilindustrie, aber man kann schon
494 sagen, dass es für eine gemeinnützige Krankenanstalt ethisch möglich ist, dass es den

495 ethischen Hintergrund bewahrt. Würden Sie das unterschreiben? Dass man sagt, es ist kein
496 Optimierungskonzept und kein Managementkonzept, was in der Automobilindustrie ist, wo
497 es um Effizienz und Produktivität geht, aber man kann sehr wohl sagen, dass man das im
498 Krankenhaus in ein gemeinnütziges Krankenhaus umsetzen kann, dass würden Sie schon so
499 unterschreiben. Ja, dann hätte ich nur mehr ein paar Fragen. Was wäre aus Ihrer Sicht noch
500 wichtig, wie sich das in den nächsten Jahren entwickeln sollte oder was wäre wichtig für die
501 nächsten Jahre? Gibt's Trends, wo Sie sagen, auf das steuert man hin, dass es auch Trends gibt
502 im Lean Management?

503 **IP05:** Ich glaube, dass es zurzeit einfach cool ist, so ein bisschen, als Krankenhaus nach außen
504 hin sich das Schild lean umzuhängen. Da sehe ich die Gefahr, dass das nicht so ein bisschen
505 ein Wettbewerb wird, welches Krankenhaus ist moderner, welches ist besser. Nur weil sie sich
506 lean nennen. Und ich glaube, das ist für mich das Gefährlichste zurzeit. Weil ich das Gefühl
507 habe, es ist in Österreich gerade so angekommen und willst du wer sein, dann musst du jetzt
508 lean heißen. Da sehe ich ein bisschen die Gefahr, dass das wirklich qualitativ ist und nicht nur
509 sozusagen, um nach außen hin, gut und modern sich zu präsentieren. Sondern, dass es ein
510 echtes lean ist und nicht nur ein Möchtegern-Lean.

511 **I:** Aber wie modern muss lean sein. Wir wissen alle, im Klinikum ist viel erbaut und neu
512 errichtet worden, es gibt aber viele Bereiche, die schon relativ veraltet sind. Geht's in älteren
513 Strukturen oder Baustrukturen auch, lean einzusetzen oder ist es gerade speziell bei Neubau
514 eher sinnvoll?

515 **IP05:** Ich glaube, ein Neubau mit lean gedacht, dass man den anders plant. Also ich würde nie
516 mehr einen Neubau als Krankenhaus andenken, ohne lean Gedanken einfließen zu lassen.
517 Aber ich glaube auch, dass man schon mit dem Kulturwandel ganz viel machen kann, auch in
518 alten Häusern. und man kann auch einen Prozess und eine Struktur in einem alten Haus mit
519 verschiebbaren Wänden trotzdem neugestalten. Man muss nur ein bisschen innovativ und
520 kreativ sein und das zulassen.

521 **I:** Was man aber auch sagen muss, dass es dann nicht gleich zur Verschlinkung führt oder
522 einer Kostenreduktion, sondern dass es am Anfang mehr Kostenaufwand bedeutet.

523 **IP05:** Durch die Patientenzufriedenheit und die Qualität heben, denke ich mir, müsste das
524 Unternehmen bereit sein, einmal was zu investieren und dann nach hinten sozusagen den
525 Profit zu haben.

526 **I:** Ja, gibt's sonst noch was, was Sie gerne sagen würden, was ich vielleicht in meinen Fragen
527 nicht erwähnt habe, was aber aus Ihrer Sicht noch sehr wichtig wäre?

528 **IP05:** Nein, mir würde jetzt nichts mehr einfallen. Das war schon sehr viel schon erwähnt.

529 **I:** Ich sage, ich bin immer sehr begeistert, wenn ich da jetzt wen habe, der direkt mit dem
530 arbeitet, wo ich sehe, der lebt für das, der arbeitet auch täglich mit dem, das war ein total
531 tolles Gespräch und auch für mich besser, sich das nochmal vorzustellen. Weil in der Literatur
532 oder aus Büchern liest man sehr viel, aber man muss das irgendwie auch verknüpfen und sich
533 vorstellen können, wie läuft das im Alltag ab. Ich muss sagen, ich habe da auch viel
534 mitgeschrieben. Weil ich das einfach toll finde, wenn jemand aus dem Alltag erzählt und ich
535 das in meine Arbeit einfließen lassen kann.

536 **IP05:** Sehr gerne, wenn Sie irgendwas brauchen, Sie können sich wirklich immer melden. Ich
537 bin sehr offen dafür, weil ich glaube wirklich, dass es eine große Chance ist. und auch, was Sie
538 gesagt haben vorher, da wäre ich ganz mit Ihnen einer Meinung gewesen, ist, dass man es
539 vielleicht gerade jetzt im Pflegekräftemangel ein bisschen zögerlich – ich glaube, dass es
540 gerade jetzt die Chance ist, dass wir uns selbst helfen, in der ganzen Situation, dem
541 Schlamassel, wenn wir jetzt Struktur schaffen. Und auch, wenn es schwierig ist jetzt, in so
542 einer Zeit das umzusetzen, glaube ich aber, dass es das ist, was uns trotzdem helfen kann.

543 **I:** da bin ich schon ganz bei Ihnen, ich habe nur gedacht, gerade, wenn man ältere Mitarbeiter
544 hat, die sehr festgefahren sind in ihrer Struktur und jetzt eh schon Stress auf der Station
545 herrscht und eh jeder am Rand seines Nervenkostüms ist und man kommt an und sagt, jetzt
546 machen wir noch ein Projekt, was Anderes, dann kriegen sie einen Kollaps, das war mein
547 Zugang. Dass einfach im ärgsten Stress.

548 **IP05:** Die Mitarbeiter nehmen das schon auch als Chance wahr, sie brauchen nur die Option,
549 glaube ich, dass sie Zeitressource kriegen. Und da liegt es an der Führungskraft, dass die diese
550 Zeitressource schafft und wenn das gegeben ist, glaube ich, dann nimmt man die Mitarbeiter
551 mit. Und andere hat man leider immer, die wollen nie, egal, wie gut oder schlecht es gerade
552 geht, die wollen prinzipiell nicht.

553 **I:** Aber Sie sagen schon mit dem Ausblick, es verbessert sich was und wird leichter mit dem
554 Personal. Mit dem kann man es leichter dann gewinnen.

555 **IP05:** Ja, auf jeden Fall. Ich kann nur von mir sprechen, wenn man anfängt, kleine Dinge
556 umzusetzen. Wirklich, so um 8 Uhr sehen wir uns alle und die überall herumgehen müssen
557 und denken, was will die. Aber wenn die merken, sie haben was davon, dann kommen sie
558 gerne. Das dauert. Das muss man als Führungskraft aushalten, dass man diesen Frust des
559 Teams einfach mal ignoriert. Dass man sagt, ich weiß, aber bitte gebt dem eine Chance. Und
560 wenn man das ehrlich anspricht, dann haut das eigentlich hin.

561 **I:** Also das ist in allen Bereichen Durchhaltevermögen gefragt. Aber als Führungskraft glaube
562 ich generell.

563 **IP05:** Ich glaube, sonst macht man den Job nicht.

564 **I:** Ja, ich bedanke mich einfach für das tolle Gespräch und für meine Fragen, dass Sie mir alles
565 beantwortet haben und ja, sollte mir noch was einfallen, melde ich mich gerne mal per Email.
566 Und ja. Bedanke mich nochmal herzlich, ich wünsche eben alles Gute weiterhin bei der
567 Umsetzung.

568 **IP05:** Ihnen auch für Ihre Masterthesis, dass das alles gut geht.

569 **I:** Danke schön. Und ja, dann wünsche ich noch ein schönes Weihnachtsfest, erholsame
570 Feiertage. Und ich habe mit dem Herrn X eh schon mal gesprochen, er hat mir vorgeschlagen,
571 dass ich die Abteilung mal besuche, drinnen und sofern das dann vielleicht sich ein bisschen
572 entspannt auch mit Corona, im Frühjahr, nehme ich das Angebot gerne an und vielleicht kann
573 ich Sie mal besuchen kommen.

574 **IP05:** sehr gerne, würde mich freuen.

575 **I:** Ja, super. Vielen Dank.

576 **IP05:** Bitte, schönen Tag noch.

577 **I:** Danke, ebenfalls, Wiederhören.

1 **6.Interview vom 07.01.2022 10:01 Uhr bis 11:15 Uhr Online**

2 **I:** So, ja, mein 1. Themengebiet ist mal das Wissen über das Lean Management. Was ist Ihrer
3 Meinung, was unterscheidet Lean Management von den herkömmlichen Management
4 Methoden, von den 3-Säulen-Methoden? Was macht Lean Management anders und was sind
5 die Vorteile auch darin?

6 **IP06:** Ja, ich finde, dass Lean Management einen anderen Ansatz als alle anderen hat, weil es
7 in meinem Fall war es der Patient, aber es geht um das Produkt vielleicht, oder den Kunden,
8 wie auch immer man ihn sozusagen bezeichnet, dass es denjenigen in den Fokus legt und nicht
9 so sehr die Institution oder den Betrieb und alles andere, sondern diesen anderen Blickwinkel
10 darauf zieht. Orientiert sich unmittelbar an dem, was der Kunde braucht, erwartet, nicht so
11 sehr, was kann das Unternehmen liefern, damit es dem Kunden gutgeht. Das ist sozusagen
12 diese andere Sichtweise darauf und das ist, besonders im Krankenhaus eigentlich sehr
13 ungewöhnlich gewesen. Da glaubt man zwar immer, das Krankenhaus sozusagen als erstes
14 war und der Patient hat sich quasi eingefügt. Und in dem Fall hat das eine komplett andere
15 Sichtweise ergeben.

16 **I:** Aber es ist in Österreich noch weitgehend unbekannt, es ist noch nicht so wirklich
17 durchgedrungen, da wird sehr viel Skepsis entgegengebracht, woran kann das liegen, dass es
18 in der Schweiz oder in Amerika schon weiter fortgeschritten ist oder ein bisschen bekannter
19 ist, warum ist da Österreich ein bisschen hinterher?

20 **IP06:** Ja, das habe ich mich die ganze Zeit selbst gefragt. Ein bisschen Skepsis ist insofern gibt
21 es wahrscheinlich deshalb, weil es aus dem industrialisierten Bereich kommt. Da war immer
22 so der Klassiker, naja, die Patienten sind keine Autos und es gibt keine Waren und das ist ein
23 Vollprinzip und das ist ja alles aus der Industrie. Ich glaube, dass Österreich wirklich mit seinen
24 Krankenhausprozessen vor allem einen – wie soll man sagen, also wir mögen keine
25 Veränderungen. Das sind teilweise Systeme, die sich seit vielen, vielen Jahren etabliert haben
26 und eh, die Nutzerzufriedenheit schaffen in Wahrheit. Aber die Änderung dessen, von
27 derzeitigen Systemen, dass das wirklich einen extremen Aufwand bedeutet. Und das mögen
28 wir nicht in Österreich, so prinzipiell, glaube ich. Aber man hat einen anderen Fokus darauf,
29 zumal die auch ein bisschen eine altmodische Sicht haben, was das Verhältnis von Arzt zu
30 anderen betrifft. Das ist in Amerika und der Schweiz anders ausgeprägt. Da ist die Pflege viel
31 mehr gleich auf in dem Sinn. Was ist sonst noch in Österreich? Aus dem heraus entwickelt sich

32 auch eine Spezialisierung, die das Thema schwierig macht. Weil, ich glaube auch, dass Lean
33 Management den Ansatz viel stärker sieht als andere Methoden, die sich nur darauf
34 konzentrieren, welche Menschen sind denn am Gelingen des Produkts, im Sinne, dass der
35 Patient schnell herauskommt, beteiligt. Und auch etablierte Strukturen, daher, Österreich ist,
36 das unterscheidet sich auch von Deutschland und der Schweiz sehr, da gibt's Oberarzt und
37 Medizinalrat und so weiter, dass diese Titel sehr verhaftet sind, dass mitunter das
38 Sozialisierungsthema zum Ausdruck kommt.

39 **I:** jetzt besteht Lean aus sehr vielen Methoden und Werkzeugen, aber Lean ist nicht gleich
40 Lean. Wo sagen Sie, wo fängt Lean an und wo hört es auf? Nicht jede Prozessverbesserung ist
41 automatisch Lean, wie würde man das abgrenzen, Ihrer Meinung nach?

42 **IP06:** Ich glaube, man muss es abgrenzen im Sinne von Prozessen, die im Krankenhaus als
43 Zulieferprozesse bezeichnet werden oder als z.B. Pflegeprozesse, wenn man sich anschaut,
44 wie die Medikamente oder -in meinen Augen sind das im Krankenhaus klassische Prozesse,
45 die jetzt auch im klassischen Lean Vorgang... wenn man jetzt die Prozesse rund um den Patient
46 ansieht, das sind vom Betreten des Krankenhauses über einen Ambulanzbereich zu
47 Untersuchungen, dann sind Bereiche, wo es nicht ganz klassisch lean ist. ich denke, dass es im
48 Krankenhausbereich eine Unterscheidung zur Industrie geben muss.

49 **I:** Welche Prinzipien sind aus Ihrer Sicht wichtig, was hat sich in Krankenanstalten besonders
50 bewährt bei Lean Management? Jetzt z.B. das Kaizen oder das... welche Prinzipien haben Sie
51 eben bei der Implementierung eben besonders, waren für Sie besonders wertvoll?

52 (kein Empfang mehr) kurze Unterbrechung

53 **I:** Es ist beim Anfang der letzten Frage, welche Prinzipien waren für Sie besonders wichtig bei
54 der Implementierung von Lean Management, ja, welche Methoden?

55 **IP06:** Ja, die habe ich nicht mehr gehört. Welche Prinzipien waren wichtig bei der
56 Implementierung?

57 **I:** Ja, welche Methoden, wo Sie sagen, das hat sich besonders bewährt im
58 Krankenhausbetrieb?

59 **IP06:** Okay, okay. Ich muss jetzt kurz überlegen, weil wir sehr unterschiedliche Projekte
60 gemacht haben, tatsächlich waren es zwei, die eine deutliche Veränderung gebracht haben,
61 die tatsächlich bis heute bestehen geblieben sind. Bin zwar nicht mehr in dem Krankenhaus,

62 wo ich das gemacht habe, aber ich habe noch Kontakt, deswegen weiß ich, dass einige Dinge
63 tatsächlich von Bestand geblieben sind. Und das ist ja insgesamt sehr gut, dass es sicher über
64 die Zeit nicht ausschleift und für mich ist das immer der beste Beweis, dass Dinge
65 funktionieren, wenn sie sich über Jahre halten. Und tatsächlich, was für ein Krankenhaus sonst
66 immer sehr schwierig ist, wie soll ich sagen, das hat mit den Boards zu tun. Diese
67 Boardmethoden haben eine Veränderung hineingebracht. Warum? Jetzt ist strukturiert
68 immer, es wird strukturiert immer über die gleichen Dinge gesprochen, das ist im Krankenhaus
69 recht ungewöhnlich. Weil Visite etc. ja an und für sich, brauchen eine strukturierte
70 Dokumentation, was aber nicht so sehr gut funktioniert im Krankenhaus sind die Übergaben
71 und die Meetings. Und da haben diese Board Methoden mit kurzen Stand up Meetings, das
72 häufiger zu machen, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren, mit Visualisierung vor allem
73 zu arbeiten. Das hat schon Veränderungsprozesse reingebracht, was beim Lean ja sehr
74 brauchbar ist, wie verändern wir Informationsflüsse. Und diese Board Methoden haben z.B.
75 verändert, über Dienstpläne, über Verteilung von Personal, also wer geht wann wohin,
76 welcher Arzt, welche Position etc. das hat mit dieser Board Methode einen anderen Effekt
77 bekommen, nämlich eine Form von ein bisschen mehr Gerechtigkeit, unter
78 Führungszeichen. Sie kennen das im Krankenhaus, es sind immer die gleichen Leute im OP,
79 dann kommt es immer einerseits zu Ungerechtigkeiten, die dann im Team irgendwas
80 ausschlagen und zweitens sind sie überhaupt nicht aus Patientensicht, sondern sie legen
81 diesen Fokus auf den, welche Patienten kommen heute, wer geht heute wohin, hat einen
82 anderen Rhythmus reingebracht und das ist mit einem Board bei der Besprechung viel
83 transparenter plötzlich geworden. Das auch im Fall, es macht immer der oder die immer das.
84 Also das macht die Visualisierung auch von, wie gut aufgestellt sind wir, auch wie pünktlich,
85 das beginnt immer um 8 oder um 8 Uhr 30, da kann man sich immer den vorherigen Tag
86 anschauen, wie waren die Wartezeiten, wie voll waren wir, also auch diese Dinge zu
87 besprechen, hat es geklappt, wie viele ambulante Patienten sind zu dem und dem Zeitpunkt
88 gekommen. Das sind Dinge, die nie interessant waren vorher. Da ist man durchgegangen und
89 man hat Patienten gehabt und dann hat man die Ambulanz um 14 Uhr geschlossen. Lean
90 Management hat das komplett verändert, weil es das eben gemessen hat. Weil es eben
91 versucht hat, darzustellen, wieso ist an diesen Tagen so ein Unterschied, obwohl das
92 Patientenaufkommen gleich ist. das hat dann viel mehr, man sieht dann ein System rein
93 gebraucht, und nicht so sehr, wir sind halt so, wie wir sind und der Patient hat sich da gefälligst

94 anzupassen. Und das hat extreme Transparenz reingebracht und die Mediziner und die Pflege,
95 auch sich bemühen, die wesentliche Information in kurzer Zeit auch darzubringen. So ein
96 Redner, der zieht dann die ganze Zeit an sich und dann ist die Besprechung aus und die
97 wesentlichen Punkte sind nicht besprochen worden, weil der eine zu viel Zeit gebraucht hat.
98 Und das ist auch verändert, weil nach 3 Minuten ist die Redezeit vorbei, weil der nächste
99 kommt dran. Somit sind viel mehr Informationen in die Board Besprechungen reingekommen
100 als das vorher war, weil die Struktur eingefordert hat. Und das wirklich begleitet worden ist.
101 das würde nicht von selbst gehen, sondern dieses Coaching im Lean Management seinen
102 Ansatz da hat, man gecoacht wurde, das hat ziemlich lange gebraucht, das war mitunter auch
103 ein bisschen schwer zu trennen. Aber es hat tatsächlich dann angehalten. Und das ist für mich
104 etwas, wo ich sage, naja, da ist schnell der Vorteil offensichtlich geworden, sonst wäre es nicht
105 geblieben. Also die Boards und Board Methoden ist das eine. Das zweite ist, dass das ganze
106 Sigma und Spagetti Diagramme, all das, was man verwenden kann, um Dinge nochmal zu
107 visualisieren, so darzustellen, ja, das ist komplex, aber kann man da sehen, was man für
108 unnütze Dinge tut. Also immer die Verschwendung, das Thema Verschwendung war bis vor
109 Lean Management nicht mal in den Mund genommen. Und Verschwendung nicht nur in
110 materieller Natur. Aber dass Verschwendung Zeit und Wege, Menschenressourcen ebenfalls
111 bedeutet, das war der zweite große Effekt. Verschwendung im Alltag sozusagen transparent
112 zu machen und Verschwendung von Zeit, Ressourcen, sind es Patientenressourcen oder
113 unsere Ressourcen – also wir verschwenden ja auch Patientenressourcen und das hat den
114 zweiten großen, ja, Change hineingebracht. Waren vielleicht zwei Dinge. Welche Methoden
115 es sind, kann ich Ihnen gar nicht so sagen, weil Ärzte und Pflege sind mit Methoden so ein
116 bisschen auf Kriegsfuß, sie haben das glaube ich gar nicht so gemerkt, dass das eine Methode
117 ist, weil der Fokus nicht auf der Methode war, sondern, warum tun wir das. Welche Methode,
118 weiß der Geier, das war nicht so wichtig, sondern der Fokus war, warum tun wir das. Das hat,
119 glaube ich, viel besser geklappt. Früher haben auch Leute versucht, Methoden reinzubringen,
120 aber das war mehr auf die Methode fokussiert, als auf warum. Jetzt war der Fokus, du
121 verschwendest deine und Patientenressourcen und wir müssen besser werden und ich zeige
122 dir jetzt wie und da war die Methode als Zweites, die ist schon dazu gekommen, aber es hat
123 viel mehr Verständnis gebracht. Daher war das wahrscheinlich das grundsätzliche, die
124 grundsätzliche Änderung. Und das hat die Board Methode ja ebenfalls, hat mit
125 Verschwendung zu tun gehabt. Diese zwei Säulen, das innere Team und andere Prozesse

126 haben sich viel mehr beschäftigt mit dem Ablauf, wie sich der Patient durch unser System
127 bewegen kann und das hat sich gut ineinander bewegt.

128 **I:** Sie haben ja vorher gesprochen von der Ambulanz, jetzt gehen wir auf das
129 Patientenmanagement über. Kann man mit dem Lean Management aus dem Patientenalltag,
130 also von der Aufnahme bis zur Entlassung, kann man das jetzt ein bisschen menschlicher
131 gestalten? Wird es transparenter, wie bleibt die Individualität des Patienten erhalten, es sind
132 doch sehr strukturierte und standardisierte Prozesse, wie geht man da vor?

133 **IP06:** Standardisiert und Individualität, Sie meinen den Patienten? Weil der ist ja kein Auto.

134 **I:** ja, es geht darum, dass es ja standardisiert ist und die Prozesse immer gleich ablaufen sollen
135 für alle Patienten immer gleich sein sollen, aber dass die Individualität immer erhalten bleiben
136 soll und dass man das Gefühl hat, es ist doch transparent und die Kommunikation ist doch
137 anders als bei den bisherigen Systemen. Wie kann man das oder wie haben Sie den
138 Ambulanzalltag oder auch auf der Station, wie ist das für den Patienten gestaltet worden?

139 **IP06:** Ja. Ich glaube, dass die Patienten da gar nicht so sehr Beachtung gekriegt haben, sondern
140 das musste sich so einfinden, dass der Patient den Vorteil erkennt und nicht benachteiligt
141 wird. Aber ich denke, das ist für den Patienten wichtig, der Patient muss das Gefühl haben –
142 wie das Krankenhauserlebnis, ob das ambulant oder stationär, aber der Patient hatte immer
143 das Gefühl, er muss alles doppelt erzählen oder dreifach, weil bei der vorigen Visite war es so,
144 dann kommt bei der nächsten ein neuer Arzt, der kennt sich wieder nicht aus, das gibt dem
145 Patienten ein Gefühl von Unsicherheit, also wenn sich der Patient sicher fühlt, dann ist schon
146 einiges gewonnen. Das heißt, standardisierte Prozesse sind ein Wiedererkennungswert für
147 den Patienten, das ist ein großer Vorteil von Lean Management, das gibt dem Patienten
148 Sicherheit. Das heißt, ich habe das Gefühl, ich bekomme – also ich glaube, die Patienten
149 merken, hier gibt's einen Plan, hier gibt's ein Vorgehen, einen standardisierten Ablauf, den ich
150 erkennen kann als Patient. Das glaube ich, das macht komplexe Prozesse, die sich im
151 Krankenhaus abspielen, zum Labor usw. das ist sehr komplex, aber wenn es sich immer in
152 einem gleichen erkennbaren Prozess einfügt, dann gibt es dem Patienten Halt, Orientierung.
153 Das ist das Eine. Das Zweite ist, dass sich genau deswegen mehr Individualität für den
154 Patienten ausgeht. Wenn man sich immer auf diese Verschwendung konzentriert, was alles
155 hält uns denn davon ab, individuell mit dem Patienten sprechen zu können. Ja, es hält uns
156 davon ab, die Wartezeit, er kommt bei der Info anders weg – oder der Patient ist aufgeregt

157 und aufgewühlt, das Gespräch ist deswegen nicht gut. Dann sind das alles Verschwendungen.
158 Das heißt, ich sehe das so, dass standardisierte, vereinfachte, transparente Prozesse,
159 nachvollziehbare Prozesse, genau deswegen geeignet sind, sich der Person anzunehmen mit
160 allen Sorgen und Nöten, die sie hat. Es gibt Patienten, die brauchen mehr Zeit, es gibt welche,
161 die brauchen weniger Zeit, manche sind komplexer, die anderen weniger. Da ist an sich schon
162 von der Diagnose und vom Mensch sehr viel Individualität drinnen. Und je standardisierter
163 daher alles andere ist und weniger Zeit, Energie dafür draufgeht, desto mehr Zeit bleibt dafür
164 übrig. Das hat die Pflege sehr rasch erkannt, dass sich hier plötzlich mehr Zeit für genau das
165 ergibt. Daher war das auch in Lean Management Systemen bei den Ärzten und Pflerschaft
166 drinnen und der Patient hat das eher mehr so unbewusst mitbekommen. Weil, klassisch, in
167 der Tagesklinik, das war extrem zerfleddert, der Patient war immer so, naja, wo muss ich heute
168 hin und ist das Besprechungszimmer überhaupt noch da, das war extrem unterschiedlich. Weil
169 die Leute, der eine hat es so gemacht, der andere so, das war unsicher. Da war ein guter Effekt
170 zu erzielen. Okay, ich weiß jetzt meine Besprechungszeiten mit dem Arzt, der Ärztin, alles
171 andere läuft wie geschmiert, ich muss mir als Patient keine Sorgen mehr darum machen.

172 I: Was man ja dann sozusagen sagen kann, die Wertschöpfungskette wird durch Lean
173 Management dahingehend beeinflusst, dass wirklich mehr Zeit, mehr Kommunikation mit
174 dem Patienten herrscht. Dass dieser Patient mehr Informationen bekommt und aber auch, ja,
175 strukturiertere Abläufe hat. Das ist im Grunde die Wertschöpfungskette, wo der Patient
176 profitiert.

177 IP06: Ja.

178 I: Jetzt haben Sie gesagt –

179 IP06: das ist sicher so, sehr schön zusammengefasst.

180 I: Ja, jetzt haben Sie gesagt, Sie haben auf einer Lean Ambulanz gearbeitet, aber auch auf einer
181 Station. Jetzt, wenn wir ein Krankenhaus sind, das noch gar keine Lean Abteilung hat, wo
182 würde man sinnvollerweise anfangen? in einer Ambulanz oder in einer Station oder sagt man
183 eher, eher in der Organisation oder im Verwaltungsbereich, wo würden Sie mit Lean
184 beginnen?

185 IP06: Das ist eine gute Frage. Ich glaube, dass es gut wäre – also wir haben das ja reflektiert,
186 wann wir unsere Bereiche – also es kommt an eine gewisse Forderungsgrenze, das muss man
187 sagen, alles in einem stressigen Alltag, mit neuen Methoden hineinzugehen, da muss man sich

188 vorbereiten. Jetzt war es ein bisschen so, dass ich glaube, es könnte sinnvoll sein, man könnte
189 es einfacher aufsetzen, indem man sich zuerst klassische Lean Management Projekt kümmert
190 und schaut, dass die Methoden und alles das, was es braucht, um das zu verstehen. Ich
191 spreche hier von diesen ganzen produktiven Bereichen, sprich Material abliefern und die
192 Station oder Ambulanzräume, Organisation im Sinne von, meine Laden sind gleich
193 eingeräumt, alle Räume sind nach einem gleichen System aufgebaut. Alles, was jetzt die
194 Infrastruktur betrifft. Das ist auch relativ leicht und schnell umzusetzen. Weil, es sind Spagetti
195 Diagramme und sonstiges, die sind leicht erstellbar, denke ich. Also da sind diese Board
196 Methoden mal das nächste, am Schluss, erst sind es wirklich diese tiefgreifenden Prozesse,
197 wie kommt der Patient besser durch unser System. Wir haben beim großen Thema
198 angefangen und sind dann erst später auf die ganze Material, Lieferstruktur gekommen. Das
199 war ein bisschen schade, wir hätten viel von Verständnisarbeit und Überzeugungsarbeit uns
200 glaube ich erspart, hätten wir Lean Management ein bisschen zarter eingeführt, ein bisschen
201 verständlicher, in dem Bereich nämlich, wo es herkommt. Nämlich das klassische
202 Strukturprinzip und dort den Veränderungsmodus positiv erleben lassen und dann erst das
203 andere überzugehen, wo es wirklich komplex wird. Diese Patientenabläufe sind extrem
204 komplex, das muss man auch sagen, weil hier so viele Bereiche Hand in Hand
205 ineinandergreifen müssen. Wir hatten hier ein bisschen den Vorteil, dass wir durch das Thema
206 Patientensicherheit schon sehr getrieben waren, es ist uns Gott sei Dank gelungen, aber ich
207 würde es nicht mehr so machen. Ich würde im Materialbereich, Infrastrukturbereich
208 anfangen. wenn man bedenkt, es gibt ja Ambulanzen, die vollgestopft bis rauf sind, man hat
209 das Gefühl, man kommt in das Zimmer rein, es ist alles unordentlich, man hat überall Material,
210 man hat keine freie Arbeitsfläche. Also das macht schon was mit einem. Und wenn jetzt alle
211 diese Bereiche frei sind und man weiß, welche Ambulanz ist besonders angefüllt und
212 unordentlich, wenn man dort gleich mit den sichtbaren Elementen kommt und sagt, wir
213 räumen jetzt dort auf, wir haben eine klare Struktur drinnen, dann ist das viel leichter für die
214 Menschen. Klar erkennbar und man tut sich mit anderen Methoden dann leichter.

215 **I:** Was jetzt ja zusätzlich auch schwierig ist, wenn man sagt, man möchte es auf einer Station
216 oder Ambulanz umsetzen, gerade aufgrund dieses Pflegefachkräftemangels, jetzt sind eh
217 schon sehr viele überbelastet. Wenn man dann mit einem neuen Projekt ankommt, wird man
218 nicht gerade unbedingt für Beifall sorgen.

219 **IP06:** Wenn man genau versucht, (im gesamten Infrastrukturbereich, der das Pflegepersonal
220 belastet, immer nachzuordnen, der ganze Materialbereich, das ist ja praktisch durch die
221 Pflege. Ja, Ärzte tun das vielleicht ein bisschen, aber im Grund ein klassischer Pflegebereich.
222 Und wenn dort eine Form von, ich mache es dir einfacher, weil deine Ressource so wertvoll
223 ist, dann ist das gleich mal besser. Bevor man den wirklichen Change Prozess anfängt.

224 **I:** Ja. Wo sehen Sie die größten Herausforderungen und die größten Problematiken in der
225 Implementierung? Was war auf der Station oder in der Ambulanz, wo waren die größten
226 Herausforderungen?

227 **IP06:** Die größten Herausforderungen sind dieses „Gleichheitsprinzip“, das einzuteilen, dass
228 sich alle danach zu richten haben. es gibt die, die Beratung vorziehen, die, die weniger
229 vorziehen und was bei uns gut war, es war ein Coach, der das extrem eingeweicht sozusagen
230 hat, aber es war eine Herausforderung, dass nicht durchgehen zu lassen, und da gibt's welche,
231 denen das nichts ausgemacht hat, dann die, die sagen, nein, das will ich nicht, so
232 herumgemault haben. dann hat der Coach gesagt, nein, wir haben das ausgemacht. Also. Und
233 dann hat er das extrem durchgetragen mit dieser Person, die ist dann nicht ausgekommen.
234 Und sobald der Coach weg war, logischerweise, sind die in ihre alten Muster verfallen und die
235 Hälfte des Teams war schon aufgegleist und hat sich gefreut, dass mit den neuen Methoden
236 auch eine Verbesserung ist und es hat sich dann keiner getraut, diese Coach Position zu
237 übernehmen und die Leute, wie der Coach, das durchziehen, nein, du hast 3 Minuten, nicht
238 30 Minuten, nein, du musst uns über alles berichten und nicht nur deine tolle OP gestern. Und
239 dann gibt's Chefs, die das können und welche, die das nicht können oder nicht wollen,
240 konfliktscheu sind und das ist eine Riesenherausforderung. Das muss man sich wirklich,
241 wirklich, echt gut ausmachen, auch ganz klar aussprechen, dass sich alle danach zu richten
242 haben, dass das nicht gegen den Mitarbeiter geht. Wir haben das jetzt ausgemacht, machen
243 wir das jetzt so – schaut auf den Zettel, dass das nicht eine Kritik an der Person ist, sondern
244 die gemeinsam versuchen müssen, die Systemveränderung mitzugehen. Das war bei Lean ein
245 ganz anderer Ansatz, das war am schwierigsten bei denen, die es nicht wollten. Bei anderen
246 Methoden versteckt sich das viel mehr, da nimmt man das in Kauf. Lean ist viel
247 erbarmungsloser. Und das Erbarmungslose, ja, das ist das Härteste und darum ist es ganz, ganz
248 extrem wichtig, die Führungskräfte und jeden, der einen großen Einfluss auf Veränderungen
249 hat, den wirklich an Board zu holen und so lange zu vertreten, bis die überzeugt sind. Da hat
250 der Coach bei uns sehr viel gute Arbeit geleistet und bei manchen Teams hat es länger

251 gedauert, das ist vielleicht bei einigen Teams noch immer so, wie es eigentlich sein sollte. Aber
252 es ist deutlich anders geworden und das ist glaube ich nur mit Lean Management möglich. Alle
253 anderen Methoden hätten versagt.

254 **I:** Sie haben schon erwähnt, also die Führungskraft muss mal von Lean vorab überzeugt sein,
255 um das auch voranzubringen.

256 **IP06:** Das ist extrem wichtig, so wichtig, also, hat ja eigentlich sowieso eine wichtige
257 Bedeutung, aber im Lean Management kommt das noch viel mehr heraus. Was eine
258 Führungskraft nämlich zu leisten hat. Nicht der beste Operateur zu sein oder der beste
259 Onkologe, nicht der Beste, was bei der Ärzteschaft besonders ein Thema ist, sondern die
260 Führungskraft hat die Aufgabe, die wirklich unangenehme Veränderung für manche
261 mitzutragen, in einer uneitlen Form. Wenn es nicht um das medizinisch Fachliche geht, das ist
262 immer sehr schwierig gewesen, das zu trennen. Und ich kritisiere das nicht, wie du das operiert
263 hast, sondern du musst dich an eine neue Form halten. Das wird oft als Kritik an der Person
264 verstanden und da das alles auch Gewinnertypen sind, ist das schwer trennbar. Die Lean
265 Veränderung war eine Herausforderung tatsächlich für ganz viele Führungskräfte. Also ohne
266 die geht das auf gar keinen Fall, es müssen wirklich alle Energien da hinein verschwendet
267 werden, lieber nochmal 3 Runden mit der Führungskraft zu drehen, als es ohne der zu starten.

268 **I:** Was Sie vorher schon erwähnt haben, wir sind ja ein streng hierarchisches Land und auch
269 die Krankenhäuser sind sehr hierarchisch geführt. Jetzt ist gerade da Lean Management,
270 jemand, der mit dem Team auf Augenhöhe arbeitet. Wie ist man da vorgegangen, dass man
271 sagt, zwischen Ärzten und Pflegepersonal und auch teilweise natürlich bis zu den
272 Reinigungskräften, die müssen ja auch zum Teil mit involviert werden. Wie geht man da vor,
273 dass diese strenge Hierarchie ein bisschen ausgehebelt wird, dass ein bisschen mehr auf
274 Augenhöhe kommuniziert wird, dass jeder Part oder Bereich gleich wertvoll anerkannt wird
275 im System?

276 **IP06:** Ja, schwierig zu sagen. Ich glaube, dass bei uns – wir haben uns vielleicht ein bisschen
277 leichter getan, weil wir dieses Thema einer steilen Hierarchie, die gefährlich sein kann, bei den
278 gesamten Patientensicherheitsthemen schon durchgekaut hatten. Wir hatten damals, auf
279 diesem Boden ist Lean Management wieder ein bisschen leichter aufzusetzen, das ist vielleicht
280 ein Thema, das man mitbedenkt, wir haben so Teamtrainings gemacht, Teams Training zur
281 Fehlervermeidung, wo sind Fehlerquellen, menschliche Fehlerquellen und Sonstiges. Und da

282 geht's natürlich sehr viel um Hierarchie und um Teamnutzen. Dass immer die einzelne Person
283 sich viel schwerer, die Fehler abzufangen als eine strukturierte Teamarbeit. Also eine
284 Teamarbeit ist fehlerfreier und diese Themen, die muss wahrscheinlich vorher, vor einem Lean
285 Management Projekt noch einmal mit Fortbildungen, mit Trainings einbringen, weil Lean
286 Management da erbarmungslos ist. Das Wort erbarmungslos ist natürlich unter
287 Anführungszeichen zu setzen. Aber der Boden bereit sich dafür, dass das hierarchische System
288 im Krankenhaus einerseits wichtig sind, weil es immer einen gibt, der eine Entscheidung
289 treffen muss, aber hierarchische Systeme ihre Fehlerrisiken haben. wenn man das nicht zuerst
290 mal hinterfragt und sich damit beschäftigt, dann neigt Lean Management dazu, die Menschen
291 nicht abzuholen. Ich glaube, eine Hierarchie und Fehlerdiskussion, sozusagen, sollte vorher
292 passieren. Es gibt Teams, da ist man sofort bereit, da ist der Chef sehr bereit, die Hierarchie
293 abzugeben usw. also man muss sich diese Teams vorher gut aussuchen. Und meistens sind ja
294 die, die nicht oder nicht gut funktioniert, oft mit der Führungskraft gekoppelt. Und wenn jetzt
295 sozusagen genau das schwierigste Thema sich ausgesucht wird, wo der Boden am
296 schlechtesten bereitet ist, das kann Lean Management glaube ich auch nicht. Das muss man
297 glaube ich auch bedenken, dass hier vor der Ausführung der Boden bereitet werden muss.

298 **I:** jetzt ist das ja in jedem Bereich so, auch, wenn wir zum Teil sehr offene Mitarbeiter haben,
299 gibt's immer wieder Mitarbeiter, wie Sie schon gesagt haben, die Angst vor Veränderung
300 haben, die natürlich sehr viel Skepsis haben und sich natürlich vor Veränderung – dagegen
301 wehren, besser gesagt. Aber wie mache ich das im Lean Management, wenn ich das einführe
302 und die müssen da auch mit, dass ich sie jetzt nicht damit überfordere? Dass ich sei nicht
303 degradiere und entmündige, weil sie jetzt die Arbeitsstrukturen und Arbeitsweisen ändern
304 müssen, wie kann ich vereinzelt mit ein, zwei, drei Personen vielleicht, wie gehe ich mit denen
305 um, dass ich die mit ins Boot hole?

306 **IP06:** Ich brauche extrem viele offene Gesprächsmöglichkeiten. Das heißt, man muss den
307 Leuten, die besonders zögerlich oder als schwierig eingestuft werden, wie auch immer, die
308 muss man abholen. Die kann man nicht verschwinden lassen und glauben, das löst sich selber.
309 Sondern diesen Lean Weg muss man gehen, indem man die zu Einzelgesprächen holt. Und da
310 hilft oft nur der Patientenfokus, da holt man auch die Schwierigen ab, die hohe Expertise, die
311 diese Person ja auch hat, vielleicht sind die manchmal schwierig oder dem Veränderungsdruck
312 so ablehnend gegenüber, weil die für sich eine hohe Expertise beanspruchen, ich bin ein guter
313 Arzt, Ärztin, die einen Fokus auf den Patienten haben, gerade, weil das so ist, weil der Patient

314 davon profitieren soll – da ist alles andere, was stört, was eigentlich abhängt, die Expertise
315 zum Patienten zu bringen, das muss man wegräumen. Mit dem Verständnis kann sich die
316 Person dann leichter ins System einbringen. Man muss wahrscheinlich einen persönlichen
317 Nutzen erkennen. Wenn man sagt, man muss ein System verbessern und es geht um den
318 Patienten, die verstehen das.

