

DBA thesis

**Lean Leadership – ein zukunftsorientiertes pflegerisches
Führungsmodell? - Ein Aktionsforschungsprojekt in einer
psychiatrischen Universitätsklinik**

Meyer, P.

Full bibliographic citation: Meyer, P. 2019. Lean Leadership – ein zukunftsorientiertes pflegerisches Führungsmodell? - Ein Aktionsforschungsprojekt in einer psychiatrischen Universitätsklinik. DBA thesis Middlesex University / KMU Akademie & Management AG

Year: 2019

Publisher: Middlesex University Research Repository

Available online: <https://repository.mdx.ac.uk/item/885v8>

Middlesex University Research Repository makes the University's research available electronically.

Copyright and moral rights to this work are retained by the author and/or other copyright owners unless otherwise stated. The work is supplied on the understanding that any use for commercial gain is strictly forbidden. A copy may be downloaded for personal, non-commercial, research or study without prior permission and without charge.

Works, including theses and research projects, may not be reproduced in any format or medium, or extensive quotations taken from them, or their content changed in any way, without first obtaining permission in writing from the copyright holder(s). They may not be sold or exploited commercially in any format or medium without the prior written permission of the copyright holder(s).

Full bibliographic details must be given when referring to, or quoting from full items including the author's name, the title of the work, publication details where relevant (place, publisher, date), pagination, and for theses or dissertations the awarding institution, the degree type awarded, and the date of the award.

If you believe that any material held in the repository infringes copyright law, please contact the Repository Team at Middlesex University via the following email address: repository@mdx.ac.uk

The item will be removed from the repository while any claim is being investigated.

See also repository copyright: re-use policy: <https://libguides.mdx.ac.uk/repository>

DISSERTATION

**Lean Leadership – ein zukunftsorientiertes
pflegerisches Führungsmodell?
Ein Aktionsforschungsprojekt in einer
psychiatrischen Universitätsklinik**

NAME:	Philipp Meyer
MATRIKELNUMMER:	MUDR/0135
STUDIUM:	Doktoratsstudiengang DBA Deutsches Programm
ADVISOR:	Dr. Dr. Andrea Rögner
ANZAHL DER WÖRTER:	47'052
EINGEREICHT AM:	16. Mai 2019

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit bestätige ich, dass der übermittelte Plagiatsbericht nicht gemäß den Angaben der KMU Akademie und Management AG/Middlesex University erstellt wurde. Daher wurde eine erneute Übermittlung im Prüfungsportal durchgeführt. Aufgrund der durch die Korrektur veränderten Wortanzahl wird hiermit das Prüfungsdeckblatt mit korrigierter Wortanzahl nachträglich übermittelt.

Hiermit erkläre ich, dass die oben angeführte Wortanzahl identisch mit der geprüften Datei und dem daraus resultierenden und übermittelten Plagiatsbericht ist und die Angabe der Wortanzahl diesem entspricht.



Zofingen am 16. Mai 2019

.....
Unterschrift

SPERRVERMERK

Die Einschränkung der Bereitstellung zur Benützung meiner Dissertation mit dem Titel „Lean Leadership – ein zukunftsorientiertes pflegerisches Führungsmodell?“ ist aus wichtigen rechtlichen oder wirtschaftlichen Interessen notwendig oder zweckmäßig.

Begründung: Aufgrund vertraulicher Informationen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und erwähnter Stationsbezeichnungen (S. 118-120) im Rahmen der Auswertung ist diese Arbeit nur mit Bewilligung des Autors zu benützen.



Zofingen am 16. Mai 2019

.....
Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	4
2.	AUSGANGSLAGE	10
2.1	Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	10
2.2	Führungsentwicklung in der Direktion PTS	18
2.3	Spezifika der psychiatrischen Pflege	23
3.	PROBLEMSTELLUNG	25
3.1	Erkenntnisinteresse	30
3.2	Zielsetzungen	31
3.3	Angestrebter Mehrwert für Praxis und Forschung	32
4.	STAND DER FORSCHUNG	34
4.1	Begriffsklärung Lean	34
4.2	Das Toyota Produktionssystem	37
4.3	Geschichte des Lean Managements	39
4.4	Lean Hospital-System	41
4.5	Praxistransfer des Lean Hospital-Systems	46
4.6	Evidenz zu Lean Healthcare	61
5.	LITERATURÜBERSICHT LEAN LEADERSHIP	72
5.1	Methodik	72
5.2	Vorgehen	73
5.3	Suchstrategie	74
5.4	Ergebnisse der Literaturrecherche	75
5.5	Lean Leadership-Prinzipien	78
5.6	Anforderungen an eine Lean-Führungsperson	90
5.7	Lean Leadership-Instrumente	95
5.8	Lean Leadership ist trainierbar	100
6.	LEAN LEADERSHIP-KONZEPTE	108
6.1	Führungs-Gemba	110
6.2	KATA-Coaching	113

6.3	Huddle Board.....	115
6.4	Lean Leadership-Verhalten	117
7.	FÜHRUNGSTHEORIEN.....	121
7.1	Definitionen.....	123
7.2	Führung und Lean Leadership.....	126
8.	FORSCHUNGSLÜCKEN	136
8.1	Hypothesen	141
8.2	Forschungsfragen	142
8.3	Abgrenzung	143
9.	METHODISCHES VORGEHEN.....	145
9.1	Aktionsforschung.....	145
9.2	Quantitativer Studienteil.....	149
9.2.1	Transformational Leadership Inventory (TLI).....	149
9.2.2	Shared Professional Leadership Inventory for Teams (SPLIT)	154
9.3	Quantitative Datenerfassung	160
9.4	Statistische Analyse.....	161
9.5	Qualitative Datenerfassung.....	162
9.6	Ethik.....	163
10.	ERGEBNISSE	165
10.1	Demographische Daten.....	166
10.2	Workshop-Evaluation.....	168
10.3	Quantitative Ergebnisse	169
10.4	Qualitative Ergebnisse.....	173
10.4.1	Huddle Board	175
10.4.2	Führungs-Gemba.....	178
10.4.3	KATA-Coaching	179
10.5	Erfolgsfaktoren	180
10.6	Barrieren.....	182
10.7	Empfehlungen	184
10.8	Fazit	184

11.	DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	186
12.	LIMITATIONEN	193
13.	ZUSAMMENFASSUNG	196
14.	SUMMARY	200
15.	LITERATURVERZEICHNIS.....	204
16.	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	215
17.	TABELLENVERZEICHNIS	217
18.	GLOSSAR.....	219
20.	LEBENS LAUF.....	224
21.	DANKSAGUNG	231
22.	PUBLIKATIONEN.....	232
23.	FORSCHUNGSPROJEKTE	233
24.	ANHANG	234
24.1	Information zur Umfrage	246
24.2	Fragebogen Transformational Leadership Inventory (TLI).....	247
24.3	Fragebogen Shared Professional Leadership Inventory for Teams (SPLIT)	248

1. EINLEITUNG

*"The failure of most Lean initiatives can be pinned on
a failure to change leadership practices"*

(Mann, 2009, S. 17)

Die Psychiatrie steht vor einem Veränderungsprozess. Sie ist gefordert, ihr humanistisches Behandlungsverständnis in viel stärkerer Weise als bisher mit wirtschaftlicher Verantwortung zu verbinden und dabei Intrapreneurship und Nutzerorientierung in ihr Selbstverständnis zu integrieren. In diesem Kontext kommt dem Lean Management-Ansatz hohe Relevanz zu.

In internationalen Fachzeitschriften ist seit dem Jahr 2000 eine vermehrte Berichterstattung über die erfolgreiche Übertragung von Lean Management in Spitäler zu beobachten (Breuer 2013, S. 1266). Insbesondere Universitätsspitäler sind auf hochkomplexe Fälle ausgerichtet. Diese Herausforderung lässt sich oft nur unter Einbezug mehrerer Disziplinen und Professionen lösen. Umso wichtiger ist eine reibungslos funktionierende Zusammenarbeit in multidisziplinären und multiprofessionellen Teams (Andersen et al., 2014, S. 19).

Die teamorientierte Kultur der Mayo Clinic (US-amerikanische Non-Profit-Organisation mit Sitz in Rochester und Minnesota) verbindet die professionelle Patientenbetreuung mit dem Anspruch, Qualität durch Beobachtung, Forschung und Bildung weiterzuentwickeln. Im besten Interesse der Patient(inn)en diskutieren alle Mitglieder des Betreuungsteams in einer Atmosphäre von Kollegialität und Respekt ihr Vorgehen.

Das Virginia Mason Medical Center in Seattle/USA möchte seinen Patient(inn)en die beste Gesundheitsdienstleistung bieten. Die Organisation setzt dabei auf einen multidisziplinären und multiprofessionellen Teamansatz, den sie als „Team Medicine“ bezeichnet. Jede(r) Mitarbeitende erhält unter dieser Voraussetzung die Möglichkeit, einen positiven Beitrag zum Wohlbefinden der Patient(inn)en und zum langfristigen Erfolg des Spitals zu leisten. Das Virginia Mason Medical Center hat in der Lean Healthcare-Entwicklung eine Vorreiterrolle eingenommen. Aufgrund des mitbestimmenden Problemlösungsverhaltens der

Fachpersonen ist es diesem Unternehmen gelungen, nicht nur Kosten zu senken, sondern auch die Qualität und Sicherheit der Dienstleistungen zu steigern (Spear, 2005, S. 28).

Das Experimentieren mit Lean Werkzeugen und Techniken war im psychiatrischen Setting des Kings Country Hospital, New York, ein wichtiger Lernprozess. Das Vorankommen mithilfe der Lean-Tools bei der Suche nach Lösungsansätzen und die Integration von Lean-Prinzipien in den Managementstil führte bei den Fachpersonen zu einem „Aha“-Erlebnis. Sie erkannten, dass Lean im Hinblick auf die Leistungsoptimierung keine Zugabe war, sondern tatsächlich die Gesamtleistung verbesserte. Lean stellte keine Ergänzung zu Tätigkeiten im Rahmen des Qualitätsmanagements dar, sondern war Qualitätsmanagements per se (Merlino et al., 2014, S. 123). Zudem erlebten die Fachpersonen, dass es viel effizienter und nachhaltiger ist, Mitarbeitende auf der Station zu befähigen, als im Unterricht. Ende 2011 führte das Kings Country Hospital das Konzept „Bring quality back to bedside“ durch Huddle Board ein. Die Mitarbeiterbeteiligung und das Engagement für innovative Aktivitäten waren zwar sehr intensiv, doch die Verbindung zwischen Qualität und täglicher Praxis erforderte eine neue Denkweise. Deshalb erfolgten Gemba-Walks (Merlino et al., 2014, S. 123).

Eine Vielzahl von Studien machte deutlich, dass der Führung herausragende Bedeutung zukommt, um Lean Management im Spital erfolgreich zu implementieren (Aij et al., 2015, S. 207; Drotz & Poksinska, 2014, S. 191; Doss & Orr, 2007, S. 8; Goodrifge et al., 2015, S. 12; Mann, 2009, S. 26; Mazzocato et al., 2010, S. 381; Steed, 2012, S. 57; Stöhr, 2015, S. 10; Toussaint, 2013, S. 14). Somit verdient Lean Leadership hohe Aufmerksamkeit bei der Einführung der Lean-Philosophie in Spitälern. In einem breiten Verständnis umfasst Lean weit mehr als die Verantwortung für perfekte Prozesse. Es fokussiert auch auf Respekt gegenüber jedem einzelnen Mitarbeitenden. Zugleich lässt sich Lean Leadership mit Servant Leadership – Führen mit Demut – in Verbindung bringen (Toussaint, 2015, S. 53).

Lean Leadership fördert durch den Coaching-Ansatz ein befähigendes Führungsverhalten und kooperative Führung. In diesem Zusammenhang trägt Lean Leadership auch zur partizipativen Patientenversorgung im Sinne eines gemeinschaftlichen klinischen Behandlungsprozesses bei. Dies erfordert einen Kulturwandel, da das Spitalwesen historisch stark ärztlich und männlich-hierarchisch geprägt ist. Durch die Feminisierung des Arztberufes

sowie durch die Professionalisierung der Pflege vollzieht sich jedoch aktuell eine Veränderung.

Führung gilt es stärker als Dienstleistungssystem zu verstehen, um organisationales Lernen zu fördern. Kontinuierliches kooperatives Lernen ist eine Grundlage, um Lean Leadership-Kultur nachhaltig zu etablieren. Dazu gehört, dass Führungspersonen kooperatives Lernen trainieren und kontinuierlich reflektieren. Dadurch kann kooperatives Lernen zu einer Routine im Führungsalltag werden. Ebenso kann auf diese Weise die wichtige Vorbildfunktion der Führungspersonen zum Tragen kommen.

Die Fokussierung auf Lean Leadership war geprägt durch die breite Erfahrung des Autors, der seit 2012 als Organisationsentwickler in die Lean Hospital-Entwicklung in der Schweiz involviert ist. In diesem Kontext zeigte sich, dass die Führung jeweils bei der strategischen Ausrichtung und Projektinitiation aktiv beteiligt war, jedoch oft nicht in den Veränderungsprozess und in die nachhaltige Umsetzung einbezogen war. Dadurch entwickelte sich das Hauptaugenmerk auf die Führung im Rahmen der Lean-Entwicklung.