319 **I:** Jetzt höre ich Sie nicht mehr. Hallo?

320 **IP06:** Genau, man muss den Boden bereiten, man muss von sich heraus starten und muss
321 wirklich vielleicht ein paar Vorteile aufzeigen.

322 **I:** Sie haben vorher schon über die Patientensicherheit gesprochen und diese gelebte
323 Fehlerkultur. Lean Management lebt ja von einer Fehlerkultur, weil nur dann kann man sich ja
324 auch verbessern. Wie sehen Sie das in einem Krankenhaus, natürlich passieren Fehler, gerade
325 dort gehören sie vermieden. Aber wie geht man mit einer positiven Fehlerkultur um, wie
326 aktiviert man auch die Mitarbeiter, Fehler oder Gefahren anzusprechen und auch, ohne, dass
327 jemand gleich ein Schuldgefühl hat? Weil das ist ja in Österreich auch bekannt, dass wir uns
328 Fehler nur schwer eingestehen?

329 **IP06:** Ja, es braucht, wir hatten über viele Jahre ein Projekt, haben uns um Patientensicherheit
330 regelmäßig gekümmert. Wir haben fast alle Mitarbeiter einmal durch ein Fehlertraining
331 geführt. Durch ein Sicherheitsmanagements Training durchgeschleust. Wir haben beinhart
332 versucht, das zu induzieren mit eben Checklisten, mit weg von der Person zum System. Da
333 braucht es Fortbildung, tatsächlich. Also es geht nicht mit Einzelthemen. Da braucht es
334 Fortbildung, was heißt z. B. ein Modell, warum, welche Methoden gibt's, von Seiten der
335 internationalen Patientensicherheitsziele, wo sind die klassischen Fehlerquellen, wie kann ich
336 denen in meinem Alltag begegnen, also möglichst einen systemischen Ansatz herauszukehren
337 und weg von dem Persönlichen zu kommen und das auch wieder coachen zu lassen. Und da
338 haben wir mit eigenen Safety Officers und Managern, die wir uns geholt haben, das Thema,
339 sobald, hm, was ist da passiert usw. dass die das begleiten und genau eben diesen Teamansatz
340 zu fördern und dieses Individuelle rauszubringen und auch da streng zu sein. Auch da braucht
341 es halt, ich glaube, bitte, jetzt hören wir auf, jetzt sind alle bei der Sache. Hier nicht diese
342 augenzwinkernde Wurschtigkeit, unter uns gesagt, walten zu lassen, sondern zu versuchen,
343 was haben wir ausgemacht, das machen wir jetzt. Das muss ins System hinein und da braucht
344 es Fortbildung und Training, dann verstehen das Leute, das geht heutzutage fast nicht, dass

345 man ohne ein Sicherheitskonzept ein Krankenhaus führt. Das war in den 80er, 90er Jahren
346 noch, aber die großen Katastrophen, wo falsche Beine abgeschnitten werden, falsche Seiten
347 operiert werden, falsche Medikamente verabreicht werden, das ist früher passiert, die Leute
348 sind rausgeschmissen worden und ja. Diese großen Katastrophen sind schon sehr ein-
349 gemindert. Ich glaube, wenn man da die Erkenntnis schafft, okay, ich glaube, in einem
350 Krankenhaus Sicherheitsnetze zu spannen, auf die ich mich verlassen kann, wo ich selber
351 mitwirke, dann geht das Projekt okay. Ich glaube nicht, dass man da komplett unvorbereitet
352 auf Patientensicherheit ein Projekt aufsetzen kann, das halt ich für sehr schwierig.

353 **I:** Ja, ich meine, es gibt eh schon sehr viele Systeme, wo man Patientensicherheit auch führen
354 kann. das hat jedes Krankenhaus, ich glaube aber, dass das Problem bei dem Personal ist, weil
355 es mit der Fehlerkultur nicht richtig umgehen kann. als Fehler natürlich immer was Schlechtes,
356 aber dass man es auch positiv bewerten kann und sagen, wir können daraus lernen und wir
357 können in Zukunft anders damit umgehen.

358 **IP06:** Ja, das meine ich mit Training und Fortbildung.

359 **I:** Okay. Ja. Dann hat man auch früher das gehabt mit dieser Materialwirtschaft, haben Sie ja
360 angesprochen. Jetzt hat man aufgrund der Corona-Pandemie gemerkt, dass Lagerbestände
361 knapp werden, dass die Lieferzeiten auch verzögert sind. Lean Management lebt ja davon,
362 dass man nicht zu viel hat, kurze Durchlaufzeiten hat, wie kann man das jetzt – ja, ineinander
363 führen. Dass man sagt, auf der einen Seite brauche ich sehr hohe Lagerbestände, gerade in
364 Zeiten von Krisen, im Lean Management sollte man wieder eher auf das verzichten. Wie kann
365 ich das ineinander wirken lassen?

366 **IP06:** Ich glaube, dass immer alle, egal, ob Pflege oder Ärzte, sind – also brauchen einfach ein
367 Material zum Arbeiten. Die beschäftigen sich überhaupt nicht damit, was ist da davor und was
368 ist da dahinter, sondern es muss das da sein, was die brauchen. So. mit dem Ansatz gehen alle
369 hinein. Jetzt ist es eben so, dass man vorher gesagt hat, naja, so viel ist halt da, aber jetzt hat
370 Lean Management auch viel klarer den Blick auf die Materialsicht gebracht. Und das ist eben
371 ein guter Einstieg in das Thema, was brauche ich eigentlich, wie viel ist eigentlich für mein
372 tägliches Wirken notwendig und wie sehr blicke ich über den Tellerrand darüber, was meine
373 anderen Kollegen betrifft. Ich kann nicht nur für meine Abteilung denken oder meine
374 Funktion, sondern ich muss übergreifender denken. Und das kann Lean Management
375 bewirken, dass wir eine Ressourcenorientierung beginnen, wenn man auf das Material schaut.

376 Das ist eine beständige Geschichte, wenn ich anfangen, dann will ich keine Diskussion über,
377 naja, wir haben nicht so viel, das ist bei einigen in Österreich stärker ausgeprägt, bei anderen
378 weniger, da sind die X auch prinzipiell auf einem guten Sozialisierungskurs, weil die Bestände,
379 das Sparen und das Schauen auf Ressourcen im Ordensfall oder bei kleinen Trägern viel
380 ausgeprägter sind als jetzt bei städtischen oder größeren Rechtsträgern. Das ist einfach so.
381 deswegen muss man schauen, was ist schon da, wenn überhaupt. Weil ich muss mir keine
382 Gedanken mehr darüber machen, weil ich jede Woche dasselbe bestelle und nie schaue, wie
383 groß sind meine Lager, dann werde ich in Zeiten von Corona plötzlich in ein komplettes Loch
384 fallen. Das wird mich komplett überfordern. Wenn aber klar ist, die Ressource ist prinzipiell
385 eine knappe und ich passe darauf auf, dann bin ich in der Zeit von pandemischen
386 Lagerproblemen viel besser vorbereitet, kann viel leichter mit dem Mangel umgehen, als
387 wenn ich aus dem Überfluss komme. Und diesen Überfluss sich prinzipiell anzuschauen und
388 dabei einen Blick darauf zu richten, ich sage immer, Pandemie ist wie in Kriegszeiten, es ist
389 leichter als in Friedenszeiten, dann ist man auf diese Krisen viel besser vorbereitet. Es kommen
390 alle Krankenhäuser durch diese Krise besser durch, die auch gelernt haben, sich auch als
391 Abteilung, als Organisation, auch als Fachärztin auf diese Ressourcen einen Blick zu haben, als
392 die, die noch nie einen Blick darauf gehabt haben und immer eine volle Schublade gehabt
393 haben. daher glaube ich, ist es extrem wichtig, in Krankenhäusern den Blick für die Teams oder
394 die Beteiligung jeder Person an eben auch dem Ressourcenthema hochzuhalten, ganz, ganz
395 wichtig. Weil in der Krise plötzlich der Blick auf Dinge fällt, die im Alltag unwichtig sind. In der
396 Krise wird man es gelernt haben.

397 **I:** Das auf alle Fälle. Hoffentlich bleibt das Wissen auch immer vorhanden. – Jetzt haben Sie
398 eben von Verschwendung gesprochen, Sie haben schon gesagt, am meisten konnte man an
399 Ressourcen in der Zeit einsparen. Wo wurde noch eingespart oder was war mit
400 Verschwendung, wo man noch sagt, okay, an Laufwegen, an Infrastruktur, was sind so die
401 größten Punkte, wo man mit der Verschwendung eingespart hat?

402 **IP06:** Das war sicher das Thema Kommunikation und mit der Erreichbarkeit. Weil mit Lean
403 Projekten kommt eine klare Einteilung von Services. Weil das ein bisschen im Fokus ist. weil
404 Service wird oft mit Bedienung und Hilfskräften assoziiert, aber Service hat ja sehr viel zu tun
405 mit vorausschauenden Informationen. Und jetzt in Bereichen, wo immer war, ich brauche so
406 lange, weil ich habe diese Information nicht. Z.B. wenn Rückfragen für geplante
407 Untersuchungen, also ist der Patient entsprechend vorbereitet. Klassisch beim Röntgen, der

408 Patient muss vorbereitet sein, der muss abgeführt sein, der muss rasiert sein, was auch immer.
409 Und da liegt extrem viel Verschwendung, wenn der Patient nicht vorbereitet wird. Dann
410 kommt der Arzt, dann muss nachgearbeitet werden, der nächste Patient muss. die ganze
411 Wertschöpfungskette ist drüber. Und da war damals in dem Projekt das Thema, naja, also wir
412 wissen es z.B. nicht ganz, der Standard, den es eigentlich gibt zur Vorbereitung, der passt auf
413 diese Untersuchung nicht oder man ist sich nicht sicher, ob das bei den Patienten auch in
414 dieser Form so sein kann und man braucht eine Rückfrage. Man muss jemanden erreichen
415 können. Nämlich eine kompetente Stelle, nicht ein Sekretariat, das sagt, na, versuch, den Arzt
416 zu erreichen, ich weiß nicht, wo er ist. sondern es gibt ein Service Telefon für diese Sachen
417 eingerichtet, das hat ein eigenes Team über gehabt, das hat man mit einem positiven Wording
418 versehen. Derjenige hat dafür zu sorgen, dass er erreichbar war und in den Fragen kompetent
419 war. Wenn man wen erreicht und der sagt, ich weiß nicht, da muss man wen anderen fragen,
420 das bringt nichts. Sondern mit dem Service Telefon wurde eine konkrete Erwartungshaltung
421 besprochen und alle Themen, die der eigene Bereich zur Vorbereitung braucht, abgeklärt und
422 der andere konnte besser zuliefern. Und das war klassisch ein Thema der
423 Wertschöpfungskette, wo Kleinigkeiten oft Zeit frisst und wo eine simple Maßnahme sehr viel
424 Erleichterung rein gebracht und Ärger rausgebracht hat. Das ist ja das Zweite, dass die
425 Verschwendung nicht nur eine Zeitverschwendung ist, sondern sie macht was mit der
426 Stimmung. Und wenn Team und Stimmung dann sozusagen kippen, weil man sich schon
427 wieder ärgert über die Abteilung, dann hat das eine extreme Auswirkung auf die anderen
428 Themen.

429 I: Auch auf das Betriebsklima sozusagen.

430 IP06: Genau, daher sind simple Maßnahmen mit einer großen Reichweite versehen worden.
431 da kam ganz viel mehr Friede und Zufriedenheit hinein. Weil klar war, da ist das, wir sind
432 besser vorbereitet. Das hat sich bei uns extremer ausgewirkt, weil wir bei den X
433 interdisziplinäre Abteilungen haben. Bei den Konservativeren, wenn man eigene
434 Patientenabteilungen hat, ist das unterschiedlich. Daher kam es bei diesen Situationen oft zu
435 Schwierigkeiten, weil, wenn lange z.B. ein chirurgischer Patient war, dann sind viele
436 Kleinigkeiten vergessen worden. daher hat das besonders für die interdisziplinären Bereiche
437 einen extremen Vorteil gebracht. Und da hat es auch für alle, die neu sind, die Strukturen nicht
438 kennen, hat das schnell geholfen, sich einzufügen in diese Prozesse, weil klar war, da kann ich
439 mich versichern, wenn ich den Patient richtig vorbereitet habe, dann habe ich auch ein

440 individuelles Erfolgserlebnis. Das hat auch gebracht, hohe Zufriedenheit reinzubringen. Und
441 ja, man hat fast unterschätzt, wie sehr schlechte Prozesse auch Stimmung und Teamgefüge
442 ausheben. Daher waren alle auf dem Prozessfokus mehr drauf, weil sie erkannt haben, wenn
443 das geschmeidiger rennt, dann ist es für alle besser. Aha-Effekt.

444 **I:** Und entlastet nicht nur den Patienten, sondern das Personal extrem. Und es geht alles ein
445 bisschen fließender vor sich.

446 **IP06:** Genau, richtig, das hat sozusagen einen erstaunlichen Effekt gehabt, wo man wirklich
447 sich den Prozess bis ins Detail sich anschaut, das ist einer der wesentlichen Vorteile die Lean
448 hat gegenüber einem normalen Prozessmanagement, dass es so lange in den Prozess
449 hineinbohrt, bis in die Tiefe, um zu entdecken, wo steckt das Problem. Das sind ja sehr
450 zwischenmenschliche oder lächerliche Probleme. Aber die sind oft – der Prozess muss so lange
451 durchgekämpft und angeschaut werden, bis ins letzte Detail, erst dann können wir wirklich
452 arbeiten. Und viele andere Prozessmanagementprojekte gehen nicht in das Detail hinein. Die
453 diesen durchdringenden Ansatz nicht haben. das meine ich mit dem erbarmungslosen Thema.

454 **I:** Da muss man dazu sagen, mit Lean ist man nie fertig, es ist eine Philosophie, es wird sich
455 immer was verändern, was zu verbessern ist, das ist ein lebenslanges Arbeiten.

456 **IP06:** Der ständige Verbesserungsprozess ist viel stärker drinnen als es bei anderen
457 Prozessmanagementprojekten war. Dass du nicht fertig bist, sondern weißt, du musst es
458 immer wieder anschauen. Vor und zurück. Daher gibt's auch das Verbesserungsboard, das ist
459 nicht nur ein Übergabe- oder Informationsboard, sondern das Chronische, dort findet das
460 statt. Das ist ungewohnt für Leute, ständig mit dieser Verbesserung konfrontiert zu werden.
461 Das nutzt nichts, du musst wieder und wieder hinschauen, die Zeiten waren wieder schlecht,
462 die Vorbereitung war wieder nicht gut. Oder wir haben 5 von 10 Patienten nicht gut drinnen
463 gehabt, anstatt 2 von 10. Das ist nicht so lustig, aber es wissen alle, die Prozesse lassen sich
464 sonst furchtbar aus und fangen von vorne an. Und deswegen, glaube ich, kommt in Lean
465 dieses, na gut, kümmern wir uns lieber gleich drum, bevor wir nachher wieder ein Problem
466 haben.

467 **I:** Wir haben ja diesen allgegenwärtigen Fachkräftemangel in der Pflege. Jetzt ist meine Frage,
468 wenn dann lean eingeführt ist, kann man auf lange Sicht mit diesem Management Konzept die
469 gleichbleibende Pflegequalität und auch die Steigerung der Leistungsqualität den Kostendruck

470 reduzieren, dass wir die Pflegekräfte, die wir brauchen, nicht bekommen, ja, aber kann man
471 mit Lean Management das dahingehend ein bisschen kompensieren?

472 **IP06:** Jein. Ob ich das so einfach beantworten kann, weiß ich nicht. Ich denke, dass wir gerade
473 in Mangelzeiten und besonders in Personalmangelzeiten alles dafür tun müssen, dass wir
474 keine Verschwendung von Ressourcen haben. und Menschen, die in einem Mangelberuf tätig
475 sind, suchen sich ganz genau aus, wo sie arbeiten. Und wenn diejenige Ressource dann auch
476 zielgerichtet verwendet wird und eben nicht verschwendet, glaube ich, hält Lean
477 Management hier die große Klammer. Legt den großen Fokus drauf, deine Arbeitskraft ist mir
478 so wertvoll, ich will das nicht verschwenden und da ist das einfachste Verständnis dabei und
479 ich glaube, dass das wahrscheinlich der einzige oder einer der wenigen dauerhaften Ansätze
480 ist, um genau diesem Fachkräftemangel entgegenzuwirken. Weil sei sich eben ganz genau
481 aussuchen werden, wo kann ich gut, sicher und unverschwendet arbeiten. Wo nicht meine
482 Arbeitskraft ausgebeutet wird und für Wartezeiten und dauerndes Gegenchecken, wo ich
483 mich extrem genervt und belastet fühle, da werde ich weggehen. Und ich glaube, dass hier
484 Lean Management einen extrem wertvollen Beitrag hat, diese Verschwendung und
485 Mangelressource einzudämmen. Ich sehe das als extremes Zukunftsmodell.

486 **I:** Okay. Es heißt, Lean ist Verschlanken von Prozessen. Und wir wissen alle, viele im
487 Kostenrechnungs- und Controlling Bereich hoffen auf die Verschlankung der Kosten, aber ich
488 glaube, dass Lean am Anfang in der Implementierung teurer wird oder ein Kostenaufwand
489 entsteht. Ist da eher ein finanzieller Aufwand dahinter, wenn man Lean Management
490 implementiert?

491 **IP06:** Nein. Muss man halt, wie jeder Projekt, muss das von der Ausführung getaktet werden,
492 das besteht aus der kollegialen Führung oder wenn der Geschäftsführer dabei ist – es braucht
493 am Anfang, das ist das Teure, diese Mitarbeiterressource für Projekte mal abzustellen. Das
494 braucht, ja, Geld und Zeit. Da braucht es einen Projektmanager, und vielleicht an manchen
495 Tagen nicht so sehr – da wird man nicht 18 OPs haben, sondern nur 15. Das muss aber vorher
496 klar sein. Gut, wir haben ein Projekt, da haben wir dafür so und so viel Zeit und Energie, weil
497 wir uns so viel Effizienz erwarten und Produktivitätssteigerung, dann ist das für jeden klar, der
498 1 und 1 zusammenzählen kann, dass man da investieren muss. aber wir haben eine sehr starke
499 Personalstruktur, auch Materialstruktur und dort wird sehr genau geschaut, wir machen schon
500 wieder ein Projekt und was geben wir da für Geld aus, die waren da schnell dabei, auch viele

501 Zeitressourcen zur Verfügung zu stellen. Ich denke nicht, dass das Kostenthema eines Projekts,
502 in dem Fall Lean Projekt, ein Showstopper wäre.

503 **I:** Sie haben aber schon gesprochen davon, Sie haben immer Experten auch dabei gehabt bei
504 den Projektumsetzungen. Ich glaube, Lean Management als Krankenhaus alleine umzusetzen
505 oder zu implementieren, wäre wahrscheinlich nicht sehr sinnvoll und auch nicht möglich. Man
506 ist sicher auf Experten und Partner angewiesen, oder?

507 **IP06:** Ja, unbedingt, es braucht hier den Blick von extern auch, weil natürlich, das ist immer
508 so, man sieht das Problem nicht. Das ist einfach so und es braucht auch Erfolgsgeschichten, die
509 präsentiert werden können und aus denen man lernen kann. man braucht Projekte, wo man
510 sieht, das ist so und so, das können wir auch schaffen. Wer sollte das wissen außer Experten.
511 Da braucht man die externe Sicht, auch dieses, wir sitzen alle in einem Boot, unsere Probleme
512 sind keine Spezialprobleme, die haben nur wir, sondern die gab es woanders auch und sind
513 dort folgendermaßen gelebt worden. den Blick nach extern schafft nur ein Externer. Das bringt
514 auch nichts, wenn man einen Mitarbeiter in ein anderes Haus schickt, da ist immer ein Bias
515 drauf. Da ist immer schon eine Sichtweise eingebrannt. Und deswegen braucht es eine
516 möglichst neutrale Person, die möglichst unbefangen in diese Situation hineingeht und dann
517 diese Personen coachen kann. wenn das wer vom Haus ist, der hat schon eine Meinung zur
518 Person, der kann nie diesen neutralen Fokus haben. der ist zu der einen Person milder, weil er
519 sie mag, zur anderen Person besonders streng, weil er sie nicht mag. Und genau das Coaching,
520 das Einhalten von vereinbarten Strukturen und das einzufordern, das geht nur, wenn eine
521 neutrale Sicht auf das Team vorliegt. Ich glaube, das kann nur wer Externer gewährleisten.

522 **I:** Ja, jetzt haben wir noch das Thema mit der steigenden Digitalisierung, jetzt kommt die
523 elektronische Fieberkurve, jetzt hat man noch das Lean Projekt. Wie beeinflusst die
524 Digitalisierung das Lean Management und was wäre sinnvoller, was zuerst da wäre?

525 **IP06:** Ich sage keinesfalls beides auf einmal, das ist zu viel. Prozesse, wie, wenn digitale
526 Patientenakten laufen, da würde ich abraten, einen Lean Prozess reinzuhängen. Was sehr gut
527 ist, wenn ich natürlich bereits einen Digitalisierungsprozess auch habe, ich weiß, dass z.B. in
528 einem städtischen Krankenhaus, wo vielleicht nicht so sehr – es ist natürlich schwierig, von
529 der Verschwendung sprechen und gleichzeitig mit 70.000 Papieren, Durchschlagpapier und so
530 weiter arbeiten, da kommt extrem schnell eine Frustration auf. Ich weiß nicht, ob das
531 zusammengeht. Also das Thema, naja, unterhalten wir uns über Verschwendung von

532 Ressourcen und gleichzeitig weiß jeder, der dabei ist, über diese Verschwendung können wir
533 nicht reden, weil das wird nicht besser. Das ist fast lächerlich. Und deswegen könnte man,
534 wenn man schon ohne Digitalisierung Lean Management einführt, sich nur auf diese Wege
535 und Materialfokuse konzentrieren und ich glaube, den Patientenfokus würde man da
536 auslassen. Wenn der Digitalisierungsgrad niedrig ist, glaube ich, muss man Lean anders
537 aufsetzen, als wenn er höher ist. Es wirkt einfach schnell lächerlich. Und da muss man natürlich
538 aufpassen.

539 **I:** Nachdem die Digitalisierung nicht aufzuhalten ist und sich in den nächsten Jahren noch viel
540 tun wird, ist die Möglichkeit, wo man sagt, man muss das Lean Management an die
541 Digitalisierung anpassen.

542 **IP06:** Ja, tatsächlich. Ich meine, Lean Management kommt ja viel aus der Schweiz, dort hat es
543 einen relativ hohen Level, aber dort ist auch ein extrem hoher Digitalisierungsgrad. Da muss
544 man das anpassen, heißt nicht, dass man das nicht machen soll, aber der Erwartungsgrad an
545 den Effekt muss ein anderer sein.

546 **I:** Ja, welche Trends sehen Sie da in Zukunft, eben auch in Hinblick auf Lean Management,
547 gibt's da wieder Trends? Das entwickelt sich ja auch ständig weiter, gibt's da neue
548 Erkenntnisse und Studien?

549 **IP06:** Kann ich Ihnen derzeit nicht sagen, weil ich wirklich zu sehr mit der Pandemie derzeit
550 beschäftigt bin. Aber das hat wirklich auch viel mit der Pandemie zu tun, dass ich jetzt viel, viel
551 mehr Häuser als vorher überlegen, welchen Arbeitsplatz sie ihren Mitarbeitern bieten können.
552 Und ich glaube, dass Lean Management hier viele Antworten geben kann. und wahrscheinlich
553 ist es jetzt mehr denn je wichtig, sich den Systemen zu widmen und den Arbeitsplatz besser
554 zu machen, aber auch gleichzeitig das Vertrauen der Patienten in die Organisation
555 Krankenhaus wieder zu gewinnen, z.B. sich desinfizieren, oder der Patient hat nicht gewusst,
556 kann ich das Krankenhaus betreten. Also das ist mit Unsicherheit belegt worden. darum gilt
557 es, das Vertrauen auch wieder in die Institutionen einerseits zu stärken und andererseits den
558 Arbeitsplatz attraktiver zu machen.

559 **I:** Damit hätten Sie meine letzte Frage eh schon beantwortet, was wäre aus Ihrer Sicht noch
560 wichtig und erfolgsversprechend? Ich glaube, das ist Arbeitsplatzgestaltung und Vertrauen in
561 die Organisation, das ist dann glaube ich eh sehr gut zusammengefasst.

562 **IP06:** Vor allem auch, jetzt ist es ein bisschen so, dass wir eine sehr hohe Verallgemeinerung,
563 also in der Pandemie gibt's eine Verallgemeinerung von Patientenstation, die Geimpften, die
564 Infizierten, die Ungeimpften. Die Pandemie hat uns sehr weg von der Individualität gebracht
565 und hin zu einem Gruppendenken. Kompletten Blick weggebracht von dem, wo wir
566 eigentlich waren, mit den Patienten individuell anzunehmen, zu betreuen, das ist vollkommen
567 aus dem Fokus gerückt. Es geht nur noch darum, wie viel Platz hat man, wie viele Infizierte
568 können wir uns leisten usw. also eine extreme Depersonalisierung vorgenommen. Und die hat
569 die Pandemie mit sich gebracht. Und daher glaube ich, das ist vielleicht auch ein Gedanke, der
570 immer mitschwingt bei Lean Management, Patienten sind keine Autos, das sind individuelle
571 Patienten, nein, genau jetzt kann Lean Management den Fokus auf den Patienten, das
572 Individuum wieder einführen. Wie geht's der Einzelperson, wenn sie das Haus betritt, wie
573 verlässt sie es wieder. Das gilt es wieder, mit Fokus auf die Keimzelle Patient zu bringen. Und
574 da wäre es wahrscheinlich nicht schlecht, schon jetzt, während der Pandemie als Vorbereitung
575 sich Gedanken zu machen, wobei es natürlich jetzt schwierig ist, von Prozessen und Aufgaben
576 zu sprechen in den derzeitigen Situationen. Aber es hilft sicher, wenn sich die Führungskräfte
577 auseinandersetzen und das vorbereiten. Weil ein erstaunlicher Depersonalisierungsgrad
578 eingetreten ist.

579 **I:** Ja, dann bedanke ich mich sehr, sehr herzlich für das aufschlussreiche und interessante
580 Interview. Es war total angenehm für mich, so viel Wissen auch, was Sie mir da
581 entgegengebracht haben, ich möchte mich bedanken, dass Sie sich Zeit genommen haben in
582 dieser schwierigen Zeit. Ich weiß, Sie haben derzeit sehr viel um die Ohren, das ist eine
583 Ausnahmesituation und nimmt kein Ende.

584 **IP06:** Nein, gerne, das hat gutgetan.

585 **I:** Das freut mich sehr, dass ich Sie da ein bisschen in die Vergangenheit auch führen habe
586 dürfen. Nein, ich bedanke mich sehr herzlich nochmal für das Interview, ich habe sehr viel
587 mitgeschrieben, viele Infos wieder gekriegt, ich bin so dankbar, dass da so viele Experten
588 bereit sind, mich zu unterstützen.

589 **IP06:** Natürlich, ein cooles Thema. Wenn man mal angefangen hat, dann kann man nicht mehr
590 loslassen. Das hat sich so eingepreßt in mein Denken, ich kann das nicht mehr wegdenken von
591 meinem Leben.

592 **I:** Ja, ich habe mich dafür interessiert, ich habe die Literatur gelesen, man ist dann schon so
593 neugierig, man versucht, immer mehr an Informationen aufzusaugen und ich bin dankbar, ich
594 darf auch demnächst eine Lean Station besuchen und dann mal zu sehen, wie das in der Praxis
595 alles funktioniert. Weil die Literatur alleine ist nicht alles, ich freue mich schon wahnsinnig
596 darauf, wenn ich das vor Ort erleben darf.

597 **IP06:** Ja, absolut. Weil, das ist das einzige, wirklich viele Projekte, viele Jahre, als Mitarbeiterin,
598 als Führungskraft, egal, Lean ist das Einzige, das noch immer spürbar ist. das ist sehr
599 interessant gewesen. Weil es ein Mindchanger geworden ist. man hat viel schneller diesen
600 Blick auf Verschwendung. So Kleinigkeiten sieht man. Aber das bringt einen komplett anderen
601 Fokus und Sichtweise auf das.

602 **I:** Ja, super. Dann bedanke ich mich.

603 **IP06:** Also viel Spaß dabei und viel Freude bei den Erkenntnissen und Erlebnissen. Man braucht
604 ein bisschen eine Frustrationstoleranz, das sage ich auch dafür, weil es nicht gleich
605 geschmeidig läuft, aber es läuft dann länger.

606 **I:** Aber das ist in allen Bereichen so, wo man etwas ein bisschen länger aushalten muss und
607 das durchtauchen muss.

608 **IP06:** Absolut. Alles Gute für Sie.

609 **I:** Ich wünsche Ihnen auch alles Gute, natürlich auch weiterhin das Durchhaltevermögen. Und
610 ja.

611 **IP06:** Das brauchen wir alle, das hilft nichts.

612 **I:** Ja, da müssen wir durch. Ja, danke vielmals.

613 **IP06:** Gerne, es tut mir nochmal leid für die Internetprobleme, was auch immer das war.

614 **I:** Da kann niemand was wahrscheinlich, da sind wohl überall online Interviews heute,
615 deswegen ist die Technik schon überfordert, wir haben das ganz gut gemeistert.

616 **IP06:** Ja, alle sind im Homeoffice. Danke vielmals, alles Gute, auf Wiedersehen.

617 **I:** Danke, auf Wiedersehen.

1 **7.Interview vom 10.01.2022 16:03 Uhr bis 17:14 Uhr Online**

2 **I:** Meine erste Frage ist ganz klar was unterscheidet Lean Management jetzt von der herkömmlichen
3 Management Struktur? Diese drei Säulen Ebene?

4 **IP07:** Ja sagen wir so zum Thema Lean Management meiner Meinung nach ist es ein Management
5 System das wirklich extrem praxisorientiert ist. Und das was es in Wahrheit glaub ich einfach ausmacht
6 ist es, dass es eigentlich Hausverstand ist, sagen wir so, es ist systematisierter Hausverstand, darum ist
7 es meiner Meinung nach als Managementsystem
8 extrem leicht zu verstehen und zu praktizieren. Und in Wahrheit sind es das wenn du so
9 willst, sind es drei wesentliche Ebenen, das eine ist, dass man sich absolut auf den Wert
10 bezieht, also sprich den Kundenfokus oder wie bei uns Patientenfokus und dass man dann
11 einfach versucht, dass man alle Prozesse im Fluss organisiert. Also die Einhaltung des
12 Flusskonzepts und einfach diese, das Schaffen dieser generellen Übersicht ob der Fluss
13 funktioniert oder nicht, sprich dieses Hidoka| Und das sind eigentlich die drei Punkte auf das
14 es aufbaut und wenn du es so willst der Vierte wesentliche, ist einfach die Standardisierung und das ist
15 halt auch nicht schwer, sondern du brauchst eigentlich nur das was du als sinnvoll
16 erachtest im Team zu Papier bringen und einheitlich sich daranhalten. Die Disziplin natürlich
17 das einzuhalten und mehr ist es eigentlich nicht. Das heißt du brauchst nur dich auf deine Werte
18 fokussieren, schauen alles im Fluss zu organisieren bestmöglich schauen, dass du
19 Controlling Tools hast und ob das auch gut funktioniert und dann einfach schauen, dass das was du
20 machst oder was du für gut findest standardisierst und das diszipliniert einhaltest
21 und du hast gewonnen. Und so einfach meiner Meinung nach, ist kein anderes
22 Managementsystem.

23 **I:** Jetzt ist es aber in Österreich noch weitgehend unbekannt, es ist in der Schweiz und in
24 Deutschland schon sehr im Vormarsch, auch in Amerika höchst bekannt, aber in Österreich
25 ist es relativ unbekannt.

26 **IP07:** Das kann ich so nicht beurteilen, also das was stimmt ist, also erstens einmal Lean
27 Management, ich glaub muss man unterscheiden, im Spitalswesen ist es eher unbekannt,
28 wenn Sie ein bisschen in die technischen Bereiche schauen, dann hast du es ganz stark
29 vertreten also sei es jetzt X, sei es X seien es andere Industriebetriebe. Die arbeiten
30 vorwiegend natürlich in der Autoindustrie auch in anderen Industrien, die arbeiten
31 zumindest mit vielen Lean Werkzeugen und zwar, wenn sie es auch nicht vollumfänglich
32 eingesetzt haben. Und was stimmt ist das es im Spitalswesen nie Thema war und eher
33 zufällig gewissermaßen nach Amerika geschwappt ist und von dort halt dann eigentlich auch

34 durch einen Zufall eher in die Schweiz. Was ich zumindest nicht bestätigen kann im
35 Spitalswesen, ich glaub Deutschland ist auch eher noch nicht so, da gibt es höchstens eine
36 Station oder das eine oder andere Krankenhaus das auch damit anfängt. Und in Österreich
37 auch nicht wirklich viel das stimmt. Da haben die X ein bisschen was getan in die Richtung
38 und einige fangen vielleicht so ein bisschen mit irgendeinem Lean Instrument an so
39 Beispielsweise das Kaizen, haben manche Häuser schon mal angefangen als Teilaspekt oder
40 als Teilmethodik. Ja jetzt kommt es halt, und warum man es nicht kennt, ich glaub das ist
41 eine Bildungslücke, weil ich fürchte, dass es auch in den Universitäten wird glaube ich
42 meistens Lean falsch vorgetragen oder zumindest nicht so oder wie soll man sagen
43 eigentlich zu wissenschaftlich und nicht praxisbezogen. Wenn du das nicht erleben darfst,
44 wie ich es eben auch erleben durfte in einem Projekt, ich hätte es auch nie kapiert, weil ich
45 habe im Studium genauso von Lean gehört aber da hat es halt geheißen ja gut da geht es um
46 schlanke Organisationen, da hast du ein paar Fachbegriffe gehört. Und eigentlich war es
47 weniger so, also war es eher so, dass es darum gegangen ist extrem Ressourceneffizient zu
48 sein und weniger eigentlich die Kundenorientierung und das ist schon mal falsch wenn es so
49 aufgezwängt und vorgetragen wird, dann verlieren glaub ich schon die meisten Leute das
50 Interesse. Wenn du dann eigentlich auch wieder zugemüllt wirst, mit das du schon über Six
51 Sigma und wie auch immer wieder einsteigst in die Droge dann haben die meisten schon die
52 Lust verloren. Und dass was ich am Anfang gesagt habe, was es eigentlich so einfach macht,
53 und eigentlich so wesentlich, dass wird nicht vermittelt. Und darum glaub ich wissen auch
54 ganz wenige davon wie genial Lean eigentlich ist, das ist glaub ich das Hauptproblem. Wir
55 wissen es selbst, also es gibt ja an der X an der X auch so einen Lean Lehrgang der ist
56 zwar auch eher Technik lastig aber der ist auch so, dass die Meisten sagen, also den hätte ich
57 nicht gebraucht. Wenn du einmal bei uns bei einer Lean Station mitgearbeitet hast dann
58 weist 150-mal mehr über Lean als wie wenn du den Lehrgang besuchst und diese
59 Praxisorientierung fehlt.

60 I: So wie Sie es schon gesagt haben, es wird grundsätzlich auch gerne falsch gelehrt. Jetzt ist
61 die Frage Lean ist ein relativ weitläufiger Begriff auch in meiner Literatur bin ich darauf
62 gekommen Lean hat sehr viele weitläufige Aspekte. Wo fängt Lean an und wo hört es auf?
63 Oder was ist Lean dann, wo sind die Grenzen? Nicht jeder Prozess, der vereinfacht und
64 verschlankt wird, ist automatisch Lean?

65 **IP07:** Also ich glaube relativ einfach beantwortet, Lean ist überall, weil Lean ist eine
66 Philosophie, und so muss man es glaube ich sehen, man muss sich trennen von Lean als
67 Werkzeug und als Werkzeugkoffer, des ist es überhaupt nicht. Wenn man auch einige Lean

68 Bücher liest oder sich auch damit beschäftigt hört man das auch von den echten Lean
69 Senseis, sagen wir so, die sprechen dir jede Lean Qualität ab wenn die merken, dass du Lean
70 nicht inhaliert hast, in jeder Tätigkeit, in jedem Tun, in jedem Denken. Wenn du das nicht
71 hast wirst du nie Lean sein und das kannst du dir auch in kein Buch schreiben, sondern ich
72 glaube das muss man einfach kapieren und das muss jeder Einzelne im Betrieb und das ist ja
73 so schwer deswegen ist es bei uns auch schwer. Man braucht ja nicht glauben dort wo man
74 jetzt Lean eingeführt denkt jeder Mitarbeiter Lean soweit ist man ja lang nicht und das ist
75 jahrelange Arbeit, jahreslanges Training, jahrelang daran eigentlich arbeiten die Leute da
76 hinzubringen das sie sich selber als Teil dieser Lean Philosophie sehen und auch kapieren das
77 Lean nur funktioniert, wenn sie Lean denken. Wenn sie bei jedem Arbeitsschritt, den sie
78 machen immer denken wie könnte ich es verbessern. Und erst, wenn ich das kapiert habe
79 und das ist schon die Weisheit von Lean, wieso agiere dann nicht wirklich in die Richtung
80 Lean und nicht, weil ich irgendein Brett an die Wand hänge und dann einmal einen Punkt
81 mache, dann bin ich noch nicht Lean.]

82 **I:** Sie haben aber gesagt im Fokus geht es immer um diesen Kunden, also um den Patienten.
83 Wie würden Sie einem Patienten in einfachen Sätzen Lean Management erklären?

84 Lean bedeutet die Verschlanung und wir wissen alle wenn Menschen von Verschlanung
85 oder von Ressourceneffizienz sprechen, dann kommt das ganz schnell in ein falsches Licht.

86 **IP07:** Ja ich glaube dem Patienten musst du einfach sagen also natürlich schöner aber
87 faktisch ist es einfach so, dass du ihm sagst wir haben uns so organisiert, dass du nur das was
88 du brauchst in der richtigen Zeit, in der richtigen Qualität bekommst und das möglichst
89 einfach.

90 **I:** Jetzt auf den Patienten hin bezogen wird dieser Alltag für den Patienten oder dieser
91 Behandlungsprozess für den Patienten dann menschlicher?

92 **IP07:** Ja jedenfalls weil viel Kommunikativer und weil man ja eigentlich jeden Tag versucht
93 auf seine Bedürfnisse einzugehen und auf die zu fokussieren.

94 **I:** Sie haben am Anfang gesagt /

95 **IP07:** Es braucht viel Zeit und versucht auch die ganze Zeit die man gewinnt, eigentlich am
96 Patienten zu verwenden. Und was heißt menschlicher schau, das ist auch wieder so eine
97 Sache, das darf man glaub ich nicht verwechseln an sich, eine Management Methode oder
98 eine Philosophie mit individuellen menschlichem Verhalten. Und das wird natürlich, wenn du jetzt sagst
99 ok, eigentlich unser Firma tickt Lean und ich richte mir die Leute schon so her,
100 dann müsste es normalerweise funktionieren, aber du hast ja trotzdem nicht die Garantie,
101 dass dann jeder Mitarbeiter sich in jeder Sekunde seines Tuns es wirklich absolut

102 patientenfreundlich verhält. Das ist das Ziel, das müsste er probieren, aber natürlich haben
103 da viele Leute ein eigenes Verständnis und dafür gibt es ja die Feedbackrunden, dass man
104 halt immer wieder versucht, wenn einem auffällt, dass das eben nicht so wäre, dass der halt
105 unmittelbar möglichst rasch wieder Feedback kriegt. Also das heißt Lean sorgt auch
106 eigentlich dafür vor, dass, du eigentlich im ständigen Tun eine Feedbackschleife drinnen hast,
107 damit du eben schaust, dass du dich Patienten wertschätzend und freundlich und
108 Mitarbeiter wertschätzend verhältst.

109 **I:** Jetzt gibt es im Patienten Management so genannte Behandlungspfade, wo der Patient
110 von der Aufnahme oder von der Terminvergabe bis zur Aufnahme, bis zur Behandlung bis
111 zur Entlassung durchläuft. Gibt es da Standardisierungen schon für Lean speziell wo jeder
112 Patient das gleiche System durchläuft? Also für zigtausende Patienten gibt es das gleiche
113 standardisierte Therapieverfahren, Aufnahmeverfahren, Entlassungsverfahren?

114 **IP 07:** Nein haben wir natürlich nicht, aber auf den Lean Stationen ist es natürlich schon so,
115 dass dort die Prozesse standardisiert sein. Und daraus ergibt sich natürlich, dass jeder
116 Patient der jetzt auf eine Lean Station kommt, von dieser Aufnahme auf der Station bis zu
117 seiner Entlassung grundsätzlich den gleichen Standard folgend behandelt wird. Aber
118 natürlich sind wir im ganzen Haus noch nicht so weit, klarerweise.

119 **I:** Und nachdem das ja Standards sind, und jeder Patient den gleichen Standard erfährt. Wie
120 bleibt die Individualität der Patienten erhalten? Gibt es da Grenzen, wo dieser Standard
121 aufhört? Wie regelt man es, dass jeder Patient den gleichen Standard hat aber auch die
122 Individualität erhalten bleibt?

123 **IP07:** Das ist die Frage wie man Standard versteht. Also wenn man Standard versteht, dass
124 der jegliche Individualität auslöscht, dann ist das nicht ein Standard so wie ich ihn verstehen
125 würde, und vor allem es geht ja beim Standard eigentlich nur um die Kernabläufe in diesen
126 Prozessen die überall gleich sein sollen. Und auf die man sich verständigt wobei man halt
127 merkt, wenn ich diesem Standard folge, dann halte ich möglichst meinen Fluss ein über den
128 wir am Anfang schon gesprochen haben. Das heißt ja nicht, wenn der Patient jetzt mit einem
129 anderen Problem oder weiß ich nicht mit einer Sprachstörung kommt, dass ich da nicht auf
130 seine Sprachstörung reagiere nur, weil es im Standard nicht drinnen steht, jetzt auf
131 Sprachstörung reagieren, sondern da muss man natürlich, jeden Standard dann individuell
132 auf den Patienten klarerweise so anwenden, dass der Standard eingehalten ist, aber seine
133 Individualität berücksichtigt wird, und vor allem das meint ja Standard in jedem Fall. Da wirst
134 du ja auch bei medizinischen Standards haben, dass der Standard ja nicht heißt, dass du nicht
135 beim Patienten dann zwei Zentimeter links schneiden darfst, sondern immer nur drei

136 Zentimeter weiter rechts auch wenn es falsch ist. Also das wäre ja ein Standard den es
137 nirgends gibt in der Form. Ist ein falsches Denken von Standard, eigentlich.

138 I: Wenn Sie mir nur kurz erklären, was Sie ist dann grundsätzlich standardisiert auf der Lean
139 Station? Was kann ich mir da grundsätzlich vorstellen unter diesen Standards?

140 **IP07:** Eigentlich sind alle wesentlichen Kernelemente der Lean Station sind standardisiert. Ich
141 suche da etwas damit ich da etwas aus dem Nähkästchen plaudere aber beispielsweise, der
142 Standard auf der Kinderstation Rot. Und Standards falls sie das so nennen wollen, ich weiß
143 nicht ob Sie es lesen können. Aber zur Tagesvisite die Visite ist standardisiert, das
144 Patientenboard, die Kommunikation der Pflege mit den Patienten, der Pflegebogen, der
145 Flow, die Rolle von der Stationssekretärin, die Übergabe am Bett, das Morgenhuddle, das
146 Nachmittagshuddle, das Entlassungsmanagement und und und. Die Lagerbewirtschaftung,
147 das Kaizen, dann gibt es noch das Führungshuddle und sogar auch noch ein Lehre- und
148 Forschungshuddle. Also diese Kernelemente und was auch immer standardisiert ist und das
149 ist fast das Wichtigste, darf man nicht vergessen, dass ist eigentlich immer der Tag der
150 Station der Stationsablauf und da ist halt einfach jeder Tag gleich da ist um sieben Uhr
151 immer das Gleiche, um acht Uhr immer das Gleiche, um neun Uhr immer das Gleiche, um
152 dreizehn Uhr immer das Gleiche. Das ist aber auch einfach das, das vom Personal fast eines
153 der wertvollsten und am Meisten geschätzt, dass sie sich einmal verlassen können, das auf
154 der Station alles was geplant ist pünktlich auch stattfindet und abgehandelt wird. Also das
155 sind die Standards und natürlich, wenn man merkt, es gibt noch eine wichtige Tätigkeit auf
156 der Station die nicht im Standardbook enthalten ist, da sagt man Leute da tut jeder anders,
157 da müssen wir endlich wieder alle mal gleich tun, dann sagt man ok setzen wir uns
158 zusammen und machen wir einen Standard.

159 I: Wodurch kann Lean Management helfen, mehr Zeit für den Patienten aufzubringen. Was
160 sind diese Kernprozesse? Was ist ganz, ganz wichtig für den Patienten. Wo mehr Zeit am
161 Ende des Tages für den Patienten herauskommt.

162 **IP07:** Naja auch wieder relativ einfach, es ist du versuchst halt einfach sämtliche Dinge, die
163 sonst Zeit kosten sprich Verschwendung sind zu eliminieren. Und das wird auf jeder Station
164 anders sein und jede Station wird andere Abläufe, andere Gewohnheiten andere sagen wir
165 jetzt mal so Dinge sich angewöhnt haben, die einfach Zeitfresser sind. Und wenn du einfach
166 Dinge nimmst selbst wenn es darum geht zum Beispiel, die Stationsleitung zuständig ist
167 irgendwelche Mängel durch eine TIS- Anweisung an die Technik weiterzuleiten, wenn man
168 meint, dass das gescheit ist und es ist die Regel das jeder dem etwas auffällt, der sagt es halt
169 irgendwann der Stationsleitung, dann ist das extrem ineffizient, weil erstens einmal ist sie

170 immer gestört und kann nie etwas gescheit arbeiten, verliert Zeit und kriegt immer
171 tröpfelweise irgendwelche Informationen, und wenn du dich Lean organisierst, dann denkst
172 du nach wie kann ich die ganzen Störungen wie in dem Prozess jetzt, einem sehr Einfachen
173 vereinfachen. Und dann sagst ok Leute, wenn irgendwem was auffällt der schreibt es auf ein
174 Post it und pickt es auf ein Botschaboard und irgendwann wenn die Stationsleitung Zeit hat,
175 sie einen fix definierten Zeitpunkt, macht es zum Beispiel gar nicht mehr die Stationsleitung,
176 weil für die ist es eigentlich zu Schade um die Zeit, sondern es macht die Stationssekretärin
177 und die geht einmal am Tag zu dem Botschaboard, nimmt sich alle Zettel runter die darauf
178 sind und arbeitet die in einem Schritt ab. Wenn du das jetzt quasi dir überdenkst, was das
179 dann wieder an Zeitgewinn bedeutet zu früher dann ist einfach da extrem viel Benefit
180 drinnen. Und dann ein anderes Beispiel, wenn die Visite wie geplant abläuft und zwar es
181 weiß jeder, ich verliere da nie eine Zeit, werde nicht gerufen, werde nicht gesucht muss
182 niemanden suchen, sondern um neun Uhr fängt die Visite an, alle sind gestellt und pünktlich
183 fängt das an, dann kann man sich vorstellen was alleine nur durch diese Kleinigkeit an Zeit
184 gewonnen wird, die ich dann wieder vermehrt am Patienten einsetzen kann. Oder ein
185 Beispiel was eben auf einer unserer Stationen extrem positiv angenommen worden ist, das
186 ist diese Übergabe am Patienten, also wenn der Frühdienst dem Spätdienst oder der
187 Spätdienst dem Frühdienst ist ja wurscht, aber das haben sie bisher am Stützpunkt gemacht,
188 dann ist der Frühdienst heimgegangen und der Spätdienst ist mit diesem Wissen zum
189 Patienten gegangen und da haben sie jetzt aber gesagt, das machen wir jetzt aber nicht im
190 Stützpunkt, sondern gleich am Patienten und das wird extrem positiv empfunden, weil
191 erstens verbringst du wieder zusätzlich Zeit am Patienten, es spricht der Vordienst der stellt
192 den Patienten vor und fragt wie es ihm gegangen ist, alles was da jetzt auftaucht bekommt
193 schon der nachfolgende Dienst, der kann der Patient auch Fragen stellen, wenn der Patient
194 noch eine Frage hat die vielleicht der Spätdienst nicht mehr beantworten hätte können, weil
195 ihm die Information gefehlt hat, weil sie es halt vergessen haben sich zu übergeben, dann
196 kann das da der Frühdienst beantworten, der Spätdienst hört schon mit. Also du hast ja
197 durch sehr einfache Lösungen extrem viel Zeit gewonnen.

198 Und auch vom Empfinden her wie gesagt, eben einfach du hast nicht nachher wieder
199 was zu tun, sondern machst zuerst die Übergabe und hast dann beim Patient und hättest
200 dann beim Patienten quasi das gleiche noch einmal, hast du wieder einen Arbeitsschritt
201 gespart. Das sind einfach ganz viele Dinge.

202 **I:** Was in dem Fall dann auch für den Patienten mehr Transparenz ist und er wird in die

203 Gespräche auch mehr eingebunden.

204 **IP07:** Genau, also viele Effekte nicht nur diese.

205 **I:** Wir wissen die Wertschöpfungskette in einem Krankenhaus, da geht es um diese

206 Aufnahme, um die Therapie, um die Diagnosen Erstellung und um die Entlassung. Das sind

207 so die groben Kernwertschöpfungsprozesse, aber durch Lean Management werden die ja

208 auch ausgebaut. Welche Wertschöpfungsprozesse kommen noch zusätzlich dazu, wenn ich

209 Lean Management betreibe?

210 **IP07:** Ja was ich mir denke ist an sich, die Wertschöpfung selber ändert sich nicht. Sie wird

211 einfach effizienter in der Relation. Also, wenn ich die Frage jetzt richtig verstanden habe?

212 Also du hast, es ändert sich jetzt ja nichts daran, dass der Patient kranker hereinkommt und

213 ganz gern zumindest gebessert wieder rausgehen tät. Daran ändert sich ja nichts, sondern

214 das ist ja eigentlich nur wie du den Ablauf für den Patienten gestaltest den Anderen.

215 **I:** Aber in der Wertschöpfung wäre dann natürlich die Kommunikation, die im Lean

216 Management mit den Patienten natürlich enorm zunimmt. Die es ja oft in herkömmlichen

217 Strategien im Krankenhaus nicht so gibt. Ein Beispiel: Der Patient kriegt einen OP-Termin

218 und dann heißt es, er wird am Vormittag operiert. Im Lean Management geht man schon

219 davon aus, dass man dem Patienten relativ zeitgenau sagen kann, wann er operiert wird.

220 Jetzt sagen viele in einem akuten Krankenhaus, ist das oft schwierig, weil sich OP- Termine

221 verschieben können. Aber da geht es wieder darum, dass der Patient dann zeitnah auch die

222 Information bekommt, dass die OP sich verschiebt. Es geht rein darum, dass der Patient in

223 der Gesprächsbasis ist, mehr Kommunikation stattfindet. Das wäre ein zusätzlicher

224 Wertschöpfungsprozess, der vielleicht sonst nicht vorhanden wäre.

225 **IP07:** Ja ich sag das ist ja die Frage wie man Wertschöpfung jetzt definiert und was als

226 wertschöpfend angesehen wird? In Wahrheit musst du ehrlich sagen ist in der Lean

227 Philosophie ist alles Wertschöpfung was den Bedürfnissen des Patienten dient und zwar

228 ohne Verschwendung und damit bist relativ schnell fertig. Alles was es da jetzt an

229 zusätzlichen und da gilt es ja auch wieder du sollst ja am Patienten nichts machen was er

230 nicht braucht. Also den jetzt zumüllen mit Konversationen und Information, dass der nicht

231 kapiert, dass macht ja auch keinen Sinn, sondern es geht ja auch darum, dass du dir sehr gut

232 überlegst, was ist den Teil der Kommunikation schon Verschwendung? Was ist denn bei der

233 Anamnese schon Verschwendung? Was ist bei der Terminplanung Verschwendung? Was

234 kann ich aus dem ganzen Prozess alles rausnehmen, was der Patient alles gar nicht braucht.

235 Ganz einfach gesagt ist es auch immer, wenn du es umdrehst, wertschöpfend ist immer das

236 wofür der Patient auch gerne zahlen würde und dann ist es auch wieder relativ einfach nur

237 wenn ich den zu quatsch, das will ich eigentlich nicht, oder Wartezeiten habe oder zigfach|
238 aufgeklärt werde oder zigfach Diagnostik gemacht wird oder unnötige Termine oder warten
239 auf was auch immer, das ist alles Verschwendung. Für das würde ich nicht zahlen und das
240 sind auch Dinge die nicht wertschöpfend sind und das versucht ja Lean und das glaub ich ist
241 einfach so gut, dass man dabei die Leute darauf trainiert, dass in jeder Tätigkeit, die sie tun
242 immer schauen wo ist in meiner konkreten Tätigkeit noch so eine Verschwendung, was
243 könnte ich noch herausnehmen, was eigentlich nicht Lean macht.

244 **I:** Weil wir gerade bei der Verschwendung sind. Jetzt sagen Sie eben Zeitressourcen
245 Mitarbeiterressourcen ist es aber auch jetzt im materiellen Bereich, wo man Verschwendung
246 vermeiden kann? Ist es in der Speisenversorgung, ist es in der Wäscheversorgung oder auch
247 bei den Materialbeständen?

248 **IP07:** Überall geht Lean.

249 **I:** Was es aber schon gezeigt hat, gerade diese Corona Pandemie hat gezeigt, dass unsere
250 Lagerbestände teilweise natürlich leer blieben aufgrund von Lieferschwierigkeiten. Wie kann
251 ich das jetzt kompensieren? Wie kann ich das kombinieren? Lean Management geht davon
252 aus eben niedrigere Lagerbestände, hohe Durchlaufzeiten. Was mache ich dann bei
253 unvorhergesehene Ereignissen wie bei einer Pandemie, oder wie kann ich dem entgegen
254 wirken, dass ich da nicht Gefahr laufe, zu wenig an Beständen auf Vorrat zu haben?

255 **IP07:** Da muss ich eines dazu sagen da geht es ja an sich bei Lean darum und da sind wir in
256 den Krankenhäusern extrem schlecht, dass eigentlich Lean ja versucht, wenn es irgendwie
257 geht Just in Time zu erledigen. Und rein theoretisch das ist jetzt überspitzt, dass weiß ich
258 schon und wahrscheinlich auch ein Blödsinn aber rein theoretisch ginge es prinzipiell darum,
259 dass wenn ich den Patienten brauche, erst dann kommt er auf meinen Tisch, ist jetzt
260 überspitzt klarerweise. Und eigentlich tät ja Lean und so baut ja auch die Lean Philosophie bei
261 Toyota auf, die ja schauen, dass sie eigentlich nichts im Lager haben, sondern alles was ich
262 brauche wir zeitnah angefordert und kommt zeitnah. Und den Umstand muss ich einfach
263 versuchen so gut wie möglich umzusetzen. Und damit ist glaub ich Ihre Frage dazu
264 beantwortet, das geht natürlich halt immer nur in dem man halt auch schaut wie die
265 gesamte Lieferkette ausschaut, wie ist die Logistik organisiert und dementsprechend muss
266 ich halt auch schaue, dass meine Lager optimiert sind. Optimal heißt wie immer nicht zu
267 wenig, aber auch nicht zu viel und ich darf halt auch nicht jeden Krisenfall vorplanen und das
268 wird dann schon so sein, am Anfang wird es halt ein bisschen Eng werden, wenn sich
269 Situationen komplett ändern und das sehr kurzfristig und dann muss ich halt auch schauen,
270 dass das so flexibel wie möglich erledigt wird, nur für so eine Situation hast du eh immer zu

271 wenig vor Ort. Also auch wenn du ein überdimensioniertes Lager hast, ist dir, dass zu wenig,
272 wenn es so los raschelt.

273 **I:** Vor allem wahrscheinlich jetzt in der Corona Pandemie waren es Masken und Handschuhe,
274 wir wissen nicht was es bei der nächsten Viruskrankheit dann wichtig ist, sind es
275 Medikamente, das ist natürlich unvorhersehbar und da kann man wahrscheinlich nicht
276 konstruktiv planen.

277 **IP07:** Das kannst du natürlich nie machen und das würde auch niemand tun der vernünftig
278 wirtschaftet, dass ich immer den Extremfall vorsehe und plane und das ist mitunter schon
279 bisschen ein Problem muss ich sagen, wenn man auch versucht jetzt vernünftig und
280 verschwendungsarm auch Räume oder Abläufe zu planen, dass die Leute eigentlich immer
281 den 3 oder 1 % genau absichern wollen, der nie vorkommt, außer halt irgendwann einmal,
282 also die absolute Katastrophe oder der Katastrophenprozent Patient der zwar nie auf der
283 Station ist aber es mag schon einmal einen geben, der aus alle Löcher geblutet hat. Da muss
284 man halt aufpassen, dass ich nicht mein also das System nicht auf Extremfälle, sondern
285 einfach auf normalen Fall gut plane und natürlich Lösungen finde. Wenn der Extremfall
286 kommt was mach ich dann? Denn kann ich nicht immer im konkreten Prozess einplanen,
287 weil dann habe ich immer zu viel Leute, zu viel Raum und zu viel Ressourcen vor Ort, dass
288 würde nie funktionieren und vor allem man muss ja immer denken, zu viel von Dingen ist ja
289 auch eine extreme Belastung fürs System, jetzt nicht nur, dass ich sage ja gut habe ich halt zu
290 viel dort, das stimmt ja nicht, ein Lager muss ich ja immer inventieren, muss schauen, dass
291 nichts abläuft, muss Sachen suchen, weil man wieder alles verräumt, weil das alles so viel
292 Zeug ist oder halt eine extreme Ordnung halten, die wieder mehr Platz braucht
293 wahrscheinlich. Also das ist ja nicht folgenlos. Oder man hat zu viel Platz, weil die Leute
294 immer so denken, ja aber da können ja zehn Personen auch mit dabei sein, ja freilich kann
295 dass sein nur dann haben die halt keinen Platz, weil sonst ist das für meinen Routineablauf
296 einfach der Raum zu groß und du musst täglich dann zu viele Schritte machen, anstatt in
297 einem optimalen Raum wirklich nur einen Schritt vom Kasten zum Patient oder gar keinen,
298 weil das alles daneben ist und wenn ich dann wieder zu groß plane, dann wird es halt dann
299 ganz viel Verschwendung durch Wege und Bewegungen wieder produziert.

300 **I:** Jetzt ist meine Frage, Sie sitzen ja direkt in der Betriebsdirektion. Gibt es da schon
301 Implementierungen von Lean Management, das rein im kaufmännischen Bereich passiert?

302 **IP07:** Nein also, das wäre jetzt übertrieben, wenn man das bejaht. Also das was in der
303 Betriebsdirektion aufgegriffen wurde, ist einerseits, dass man, ja eigentlich die Lean, das
304 Ausrollen der Lean Station eben auch tatsächlich unterstützt und das man auch bereit war

305 erstens uns die Prozesswerkstatt auch zur Verfügung zu stellen, also, dass das mitmöglich war
306 die umzusetzen und dass man auch an sich bereit ist jetzt gewissermaßen eine Lean
307 Academy auch zu schaffen, also quasi für das X aber dann vielleicht sogar X -weit
308 einfach eine Schulungsstätte zu werden für die Lean Expansion, falls das in der auch
309 einmal ein Thema wird. Und aber selber ist eigentlich, sagen wir so Details sind
310 übernommen worden, wie zum Beispiel eine gewisse Huddle - Struktur in der
311 Besprechungslinie, also auch das wurde eingeführt, oder eben auch, dass man versucht so
312 gewisse Dinge, wie das man halt die Sachen die vereinbart sind diszipliniert einhältet mit
313 einer Pünktlichkeit, sagen wir so, es hat so ein bisschen ein Lean Denken Einzug gefunden,
314 aber es wurde noch nicht systemisiert umgesetzt außer diese Huddles.

315 I: Sind Sie der Meinung, dass es in kaufmännischen Bereichen leichter umzusetzen wäre?
316 Oder?

317 **IP07:** Nein, gar nicht. Weil, es hängt ja immer bisschen von den Personen ab und ich glaub
318 das kann man nicht auf Bereiche, es gibt Stationen und Kliniken, die sind sehr kompliziert,
319 weil halt dort die Proponenten kompliziert sind und es gibt in der Verwaltung genau solche
320 Bereiche. Und dass was wahrscheinlich in der Verwaltung zumindest in einigen Bereichen
321 oder man kann sagen im Dienstleistungssektor, wenn man jetzt wirklich, also ein kurzer
322 Schlenker, wenn man Lean denkt, dann ist ja mit einem Thema wie ich es schon vorhin dieses
323 Hidoka, also das heißt ich versuche mit Kennzahlen zu arbeiten und möglichst transparent zu
324 erkennen, wann bin ich gut oder wann mach ich eine gute Arbeit. Und da dann nach zu
325 justieren, wenn ich merke ich bin nicht gut oder irgendwas funktioniert nicht gut, und da
326 glaub ich ist es und dass meine ich jetzt nicht nur, weil wir selber betroffen sind, ist es glaub
327 ich schon schwieriger auch Kennzahlen zu finden, die gewissermaßen eine gute
328 Verwaltungsarbeit bestätigen oder nicht bestätigen. Und das glaub ich macht es ein bisschen
329 sogar schwer im Verwaltungsbereich eigentlich die Qualität zu messen, weil du kannst
330 natürlich wie überall mit Patienten oder mit Kundenbefragungen oder halt
331 Partnerbefragungen machen klarerweise, aber von dem abweichend ist es ganz schwer zu
332 sagen was fang ich an zu messen um zu zeigen, dass ich eigentlich gut performe. Und wenn
333 Sie selber mal nachdenken in Ihrem eigenen Bereich, das ist schon was, dass ist es wert
334 darüber nachzudenken, weil das ist nicht ohne und du merkst es auch sonst auf den
335 Stationen oder Ambulanzen ist es auch ganz schwer, weil sie sagen Kennzahlen wah, aber
336 dort findest halt schon einige, dass du sagst ok, was ist das was uns wirklich belastet, auf den
337 Stationen ist es meistens der Entlassungszeitpunkt und das ist auch was, das gut zu messen
338 ist, dass sie eigentlich sagen, wah wir bringen die Leute immer so schwer hinaus und

339 eigentlich wollen wir schon, dass sie um 11 Uhr weg sind aber die meisten sind dann noch
340 bis 14 Uhr. Und dann bring ich die neuen Patienten nicht hinein und so weiter. Also da findet
341 man zum Beispiel, also das ist zum Beispiel eine Kennzahl die wir dort umgesetzt haben und
342 die extrem gut ist und die wirklich insgesamt aber viel auf die Gesamtperformance der
343 Station Rückschlüsse zulässt. Und in der Ambulanz werden es zum Beispiel die Boards sein
344 und das alles, also du findest schon so Dinge, die muss man halt im Verwaltungsbereich sich
345 schon überlegen. Weil man kann nämlich sagen, wie schnell ist man in der Beantwortung
346 eines Mails, aber da musst du halt auch schauen, natürlich auch im Schnitt, aber wie misst
347 man das wieder, das heißt, dass du da nicht zu viel an Aufwand ins messen dann reinbringst,
348 das muss ja fast ein bisschen automatisiert passieren.

349 I: Wenn man als Krankenhaus sagt, man möchte den Lean Ansatz implementieren, fange ich
350 da vielleicht leichter mit einer Lean Ambulanz an oder wäre es doch eher eine Station? Wie
351 würden Sie jetzt einem anderen Betriebsdirektor, was würden Sie dem raten? Was würden
352 Sie da empfehlen anhand Ihrer Erfahrungen?

353 **IP07:** Ich glaube das ist ziemlich einheitlich und das sind wir eigentlich alle, jetzt die ich
354 kenne an diesem Thema arbeiten sind da einer Meinung. Das Beste wahrscheinlich ist, dass
355 man eine Station nimmt, weil du bei der Station den Vorteil hast, dass die meistens sehr
356 einheitlich funktionieren. Und da meine ich jetzt nur Normal - Pflegestationen, ich glaub es
357 ist schon wieder ein Unterschied, wenn du sagst es wird eine Intensiv oder irgendeine
358 Spezialstation die du hast, sondern ich glaub die normale Pflege ist das, was am leichtesten
359 vervielfältigbarer ist und bei dem meint, was man dort entwickelt hat, eins zu eins auf eine
360 andere überstülpt, aber du merkst einfach, dass sie sich die dann selber ganz viel anschauen,
361 also ich habe ganz viele in meinem Bereich, die man noch nicht jetzt projektmäßig und
362 zeitmäßig, aber die haben sich schon so viel angeschaut, die waren auch schon bei
363 Schulungen bei mir, die sind ganz gierig und machen dann das eine oder andere schon und
364 versuchen es dann auch umzusetzen, wo man vorsichtig sein muss. Aber das ist was glaub
365 ich, wenn du den Zugang hast, den versteht ein Jeder, da wissen die Meisten auch wie eine
366 Normalstation als du verschiedene Ambulanzen hast. Und deswegen ist auch viel Wert, wenn
367 du viel Leute damit erreichst, wenn du dann sagst, ok ich fange mit einer Normalstation an,
368 dann ist mein nächster Schritt alle Normalstationen und dann von mir aus die
369 Intensivstation, wenn du dann den ganzen stationären Bereich hast, dann hast
370 wahrscheinlich schon zwei Drittel wenn nicht noch mehr vom Krankenhaus geschafft.

371 I: Jetzt haben wir gerade diesen Pflegefachkräftemangel auch. Und viele Stationen
372 schwimmen auf gut Deutsch. Wie geht man da vor, wenn man dann sagt man möchte jetzt

373 Lean implementieren? Sie sind schon sehr überlastet, natürlich die Anspannung ist da und
374 jetzt kommen wir noch mit einem neuen Projekt. Wie kann ich einen Mitarbeiter
375 dahingehend motivieren oder ihn auch dafür zu gewinnen, dass er bei dem Projekt
376 mitmacht?

377 **IP07:** Schau ich glaub das stimmt natürlich prinzipiell, aber du musst schon aufpassen, dass
378 du die Leute nicht überforderst, das ist klar. Und wenn du jetzt sagst du hast eine Station,
379 die weiß ich nicht wie viele Ausfälle haben und unbesetzte Stellen, dann ist so ein Projekt
380 dazu wahrscheinlich zu viel. Dann musst du halt schauen, dass du erstens einmal die Station
381 ausführst, wo es vielleicht nicht so extrem ist. Und was schon überall gilt, das du jetzt sagst
382 Leute schaut ihr könnt nicht sagen, dass euer Säge so schlecht geschärft ist und ihr könnt
383 nichts schneiden und ihr nehmt euch aber auch nie Zeit um die Säge zu schärfen also dieses
384 typische Beispiel halt. Da muss man halt sagen Leute jetzt beiß man da hinein, machen wir
385 das Projekt, ihr werdet sehen, es wird euch taugen, wenn das läuft. Es wird schon wieder viel
386 viel besser geht als es jetzt ist, und zumindest zeigen das alle Beispiele die es umgesetzt
387 haben. Und das Absolute, diese Überlastung, wenn wirklich dauerhaft zu wenig, messbar zu
388 wenig Leute vor Ort sind, das löse ich mit Lean auch nur bedingt klarerweise. Du kannst aber
389 schauen, dass du es abfederst. Oder halt auch das wo wir teilweise auch schlecht sind, das
390 wir selbst in dem Bereich wo wir steuern können auch wenig steuern. Also wir haben
391 natürlich den Versorgungsauftrag und ich rede jetzt nicht von Notfällen, dann musst du halt
392 einmal sagen und das hilft auch nichts, weil wenn das jetzt ein elektives Geschäft ist und ich
393 merke ich kann das nicht abarbeiten, dann muss ich halt auch anders planen und sagen, ja es
394 geht jetzt halt nicht mehr, wenn man die Leute nicht umbringen will. Weil das zu Tun eben
395 vielfach auch ist das man sagt ist mir relativ wurscht, ich tue gleich weiter wie immer und
396 reagiere eigentlich auch nicht ressourcenbezogen, dann bringst die Leute natürlich um
397 klarerweise. Und das würde kein Gewerbetreibender machen und auch kein
398 Industriebetrieb, darum, wenn die sagen sie haben keine Leute, dann wird die Produktion
399 auch zurückfallen, du kannst ja nicht das gleiche auf zu wenig Köpfe aufteilen, das wird man
400 messbar nicht schaffen können.

401 **I:** Jetzt geht es darum, um Lean Management zu implementieren ist die Führungskraft an
402 vorderster Stelle. Jetzt haben Sie natürlich auch sehr unterschiedliche Führungskräfte. Wie
403 gehen Sie vor, wenn Sie jemanden haben, der besonders skeptisch dem Management
404 gegenübersteht?

405 **IP07:** Ja das ist typisch und das ist gleich wie bei jeden anderen Veränderungsmanagement.
406 Man sagt eigentlich so diese Faustformel immer du brauchst vier Überzeugte, dass du einen

407 Nicht - Überzeugten mitnehmen kannst. Und ich glaub das ist einfach das Prinzip und das
408 sagen wir auch, du fängst halt nicht in den Bereichen an wo schon mal die Führungskraft
409 eher negativ eingestellt ist, du kannst es zwar schon auch probieren, die durch Schulungen
410 und Information und das du versuchst das sie es verstehen, wenn das aber auch nichts hilft
411 zumindest nicht mit der anfangen, weil wie wir jetzt auch gesehen haben, also du findest
412 meistens jemanden der begeistert ist, mit dem fängst du an und dann lässt die anderen dort
413 mitschauen, mitarbeiten, mitimplementieren und auf einmal hast du wieder mehr die zuerst
414 unsicher waren, die dann auch begeistert sind und die, die noch immer skeptisch sind
415 entweder haben sie es dann auch kapiert und wenn sie skeptisch bleiben hilft es halt auch
416 nichts. Da muss ich widersagen, das sind wir halt auch anders als die Privatwirtschaft, weil
417 die dort die, die nicht mittanzen wollen, sagen die brauche ich nicht in meinem
418 Unternehmen. Das ist zwar jetzt ein bisschen schwierig in der Personalsituation, aber
419 schlussendlich musst du schon sagen, bevor du dich dauernd mit einem Querulanten
420 herumschlägst und du dich überlegst, das da wirklich eine Veränderung ansteht oder dem
421 das nahe legst, du bitte schau es sind alle überzeugt entweder du tust da jetzt mit oder du
422 bist nicht mehr im Boot. Und die Ehrlichkeit muss man halt auch haben und das heißt ja
423 diese hohe Mitarbeiterzufriedenheit, die ergibt sich ja auch dadurch, dass du relativ klar mit
424 den Leuten redest. Transparenz redest, nachvollziehbar redest und wenn es irgendwie geht
425 auf einen Standard bezogen, weil dann tut er sich ja leichter die Dinge hinzunehmen. Und
426 das muss man schon auch sagen, das beginnt ja schon bei der Implementierung großer
427 Konzerne wie X oder X die schon zwanzig Jahre lang Lean betreiben, die machen das
428 jetzt tatsächlich so, dass alle die, die im Unternehmen anfangen sollen, gehen zuerst durch
429 eine Lean School, lernen das und dann wissen die worum es da geht und dann sagst du da
430 Leute, unser Unternehmen tickt so, wenn du da mitmachen willst, dann unterschreibst du
431 das, dann kriegst du deinen Arbeitsvertrag und wenn das nichts für dich ist, dann tut es uns
432 leid, hätte uns sehr gefreut aber dann haben wir für dich da keinen Platz. Und dann haben
433 die, die diese Diskussion gar nicht, wah Standards, mit einen Standard kann ich nicht leben oder so.
434 I: Gibt es Mitarbeiter die schon Jahrzehnte im Haus sind, die sich mit dieser Veränderung
435 schwerer tun als die jungen Mitarbeiter? Das man sagt die machen schon seit 30 Jahren ihre
436 Arbeit und die machen sie sehr überzeugt und auch sehr gut, wie geht man mit denen um,
437 ohne, dass man sie jetzt degradiert, bevormundet, weil sie sich plötzlich an standardisierte
438 Werkzeuge halten müssen?
439 **IP07:** Lustiger weise das geht leichter, also soweit wird die Erfahrung gemacht haben. Weil
440 man ja die Themen in der Station mit den Teams erarbeitet und gescheiterweise|bindest du

441 in der Arbeitsweise auch solche, durchaus systemkritische mit ein, das die miterleben wie
442 das wächst, wie das entsteht, dass sie ihre Meinung dort auch einbringen können und wir
443 aber ja trotzdem gemeinsam die Lösungen finden und die Lösungen werden dann von der
444 Mehrheit und von der Vernunft getriggert, das merkst du ja, vor allem wenn du sagst, testen
445 wir die Lösung jetzt noch einmal durch, die wir entwickelt haben, unter dem Patientenfokus,
446 ist das im Fluss, hat man den Überblick ob das alles so funktioniert und wenn du sagst
447 eigentlich ist das und das noch nicht so im Fluss, dann kann man da aber auch nicht sagen,
448 das ist jetzt schon im Fluss, wenn alle anderen sehen, das ist nicht im Fluss. Dann schafft
449 man es glaub ich schon, dass man zu anderen Lösungen kommt und die schon auch ein
450 bisschen verstehen, wie es entstanden ist und was die Vorteile sind und dann klappt es
451 meistens, ich hatte jetzt noch keine, die dauernd weiterhin querulieren oder sagen, nein ich
452 trage das nicht mit oder so, das hätte ich noch nicht erlebt bei diesen Stationen, die wir bis
453 jetzt gemacht haben.

454 **I:** Es ist doch ein sehr hierarchisches Unternehmen, wie ist da der Umgang zwischen den
455 unterschiedlichen Berufsgruppen, zwischen Ärzte- und Pflegepersonal. Lean Management
456 basiert immer sehr auf Augenhöhe und klammert das ganze hierarchische Denken aus? Wie
457 kann man das in so einem hierarchischen Betrieb auch umsetzen, dass dieses Umdenken
458 stattfindet?

459 **IP07:** Also ich muss ehrlich sagen, funktioniert auch erstaunlich gut, nachdem du, sagen wir
460 so, diese Designgruppen, die die Lean Station gemeinsam entwickeln, nachdem die ja auch
461 alle interdisziplinär aufgestellt sind und da ergibt sich eigentlich ein total kollegiales
462 Miteinander und man muss schon sagen, prinzipiell läuft es auf den Stationen dann auch
463 sehr kollegial prinzipiell ab. Höchstens was ein Kritikpunkt ist, dass es halt eine Berufsgruppe
464 gibt, die meistens höherrangig ist und die sich halt gewisse, sagen wir so Bequemlichkeiten
465 erarbeitet haben, die sie ungerne aufgeben und das sind auch meistens die Konfliktpunkte.
466 Und das ist eigentlich schon ein Thema wo man merkt, dass du nachdem du gemeinsam den
467 Standard entwickelst, dann fallen halt die Dinge weg und aber vereinbart weg und du hast
468 sogar noch eine angenehmere Kommunikation, weil die Stationsleitung hat zu mir gesagt,
469 das war immer so ein Topfen, wenn du immer den Ärzten nachrennen hast müssen, bitte
470 kommt doch endlich pünktlich zur Visite oder geben Sie doch den Arztbrief frei und wenn
471 das aber im Standard geregelt ist und wenn man gesagt hat, Leute schaut das haben wir
472 gemeinsam, das ist unsere Vorgangsweise zu den wir uns bekannt haben, dann tut sich auch
473 die Stationsleitung, sie wird nicht mehr emotional, dann sagt sie Frau XXX du weißt wir
474 haben das im Standard drinnen, bitte schauen Sie das nächste Mal, dass es funktioniert. Und

475 dann funktioniert es meistens und wenn nicht, und wirklich man muss sagen die meisten
476 Dinge die man im Standard hat, das wird dann zur Routine und dass hinterfragt keiner mehr,
477 das müssen dann schon Ausnahmen sein, dass wirklich jetzt einer aus dem OP nicht
478 wegkönnen hat, nur da ist es kein Problem oder das man halt sagt, es hat wirklich jemand
479 die Zeit übersehen oder vergessen, aber normalerweise, da ist es nicht mehr so, dass du das
480 Gefühl hast, jetzt tut einfach jeder wie er es gerne hätte oder gerade wenn er Zeit hat rennt
481 er auf die Station und will genau dann seine Visite machen. Diese Sachen gibt es dann
482 irgendwie nicht mehr.

483 I: Also Ihrem empfinden nach/

484 **IP07:** Sie werden es kommunizieren, dass der vorher anruft, wah ich schaffe es zeitlich jetzt
485 nicht zur Visite, könne wir einen anderen Zeitpunkt vereinbaren? Und dann ist es ja auch
486 kein Problem, wenn es nicht zur Routine wird.]

487 I: Also Ihrem empfinden nach fördert das auch das Betriebsklima unter den Berufsgruppen total?

488 **IP07:** Ja total.

489 I: Aber wo kann man erkennen, wo Ärzte- und Pflegepersonal besonders gut entlastet wird
490 auf den Stationen? Mit welchen Methoden und Werkzeugen wird da auch gearbeitet, dass
491 man sagt, das ist wirklich effizient, das den Pflegebereich entlastet und den Ärztebereich?