Der Hintergrund der vorliegenden Untersuchung besteht im zunehmenden Interesse, das diverse Schweizer Spitäler an der Optimierung von Strukturen, Prozessen und Organisationsformen anhand der Lean-Philosophie und ihrer Prinzipien zeigen. Darüber hinaus besteht sogar die Absicht, Lean Management in die Spitalstrategie zu integrieren. Solche Entwicklungen sind in den Universitätsspitalen Zürich, Basel und Bern sowie in einigen Kantons- bzw. Regionalspitalen und Privateinrichtungen (Graubünden, Basel-Land, Biel, Interlaken, Männedorf, Clenia Group, Hirslanden etc.) zu beobachten (Netzwerk „Lean Healthcare“ des Spitalverbands der öffentlichen und privaten Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen). Als ausschlaggebende Gründe für die starke Lean-Bewegung sind sicherlich der Kosten- und Wettbewerbsdruck sowie die Verselbständigung der Spitäler und Kliniken anzusehen. Durch die Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG im Jahr 2012 haben sich diese Entwicklungen nochmals verstärkt.

Als erste zentrale Veränderung im psychiatrischen Setting erfolgte im Januar 2018 die Einführung eines national einheitlichen Tarifsystems „TARPSY“ (Tarifstruktur für die

stationäre Psychiatrie), um klare Rahmenbedingungen zu schaffen und die Transparenz bzw. Vergleichbarkeit von Leistungen, Kosten und Qualität zu erhöhen sowie den patientenorientierten Ressourceneinsatz zu fördern. Dieses neue Tarifsysteem soll einfach, manipulationsresistent und ausbaubar sein (Basisinformationen für Gesundheitsfachleute, SwissDRG).

Die zweite Veränderung besteht in der kantonalen Verselbständigung. Zunehmende Anforderungen an Dienstleistungen bei gleichzeitiger Limitierung der Finanzen und eingeschränkter Verfügbarkeit von Personal erfordern unternehmerisches Handeln (Aiken, 2005, S. 16). Die hierfür notwendige unternehmerische Mitverantwortung im Gesamtsystem lässt sich mithilfe von Lean Leadership aufbauen und fördern. Das Ziel besteht darin, die Wertschöpfungskette entlang des gesamten Behandlungsprozesses kontinuierlich zu optimieren oder neu zu gestalten. Dies fördert die notwendige nutzerorientierte Wettbewerbsfähigkeit, um Patient(inn)en sowie bestqualifiziertes Personal anzuziehen sowie das Spital finanziell und unternehmerisch gut aufzustellen.

Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Arbeit, wie Lean Leadership die Tätigkeit von Stationsleitenden des Pflegedienstes in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich beeinflusst. Weshalb eignet sich Lean Leadership gerade in dieser Institution? Durch die fachliche Entwicklung und Reorganisation zeigt sich hier ein hoher Bedarf, Führungsstrukturen und Prozesse zu standardisieren, um fließende, stabile und störungs- bzw. verschwendungsarme Patientenprozesse zu erreichen. Das Ziel besteht darin, die Sicherheit und Zufriedenheit der Patient(inn)en zu gewährleisten, die Arbeitsumgebungsqualität sicherzustellen und die Wertschöpfung kontinuierlich zu optimieren. Lean Leadership kann ein Konzept sein, um proaktiv auf den Wettbewerbs- bzw. Kostendruck in der Psychiatrie zu reagieren und der kantonalen Verselbständigung gerecht zu werden.

Die aktuelle Literatur zeigt, dass „Transformational Leadership“ bzw. „Shared Leadership“ einen bedeutenden Beitrag leisten, um eine Lean-Führungskultur zu verankern (Aij et al. 2015, S. 201). Die Forschungslücke besteht primär in der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Führungsverhalten im Kontext von Transformational Leadership bzw. Shared

Leadership und Lean Leadership-Konzepten wie Huddle Board, Führungs-Gemba und KATA-Coaching. Aktuelle Untersuchungen betonen zwar die Bedeutsamkeit der Führung beim Implementieren von Lean Hospital, nehmen jedoch die systematische Führungsentwicklung und deren Evaluation nicht in den Fokus.

Als Antwort auf diese Forschungslücke stehen in der vorliegenden Arbeit drei Lean Leadership-Konzepte im Zentrum: Führungs-Gemba, Huddle Board und KATA-Coaching. Seit 2013 kommen diese Konzepte auch in Schweizer Spitälern zum Einsatz. Im deutschsprachigen Raum bestehen hierzu noch keine systematischen Untersuchungen. Somit setzt die Arbeit an mehreren Forschungslücken an – mit dem Ziel, erste Erkenntnisse zur Lean Leadership-Entwicklung in der Praxis zu erhalten.

Nach Vater (2008, S. 65) sind Führungspersonen besonders gefordert, als Vorbild für alle Mitarbeitenden zu fungieren. Sie sollten die Lean-Philosophie verkörpern. In diesem Kontext nehmen pflegerische Führungspersonen im Wertschöpfungsprozess eine besondere Rolle ein. Ihnen obliegt es, den Behandlungsprozess abteilungsübergreifend aus Sicht der Patient(inn)en zu betrachten. Dabei sollten sie sich nicht ausschließlich als fachliche Oberaufsicht verstehen, sondern vielmehr als Coach und Berater(in). Somit ist ein Wandel vom transaktionalen zu transformationalen Leadership-Verhalten angestrebt. Die vorliegende Untersuchung ermittelt erstmals im deutschsprachigen Raum, welche Wechselwirkung zwischen Lean Leadership, Transformational Leadership und Shared Leadership besteht.

Die erste Forschungsarbeit zu Lean Leadership führten Aij et al. in den Jahren 2007 bis 2016 in einem niederländischen Universitätsspital durch. Trainingsprogramme in Bezug auf Huddle Board sowie Führungs-Gemba und KATA-Coaching waren jedoch nicht integriert. Maßnahmen zur Entwicklung von Transformational und Shared Leadership standen ebenfalls nicht im Zentrum.

Weitere Studienergebnisse weisen darauf hin, dass nicht nur das Führungsverhalten einzelner Personen erfolgsentscheidend ist, sondern vor allem die Führungsunterstützung durch die Teammitglieder (Werther 2013, S. 8). Deshalb erhält in der vorliegenden Arbeit

sowohl die Einzelführung als auch die Teamführung Aufmerksamkeit. Die vertikale Einzelführung erfolgt nach den Prinzipien des Transformational Leadership, während die horizontale Teamführung sich an Shared Leadership orientiert. Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, einen Beitrag zur Leadership-Entwicklung im Gesundheitswesen zu leisten. Die Erkenntnisse lassen sich auch in anderen Branchen nutzen.

Zu Beginn erfolgt eine Beschreibung der Ausgangslage und des Settings, der Problemstellung und des Forschungsstandes. Die Untersuchung verfolgt das Ziel, Lean Leadership-Konzepte zur Entwicklung von Führungskompetenz und entsprechendem Führungsverhalten von Stationsleitenden des Pflegedienstes in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zu testen und zu evaluieren. Diese Pilotstudie im Rahmen der Praxisentwicklung mit quasiexperimentellem Design orientierte sich methodisch an der Aktionsforschung. Auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche fand an drei Schulungstagen ein Training der Lean Leadership-Konzepte Huddle Board, Führung-Gemba und KATA-Coaching statt, um deren Implementierung vorzubereiten. Um die quantitativen Daten zu verstehen und zu interpretieren, erfolgten Fokusgruppeninterviews mit Schulungsteilnehmenden. Dabei fand auch eine Bewertung der Lean Leadership-Konzepte und eine Evaluation der Erfolgsfaktoren bzw. Barrieren bei der Implementierung statt.

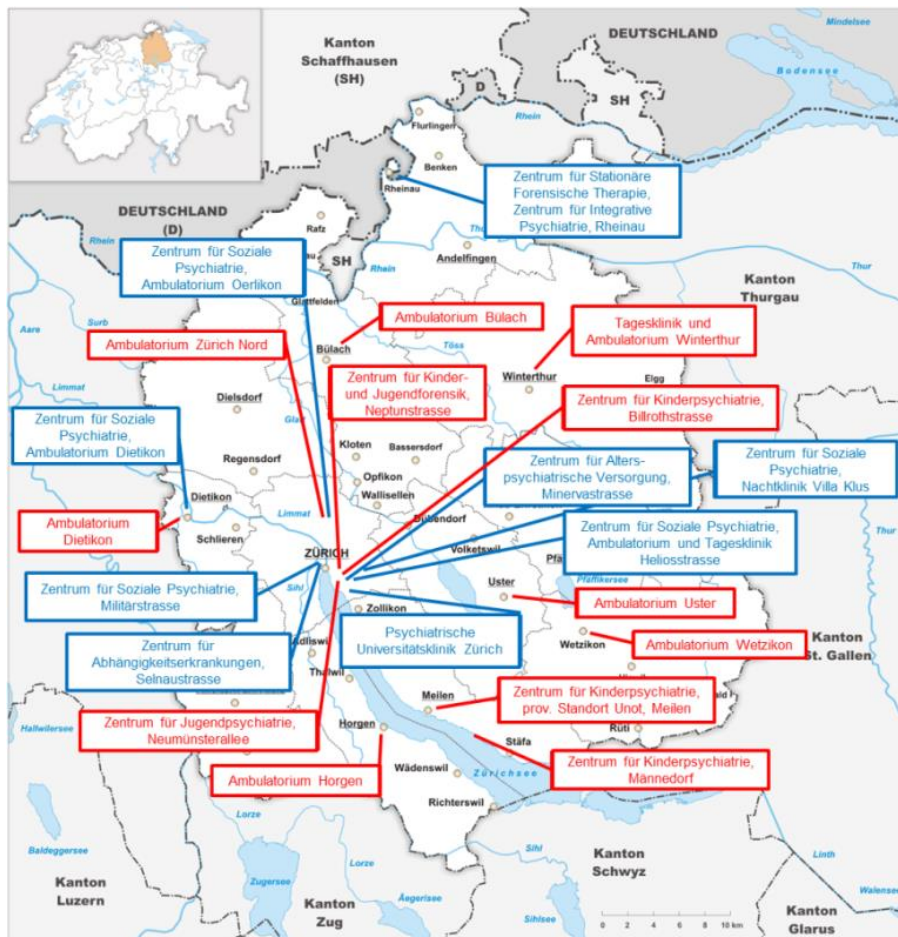
Nach der Darstellung der Ergebnisse und der Diskussion folgt eine Erläuterung der Limitationen. Eine Zusammenfassung der Studie auf Deutsch und Englisch bildet den Abschluss.

2. AUSGANGSLAGE

Dieses Kapitel beschreibt den Kontext der vorliegenden Untersuchung. Zunächst erfolgt eine Darstellung des Untersuchungsortes, der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, anschließend eine Beschreibung des Pflegedienstes und der Führungsentwicklung. Die Handlungsschwerpunkte der psychiatrischen Pflege sind ebenfalls thematisiert. Das Ziel dieses Kapitels besteht darin, die Einbettung dieser Lean Leadership-Untersuchung sichtbar zu machen. Denn Praxisforschung als solche ist stets systemisch zu betrachten, um die Ergebnisse in einem breiteren Kontext zu verstehen.

2.1 Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) steht mit dem Leistungsauftrag der Grundversorgung, Lehre und Forschung im Dienst der Einwohner(inn)en der Stadt Zürich und des Großraums Zürich. In der 1870 gegründeten, international renommierten ehemaligen Klinik „Burghölzli“ waren wegbereitende Persönlichkeiten der Psychiatrie wie August Forel, Eugen Bleuler und Carl Gustav Jung tätig. Heute führt die PUK ihre wegweisende Tradition fort. Dabei orientiert sie sich an den Prinzipien einer evidenzbasierten Behandlung. Sie integriert individuelle klinische Expertise mit der besten verfügbaren externen Evidenz aus systematischer Forschung und Patientenpräferenz (Sackett et al., 1999, S. 71). Die Klinik hat verschiedene Zentren bzw. Standorte im Kanton Zürich und ist organisch gewachsen. Dadurch entsteht die Herausforderung, die Dienstleistungen der PUK möglichst zu zentralisieren, um Synergien zu nutzen und Kosten zu senken. Die folgende Übersicht (Abbildung 1) zeigt die verschiedenen Standorte der stationären und ambulanten Zentren der Erwachsenenpsychiatrie (blau) und der Jugendpsychiatrie (rot).



Übersicht der PUK-Institutionen

Abbildung 1: Übersicht der PUK-Institutionen. (Quelle: PUK)

Die PUK charakterisiert sich in ihrem aktuellen Klinikporträt mit folgenden Worten: „*Unser zentrales Anliegen ist, eine Person orientierte Therapie und Pflege sicherzustellen und so alles dafür zu tun, dass unsere Patient(innen) und Patienten rasch zu ihrem psychischen Wohlbefinden zurückfinden (2016, S. 1)*“. Bei der Versorgung gilt das strategische Prinzip „ambulant vor teilstationär vor stationär“.

Spezialsprechstunden, Ambulatorien und andere niederschwellige Angebote tragen nachweislich dazu bei, Klinikeintritte, längere stationäre Aufenthalte und größere Unterbrüche beim Schulbesuch oder im Berufsleben zu vermeiden. Eine verzahnte Versorgungskette mit stationären, tagesklinischen und ambulanten Angeboten soll dazu beitragen, Patient(inn)en mit schweren und chronischen Verläufen auf ihr Leben nach der Erkrankungsphase sorgfältig vorzubereiten.

Die PUK erbringt ihre Dienstleistungen in vier Kliniken: (1) Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik für Erwachsene (KPPP), (2) Klinik für

Forensische Psychiatrie (KFP), (3) Klinik für Alterspsychiatrie (KAP) und (4) Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP).

Das folgende Organigramm beschreibt die duale ärztliche-pflegerische Linienorganisation.