492 **IP07:** Naja da muss man wirklich sagen, messen ist das schwer. Das ist eigentlich, weil du
493 eigentlich auch nie weißt woran misst du es und das vorher und nachher ist auch recht
494 schwer, weil da natürlich auch immer der Einzelfall auch wieder anders ist und musst du
495 einfach generell, die Pflege merkt einfach, sie hat ja deswegen nicht weniger Arbeit, aber sie
496 merkt einfach und das ist es glaub ich das bessere Argument, du merkst eigentlich eher, dass
497 es nicht Zeitgewinn im Sinne von, jetzt habe ich Zeit damit ich mich irgendwo hinsetze
498 sondern du merkst einfach das der Druck aus dem System ist. Weil einfach alles viel ruhiger
499 abläuft, geplanter abläuft, es ist stressbefreiter und das merken sie eigentlich alle, das ist
500 natürlich auch ganz schwer messbar, aber wenn du die Leute fragst, dann kommt das ganz
501 stark zurück und eben einfach dieser geregelte Stationsablauf, das ist ihnen ganz viel Wert.
502 Und bei den Ärzten musst du ehrlich sagen, das ist auch gefährlich, nämlich da ist auch die
503 Frage gefährlich, weil bei den Ärzten ist es schon so, dass, sagen wir so, sie in Wahrheit auch
504 Zeit gewinnen aber ihr Problem ist, das sie einige der lieb gewonnenen Spielwiesen verlieren
505 und das ist eine Umgewöhnung. Und vor allem sie müssen ja disziplinierter und dann haben
506 sie insgesamt auch mehr Zeit, weil sie ja auch ihren Tag besser planen können und wenn das
507 dann ineinander greift, gerade bei einem operierenden Fach, wo du sagst du hast einen OP-
508 Bereich der gut geplant sein muss von der Station her einen Bereich der gut geplant ist, und

509 da merkst du das es dann zum Haken anfängt, wenn das eben nicht geplant ist in einem
510 Bereich. Desto mehr merken auch andere Bereiche sie müssen planen u d desto mehr
511 müssen die aber auch wissen, was geplant ist, muss auch eingehalten werden. Und das sind
512 schon Umgewöhnungsphasen, die zuerst fast einen jetzt sag ich Unmut ist fast zu viel, aber
513 fast bisschen einen Druck auch machen, weil sie es halt nicht gewohnt sind, sich an Dinge zu
514 halten. Sondern bisher war es halt kein Problem, wenn ich nach dem OP halt irgendwo auf
515 der Station herumspaziert bin, dann mir irgendwo einen Kaffee gegönnt habe, weil es
516 gerade gepasst hat und dann bin ich auf Visite gegangen, nach meinem Kaffee, das geht halt
517 dann nicht mehr. Wenn es halt eng wird dann zum geplanten Visitetermin, dann ist halt
518 kein Kaffee mehr, sondern, dann heißt es durch, das wird kurzfristig nicht als negativ aber als
519 anders empfunden, es ist natürlich nicht mehr so bequem, aber ich glaube man merkt dann
520 und dass sagen die Ärzte dann schon auch ein bisschen, das halt auch in ihrem Arbeitsbereich
521 insgesamt mehr Planung und mehr Ruhe und ein bisschen der Druck hinausgenommen
522 wird. Plan heißt halt auch, dass jeder Arzt eigentlich geplanter Weise irgendwo Dienst
523 macht. Und jetzt ist es oft so, dass einer an drei Orten geplant ist und der kann natürlich nie
524 pünktlich sein, weil der rennt halt immer vom OP rüber auf Station, auf Ambulanz und
525 überall ist er eingeteilt und das sollt es bei Lean halt natürlich auch nicht immer geben,
526 sondern dann ist halt, wenn die Ambulanz nicht besetzen kann, dann ist die halt gesperrt an
527 diesem Tag und dann muss ich die Leute halt informieren. Und immer noch besser von der
528 Qualität her, der Termin wird verschoben, als wie ich habe extreme Wartezeiten und dann
529 kommt ein völlig unentspannter hektischer Arzt zu mir.

530 **I:**Jetzt haben wir auch geredet Lean kommt ja aus der Automobilindustrie und ist jetzt auf
531 ein Krankenhaus schwer umzulegen, zumindest es ist schwer vorstellbar für einen Laien.
532 Gibt es jetzt spezielle Methoden oder Werkzeuge, wo Sie sagen, dass hat sich besonders gut
533 bewährt im Krankenhaus? Was nicht wirklich mit einer Produktion zu tun hat aber was eben
534 das Kaizen, die ständige Verbesserung, ein Huddle Board haben Sie angesprochen, Kanban
535 vielleicht auch? Was sagen Sie wovon haben Sie am Meisten profitiert, von welchem
536 Werkzeug oder welcher Methode?

537 **IP07:** Ich glaube am meisten von der Standardisierung und am Meisten eigentlich, dass du
538 wirklich den Patientenfokus hast, der ja das klingt jetzt so komisch, in Wahrheit ist der eher
539 vorgeschoben gewesen und wenn du dir Abläufe in unseren Häusern anschaust und dir dann
540 überlegst, ob das wirklich jetzt alles der Patient so will, das er halt nie einen Termin hat,
541 nicht einmal der OP- Tag so geplant ist, dass er genau weiß wann er drankommt. Das seine
542 Untersuchungen nicht geplant sind, das die Visite immer irgendwann kommt und, und, und.

543 Oder das die Schalter so aussehen wie sie bei uns aussehen, das ist ja nicht, weil es der/die
544 Patientin so lässig findet, das haben ja wir gemacht, weil wir glauben wir brauchen das so.
545 Oder wann das Essen kommt oder weiß der Teufel was. Das ist glaub ich ist das
546 Kernergebnis die Bekenntnis, alles was man überlegt, wie man es organisiert, wirklich auf
547 die Patienten ausrichtet und wenn dir das gelingt, dann ist das einer der Größten Benefit
548 überhaupt. Dann sag ich nochmal unter der Standardisierung und natürlich auch das
549 Wirkliche sich angewöhnen, versuchen mit Kennzahlen und mit unheimlich zeitnahen
550 Feedback zu arbeiten.

551 **I:** Das auch /

552 **IP07:** Das haben sie am Anfang nicht bedacht, unsere Kollegen, das das denkbar ist, das
553 sie täglich das Patientenfeedback einholen. Wir sind das gewohnt, alle zwei Jahre und dann
554 nach Monaten wo keiner mehr mit dem Schmarrn was anfangen kann, dann gibt es
555 abstrakte Ergebnisse und das Wichtige ist Kennzahlen oder Messthemen zu haben, die ich
556 zeitnah bekomme, dass ich noch unmittelbar darauf reagieren kann und deswegen sage ich
557 bleiben ich immer damit hängen, das ist einfach die Kernweisheit von Lean, extremer
558 Kundenfokus, Patientenfokus, extreme Flussausrichtung, Verschwendung herauszunehmen,
559 klarerweise und diese Jidoka| diese ständige Überprüfung ob alles noch passt für den
560 Patienten.

561 **I:** Also das größte Messinstrument sind die Patientenfeedbackbögen, die wahrscheinlich dahingehend
562 dann auch adaptiert worden sind?

563 **IP07:** Nein, das wird einfach abgefragt, genau, man hat sich überlegt. Was frage ich konkret
564 und wird nicht nur schriftlich eingefordert, sondern konkret jeden Tag von der Pflege
565 abgefragt.

566 **I:** Es ist es im Lean Management auch so das eine gewisse Fehlerkultur doch erwünscht ist,
567 weil man daraus lernen kann. Im Krankenhaus ist es mit der Fehlerkultur aber bisschen
568 schwierig. Sie passieren, aber keiner spricht gern darüber. Gibt es da auch andere
569 Vorgehensweisen? Denn wir haben alle dieses CIRS natürlich von der XXX, wo diese Fehler
570 auch aufgezeigt werden. Aber gibt es da zusätzlich noch andere Methoden, die mit der
571 Fehlerkultur arbeiten in der Lean Abteilung oder Lean Station?

572 **IP07:** Naja meiner Meinung nach, ist es ein eindeutiges Kaizen Thema. Einfach egal was jetzt
573 als Fehler oder als nicht gut funktionierend oder nicht optimal /. Ich meine in Wahrheit muss
574 du ja sagen, das sind ja Abstufungen dort, eigentlich, wenn du in deinem täglichen Ablauf
575 was bemerkt, dann fängt das halt bei einer kleinen Suboptimalität an und endet bei einem
576 hoffentlich nicht, aber fast tödlichem Fehler beispielsweise. Und ich glaub alles das was da

577 passiert, ist ein Thema das sofort auf das Kaizen Board gehört, mit den Hinweisen was man
578 da verbessern könnte. Und das muss sich glaub ich auch einfach so durchsprechen, ich
579 meine vielfach ist es dann das es bei Fallbesprechungen dann zwar intern verschwiegen
580 kommuniziert wird, aber ich glaube es ist schon wichtig, dass das dann auch interdisziplinär
581 eben auch auf den Kaizen Boards Eingang findet und du musst ja meistens irgendeine
582 Veränderung aus irgend so einem Vorfall ziehen, außer das war ein rein menschliches
583 Fehlversagen, dann kannst du nichts machen, dann musst es als solches auch akzeptieren.
584 Aber sobald ein systemisches Thema dahinter ist, dann zieht es ja meistens irgendeine
585 Veränderung die notwendig ist nach sich und damit gehört es auf das Kaizen Board.

586 **I:** Da geht es aber darum, dass im Team dann die Fehler, natürlich die menschliche Fehler
587 sind, trotzdem offen angesprochen werden, ohne jemanden zu bewerten oder ohne
588 jemanden /. Das ist eine sehr persönliche Geschichte. Wir wissen alle, die Menschen können
589 schwer mit den Fehlern umgehen und wenn /

590 **IP07:** Entschuldigung, ich habe nur gemerkt das wir schon nah an der Zeit sind, meine Frau
591 hat angerufen.

592 **I:** Entschuldigung!

593 **IP07:** Nein das passt schon ich schalte es nur leise. Was war jetzt genau nochmal/

594 **I:** Ja es geht darum, dass man es im Team dann auch anspricht, ohne dass man es jetzt bewertet, dass
595 der Fehler angesprochen wird, aber der Mensch dazu nicht bewertet wird. Um das geht es, und das ist
596 wahrscheinlich das Schwierige, das man in dem Team dann erarbeiten kann, dass sich niemand
597 persönlich kritisiert oder angegriffen fühlt.

598 **IP07:** Ja, aber natürlich da muss man schon auch sagen, dazu ist der Weg schon ein weiter, wenn das
599 gut funktioniert, dann haben die Teams schon eine sehr hohe Reife erlangt und das darf man sich auch
600 nicht von Anfang an erwarten, sondern das geht in die Richtung und es nützt alles was ich Ihnen gesagt
601 habe. Also man fangt halt mit der Ausrichtung an und man braucht nicht glauben, dass alles von Anfang
602 an absolut perfekt ist, sondern das braucht bis es Lean Excellence schafft, brauche ich wahrscheinlich
603 auch zehn, zwanzig Jahre, aber für das muss ich ehrlich sagen, sind die Stationen, weil ich gehe doch
604 regelmäßig coachen und schaue wie es läuft, sind extrem gut, und da denk ich mir oft, poah manche
605 Dinge, also jetzt war ich wieder mal oben, haben wir auch so eine Flow - Übergabe, so ein Flowboard
606 angeschaut, eine Aktion in Minuten und die haben das so perfekt gemacht, dass ich sie für ein
607 Schulungsvideo gerne gefilmt hätte. Manche Dinge das geht wirklich toll oder auch ein Kaizen, das war
608 nie ein Thema und jetzt habe ich im Monat so an die, um die zehn Vorschläge jedes Monat darauf, also
609 das ist ein Paradigmenwechsel, unglaublich was sich da getan hat.

610 **I:** Da hat sich dann auch in der ganzen Führungskultur einiges getan, weil die Menschen jetzt natürlich

611 oder Mitarbeiter viel offener sind, selbst auch die Ideen einzubringen und selbst daran mitzuarbeiten, da
612 hat sich jetzt auch der ganze Führungsstil verändert.

613 **IP07:** Ja vor allem die Leute merken auch, dass jetzt Ideen, früher hat auch oft wer Ideen gehabt, nur
614 erstens hat ihm keiner zugehört oder halt gesagt, ja eh nicht schlecht, hat sich aber dann den Dingen
615 nicht angenommen. Das ist halt auch bei Lean, ich habe gesagt Lean ist eigentlich systemisierter
616 Hausverstand, das ist ja alles logisch und Lean hilft dir halt diese Dinge zu systemisieren. Und eben diese
617 Ordnung mit den 5 s, weiß jeder von uns, dass das gescheit ist, dass du alles auf den Platz stellst wo es
618 hingehört, dass du es immer findest, aber wer tut es schon, wenn du es nicht systemisierst. Bei Lean ist
619 so viel so klar, nur Lean gibt dir dann halt eben Instrumente oder eine Systematik, die dir hilft dieses
620 normale einzuhalten.

621 **I:** Jetzt habe ich noch ein paar Fragen zur Wirtschaftlichkeit. Sind die der Meinung, dass man mit Lean
622 Management diese gleichbleibende Pflegequalität und auch die Erhöhung der Behandlungsqualität im
623 Zusammenhang mit dem zukünftigen Pflegefachkräftemangel, der uns noch die nächsten Jahre
624 begleiten wird, dass man sagen kann, man kann auch den Kostendruck reduzieren. Kann man das ein
625 bisschen kompensieren, das man sagt diesen Pflegefachkräftemangel kann man kompensieren auch den
626 Kostendruck den natürlich das öffentliche Krankenhaus hat. Kann man mit Lean Management da mehr
627 bewirken?

628 **IP07:** Also ich glaube, das wäre der falsche Ansatz, das würde Ihnen auch jeder Lean Expert sagen. Lean
629 ist jetzt in diesem Sinne kein Sparprojekt, sondern beginnt jetzt darum und natürlich hat das Effekte,
630 dass du einfach für die Mitarbeiter ein tollereres Umfeld machst, für die Mitarbeiter eine höhere
631 Arbeitsqualität, damit wirst du ein attraktiverer Dienstgeber und auch das die Leute weniger abspringen,
632 wenn der Druck nicht so groß, wie jetzt teilweise oftmals durch Desorganisation auch ist. Und das du
633 jetzt damit sagst, ich erspar mir da jetzt unmittelbar Kosten, das glaube ich eben nicht und ist auch
634 schwer messbar wahrscheinlich, du hast wahrscheinlich Auswirkungen bei die Überstunden, wenn du sie
635 gut planst, du hast wahrscheinlich Auswirkungen bei den Krankenständen auf Dauer, das geht auch
636 nicht, das kannst du dir auch nicht in einem Monat anschauen, sondern ist in Wahrheit gesehen
637 wahrscheinlich eine Entwicklung, die in eine positive Richtung geht und ich glaube so muss man das
638 einfach auch sehen. Und mir sagen meine Pflegeleitungen eigentlich immer, dass das wenn Sie jetzt
639 sagen, dass wir Lean Stationen haben punktet und die X unsere Pflegedirektorin hat gesagt, sie hat sogar
640 jetzt einmal eine Mitarbeiterin gehabt und die hat gesagt sie hat gehört, dass wir Lean Stationen haben
641 und wenn sie dort arbeiten darf, dann kommt sie zu uns und ginge nicht in ein Sanatorium, wo sie mehr
642 verdient. Also das sind vielleicht jetzt Ausnahmen, ich will es auch gar nicht hochspielen, aber nur wenn
643 die Entwicklung in diese Richtung ginge, dann wäre das natürlich auch ökonomisch ein Traum und wenn
644 du einfach eine Positionierung hast, das du sagst, ich ziehe mit der Organisation dann Mitarbeiter an,

645 gute, das ist ja dann Megagenial nicht.

646 **I:** Ist dann der Kostenaufwand für die Lean Implementierung vorab wahrscheinlich höher? Gerade wenn
647 ich ältere Strukturen habe?

648 **IP07:** Ich sehe das nicht als großes Problem, je nach Hausgröße vernachlässigbar. Also wenn du eine
649 Station mit einer Fremdbetreuung oder Fremdberatung machst, dann kostet das natürlich. Aber das
650 kosten andere, ich weiß jetzt nicht wie sollen wir dazu sagen, Kuschelkurse auch. Die weniger bringen
651 oder wahrscheinlich weniger bringen, ich will jetzt nicht alle über einen Kamm scheren, gibt schon gute
652 auch. Aber das kostet natürlich und wenn du dann aber die Reife hast und selber ein Lean Team
653 aufgebaut hast, ich meine freilich geht das in Personalressourcen, weil du ja das Lean Team brauchst,
654 aber sonst läuft das ja dann ganz normal im Betrieb. Und das Projekt ist natürlich auch, dass da
655 Personalstunden reingehen, aber das sind nicht immens viele Überstunden um die es da geht, sondern
656 weil man das sonst irgendwie organisieren kann auf der Station, dann ist das jetzt ja kein messbarer
657 Wert.

658 **I:** Aber wenn man jetzt gerade ältere Baustrukturen hat, wir wissen alle Lean Management geht auf
659 Effizienz, auf kürzere Wege, auf einfachere Anordnungen von Räumlichkeiten. Wenn ich jetzt ältere
660 Baustrukturen habe, muss ich wahrscheinlich jetzt auch mehr an Budget aufwenden um den Ansatz zu
661 entsprechen?

662 **IP07:** Nein, also meiner Meinung nicht, sondern du bleibst in deiner alten Hütte und das Problem ist, du
663 bist dann halt nicht ganz so optimal wie es sein könnte, wie wenn das Bauwerk auch entsprechend
664 adaptiert ist klarerweise. Also wenn man neu baut, würde man anders bauen, dass man gleich von
665 vornherein schon schaut auf die kürzeren Wege und alles das was ich genannt habe. Aber so lange es
666 nicht so ist, hast du genug andere Dinge die einen extremen Benefit haben, hast halt dann die kürzeren
667 Wege nicht oder du schaffst sogar durch bessere Raumnutzung oder andere Raumnutzung oder das du
668 einfach Räume verschiebst, das du da schon ein bisschen in die Richtung gehst, und auch mit den
669 Dingen, das du hingehst zu mobilen Einrichtungen, die du dann zum Patienten mitnimmst oder so und
670 dir auch wieder Wege ersparst. Es gibt viel das du trotzdem machen kannst, aber klarer wird es durch
671 das Optimum oder das weitgehendste Optimum hast du natürlich wenn du es baulich auch in Richtung
672 Lean Philosophie orientieren und adaptieren kannst.

673 **I:** Sie haben vorher schon angesprochen bei den Kosten, gerade wenn ich Experten oder Berater
674 hinzuziehen muss um Lean zu implementieren verursacht das Kosten. Sind Sie der Meinung, dass man es
675 ohne Experten auch schafft, Lean zu implementieren oder den Lean Ansatz zu verfolgen.

676 **IP07:** Ich glaube ganz allein nicht, ich wüsste auch nicht wo du die Knowhow-Träger herbekommst, und
677 das kannst du dir nicht nur anlernen oder anlesen. Ich muss ehrlich sagen ich habe jetzt wirklich viel
678 gemacht und selbst ich hätte mir die erste Station nicht alleine zugetraut. Wir sind halt keine

679 Bewanderten, du hast das ganz Werkzeug nicht, die Tools nicht, wie die arbeiten, die Methodik, und,
680 und, und. Da ist schon so viel Erfahrung dahinter, die müsstest du dir erst alle aneignen und vor allem
681 was tust du allein, dann brauchst du ja fast drei, die ähnliches kennen, sonst schaffst du die Gruppen
682 nicht. Also das geht nicht. Du hast wahrscheinlich als Anfänger das Knowhow nicht, das sind die Dinge,
683 dich ich Ihnen jetzt so erzähle, das geht ja nicht, wenn du dich gerade mal sehr kurz mit dem Thema
684 beschäftigt hast. Glaub ich halt, ich weiß nicht wie Sie es werten.

685 **I:** Ja, es ist mir darum gegangen, dass man sagt man braucht eben gewisse Experten oder
686 Veränderungspartner, die das mittragen. Wahrscheinlich geht es ja auch um die Objektivität. Wir haben
687 ja alle eine gewisse Betriebsblindheit, wenn man jahrzehntelang im Betrieb ist. Also ohne Partner oder
688 Experten ist es nicht umsetzbar?

689 **IP07:** Naja schauen Sie, das wissen wir ja auch, der Experte im eigenen Land zählt meistens weniger
690 und oft gehen die Veränderungsprojekte dann wirklich gut, wenn du einen Externen mit dabei hast. Weil
691 das einfach ganz eine andere Wertigkeit hat und das muss schon auch sehen. Und das muss man
692 wirklich sagen, wenn du jetzt so ein oder zwei Pilotstationen mit Unterstützung gemacht hast, dann
693 kannst die Unterstützung ausschleifen lassen, dann machst du es halt nur mehr als Begleitung und du
694 machst dann mit deinen eigenen Leuten schon selber und dann ist er nur mehr begleitend dabei und
695 irgendwann kommt er nur mehr zu den Videotermine und gibt nur Feedback und dann irgendwann
696 einmal gleitet das überhaupt aus und du hast dann so viel eigene Expertise im eigenen Haus, das sich
697 dann die Lean Stationen selber entwickeln lassen.

698 **I:** Jetzt haben wir natürlich auch die zunehmende Digitalisierung im Krankenhauswesen, die
699 elektronische Fieberkurve ist ein Beispiel. Wie lässt sich das mit Lean Management kompatibel einsetzen
700 und vor allem beides zu gleich ist das sehr sinnvoll und möglich? Was wäre sinnvoll, auf was fokussiert
701 man sich zuerst?

702 **IP07:** Ich glaub je mehr Unterstützung umso besser, also normalerweise ist die technische
703 Unterstützung schon auch leichter, transparenter und auch leichter nachvollziehbar macht, auch was
704 Kennzahlen und so weiter betrifft. Und ich glaube, schau meiner Meinung nach als erster ist immer der
705 Prozess und deswegen kann ich fast nur empfehlen, zuerst die Prozesse optimieren und dann die
706 optimierten Prozesse entsprechend gut elektronisch unterstützen, das glaub ich.

707 **I:** Ja, welche Trends würden Sie sagen, beobachten Sie jetzt auch, was kommt immer mehr im Lean
708 Engagement, gibt es neuerliche Methoden, Werkzeuge? Gibt es da immer neuere Studien und
709 Erkenntnisse?

710 **IP07:** Studien und Erkenntnisse, muss ich ehrlich sagen weiß ich jetzt nicht, kann ich nicht beantworten.
711 Aber das was man merkt vom Trend her, kann ich nur sagen in unserem Haus alle die, die es gesehen
712 haben und ein bisschen erlebt haben, wollen es haben. Also eindeutig Pro Lean. Es beruht noch kein

713 einziger Gegentrend, oder das irgendeiner sagt, ist eigentlich ein Mist. Es geht nur vorwärts und es hat
714 sich auch das Direktorium dazu bekannt. Und sonst rennt es, ich muss ganz ehrlich sagen, ich bin dann
715 noch immer so ein bisschen beim Taiichi Ohno der so der Gründer Vater war, und der wollte ja nicht
716 einmal ein Buch darüber schreiben, weil er gesagt hat alles was ich festschreibe wird so als Faktum
717 genommen und das ist nicht Lean, weil Lean muss sich jeden Tag weiterentwickeln und ich glaub so
718 muss man es einfach sehen und jede Station muss sich jeden Tag weiterentwickeln und mit jeder mit der
719 du neu anfängst, fängt neu an und wird jeden Tag besser. Und die nutzt für sich die Werkzeuge, die für
720 sie sinnvoll und gut sind und standardisiert sie für sich und damit bist du wieder in dem Rad drinnen. Das
721 was es am wenigsten ausmacht sind die Werkzeuge, wichtig ist das die Leute die Philosophie verstanden
722 haben. Das sind die drei Punkte die ich schon am Anfang gesagt habe, da wiederhole ich mich jetzt nicht.
723 **I:** Wie sehen Sie die Entwicklung in den nächsten Jahren. Das Direktorium bei Ihnen ist schon sehr Pro
724 Lean. Ist dann schon so, dass Spitalsträger ob auch privat oder gemeinnützig auf Lean aufspringen? Und
725 ist das in dieser Art eine neue Unternehmensphilosophie am Krankenhausmarkt?

726 **IP07:** Ich weiß es nicht, ist mir prinzipiell auch egal. Ich will für mein Haus das Beste. Also in unserem
727 Haus geht die Entwicklung weiter. Da gibt es einen Rolloutplan für die Stationen, also ich glaub das ist im
728 Laufen, jetzt kann ich nicht sagen wie schnell, wie lange es dauert und wann wir fertig sind. Wenn immer
729 wieder solche Verzögerungen wie durch Corona sind, wird es länger dauern. Aber ich glaube in den
730 nächsten zwei, drei Jahren, könnte es sein, dass wir alle Normalstationen einmal umgestellt haben, dann
731 geht es weiter wie tun wir mit Intensiv, wie machen wir die Klinik fertig mit der Ambulanz und so. Da
732 gehört dann wieder viel Unterstützung mit hinein in alle neuen Bereiche, das können wir selber noch
733 nicht, dass wir selber auch wieder lernen. Dann diese Lean Academy, das habe ich auch schon
734 angedeutet, unser Chef will das auch unbedingt machen, dass wir das angehen. Also die werden wir
735 heuer vielleicht sogar in das Leben rufen. Insofern läuft das für das X in den nächsten Jahren. Und ein
736 bisschen habe ich es vernommen will die X, das war zu dem X Thema, war auch Interesse da, nur ich
737 weiß nicht wie der neue X agiert. Ich weiß die X haben auch im Lean die Radiologie ein bisschen in
738 Richtung Lean gestaltet, aber das lebt glaube ich nicht mehr so recht. Aber warum fragen sie mich nicht,
739 dass weiß ich zu wenig. Und beide Komponenten auch der X selber und der X der dort Geschäftsführer
740 war bei den X oder ist. Die haben beide Lean vorgetragen aber auch sehr theoretisch und würde mir
741 nicht gefallen aber das bleibt eh anonym oder?

742 **I:** Ja sicher wird alles anonymisiert.

743 **IP07:** Ich glaub das ist auch so, dass du hinterher hinausgehst und keine Lean Station gründen willst.
744 Aber weiß ich nicht, aber schaut so aus als ginge es schwer und ja und ich bin jetzt zum Beispiel in X
745 gewesen, da war die Idee auch mein Input das ich gesagt habe, bitte, wenn ihr schon ein neues Spital
746 baut auf der grünen Wiese, dann plant es bitte gleich mit all diesen Lean Überlegungen, das ist aber

747 auch nicht wirklich passiert. Aber ich war jetzt zum Beispiel viermal oben und habe dort Vorträge
748 gemacht für das Führungspersonal und für eine Innere Medizin Station, die sich glaub ich auch gern in
749 Richtung Lean verändert, aber da ist eben auch noch nicht gesagt wie sie weiter tun und ob sie sich die
750 Fremdunterstützung leisten möchten und weiß der Teufel was.

751 **I:** Aber zusammenfassend kann man sagen um Lean zu implementieren, muss die Führungskraft
752 überzeugt sein und dann auch so stark überzeugt sein, so durchsetzungsfähig sein, dass dann auch
753 wirklich an die Mitarbeiter zu übertragen und diese zu motivieren.

754 **IP07:** Ja ich glaub das ist so wie bei allen Veränderungen, es muss halt irgendwer mal
755 brennen und es schaffen irgendwie zu übertragen und wenn niemand mehr brennt ist das
756 Feuer halt Tod, das ist halt so. Aber das ist bei allen Themen so und wie bei allen Themen in
757 Unternehmen ist, wenn die Führung nicht voll dahinter steht und das aber auch wirklich
758 pusht, das ist bei uns ja auch nicht so, wenn es mich da nicht gebe, wäre am XXX auch nichts
759 passiert, auch wenn es unserer Führung oder Teilen davon schon gefallen hat. Braucht man
760 nur den vorigen XXX anschauen, der hat von dem gar nichts gehalten, weil der war vom
761 Typus her, wenn du mit dem in Standard gekommen bist und mit einhalten und Disziplin,
762 dann hat er gesagt das geht nicht ich muss Leben retten.

763 **I:** Was aber, was der für sie spricht, dass sind sie dann so weit, aber sich durchsetzen können
764 und es auch weitertragen können. Weil wenn der XXX nicht sehr überzeugt ist davon und
765 dann spricht es ja sehr viel für Sie, das Sie sagen, sie haben das dennoch können umsetzen.

766 **IP07:** Da war ich wirklich hartnäckig und habe das auch überall probiert, mache ganz viele
767 Schulungen und es waren damals der XXX, der damalige XXX bei uns und der XXX, dem
768 gefällt es auch, der übrigens eben auch Projekte macht an der XXX in Graz... ist zwar nur ein
769 XXX Thema, aber die haben schon zwei Lean Projekte selber umgesetzt und dem XXX taugt
770 das zum Beispiel auch. Also der XXX ist auch so einer der auf das sofort aufspringt. Und ja
771 das ist eine Hartnäckigkeit und ich muss schon sagen, Gott sei Dank, dass es dem
772 Betriebsdirektor von uns und auch der XXX, also die beiden waren ja von Anfang an
773 durchaus positiv, die waren ja auch mit injiziert, aber unser Ärztlicher Direktor, der damalige
774 Direktor X, der war da überhaupt nicht so, dem war das wurscht und da war null
775 Unterstützung. Und der XXX so auch nicht und der XXX ist auch wie er ist, der tut halt allein
776 auch nicht wirklich. Ist jetzt auch nicht der, der jetzt Dinge extrem /. Darum machst du dich
777 dann auch selber einen Push. Weißt du bei Lean Unternehmen da geht halt der Vorstand
778 selber, hält Vorträge und sagt wie Lean funktioniert. Das haben wir halt leider nicht.

779 **I:** Darum ist der Weg sicher etwas steiniger, aber man sieht jeder kleine Schritt bringt einen vorwärts.

780 **IP07:** Ja absolut.

781 **I:** Was wäre aus Ihrer Sicht noch wichtig zum Thema Lean Management zu sagen, was ich
782 nicht erwähnt habe, was ich auch nicht gefragt habe. Gibt es noch was das Sie sagen das ist
783 total wichtig, das habe ich noch nicht erwähnt?

784 **IP07:** Nein ich glaube nicht, ich sage es noch mal das Wichtigste ist, das die Leute verstehen
785 müssen das Lean erstens einmal kein Werkzeugkoffer ist, sondern dass es echt eine
786 Philosophie ist und das jetzt nicht verglichen esoterisch, sondern wirklich einfach
787 Hausverstand, ich sage immer, noch einmal sag ich systemisierter Hausverstand, das ist
788 glaube ich so ein Kernpunkt und was es halt einfach ist, das wenn man sich damit beschäftigt
789 hat, man sich nicht mehr vorstellen kann warum man vorher das nicht so bedacht oder
790 gesehen hat, das muss ich einfach wirklich sagen. Ich sehe die Dinge auch mittlerweile ganz
791 anders und versuche die Dinge ganz anders zu machen, ob es immer gelingt, weil man ist ja
792 selber auch nicht unfehlbar und damit immer konsequent klarerweise, aber ich sage ja wenn
793 man zum Lean Sensei agiert, dann verändert man sich selber auch ein bisschen.

794 **I:** Ja natürlich verändert man sich selber mit, weil es geht um eine Philosophie haben sie
795 gesagt und nicht nur um ein Werkzeug. Ich glaube eine Philosophie ist auch eine innere Einstellung.

796 **IP07:** Ja, das ist es schon das glaub ich auch, so eine innere Einstellung ich glaub das schon,
797 das halt Lücken gibt und ich glaube das bin ich, dem einfach vieles von der Philosophie
798 extrem zusagt. Also ich halte keinen nicht zusammengeräumten Schreibtisch aus und auch
799 kein Zimmer das unordentlich ist, sind Dinge, das sind Teilchen klarerweise aber du musst
800 schon bisschen der Typ sein der einfach klaren Regeln, klare Vorgaben, klare Ordnung, klarer
801 Tagesplan zusammengeräumter Tisch, zusammengeräumtes Zimmer, also das müssen schon
802 Dinge sein, die liegen dem einen der andere braucht das gar nicht, oder ist in seiner Kunst
803 eingeschränkt. Aber das merkst du dann halt auch, die gibt es halt, ein paar die sind
804 begeistert und bei ein paar die das halt nicht voll erwischt. Aber ich glaub die positiven
805 Auswirkungen spürt ein jeder der damit arbeitet. Das war jetzt ein schöner Schlusssatz
806 irgendwie.

807 **I:** Ja ich kann dem nichts mehr hinzufügen. Ich bedanke mich sehr für dieses ausführliche
808 Gespräch, für Ihr ganzes Fachwissen, für Ihr Praxiswissen, ja es ist für mich sehr
809 aufschlussreich, ich habe da einiges mitgeschrieben auch natürlich nebenher und natürlich
810 würde ich mich freuen, wenn ich mal auf so eine Lean Station kommen dürfte und mir das
811 auch einmal vor Ort anschauen kann. Sie haben mir das schon mal angeboten. Ja vielleicht
812 warten wir jetzt diese Krisenzeit noch etwas ab, aber dann würde ich gerne auf dieses

813 Angebot zurückkommen.

814 **IP07:** Ja sehr gerne, dass Sie vielleicht wirklich bei der Frau XXX , die ist im Jänner, jetzt nicht
815 da aber ab Februar ist sie wieder da, weil sie ist auf Kur und wenn sie dann mit ihr schauen
816 und das Sie dann zu den Terminen kommen und dann jederzeit gerne. Aber bitte, dass die
817 Aktion von Ihnen ausgeht.

818 **I:** Ja dann bedanke ich mich herzlich für dieses Gespräch und wünsche Ihnen noch weiterhin
819 viel Erfolg in Ihrem Einsatz zum Implementieren von Lean Management ja und vielleicht
820 sehen wir uns dann mal.

821 **IP07:** Würde mich auch freuen. Perfekt. Ihnen auch alles Gute für die Arbeit.

822 **I:** Dankeschön, danke vielmals.

823 **IP07:** Wiederschauen.

824 **I:** Wiederhören.

1 **8.Interview vom 11.01.2022 16:02 Uhr bis 17:15 Uhr Online**

2 I: Ja, meine 1. Frage mal dazu, was unterscheidet Ihrer Meinung nach Lean Management
3 Konzepte von anderen Konzepten? Wir haben ja das 3 Säulenkonzept mit der Pflegedirektion,
4 der Ärztedirektion und der Betriebsdirektion und da ist jetzt lean Management hierarchisch ja
5 anders aufgestellt, was unterscheidet es aber konkret?

6 IP08: Ja. Da gibt es mehrere Aspekte. Also erstens, haben wir uns in unserem X System,
7 gesamten Gesundheitssystem, eine sehr hohe Fragmentierung und die ärztliche Direktion und
8 Pflegedirektion und die Betriebsdirektion symbolisieren das auch eindrucksvoll. Das wäre ja
9 so, diese Säulen sind ja auch so autonom, in ihrem Denken und Handeln, dass man sich
10 manchmal fragen muss, wo ist der Patient und wo will er hin. Das geht soweit, dass man zu
11 dem Schluss kommt, dass ein Krankenhaus super funktioniert, wenn die Patienten nicht
12 dauernd stören würden. Das ist ein bisschen die klassische Sichtweise. Oder man streitet sich
13 darum, wem gehört der Patient. Wenn es ums Geld geht, ist es dann umgekehrt. Lean sieht
14 den Patienten mit seinen Bedürfnissen und versucht, nach menschlich wichtig zu versorgen
15 und schießt sich darum – entschuldigen Sie den Ausdruck, Sie dürfen trotzdem zitieren –
16 schießt sich darum, welche Hierarchieebene da involviert ist. Lean will den
17 Versorgungsprozess besser organisieren und interessiert sich nicht für Betriebs- oder ärztliche
18 Direktoren oder Pflegedirektoren. Lean sieht die Hierarchien, da unten sitzt einen, der alles
19 theoretisch weiß und kann, das ist ja in Lean umgekehrt, da sitzt oben jemand, der die,
20 oben arbeiten, die an der Spitze sind, das ist die breite Basis eigentlich, die, die die
21 Wertschöpfung machen, das machen ja nicht die Leiter oder ich jetzt, sondern das sind ja
22 meine Leute, die Patienten versorgen. Also alleine das Bild, dass der Chef unten sitzt, auf dem
23 dann alles lastet und nicht oben, der schaut auf seine Mitarbeiter runter, dass die riesige
24 Diskrepanz, die wir haben im System, versus einem wirklich gelebtem Lean. Man kann
25 natürlich wie immer und überall, man kann das jetzige System mit Lean behübschen|und so
26 tun, als ob. Das ist dann auch meistens die österreichische Lösung oder sogar die steirische
27 Lösung, wir sind ein bisschen lean, dann geben wir alle Frieden. Oder man geht her und traut
28 sich das neu denken. Und letzteres wäre dringend, dringend notwendig. Nur kommt da leider
29 wenig Resonanz. Jeder lebt in seiner Höhle und will, dass sich möglichst wenig ändert. Jeder
30 will mehr Ressourcen für sich, damit es ihm besser geht, in seinen Aufgaben, aber keinen
31 denkt an den Patienten, der da zu versorgen ist. offiziell tun wir das schon, aber de facto sage
32 ich, das funktioniert eigentlich gar nicht. Ich habe das auch einem großen Politiker vor Kurzem

33 gesagt, der was von mir wissen wollen, habe ich gesagt, das ist ein Skandal, wie viel Geld wir
34 in die Erhaltung unserer Pyramiden ausgeben, die noch nicht umgedrehten Pyramiden, wie
35 viel Zeit draufgeht, uns gegenseitig zu erklären, was eigentlich wichtiger ist. Wir vergessen den
36 Patienten da leider.

37 **I:** jetzt ist es aber so –

38 **IP08:** Das ganz massiv. Und darum, ich bin jetzt alt genug. Also ich gehe ja bald in Pension, ich
39 habe da keine Lust mehr, irgendwie mitzuspielen.

40 **I:** Es ist aber so, dass lean Management in Krankenanstalten in Österreich generell noch
41 unbekannt ist, Vorreiter ist Amerika und in der Schweiz ist es ja sehr verbreitet schon, bei uns
42 eher noch sehr skeptisch betrachtet. An was liegt das konkret, dass das so schwer ist, dass an
43 die Führungskräfte zu übertragen oder auch an die Mitarbeiter?

44 **IP08:** Naja, also gibt's auch mehrere Aspekte, versuche, da ein bisschen Struktur
45 reinzubringen, sonst labere ich Sie da nieder, das wäre auch schlecht. Also erstens, unser
46 jetziges System fördert, was ich Führungstillusion nenne. Ist in den Lean Konzepten glaube ich
47 auch bekannt, das Phänomen, wenn der Chef wo hinkommt, die Ambulanz, die Station oder
48 den OP, sind alle, die da sind, wahnsinnig beschäftigt. Oder wenn sie wissen, dass morgen der
49 X Vorstand zu Besuch kommt, wird sicher schnell die Ambulanz voll sein oder die
50 Notaufnahme, egal was. Also wir leben da in einer Hierarchiegläubigkeit, die fatal ist. wir leben
51 in einem System, wo das raufeditieren von Verantwortung Standard wurde. Also die da oben
52 müssen das richten und gleichzeitig spielen wir uns da was vor. Also wir leben in einem
53 System, wo den Führungskräften was vorgespielt wird. Und ich formuliere es umgekehrt,
54 damit die Schuld nicht bei den Mitarbeitern ist. ich glaube, dass unsere Führungskräfte auch
55 nicht wissen wollen, wie es wirklich ist. ich kann mich erinnern, ein paar Beispiele, wir hatten
56 lange Diskussion in unserer Klinik, die vor Jahren eine Mitarbeiterbefragung erstmal ernst
57 wurde und gekommen ist. da war die Sorge, dass die Mitarbeiter einer Führungskraft sagen,
58 wie es wirklich ist, dass man dann nicht mehr in seiner Führungstillusion leben kann. wir haben
59 de facto viel zu viel Geld im System, daher keine Not und keinen Schmerz, deshalb wollen wir
60 nichts verändern. Wir haben gut bezahlte Führungspositionen, wo wir scheinbar
61 Verantwortung übernehmen, das ist ein Scheinspiel, ich kann auch Beispiele nennen, auch in
62 meiner Rolle. Ich kenne Gespräche mit meiner Bereichsverwaltung, wo ich die Zahl der
63 Patienten, die stationär versorgt werden sollen, festgelegt wird, der Anteil der Sonderklasse

64 Patienten festgelegt, das wird dann irgendwie festgelegt, die durchschnittliche Liegedauer,
65 das ist ja grotesk. Am besten funktioniert meine Station, wenn ich 25% Auslastung habe. Aber
66 immer stellt sich die Frage, welche Patienten brauchst du stationär, kann man sie nicht
67 ambulant machen. Also wir erhalten unser System, bespielen es mit den FDF Punkten, mit
68 dem Personal, aber es will keiner die neuen Herausforderungen, die wir haben in der Medizin,
69 übernehmen.

70 **I:** Jetzt haben Sie aber lean in Ihrer Abteilung eingeführt. Was sagen Sie –

71 **IP08:** Vorsicht, wir haben begonnen, uns auf den Weg zu machen. Wir haben noch nichts
72 eingeführt.

73 **I:** Okay. Und inwieweit sind Sie da voran schon bei der Implementierung oder wie weit sagen
74 Sie, welche Funktionen oder Methoden haben Sie schon eingesetzt?