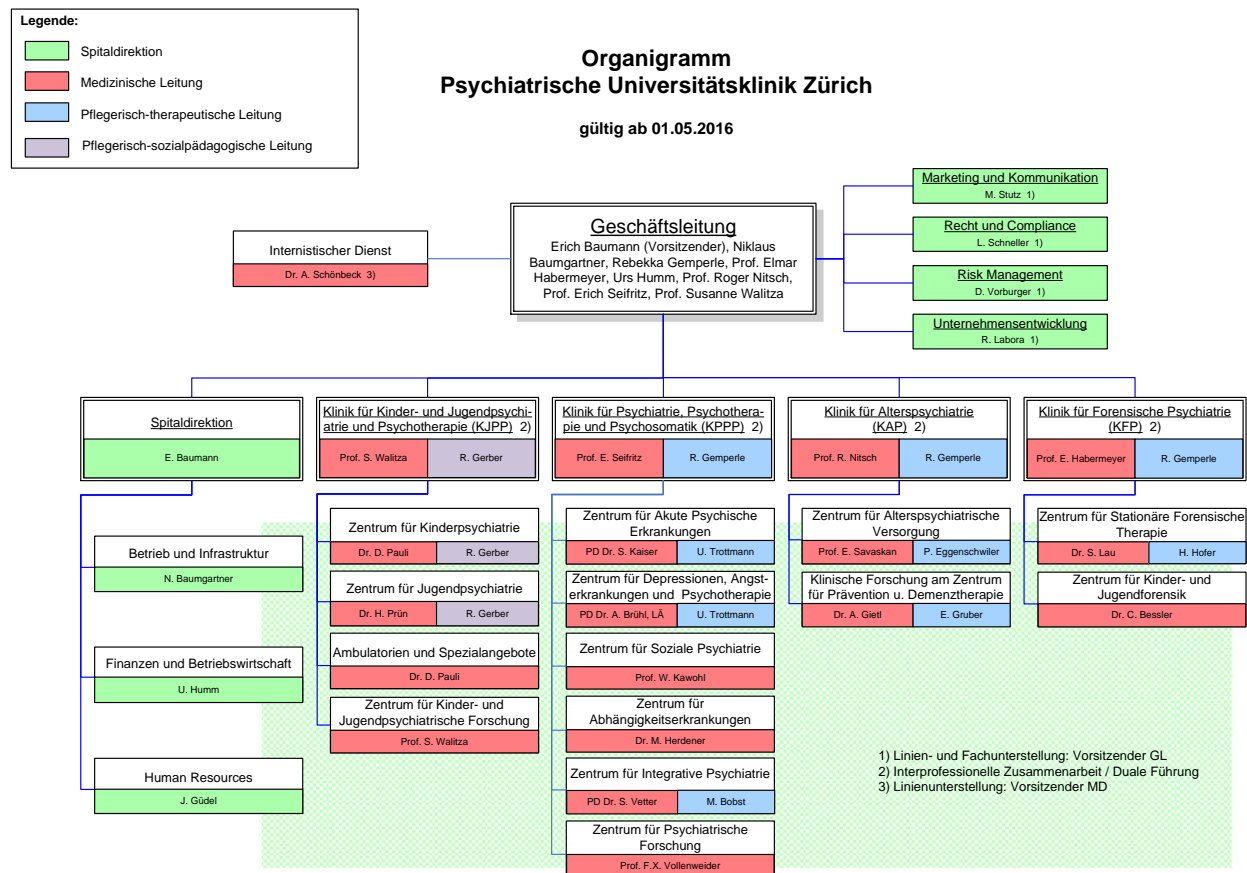


Abbildung 2: Organigramm der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. (Quelle: PUK)

Acht Berufsgruppen stellen die Kern- und Supportaufgaben sicher. Die Pflege ist die größte Berufsgruppe. Ihr kommt im Kernprozess eine Drehscheibenfunktion zu. Die Fallführung im klinischen Behandlungsprozess vom Eintritt bis zum Austritt obliegt Ärztinnen und Ärzten bzw. Psycholog(inn)en. Eine große Herausforderung besteht in der Rekrutierung von qualifiziertem Pflegepersonal, um eine hohe budgetierte Bettenauslastung von 95.2% sicherzustellen (PUK, 2017).

Laut Obsan-Bericht (12/2016, S. 3) ist schweizweit bis zum Jahr 2030 mit schätzungsweise 65'000 zusätzlich benötigten Pflegefachpersonen zu rechnen, davon 29'000 mit Tertiärabschluss und circa 20'000 mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II (Berufslehre). Dieser wachsende Personalbedarf kann bei weitem nicht durch die aktuelle Zahl der Ausbildungsabschlüsse kompensiert werden. Es ist unumgänglich, Maßnahmen zur

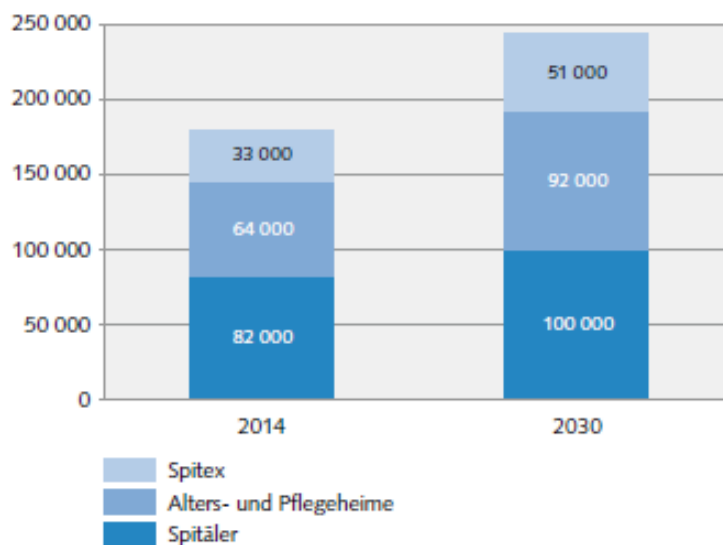
Förderung des eigenen Nachwuchses zu treffen. Ebenso wichtig ist es, Pflegefachpersonen den Wiedereinstieg in den Beruf zu erleichtern. Durch interne Laufbahnmodelle die Personalbindung aktiv zu gestalten, stellt ebenfalls eine Notwendigkeit dar. Weiterhin ist es erforderlich, wirkungsvolles Marketing zur Personalsicherung zu etablieren. Hierbei gilt es, die Arbeitsumgebungsqualität zu monitorisieren und permanent zu optimieren. Dies impliziert, die interprofessionelle Zusammenarbeit, das Führungsverhalten, die Arbeitslast und die Arbeitszufriedenheit zu evaluieren.

Eine qualitative Teilstudie zu diesen Parametern zeigte auf, dass die Einführung der Fallkostenpauschale die Bedingungen der professionellen Pflege beeinflusst. Die Arbeitsbedingungen sind fragil und wirken sich auf die Patientenergebnisse aus. Kontextfaktoren bieten großes Potential, um positive Patientenergebnisse und hohe Arbeitszufriedenheit zu erreichen (Rettke et al., 2015, S. 133).

In der Schweiz werden in Zukunft immer mehr Pflegefachkräfte fehlen und der Nachwuchs wird nicht mehr ausreichen, um die Versorgungsansprüche zu decken. Die grösste aktuelle und zukünftige Herausforderung ist zum einen die Versorgung trotz Pflegepersonalbedarfs sicher zu stellen und zum anderen die bestmögliche Pflegequalität zu erhalten. Die Tabelle 1 illustriert die Prognose zur Zunahme des Pflegebedarfs von 2014 und 2030 in der Schweiz. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, muss den Mitarbeitenden eine Zukunftsperspektive geboten werden. Entwicklungsperspektiven sind in Zeiten von einem immer bedrohlicher werdenden Pflegefachkräftemangel unerlässlich. Laufbahnmodelle können dazu beitragen, um den Mitarbeitenden neue Wege aufzuzeigen und diese gemeinsam mit ihnen zu gehen.

Prognose zur Zunahme des Pflegepersonalbedarfs in der Schweiz (Anzahl Beschäftigte), 2014 und 2030

Abb. 3



Quellen: BFS – Krankenhausstatistik, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen und Spitex-Statistik © Obsan 2016

Tabelle 1: Prognose zur Zunahme des Pflegepersonalbedarfs in der Schweiz. (Quelle: Obsan Bulletin 12/2016, S. 3)

Personalbestand:	2042 Mitarbeitende inklusive Auszubildende (1580 Stellen)	
Herkunft:	Schweiz 69%	Ausland 31%
weiblich:	61%	
männlich:	39%	

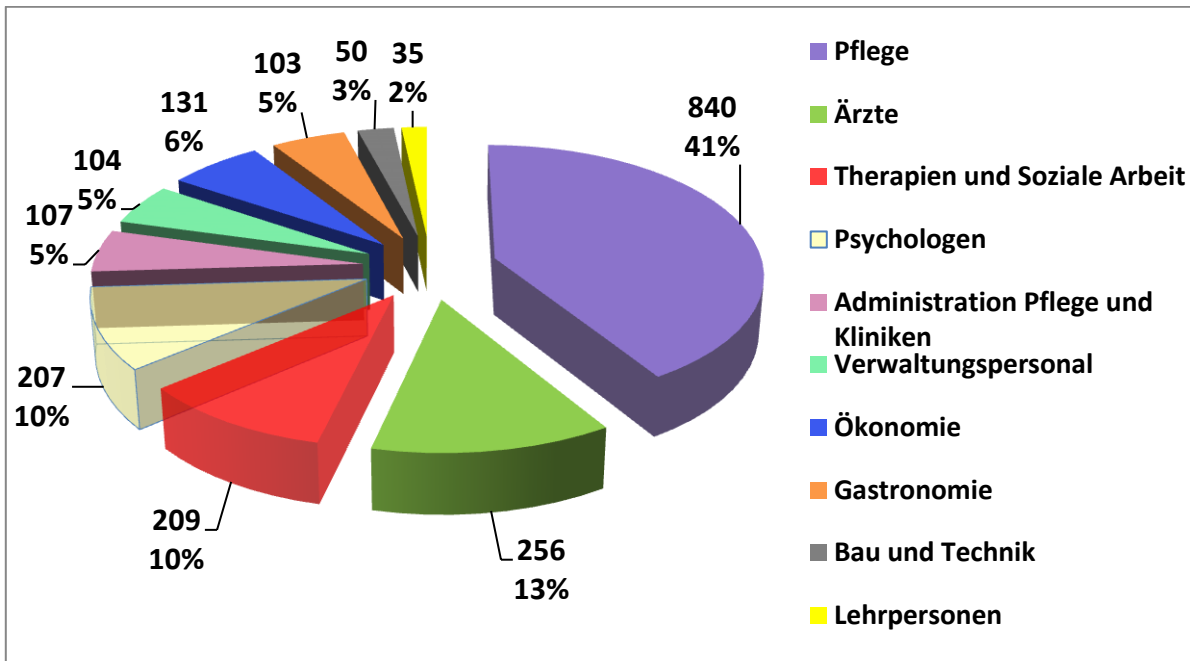


Tabelle 2: Verteilung der Mitarbeitenden auf die Berufsgruppen in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Die PUK verfügt über Angebote der Grund- und Spezialversorgung in allen Krankheitsphasen für alle Altersstufen, wie die folgende Übersicht zeigt (PUK Jahresbericht 2016, S. 35-44)

- Anzahl der Betten: 560
- Alter Erwachsenenpsychiatrie: Ø 41 Jahren
- Alter Alterspsychiatrie: Ø 77 Jahren
- Frauenanteil: 62% - 64% (je nach Versorgungsbereich)
- Männeranteil: 36% - 38% (je nach Versorgungsbereich)

Anteile der Versorgungsbereiche 2015	Erwachsenenpsychiatrie	Alterspsychiatrie	Forensische Psychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ambulant	35.8 %	25.9 %	14.8 %	60 %
Tagesklinik	13.9 %	10.7 %	-	16.8 %
Stationär	50.2 %	63.4 %	85.2 %	23.2 %

Tabelle 3: Anteile der Versorgungsbereiche 2015. (Quelle: PUK)

Diagnosen im stationären Bereich	Erwachsenenpsychiatrie	Alterspsychiatrie	Forensische Psychiatrie
Organische Störungen	1.9 %	41.2 %	0.8 %
Substanzstörungen	24.9 %	6.6 %	3.8 %
Psychotische Störungen	26.0 %	13.2 %	77.4 %

Affektive Störungen	23.6 %	33.4 %	5.3 %
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	13.3 %	4.3 %	2.3 %
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8.5 %	0.3 %	8.3 %
Übrige	1.7 %	0.8 %	2.3 %

Tabelle 4: Diagnosen im stationären Bereich 2015. (Quelle: PUK)

Aufenthaltsdauer Erwachsenenpsychiatrie: 25.7 Tage

Aufenthaltsdauer Alterspsychiatrie: 37.4 Tage

Wirtschaftliches Gesamtergebnis (in 1000 Franken)

Aufwand 2015: 195'559

Ertrag 2015: 197'637

Betriebsergebnis: -2'078

Die stationären, tagesklinischen und ambulanten Angebote sind aktuell wie in früheren Jahren sehr gut ausgelastet, was im Jahr 2016 zu einem positiven Ergebnis führte (PUK Jahresbericht, 2016). In Zukunft wird sich der Wettbewerbs- und Kostendruck verschärfen. Dadurch werden weitere Maßnahmen bei Tarifverhandlungen für einen mittelfristigen ausgeglichenen Finanzhaushalt erforderlich. Es besteht ein langfristiger Investitionsbedarf. Zur nachhaltigen Finanzierung der Investitionen müssen die psychiatrischen Kliniken eine nachhaltige Gewinnmarge – EBITDA (**e**arnings **b**efore **i**nterest, **t**axes and **a**mortization) von mehr als 5-6% erwirtschaften. Dieser Prozentsatz liegt über dem Durchschnitt der psychiatrischen Kliniken in der Schweiz. Die EBITDA-Marge der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich betrug 2016 12.5%. Dieser Prozentsatz ist tiefer als in somatischen Spitälern, da diese eine höhere Rendite erwirtschaften können. Prozess- und kostenoptimiertes Bauen wird zum strategischen Erfolgsfaktor. Die PUK muss Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung beobachten und Innovationen fördern, um auch weiterhin Trendsetterin in der Psychiatrie zu sein. Dabei ist es wichtig, durch Spezialisierung den Nutzwettbewerb im Kontext der evidenzbasierten Behandlung zu verstärken und als Hauptfokus zu bewahren.

Im Rahmen der Zusammenführung der Klinik Ost und der Klinik West zur Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP) entstand ein gemeinsames Führungsmodell. Auf der Grundlage einer Literaturrecherche und Kontextanalyse der KPPP fiel die Wahl auf das delegative Führungsmodell nach Wunderer (2011, S. 229). Es entspricht einerseits dem Leitbild der PUK und weist andererseits messbare Verhaltenskriterien auf. Unter „Delegation“ ist die Übertragung von Rechten und Pflichten zu verstehen, wobei Aufgaben-, Ziel- und Missionsorientierung auf jeder Hierarchiestufe in systematischer Weise miteinander verknüpft sind. Zur Umsetzung dieser missions- bzw. visionsorientierten Delegation ist das Transformational Leadership-Konzept relevant: „Ergebnisse verschiedener empirischer Studien deuten darauf hin, dass Transformational Leadership die Arbeitsleistung, Wirkungsmöglichkeit und Motivation der Mitarbeitenden positiv beeinflusst“ (Wunderer, 2011, S. 244). Wunderer (2011) weist darauf hin, dass Transformational Leadership oft auf unkritische Weise idealisiert wird, da insbesondere dem „Charisma“ als Persönlichkeitsmerkmal Grenzen gesetzt sind.

2.2 Führungsentwicklung in der Direktion PTS

Die aktuelle Geschichte der Führungsentwicklung in der Direktion Pflege, Therapien und Soziale Arbeit (DPTS) bildet den Hintergrund dieser Arbeit. Im Rahmen eines Führungswechsels fanden 2011 mehrere Veränderungen statt. Die Steuerung der PUK war in der Vergangenheit Sache der Direktion PTS, gemeinsam mit den Stationsleitenden. Das obere Kader (Leitungen Pflege) war nicht beteiligt. Bei monatlichen Kadermeetings ging es primär um Information und lediglich sekundär um Entwicklung. Es handelte sich um einen „Bottom-up“-Ansatz mit der Leitfrage: Was benötigen die Stationsleitenden? Die Teilnahme an den Kadermeetings war freiwillig. Es bestand keine Anwesenheitspflicht.

Die Direktion PTS ist als einzige Fachdisziplin in allen Kliniken vertreten und wird zentral geleitet. Die Führung der Pflege ist in der Gesamtorganisation über alle Hierchiestufen hinweg als dualer Führungspartner mit der Ärzteschaft positioniert. Dies stellt einerseits einen starken Einfluss auf die Fachentwicklung und andererseits die direkte Personalführung sicher. Dadurch wird die professionelle Autonomie und Emanzipation der Pflege explizit unterstützt. Ebenso ist es auf diese Weise möglich, auch die Pflegewissenschaft zu fördern.

Viele Schweizer Spitäler und Kliniken haben in den letzten Jahren eine Transformation in Richtung Matrixorganisation unternommen. Teilweise wurde der Pflegedienst direkt der Ärzteschaft unterstellt. Diese Teilung zwischen der Personal- und Fachführung hatte zur Folge, dass der gesamte Pflegedienst als größte Berufsgruppe entmachtet wurde. Hinsichtlich der Funktion der DPTS fällt im Organigramm auf, dass neben der Direktorin, einem Stellvertreter und zwei Vizedirektor(inn)en viele Personen des obersten Kadere vertreten sind. Dies fördert unweigerlich die Hierarchisierung bzw. den Koordinationsaufwand und entschleunigt die Entscheidungsprozesse. Zusätzlich ist durch den individuellen Machtanspruch ein Konfliktpotential vorprogrammiert. Dies steht jedoch im Widerspruch zu Lean Leadership. Bei den Probanden dieser Studie kann dies zu Dissonanzen führen. Lean Leadership zielt auf flache Hierarchien, kurze Entscheidungswege und standardisierte Führung. Auch die innere Motivation für Aktionen und deren Veränderungspotenzial kann dadurch sinken.

Der Verwaltungsrat der PUK ist für die Organisation der Direktionen verantwortlich und wird diese kritische beleuchten, wenn die Direktion PTS diese kritische Auseinandersetzung nicht selbst in die Hand nimmt.

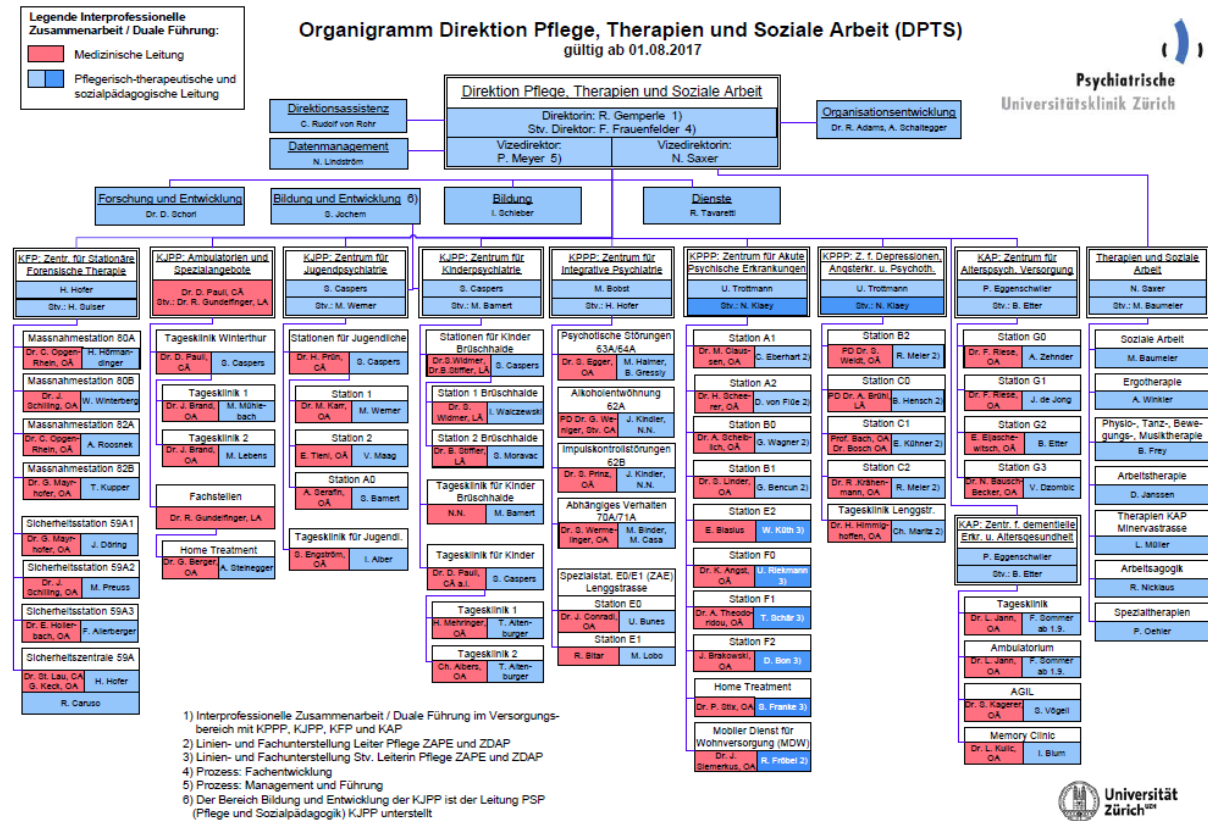


Abbildung 3: Organigramm der Direktion Pflege, Therapien und Soziale Arbeit. (Quelle: PUK)

Die neue Direktorin PTS veränderte zunächst die Zusammensetzung des Kadermeetings. Mindestens zwei Leitungen Pflege mussten teilnehmen. Jede Leitung wurde verpflichtet, jeweils zwei Stationsleitende nach dem Delegationsprinzip für das neu zusammengesetzte Führungsentwicklungsgremium zu stellen. Zu Beginn erfolgte keine Informationsweitergabe aus diesem neuen Führungsentwicklungsgremium an die Kaderkolleg(inn)en. Somit fand nur ein isoliertes Lernen statt. Nach kritischer Reflexion unter Einbezug externer Beratung unterteilte die Direktorin PTS das bestehende Führungsgremium in ein Informations- und ein Entwicklungsgremium. Zu Beginn war unklar, wie die Direktion PTS eine Führungsentwicklung lancieren wird und welche Instrumente hierfür zum Einsatz kommen sollten. Auch war noch nicht bekannt, ob beispielsweise eine Kulturanalyse notwendig ist und welches theoretische Modell der Organisationsentwicklung sich eignet.

Die Handlungsmaxime sollte lauten „Mache und lebe es!“. Ein ganzheitliches Konzept zur Führungsentwicklung war zunächst aus innerbetrieblichen Gründen noch nicht möglich.

Im Frühling 2012 fand eine Evaluation des Kadermeetings der Direktion PTS statt. Die Bewertung war zwar gut. Es zeigten sich jedoch akzentuierte Verbesserungswünsche, unter anderem die Überarbeitung des Thementeils und die Einführung von Arbeitsgruppen. Auf der Basis dieser Evaluationsergebnisse entstand im Herbst 2012 ein erstes Kadermeeting-Konzept, das ein Jahr lang zum Einsatz kam. Rückmeldungen und Erfahrungen bildeten die Grundlage, um dieses Konzept bis zum Jahresbeginn 2014 zu überarbeiten und teilweise neu zu durchdenken. Diese Entwicklung geschah prozessartig und mündete in ein neues Konzept. Um die „Wissensinsel“ zwischen den Zentren und Kliniken aufzubrechen und das neue Gefäß der Führungsentwicklung möglichst wirkungsvoll zu nutzen, entstand im Juni 2016 mit der internen Organisationsentwicklung das aktuelle „Konzept Kadermeeting PTS“. Ziel und Zweck des aktuellen Kadermeetings bestehen darin, dem Kader der Direktion PTS ein Forum des gemeinsamen Lernens zu bieten. Drei Ziele bzw. Schwerpunkte stehen im Zentrum:

Eine „Lernende Organisation“ soll entstehen. Sie stellt einen Ort dar, an dem Menschen kontinuierlich entdecken, dass sie ihre Realität selbst gestalten können. Sie sind davon überzeugt, die Realität verändern zu können. Senge (2011) beschreibt die Gestaltung einer „Lernenden Organisation“ anhand von fünf Disziplinen: eine gemeinsame Vision entwickeln (1), mentale Modelle praktizieren (2), Teamlernen fördern (3), persönliche Meisterschaft trainieren (4) sowie systemisches Denken etablieren (5). Diese fünf Kerndisziplinen können Führungspersonen dabei unterstützen, eine „Lernende Organisation“ zu entwickeln, um sich für zukünftige Herausforderungen zu stärken. Dies umfasst das kontinuierliche Streben nach Selbstschulung und Entwicklung sowie die Auseinandersetzung mit mentalen Modellen wie Glaubenssätzen, Werten, Haltungen und Annahmen. Durch die Entwicklung einer gemeinsamen Vision lässt sich das Wir-Gefühl stärken. Dabei ist es zentral, das Potenzial aller Mitarbeitenden zu nutzen, indem unterschiedliche Meinungen für anstehende Entscheidungen zum Tragen kommen. Daraus lässt sich ein starkes Leadershipverhalten im Sinne von Empowerment, Ermächtigung und Lösungsorientierung ableiten. Diese Tugenden sind auch im Rahmen von Lean Leadership gefordert. Somit stehen „Lernende Organisation“ und Lean Leadership in direkter Beziehung zueinander. Es gibt Unternehmen, die Lean-

Programme unter dem Oberbegriff „Lernende Organisation“ implementieren, unter anderem, um eine ablehnende Haltung gegenüber Lean Management zu umgehen.

Das Kadermeeting hat den Auftrag, das Konzept der „Lernenden Organisation“ umzusetzen, die berufliche Weiterentwicklung der Teilnehmenden zu fördern, sie in ihrer Führungsverantwortung zu stärken und darüber hinaus neuen Themen Raum zu geben. Die Kreativität des Kaders soll zum Tragen kommen, ebenso die Ideen und Vorschläge der Mitarbeitenden. Durch aktiven Einbezug des Kaders beim Ausarbeiten von Themen soll sich auch die Verbundenheit mit der Direktion PTS festigen.

Eine „Lernende Organisation“ zu entwickeln, hat auch einen direkten Bezug zu Lean Management. Ballé und Régnier (2007, S. 33) bezeichnen Lean Management im Spital als „lernendes System“. Die entscheidende Herausforderung besteht darin, Lean Management nicht nur als „Toolbox“ zu verstehen und nicht ausschließlich als ein Ziel zu betrachten, das nur die Berufsgruppe der Pflege verfolgt. Lean stellt ein Lernsystem dar. Es dient dazu, dass Patient(inn)en mehr Sicherheit und kürzere Durchlaufzeiten während ihres Spitalaufenthalts erleben. Auch der Pflegeberuf profitiert von Lean Management, in erster Linie durch ein verbessertes Verständnis der eigenen Handlungen und durch optimierte Prozesse.

Ein weiterer Auftrag des Kadermeetings besteht darin, die Mitglieder des Kaders über Aktuelles zu informieren. Dabei handelt es sich um Themen, die sich nicht im Rahmen anderer Gefäße kommunizieren lassen. Der dritte Schwerpunkt des Kadermeetings bezieht sich die Förderung der gemeinsamen Kultur und der intra- bzw. interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Abbildung 4 stellt zusammenfassend die Schwerpunkte zum Konzept Kadermeeting zur Führungsentwicklung dar.