75 **IP08:** Wir haben auf lean umgestellt, aber das ist der Start eines lebenslangen Lernprozesses.
76 Wir haben umgestellt, aber wir leiden darunter, dass das ganze System nicht versteht, was wir
77 anders machen und das Rundherum nicht auf unsere Abläufe angepasst ist. wir haben jetzt
78 auf unserer Station das neu organisiert und auch mehr Transparenz, mehr
79 Patientenorientierung, mehr echte Qualitätssicherung, echtes Case Management, etc. an der
80 Tagesordnung. Aber das interessiert ja keinen. Und auch, ich kann ja meine Patienten oder
81 unsere Patienten auf unserer Station, kann ich ja nicht alleine versorgen. Ich kann das
82 Gespräch, das Aufnahmegespräch, die Visite und das Entlassungsgespräch machen, ich
83 brauche den Kardiologen für den Herzkatheder, den Orthopäden etc. die funktionieren alle
84 nicht nach lean. Also die Wirksamkeit der Station auf das System ist enden wollend. Zur Frage,
85 was ist anders. Also wir haben in der X – es tut mir leid, wenn ich das so sage, einen X Ordner,
86 wie QM Systeme zu funktionieren haben. alle 2 Jahre gibt's ein Audit, dann sucht man sich das
87 2 Tage vorher, wenn man brav ist, die Ordner raus und liest das durch. Dann denkt man sich,
88 eigentlich gescheit, hofft, dass man das Audit überlebt und wenn die Audit Leute weg sind,
89 läuft alles wieder wie vorher. Risikomanagement ist ja noch schlimmer. Ich würde Ihnen gerne
90 vor Ort zeigen, wie wir jetzt Qualitätsmanagement nach Lean machen, das Kaizen Konzept und
91 was herauskommt. Das macht auch Qualitätsmanagement wirklich bei den Patienten und
92 nicht Ordner voll Papier, die geschrieben wurden von jemandem, der sich das eh versucht hat,
93 gut zu denken, der aber leider keine Ahnung hat, wie die Patientenversorgung wirklich
94 funktioniert. Weil wir es auch dem Qualitätsmanager vorspielen beim Audit. Wir tun so, als

95 wäre die Abteilung so gut funktionierend. Ich habe ja Jahre im FQM verbracht, bis zur
96 Nominierung zum Staatspreis. Aber in Wirklichkeit ist es das Papier nicht wert.

97 **I:** jetzt sagen Sie, Sie haben aber eben schon das Kaizen eingesetzt, sprich die
98 Verbesserungsmethoden, das Board, nehme ich an. Was sind aus Ihrer Sicht – Werkzeuge
99 werden Sie wahrscheinlich genug kennen aufgrund Ihrer Recherche, was ist aus Ihrer Sicht
100 noch wichtig, was man in einem Krankenhaus gut implementieren könnte an Methoden?

101 **IP08:** Also das Kaizen Board ist ein Muss. Die Prozessüberarbeitung der Kernprozesse, der
102 Versorgungsprozesse, der wertschöpfenden Prozesse, wie passiert die Aufnahme der
103 Patienten, wie wird die Visite gemacht, diese Reevaluierung der Versorgungsprozesse ist ein
104 – wir haben neben der elektronischen Fieberkurve jetzt den Visitenprozess völlig verändert,
105 wir haben das Patientenboard eingeführt, wir haben ein Huddle Board, wir haben viele Dinge
106 eingeführt, die funktionieren auch, die sind auch extrem wertvoll. Die haben viele Länder,
107 Schweiz, USA; Skandinavien schon ausprobiert, und wir prototypisieren auch Veränderungen,
108 wir machen da einiges.

109 **I:** Und Ihrer Meinung nach ist es auch wichtig, dass diese Methoden ineinandergreifen. Sprich,
110 ich kann mich nicht nur auf eine Methode fokussieren im Lean? Es gibt viele, die versuchen
111 nur das KVP zu machen, aber im Endeffekt sollten doch mehrere Werkzeuge
112 ineinandergreifen?

113 **IP08:** Jetzt weiß ich nicht, was Sie mit Methoden meinen. Also diese Elemente. Die alleine kann
114 ich auch einführen, dann sind sie eine Aufhübschung und das schaut so aus, als ob, das ist
115 dann eine österreichische Lösung. Wir tun ja so, als ob, wir kümmern uns ja nicht um echte
116 Qualität. Sie können nicht nachschauen, ob in Graz Hüftoperationen mit welcher
117 Komplikationsrate sich übersetzen. Und vergleichen kann ich nicht. Wir weigern uns ja, das
118 transparent zu machen. Aus guten Gründen, so merkt keiner, wie schlecht die Qualität ist, wir
119 können weiter wurschteln. Aber kommen wir zurück zu den Elementen. Die sind extrem
120 wichtig, jedes Element alleine kann wenig bewirken. Und das Patientenboard oder das Huddle
121 Board oder ein Huddle Buch führen alleine ändert nicht den Mindset der Leute, die
122 Versorgungsprozesse. Die muss man komplett überarbeiten, da muss man Zeit investieren
123 und wenn man das tut, dann kann man den Mehrwert kreieren. Das ist jetzt Zeit, die wir
124 gewinnen, die wir mit dem Patienten gewinnen können. Ist ja die Standardklage auf der
125 ganzen Welt und hier in der Steiermark. Ist ja eine geniale Ausrede. So ist es ja nicht wirklich,

126 sondern wir lassen uns, weil wir unsere Prozesse so schlecht strukturiert haben, stecken wir
127 drinnen und sagen, die Administration ist schuld, aber es wäre schon viele Jahre unsere
128 Aufgabe gewesen, die Versorgungsprozesse so zu organisieren, dass für die Patienten Zeit ist.
129 daher muss ich mich für meine ersten 25, 26 Jahre im Berufsleben entschuldigen, wo ich noch
130 nicht lean gemacht habe, weil als Führungskraft wirkungslos war. Nichts von dem, was ich
131 hätte tun sollen, oder vielleicht hätte tun soll, ja, aber Sie können mir vorwerfen, dass ich das
132 leider nicht schon selbst erfunden habe, was lean kann. wenn man dann lean kennenlernt und
133 erlebt, schämt man sich in Grund und Boden, weil die Art der Dinge, die so offensichtlich sind,
134 wie man es besser machen kann und wir haben es selber nie zusammengebracht.

135 **I:** Jetzt haben Sie gesagt, der Patient steht im Mittelpunkt, wie würden Sie einem Patienten
136 erklären, was Lean genau ist? Weil es geht um Verschlinkung und wir wissen genau, wenn
137 Menschen was von Verschlinkung hören, gerade im Gesundheitswesen, dann verstehen sie
138 das oft ganz gerne falsch. Wie würden Sie einem Patienten lean erklären?

139 **IP08:** Ich würde das einem Patienten so sagen, dass wir alles so organisiert haben, dass wir
140 unsere Kompetenzen auf die Versorgung des Patienten konzentrieren können.

141 **I:** jetzt ist auch schon das Thema, dem Patienten ist ja genau diese Wertschöpfung wichtig,
142 das fängt grundsätzlich an bei der Terminvergabe, der Aufnahme und bei der Entlassung. Wie
143 kann lean jetzt die Wertschöpfungskette noch mehr beeinflussen? Gerade im Hinblick
144 vielleicht auf Kommunikation?

145 **IP08:** Ja, also bei der Kommunikation, jetzt zwischen Arzt und Patient?

146 **I:** Genau, zwischen Arzt, Pflegepersonal –

147 **IP08:** Also beginnt bei ganz banalen Dingen, dass bei jedem Patientengespräch sich die Leute
148 vorstellen müssen, welche Rolle und welche Aufgabe sie haben und nicht reinkrachen und
149 einfach was wollen. Zweitens wird schon beim Aufnahmegespräch und 24 Stunden später,
150 egal, warum der Patient zu uns gekommen ist, versucht, der Entlassungstermin festzulegen.
151 Drittens wird am ersten Tag bereits mit dem Entlassungsmanagement begonnen. Da erinnere
152 ich mich wieder an eine X Geschichte, da gibt's ein Projekt Entlassungsmanagement. Also
153 sowas, wie das gelaufen ist, das Projekt, habe ich noch nie erlebt. Das war mit dem Fonds
154 damals. Also, wir versuchen, das Entlassungsmanagement tatsächlich so zu organisieren, dass
155 der Patient auch versteht, warum wir was tun. Der nächste Teil in der Kommunikation ist, dass
156 wir den Patienten alle 24 Stunden fragen, ob wir etwas besser machen können. Das kann man

157 auf verschiedene Arten tun. Also wir stellen uns nicht hin und sagen, hat eh alles gepasst, Frau
158 Maier? Ja. Also, dann wissen wir schon, welche Antwort wir kriegen. Sondern wir fragen alle
159 24 Stunden, wir haben Sie in den letzten 24 Stunden betreut, was können wir besser machen.
160 Und dann kommentieren wir die Antwort und reagieren auf Verbesserung. Ja, wir versuchen,
161 klar den Tagesplan an die Patienten zu kommunizieren. Es gibt ja diese Patientenboards, da
162 steht drauf, wann welche Untersuchung gemacht wird. Wenn wir das den Leuten mal sagen,
163 die können sich das nicht merken, da kommt jemand rein, fährt mit dir in einem Rollwagen
164 durch finstere Gänge irgendwo hin, keiner erklärt, was passiert. Und es gibt Leute, die sind
165 halb verwirrt und krank, die haben es sich nicht gemerkt. Also wir machen das transparent
166 und nachvollziehbar, was passieren wird. Wir machen transparent, wer ist der Arzt, der
167 Oberarzt, wir machen alle transparent, wie wir mit den Angehörigen umgehen, wer
168 Ansprechpartner ist, was dorthin kommuniziert wird. Usw. das ist eine lange Liste, wie sich die
169 Kommunikation ändert. Und, egal, in welchem Zustand die Patienten sind, ist das Ziel, dass
170 die Kommunikation ankommt.

171 **I:** Das ist, wie Sie gesagt haben, viel transparenter und zugleich viel menschlicher. Weil der
172 Patient in die Gespräche einbezogen wird.

173 **IP08:** Genaugenommen, dass die Bevölkerung von uns eigentlich erwartet, dass wir kreativer
174 – wir versuchen das ansatzweise ein Stück weit besser zu machen.

175 **I:** wenn man sagt, man möchte lean einführen, was ist Ihrer Meinung sinnvoller? Soll man mit
176 einer Lean Ambulanz beginnen oder doch eher am stationären Bereich. Weil eben man kann
177 schwer alles zugleich und wo sehen Sie eher die Vorteile?

178 **IP08:** Man muss erstens die Führung, die muss wissen, was sie tut, wenn sie es tut, sie muss
179 sich zu dieser Reorganisation, Neuorganisation der Versorgungsprozesse bekennen. Ein
180 bisschen lean geht nicht, macht wenig Sinn, ist Verschwendung. Das ist das Allerwichtigste.
181 Die Führung müsste endlich verstehen, was unter lean gemeint ist, damit wir da
182 weiterkommen. Zweitens muss die Führung das Silo-Denken Pflege, Pflegedirektion, Ärzte,
183 ärztliche Direktion blabla, muss sich auflösen. Und man muss sich dazu bekennen, dass wir
184 einen Versorgungsauftrag haben und den bestmöglich mit den Ressourcen, die wir haben,
185 haushalten müssen. Dann haben sie einen Plan, müssen überlegen, wo können sie, in der
186 Station, OP, Ambulanz, der Diagnostik, wo können Sie Bereiche, wo haben sie Bereiche, wo
187 sich das aufgrund der Entwicklung relativ gut umsetzen lässt, damit die anderen, die natürlich

188 zu skeptisch sind, Angst haben vor Veränderungen, Angst haben, dass sie eingeschlagen
189 werden, da gehen 1000 Dinge durch die Köpfe von den Mitarbeitern. Wo können sie angreifen
190 im anderen Sinne des Wortes, dass sie Leute dafür begeistern können. Wenn sie das geschafft
191 haben, dann können sie mit der Umsetzung anfangen.

192 I: jetzt haben Sie gesagt, das Führungspersonal ist einmal, muss man überzeugt sein, das ist
193 mal der Fokus. Jetzt habe ich vielleicht aber skeptisches Führungspersonal. Wie schafft man
194 das, dass man es überzeugt?

195 **IP08:** Austausch. Ich meine, die Leute müssen sich aus ihrer Führungsblase, Führungsillusion
196 herausbewegen. Die müssen sozusagen inkognito sich den Betrieb anschauen gehen, dann
197 sehen sie eh, das mit jemandem, der lean versteht, der kann mit jeder Führungskraft innerhalb
198 von 3 Stunden veranschaulichen, wo man dringenden Handlungsbedarf hat. Wenn dann die
199 Führungskraft in die Verleugnung geht, dann muss sie ausgetauscht werden. Wenn die
200 Führungskraft entsetzt ist, dann haben sei die richtige, weil dann sieht sie den immensen
201 Handlungsbedarf.

202 I: jetzt ist das so – gerade die X ist ein sehr strenges Hierarchie System und Lean verabscheut
203 ja Hierarchie, wir wissen alle –

204 **IP08:** Verabscheut nicht Hierarchie, lean akzeptiert Hierarchien, aber setzt die für einen
205 Mehrwert ein und bringt nicht Hierarchie der Hierarchie wegen.

206 I: Gut, wie ist das gerade zwischen Ärzten und Pflegepersonal, die Kommunikation, dass auch
207 das Miteinander funktioniert?

208 **IP08:** Ja, das war bei uns ein leichter Schritt, weil das war intuitiv, wenn ich was das einzige,
209 was ich zusammengebracht habe, die Erkenntnis, es gibt Patienten und Ärztespersonal und
210 Pflegepersonal und die müssen gemeinsam den Patienten versorgen. Dieses Konzept war bei
211 uns vorher schon Standard. Daher hat sich bei uns diesbezüglich mit Entsetzen – haben die,
212 die das nie gelernt haben, also Ärzte, die das ganz anders sehen und natürlich die Hierarchie
213 zwischen der medizinischen und der pflegerischen Versorgung sehen, sehen, welchen
214 Aufholbedarf wir in Österreich wir haben gegenüber den USA oder Kanada oder in
215 Skandinavien oder in Dänemark oder in der Schweiz, passiert ihnen das ja nicht mehr, so ein
216 hierarchisches Denken. Dass das noch patriarchalisch ist, dass die Ärzte intuitiv Männer und
217 die Pflege intuitiv Frauen sind. Also mit der Fehlannahme habe ich schon früher versucht,
218 Schluss zu machen. Natürlich hat sich die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen

219 verbessert. Vor allem, weil wir transparenter gemacht haben, wer ist für was zuständig, wer
220 kann was machen, wie passt das zusammen. Also der Visite Prozess ist nicht einer, den der
221 Arzt steuert, sondern Arzt und Pflege gemeinsam, weil beide Berufsgruppen von dem Ergebnis
222 abhängig sind. Oder die Physiotherapie kommt zu Vorgesprächen wann immer sie kann, weil
223 das hat keinen Sinn, einen Zettel zu schreiben, an den Physiotherapeuten des Hauses, was er
224 zu tun hat und er ist nicht dabei, wenn wir den Patienten besprechen. Diese Interdisziplinarität
225 ist bei lean selbstverständlich und auch gelebt, deswegen funktioniert das gut.

226 **I:** Es ist ja so, dass gerade wahrscheinlich auch sehr viele Menschen auf der Station schon seit
227 Jahrzehnten bei Ihnen arbeiten und gerade das ältere Personal tut sich oft schwer mit
228 Veränderungen und wir wissen, alle Mitarbeiter sind in der heutigen Zeit das höchste Gut.
229 Gerade, wenn sich jemand schwer damit tut, wie geht man damit um, ohne ihn zu
230 degradieren? Es sind ja doch viele Standards

231 **IP08:** Es sind bei Weitem nicht nur die länger dienenden Mitarbeiter, die größere
232 Schwierigkeiten haben. das geht quer durch die Bank. Menschen haben Angst vor
233 Veränderung, Leute, die besonders viel Angst haben, sich wehren, brauchen ein intensiveres
234 Coaching, als Menschen, die sich auf Veränderungen freuen. Wenn man Mitarbeiter hat, die
235 sich schwer tun, die brauchen ein intensiveres Coaching, als Leute, die das intuitiv verstehen
236 und den Mehrwert auch erkennen. Da hat lean ja in der Methode eh alles schon erlebt.
237 Ausgedacht und ein Instrument zur Verfügung gestellt. Das Coaching.

238 **I:** Was würden Sie sagen, was sind jetzt die größten Herausforderungen neben denen, wo Sie
239 gesagt haben, was Führung und die Hierarchie ist –

240 **IP08:** Was 3 Jahre gebraucht hat, die Anstaltsleitung zu überzeugen, lean auch wirklich
241 umsetzen zu dürfen. Man hat das am Anfang uns angeboten und gesagt, machs, aber dann
242 auf dem Weg Angst bekommen und das war eine große Herausforderung. Mittlerweile haben
243 wir einen neuen Direktor, das ist ein Stück weit leichter. Aber trotzdem, ich glaube, die wissen
244 trotzdem nicht, was wir wirklich tun. Die wollen es vielleicht nicht wissen, aber das weiß ich
245 nicht. Die 2. Herausforderung ist, eine Abteilung ist ja keine isolierte Funktionseinheit, die alles
246 alleine machen kann, sondern das ist ein massives, gesamtlogistisches Netzwerk. Und wenn
247 alle anderen Lean nicht können oder kennen oder nicht wollen, ist wenig – kommt wenig
248 Mehrwert an. Also die Liegedauer wird bei uns nicht dramatisch kürzer, weil wir trotzdem 3
249 Tage auf den Herzkatheder warten, usw. wie so oft im Gesundheitssystem das angeführt wird,

250 dass das toll ist und der mit mehr Druck kriegt das, was er braucht, das Filtersystem, das wir
251 haben. das ist aber nicht sehr treffsicher. Das heißt, dass es sehr schwierig ist für uns, den
252 Mehrwert mit einer raschen und sicher guten Versorgung beim Patienten ankommen zu
253 lassen. Weil wir auf viele andere angewiesen sind. Das ist die 2. Große Herausforderung. Ein
254 bisschen eine neue Silolösung momentan, solange die anderen das nicht auch machen. Die 3.
255 Große Herausforderung ist, dass man mit dem Personalwechsel; Rotation, neue Leute, kann
256 man wirklich sehr aufpassen muss, dass die Patienten nicht verloren gehen oder wieder leise
257 abbiegen oder es wieder anders gemacht wird. Aber sonst, der Mehrwert, nämlich eine
258 bessere Beziehung anbieten zu können, wiegt das tausendfach auf.

259 **I:** Würden Sie von sich sagen, dass sich das Betriebsklima durch Lean Management verändert
260 hat?

261 **IP08:** Ja, natürlich. Die Transparenz, innerhalb der Berufsgruppe, wer was wie wann macht,
262 und die Transparenz zwischen den Berufsgruppen ist extrem entlastend. Weil sonst jeder
263 intuitiv oder sehr oft, wenn da viel Arbeit ist, vor allem, wenn es nicht gut organisiert ist, ist
264 die Arbeit fast überfordernd für viele Mitarbeiter. Dann entsteht das Gefühl, dass sie die
265 einzigen sind und die sind, die am meisten arbeiten müssen und die anderen nichts oder
266 weniger tun oder sich aus der Verantwortung stehlen. Das tun auch manche, bei der Pflege
267 meistens nicht, aber bei den Ärzten ist das durchaus gang und gebe. Mit der Transparenz, die
268 wir jetzt haben, ist dieses Problem mit einem – wie soll ich sagen, mit einem Schlag, mit Lean
269 ist das Problem erledigt. Weil alle sehen immer, wer wo eingeteilt ist, wer was macht oder
270 wer was leistet. Also, alleine das verbessert das Team. 2., das ist die Transparenz zwischen
271 den Berufsgruppen. Also der Herr Oberarzt, ich sage extra der Herr Oberarzt, weil
272 Oberärztinnen sind meistens vorsichtiger und intuitiv besser gestrickt als die Männer, der Herr
273 Oberarzt kommt nicht und sagt, so, nur, dass ihr es wisst, die Visite beginnt erst um 9 Uhr.
274 Weil ich vorher das tun muss. das gibt es nicht mehr, sondern es gibt einen minutiös geplanten
275 Stationsablauf, an den sich die Leute halten. Und wenn Veränderungen sind, dann muss das
276 auf das Kaizen Board und allen präsentiert und angepasst werden. Das andere ist, dass jeden
277 Tag in der Früh besprochen wird, wer ist wann abwesend. Also das war ein Standard auf der
278 Station, wenn der Oberarzt was haben wollte, in der Zeit, wo er da ist, ist es nicht geglückt,
279 dann kommt der Rückruf, dann hat niemand gewusst, wo der ist. und jetzt werden alle
280 Abwesenheiten vermerkt, jeder weiß, wer wo ist, wer in Vertretung ist und wer Fragen
281 beantworten kann. diese kleinen Dinge sind selbstverständlich, Sie werden sagen, um Gottes

282 Willen, das weiß jeder auf der Welt, dass man so kommunizieren muss, wieso hat man das
283 vorher nicht selber erfunden? Das ist der Punkt, wo man sich geniert, das haben wir vorher
284 schon gehabt. Ja. Aber diese vielen kleinen Elemente verbessern natürlich die
285 Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, innerhalb der Berufsgruppe und auch mit den
286 Dienstleistern, die wir brauchen. Die Chirurgie weiß z.B., wenn wir einen Termin bekommen,
287 dass der Patient dann nicht bei uns sein kann, weil wir nicht zwei Untersuchungen gleichzeitig
288 planen.

289 **I:** WO sehen Sie jetzt die größten Potenziale, dass man das ärztliche und das Pflegepersonal
290 mit lean Management entlastet?

291 **IP08:** Aus meiner Sicht ist die ganze Diskussion über die Pflegepersonalmangelmaßnahmen
292 fadenscheinig, weil die einzige Maßnahme, die ich machen muss, ich kann auf lean umstellen
293 und zwar ernsthaft, weil ich dann in der Pflege eine Form der Freude am Beruf zurückgebe.
294 Bedeutet, da sind voll motivierte, bestens ausgebildete Leute, die über die Zeit, weil man den
295 Laden so schleißig organisiert hat, verzweifeln und dann weggehen und dann nicht lange in
296 ihrem Beruf bleiben. Also lean flächendeckend, ehrlich einführen, ist die einzige sinnvolle
297 Maßnahme, um dem Pflegenotstand entgegenzusteuern. Natürlich muss ich die
298 Ausbildungsplätze besser planen, ein Wunder, dass das nicht schon längst jemand gemacht
299 hat. Das ist ein anderes Thema, politisch. Aber die, die bei uns Praktikum machen, die wollen
300 unbedingt bei uns arbeiten später, weil sie sehen, wie man bei uns arbeiten kann und wie man
301 woanders arbeiten muss.

302 **I:** Aber jetzt speziell, wenn man sagt, man möchte das Personal auf der Station entlasten, ist
303 es beim ärztlichen Personal vielleicht eher das Bürokratische und bei der Pflege eher die Laufwege,
304 die man ersparen kann oder auch die Anordnung der Räumlichkeiten?

305 **IP08:** Bei beiden Berufsgruppen sind es die gleichen Dinge. Also die Bürokratie bei den Ärzten
306 und die Pflege läuft herum, nein, die Pflege hat auch eine Pflegehandlung gemacht und muss
307 dann stundenlang am Computer sitzen, in Form einer modernen Schreibmaschine eintippen,
308 was sie jetzt gemacht hat. Völlig sinnbefreit. Das hat sich durch die elektronische Fieberkurve
309 und interdisziplinärem Diskurs sowieso verbessert. Unvorstellbar wie viel Zeit die Pflege bei
310 uns sinnlos am Computer verbracht hat, um zu dokumentieren, was schon längst
311 dokumentiert war. Also was sie machen mit lean, Sie geben den Berufsgruppen den Kern ihrer
312 Aufgabe zurück. Natürlich gibt es rundherum noch genug administrative Last, sage ich. Sind

313 nicht gefeit davor. Sind noch unsinnige Anordnungen der X und Richtlinien, die so nicht lebbar
314 sind, aber mit denen wir haushalten müssen. Führungssillusion, das Stichwort. Das müssen wir
315 weitgehend aushalten. Aber sie können innerhalb in der Organisationseinheit wesentlich
316 effizienter, zielgerichteter, Menschen gerichteter arbeiten. Mein Satz, meine Erkenntnisse,
317 also lean gibt der Medizin, bei den Ärzten, genauso bei den Pflegemitarbeitern, lean gibt der
318 Medizin die Seele zurück, die unterwegs verloren gegangen ist.

319 **I:** jetzt steht lean für sehr starke Digitalisierung, jetzt sagen Sie, jeder Patient, alle 1000en
320 Patienten haben die gleiche Aufnahme, das gleiche Prozedere, inwieweit bleibt die
321 Individualität des Patienten erhalten, inwieweit kann man standardisieren, inwieweit kann
322 man Individualität beibehalten?

323 **IP08:** Weil Sie Standards haben, können Sie die Versorgung individualisieren, das ist nicht
324 umgekehrt. Wenn ich keine Standards habe, wird das immer wieder neu erfunden und ganz
325 viel vergessen oder geht verloren. Dadurch entstehen die medizinischen Behandlungsfehler.
326 Da steht ja nicht einer böswillig, der sich ausdenkt, den Patienten schlecht zu behandeln,
327 sondern die Behandlungsfehler entstehen meistens durch fehlenden Informationsfluss,
328 fehlende Kommunikation, Dokumentation. Wenn Sie da standardisieren, dann ermöglichen
329 Sie, dass Sie die Individualisierung erst liefern können.

330 **I:** jetzt haben Sie gerade von der Fehlerkultur gesprochen, Lean Management lebt von einer
331 positiven Fehlerkultur, weil es sagt, daraus können wir lernen. Jetzt ist das immer so eine
332 Sache mit Fehlern und wir wissen alle, die Menschen geben die Fehler nicht gerne zu und
333 reden auch nicht darüber. Wie handhaben Sie die Fehlerkultur? Wir wissen, die X hat das CIRS-
334 System, aber wie bespricht man das im Team, wie geht man da mit Fehlern um?

335 **IP08:** Also, aufgrund der ganzen Standards, der Transparenz passieren schon mal wesentlich
336 weniger Fehler, Missverständnisse, werden Dinge vergessen, gehen verloren. Zweitens gibt's
337 eben als gelebtes – Risikomanagement, das Kaizen System, das Board ist ja nur symbolisch das
338 Ding, wo man es sieht, versteht, was da anders ist. das Ziel ist aber, bei der täglichen Arbeit
339 laufend zu scannen, wo könnten Fehler passieren, wie könnten wir sie vermeiden und das ist
340 ein Verbesserungsvorschlag, den wir diskutieren und umsetzen. Darum weigere ich mich auch,
341 das Risiko, also den berühmten Ordner der X für Risikomanagement zur Hand zu nehmen.
342 Theoretisch mag was Gescheites drinnen stehen, aber das ist 2 Lichtjahre davon entfernt, wie
343 die Versorgung funktioniert. Wenn ich einem neuen Mitarbeiter sage, lies das Buch, dann

344 weißt du, wie Risikomanagement funktioniert, dann verwirrt man sie bei der Arbeit. Wenn
345 man sagt, hört zu, versuch das aus Sicht eines Risikomanagements zu verstehen, was passiert,
346 dann verstehen das die Leute sofort. Also, die Fehlerkultur ändert sich ja nur in dem Ausmaß,
347 in dem ein Team versteht, wofür sie da sind und wie sie das tun. Und wenn man sich darüber
348 verständigen können, was man tut und wie man das tut, dann ist das auch kein Thema mehr.
349 Wenn dann jeder eben erzählt, das Medizinsystem hat ein Problem. Die Erkenntnis ist 30 Jahre
350 alt, eine Methode, die das aushebelt ist gefragt. Das tut lean.

351 **I:** Das nächste Thema wäre so, im Lean Management geht's darum, niedrige Lagerbestände zu
352 haben, niedrige Durchlaufzeiten. Jetzt geht's darum, gerade in der Corona- Krise hat es uns
353 gezeigt, dass wir ein gut aufgefülltes Lager benötigen, aufgrund der Lieferschwierigkeiten, wie
354 geht man damit um? Gerade den unvorhergesehenen Schwierigkeiten, dass man sagt, man
355 bleibt trotzdem Lean und überfüllt die Lager nicht?

356 **IP08:** Also die Lieferschwierigkeiten waren ja nicht das echte Problem. Das echte Problem in
357 der Covid Zeit, war, dass das System sich nicht flexibel genug anpasst, weil wir eben nicht lean
358 sind, weil wir ein riesiges Tohowabohu aufführen müssen, um Betten für Covid-Patienten zu
359 bekommen. Weil jeder seine Ziele und Ressourcen verteidigt und niemand die Lösung vor
360 Augen hat. Also die Situation, wenn jemand kommt und sagt, wir haben aus Covid gelernt, wir
361 brauchen große Lager – das ist ja... wir hatten auf unserer Station glaube ich 23 verschiedene
362 Lagerplätze, niemand hat ein System eingeführt, die sind immer gewachsen, entstanden und
363 das Gefühl war intuitiv immer da, wenn alles voll ist, dann kann nichts passieren. Das ist nicht
364 mehr so, wir haben das reduziert auf 3, 4. Managen das aktiv. Wenn ich sehe, es kommen
365 mehr Covid Patienten, dann weiß ich automatisch, dass ich die entsprechenden Materialien
366 erhöhe. Das brauche ich nicht diskutieren mit dem Team.

367 **I:** jetzt ist das nächste bei lean das Vermeidung von Verschwendung, das Muda. Wo haben Sie,
368 würden Sie sagen, auf der Station die Möglichkeit, Verschwendung zu reduzieren? In der Form
369 von Zeit, Speiseversorgung, Wäscheversorgung. Haben Sie da schon Möglichkeiten
370 erarbeitet?

371 **IP08:** Tausendfach. Also Verschwendung, die größte ist die Zeitverschwendung. Das ist einmal,
372 sozusagen aufgrund der fehlenden Struktur, der Abläufe, aufgrund der fehlenden
373 Kommunikation haben Dinge, die 2, 3, 4 Mal begonnen werden, bevor sie fertiggemacht
374 werden können – also wir versuchen jeden Prozess so zu organisieren, dass er mit einem Mal

375 fertig ist. oder so zu designen, zu planen, dass er in einer Arbeitsrunde auch fertiggemacht
376 werden kann. damit reduzieren Sie die Zeit, die Sie dafür brauchen dramatisch und können
377 die Zeit für wichtige Aufgaben nutzen. Und Sie reduzieren die Fehlerhäufigkeit, weil Dinge
378 nicht so oft verloren werden. Oder um 20 Uhr ruft wer an, du, ich habe das und das vergessen,
379 weil es schon wieder geklingelt hat, weil – chaotisch, wie die Stationen ablaufen. Also die eine
380 Einsparung, die große, in der Zeit. Dann, wir arbeiten nicht weniger, jetzt unter lean, aber wir
381 arbeiten viel im Center und das, was wir tun, macht auch mehr Sinn. Zeitersparnis ist jetzt
382 sinnlose – also viele Dinge, die wir gemacht haben, weil wir es immer so gemacht haben,
383 werden ja genommen und bewertet vom Team, überlegt, wie können wir das besser machen.
384 Also wir sparen an sinnlosen Dingen. Also zu vereinfachen ist das Ziel. Wir sparen ein an
385 Verbrauch, weil wir eine viel logischere, übersichtlichere Lagerhaltung haben. wir sparen ein
386 an sinnlosen Laufwegen, weil etwas nicht da ist wie geplant. Man spart ein an Lärm, weil die
387 Station wesentlich ruhiger ist. wenn sie die nicht lean Station besuchen, da fällt Ihnen auf, in
388 der Früh, da geht's zu, rein, raus, Leute reden, fragen, telefonieren. Bei uns ist es wesentlich
389 ruhiger, Sie sparen ein an Klingelzeiten. Also die Leute klingeln zur Hälfte weniger oft. Weil sie
390 wissen, die Pflege kommt in einer Stunde wieder oder in 90 Minuten. Sie sparen ein an
391 Fehlern, weiß nicht, was wir alles einsparen.

392 **I:** Welche Faktoren haben den größten Wirkungsgrad auch in der Wirtschaftlichkeit? Jetzt
393 haben Sie gesagt, Sie haben schon mit dem Controlling sich zusammengesetzt, wegen der
394 Budgetierung, lässt sich das auch wirtschaftlich schon messen, die Umstellung auf lean
395 Management?

396 **IP08:** Es würde sich wirtschaftlich messen lassen, nur die Kennzahlen, die wir verwenden,
397 messen nicht die echte Wirtschaftlichkeit im System. Und ein Hauptfaktor jetzt für eine
398 effiziente wirtschaftlich funktionierende Station wäre die durchschnittliche Liegedauer, die
399 kann ich immer verkürzen, meistens um den Preis, dass die Komplettheit der Versorgung
400 verloren geht. Ich kann Liegedauer natürlich dramatisch verkürzen, brauche dafür aber ein
401 System, wo eben die Abläufe, die ich brauche, die über die Station hinausgehen, auch nach
402 lean organisiert sind, das sind sie aber nicht. Ich kann meine Liegedauer nur ein bisschen
403 verkürzen, momentan, weil ich auf so viele andere angewiesen bin. Und immer wieder
404 Leerläufe habe, dann habe ich 3 Tage, bis ich eine Untersuchung bekomme, nicht, weil wir so
405 einen Engpass haben, sondern weil die untersuchende Stelle, das Termin, das
406 Prioritätenmanagement nicht im Griff hat. Ja, da kann ich die Wertschöpfung, die ich hätte,

407 noch gar nicht ausspielen. Aber trotzdem haben wir unsere Liegedauer verkürzt, die
408 Patientenzufriedenheit erhöht, die Ausfallzeiten der Mitarbeiter reduziert, indirekte
409 Parameter. Aber die Zahl der Patienten, die bei mir liegen, kann ich nicht reduzieren, weil das
410 System so aufgestellt ist, dass viele Patienten über die Notaufnahme reindrängen und das eine
411 Bett, das einen Tag früher wieder frei wird, das wird von einem Notpatienten wieder belegt.
412 Ich werde nicht belohnt vom System, dass ich besser organisiert. Belohnt werden Sie immer,
413 wenn Sie besonders lange schreien und Probleme haben. dann bekommen Sie mehr
414 Ressourcen von der Anstaltsleitung. Wir werden ja nicht als Führungskraft belohnt, dass wir
415 gut und effizient organisiert haben, sondern dann, wenn wir laut auf Missstände hinweisen,
416 die wir selbst verursacht haben. Wissen Sie, was ich meine?

417 I: Ja. Ja. Ich kann es nachvollziehen, ja.

418 **IP08:** Also, das Klinikum bekommt vom alten X Vorstand, jetzt ist er ja zwangspensioniert
419 worden, 8 neue OPs gebaut, weil wir uns darauf intuitiv geeinigt haben, wir operieren in der
420 hochtechnischen Infrastruktur nur von 8-13 Uhr. Wenn wir von 8-16 Uhr operieren würden, hätten
421 wir 40% mehr Kapazität, bräuchten nicht 8 neue OP's, die wir aber gebaut haben. aber nur, es
422 geht nicht anders, Wahnsinn, Patienten sterben auf der Warteliste, weil wir zu wenig Kapazität
423 haben. dann bekomme ich neue Kapazität als Chirurg, wenn ich laut schreie und mit dem
424 Totentuch wackle. Die OPs beginnen offiziell 7 Uhr 30, de facto ist der durchschnittliche
425 Schnitzeitpunkt 8 Uhr 45. Weil das System nicht zusammenpasst. Weil die Leute eine Stunde
426 warten müssen, bis der Chirurg kommt. Oder es sagen alle, Herz OPs sind übervoll, wir
427 brauchen neue OPs, dann bekommen wir mehr OPs gebaut.

428 I: Und in anderen Häusern werden die OPs geschlossen. Weil, die Fallstatistik nicht
429 ausreichend ist.

430 **IP08:** Also ich will jetzt auch gar nicht den ganzen Irrsinn, den wir uns da erlauben, gar nicht
431 zu exemplarisch machen. Wenn das wer spitzkriegt, dann stehen wir in der Zeitung, das stinkt
432 zum Himmel, wie wir Ressourcenplanung machen.

433 I: Jetzt geht's aber darum, lean, wir haben die Effizienz, die kürzeren Laufwege, wenn wir jetzt
434 ein älteres Haus haben, wie kostenintensiv ist Lean Management dann in der Umsetzung?

435 **IP08:** Also bei Lean arbeite ich immer mit den Ressourcen und Räumen und Zimmern und
436 Untersuchungszimmern und Computern, die ich habe. Versuche, das, was ich habe, besser
437 einzusetzen. Natürlich kann ich dann auch, das versuchen wir gerade,

438 Verbesserungsvorschläge machen, die systemisch sind, aber jetzt, wenn eine Abteilung in lean
439 denkt und 99 nicht, dann ist da nur schwer was zu verändern. Aber lean kostet nicht mehr.
440 Warum sollte es?

441 **I:** Aufgrund der Umbauten, es werden Räume anders umgelegt –

442 **IP08:** Ja, das wäre schön, wenn der Neubau, den wir überall machen, nicht vom Architekten
443 und von Spitalsplanern gemacht werden, die schon in den 70er Jahren ausgebildet wurden,
444 sondern wenn ein Facility Management mit Lean gemacht würde. Das beinhaltet auch die
445 Patientenräume, die wir haben. also die sind ungeeignet und wir bauen weiterhin
446 ungeeignete, weil ja auch überhaupt niemand von den Architekten lean versteht oder auch
447 die Berater, die angeheuert werden, die haben keine Ahnung von Lean, das sind immer
448 dieselben Firmen. Ich will nicht wissen, was da alles Korruption ist, die sich da die Aufträge
449 gegenseitig zuschanzen, dann werden immer neue Bauten gebaut, die ungeeignet sind für die
450 Patientensituation. Aber lean macht das noch krasser sichtbar. Das ist genau das Problem,
451 wenn eine Station lean ist, ist das toll, kann man sagen, jetzt sind wir auch ganz modern, aber
452 das ist nicht die echte Veränderung, die wir brauchen. Es gibt ein lean Hospital planing, lean
453 facility Management, ein lean design, Sie können Notaufnahmen, alles, nach lean designen
454 und so bauen, dass das noch schlagkräftiger wird.

455 **I:** Aber die anderen Stationen werden nachziehen

456 **IP08:** Ja, die sollte man in 30 Jahren renovieren und das machen, aber wir bauen ja jetzt neu
457 nicht nach lean.

458 **I:** wenn man Lean implementieren möchte, reicht die reine Literaturrecherche nicht aus, wie
459 würden Sie das sehen, braucht man Experten, Berater von auswärts, um das leichter zu
460 implementieren oder kann das ein Team im Unternehmen auch?