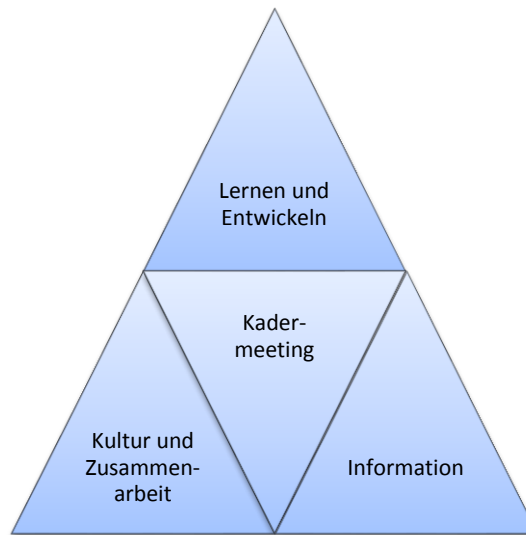


Abbildung 4: Konzept Kadermeeting. (Quelle: eigene Darstellung)

Im ersten Entwicklungsjahr 2015 erfolgten Impulsreferate, eine Transferinteraktion sowie Maßnahmen zur Kulturentwicklung. Zu Beginn war das Gremium nicht arbeitsfähig, da große Zurückhaltung herrschte und wenig offener Austausch zwischen den Stationen und Fachbereichen stattfand. Die Direktion PTS wurde stark polarisiert.

Die Gruppenzusammensetzung förderte die Arbeitsfähigkeit und das Lernen. Es erfolgte eine Vernetzung verschiedener Kliniken, Zentren und Bereiche. Sechsmal jährlich fanden jeweils halbtägige Treffen statt. Das Thema des letzten Treffens mit allen Leitungspersonen des Managements, des Fachs und der Bildung lautete „Rückblick und Ausblick“ – mit dem Ziel, Jahresthemen und Zielsetzungen festzulegen.

Im zweiten Entwicklungsjahr erfolgte eine Vertiefung des Praxistransfers. Dies führte jedoch nicht zu einer Weitergabe der Erkenntnisse und Ergebnisse auf die Stationen. Der Praxistransfer geschah mithilfe von Peer-Gruppen, die Themen bearbeiteten.

Im Entwicklungsjahr 2017 stand der Transfer von Erkenntnissen auf den Stationen anhand der Methodik des Aktionslernens im Hauptfokus. Auf diese Weise sollte das „organisationale Lernen“ nach Senge (2011, S. 15-22) gefördert werden.

Vor diesem Hintergrund fokussiert die vorliegende Forschungsarbeit ausschließlich Lean Leadership im Pflegedienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Dadurch ist es möglich, die Methodik in einem begrenzten Bereich zu testen. Obwohl großes Interesse von Seiten anderer Spitäler an einer multizentrischen Studie bestand, ergaben sich nach

kritischer Prüfung zwei Gründe, die gegen ihren Einbezug sprachen. Zum einen lag es an der mangelnden Expertise in Bezug auf Lean Leadership-Entwicklung und zum anderen am hohen Koordinationsaufwand und der damit verbundenen Störungsanfälligkeit.

2.3 Spezifika der psychiatrischen Pflege

Die American Nurses Association (ANA) definiert Pflege als die „Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen auf vorhandene oder potenzielle Gesundheitsprobleme“ (Sauter et al., 2015, S. 44). Diese Definition zeigt den Unterschied zwischen Pflege und Medizin in Bezug auf den Behandlungsauftrag auf. Die Pflege beschäftigt sich mit der Auswirkung einer Krankheit, die Medizin hingegen mit der Behandlung einer Krankheit. „Ein depressiver Patient leidet morgens unter Antriebsmangel. Die Aufgabe der psychiatrischen Pflegenden besteht nun darin, mit dem Patienten zusammen Strategien zu entwickeln, wie er trotz seines Antriebsmangels seine Alltäglichkeiten (etwa Körperpflege, Einnahme des Frühstücks) bewältigt“ (Sauter et al., 2015, S. 44). Ungeachtet des Unterschieds zwischen Psychiatrie und Somatik bleiben „die spezifischen pflegerischen Fragestellungen im Wesentlichen dieselben:

- Wie wirken sich Krankheit bzw. Therapie auf den Alltag der Patient(innen) aus?
- Wie kommen Patient(innen) mit den Krankheitsfolgen bzw. der Therapien zurecht?
- Welche Ressourcen können zu subjektivem Wohlbefinden und zum Erhalt der Autonomie verhelfen?
- Wie gehen Patient(innen) mit gesundheitlicher Gefährdung bzw. Vulnerabilität um?“ (vgl. Sauter et al., 2015, S. 44).

Der Auftrag der professionellen Pflege besteht darin, Patient(inn)en in diesen Bereichen partnerschaftlich zu begleiten und zu unterstützen. In der Psychiatrie geht es darum, Einflussfaktoren, Ursachen und die Dynamik der menschlichen Psyche zu verstehen, zu behandeln und zu erforschen. Klare Kausalitäten sind weniger gegeben als in der Somatik. Es gilt, Gesundheits- und Krankheitsphänomene „bio-psychosozial“ und systemisch zu betrachten bzw. zu behandeln. Aufgrund von Stimmungsschwankungen der Patient(inn)en sind bei der Tagesgestaltung individuelle, patientenzentrierte Anpassungen erforderlich. Deshalb erfordert die Implementierung von Lean Management im psychiatrischen Setting eine zusätzliche Anpassung. In der psychiatrischen Pflege stellen Beziehungspflege und

Kommunikation die Hauptwerkzeuge dar, damit Patient(inn)en Copingstrategien entwickeln können.

Zusammenfassend lässt sich zur Ausgangslage Folgendes festhalten. Als größte psychiatrische Klinik der Schweiz ist die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich eine Linienorganisation. Sie erhielt Anfang 2018 infolge der kantonalen Verselbständigung einen Verwaltungsrat. Dies wird die Geschäftsleitung bezüglich strategischer und operativer Führung vor neue Herausforderungen stellen. Denn dadurch stehen die strategische Ausrichtung, die Machtverteilung und die Steuerungsprozesse zwischen Verwaltungsrat und Geschäftsleitung zur Diskussion.

Mit Blick auf die Organisationsstruktur der Direktion PTS lassen sich Widersprüche in Bezug auf Lean Leadership aufzeigen. Die Direktion PTS hat die Führungsentwicklung intensiviert, vor allem durch das Anstreben einer „Lernenden Organisation“ sowie durch Instrumente wie Aktionslernen. In diesen Veränderungsprozess konnte die vorliegende Lean Leadership-Untersuchung einbettet und nachhaltig verankert werden.

3. PROBLEMSTELLUNG

Abgeleitet aus der Organisationsentwicklung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, den äußeren Einflussfaktoren sowie dem Forschungsstand zu Lean Hospital ergaben sich für dieses Dissertationsprojekt drei Problemfelder.

Als Erstes stehen die zunehmenden Herausforderungen und Anforderungen der Stationsleitenden im Fokus. Als Zweites gewinnt ein wirkungsvolles und nachhaltiges Prozessmanagement zunehmend an Bedeutung, um die Qualität bzw. die potentiellen Erträge zu steigern und die Kosten zu senken. Abgeleitet aus dem zweiten Problemfeld zeigt die Lean Healthcare-Forschung, dass ein zentraler Erfolgsfaktor für die Lean-Implementierung die Führung selbst darstellt. Dieses dritte Problemfeld betrifft die Lean Leadership-Entwicklung.

Das erste Problemfeld erfordert, transaktionale Führung mit dem immer häufiger geforderten transformationalen Leadership-Konzept in Einklang zu bringen. Dazu gehört, das Tagesgeschäft zu planen und zu organisieren sowie Managementaufgaben wahrzunehmen, damit der Stationsalltag reibungslos funktionieren kann. Dabei ist es wichtig, verstärkt Innovationen in die Versorgung zu integrieren, um Patientenbedürfnissen sowie juristischen und ökonomischen Vorgaben gerecht zu werden. Die Stationsleitenden haben einerseits eine zentrale Drehscheibefunktion in der Wertschöpfungskette. Andererseits befinden sie sich in einer „Sandwichposition“ zwischen ihren Vorgesetzten und den Mitarbeitenden des Teams.

Die Anforderungen an die Stationsleitenden sind in den letzten Jahren stark gestiegen. Dennoch erhielten sie kaum zusätzliche Kompetenzen und nur geringes Empowerment. Hinzu kam der organisatorische Wandel infolge der Verselbständigung der PUK. Die Einführung der Fallpauschalen und das Wachstum der Organisation lösten ebenfalls Veränderungen aus. Stationsleitende sollen heute zwar unternehmerisch agieren, hierfür fehlen ihnen jedoch oft die notwendigen Werkzeuge und Kompetenzen.

Das zweite Problemfeld bezieht sich auf das vernachlässigte Prozessmanagement. Der Bundesrat fordert in den „Gesundheitspolitischen Prioritäten 2020“ ein besonderes

Augenmerk auf Effizienzsteigerung (Bundesamt für Gesundheit, 2013, S. 9-10). Kassenpflichtige Leistungen könnten durchschnittlich rund zwanzig Prozent günstiger erbracht werden. Um dies zu erreichen, sollten zum Beispiel Fehlanreize in den Vergütungssystemen der ambulanten Versorgung beseitigt werden. Zudem sollten Maßnahmen zur Effizienz- und Qualitätssteigerung erfolgen. Auf diese Weise könnte das Gesundheitssystem durch Effizienzsteigerung bezahlbar bleiben. Die weiterhin steigenden Kosten stellen für Personen mit tiefem Einkommen und insbesondere für den unteren Mittelstand eine enorme finanzielle Belastung dar. Die Leistungsangebote sollten auf die hochspezialisierte Medizin in bestimmten Zentren konzentriert werden, um Ineffizienzen und Doppelspurigkeiten zu beseitigen und die Versorgungsqualität zu erhöhen (Bundesamt für Gesundheit, 2013, S. 9-10).

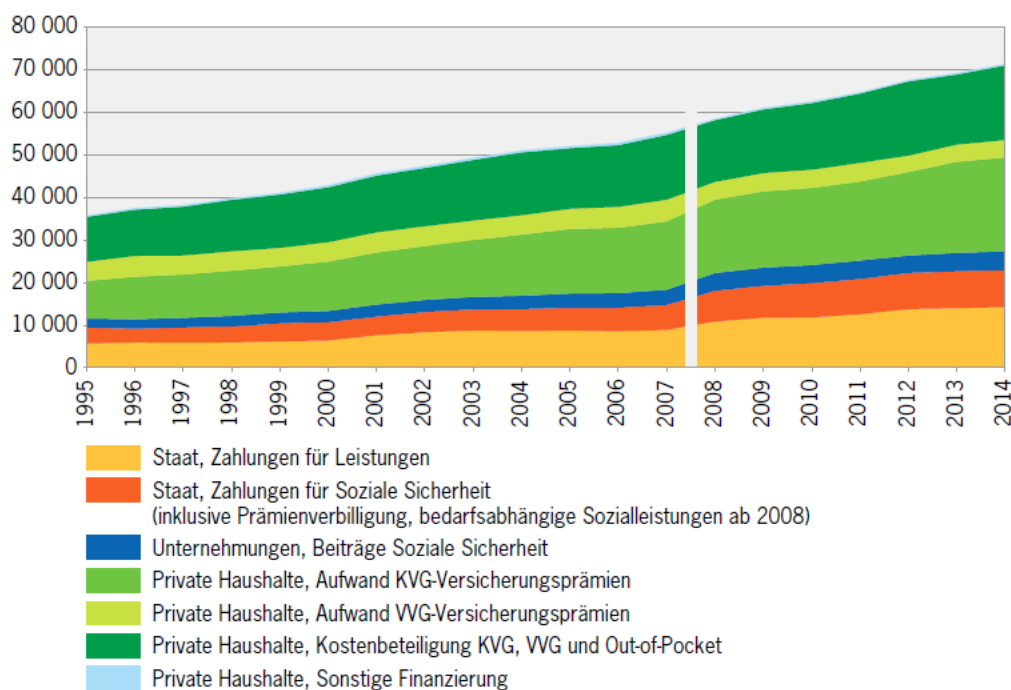
Oft sind die Leistungsangebote organisch über Jahre hinweg gewachsen. Eine Anpassung an veränderte Bedingungen erfolgte kaum. Durch den jährlichen Kostenanstieg im Gesundheitswesen besteht in Spitälern und Kliniken ein wachsender Spar- und Wettbewerbsdruck. Die Gesundheitsausgaben sind im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) seit 1995 um 2,3 % angestiegen und lagen 2014 bei 11,1%. Damit weist die Schweiz den höchsten Wert in Europa auf (Bundesamt für Statistik, 2016, S. 39).

Wie Tabelle 5 zeigt, haben im Jahr 2014 62% der Haushalte die Gesundheitsausgaben finanziert. Die obligatorischen Krankenversicherungsprämien der Haushalte deckten lediglich 31% der Gesundheitsausgaben ab. Der über die Steuern vom Staat finanzierte Anteil der Gesundheitskosten lag bei 32% (Bundesamt für Statistik, 2016, S. 40).

Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsquellen

In Millionen Franken

G 51



Zeitreihenbruch ab 2008, Teilrevision bezüglich der Finanzierung

Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU)

© BFS, Neuchâtel 2016

Tabelle 5: Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsquellen. (Quelle: BFS Neuchâtel, 2016)

Dies bedeutet unter anderem, dass die Führung sich vermehrt für entstehende Kosten rechtfertigen und Spar- bzw. Ertragspotentiale aufzeigen muss. Auf diese Herausforderung antwortet der Managementansatz Lean Hospital. Er beruht auf folgender Erkenntnis: Qualität zu erhalten oder zu steigern, kann Kosten minimieren und Erträge steigern. Zugleich ist es möglich, den Menschen ins Zentrum des Geschehens zu stellen.

In den letzten Jahren kam jedoch immer häufiger die Frage auf: Wie ist es möglich, Führungspersonen für Lean Management zu befähigen? Diese Frage ist von zentraler Bedeutung, da gerade Führungspersonen als entscheidender Erfolgsfaktor gelten, um Lean Management wirkungsvoll und nachhaltig im Unternehmen zu verankern.

Das dritte Problemfeld betrifft den Praxisbedarf und Forschungsschwerpunkt von Lean Leadership in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Die vorliegende Lean Leadership-Untersuchung schließt explizit an das delegative Führungsmodell der KPPP (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) an. Ein Anliegen dieser Untersuchung

besteht deshalb darin, die Umsetzung und Konkretisierung dieses Führungsmodells zu unterstützen und seinen Transfer in den Alltag zu fördern. In diesem Kontext entstand das Forschungsprogramm „Lean Leadership 2017“. Es soll einen Schwerpunkt im Rahmen der Führungsentwicklung einnehmen, um Führungsinstrumente standardisiert zu pilotieren und wissenschaftlich zu evaluieren. Es ist vorgesehen, die Führungsstrukturen und Prozesse kritisch zu überprüfen und nach Lean-Prinzipien zu standardisieren.

Thematisch ist diese Forschungsarbeit auf die skizzierte Führungsentwicklung der PUK ausgerichtet. Im Mittelpunkt stehen drei Lean Leadership-Konzepte, die das Leadershipverhalten im Sinne von Transformational Leadership und Shared Leadership fördern: Führungs-Gemba, Huddle Board und KATA-Coaching. Das Fernziel der Führungsentwicklung besteht in wachsendem Intrapreneurship, um die angestrebte Verselbständigung der PUK im Jahr 2018 vorzubereiten.

Parallel dazu gilt es zu prüfen, ob sich das Lean Leadership-Führungsmodell zur flächendeckenden Einführung eignet. Ein weiteres Entwicklungsziel besteht darin, ein Verständnis von Führung als Dienstleistung zu entwickeln: Führung ist nicht als Selbstzweck aufzufassen, sondern als Serviceleistung für Patient(inn)en und Mitarbeitende. Dahinter steht die Notwendigkeit, sich auf steigende Anforderungen an Serviceleistungen im Wettbewerbsumfeld einzustellen, um auch in Bezug auf Service für Patient(inn)en und Mitarbeitende Branchenführer zu werden.

In diesem Entwicklungsrahmen soll Lean Leadership-Kompetenz nicht als „Nullpunkt“ gelten. Es ist davon auszugehen, dass Lean Leadership-Verhalten ansatzweise bereits implizit und in unterschiedlicher Ausprägung gelebt wird, jedoch ohne es explizit zu benennen. Beispielsweise erfolgen schon heute sporadische oder standardisierte Stationsbesuche von Vorgesetzten. Es gibt bereits Koordinationsrapporte oder Diskussionen über Kennzahlen bzw. den aktuellen Projektstatus. Allerdings kommen hierbei noch keine Lean-Prinzipien wie Standardisieren, Takten oder kontinuierlicher Verbesserungsprozess zur Anwendung.

Die Problematik der fehlenden langfristigen wissenschaftlichen Evaluation von Lean Hospital stellt für die vorliegende Dissertation die zentrale Forschungslücke dar, die es zu schließen

gilt. Der Forschungsstand zeigt deutlich, dass Lean Leadership ein zentraler Erfolgsfaktor für eine erfolgreiche Lean-Einführung im Spital ist (Andersen et al., 2014, S. 3). Deshalb erweist sich die wissenschaftliche Evaluation des Leadershipverhaltens als erforderlich.

Bei der Einführung von Lean Management in die Praxis ist häufig nur eine geringe direkte Unterstützung des Managements auf allen Stufen beobachtbar und das Commitment ist sehr unterschiedlich.

Das Phänomen Lean Leadership beschreibt das Prozessmanagement von Führungspersonen unter der Konzeption von Lean Management. Nach Felfe (2015, S. 417) gibt es in der Praxis eine Vielzahl von Methoden und Instrumente, wobei jedoch nur eine geringe Anzahl wissenschaftlich abgesichert ist.

Mehrere Autor(inn)en heben hervor, dass zukünftige Forschung im Bereich Lean Hospital primär aus methodisch anspruchsvollen Evaluationsstudien zu Personalentwicklungsmaßnahmen mit Fokus auf bestimmte Inhalte bestehen sollte, wie dies im Bereich der transformationalen Führung der Fall ist. Während es in der Praxis üblich ist, mehrere Methoden miteinander zu verbinden, bleibt am Ende unklar, wodurch sich die Wirksamkeit erklären lässt. Wünschenswert wären experimentelle Designs, die neben Wartekontrollgruppen auch bereits evaluierte Methoden einbeziehen, um innovative Instrumente kritisch zu evaluieren. Hierfür sollten mehrere Datenquellen im Rahmen eines multimethodischen Vorgehens verwendet werden, um Führungsprogramme in Bezug auf die Performance der Mitarbeitenden zu evaluieren.

Programme stellen einen offenen Prozess der Entwicklung der Akteure dar. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Maßnahmen erwähnen Felfe und Rowold eine mehrmalige Messung, um feststellen zu können, wie lange die Wirkung anhält. Es besteht Unklarheit, welche Maßnahmen sich für welche Themen eignen, um Veränderung bei Führungspersonen zu unterstützen (Felfe, 2015, S. 425). Auf diese Forschungslücke bezieht sich die vorliegende Dissertation.

3.1 Erkenntnisinteresse

Im Fokus dieses Teilkapitels steht der Bezug des Autors zum Thema „Lean Leadership“ bzw. das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit.

Auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche lassen sich die Forschungslücken beschreiben, auf welche die vorliegende Untersuchung antwortet. Vor diesem Hintergrund ist es möglich, die Zielsetzung der Arbeit zu formulieren.

Lean Hospital ist zwar seit einigen Jahren international im Gespräch, jedoch erst seit kurzer Zeit im deutschsprachigen Raum. In der Forschung zu Lean Hospital im Gesundheitswesen besteht ein Nachholbedarf, um diesen Managementansatz hinsichtlich Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu evaluieren und weiterzuentwickeln. In den letzten Jahren haben Autor(inn)en vor allem den Bereich „Führung“ genauer erforscht, da dieser als erfolgsentscheidend für eine nachhaltige Lean-Einführung gilt.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung erfolgt eine Testung ausgewählter Lean Leadership-Konzepte, um mögliche Entwicklungen der Einzel- und Teamführung zu evaluieren.

Von 2012-2016 führte das Universitätsspital Zürich im Rahmen der Strategieumsetzung über hundert Lean-Workshops zur Optimierung der Patienten- und Betriebsprozesse durch. Um Lean Management einzuführen, erwies sich die Führung als zentralen Faktor. Dies bestätigte auch die Begleitforschung. Vorerfahrung im Universitätsspital Zürich und Hospitationen im Johns Hopkins Hospital, Seattle, sowie im Gleneagles Hospital, Kuala Lumpur, motivierten den Autor, sich mit Lean Leadership wissenschaftlich auseinanderzusetzen, um die Forschungslücke in Bezug auf Führungsentwicklung zu schließen.

Im Austausch mit anderen Schweizer Spitälern und Kliniken zeigte sich, dass dort ebenfalls ein großer Handlungsbedarf hinsichtlich der Lean Leadership-Entwicklung besteht.

Der Autor sieht in Lean Management für Spitäler und Kliniken ein bedeutendes Potential, um die qualitativen und ökonomischen Herausforderungen erfolgreich zu meistern. Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass der Transfer von Lean Management ins Gesundheitswesen diverse Herausforderungen enthält. Diese bestehen in der Symptom- und Behandlungsdynamik der

Patient(inn)en, in der Hierarchie einer Expertenorganisation sowie in der Binnenoptimierung in den einzelnen Zentren. Aus diesen Gründen ist es besonders anspruchsvoll, standardisierte Prozesse nachhaltig zu etablieren. Lean Management im Gesundheitswesen ist ein komplexes Unterfangen.

Mit diesem Forschungsprojekt beginnt eine erste Auseinandersetzung mit Lean Hospital und mit der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Dort besteht bereits ein großes Interesse, Lean in kleinen Schritten in die Organisation zu integrieren. Die strategische Ausrichtung ist jedoch noch nicht definiert. Die vorliegende Untersuchung könnte jedoch hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

3.2 Zielsetzungen

Diese Untersuchung verfolgt folgende Zielsetzung:

1. Die Wirkung des transformationalen Leadershipverhaltens von Stationsleitenden in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich unter Anwendung von Lean Leadership-Konzepten zu ermitteln (Evaluation der Einzelführung)
2. Die Wirkung von Shared Leadership unter Anwendung von Lean Leadership-Konzepten darzustellen (Evaluation der Teamführung)
3. Lean Leadership-Konzepte aus Sicht der Stationsleitenden und Mitarbeitenden zu bewerten
4. Erfolgsfaktoren und Barrieren der Implementierung von Lean Leadership zu beschreiben
5. Soziodemographische Strukturdaten im Kontext der Lean Leadership-Implementierung innerhalb der Pflege zu analysieren.

Diese Untersuchung intendiert, einen Beitrag zur Erforschung der Wirksamkeit von Lean Leadership als Führungsphilosophie zu leisten. Dies ist wichtig, um Lean-Initiativen im Gesundheitswesen durch Konzepte und Entwicklungsmaßnahmen wirkungsvoll, zweckmäßig und wirtschaftlich zu unterstützen. Bisher fand kaum eine gezielte Führungsentwicklung bei der Einführung und Evaluation von Lean Management statt. Ein Grund könnte in der Herausforderung bestehen, Führung selbst zu entwickeln, sich selbst als Auftraggeber in die

Pflicht zu nehmen und sich selbstkritisch mit dem eigenen Führungsverhalten auseinanderzusetzen. Dies bedeutet unweigerlich, sich selbst in Frage zu stellen, vorbildlich neues Führungsverhalten auszuprobieren und lernfreudig zu sein. Lean Leadership impliziert zu Beginn auch Ungewissheit bezüglich des Erfolgs. Gelingende Lean Leadership-Entwicklung muss partnerschaftlich und flexibel im Kontext und in Rahmen der Kultur einer Organisation erfolgen.

3.3 Angestrebter Mehrwert für Praxis und Forschung

Diese Arbeit strebt folgenden Mehrwert für die Führungspraxis an:

1. Der Gewinn der Untersuchung soll darin bestehen, wichtige Erkenntnisse, Einsichten und Hinweise zur Einführung und Entwicklung von Lean Leadership zu gewinnen. Erkenntnisse zur strategischen Umsetzung des Lean Hospital-Systemansatzes in der Schweiz lassen sich ebenfalls ableiten.
2. Die Untersuchung verdeutlicht, wie sich der Führungsalltag für Leitungspersonen durch Standardisierung erleichtern lässt.
3. Anhand der Ergebnisse lässt sich beschreiben, wie sich Führungswirkung durch Transparenz, Kennzahlen, lösungsorientiertes Verhalten und konsequentes Verfolgen der Entwicklung steigern lässt.
4. Die Resultate zeigen Möglichkeiten auf, um Führungspersonen in Bezug auf transformationales Leadership und Shared Leadership zu befähigen und zu stärken.
5. Die Ergebnisse verdeutlichen, wie die Förderung von Führungspersonen in Bezug auf Lean Thinking aussehen kann.

Mit Blick auf die Führungsforschung stellt die vorliegende Arbeit eine Pilotstudie zur Messung und Evaluation von Lean-Leadership dar und strebt an,

1. einen Beitrag zur wissenschaftlichen Begriffsbildung von Lean Leadership zu leisten,
2. mögliche Grundlagen für Kriterien zur Messung und Evaluation des Lean Hospital-Systems zur Verfügung zu stellen und
3. eine Basis für ein zukünftiges Lean Leadership-Monitoringsystem in Bezug auf Arbeitsumgebungsqualität zu entwickeln.

International stellt diese Begleitforschung eine Innovation dar, indem sie Lean Leadership-Konzeptionen erstmals mit horizontalem und vertikalem Führungsverhalten auf Pflegestationen in einer psychiatrischen Universitätsklinik kombiniert und systematisch mit einer Vor- und Nachmessung sowie mit Fokusgruppeninterviews evaluiert. Die gewonnenen Erkenntnisse lassen sich für die Praxisentwicklung nutzen und sich auch auf andere Fachdisziplinen und Branchen übertragen. Auf der Basis der Ergebnisse wird es möglich, Empfehlungen für die Lean Leadership-Entwicklung sowie für die allgemeine Führungsentwicklung abzuleiten. Im Rahmen der Organisationsentwicklungen wird der Faktor Führung häufig zu wenig beachtet und evaluiert. Führungspersonen lernen häufig selbstgesteuert nach dem Prinzip „trial and error“. Kollegiales Coaching erfolgt aufgrund der Konkurrenzsituation nur selten.

Der Mehrwert der vorliegenden Arbeit leitet sich auch aus einer systematischen Literaturübersicht ab. Sie dient dazu, ausgehend vom aktuellen Forschungsstand eine Arbeitsdefinition von Lean Leadership abzuleiten und Kriterien zur empirischen Erforschung von Lean Leadership zu formulieren. Dabei soll ein theoretisches Konzeptmodell entstehen, um eine spätere Eingrenzung zu ermöglichen. Dieses Konzept soll auch als Basis für weitere Forschung und Praxisentwicklung dienen, um Lean Leadership in der jeweiligen Organisation einzuführen, zu evaluieren, weiterzuentwickeln und nachhaltig zu verankern. Auf dieser Grundlage ist es möglich, die Messung und Evaluation von Lean Leadership (Führungsverhalten und zentrale Instrumente) zu testen und für die Einführung, Entwicklung bzw. zukünftige Begleitforschung zugänglich zu machen.