461 **IP08:** Das kann natürlich ein Team im Unternehmen, wenn es eine entsprechende Ausbildung
462 hat. Da brauchen Sie keinen Externen. Wenn das aber niemand wirklich hat, dann brauchen
463 Sie zum Starten externe Unterstützung und es ist auch gut, sich die zu holen, sind ja mehrere
464 Phänomene. Also einem Externen glaubt man das viel eher als einem internen. Das ist immer
465 so. die Kraft des externen Beraters. Das kann aber auch Käse sein, was er von sich gibt, man
466 muss die Leute schon gut aussuchen, aber man kann auch ein lean Team aufbauen und
467 nochmal von extern coachen lassen. Weil die Externen haben halt schon 100 Krankenhäuser
468 umgestellt, wissen, wie viele Fehler man machen kann oder haben viele Ideen, die man selber

469 nicht gleich hat. Ich sage es nochmal krass, ich bin jetzt 33 Jahre berufstätig als Arzt. Ich habe
470 29 Jahre verplempert, weil ich lean nicht gekannt habe und ich geniere mich in Grund und
471 Boden, dass ich lean nicht selbst entwickelt habe. Das ist so offensichtlich, dass, wenn man es
472 sieht, dass man sich geniert. Aber wenn man so in seiner Mühle steckt, dann hat man selten
473 die Kraft, sich auf eine Metaebene zu begeben und zu schauen, was tue ich da. Ich bin nur
474 stolz, dass ich die 28 Jahre immer unzufrieden war und immer Wege gesucht habe, um das zu
475 verbessern. Ich bin damals bei der X gestartet, erst lean die letzten 5 Jahre kenne ich das jetzt,
476 gibt mir das ein bisschen zurück. Ich kann versuchen, das Versäumte ein bisschen aufzuholen.
477 So ist es dann auch, Sie können sich nicht erwarten, dass ein System sich alleine von innen
478 reformiert, wenn man sich nicht anschaut, wie die Besten das machen. Das kostet im Vergleich
479 zu dem, was wir jeden Tag verschwenden, Zeit, Geld, Material, Wege, was auch immer,
480 Patientenfehler, das lässt sich vielfach zurückholen. Also die Investitionskosten, ich habe sie
481 minimal zum Mehrwert, den ich generiere.

482 **I:** Aber zusammenfassend muss man sagen, dass Lean Management keine Methode ist, um
483 Kosten einzusparen. Weil das wird oft falsch verstanden. Vielleicht auf lange Sicht dann in der
484 Effizienz, aber vorab ist es mal kostenintensiver.

485 **IP08:** Glaube ich gar nicht. Also, Sie müssen ein Startinvestment machen, dass die Leute, das
486 Management, die Führung wirklich verstehen, was da gemeint ist. wenn die sich das nie
487 woanders anschauen, sich diesen einen oder zwei Tage Zeit nehmen, mehr ist das nicht, dann
488 werden die das nie verstehen und immer von was reden, was sie nie gesehen haben. wir
489 Menschen sind so, wir stellen uns was vor, sagen, ah, das können wir auch, das können wir
490 besser. Das muss man begreifen, das muss man angreifen können. Da sind wir nicht die
491 Vorzeigestation, da sitzen in der USA, in der Schweiz usw. die wirklich Guten. Aber man muss
492 sich das mit offenem Herzen anschauen trauen, natürlich kriegt man als Führungskraft sofort
493 serviert, was man nicht gut gemacht hat. Das muss man aushalten und dann muss man sich
494 überlegen, wie kann man das hier in Graz umsetzen. Und dann von dem Zeitpunkt an, wo Sie
495 beginnen, umzusetzen, sparen Sie schon ein, weil Sie schon nicht falsch Bauen. Wie oft wird
496 gebaut, es wird eine Personalberechnung gemacht, dann geht man in Betrieb, dann braucht
497 man mehr Personal. Diese Kosten werden überhaupt nicht in die Gleichung eingespeist, die
498 werden als gegeben hingenommen. Und wenn Sie schon mit Lean Facility Management
499 beginnen, lean Design sich beim Bau überlegen, dann kommen Sie dann aus und müssen nicht
500 ausbessern. Wenn Sie ein OP System nach lean betreiben, dann kommen sie nicht drauf, wir

501 brauchen mehr Anästhesisten, wenn wir neue OPs bauen. Also bezogen auf die
502 Gesamtkosten, ist dieses Investment, was man tun muss, so lächerlich, dass es wahrscheinlich
503 keiner ernst nimmt und es interessiert sie nicht. Das ist eher meine Interpretation. Man kann
504 gigantisch viel einsparen an Verschwendung und gleichzeitig die Patientenversorgung massiv
505 verbessern, um ein Drittel mindestens. Und wenn ich Personalknappheit hab in der Pflege,
506 also jetzt nicht lean einführen ist fast ein Verbrechen.

507 **I:** jetzt kommt noch die Digitalisierung dazu. Sie haben die elektronische Fieberkurve schon
508 angesprochen. Jetzt kommt, wird das immer mehr. Was sollte jetzt zuerst da sein, lean oder
509 die Digitalisierung, weil beides zugleich wird wahrscheinlich schwer machbar sein?

510 **IP08:** Auch eine falsche Annahme und eine faule Ausrede. Wir haben die elektronische
511 Fieberkurve und Lean gleichzeitig eingeführt, Gott sei Dank, weil bei der Fieberkurve müssen
512 Sie Ihre Arbeitsabläufe überdenken. Es gibt bei vielen Versorgungsprozessen meistens einen
513 Hauptweg oder einen, von dem der Abteilungsleiter oder Oberarzt glaubt, den zu wissen, aber
514 es gibt ganz viele Möglichkeiten, wie dasselbe auch funktioniert. Und das lässt sich in einer
515 elektronischen Fieberkurve abbilden. Das lässt sich dort harmonisieren, also Sie machen ganz
516 viel, was Sie für lean machen müssen, sowieso schon. Wenn ich jetzt den Mut habe, mich auf
517 Veränderung einzulassen, dann ist es nahezu aufgelegt, mit der elektronischen Fieberkurve
518 auch gleich lean einzuführen. Dass ich das mit einer Umstellung habe. Das können Sie natürlich
519 auch sequenziell machen. Wenn Sie große Angst vor Veränderungen haben. aber ist nahezu
520 unsinnig, sich zweimal einem Veränderungsprozess zu unterwerfen, der einmal die
521 Digitalisierung und einmal lean Versorgung abbildet. Also ein Fehlschluss von Leuten, die nicht
522 wissen, wovon wir reden.

523 **I:** Gibt's auch noch Trends, wo Sie sagen, da entwickelt sich mehr im Lean Management, gibt's
524 da Neuerungen, neue Studien?

525 **IP08:** Also ich bin der letzte, der jetzt weiß, was lean wirklich ist. ich habe – ich bin ein
526 Lernender, der sich gerade auf den Weg gemacht hat, wir haben gerade gestartet, wenn Sie
527 so wollen. Aber was klar ist, dass die Digitalisierung oder der Nutzen, den wir hätten,
528 überhaupt noch nicht mit der Medizin anwenden. Also wir haben tolle teure Computer, große
529 Gerätschaften, aber Entscheidungsunterstützung usw. wird überhaupt nicht eingesetzt. Also
530 ich würde es so formulieren, dass die Digitalisierung jetzt das Gesundheitssystem sowieso
531 erfassen – Sie kennen das Schlagwort Industrie 4.0 vielleicht. Das ist ein bisschen optimistisch,

532 glaube ich. Wenn Sie das auf die Medizin umlegen, dann sind wir bei der Medizin bei 0.9 oder
533 0.85 in der Digitalisierung. Das ist ein gigantischer Innovationssprung, der auf uns zukommt,
534 wenn ich den lean ready mache, dann kann ich das viel besser nutzen und einsetzen, als wenn
535 ich das unvorbereitet mache. Ich würde meinen, dass Digitalisierung kommt und es würde
536 Sinn machen, das auch lean zu machen, weil die Digitalisierung massiv Transparenz ins System
537 bringt. Und die Führungssillusion zurzeit, der X Wahnsinn, den können wir uns nur leisten, weil
538 alles intransparent ist. ich brauche nur laut schreien, dann kriege ich mehr, das ist echt
539 einfach.

540 **I:** Was wäre aus Ihrer Sicht noch wichtig zu lean Management, das ich noch nicht erwähnt
541 habe?

542 **IP08:** Naja, wir haben es gestreift, aber also... Lean kann auch einen Versorgungsprozess so
543 organisieren, wie ihn der Kunde auch eigentlich erwartet. Also das, was der Mann auf der
544 Straße, also symbolisch, was die Bevölkerung sich eigentlich naiv erwartet, wir überhaupt
545 nicht liefern, könnten wir ein Stück weit liefern, wenn wir die Versorgung so organisieren.
546 Wenn Sie zu einer Party eingeladen sind, dann sind Sie von der X, dann können die anderen
547 zu 99% eine Geschichte erzählen, was nicht funktioniert. Selten, super, meine Oma war
548 eingeliefert und alles hat super funktioniert, nach 3 Tagen war sie mit derselben Diagnose
549 wieder zuhause. So einfach ist das nicht, wenn man selber einen Angehörigen hat, dann
550 erwarten die Menschen, dass das System so funktioniert. Also das Lean gibt der Medizin nicht
551 nur die Seele zurück, die verloren gegangen ist aus verschiedenen Gründen, das reicht bis in
552 die Nazizeit zurück in den deutschsprachigen Ländern, sondern es gibt uns auch die Chance,
553 das zu tun, wofür wir eigentlich da sind. Warum viele auch die Ausbildung gemacht haben, um
554 im System zu arbeiten. Es gibt ja niemanden in der X, der nicht will, dass die gut funktioniert.
555 Nur, wir wollen es auf eine Art und Weise, an uns selbst und die Hierarchie denkend, dass das
556 nicht funktioniert. Ich unterstelle keinem, auch dem Vorstand, keine bösen Absichten, aber es
557 ist völlig antiquarisch, mit welchen Methoden wir versuchen, das System zu verbessern. Das
558 ist meine Kritik, weil ich jetzt sehr kritisch war, Sie dürfen mich wörtlich zitieren, für jeden
559 einzelnen Satz, den Sie gehört haben.

560 **I:** Es ist Vorgabe von der FH, dass ich es anonymisiere, aber ich bedanke mich für die ehrlichen
561 Worte.

562 **IP08:** Ich schreibe das in den informed consent hinein, meine Vorgabe ist, dass Sie mich
563 zitieren. Wortwörtlich. Das hat sonst keinen Sinn, sonst versinkt das wieder in diesem Sumpf.
564 Wir erzählen uns dann, das steht da, wir werden das machen, aber keiner traut sich, das Ding
565 anzugreifen. Ich würde sagen, Sie machen Ihre Diplomarbeit mit viel Engagement und
566 Begeisterung und es kommt in die Schublade, wie viele andere Dinge.

567 **I:** aber das ist wahrscheinlich auch unsere Kultur, die wir in Österreich haben und natürlich
568 sind wir auch politisch gesteuert. Und im Endeffekt sind jede Führungsperson oder jeder
569 ärztliche Direktor, auch der Vorstand, sind Ausführende.

570 **IP08:** Schauen Sie, ich war ja eine Zeit lang ärztlicher Direktor und habe gedacht, ich kann
571 damit alles verbessern. Nichts konnte ich, natürlich sind die genauso arm und getrieben. Aber
572 da muss jemand – und Ihre Diplomarbeit ist unsere Chance, das so bringen, dass die Politik
573 und der Aufsichtsrat und die Bevölkerung, alle, die Patienten und Patientenorganisationen,
574 ich weiß nicht wer, verstehen, welche Chance wir da liegenlassen, wenn wir das jetzt nicht
575 machen.

576 **I:** Glauben Sie, dass sich private Krankenanstalten oder ja, die das privat auch finanzieren,
577 werden die sich leichter tun mit diesen Umstellungen?

578 **IP08:** Also die interessieren sich immer dann für lean, wenn ihre Gewinnmargen zu niedrig
579 werden. Die sehen das wirklich aus dem Einsparungspotenzial heraus und nicht aus der
580 Verbesserung der Versorgung. Offensichtlich wollen alle die Versorgung verbessern. Also ich
581 kenne sowohl die geistlichen, die privaten Anstalten als Mitarbeiter und Patient, aber nicht
582 die Sanatorien, ich glaube nicht, dass die sich leichter tun. Sondern, dass das öffentliche
583 Gesundheitssystem, deswegen bin ich so engagiert, wie Sie sehen, die müssen das den
584 Vorständen aus den Händen reißen. Weil das ist ja gegen unseren Auftrag, der ist ja nicht,
585 Gewinn zu machen, sondern das Geld, das wir eh in doch gigantischem Umfang bekommen,
586 gut zu verwalten. Und jetzt sind alle skeptisch und wehren sich und ist traurig.

587 **I:** Aber zusammenfassend, sagt man Lean kommt aus der Automobilindustrie, aber es ist
588 eigentlich für die Wirtschaftlichkeit und Effizienz von einem gemeinnützigen Krankenhaus
589 ethisch durchaus von Nutzen, weil der Patient im Mittelpunkt steht.

590 **IP08:** es ist absolut unethisch, lean nicht zu machen, nur, weil es aus der Fahrzeugindustrie
591 kommt. Das heißt ja nicht, das sagt Ihnen jeder, der in einem anderen Industriezweig arbeitet,
592 sofort, wenn der ein Krankenhaus nur von der Seite betrachtet, also so, wie wir arbeiten,

593 könnte der in seiner Sparte, Luftfahrt, Automobilindustrie, nie arbeiten. So fehleranfällig, so
594 schlechte Qualität, so wenig ressourcen-, mitarbeiterschonend. Das würde sich ein anderer
595 Industriezweig nicht erlauben können. Es ist eher unethisch, sich nicht mit lean
596 auseinanderzusetzen. Und lean ist nicht das Ende der Entwicklung, das geht ja auch weiter.
597 Die Digitalisierung bietet eine unheimliche Chance.

598 **I:** Mit Lean ist man ja auch grundsätzlich nie fertig, das ist ja nie abgeschlossen. Ja. Ja, ich
599 bedanke mich nochmal ganz herzlich für dieses ausführliche Interview. Und dass Sie auch so
600 ehrlich und offen mit mir gesprochen haben, ich schätze das sehr, ich habe wieder sehr viel
601 mitnehmen können, ich habe lean erst durch die Literatur so richtig kennengelernt.

602 **IP08:** Stopp, stopp, das Ganze wird gelöscht, wenn sie mir nicht sagen, wann Sie sich das
603 anschauen kommen vor Ort.

604 **I:** Ja, sofern das aufgrund der Umstände – bin ich mit dem Herrn X schon in Verbindung
605 gewesen auch, der mir das vorgeschlagen hat und ich nehme das –

606 **IP08:** Morgen um 7 Uhr 45, geht das.

607 **I:** Nein, leider, so spontan geht's noch nicht. Das sollte demnächst aber passieren und dann
608 bin ich natürlich gerne bereit und ich freue mich auch darauf, dass ich das Angebot erhalten
609 habe, dass ich die Lean Abteilungen bei Ihnen in Graz besichtigen darf.

610 **IP08:** Jetzt lassen Sie sich schnell impfen, es ist sowieso sinnlos, sich nicht impfen zu lassen,
611 aber Sie müssen ja überprüfen, ob das stimmt, was ich gesagt habe, Sie müssen das ja
612 challengen|

613 **I:** Natürlich, ja. Natürlich möchte ich das selbst ansehen und auch begutachten und auch den
614 Praxisbezug dazu gewinnen und darum werde ich mich, mit dem Ing. X in Verbindung setzen
615 und würde mich auch freuen, wenn ich Sie persönlich kennenlernen darf dann.

616 **IP08:** Ja, dann melden Sie sich.

617 **I:** Dann bedanke ich mich nochmal ganz herzlich, dass Sie sich Zeit genommen haben und
618 wünsche Ihnen für die weitere Umsetzung alles Gute und viel Motivation und
619 Durchhaltevermögen in dieser doch so sehr belastenden Zeit.

620 **IP08:** Ja, also es geht eh nicht weg, lean, weil, wenn man damit anfängt, kann man nicht
621 aufhören. Das ist wahrscheinlich so das Coca-lean.

622 **I:** Also das ist sehr schön, wenn man sieht, es gibt so viele Menschen, die dafür brennen. Und
623 weil Sie gesagt haben, Sie haben viele Jahre verschwendet, weil Sie nicht lean gemacht haben,
624 ich glaube, Sie sind viel weiter vorne, als viele andere Kollegen von Ihnen, indem Sie das Lean
625 aufgegriffen haben und auch dafür brennen.

626 **IP08:** In anderen Ländern, die sind 10 km vor uns. Man darf sich nicht an den Schlechteren
627 orientieren, man muss sich an den Besseren orientieren. Aber gut.

628 **I:** Ja, aber jeder kleine Schritt in die richtige Richtung ist viel wert.

629 **IP08:** Ja, gut. Dann auf Wiedersehen.

630 **I:** Danke, Wiederhören.

T

1 **9.Interview vom 17.01.2021 10:05 Uhr bis 11:02 Uhr Online**

2 **I:** Ja, vorab, wenn ich Sie kurz fragen darf: wie lange oder wie viel arbeiten Sie schon mit dem
3 Thema Lean Management?

4 **IP09:** Mit dem Thema Lean Management, die 1. Berührungspunkte habe ich gehabt, 2014, da
5 hat es in Graz das 1. Projekt in die Richtung gegeben und zwar wollte man da die
6 Notfallambulanz und die der Kinderklinik und Kinderchirurgie zusammenlegen. Und damit hat
7 man mit der Unterstützung einer Schweizer Unternehmensberatung eben ein Projekt
8 gestartet. Und dort habe ich eigentlich das erste Mal mit Lean Management zu tun gehabt, da
9 haben wir ein bisschen eine Pause, weil es auch bei uns im Klinikum eine Pause gegeben hat.
10 Und dann, die ersten Lean Bettenstationen, ich glaube, das war 2018, wenn ich mich richtig
11 erinnere.

12 **I:** Wenn Sie jetzt Lean Management beschreiben, was unterscheidet Lean Management von
13 herkömmlichen –

14 **IP09:** Wie ich es kennengelernt habe, würde ich sagen, dass man wieder zurück an die Basis
15 geht, dass man nicht als Helikopter von oben herunter entscheidet, sondern dass man vor Ort
16 geht, sich anschaut, wo die Probleme liegen, auch den Menschen vor Ort mehr
17 Entscheidungskompetenz zurückgibt.

18 **I:** Jetzt ist aber Lean Management im Gesundheitswesen in Österreich noch weitgehend
19 unbekannt, es ist nicht viel implementiert worden, da ist eine gewisse Skepsis dahinter.
20 Warum glauben Sie, ist da so der skeptische Blick darauf?

21 **IP09:** Ich glaube, grundsätzlich ist das Gesundheitswesen ein bisschen ein schwieriger Bereich.
22 Wir sind eine Expertenorganisation und da ist es egal, welche Änderung, ich glaube, es ist sehr
23 schwierig, irgendeine Form der Veränderung ins System zu bringen. Und dann vielleicht noch,
24 weil man immer als Erstes hört, es kommt aus der Industrie und Patient und Industrie, das
25 passt für die meisten überhaupt nicht zusammen. Aber wenn sie dann einen anderen Blick
26 darauf kriegen, dann erkennen sie schnell, dass es für den Pateinten und auch für sie als
27 Mitarbeitende einen extremen Mehrwert bringen kann.

28 **I:** jetzt sind Sie in der Betriebsorganisation, wo sehen Sie die konkreten Vorteile bei diesen
29 Managementprinzipien oder welche Tools, welche Methoden haben sich besonders bewährt?

30 **IP09:** Sie meinen jetzt bei der Einführung von Lean Bettenstationen? Weil viel mehr haben wir
31 noch nicht gemacht. Naja, also grundsätzlich ist sehr entscheidend, dass die Betroffenen
32 mitarbeiten dürfen, mitentscheiden, dass es quasi die Lösungen und Ideen der Betroffenen
33 sind und es vom Gefühl her nicht aufgesetzt wird. Die Kommunikation zwischen den
34 Berufsgruppen, die Interprofessionalität, dass das eben extrem gefördert wird. Und dass es
35 einfach zu einem mehr oder weniger kulturellen Wandel kommt, ohne, dass die Personen das
36 viel merken oder wollen, weil man einfach viel miteinander spricht, weil man das in den
37 Workshops lernen, es ist egal, aus welcher Hierarchiestufe man kommt und welcher
38 Berufsgruppe man angehört. Jede Idee wird aufgenommen und deshalb glaube ich. Also das
39 ist das, was ich am meisten schätzen gelernt habe.

40 **I:** jetzt haben Sie schon das Personal angesprochen eben, jetzt ist es so, die Mitarbeiter sind
41 das höchste Gut, wir haben Personal, das schon über Jahrzehnte im Betrieb arbeiten. Wie
42 gehen die mit der Veränderung um, ist es schwieriger, die zu überzeugen, man will die nicht
43 degradieren? Das sind doch viele Standards, die in die Arbeitsabläufe eingreifen. Wie geht
44 man mit den Leuten um bei der Veränderung?

45 **IP09:** Das ist ein sehr gutes Thema. Also grundsätzlich ist es mal in jedem Veränderungsprojekt
46 finde ich so, dass man nicht warten kann, wir haben da immer so der nette Popcorn -
47 Vergleich, man kann nicht warten, bis das letzte Popcorn platzt und man muss damit rechnen,
48 dass es das eine oder andere gibt, dass nie platzen wird. Aber eben, indem wir gerade die
49 skeptischen Menschen mit in diese Workshops nehmen und versuchen, sie zu integrieren oder
50 eben auch sie aktiv fragen, wo sie ihre Ängste haben und viele Gespräche führen, dadurch
51 versucht man, die so gut wie möglich abzuholen.

52 **I:** Wichtig ist mal beim Lean Management, dass die Führungskraft überzeugt ist. wie geht man
53 als Führungskraft mit dem Konfliktpotenzial um? Weil es sind doch unterschiedliche
54 Hierarchieebenen, das ist ja gerade in dem Unternehmen, sind ja streng hierarchisch. Wie geht
55 man da vor, dass man alle ins Boot holt, dass man die Konfliktherde minimiert?

56 **IP09:** Naja, die Führungskräfte an sich weiß ich jetzt nicht. Also wir versuchen, als
57 Betriebsorganisation und auch gemeinsam mit dem Bereichsmanagement, also der Ing. X, der
58 ist bei uns eben da federführend Leankämpfer, muss man fast sagen. Also mit Information
59 einfach. Man versucht wirklich, die Leute gut zu informieren, schon vorab, bevor sie in die
60 Workshops kommen, ein Grundverständnis zu geben. Und wirklich Kommunikation und

61 reden, also das Gewohnte, dass so viel unter der Hand passiert, dass man das von vornherein
62 aufbricht und offen mit dem Thema umgeht. Und eben auch offen Ängste anspricht.

63 **I:** Würden Sie sagen, dass Lean Management kann das Betriebsklima jetzt beeinflussen?

64 **IP09:** Oh ja, extrem. Also wir haben die Erfahrungen schon gemacht, auf Lean Bettenstationen,
65 dass da ein ganz anderer Umgang miteinander ist. die haben selber von sich dann erzählt, im
66 Nachhinein, früher war immer so, wenn was passiert ist, ein Schuldzuweisen und jetzt ist es
67 ein gegenseitiges Verstehen und miteinander Problemlösen. Das ist nicht mehr der schwarze
68 Peter und man fühlt sich nicht mehr so angeschwärzt, wenn jemand was sagt. Sondern es gibt
69 Standards, eine super Basis, und man spricht oft über die Sache und das Emotionale, der
70 persönliche Angriff fällt total raus, deshalb haben wir schon als Rückmeldung bekommen, dass
71 es auch das Betriebsklima positiv beeinflussen kann

72 **I:** Wo und wie lässt sich Lean Management in der Betriebsorganisation umsetzen oder gerade
73 auf der Station? WO haben Sie konkrete Tools oder Prinzipien angewandt, wo Sie sagen, das
74 hat sich verbessert auch?

75 **IP09:** Also das Lean Management, die haben überhaupt so einen Instrumentenkoffer. Da
76 gibt's viele unterschiedliche Lösungen, die angeboten werden und wo man fast nicht die
77 Möglichkeit hat, eine wegzulassen. Weil sie stark ineinandergreifen, es wird viel mit Boards
78 gearbeitet, damit Informationen transparenter gemacht werden. Es wird viel mit
79 standardisierter Kommunikation gearbeitet, damit der Patient immer wieder informiert wird
80 und auch für die Mitarbeiter, damit sie wissen, was hat der Kollege vorher schon gefragt. Also
81 ich weiß nicht, wie konkret Sie das wissen möchten.

82 **I:** Ja, es gibt das Kaizen Board- das ist natürlich schon überall auf jeder Station implementiert
83 worden?

84 **IP09:** Es sind eigentlich alle Lean Instrumente auf jeder Station implementiert, aber Kaizen,
85 das ist kontinuierliche Verbesserung, das ist quasi der Kern des Lean, man will ja immer besser
86 werden. Es gibt den Tag X nicht, wo man fertig werden will. Und das erleichtert viel, man kann
87 viel ausprobieren und es ist nie der Tag gekommen, wo das Projekt fertig ist, sondern wenn
88 man draufkommt, dass etwas nicht funktioniert, kann man das wieder ändern. Jetzt
89 unabhängig auch vom Kaizen, sondern das Vorgehen ist ja so, dass man Sachen ausprobiert
90 vor Ort, dann analysiert, wo haben wir noch Verbesserungspotenzial und von dem lebt das
91 Ganze extrem.

- 92 **I:** Bei diesem Kaizen Board treffen aber die gesamten Berufsgruppen zusammen –
- 93 **IP09:** Genau, wir sind bestrebt, dass alle Berufsgruppen da zusammenfinden, es gibt auch
94 regelmäßig Kaizen Meetings, alle Berufsgruppen werden eingeladen, die Erfahrung zeigt aber,
95 dass es trotzdem sehr pflegelastig ist. es ist meistens in allen Bereichen die Pflege, die das
96 stützt.
- 97 **I:** Aber liegt das auch aufgrund der Hierarchie daran, dass sich die Berufsgruppen
98 untereinander noch schwer tun, auf Augenhöhe zu kommunizieren und vielleicht auch Kritik
99 an den anderen auszuüben, ist das aufgrund der Hierarchie?
- 100 **IP09:** Das weiß ich gar nicht so genau, also, es funktioniert z.B. wenn sei gemeinsam eine Visite
101 durchführen, die Pflege und die Ärzte und die Visite durchschauen und dann können sie über
102 den Visitenstandard und die Einhaltung sprechen. Da funktioniert die Visite schon auf
103 Augenhöhe. Aber ich glaube einfach, im Stationsbetrieb ist die Pflege das Um und Auf. Die
104 sind am meisten belastet, die haben am meisten Kontakt damit. Wenn das ein Chirurg ist, der
105 ist so viel im OP, der sieht das nicht, deswegen ist für ihn auch die Anzahl an Problemen, die
106 auftreten auf der Station, viel geringer.
- 107 **I:** Und wo erkennen Sie die Möglichkeiten in den Krankenanstalten, dass Lean Management
108 Ärzte und Pflegepersonal entlastet? Was sind die großen Kernpunkte? Dass mehr Zeit für den
109 Patienten übrigbleibt, ist es jetzt eher diese Bürokratie, der Schreibverkehr, ist es eher, die
110 ersparten Laufwege, bei denen man einfach die Struktur in den Lagerbeständen anordnet, ist
111 es in der Wäscheversorgung? Wo kann ich die Kernpunkte herausnehmen, wo ich wirklich das
112 Ärzte und das Pflegepersonal konkret entlaste?
- 113 **IP09:** Ja, ganz ehrlich, ganz ein großer Punkt sind Wartezeiten, wir warten so viel aufeinander,
114 also die unterschiedlichen Berufsgruppen. Die Ärzte sind noch bei einer Besprechung, die
115 Pflege wartet auf die Visite, dann kommen die Ärzte, die Pflege macht gerade was, der Arzt
116 wartet auf die Pflege. Also dadurch, dass ich einen fixen Tagesablauf habe, dadurch kann ich
117 ganz viel Zeit generieren. Und dann auch ebenso standardisierte Kommunikation, da komme
118 ich gar nichts ins Plaudern und Quatschen, sondern eben, da bin ich auch viel schneller und
119 effizienter, wenn ich wirklich einen Standard habe, was ich wann frage. Und was auch bei Lean
120 ist, man versucht, Unterbrechungen zu vermeiden, also während der Visite sollten Telefone
121 der Ärzte – bis auf eines, abgegeben und umgeleitet sein, dadurch vermeide ich Störungen,
122 daher bin ich bei der Visite schneller durch. Immer, ja, hallo, ich rufe zurück, ich bin bei der

123 Visite. Davon hat keiner was, der anruft, hat keine Information mehr, außer, dass er den Arzt
124 gestört hat.

125 I: Wir haben eine Lean Bettenstation. Wenn man jetzt sagt, man möchte einem Patienten Lean
126 erklären, wie würden Sie einem Patienten Lean erklären?

127 **IP09:** Einem Patienten? Naja, der Fokus liegt am Patienten, der Patient zuerst, der Patient soll
128 das bekommen, was er in dem Moment braucht, nicht mehr, nicht weniger. Das würde ich
129 mal sagen. Dass der Fokus auch auf den Mitarbeitern liegt, dass man versucht, die Mitarbeiter
130 mehr zu motivieren und dadurch auch im System zu halten. Weil das ist auch ein großes
131 Problem bei uns momentan. Dann eben Verschlinkung des Prozesses – ich würde eher sagen,
132 dass es das Vermeidung von Verschwendungen ist. dass ich eher möchte, dass der Arzt bei
133 ihm aktiv die Zeit hat oder auch für ihn Transparenz geschaffen wird. Eben gibt's z.B. die
134 Patientenboards, die neben den Betten hängen, wo für den Patienten wichtige Informationen
135 oben sind. Wenn der Patient aufgeregt war, nicht mehr weiß, wie der Arzt geheißen hat, dann
136 kann er das nachlesen, wenn er Fragen hat, kann er das auf dem Board vermerken. Dass man
137 da auch ein visuelles Kommunikationsmedium schafft für den Patienten.

138 I: Also würden Sie sagen, dass man schon den Aufenthalt für den Patienten wieder
139 menschlicher gestalten kann. dass er einfach das Gefühl hat, er ist besser informiert, er wird
140 regelmäßig auch besucht von der Pflegekraft, er kriegt regelmäßig Informationen, das ist
141 eigentlich der Kernpunkt von dem Ganzen. Dass der Patient das Gefühl hat, er wird nicht
142 übersehen und nicht vergessen.

143 **IP09:** Ja, dass wieder mehr mit dem Patienten als über den Patienten geredet wird, bei uns ist
144 das der Patientenfokus, wobei den Ärzten stößt das immer sauer auf, weil für sie ist der Patient
145 im Fokus. Das ist schon klar. Also wir tun ja alles, um dem Patienten das Bestmögliche zu
146 bieten. Aber halt, wie wir glauben, wie das ist, aber nicht aus seiner Sicht. Wir versuchen, das
147 System aus Sicht des Patienten zu betrachten und was braucht der wirklich.

148 I: Jetzt gibt's ja Studien, wo man erkennt oder wo erforscht worden ist, die Arbeit der
149 Pflegekraft von 100%, ist sie 30% mit Schreibarbeit beschäftigt und 40% mit Laufwegen und
150 die restlichen 30% ist sie am Patienten. Was haben Sie da schon implementiert, dass man ein
151 bisschen auch von der Schreibarbeit wekommt, und mehr Zeit für den Patienten aufbringt?

152 **IP09:** Naja, man versucht eben, diese Laufwege zu reduzieren. Wir haben auf der
153 Bettenstation sogenannte Pflegewägen. Da hat die Pflegeperson die wichtigsten Utensilien

154 bei sich und auch einen Laptop, wo sie eben Dokumentationen durchführen kann. das heißt,
155 sie spricht jetzt mit den Patienten, mag vielleicht ein wenig dokumentieren, aber, wenn man
156 das dem Patienten mitteilt, dass man jetzt ein Bezugspflegegespräch durchführt und das
157 gleich dokumentiert, dann kann das trotzdem zu ganz netten Gesprächen führen. Und das
158 schafft weitere Zeit und vermindert die Wege. Sie muss durch den Pflegewagen nicht wegen
159 einem Pflaster wo hinlaufen. Sie hat die Sachen mit oder so. also durch diese Dinge, da sind
160 so ganz kleine Sachen oft mal, die aber ganz viel bringen. Oder auch eben diese ganzen 5 S
161 Dinge. Sachen gut beschriftet, dass sie nicht ewig suchen müssen, dass auch stationsfremde
162 Personen, wenn eine neue Auszubildende auf die Station kommt, dass die durch diese
163 Standards und gute Markierung eigentlich schon viel besser alleine sogar im System was
164 findet. Und die Rückmeldung haben wir auch bekommen, eben von Schülerinnen und
165 Auszubildenden, dass das wirklich enorme Erleichterung bringt. Und durch das Lesen der
166 Standards wissen sie schon viel über die Station.

167 **I:** Es gibt daneben auch Standards im Behandlungspfad. Es gibt die Terminvergabe, der Patient
168 wird aufgenommen, er hat vielleicht eben die Diagnosenerstellung, die Therapie, bis hin zur
169 Entlassung. Das ist so das grobe Wertschöpfungskonzept einer Gesundheitseinrichtung. Wie
170 kann man sagen, kann Lean Management die Wertschöpfung noch ausbauen, für die
171 Zeitressourcen für den Patienten, wie kann das noch beeinflusst werden –

172 **IP09:** Naja, eigentlich damit, dass man den Patienten aufnimmt und sich schon Gedanken
173 darüber macht, mit der Aufnahme, wann man den entlässt und was man alles benötigt, dass
174 man ihn entlassen kann. also diese Planung im Vorfeld, wir haben jetzt auch vor Kurzem in
175 einem Workshop das Thema wieder gehabt, geplante Aufnahmen, da können wir schon am
176 Tag vor der Aufnahme sogar sagen, welche Untersuchungen braucht der Patient wann und
177 können sie dann im System anfordern, damit wir sie zeitnah bekommen. Wir sagen immer,
178 agieren statt reagieren. Durch Planung.

179 **I:** Was sind die häufigsten Schwierigkeiten oder Herausforderungen auf der Station, wo Sie
180 sagen, das ist Lean Management, das ist einfach schwieriger, das umzulegen auf Lean
181 Management oder wo sind die größten Schwierigkeiten aufgetaucht?

182 **IP09:** Die größten Schwierigkeiten sind sicher diese ganzen Nebenschauplätze, zum
183 Stationsalltag z.B. also eben diese ganzen Besprechungen. Also unser System, das ist ja
184 wirklich ein – wir organisieren uns ja die ganze Zeit nur selber. Und aus diesem ganzen

185 Besprechungsmodus auszubrechen und da eben für die Betroffenen die Zeiten
186 freizuschaukeln, damit sie die Arbeit machen können, das Entfrachten von den ganzen
187 Besprechungen, das ist die größte Herausforderung. Hauptsächlich bei Ärzten, aber durchaus
188 auch in der Pflege so.

189 **I:** Nochmal zurück zu den Standards, das habe ich vorher vergessen. Jetzt sind die Aufnahmen
190 und Behandlungen zum Teil sehr standardisiert, wie kann man da die Individualität des
191 Patienten bewahren? Jetzt haben wir zigtausende Patienten und jeder sollte die gleiche
192 Qualität bekommen. Aber geht da nicht die Individualität verloren?

193 **IP09:** Nein, also das ganz sicher nicht, weil es werden nur so Eckpunkte festgelegt, wir legen
194 ja keinen Standard fest für Blinddarmoperationen oder so, sondern nur ein grober Aufnahme-
195 und Entlassungsstandard. Eben, dass man – das ist egal, man kann immer noch auf die
196 Individualität des Patienten, das wird trotzdem berücksichtigt, man sagt nur, man schaut am
197 Tag vor der Aufnahme den Patienten an und überlegt, was könnte der brauchen, aufgrund
198 seiner Diagnose und geplanten Operation. Also ich glaube, dass da die Individualität des
199 Patienten gar nicht abhandenkommt. Sondern das berühren die Standards gar nicht. Das ist
200 eher der organisatorische Rahmen, den die Standards geben.

201 **I:** Wenn man sagt, man möchte als Krankenhaus Lean Management implementieren, wie geht
202 man vor? Gerade in Zeiten wie diesen mit der Corona Pandemie, dem Fachkräftemangel sehr
203 schwierig, zu sagen, man fängt jetzt auf einer Station an, die vielleicht eh schon personell am
204 Notstand ist, jetzt kommt man vielleicht noch mit einem Projekt daher, sagt, das setzen wir
205 auch noch um. Das wird nicht unbedingt für Applaus sorgen. Ist es vielleicht sinnvoller, wenn
206 ich in einer Ambulanz anfangen, oder wäre es für die kleineren Häuser eher, wo würden Sie das
207 vorschlagen?

208 **IP09:** Bei uns war grundsätzlich so, dass man irgendwie mal anfangen wollte, mit dem System
209 Lean Management, man hat eben den Start versucht in einer Ambulanz, ist draufgekommen,
210 dass es baulich noch viel braucht, um das machen zu können und hat sich dann für den Weg
211 von sogenannten Keimzellen entschieden und ist auf die Bettenstation gekommen. Weil die
212 das kompakteste System ist. eine Ambulanz, außer Spezialambulanzen, aber im Grunde, was
213 so Notfallbereiche abdecken muss, das ist viel schwerer planbar, als eine Bettenstation. Und
214 wir haben aktuell das Glück, das System Lean Bettenstation bei uns im Haus schon so einen
215 guten Ruf hat und es sich so viele anschauen und so viele haben möchten, dass das kein Thema

216 ist. also es ist eher so, dass wir als Abteilung nicht nachkommen, die Wünsche zu erfüllen. Weil
217 so viele das haben möchten. Und das ist aber auch total cool, dass wir im eigenen Haus schon
218 so Bettenstationen haben, die man als Prototypen herzeigen kann, wo die Leute das erleben
219 können und so. es ist selten jemand rausgekommen aus einer Lean Bettenstation und hat
220 gesagt, Wahnsinn, wie ruhig und geordnet das abläuft.

221 **I:** Im medizinischen Bereich, würden Sie auch vorschlagen, dass es jetzt in der Betriebsleitung,
222 oder im administrativen Bereich generell auch möglich wäre, Lean Management einzuführen?

223 **IP09:** Ja, sicher, man kann lean sicher in jedem Bereich einführen. Ich würde nur den Fokus
224 aktuell im klinischen Bereich halten, weil wir dort unsere Probleme haben aktuell. Und würde
225 schauen, dass wir auch die anderen Stationen, OP und Ambulanz lean machen kann. da hat
226 man eh genug zu tun. Aber die Verwaltung kann man auch lean gestalten. Ich glaube, dass der
227 Schuh nur aktuell nicht so drückt.

228 **I:** Aber wäre es sinnvoll, wenn man gerade überlastet Pflegepersonal hat, man fängt mal im
229 kaufmännischen Bereich an, dann kann sich das jemand anschauen, - sehen Sie da
230 Möglichkeiten?

231 **IP09:** Ich würde es eher im klinischen Bereich, wo auch immer, einführen versuchen. Weil man
232 den Mehrwert einfach leichter erkennen kann. also ich glaube, dass sich Stationsmitarbeiter
233 schwer tun, wenn sie jetzt in den Einkauf kommen und dort ihnen wer erzählt, schaut, das
234 Lager haben wir super optimiert, das ist alles lean und wir haben da, weiß nicht, die ganzen
235 entsprechenden Kärtchen. Das geht alles automatisiert. Also das sind alles nicht die Themen,
236 die die Leute dann vor Ort haben. deshalb würde ich fast eher, wenn ich im Haus nichts habe,
237 mir ein externes Haus suchen und es mir dort anschauen und dort mit den Leuten reden.

238 **I:** Jetzt haben Sie vorher schon die Vermeidung von Verschwendung angesprochen. Jetzt –
239 Krankenhaus hat relativ hohe Lagerbestände und das Lean Management geht eher davon aus,
240 dass man die niedrig halten sollte, kurze Durchlaufzeiten. Wie lässt sich der Gegensatz
241 vereinen? Wir haben selbst durch die Pandemie lernen müssen, dass wir zum Teil unsere
242 Lagerbestände besser auffüllen müssen. Aufgrund der Lieferschwierigkeiten, jetzt ist aber
243 Lean genau das Gegenteil. Wie kann man sich da auf, wie kann man das kombinieren, dass
244 man nicht zu hohe Lagerbestände hat, aber nicht in die Problematik kommt, dass man
245 vielleicht dann zu wenig hat?