4. STAND DER FORSCHUNG

Zur Ermittlung des Begriffs und der Kriterien von Lean Leadership erfolgte eine systematische Literaturrecherche. Dabei wird deutlich, dass sich Lean Leadership nicht als eigenständige Führungstheorie bezeichnen lässt. Aus diesem Grund fand eine Analyse der Führungstheorien anhand von Lean Leadership-Kriterien statt.

Im Zentrum dieses Kapitels stehen die ausgewählten Theorien, Konzepte und zentralen Begriffe im Kontext von Lean Leadership. Um die Herkunft der Lean-Philosophie besser zu verstehen, sind die Hintergründe des Lean Hospital-Systems und dessen geschichtliche Entwicklung ebenfalls dargestellt.

Es fand keine Analyse des Lean Leadership-Führungsmodells im Kontext des St. Galler oder des Harzburger Führungsmodells statt, da Lean Hospital den konzeptuellen Rahmen vorgab und in diesem Kontext das Managementsystem beschrieben und untersucht werden sollte. Andere Führungsmodelle zeigen zwar verwandte und gewinnbringende Kriterien bzw. konzeptuelle Ansätze auf, jedoch keine explizite Verknüpfung mit dem Toyota Produktionssystem und dem Lean Hospital System. Deshalb erfolgte kein Vergleich mit anderen Führungsmodellen. Die Konzeptualisierung von Lean Leadership basierte auf einer systematischen Literaturrecherche. Diese ermöglichte, Praxis- und Forschungslücken zu identifizieren.

4.1 Begriffsklärung Lean

Der englische Begriff „lean“ lässt sich wörtlich mit „hager“, „knapp“, „mager“ oder „schlank“ übersetzen. Er findet in unterschiedlichsten Zusammenhängen Verwendung, beispielsweise Lean Production, Lean Management oder Lean Thinking (Emiliani & Stec, 2005, S. 371). Die wörtliche Übersetzung wird jedoch dem Konzept nicht gerecht und kann zu Missverständnissen führen.

„Lean Production ist der sparsame und zeiteffiziente Einsatz der Produktionsfaktoren Betriebsmittel, Personal, Werkstoffe, Planung und Organisation bei allen Unternehmensaktivitäten“ (<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/lean-production-37983>). In dieser Definition liegt der Fokus auf Effizienz, ohne den Aspekt der Qualität zu

erwähnen. Der Qualitätsfaktor ist unter dem Stichwort „Muda“ indirekt als „Korrektur von Fehlern“ erwähnt. Als Übersetzung des Begriffs „Muda“ dient häufig „Verschwendung“. Es gibt sieben Arten der Verschwendung: Materialbewegung, Bestände, Bewegung, Wartezeiten, Verarbeitung, Überproduktion, Korrektur von Fehlern (Angerer et al., 2016, S. 41). Der Begriff „Verschwendung“ kann in der Praxis jedoch zu Widerständen führen. Teilweise fühlen sich Mitarbeitende angegriffen, mit Ressourcen verschwenderisch umzugehen.

Eine zentrale Rolle spielt im Zusammenhang mit Lean die Optimierung der Arbeitsprozesse hinsichtlich der drei Verlustfaktoren Verschwendung (Muda), Überlastung (Muri) und Abweichung (Mura), um eine effiziente und rationale Produktion zu erreichen (Ackermann 2012, S. 55).

Die meisten Unternehmen beschränkten sich bei der Lean-Einführung zunächst ausschließlich auf den Entwicklungs-, Produktions- und Vertriebsbereich. Sie starteten erste Projekte ohne Strategie und nachhaltige Verankerung. Somit werden zwar Teilbereiche optimiert, jedoch fehlt ein systemischer Ansatz. In jüngster Zeit kommen jedoch häufiger gesamtunternehmerische Ansätze vor, welche die gesamte Wertschöpfungskette und sogar die Denk- und Verhaltensweisen der Führungspersonen und Mitarbeitenden betreffen. Dabei „rücken insbesondere die Ganzheitlichkeit des Ansatzes sowie unternehmenskulturelle Aspekte stärker in den Vordergrund“ (Ackermann, 2012, S. 58).

Nach Modig und Ahlström (2015, S. 101) wird der Begriff „Lean“ auf unterschiedlichsten Abstraktionsebenen vermischt. Dieses Durcheinander tritt in der Praxis häufig auf, was eine Umfrage in vierzehn Branchen bestätigte. Auf die Frage, was Lean sei, nannten die Teilnehmenden siebzehn unterschiedliche Kategorien und Definitionen (Ansatz, Arbeitsweise, Denkweise, Eliminierung von Verschwendung, Kultur, Lebensweise, Managementsystem, Methode, Philosophie, Produktionssystem, Qualitätssystem, Strategie, System des Verstehens, Systemdenken, Verbesserungsansatz, Werkzeugkiste und Werte. Modig und Ahlström schlagen deshalb vor, die Definitionen unterschiedlichen Abstraktionsebenen zuzuordnen:

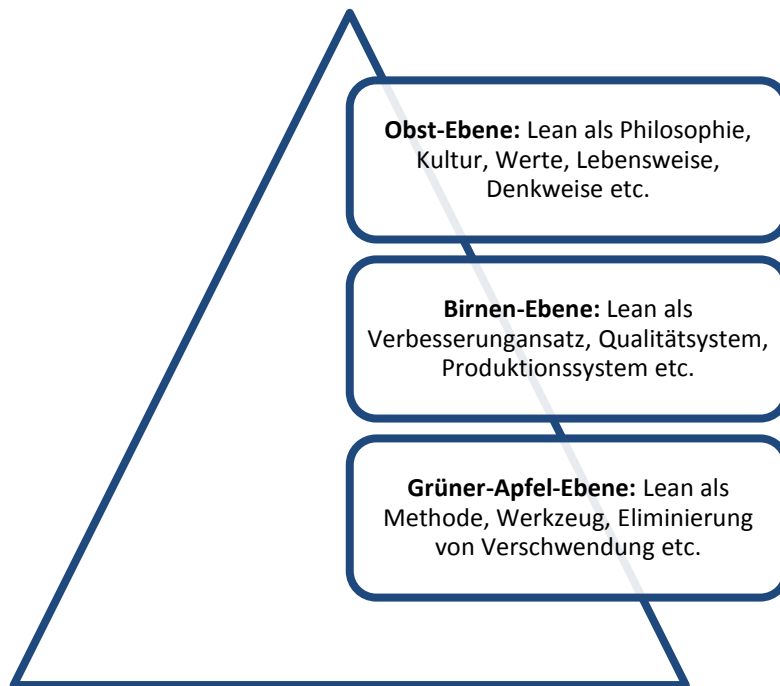


Abbildung 5: Abstraktionsebenen des Lean-Begriffs. (Quelle: eigene Darstellung, nach Modig & Ahlström, 2015)

Diese Unterscheidung ist von großer Bedeutung, um festzulegen, unter welcher Prämisse ein Spital Lean einführen und handhaben möchte. Sie weist auf den unterschiedlichen Grad des Transformationsprozesses und auf verschiedene Konsequenzen für den Veränderungsprozess hin. Lean als Qualitäts-, Management- und/oder Patientenprozesssystem in die Unternehmensstrategie zu integrieren, muss reiflich überlegt werden. Ist eine Organisation auf eine Lean Hospital-Entwicklung vorbereitet? Besitzt sie genügend Ressourcen und eine breite Zustimmung im Management auf allen Ebenen?

Der Begriff Lean Management lässt sich unterschiedlich interpretieren und verwenden, was bei der Einführung zu Unklarheiten, Widerständen, fehlender Aufgabenerfüllung, mangelnder Verantwortungsübernahme sowie zu geringer Akzeptanz führen kann. Für die Forschung ist eine Begriffsklarheit und Abgrenzung unabdingbar. In den letzten Jahren war eine immer umfassendere Definition zu beobachten. Sie beruht auf Erfahrungen und Erfolgsbedingungen.

Im Kontext der vorliegenden Arbeit soll folgende Definition zur Geltung kommen:

Definition: Lean Management

Lean Management ist ein Sammelbegriff für verschiedene Lean-Ansätze. Es handelt sich um die Nutzung der Ressourcen ohne Verschwendung mit den drei Verlustfaktoren „Verschwendung“ (Muda), „Überlastung“ (Muri) und „Abweichung“ (Mura), um die Qualität zu sichern sowie die Wertschöpfung eines Unternehmens zu optimieren. Lean Management kann als „Werkzeugkoffer“ zur Prozessoptimierung sowie als Management-, Qualitäts-, Lern-, Werte-, und/oder Kultursystem interpretiert bzw. angewendet werden.

4.2 Das Toyota Produktionssystem

Liker (2014, S. 25) beschreibt typische Lean-Ziele, die der Prämisse folgen, Mitarbeitende nicht zu entlassen. Um vollkommene Kundenzufriedenheit zu erreichen, sollen Gesundheitsprobleme gelöst oder die Lebensqualität verbessert werden. Diese Dienstleistungen sollen fehlerfrei sein, zeitnah zur Verfügung stehen, in Bezug auf die Kosten unter dem aktuellen Marktpreis liegen und durch häufige Innovationen zur Verbesserung der Behandlungsqualität beitragen. Dies beinhaltet die permanente Optimierung der Wertschöpfung, um Verschwendung im gesamten Unternehmen zu eliminieren. Dienstleistungen sollen so gestaltet sein, dass sie den Patientenbedürfnissen entsprechen. Um diese Ziele zu erreichen, müssen alle Mitarbeitenden in den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung einbezogen sein. Diese Ziele lassen sich von einem Produktions- auf ein Dienstleistungsunternehmen übertragen. Abbildung 6 bietet eine Visualisierung des Toyota Produktionssystems (TPS).



Abbildung 6: Toyota Produktionssystem. (Quelle: Liker 2014, S. 16)

Mit dem TPS legte Taichi Ohno (1912-1990) die theoretische Basis für Lean Management. Er fand heraus, wie ein Unternehmen flexibel auf die Kundennachfrage reagieren kann. „Er erkannte, dass er bei den Menschen auf dem Shopfloor sein musste. Dort konnte er sehen, wie die Mitarbeiter sich mit Problemen auseinandersetzen und er stellte ihnen Fragen. [...] Dies war der Beginn des Toyota Produktionssystems“ (Liker, 2014, S. 16-17). Ohno bezeichnete das TPS als lebendiges, atmendes, sich entwickelndes Wissensspektrum. Dieses Verständnis machte das TPS zu einer universellen Managementphilosophie. Da die Anwendung eine Lernreise darstellt, ist sie jedoch nicht einfach kopierbar. Jedes Unternehmen muss seinen eigenen Weg finden.

4.3 Geschichte des Lean Managements

Im Gesundheitswesen stellt Lean Management einen Verbesserungsansatz dar. Er besteht darin, Verschwendung zu beseitigen, die keinen Mehrwert für Patient(inn)en generiert, beispielsweise Unterbrechungen, Verzögerungen und Fehlerbehebung. Es geht vor allem darum, aus Fehlern zu lernen, Fehler zu vermeiden und Perfektion anzustreben. Obwohl Lean-Konzepte zunächst für die Automobilproduktion entstanden, zeigt die Praxis, dass sie sich auf jede Branche anwenden lassen (Emiliani & Stec, 2005, S. 385). Dies war auch ein Grund, weshalb Lean Management eine so breite Anwendung erfahren hat.

Inzwischen sind Lean-Prinzipien auf der ganzen Welt bekannt und in sämtlichen Branchen etabliert. Lean Healthcare scheint ein effektiver Weg zur Verbesserung zu sein. Aus der steigenden Zahl von Berichten zur Lean-Implementierung geht hervor, dass die Einstellung und das Empowerment der Mitarbeitenden von zentraler Bedeutung sind. Die folgende Abbildung zeigt die historische Lean-Entwicklung in der Gesundheitsversorgung auf. Sie verdeutlicht die zehnjährige Verzögerung des Gesundheitssektors gegenüber der Industrie. Darüber hinaus wird deutlich, dass die Gesundheitsversorgung noch weit vom Exzellenz-Niveau der Toyota-Automobilproduktion entfernt ist (de Souza, 2009, S. 122-123).