246 **IP09:** ich muss gestehen, unser Fokus liegt nicht auf den Lagerbeständen. Wir haben so viele
247 andere Probleme, wo wir viel leichter und spürbarer was für das Personal machen können.
248 Wir schauen uns natürlich die Lagerbestände an, besprechen das, schauen die
249 Umschlagshäufigkeit und dergleichen an, aufgrund von den Dingen kann man schon dann
250 auch Lager reduzieren oder zumindest auf Stationen, dass sie zwei Wäschelager haben, dass
251 sie von einem ins andere räumen oder so, dass man eher sowas aufzeigt, aber nicht, ob da 2
252 Schachteln oder 5 sind, das macht es dann nicht aus.

253 **I:** Wie lässt sich aber die Verschwendung besonders gut vermeiden, oder wo sagen Sie, kann
254 man am meisten Verschwendung vermeiden auf der Lean Bettenstation?

255 **IP09:** Ich würde eben sagen, einerseits bei den Wartezeiten, also das aufeinander warten, den
256 Patienten warten lassen usw. und die Wege. Diese beiden Dinge sind schon wirklich die
257 Schwerpunkte.

258 **I:** Und mit Wäsche-, Speiseversorgung, Material, hat man da auch Erkenntnisse?

259 **IP09:** Das haben wir ehrlich gesagt noch nicht so genau angeschaut derweil. Beim Essen ist die
260 Vorgabe, das darf man sowieso nicht verschwenderisch bestellen. Wäsche haben wir schon
261 immer wieder das Thema. Aber ich glaube nicht, dass es da um große Summen geht, die man
262 da vermieden kann. aber es wird schon angeschaut und dann angepasst.

263 **I:** Im lean Management geht's ja darum, dass man von einer positiven Fehlerkultur profitiert.
264 Jetzt ist aber so, im Krankenhaus ist das mit der Fehlerkultur immer ein bisschen schwierig.
265 Wir haben das CIRS, wo man sagt, man kann Dinge aufzeigen, aber wir wissen alle, dass
266 Menschen sehr schwer mit Fehlern umgehen und das nicht gerne öffentlich zugeben. Wie geht
267 man da konstruktiv um damit, dass sich niemand angegriffen fühlt, aber dass man offen
268 darüber sprechen kann, dass man es zukünftig vermeiden kann?

269 **IP09:** Grundsätzlich habe ich die Erfahrung – wir haben unsere Lean Bettenstationen auch
270 immer, so Einzelinterviews mit Personen, da ist das immer auch eine Frage. Und die
271 Organisationen selbst sehen das gar nicht so. also auch schon vor lean Bettenstationen haben
272 sie immer behauptet, dass sie das gut können. Über die Sache sprechen und dass es das Schuld
273 zuweisen bei ihnen nicht gibt, sondern dass sie quasi Probleme lösen, weil es um den
274 Patienten geht. Die Erfahrung zeigt, dass es das natürlich schon trotzdem gibt. Also was ich
275 vorher auch gesagt habe, das persönlich angegriffen werden und dergleichen. Erstens ist es
276 ein Thema immer in unseren Workshops, dass Fehler „gut“ sind, der beste Weg sind, was zu

277 lernen, und eben durch die Standards man eine ganz andere Form der Kommunikation schafft.
278 Also man redet dann anders über Dinge, man kann dann auch „Fehler“, man braucht sie gar
279 nicht eingestehen. Sondern es heißt, es ist nicht nach Standard passiert. Der, der das nicht
280 nach Standard hat ablaufen lassen, der weiß es dann. Aber es ist vom Gefühl her keine
281 Beschuldigung mehr. Es ist eine andere Art, wie sie miteinander reden.

282 **I:** es ist sozusagen ein gewisser Respekt einfach. Man ist froh, wenn man das aufzeigt und
283 bespricht, aber nicht der persönliche –

284 **IP09:** Genau, dieser persönliche Angriff fällt mehr oder weniger weg und die Sache rückt in
285 den Vordergrund und nicht die Person, die es gemacht hat. Es geht nicht mehr darum, wer hat
286 was gemacht, sondern wie ist was passiert.

287 **I:** Sie haben vorher schon davon gesprochen, in der Ambulanz hat man es nicht eingeführt
288 aufgrund der baulichen Struktur. Würden Sie sagen, dass Lean Management in älteren
289 Strukturen schwieriger einzuführen ist?

290 **IP09:** Gewisse Dinge sind schon, wenn man es neu bauen kann, würde man sie ganz anders
291 gestalten, als sie jetzt bei uns z.B. sind. Wir haben ganz viele lange Gänge. Wir haben eine
292 schon lean Bettenstation, wo wir eben einen Monstergang haben, der schmal ist und alles
293 Mögliche. Also es erschwert schon, aber macht es nicht unmöglich. Man muss es nur
294 entsprechend einteilen, sich das gut überlegen, wie das funktionieren kann, wer wie so
295 arbeitet, aber es ist eine Erleichterung, wenn man neu bauen kann.

296 **I:** Wie groß würden Sie sagen, ist der finanzielle Aufwand, um Lean einzuführen, man braucht
297 vorab wahrscheinlich mal mehr Mittel, weil viele gehen davon aus, bei der Verschlinkung von
298 Prozessen gibt's auch Ersparnisse. Aber würden Sie sagen, dass es gerade am Anfang bei der
299 Implementierung vielleicht ein gewisser Kostenfaktor ist, wo es dann teurer wird?

300 **IP09:** Also ich würde sagen, dass Lean Bettenstationen nicht extrem teuer sind. Also, wenn
301 man einen externen Berater braucht, dann ja, dann hat man die Beraterkosten. Wenn man
302 das intern, wie bei uns inzwischen, machen kann, sicher, unsere Wo-Men-Power braucht man
303 schon als Unterstützung und Personen, die im Projekt arbeiten. Aber rundherum. Man braucht
304 ein paar Boards, vielleicht einen Pflege- und Visitenwagen, aber das sind keine Unsummen an
305 Kosten und das sind Dinge, wenn man elektronische Fieberkurve einführt, braucht man auch
306 Teile dafür. Ich würde nicht sagen, dass das so enorm hohe Kosten verursacht. Wir haben in
307 unsren Projekten immer so 7-8000 Euro. Das finde ich nicht so schlimm.

308 **I:** Sie haben angesprochen, dass man Experten hinzuzieht, sagen Sie, dass das sinnvoll und
309 notwendig ist, dass man schon von außen objektive Personen hinzufügt, weil das
310 wahrscheinlich im Team auch schwierig ist, weil ohne Literaturrecherche das Wissen fehlt,
311 also ohne Experten ein Lean einzuführen, ist das überhaupt machbar?

312 **IP09:** Sie meinen, dass die Organisation das alleine macht.

313 **I:** Sagen wir, ein Krankenhaus am Land, das mit Lean noch nichts zu tun gehabt hat, das möchte
314 das einführen, dass es anhand nur von Literaturrecherche der Führungskräfte, ist es
315 wahrscheinlich schwer einzuführen, ohne Experten, ohne einen, der objektiv zur Seite steht?

316 **IP09:** Also ich glaube, dass es sehr schwierig sein kann, ja. Sich – also das einfach nur mal zu
317 probieren, vor allem, weil es auch das Risiko in sich birgt, dass man es mit dem 1. Erledigt hat,
318 weil man wahrscheinlich Fehler macht, die einer, der es schon öfter macht, nicht macht. Aber
319 das ist bei jedem Change Projekt so, dass man oft schon viel – also irgendwo mal ein Wissen
320 herbraucht oder eine Erfahrung. Und was ich unbedingt tun würde, mir solche Systeme mal
321 anschauen. Wie sie funktionieren. Damit ich das selber erlebt habe. Und wahrscheinlich beim
322 1. Mal würde ich schon wen holen, der mir zeigt, wie er das machen würde.

323 **I:** Glauben Sie, wenn man niemanden hinzuzieht und das mit eigener Kraft versucht, kann man
324 da vieles falsch machen. Kann das gefährlich werden, Lean einzuführen mit dem halben
325 Wissen? Und auch, ja, nicht mit der Sicherheit. Kann das auch Nachteile mit sich bringen, wenn
326 man jetzt sagt, okay, man macht das selber und das hat dann nicht Hand und Fuß?

327 **IP09:** Ja, ganz sicher, also ich glaube, wenn man das haben möchte, dann muss die erste Zelle,
328 die man macht, die muss so sein, dass es für die anderen attraktiv ist, und wenn man das nicht
329 mit dem besten Background macht, dann ist die Gefahr immer gegeben, dass es scheitert oder
330 nicht so gut angenommen wird. Und ja, eben, es kommt wahrscheinlich auch immer auf das
331 Team an. Also die Station z.B. wie offen die sind, wie viel die erlauben. Also wie nachsichtig
332 die sind. Da gibt's auch unterschiedliche Personen, da gibt's welche, für die ist man ein
333 gefundenes Fressen, wenn man es falsch macht, es gibt welche, die Verständnis haben und
334 Freude, das gemeinsam neu zu entwickeln. Da kommt viel darauf an, wen man gegenüber hat.
335 Aber grundsätzlich glaube ich schon, dass man viel kaputt machen kann, wenn man es nicht
336 gescheit macht beim 1. Mal.

337 **I:** jetzt haben wir den Pflegefachkräftemangel allgegenwärtig, seit Jahren eh schon bekannt,
338 durch Corona hat es sich nochmal erschwert und vertieft. Würden Sie sagen, dass mit Lean

339 Management aufgrund der Prozessoptimierung, dass man das ein bisschen kompensieren
340 kann für die nächsten Jahre, dass man sagt, okay, man kommt mit dem wenigen Personal aus.
341 Weil ich eine gute Struktur habe, kann uns das ein bisschen retten vor dem ganzen Desaster,
342 dass wir zu wenig Pflegefachkräfte haben?

343 **IP09:** Ich glaube, das Desaster, also die Prozesse, die verschlanken und die mehr Zeit für den
344 Patientinnen und die tatsächlich notwendige Arbeit bringen, da kann viel was dazu beitragen.
345 Aber ich würde den Hauptfokus, gerade aufs Personal bezogen, darin sehen, dass ich meinen
346 Mitarbeitern mehr Motivation gebe und das Gefühl gebe, dass sie mehr entscheiden können
347 und ich sie damit mehr bei mir behalte. Weil ich glaube, unser größeres Problem ist, dass wir
348 wahrscheinlich, wir hätten wahrscheinlich schon Leute, aber wir haben wahrscheinlich zu
349 wenige, die bei uns arbeiten möchten. Also ich glaube eher, die Flucht aus dem Krankenhaus,
350 die muss man versuchen, zu verhindern. Und sagen tun Pflegekräfte schon, wenn wir mit
351 ihnen so sprechen, dass es für sie attraktiv ist, auf einer Lean Bettenstation zu arbeiten. Und
352 auch vom ärztlichen Bereich zum Teil ist es so. das sind auch Dinge, die jetzt gerade ein
353 bisschen hipp sind.

354 **I:** Also, der Konsens ist, man kann mit Lean Management den Arbeitsplatz, das Krankenhaus
355 wieder attraktiver gestalten.

356 **IP09:** Genau.

357 **I:** Gerne zu uns kommen und dann aber auch gerne bleiben, dass die Fluktuation vermieden
358 wird.

359 **IP09:** Genau, das wäre so mein Zugang eher. Und ich glaube ganz ehrlich, das Verschlanken
360 der Prozesse und diese Themen, die zu sehr in den Fokus zu stellen, die verschreckt uns unser
361 Personal und auch den Patienten. Also, das ist ein ganz positives Abfallprodukt, aber ich würde
362 das nicht immer so in den Fokus stellen. Ich würde eher den Patienten, also, dass der Patient
363 im Fokus sein soll, auch die Mitarbeitenden wichtig sind und die zufrieden sein müssen. Diese
364 Dinge würde ich bei Lean mehr in den Fokus stellen als die Verschlinkung des Prozesses. Das
365 ist schon auch wichtig, aber zum Verkaufen ist das andere besser.

366 **I:** Lean steht für Effizienz und die Wirtschaftlichkeit, aber es ist gerade in einem Krankenhaus
367 eher der ethische Aspekt wichtig

368 **IP09:** Genau.

369 **I:** jetzt gibt's ja viele Tools, viele Werkzeuge für Lean und viele glauben, wenn sie nur kleinste
370 Prozesse verändern, ist das schon automatisch lean. Können Sie sagen, das lässt sich
371 abgrenzen, wo fängt lean an und wo hört es auf? Es ist nicht automatisch alles lean, was ich
372 jetzt verbessere –

373 **IP09:** Wir haben erst vor Kurzem darüber gesprochen im Team und da ist das auch gekommen,
374 nur, weil wir Boards aufhängen und gewisse Sachen erzählen, sind wir noch nicht lean. Ich
375 finde, das Kernelement ist wirklich das KVP Und dass dieses auch in den Köpfen der
376 Betroffenen ist, dass man immer schaut, was kann ich besser machen. Das ist für mich das
377 Kernelement von Lean. Das kann am Anfang in kleinen Schritten nur sein. Also das braucht
378 einfach, bis das in die Gänge kommt und bis es in den Köpfen manifestiert ist und dann kann
379 man sagen, dass man Lean denkt und eine Lean Einheit ist oder so.

380 **I:** Es ist eine Philosophie.

381 **IP09:** Ja, genau, es ist kein Management System, also es ist wirklich eine Philosophie und es
382 gibt keinen Endzustand, man macht sich auf eine Reise, aber das ist eine ohne tatsächliches
383 Ziel. Da gibt's kein Ende davon. So grob zusammengefasst ist für mich Lean wirklich
384 Hausverstand und Konsequenz. Die 2 Dinge, wenn man die vereint, dann ist schon ganz viel
385 lean. Das ist aber ein bisschen verloren gegangen einfach.

386 **I:** Jetzt haben Sie vorher schon die elektronische Fieberkurve angesprochen. Wir haben auch
387 den Trend in den nächsten Jahren immer mehr Digitalisierung. Wie lässt sich das jetzt
388 kombinieren und wenn man beides einführt, ist das viel. Wie geht man vor, was wäre wichtig,
389 was zuerst da wäre oder wie macht man das, wenn man es zeitgleich einführen muss?

390 **IP09:** Naja, der Vorteil bei zeitgleich ist, dass man bei beiden Systemen die Prozesse erheben
391 muss, anschauen muss, wie es läuft, was man verändern möchte. Und wenn man die
392 Fieberkurve schon hat, ist es ein Vorteil, weil man viel Dokumentation, die einen Großteil der
393 Zeit bindet, die kann man schon digital machen und direkt beim Patienten. Wir haben eine
394 Bettenstation lean gemacht, die schon EFK hatte, das war nicht so schlecht. Wir haben dort
395 die Situation, dass 2, 3 Ärzte bei der Visite sind, die jeder eine Rolle haben. einer spricht mit
396 dem Patienten und einer dokumentiert im System. Da hat man viel parallel abarbeiten
397 können, spart Zeit. Also die digitalen Unterstützungsmedien, die sind schon cool, auch für
398 lean. Wenn es unbedingt notwendig ist, es zeitgleich zu machen – also wir haben es noch nie

- 399 zeitgleich gemacht, aber ich kann mir schon vorstellen, dass das auch zeitgleich funktioniert.
400 Man muss sich gut anschauen, wo die Überschneidungen sind, wo man sich wieder trennt.
- 401 **I:** Ja, gibt's auch Trends im Bereich Lean Management? Gibt's da immer wieder neue
402 Erkenntnisse, wo man sagt, es gibt einen gewissen Trend dahingehend?
- 403 **IP09:** Keine Ahnung, ehrlich gesagt. Ich bin kein Lean Guru, nein, weiß ich nicht.
- 404 **I:** Wie sehen Sie die Entwicklung in den nächsten Jahren, also glauben Sie, dass das
405 Gesundheitswesen mehr auf Lean aufspringt, sehen Sie da schon Tendenzen, dass es immer
406 mehr Krankenhäuser gibt, die darüber nachdenken?
- 407 **IP09:** Ja, man kriegt schon mit, im deutschsprachigen Raum, dass es sich schon mehr
408 verbreitet. Ich hoffe, dass es bei uns im Haus jetzt beibehalten wird, ich bin aber guter Dinge,
409 weil unser neuer Vorstand ist auch dem Ganzen nicht abgeneigt. Der hat auch bei den DHPs
410 schon in diese Richtung gearbeitet. Ich glaube schon, dass es in die Richtung weitergeht.
- 411 **I:** USA und die Schweiz sind ja prinzipiell Vorreiter schon, also wären das auch die großen
412 Vorbilder für unser Land, dass man sagt, man möchte das generell im Gesundheitswesen
413 einführen.
- 414 **IP09:** Ich würde das schlau finden, wenn man mit betroffenen Personen spricht, wenn
415 Patienten in einem Krankenhaus sind, wenn die dann im Bett liegen und sich vorkommen, als
416 wären die da störend und die reden über sie und nicht mit ihnen, solche Dinge. Das ist nicht
417 das Krankenhaus, das ich mir wünschen würde für uns, sondern, wenn ich eine Lean
418 Bettenstation anschau, dann gefällt mir das viel besser. Aber ob das lean Bettenstation
419 heißen muss, weiß ich nicht. Wenn man nur Dinge übernimmt, dann ist das schon sehr positiv.
- 420 **I:** Was wäre aus Ihrer Sicht noch wichtig, was ich vielleicht nicht erwähnt habe?
- 421 **IP09:** Naja, dass es zwei Möglichkeiten gibt, Lean in ein Krankenhaus zu bringen, entweder die
422 Holzhackermethode, man haut es überall drüber. Oder man macht es so, wie wir es versucht
423 haben, dass man einen Bereich sucht und den dann halt kontinuierlich ausbaut. Keine Ahnung,
424 ob man sich auf eine Klinik konzentriert, die zur Gänze lean macht oder einen Fachbereich
425 oder eben lauter Stationen, Ambulanzen, also wie man das dann hinbringt, das muss man sich
426 auch überlegen.

427 **I:** Das ist wahrscheinlich leichter, wenn man sagt, man baut ein Klinikum neu, dann kann ich
428 in der Architektur schon viel machen, auf lean ausgerichtet, aber die Holzhackermethode, wie
429 Sie schon gesagt haben, haben sie da schon Erfahrungen gemacht mit Häusern?

430 **IP09:** Nein, es wäre mir noch nie so vorgekommen und was bei Lean ist, dass man sich Zeit
431 nehmen muss und dass man eben glaube ich nicht, also bei uns in Österreich ist halt der große
432 Vorteil, wir brauchen nicht unbedingt den wirtschaftlichen Aspekt in den Vordergrund kehren,
433 in Amerika ist es ganz was anderes. Also da sind ja Häuser lean geworden, die quasi dem
434 Bankrott nahe waren, damit sie eben wirtschaftlicher wieder sind, das ist bei uns Gott sei Dank
435 nicht die Notwendigkeit.

436 **I:** aber ist es deshalb, dass es bei uns länger dauert, weil es nicht so notwendig wäre von der
437 Wirtschaftlichkeit, dass es deshalb länger dauert bis es ankommt in Österreich?

438 **IP09:** Ja, also das weiß ich nicht, ich glaube, überhaupt, unser System ist langsam und träge
439 und was lean angeht, das aber schon eine Zeit braucht. Also gerade, da muss man schon auch
440 dem System die Zeit geben, glaube ich. Und wir kennen eben nur die Lean Bettenstation als
441 wirklich in Betrieb gegangenes System und da muss man wirklich längerfristig immer am
442 Arbeiten sein. Und man darf nach dem Projekt, das wir haben, wo man quasi live geht mit der
443 lean Station, heute ist der Tag X, alles davor ist Geschichte, da muss man den Bereich
444 entsprechend unterstützen und immer wieder von außen Hilfestellungen geben.

445 **I:** Ist da wirklich, dass eben Mitarbeiter in das alte Schema zurückkippen, wenn man so alleine
446 loslässt. Das ist -

447 **IP09:** Klar, das ist eine ganz große Gefahr, deshalb habe ich auch gesagt, die Stationsleitung ist
448 so eine wichtige Leitung, die muss wirklich wie eine Kindergartentante fungieren. Die muss
449 wirklich reden, reden, reden und immer dahinter sein. Die muss wirklich an dem System
450 arbeiten. Weil wir sind alle Menschen und das ist jetzt eh – zu Neujahr, man hat super Vorsätze
451 und nach 2 Wochen kippt man wieder zurück in das alte Muster. Das ist ganz normal. Da
452 braucht es schon jemanden, der das System treibt.

453 **I:** Was auch wichtig ist, dass die Fluktuation nicht ist, weil, wenn ich mit immer wieder neuen
454 Mitarbeitern zu tun habe und die involvieren muss, das ist dann auch schwierig, wenn da ein
455 rascher Wechsel stattfindet?

456 **IP09:** Ich weiß gar nicht, ich glaube, dass neue Mitarbeiter sich sogar leichter tun, alte tun sich
457 schwerer, aus dem alten System auszubrechen. Aber neuer, der kommt auf die Station, da ist
458 das so vorgegeben, der kommt gar nicht in ein anderes Denken. Ich glaube, für neue
459 Mitarbeiter ist das Lean sogar ein Vorteil, weil man viele Dinge hat, wo man sich anhalten kann
460 und man denkt dann gleich automatisch so. ich kenne neue Mitarbeiterinnen, die da
461 reingekommen sind, die können sich nicht vorstellen, dass das anders war, weil sie es nicht
462 anders kennen.

463 **I:** Hat sich Ihr Arbeitsalltag auch verändert durch Lean, für Sie persönlich?

464 **IP09:** Ja, schon, es hat sich sogar mein Privatleben geändert durch Lean. Bei uns zuhause gibt's
465 sogar ein kleines Familienwochenhuddle Board, wir haben sogar zuhause schon Sachen, die
466 wir eben aufschreiben. Kerninformationen und so. ich habe 2 Kinder und beim Sortieren der
467 Spielsachen, da werden Lean Prinzipien angewendet, aber nur, weil es eine Erleichterung
468 bringt. Weil ich das Gefühl habe, dass es Dinge einfacher macht.

469 **I:** Okay. Ja. Meine Fragen sind beantwortet, wenn Sie noch Vorschläge haben oder wenn Ihnen
470 noch etwas wichtig ist, bitte gerne.

471 **IP09:** Nein, aber das Einzige, dass man auch im Nachhinein als quasi Externer coacht und
472 schaut, ob das System funktioniert. Schauen wie die Instrumente umgesetzt werden, damit
473 halt nicht nur die Stationsleitung oder der dort Verantwortliche immer was sagen muss.
474 sondern dass auch der Blick von außen kommt und man immer wieder auf die neu
475 entwickelten Standards hingewiesen wird. Damit sie irgendwann in Fleisch und Blut
476 übergehen.

477 **I:** Ich bedanke mich sehr für das ausführliche Interview.

478 **IP09:** Alles Gute für Ihre Arbeit.

479 **I:** Danke schön, ich wünsche auch weiterhin alles Gute bei der Implementierung der nächsten
480 Stationen. Vielen herzlichen Dank.

481 **IP09:** Okay, gut, danke schön.

482 **I:** Wiederhören.

1 **10.Interview vom 20.01.2022 12:06 Uhr bis 13:10 Uhr Online**

2 **I:** Meine 1. Frage ist eigentlich, was unterscheidet Lean Management von anderen
3 herkömmlichen Managementmethoden? Wir haben das 3 Säulen Management mit der
4 Pflegedirektion, der ärztlichen Direktion und der Betriebsdirektion, was macht Lean
5 Management jetzt anders als das herkömmliche?

6 **IP10:** Ja, Lean sagt ja, dass die Mitarbeiter das Wichtigste sind, weil die die Wertschöpfung
7 bringen und drehen die Pyramide um. Das heißt, die Basismitarbeiter müssen so befähigt
8 werden, müssen alle Ressourcen haben, dass sie den Tagesablauf gut selber meistern und alle
9 Fragen klären können und die Standardgeschichten machen sie selber. Nur bei offenen Fragen
10 kommen eben Fragen an die Stationsleitung, wenn die das nicht lösen kann, dann geht's an
11 die Pflegeleitung. Das heißt, die Pyramide ist bei lean umgedreht, nicht wie sonst an oberster
12 Spitze Vorstand, Direktion usw., sondern die dreht das um und sagt, bitte, liebe Mitarbeiter,
13 das ist das, wir befähigen die Mitarbeiter so und die lösen alle Dinge, die das Tagesgeschäft
14 sind, in 24 Stunden.

15 **I:** jetzt ist aber Lean Management in Krankenanstalten in Österreich weitgehend unbekannt,
16 jetzt wird dem auch noch sehr viel Skepsis entgegengebracht, warum ist das so in Österreich?
17 In Amerika und in der Schweiz ist es doch schon sehr weit vorangeschritten, in Österreich hakt
18 es dann noch etwas?

19 **IP10:** Naja, ich glaube, wenn man das Lean einmal kennengelernt hat und von außen
20 betrachtet klingt das wunderbar. Ich glaube schon, nachdem ich 2 Jahre schon arbeite damit
21 und mich vorher schon damit beschäftigt habe, Lean, wenn man Lean umsetzt, hat es schon
22 mit Disziplin zu tun, sich an Regeln zu halten. Um das so zu tun, wie wir es gemeinsam
23 festgelegt haben und ich glaube, Österreicher tun sich vielleicht ein bisschen schwer und jetzt
24 vielleicht sage ich da auch noch was Anderes. Weil Lean sagt auch, wir als ganzes Team und
25 zwar interprofessionelles Team und wir können nur arbeiten, wenn wir alles ins Boot holen,
26 bis zu der Führung und den Ärzten und jetzt sage ich vielleicht was Unangenehmes, aber ich
27 glaube, es tun sich vor allem Ärzte sehr schwer, in unserem Gesundheitssystem sich an diese
28 Dinge zu halten. An Disziplin, wir starten immer gleich, halten uns an die Regeln und wir
29 machen es alle gleich.

30 **I:** jetzt sind Sie Stationsleitung von der Kinderchirurgie, wie würden Sie jetzt den Eltern Ihrer
31 Patienten Lean Management erklären?

32 **IP10:** Liebe Eltern, wir haben jetzt ein Management System, das in erster Linie um Sie geht,
33 um Ihr Kind und um Sie als Begleitperson. Es heißt, wir wollen Sie so betreuen, dass die
34 Leistungen zu Ihnen kommen. Wir werden uns bemühen, dass wir alles so rasch wie möglich
35 eben auch umsetzen, dass Sie äußerst gut informiert sind. Sie werden über alle
36 Untersuchungen informiert, aber auch, wann Sie wieder nach Hause gehen dürfen. Und es ist
37 auch standardisiert, das heißt, es werden immer die gleichen Fragen, die gleichen
38 Informationen an Sie gestellt und bitte, hier haben Sie ein persönliches Patientenboard, das
39 gehört nur Ihnen und Sie wissen, wer Ihr Kind heute betreut, Sie können bitte dieses Feld für
40 Fragen benützen.

41 **I:** Würden Sie sagen, dass man durch Lean Management das Krankenhaus etwas menschlicher
42 gestalten kann, es dadurch mehr Transparenz herrscht, dadurch der Patient mehr einbezogen
43 wird, ist es dadurch auch mehr familiärer?

44 **IP10:** Also ich würde sagen, wenn es menschelt, das kommt in erster Linie aus Menschen an,
45 ich glaube, dass man auch im normalen Betrieb menschlich sein kann. aber Lean macht
46 natürlich schon aus, dass die Patientenorientierung im Fokus steht, mit vielen eben Tools, die
47 man da hat, es müssen sich alle daran halten. Das heißt, es muss gelebt werden, dass man sich
48 alle Prozesse rund um den Patienten orientiert, aus Sicht des Patienten. Deswegen wird es
49 menschlicher. Wenn man dann beim Gehen sieht, dass ein Patient schon 3 Stunden auf die
50 Aufnahme wartet, dann ist zu überlegen, wie könnte man das abkürzen. Die
51 Patientenorientierung wird für mich nochmal einen Schritt näher an das, wie es sein sollte,
52 meiner Meinung nach, ob es dann mehr menschlicher wird – ich glaube, die Fragen oder Tools,
53 die man abarbeitet, hängen da wieder von Menschen ab. Dass manche es herzlicher
54 rüberbringen und manche sachlicher, das wird immer bleiben. Aber es macht vor allem eins,
55 dass es Strukturen gibt, die klar sind und zwar für alle Mitarbeiter und auch für Patienten.

56 **I:** jetzt haben Sie schon von Tools und Methoden gesprochen, können Sie mir da welche
57 nennen, die sich besonders bewährt haben auf der Station?

58 **IP10:** Ich würde sagen in der Früh ein Morgenhuddle, wo man in der Früh zwischen 3 und 5
59 Minuten das gesamte Team der Station auf dieses was ist heute unser Tag, was wird uns
60 erwarten, einstellt. Wo sich – wo man schaut, was könnte uns heute vielleicht Schwierigkeiten
61 bereiten, in 3 Minuten schaffen wir es, alle Teammitglieder der Station auf den heutigen Stand
62 zu bringen. Danach ist wichtig, dass wir sagen, Lean Bettenstation betrifft zu 80% wirklich die

63 Pflege. Und das heißt, dass eben die Pflegemitarbeiter, jede einen Pflegewagen hat, sie geht
64 in jedes Zimmer mit einem Pflegewagen mit EDV, mit der Kurve, just in time, erledige die
65 Arbeit sofort. Es wird in der Früh noch die Standardfragen, sprich, das ist nicht ein Abarbeiten
66 von einem Fragekatalog, das machen die Mitarbeiter in einem ganz normalen Gespräch. Ich
67 würde sagen, die Pflegekraft steuert das Gespräch, wo sie alle Informationen, dem Patienten
68 den Tagesplan durchgeht, sie stellt sich vor, in diesem Gespräch füllt sie auch das
69 Patientenboard wieder. Wer ist zuständig, es wird auch in diesem Gespräch ein Pflegeziel
70 festgelegt für diesen Tag. Gemeinsam im Gespräch mit dem Patienten, bei uns eben mit der
71 Begleitperson. Die Pflegekraft ist informiert, wenn es wirklich dann wieder zur Visite geht.
72 Während – man trifft sich in regelmäßigen Abständen beim Flow Board, Flow Station und das
73 ist auch so ein Element, wo alle Mitglieder des Pflegeteams abgebildet sind und sich auch
74 zwischen 3 und 5 Minuten immer die nächste Stunde oder nächsten 2 Stunden einteilt,
75 bespricht. Abgebildet und visualisiert mit Magneten und das macht für mich eines in so einem
76 Team, es wird jeder Teamteilnehmer sichtbar und bekommt eine Stimme. Es ist jeder gleich
77 wichtig und wie können wir uns denn da besser gestalten und strukturieren.

78 **I:** jetzt haben Sie gesprochen von diesen Standards, man muss diese auch diszipliniert
79 einhalten. Jetzt haben zigtausende Patienten im Jahr und jeder sollte die gleiche Aufnahme
80 haben. wie kann ich das machen, dass aber die Individualität des Patienten behalten wird, weil
81 nicht jeder Patient das gleiche Aufnahmevermögen hat oder gleich auf den Behandlungspfad
82 reagiert?

83 **IP10:** ich glaube, dass wir beim Implementieren auch nochmal ganz genau darauf geachtet
84 haben, wann bekommt der Patient welche Information. Ich glaube, das ist auch nochmal ein
85 wesentlicher Teil, dass man Dinge weggibt, sonst sagt jeder das gleiche nochmal, da sind wir
86 dann draufgekommen beim Arbeiten, dass so viele Dinge doppelt gemoppelt werden. Wir
87 haben für viele Dinge aber noch keine Lösung gefunden, z.B. man braucht nur drauf achten,
88 wie oft ein Patient bei der Aufnahme nach dem Stuhl gefragt wird. Das ist eine Frage, die
89 kommt so oft vor, wir haben gedacht, kann man das Assessment der Pflege mit der des Arztes
90 nicht EDV mäßig verbinden. Derzeit nicht möglich, aber diese Dinge müssen irgendwann auch
91 aufgearbeitet werden. Und deswegen muss man drauf achten, dass man immer wieder genau
92 schaut, welche Information braucht der Patient und das steht auch von ärztlicher Sicht, was
93 muss er machen beim Gespräch usw. deswegen glaube ich, wird weniger vergessen und ganz
94 genau beleuchtet, welche Info braucht er wirklich.

95 **I:** Jetzt haben wir gesagt, die Wertschöpfung im Krankenhaus fängt an mit der Terminvergabe,
96 Aufnahme, der Diagnosestellung, der Entlassung, wie kann man die Wertschöpfungskette ein
97 bisschen ausdehnen durch Lean Management? Ist es die Zeitressource, die der Patient mehr
98 hat, ist es die Information, die er mehr bekommt. Dass er mehr wahrgenommen wird, wie
99 sehr beeinflusst Lean Management diese Wertschöpfungskette?

100 **IP10:** Ich kann z.B. durch Rückmeldungen von Begleitpersonen, nach der Umsetzung von Lean,
101 habe ich z.B. gehört, dass eben Eltern gesagt haben zu mir, bitte, ich habe so einen großen
102 Eingriff, ich habe solche Angst gehabt davor. Ich muss rückmelden, warum sagen alle das
103 gleiche, das gibt mir so viel Sicherheit, ich habe keine Angst mehr. Da habe ich herausgehört,
104 die standardisierten Fragen, dass die Visite gleich abläuft. Da sind viele heißen Diskussionen,
105 wo es darum geht, wie wichtig es glaube ich von Patienten ist, das immer wieder zu erkennen,
106 obwohl es andere Personen machen. Visite z.B. es ist ein Ablauf, der fragt die Mutter, einer
107 schreibt, es geht auf die Fragen auf dem Board ein, er schaut nochmal das Entlassungsdatum
108 an. Und diese Dinge glaube ich verändern doch was und geben Menschen Sicherheit.

109 **I:** Was würden Sie sagen, wodurch kann man Lean Management am meisten dabei helfen,
110 mehr Zeit für Patienten aufzuwenden? Es gibt ja Statistiken, wo man sieht, eine Pflegekraft
111 verbringt 30% am Computer, 40% mit Laufwegen, weil sie Dinge sucht und die restlichen 30%
112 am Patienten. Was kann man da tun, dass sich diese Zeit mehr für den Patienten –

113 **IP10:** Also ich würde mal sagen, da kommt mal das Telefon von der Pflegekraft weg, dass man
114 Sekretärinnen, dass man strukturiert. Ich würde sagen, die Pflegekraft ist wieder dort, wo sie
115 hingehört, am Bett des Patienten. Wo man sagt, man sieht sie nicht. Sie hat einen
116 Pflegewagen, geht ein und aus, nimmt das immer mit, dokumentiert sofort, muss nicht mehr
117 laufen. Wir haben auch lange diskutiert, was muss ein Pflegewagen beinhalten, was brauche
118 ich wirklich, dass ich nicht gehen muss. und wirklich, die Pflegekraft hat kein Telefon mehr, sie
119 wird nicht unterbrochen. Sie sagt nicht, ich muss jetzt telefonieren. Sie hat durch die
120 Dokumentation, die haben wir uns auch angeschaut, was brauchen wir wirklich. Sie sollte
121 wirklich effizient sein, wie oft müssen wir Einträge schreiben, da gibt's auch ganz, ganz viel
122 Potenzial. Und auch just in time, jetzt setze ich mich hin und dokumentiere, natürlich
123 manchmal nicht flott, aber zum größten Teil fällt das flach und es ist natürlich der Tag
124 strukturiert, man schaut sich die Überlappungszeiten an. Welche Pflegekraft ist wirklich noch
125 in der Verantwortung. Es ist festgelegt, was mach ich, wenn da schon eine Überlappung ist.

126 eine Kollegin z.B. geht in die Rolle der Sekretärin, das kann man sich so, würde ich sagen,
127 richtig durchstrukturieren und deswegen ist Pflegekraft wieder beim Patienten.

128 I: Sagen wir, man will in einem Krankenhaus Lean implementieren, jetzt sind Sie auf einer
129 Station die Leitung, würden Sie sagen, wenn man damit anfängt, wäre es leichter, auf einer
130 Ambulanz zu beginnen oder doch eher auf der Station?

131 **IP10:** Also ich bin von der Ambulanz, die grundsätzlich ein bisschen mit Lean, im
132 Kinderzentrum, da hat es ein bisschen begonnen, da habe ich nur am Rande mitbekommen,
133 die Prozesse und so weiter, wie das ausschaut, die Ideen haben mir vorher schon gut gefallen.
134 Ich glaube, dass es im Grunde genommen egal ist, ich glaube, das kann man bei einer Station
135 sicher isoliert umsetzen. Ich glaube, wichtig ist trotzdem, dass man von extern begleitet wird.
136 Ich glaube, bei uns ist das eh mit der Teamentwicklung usw., weil für jedes Team die
137 Diskussionen im Vorfeld stattfinden müssen, die einfach das Bewusstsein schaffen, wir
138 gemeinsam machen das. Wir gestalten unseren Tag, das dauert länger, das kann man nicht
139 drüber stülpen. Es muss sich jedes Team selber finden, diese Entwicklung muss man machen,
140 die Zeit muss man sich nehmen. Natürlich sehe ich, wenn du isoliert bist, dass man
141 zwischendurch auf die Grenzen stößt, das sind andere Prozesse, da kann ich nichts verändern.
142 Aber ich glaube, wenn man Lean macht, ist ja wirklich so, wenn man es wirklich lebt, ist eine
143 Philosophie, ich bin nie fertig, wie ich implementiert habe, habe ich gesehen, dass eben Kaizen
144 Vorschläge, wo man sagt, dadurch lebt das so, so abnehmen. Ich habe dann oft diskutiert, da
145 war man so in dem Lernen und Tun und jetzt auf einmal sehe ich, die steigen wieder und wir
146 haben so im Monat, weiß nicht, 8-10 Vorschläge, die wir aufarbeiten müssen und von jeder
147 Berufsgruppe und deswegen glaube ich schon, wenn man in diesem Gedanken mal ist, dann
148 lebt das im Team.

149 I: jetzt für die Umsetzung von Lean ist mal sehr wichtig, dass die Führungskraft davon
150 überzeugt ist. weil ohne Führungskraft ist es quasi nicht möglich. Jetzt haben wir aber auch in
151 der X ein sehr hierarchisches System. Und man muss natürlich gerade auf der Station mit
152 unterschiedlichen Berufsgruppen zusammenarbeiten, wie bringt man das dazu, dass auch die
153 anderen Berufsgruppen mit einsteigen in das Boot und wenn man dann auch Mitarbeiter hat,
154 die schon lange im Berufsbild sind, sagen, sie tun sich schwer mit Veränderung, wie gehe ich
155 mit diesen Menschen um, ohne, dass ich sie überfordere oder auch, weil das sehr viele
156 Standards sind, dass ich sie degradiere und auch demotiviere in ihrer Arbeit?

157 **IP10:** Also in der Umsetzung ist das glaube ich extrem wichtig, wie ich auch ganz bewusst, ich
158 habe so eine Mischung zwischen eher, glaube ich, jüngeres Team und nur einige ältere
159 Mitarbeiter und mir war extrem wichtig, alle mitzunehmen. Ich habe eine ältere, kritischere
160 Mitarbeiterin gesucht, kritisch ist ja ganz gut, die ganz bewusst gefragt, willst du nicht mittun
161 und aus den jüngeren Kollegen habe ich dann auch, und dort eben, weil es mir wichtig ist,
162 beide abzubilden und ich brauche diese kritischen Stimmen, diese, das haben wir und das war
163 schon so, weil das wird dann, in diesen Workshops, die für mich ebenso wichtig sind, wo das
164 andiskutiert und jede, das ist auch dort so wertschätzend, ich habe jetzt von der Abteilung alle
165 mitgenommen, weil es wichtig ist, dass jeder Mitarbeiter sich wieder findet. Da wird so lange
166 diskutiert, bis wir eine Lösung haben. ich glaube, das habe ich einer Kollegin auch gesagt, wenn
167 wir bei so einem Lean Start – und wie es bei uns wahrscheinlich auch allen
168 Normalpflegestationen ausgeweitet wird, dass ich nicht sage, ich mag das nicht und mache
169 das nicht, sondern ich gehe dorthin und sage, wir schauen, wie wir das machen. Das kann ja
170 anders sein. Das macht lean. Das muss für alle passen, die in diesem Team arbeiten. Und
171 dadurch glaube ich, hat jeder seine Stimme. Und das glaube ich ist wesentlich. Da geht man
172 wieder zurück in die Gruppe, bespricht das wieder miteinander und als Führungskraft ist
173 nachher diese Balance, dass sie finden, wo mache ich viel – Mitarbeiter mitnehmen ist wichtig,
174 aber zwischendurch muss ich sagen, ich bin der Leiter, das ist der Weg und wir probieren das
175 aus.

176 **I:** Haben Sie jetzt zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen auch Konfliktpotenzial
177 gesehen? Weil es ist doch sehr hierarchisch und da ist die Augenhöhe oft nicht immer
178 gegeben.

179 **IP10:** Naja, es ist glaube ich auch wichtig, wenn man lean einführt, es muss vor allem der
180 Klinikvorstand und die Leitung das tragen. Aber diese Akzeptanz, dass ich sage, auch diese
181 Rückendeckung, es war in den Workshops so, ich habe zwei Stationen schon umgesetzt, bei
182 der 2. Habe ich die Leitung nicht wirklich gebraucht, aber wenn es auf ärztlicher Seite von
183 Betreuungszeiten spreche, dann brauche ich den Leiter. Die wollten mit 7 starten, was aber in
184 Wirklichkeit nicht der Dienstbeginn war, dann macht das keinen Sinn. Also da braucht man ein
185 bisschen den Klinikvorstand, und ich, ja, dass waren viele Gespräche, aber von ärztlicher Seite,
186 die nicht in meinen Kompetenzbereich gekommen sind, waren. Aber man hat gesehen, es geht
187 nur miteinander und es waren viele, viele Gespräche. Interessante Menschen eben. Und jetzt
188 bei der Umsetzung, da ist es finde ich schon so, bin ich als Stationsleitung gefordert, dass man

189 eben einfordert, diese Disziplin und Pünktlichkeit, das kostet Kraft. Oder wir haben viele
190 verschiedene Ärzte, viele Partnerkliniken, dass die Visite wirklich so, wie vereinbart – es war
191 z.B. die haben weiter geglaubt, sie kommen – ich, du hast jetzt keine Visitenzeiten, ich sage,
192 ich komme aber jetzt, weil ich will. Ich sage, ich will, das gibt's nicht mehr, von 7:45 bis 8:15,
193 das ist jetzt. Und auch den Mitarbeitern sagen, bitte, jetzt bist du nicht die nette Schwester,
194 die das lieb mitmacht, schnell, schnell, sondern wir halten uns alle daran. Das kann dauern.

195 **I:** Das sind wahrscheinlich die häufigsten Schwierigkeiten im stationären Bereich. Dass man
196 alle dazu bewegt, die Disziplin und die Standards einzuhalten.

197 **IP10:** Genau, ich glaube, am Anfang ist Euphorie, dann schwächt das wieder ab, wie es in allen
198 Dingen ist, die man neu einführt.

199 **I:** Würden Sie sagen, dass sich das Betriebsklima zum Positiven verändert hat durch Lean?

200 **IP10:** Ich würde sagen, wir waren immer schon eine nette Gruppe, aber ich würde sagen,
201 Lean hat eines für mich wesentlich verändert. Nachdem wir in der Früh immer das Huddle
202 haben und Nachmittag auch und wenn wir die Mitarbeiterzufriedenheit abfragen und da war
203 eine Meldung, da ist es einem Kollegen nicht so gut gegangen oder Kollegin, am Anfang haben
204 sie das nicht vor der Gruppe gesagt, jetzt ist das eine offene Kommunikation. Wir haben
205 gelernt, sachlich anzusprechen, die Ärztin hat gesagt, ich – ich sage, für wen war das gestern
206 ein roter Tag, dann sagt die Kollegin, ich habe mich gestern nicht unterstützt gefühlt von den
207 Ärzten, ich hätte mir das und das gewünscht, in Zukunft, bitte helft mir. Der andere sagt ja. Ich
208 glaube, das war früher auf einer emotionalen Ebene oft. Wir haben das geschafft, das wieder
209 auf eine Sachebene hinunter. Ja, sachlich die Diskussion zu führen. Das hat sich schon
210 verändert.

211 **I:** Wo kann man sagen, gibt's Möglichkeit, um das Ärzte und Personal gut zu entlasten durch
212 Lean Management, wo ist eine starke Entlastung da, dass mehr Zeit –

213 **IP10:** Naja, ich glaube, man muss sich jede Station getrennt und extra anschauen. Wir sind
214 eine Klinik, die viele Patienten nüchtern in der Früh aufnimmt oder nur kurz da haben.
215 deswegen haben wir einen starken Wechsel von Betten, deswegen ist die Entlassung vor 11:30
216 so wichtig, dass nicht Eltern im Warteraum sitzen. Das waren viele Diskussionen, wie schaffen
217 wir das wirklich, wir haben Kennzahlen, gedacht haben wir im Workshop, das schaffen wir
218 locker, das hat fast ein Jahr gedauert, mit Gesprächen, wie schaffen wir das. Dass die
219 Menschen, wenn sie nach Hause gehen, dass für den Transport gesorgt ist. das war am Anfang

220 auch nicht leicht, die Ärzte haben gesagt, das geht mich nichts an, macht das selber. Das
221 können wir nur gemeinsam schaffen. Also immer nur auf das Gemeinsame, in vielen Dingen,
222 das auch zu halten und wenn es nicht passiert, das dann zu hinterfragen. Lean fragt nicht, wer
223 ist schuld, sondern warum haben wir das und das nicht geschafft, wie machen wir das in
224 Zukunft besser. Das ist auch ein wesentliches Lernen, dass man nicht sagt, wer hat das
225 verbockt, sondern warum ist das gestern nicht gelungen, die Kennzahl nicht zu erfüllen.

226 **I:** jetzt steht Lean Management auch für eine sehr positive Fehlerkultur. Wir wissen alle, Fehler
227 passieren und im Krankenhaus sind sie nicht gerne gesehen. Aber wie geht man damit um,
228 wenn sie passieren, dass man eben, Sie haben vorher schon gesagt, Sie sind sehr sachlich, aber
229 wir wissen, Menschen geben eigene Fehler nicht gerne zu. Wie geht man da vor, dass jeder
230 daraus lernen kann, ohne, dass sich jemand persönlich angegriffen fühlt?

231 **IP10:** Ein großer Punkt ist z.B. die 5 S Ordnung. Wenn Sie zu uns kommen, Sie würden die
232 Station nicht wiedererkennen, ich habe so eine Freude, nach so vielen Jahren so eine schöne
233 Station zu haben und wenn auch alles markiert usw. ist, wenn ich eine Runde gehe, dann finde
234 ich vielleicht noch Sachen, die nicht hingehören. Aber nach wie vor gibt's eine Liste, die jeden
235 Tag auch besprochen wird, wo man die Standards hat und Abweichungen von den Standards
236 würde ich dort reinschreiben und am Nachmittag wird das angesprochen. Bitte, wir haben
237 heute die Ordnung nicht in dem Raum gehabt. Bitte darauf achten. Es wird nie gesagt, wer das
238 war, sondern es geht um die Sache. Kennzahlen sind ein heißes Thema, wo es darum geht,
239 Entlassung, warum geht das nicht, wenn ich das anspreche, dann geht's darum, ja, wir haben
240 noch müssen ein Blutbild machen, deswegen haben wir die Zeit nicht eingehalten. Deswegen
241 war die Frage dann von mir, hätten wir das Blutbild einen Tag vorher schon machen können
242 oder war das so akut, dass es deswegen nicht ging. Ich glaube, viele Dinge muss man
243 ansprechen, hey, hätten wir den Verbandswechsel gestern schon machen können, das
244 Röntgen. Ich glaube, ganz viel ist Planung, vorausschauend denken. Und wenn Sie so Fehler
245 ansprechen, so direkt haben wir eher CIRS System, wenn was anonym wäre, Fehler dezidiert
246 in Lean, würde ich sagen, haben wir nicht gehabt. Aber was auch passiert durch Kaizen, dass
247 Mitarbeiter oder Ärzte auch Vorschläge machen, hey, machen wir das so und so, dann kann
248 das nicht so passieren.

249 **I:** Und das Kaizen Board wird auch in den unterschiedlichen Berufsgruppen gemeinsam
250 angewendet, jeder kann Vorschläge einbringen und die werden dann gemeinsam diskutiert?

251 **IP10:** Genau, es gibt ein Board, das ist sogar im Sozialraum untergebracht, das ist nicht
252 öffentlich zugänglich für die Patienten, sonst ist ja alles im öffentlichen Raum. Anonymisiert,
253 aber schon visualisiert. Und das Kaizen Board nicht, da kann man eben – das machen wirklich
254 vom Abteilungshelfer bis zu den Ärzten Vorschläge, es ist aber wichtig, dass er dort auch schon
255 einen Lösungsvorschlag hinschreibt. Und in einem monatlichen Meeting, das eben ein
256 Mitarbeiter macht, das ist eh schon ausgeschrieben, das ganze Monat, wann es sit, das ist
257 während der Dienstzeit, 20 Minuten und die Vorschläge abarbeiten, ist das was, können wir
258 das gleich umsetzen oder müssen wir es noch bearbeiten. Und das wird noch weiter
259 besprochen, weitergeführt und auch bearbeitet wird das eben auch von unterschiedlichen
260 Mitarbeitern, die sich melden oder braucht es wirklich die Stationsleitung. Ich habe auch
261 schon Punkte gehabt, wo ich die Klinikleitung eingeschalten habe, hat müssen der
262 Klinikvorstand kommen. Weil der Vorschlag kann nachher so abgearbeitet werden.

263 **I:** jetzt haben wir auch bei Lean erfahren, dass Lagerbestände nicht so sinnvoll sind, das sollte
264 auch kurze Durchlaufzeiten haben, jetzt hat uns die Covid-Pandemie wieder anders gelehrt,
265 dass wir unsere Bestände auffüllen, dass wir auch ein breiteres Lieferantenspektrum haben.
266 wie lässt sich das zusammenführen, auf der einen Seite sollen wir niedrige Lagerbestände
267 haben, andererseits können unvorhergesehene Ereignisse eintreten –

268 **IP10:** Lager war schon vor Lean bei uns auf der Kinderchirurgie ein heißes Thema. Ich bin von
269 der Intensivpflegestation gekommen und habe dann auf der Normalpflegestation gesehen,
270 dass jede Station 100 Magensonden hat. Also die kaum gebraucht wurden und schon vor –
271 2007 haben wir schon gesagt, wir haben ein anderes Lager gehabt für so spezielle Produkte,
272 die man selten braucht. Das haben wir mit dem Lagerexperten perfektioniert, angeschaut,
273 was brauche ich wirklich und wo kann man sich untereinander aushelfen. Für mich war es
274 dann nochmal ein großes Aha-Erlebnis, wie ich meine Lagerbestände nochmal durchforstet
275 habe, viele Sachen auch entsorgt habe. Nach 2 Jahren brauche ich das, dann muss ich mich
276 entscheiden, ja, dann muss ich einen Lagerraum schaffen und vor allem bin ich
277 draufgekommen, dass Mitarbeiter sehr innovativ sind, da hat es das Lager des Lagers vom
278 Lager gegeben. Und das aufzuarbeiten, das klingt so banal, aber ich habe ein Jahr daran
279 gearbeitet und daraus einen Standard gemacht. Und auch bei der Bestellung – endlich, ich
280 habe jetzt immer, da bin ich selber dazu gekommen, was brauche ich wirklich, wie viele
281 Patienten berechnet usw. und gesagt, hört zu, es wird nur mehr am Freitag bestellt, jetzt habe
282 ich es endlich so, dass meine Lagerkapazität nie über ist, aber so, dass wir nie Mangel haben.

283 und man glaubt nicht, in welche Dinge man da hinein muss als Leitung, ich habe da nicht so
284 ernst genommen, es hat ja funktioniert. Aber ich glaube, es ist nochmal optimiert worden.

285 **I:** jetzt sind wir schon ins nächste Thema übergegangen, die Vermeidung von Verschwendung.
286 In welchen Bereichen sagen Sie, kann man Verschwendung gut vermeiden? Ist es die Wäsche-
287 , die Speiseversorgung, aber auch die Zeit? Wo würden Sie sagen, kann man am meisten
288 einsparen? Wo ist Lean dann am effektivsten?

289 **IP10:** Also ich würde mal sagen, einsparen, es geht darum, einen Tagesablauf zu schaffen, der
290 für alle passt. Das fängt in der Früh an und für mich auch, Visite ist auf der Station ein heißes
291 Thema. Wie viel Zeit wird da gewartet von der Pflege, weil sie nicht weiter kann, und dann auf
292 einmal staut es sich dort. Ich glaube, in unserem Fall, in der Früh haben wir eben so viele
293 Nüchternaufnahmen und auch OP-Kinder und das ist für uns die erste heiße Zeit, in der Früh,
294 mal ganz wichtig, dass wir jetzt wirklich, kann man sagen, die 8:30 die Visite beendet haben
295 und die ganzen Aufnahmen gemacht haben fürs erste. Und im Grunde genommen – da haben
296 wir schon so viel Zeit gespart, aber es ist auch am Patienten gut angekommen. Die Patienten
297 haben ihre Fragen, da ist schon so viel gelaufen, ich würde sagen, immer, wenn es eben
298 Visitezeiten| wie man das mit anderen Berufsgruppen – diese Diskussionen, hier geht's ja um
299 den Tagesplan, wir haben noch HNO, Orthopäden, wer macht wann Visite, ganz genau, das
300 macht es so spannend, die Pflege muss Zeit haben und die Ärzte, wo kommen wir zusammen.
301 Das sind wirklich stundenlange Diskussionen, ich habe das in den 2 Workshops durchaus
302 wertschätzend erlebt. Weil es unser Ziel ist. ich habe auch mit Orthopäden vorher gesprochen,
303 schaut, ihr kommt immer zugleich, können wir uns nicht auf Zeiten einigen. Die haben gesagt,
304 nein, das geht nicht. Durch Lean haben wir es geschafft. Wir haben jetzt eine Struktur und wir
305 halten uns daran.

306 **I:** jetzt haben wir diesen enormen Pflegefachkräftemangel, jetzt noch verstärkt. Würden Sie
307 meinen, dass man mit Lean Management, dass die Pflegequalität, dass die gleichbleibend ist,
308 dass damit auch der Pflegefachkräftemangel kompensiert werden kann?

309 **IP10:** ich glaube, die Angst von Ärzten vor allem, dass, wenn man Lean einführt, wir natürlich
310 Personal verlieren. Und das ist auf keinen Fall passiert. Ich glaube, Lean macht – also ich habe
311 auch nach der Umsetzung alle Mitarbeiter persönlich interviewt, nur mit 2 Fragen, was gefällt
312 dir an Lean und was gefällt dir gar nicht an Lean. Und ich habe von keiner einzigen
313 Mitarbeiterin. Von keiner einzigen, ich habe Auszubildenden, Pflege, Assistenten, alle

314 interviewt und es hat mir keiner einen Nachteil nennen können. Die haben gesagt, das war
315 echt komisch, ich habe mir nichts vorstellen können, aber ich will nie mehr anders arbeiten
316 und es hat mir kein einziger ein Negativ sagen können und vor allem die Einschulung neuer
317 Mitarbeiter, läuft ja jetzt viel, viel besser. Die ist standardisiert, die Mitarbeiter gehen mit einer
318 Kollegin mit, die lernen die Standards, die sind ja nicht in Stein gemeißelt. Sondern, wenn wir
319 sehen, das funktioniert nicht so, dann kann man sie auch wieder ändern.

320 **I:** Anhand vom KVP.

321 **IP10:** Genau und das macht es aus. Das ist ja das Schöne auch, nicht nur, wenn einer sagt, das
322 geht nicht, wie schauen wir aus, verändern wir da das, das macht uns wieder eine
323 Verbesserung. Das ist auch das Schöne, dass das nicht nur wie früher in Stein gemeißelt ist,
324 und x Stellen müssen zustimmen, sondern wir im Team besprechen und ändern das. Das
325 macht es viel einfacher, weil es mitarbeiterorientiert auch ist. die neuen Mitarbeiter, ich habe
326 da eine neue Kollegin, die nicht aus dem Kinderbereich kommt, die eine Generalistin ist, die
327 nach 3 Wochen gesagt hat, bitte, ich mache meine Zone alleine, ich kenne mich aus. Ich habe
328 die Sicherheit. Es läuft ja, ich glaube, die führen ganz normale Gespräche, aber trotz allem ist
329 es der Standard dahinter. Und das gibt auch dem Mitarbeiter viel Sicherheit und auch diese
330 Wertschätzung.

331 **I:** Wenn sich der Mitarbeiter sicher fühlt und sich auch wohlfühlt im Team, dass die Fluktuation
332 sicher niedriger ist, wovon ich auch profitiere auf längere Sicht, weil uns der Pflegefachmangel
333 vielleicht nicht so hart trifft.

334 **IP10:** Ja und ich habe auch Auszubildende- die, die das gesehen haben, die haben gesagt, wow,
335 das ist so klasse und auch die Schüler, sie merken in der Früh, es ist mir wichtig, wenn ich zwei
336 neue bekomme, die werden in der Früh beim Morgenhuddle vorgestellt und begrüßt. Ich
337 glaube, das macht mit den Menschen was und sie sind mit ihrem Namen auf dem Board und
338 das macht schon was, wenn ich wahrgenommen und gesehen werde. Also der Mangel, den
339 werden wir nicht beheben, aber ich glaube, die Struktur macht es schon besser, weil man sich
340 ganz genau anschaut, ab wann brauche ich welche Qualifikation, wo brauche ich den PA, was
341 kann der machen. Alles das ist ja ganz wesentlich, weil ich mir das ganz genau als Leitung
342 anschau, wann brauche ich welche Kompetenz, welche Fähigkeiten usw.

343 I: Jetzt haben wir so Lean Management, ist eben Einsparung von Laufwegen, eine andere
344 Struktur, würden Sie sagen, gerade, wenn man ein älteres Gebäude hat, dass es schwieriger
345 ist, umzusetzen?

346 IP10: ich glaube, schwieriger, natürlich muss man sich an die Gegebenheiten anpassen, die es
347 gibt. Aber man kann sich schon Dinge überlegen, wo mache ich welches Lager, ganz klein, was
348 brauche ich oft, macht das Sinn, dass ich das in Nähe der Station oder kann ich Dinge
349 umräumen. Alle diese Gedanken, Mitarbeiter, die wissen das ja, das nur hinterfragen.
350 Natürlich wäre super, wenn man nach Lean baut, die Versorgung und rundherum, das wäre
351 das Optimum, wir sind Gott sei Dank eh da. Ich glaube, die Stationen mit unendlich langen
352 Gängen und jetzt natürlich Zimmer, wo weniger Pateinten sind, dass macht das Ganze nicht
353 einfacher. Also ich glaube, dass das Konzept- ich bin froh, dass Lean auch das Kinderzentrum,
354 wo es darum geht, das Kinderzentrum so zu bauen, nach Lean Management Gesichtspunkten.

355 I: Jetzt, wenn man sagt, wie modern soll lean sein? Viele glauben ja, wenn man Lean einführt,
356 man kann sich vorab auch mal Kosten einführen, speziell Personen im Controlling sehen das
357 so. würden Sie das auch sagen, aber ist Lean gerade am Anfang kostenintensiver?

358 IP10: Also ich habe da keine konkreten Zahlen, ich habe im Grunde genommen, Personal,
359 würde ich sagen, ist es schon so, ich bin sehr knapp mit dem Personal. Ich habe gesehen, also
360 auf der grünen Station, dass es in der Früh auch mit zwei Diplomierten geht, jetzt habe ich
361 dort endlich mal einen Anhaltspunkt, kann sagen, ja, das ist die Mindestbesetzung und ich
362 habe z.B. auf der Station grün, dass ja eine Tagesklinik, 5 Tage Station war, da ist das
363 aufgesplittert gewesen. Drinnen nur Tagesklinik und da waren 10 Patienten drinnen. Zu
364 Mittag, also wenn die Kinder im OP waren, zu viel und die hat draußen in der 5. Nicht helfen
365 können, weil sie die Patienten nicht gekannt hat. Das furchtbar gestört, wie ist der
366 Informationsfluss, ich habe dann gesagt, liebe Leute, wir machen mit Lean eines, belegen
367 interdisziplinär, was ja Sinn macht, es geht um den Ausgleich der Arbeitsbelastung, die Ärzte
368 hätten mich geköpft am liebsten. Aber es geht um die Pflege, ich habe gesagt, ich habe da
369 nicht mehr als 2 Schwestern und die älteren waren auch nicht so begeistern, aber das ist ja
370 klasse, wir teilen uns die Tagesklinik auf und dann habe ich noch die 5 Tage Station. Das ist ja
371 viel ruhiger. Also ganz ehrlich, ich glaube, lean macht schon sichtbar, wie viele brauche ich
372 wirklich Pflegekräfte. Ich will nicht sagen, einsparen, nachdem ich eh ganz knapp bin. Habe ich
373 einfach eine bessere Verteilung, mir war klar, da genügen zwei Schwestern. Das ist für mich
374 ganz klar herausgekommen. Und ich glaube, das macht es schon, dass man mit Lean sagt, so,

375 was ist möglich. Ich glaube aber auch, ich bin jetzt nicht die Experte für das, wenn ich sehe,
376 wie viele Kolleginnen im Erwachsenenbereich, wie viele Patienten die haben, da denke ich,
377 vielleicht braucht einen Fachassistenten dazu, um Pflege besser zu leben. Das ist nur meine –
378 von außen betrachtet, dass man sagt, wie kann die das schaffen. Das würde ich sogar sagen.
379 Und ob es teurer wird. In unserem Bereich hat sich glaube ich nicht viel verändert.

380 **I:** Ja, es ist am Anfang vielleicht kostenintensiver, weil man ein bisschen was dazu anschaffen
381 muss. das ist Materielles, das ist nicht so stark, aber was Sie eben schon gesagt haben, Sie
382 haben Experten auch gehabt bei der Implementierung und Umsetzung. Und ich weiß nicht,
383 wie die Meinung ist, aber würden Sie schon sagen, man braucht Menschen, die objektiv die
384 Abteilung betrachten, um das leichter umzusetzen, weil alleine, man kann sich literarisch sehr
385 viel weiterbilden, aber es ist doch alleine sehr schwer, so ein Riesenprojekt umzusetzen?

386 **IP10:** Ich würde das auf alle Fälle, ich finde, es ist auch der Gemba Walk, der ist wirklich was
387 Neues für uns, ich glaube, das ist ein wesentlicher Teil und das ist nicht so leicht für die
388 Mitarbeiter und auch die Führungskraft, ich glaube, jeder Mitarbeiter will sein Bestes geben
389 und das von außen zu betrachten und die ganzen Prozesse, in unserem Fall war das 2 Tage, da
390 kommen diese und diese Dinge, das kommt alles auf den Tisch und da dazu soll man – da
391 glaubt man, wenn man sich da verteidigen muss, aber da einfach zuzuhören, sagen, so, wie
392 gehen wir das an. Das kostet uns schon ganz viel Kraft, würde ich sagen. Aber das ist ein
393 wesentlicher Teil. Ich weiß, dass das sehr belastend ist, ich glaube, auch Ärzte fühlen sich ganz
394 schwer getroffen. Ich meine, die Visite alleine, ich habe immer gehört, ich mache die beste
395 Visite, ich habe immer gesagt, du, ich weiß genau, jeder Arzt denkt das, wir müssen uns 5-mal
396 umorganisieren. Ich glaube, deswegen ist es, wenn man – diese Ergebnisse braucht man, dass
397 man in die Diskussion geht. Und deswegen braucht man von oben mal, die Führung ist wichtig,
398 wir sind einmal extern begleitet worden, eben von einer Beratungsfirma, da waren auch von
399 der Betriebsorganisation Mitarbeiter drinnen und bei der 2. Umsetzung waren diese
400 Kolleginnen dabei. Ich muss sagen, die machen das wirklich toll, es braucht zwischendurch
401 einen Mediator in diesen Diskussionen, ich glaube, wenn man das macht, das kostet viel Kraft
402 und wenn dann da wieder wer so die Tatsachen holt, hey, um was geht es eigentlich, ich würde
403 mir das noch schwieriger vorstellen, wenn man einfach sagt, so, wir machen jetzt lean. Ich
404 glaube, diese Begleitung braucht es.

405 **I:** Sie haben den Gemba-Walk angesprochen, das ist das, wir gehen an den Ort des
406 Geschehens. Wer geht da alles mit, geht da wirklich auch mal der Klinikvorstand mit und
407 schaut das an oder ist das wirklich auf der Abteilungsebene?

408 **IP10:** Nein. Grundsätzlich sagt ja lean wirklich, liebe Führungskräfte geht's nicht in das Büro,
409 da kann man nicht führen, bitte geht an den Ort des Geschehens, es waren die Leitungen, die
410 ganzen Berater, externe Pflegeleitungen dabei, auch von der Betriebsorganisation, damals
411 sogar vom X Vorstand jemand – und am wertvollsten sind oft die Menschen, die von so einem
412 Ablauf gar keine Ahnung haben. weil die die Fragen stellen. Weil, man ist glaube ich so drinnen
413 in diesen Prozessen, dass man sich viel schwerer tut, wenn man da drinnen ist, da kommen
414 diese Fragen und die sind so wesentlich. Eines ist auch aufgekommen, die Ärzte haben gesagt,
415 was, das tut ihr schon alles? Die haben gesagt, das alles? Die waren ganz erstaunt, was z.B.
416 Pflege alles tut.

417 **I:** Also ist einfach konkreter beleuchtet worden und es sind alle, die in einem Unternehmen
418 involviert sind, sind am Ort des Geschehens gewesen. Also von der obersten zur untersten
419 Ebene.

420 **IP10:** Das war eingeteilt, einer begleitet die Pflegekraft, einer die Sekretärin, einer den
421 Pflegeassistenten, einer den Arzt und alles in Spaghettidiagrammen. Das hat 1, 2 Stunden
422 gedauert, dann hat man sich getroffen, was ist gut, was muss man ändern. Und immer viel mit
423 Post'its, dann hat man eh gesagt, was sind die Brennpunkte, die wir bearbeiten müssen und
424 das sind fast immer die gleichen.

425 **I:** jetzt habe ich einen kleinen Exkurs, weil sie schon viel mit Workshops zu tun gehabt haben,
426 haben Sie den Eindruck, dass man das auch im Verwaltungsbereich, im kaufmännischen
427 Bereich umsetzen könnte, lean, anhand von der Lagerlogistik? Sehen Sie da schon ein
428 Potenzial auch im kaufmännischen Bereich?

429 **IP10:** Überall, ich glaube, Lean macht überall Sinn. Wege abkürzen, wie, was, ich habe
430 zwischendurch, kommt mir in den Sinn, warum muss ich so kompliziert das machen. Da habe
431 ich dann eh immer rückgemeldet, ich muss wen anrufen, dass der macht, warum kann der das
432 nicht automatisch machen. Das sind so viele Dinge, ich glaube, wenn man Lean macht, das
433 müsste dann wirklich jeden betreffen.

434 **I:** Damit das dann wirklich im Fluss ist, damit jede Abteilung mit Lean versorgt ist, dann rennt
435 das erst richtig rund. Jetzt haben wir aber auch in den nächsten Jahren oder eh schon durch

436 die elektronische Fieberkurve die steigende Digitalisierung, jetzt ist meine Frage, wir können
437 die Digitalisierung nicht aufhalten, aber was wäre sinnvoll, was zuerst da wäre oder, wenn
438 man es zeitgleich implementieren würde?

439 **IP10:** Würde ich als gar kein Problem sehen. Weil ich habe z.B. HNO Übernahmepatienten und
440 Lean haben wir gleichzeitig gemacht, das ist parallel gelaufen. Ich glaube, das ist auch gut, weil
441 das kann man gleich implementieren. Wir haben nicht die elektronische Fieberkurve, was
442 noch notwendig macht, dass wir den Kadex mitnehmen müssen zu den Visiten und noch
443 handschriftlich dokumentieren, würde uns viel erleichtern, wenn das alles schon in
444 digitalisierter Form wäre. Kinderbereich wird als letzter sein, aber ist eine Frage der Zeit. Bei
445 der Pflegedokumentation muss ich sagen, da müsste man auch ganz, ganz kritisch darüber
446 schauen, das ist mein Ding, das ich sagen kann. Was brauche ich wirklich als
447 Pflegedokumentation, ich glaube, wir im Haus haben das sehr heruntergebrochen.
448 Pflegediagnosen wirklich nur, wenn es Sinn macht und muss ich planen, ich stelle ein Getränk
449 zur Verfügung, wenn der Patient selber – wir haben sogar eine Saftbar für gehende Patienten,
450 da sind so viele Dinge, muss ich das planen? Macht das Sinn? Was ist das, was ich – und ich
451 glaube, da ist auch noch Potenzial drinnen. Z.B. der Pflegeentlassungsbrief, der war Usus, den
452 müssen wir machen. Dann habe junge Kolleginnen gesagt, du, wir tun eigentlich rüber
453 kopieren vom ärztlichen Brief, haben ein Gespräch, für was tun wir das. Wir haben die
454 Pflegeleitung – wir haben das nicht mehr, bei der Entlassung, wo viel Entlassung ist oder es
455 viele Lebensaktivitäten betrifft, aber als Standard gibt es das nicht mehr. Es darf nichts
456 verloren gehen, wir haben gelernt, mit Textbausteinen zu lernen, immer mehr. Ich glaube, wir
457 Pflege machen so viel, was braucht es wirklich. Was ist essenziell, was steht sonst nirgends,
458 dann bin ich dafür. Aber ich glaube, es wird gemacht, viel, was nicht notwendig ist. auch
459 Pflegeberichte schreiben. Ich habe schon vor Jahren, dass man sagt, wirklich, es muss nicht
460 mal in jeder Schicht was stehen. Wenn eine Pflegestationsleitung sagt, ich will das, warum
461 mache ich das? Ich will wissen, kann ich einen roten Faden lesen? Und da habe ich gesagt,
462 hören Sie zu mal, das brauchen Sie nicht reinschreiben, weil das ist – wenn ich dann lese, alle
463 Stunden einen Satz, wenn ich dann nachdenke, er muss hingehen, schreiben, sind das 10
464 Minuten, die vielleicht nicht notwendig sind. Ich glaube, man muss wirklich jeden Punkt in
465 Lean ganz kritisch anschauen.

466 **I:** Da ist auch die Vermeidung von Zeitverschwendung, also das zieht sich auch überall durch.

467 **IP10:** ich glaube, Lean ist ja lustig, im Grunde genommen hat das alle Bereiche, keine von uns
468 würde als Köchin was wegräumen, wo ich nicht weiß, wo ich das finde. Bei Lean geht's viel um
469 Hausverstand auf gut Deutsch und alle miteinbeziehen. Und da haben viele Ideen.

470 **I:** Wie sehen Sie da die Entwicklung in den nächsten Jahren auf Lean Management bezogen,
471 glauben Sie, dass mehr Krankenanstalten sich für das Thema zukünftig interessieren, dass die
472 Philosophie sich in Österreich auch mehr verbreitet?

473 **IP10:** Naja, ich würde sagen, also jetzt im LKH Graz weiß ich, dass es sehr, sehr positiv gesehen
474 wird. Dass es umgesetzt werden kann. Von Pflegesicht ist es so, dass ich schon voriges Jahr in
475 Salzburg war, wo die Anfrage gekommen ist von der Pflegedirektorin, da haben wir das von
476 Seite der Pflege vorgestellt, das Interesse ist da. Ich habe auch dort gesehen, da waren am
477 Nachmittag Workshops, da waren 60 Teilnehmer, da waren wesentliche Dinge wie die
478 Dokumentation von der Pflegeleistung, da habe ich gedacht, wer wird dazu lean kommen und
479 dann war unser Workshop voll. Ich glaube, das ist was, das eigentlich jeden interessiert. Ich
480 habe jetzt gerade von Salzburg eine Kollegin da, die sich auch besonders für Lean interessiert
481 und nachdem uns auch unser Vorstand Herr Prof. X auch Lean, habe ich gehört, das hat mich
482 besonders gefreut, wenn der Vorstand sogar sagt, das ist was, das kommt vom ärztlichen
483 Vorstand noch, dann finde ich, haben wir von dort vor allem viel Unterstützung.

484 **I:** Ja, gibt's Trends, Lean entwickelt sich ja ständig weiter, gibt's einen Trend, der sich jetzt
485 herauskristallisiert? Sie haben sich doch damit stark befasst, gibt's News dazu auch?

486 **IP10:** Also News in dem Sinn, also die Schweiz, ich war da mit und mit Mitarbeitern vom Walker
487 Projekt schon im Austausch. Jetzt im halben Jahr, kann ich sagen, war ich weniger damit
488 beschäftigt. Ich glaube, Lean ist schon ein wesentlicher Teil und wenn man das mal
489 implementiert und wenn ein Haus damit lebt und den Vorteil sieht und ich hoffe auch auf die
490 junge Generation auch von ärztlicher Seite, es gibt immer Widerstand, ich weiß es von
491 ärztlicher Seite auch bei uns im Haus. Aber wenn die Führung dahintersteht, dann sind nämlich
492 die, die das nicht wollen, müssen sowieso mittun, ob sie wollen oder nicht. Weil ich glaube,
493 das hängt auch, wenn ich Pflege sage, das war auch vorher immer mein Credo, ich habe mich
494 immer in Augenhöhe gesehen, ich habe mich immer fokussiert, dass eben wirklich die Pflege
495 in erster Linie, ich vertrete die und unsere Arbeit und das, was früher, ich bin ja seit 81, habe
496 ich diplomiert. Ich habe schon viele Jahre hinter mir, einfach, dass wirklich Ärzte bedient
497 werden und alles, das habe ich in meinem Berufsleben nie wollen. Ich habe gesagt, wir sind

498 eigenständig. Teamwork heißt nicht, einer schafft an und wir tun das, sondern wir arbeiten
499 beide am gleichen Ziel. Da braucht es glaube ich schon mal Führungskräfte und ich hätte gerne
500 kompetente Mitarbeiter, die dazu stehen und nicht sagen, ich bin jetzt die Nette, jetzt mache
501 ich mit dem Visite – dass die Pflege lernt, wirklich im Lean, diesen Stellenwert, den wir haben,
502 zu leben. Und auch jede Kraft, jede Mitarbeiterin da einsteht, nein, lieber Arzt, jetzt geht das
503 nicht, ich habe das. Das muss man auch einfordern und leben.

504 **I:** Und womöglich verändert sich dann auch das Berufsbild der Pflegefachkräfte zum Besseren,
505 weil einfach mehr Respekt da ist.

506 **IP10:** Genau und ich meine, das macht mich unheimlich traurig, wenn ich das Interview vom
507 Landeshauptmann höre, wenn er sagt, er hat die Krankenpflegeschule wieder geöffnet, er ist
508 froh, dass das niederschwellig zugänglich ist. Ich habe gedacht, seit 40 Jahren reden wir
509 darüber, jetzt gehe ich in Pension und das ist wieder so, das macht mich schon traurig. Lean
510 glaube ich gibt uns das schon in die Hand, dass wir selbstbewusst einstehen, es geht um den
511 Patienten und wir sind noch die Berufsgruppe, die in erster Linie die Patientenorientierung
512 einfordert. Und ich glaube, dass wir das weiterhin tun müssen. Aber gemeinsam und vor allem
513 auch sehr selbstbewusst und die Aufgaben gemeinsam und als Teammitglied sehen.

514 **I:** Das war ein schöner Schlusssatz. Ja, gibt's sonst noch etwas zum Thema Lean, was ich nicht
515 erwähnt habe, was Ihnen aber noch ganz wichtig wäre, dass zu sagen?

516 **IP10:** Ich glaube nicht, ich glaube, wir haben viele, viele Fragen beantwortet, von meiner Seite,
517 das hat alles überspannt. Und ich kann sagen als Stationsleitung, Lean hat mir das Leben sehr
518 erleichtert, nachdem ich zwei Stationen führe und auch Schmerz und so nebenher gemacht
519 habe, jetzt gebe ich schon ab, aber auf einmal habe ich meine Rolle neu definieren müssen.
520 Weil ich bin in dem Stationsgeschehen nicht wirklich vorgekommen. Nochmal darüber
521 nachzudenken, wo sind deine Aufgaben, wo findest du dich wieder. Aber ich hätte mir
522 gewünscht, Lean noch viel eher kennengelernt zu haben, das habe ich dem Ing. X eh gesagt,
523 weil dann hätten wir, ich glaube, es erleichtert die Arbeit der Stationsleitung schon. Natürlich
524 muss man immer ein Auge drauf haben, ich glaube, die Implementierung ist nicht leicht und
525 die Konsequenz und die Coaches und die Gespräche. Aber wenn es mal läuft, dann ist es eine
526 wesentliche Erleichterung.

527 **I:** Also Ihr Arbeitsalltag hat sich insgesamt auch um einiges erleichtert?

528 **IP10:** Genau und es macht vor allem, auch jetzt wieder, die Mitarbeiter sind zufriedener. Weil
529 der Tag nicht so stressig ist, natürlich kommen wieder Phasen vor. Aber man geht zum Flow
530 Board, organisiert sich neu. Sie haben Instrumente gekriegt, wie sich besser die Arbeit verteilt.

531 **I:** Was sich natürlich am Ende auch auf die Patienten auswirkt, wenn man zufriedene
532 Mitarbeiter hat.

533 **IP10:** Genau.

534 **I:** Es profitiert immer auch der Patient.

535 **IP10:** Natürlich, das ist ja das Wichtigste, das Patientenboard, die Abläufe sind ruhiger, sie sind
536 sich sicher, es sind immer die gleichen Fragen, es läuft immer gleich ab. Es sind viele Dinge,
537 die dazu beitragen, dass jeder profitiert.

538 **I:** Dann bedanke ich mich ganz herzlich für das ausführliche Interview. Ich habe gemerkt, Sie
539 brennen sehr dafür und das ist immer schon, wenn man mit jemanden sprechen kann, der aus
540 der Praxis kommt und so viel Erfahrung hat. Und ich bedanke mich nochmal dafür, dass Sie
541 sich heute Zeit genommen haben, das ist nicht selbstverständlich. Und ja, wünsche Ihnen
542 natürlich weiterhin auf der Station alles Gute und noch viel Erfolg bei den ständigen
543 Verbesserungen.

544 **IP10:** Also ich bedanke mich auch, entschuldige mich nochmal, das ist nicht lean und bitte,
545 wenn Sie Interesse haben, fragen Sie an, Sie können jederzeit hinkommen, um sich das
546 vielleicht auch in der Praxis anzuschauen.

547 **I:** Das nehme ich gerne an, ich habe auch schon mal mit dem X telefoniert und der hat mir das
548 angeboten, und das nehme ich gerne an.

549 **IP10:** Bitte.

550 **I:** Danke vielmals und ich wünsche Ihnen alles Gute.

551 **IP10:** Danke.