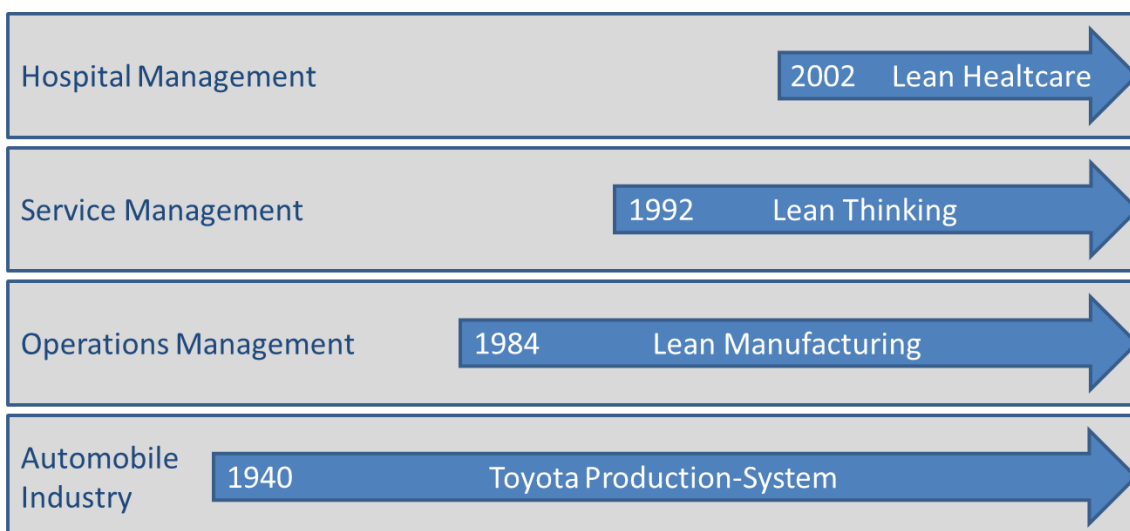


Abbildung 7: Lean Management im Branchenvergleich. (Quelle: de Souza, 2009, S. 123)

Das Toyota-Modell hat seine Wurzeln in den USA. Als Referenzmodell diente der Fordismus. Japan entwickelte das innovative toyotistische Produktionsmodell, das sich aus hybridisierten Elementen der fordistischen Massenproduktion (tayloristische

Arbeitsorganisation) zusammensetzte und zugleich originär japanische Innovationen enthielt (Kanban, Just-in-time). Aus den USA übernahm Toyota auch verschiedene heterodoxe Managementkonzepte wie Qualitätsmanagement, betriebliches Vorschlagswesen und kontinuierlicher Verbesserungsprozess. Toyota entwickelte diese Konzepte jedoch weiter und verfeinerte sie. Den japanischen Automobilherstellern gelang es, mit dem toyotistischen Produktionsmodell Anfang der 1980er Jahre die internationale Konkurrenz in Bezug auf die Produktivität zu überflügeln. Eindrücklich ist dabei, wie sich die Richtung des länderübergreifenden Lernprozesses gedreht hat. Von den 1920er bis in die 1960er Jahre haben sich japanische Unternehmen an den USA orientiert, später wurde ihr Produktionsmodell selbst zum Leitbild. Das fordistische und das toyotistische Produktionsmodell sind jedoch nicht auf bestimmte nationale Zusammenhänge zurückzuführen. Vielmehr setzten sie sich im internationalen Maßstab durch, sobald erkennbar war, dass sich mit diesen Modellen die besten Ergebnisse erzielen liessen. Zwischen der Ablösung der handwerklichen Produktion durch den Fordismus und der Ablösung des Fordismus durch den Toyotismus sind jedoch Parallelen sichtbar. Beide verdrängten die handwerkliche Produktion (seit den 1910er Jahren in den USA und in Japan seit den 1960er Jahren). In welchem Ausmaß die toyotistische Arbeits- und Produktionsorganisation in den Industrien verschiedener Länder und Regionen zur Anwendung gekommen sind, ist bisher nicht erforscht. Zur Einführung und Anwendung toyotistischer Praktiken liegen zwar nach Elis (2009, S. 275) einzelne Fallstudien vor. Diese lassen jedoch keine Rückschlüsse auf die Durchdringung einzelner Industrien sowie auf die zugrundeliegende nationale bzw. transnationale Wirkung zu. Eine methodische Schwierigkeit bei der Bestimmung des Toyotismus liegt in der Operationalisierbarkeit der Indikatoren. Der Toyotismus kann nicht als überlegenes Referenzmodell betrachtet werden und setzt sich nicht quasi zwangsläufig im internationalen Maßstab durch.

Die Lean-Arbeitsorganisation ist auf gesellschaftliche Akzeptanz angewiesen und ohne Kompromiss zwischen der Arbeitnehmer- und der Arbeitgeberseite kaum aufrechtzuerhalten. Deshalb bleibt abzuwarten, ob sich in einer Zeit abnehmender Arbeitsplatzsicherheit und stärkerer Berücksichtigung kurzfristiger Unternehmensziele ein Produktionsmodell durchsetzen kann, das maßgeblich auf einem überdurchschnittlichen Engagement der Beschäftigten sowie auf langfristigen Verpflichtungen des Managements basiert (Elis, 2009, S. 273-275).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der ökonomische Druck und die erhöhte Dienstleistungserwartung im Gesundheitswesen zu neuen Managementansätzen wie Lean Management geführt haben. Obwohl sich das Toyota Produktionssystem auf psychiatrische Kliniken übertragen lässt, stellen sich bei der Umsetzung diverse Fragen. In einem Produktionsunternehmen besteht eine andere Prozessdynamik als in einem Dienstleistungsunternehmen. Dennoch ist es möglich, einige Prinzipien zu transferieren. In Schweizer Spitälern scheint seit 2012 eine Lean-Euphorie entstanden zu sein. Die Nachhaltigkeit der Lean-Einführung wird sich in den nächsten Jahren erweisen müssen.

4.4 Lean Hospital-System

Jahr für Jahr erhöhen sich in der Schweiz die Ausgaben im Gesundheitswesen. Dies führt zu stetig steigenden Krankenkassenprämien. Ein zentrales Anliegen zur Steuerung ist die finanzielle Transparenz. Als Antwort darauf entstanden Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups DRG) und die „Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie“ (TARPSY). Diese Finanzierungssysteme stellten Spitäler vor neue Herausforderungen. Der Ertrag eines Spitals hängt nicht mehr von den an Patient(inn)en erbrachten Leistungen ab. Vielmehr erhalten Spitäler für stationäre Patient(inn)en einen diagnoseabhängigen Fixbetrag. Mit dieser Pauschale müssen sie selbst wirtschaften, d.h. Diagnostik und Behandlung finanzieren. Früher brachte ein stationärer Patient mehr Geld ein, je länger er im Spital war. Heute kostet er das Spital umso mehr Geld, je länger sein Aufenthalt dauert. Unter heutigen Voraussetzungen muss das Ziel jedes Spitals also darin bestehen, Patient(inn)en möglichst gezielt zu diagnostizieren, effizient zu behandeln und so früh wie möglich gesund zu entlassen.

Dieser grundsätzliche Wandel hat im alltäglichen Spitalbetrieb weitreichende Auswirkungen. Früher verdiente eine Klinik viel Geld, wenn möglichst alle Ressourcen ausgelastet waren. Beobachtungen vor Ort (Gemba) im Universitätsspital Zürich zeigten verschiedene Phänomene im Rahmen des Patientenprozesses. Die Bettenbelegung war eine enorm wichtige Kennzahl. Mindestens 85% der Betten mussten ausgelastet sein. Ärztinnen und Ärzte planten die Tage so, dass sie sicher zu 100% ausgelastet waren. Im gesamten Spital fand eine maximale Binnenoptimierung statt. Die Folge für das Personal waren Hektik und zusätzlicher Arbeitsstress. Für Patient(inn)en hingegen entstanden immense Wartezeiten. In einer 100% ausgebuchten Klinik konnte ein einziger Notfallpatient ein heilloses Durcheinander auslösen.

Die Ursache bestand häufig darin, dass die Behandlung elektiver Patient(inn)en und Notfallpatient(inn)en nicht aufeinander abgestimmt war. Elektive Patient(inn)en nahmen die Bettenressourcen zu stark in Anspruch. Dies führte oft zu zusätzlichen Verschiebungen und ungeplanten Austritten.

Eine dringende Notwendigkeit im Gesundheitswesen ist die Verbesserung der Qualität und Effizienz bei gleichzeitiger Kostenkontrolle. Der Kanton Zürich versucht, die Qualität der Spitalbehandlung durch eine gezielte Anpassung des Leistungsauftrags und definierten Fallzahlen zu regulieren. Beispielsweise besteht die Forderung nach Vorgaben zur bewährten Mindestfallzahl bei einzelnen spezialisierten Eingriffen. Ab 2019 werden Mindestwerte zwischen 10 und 50 Fällen pro Jahr gelten, unter anderem für Prostataentfernungen, Hüft-, Knieprothesen- und Prothesenwechseloperationen, Brustkrebsbehandlungen und Operationen zur Entfernung gynäkologischer Tumore (Regierungsrat Kanton Zürich, 2017).

Im Kontext dieser Qualitäts- und Effizienzdiskussion erhält Lean Management in der Schweiz einen erhöhten Stellenwert. Die Philosophie der Qualitätsverbesserung basiert auf den Grundsätzen der Toyota Motor Company. Im Vergleich zur Fließbandfertigung erfordert die Patientenbehandlung jedoch komplexe Wissensarbeit.

Der Großteil der Lean-Literatur hat rein konzeptionellen Charakter. Es gibt wenig Literatur über zuverlässige und wirksame Messverfahren. Zukünftige Untersuchungen sollten Messinstrumente testen und weiter verfeinern, um Lean-Verhaltensweisen zu beurteilen und Lean Thinking für klinische Mitarbeitende im Gesundheitswesen zu fördern (Toussaint & Berry, 2013, S. 75).

Die Lean-Philosophie wird im Gesundheitswesen in großem Umfang akzeptiert und zieht immer mehr Aufmerksamkeit auf sich (Breuer 2013, S. 1265). Laut Studer (2013) ist die Branche mit Herausforderungen vertraut und dem Kostendruck gewachsen. Qualität und Wirtschaftlichkeit gelten jedoch oft als nicht miteinander vereinbar. Etwa zwanzig Jahre Lean-Erfahrung führte in den meisten Krankenhäusern nur in begrenzten Bereichen zu „Best Practice“. Der Einsatz von Lean-Tools erfolgte lediglich in einzelnen Einheiten, anstatt Lean in der gesamten Organisation umzusetzen (Andersen et al. 2014, S. 19).

Wie wird Lean im Gesundheitswesen aktuell beschrieben und diskutiert? Die Lean-Vision besteht darin, optimale Leistungen für Patient(inn)en zu erreichen. Sie beruht auf den fünf Leitprinzipien des Lean Managements: Eliminierung von Verschwendung, Flussprinzip („lückenlose Prozessschritte“), Nivellierung, Standardisierung und kontinuierliche

Verbesserung (Angerer 2016, S. 244). Garban (2012, S. 19) beschreibt Lean explizit als Methodik, um die Qualität im Spital zu verbessern: *„Lean is a methodology that allows hospitals to improve the quality of care for patients by reducing errors and waiting times“*.

Eine generelle Interpretation von Lean Healthcare formulieren Doss und Orr (2007, S. 2): *„The relentless elimination of waste in every of operation with the aim of reducing inventory, cycle times and costs – so that delivering higher quality patient services can be provided in the most efficient, effective and responsive manner possible, while maintaining the economic viability of the organisation“*. Diese Definition enthält eine Zielsetzung, eine Vorgehensweise und die erwünschte Wirkung. Dabei wird hochwertige qualitative Patientenversorgung mit Wirtschaftlichkeit in Einklang gebracht. Diese Verbindung scheint eine zentrale Ausrichtung zu sein, die oft ignoriert wird.

Poksinska (2010, S. 51) erläutert Lean als Verbesserungsansatz und verbindet Lean Thinking mit der Befähigung der Mitarbeitenden: *„Lean is mostly used in healthcare as a process improvement approach. Central Lean Thinking ideas, such as patient focus, continuous improvement and employee empowerment appeal to healthcare practitioners and managers alike and are consistent with existing values“*.

Auch Steed (2012, S. 48) interpretiert Lean im Gesundheitswesen als Lernsystem: *„Toyota Production System or Lean System in health care is defined as the relentless elimination of waste in every area of operations with the aim of reducing inventory, cycle times, and costs, so that delivering higher-quality patient services can be provided in the most efficient, effective, and responsive manner possible, while maintaining the economic viability of the organization“*.

Das Eliminieren von Verschwendung rückt als zentrales Lean-Verhalten in den Vordergrund und gilt als wesentlich für die Lebensfähigkeit der Organisation. Eine andere häufig zitierte Definition von Lean Healthcare stammt von Dahlgaard et al. (2011, S.677). Die Autoren betrachten die Implementierung von Lean Healthcare holistisch: *„Lean healthcare is a management philosophy to develop a hospital culture characterised by increased patient and other stakeholder satisfaction through continuous improvements, in which all employees (managers, physicians, nurses, laboratory people, technicians, office people etc.) actively participate in identifying and reducing non-value-adding activities (waste)“*.

Lean im Gesundheitswesen kann neben der Wertschöpfungsoptimierung explizit als eine Management-Philosophie zur Kulturentwicklung mit dem Ziel kontinuierlicher Verbesserung interpretiert werden. Neben Sachprozessen sind auch Beziehungsprozesse bedeutsam. Das Kompetenzniveau des organisationalen Lernens kann die Lean-Entwicklung fördern bzw. sicherstellen. Toussaint und Berry (2013, S. 74) sprechen von zwei Säulen: kontinuierliche Verbesserung und die Grundhaltung des Respekts gegenüber Mitarbeitenden. Diese Grundhaltung lässt sich anhand von sechs Prinzipien verfolgen: „Attitude of continuous improvement, value creation, unity of purpose, respect for frontline workers, visual tracking, and flexible regimentation“. Das Ziel eines transparenten und flexiblen Managements verändert teilweise die Führungskultur. Respekt bezieht sich auf die Werthaltung und verweist auf organisationspsychologische Elemente.

Al-Balushi et al. (2014, S. 138) hingegen beschreiben in ihrer Literaturübersicht Lean Healthcare als Prozessmanagement mit strategischer Ausrichtung: *„Lean as providing some standards for processes, creating flow, decreasing interruptions, and potential for errors. Lean is perceived as a set of tools with strategic guiding principles but not as a total system governing the whole of the organization as might be informed by lean in its manufacturing context“*. Diese Definition greift Standardisierung, fließende Prozesse sowie die Reduktion bzw. Eliminierung von Fehlerpotential auf. Hierbei handelt es sich um eine Interpretation von Lean als „Werkzeugkoffer“ mit strategischen Leitprinzipien für das gesamte Unternehmen.

Lawal et al. (2014, S. 2) knüpfen an die Definition von Dahlgaard an: *„Lean is a set of operating philosophy and methods that create a maximum value for patients by reducing waste and waist. The approach was originally derived from the Toyota car company production line system: a continuous process improvement system comprising of structured inventory management, waste reduction and quality improvement techniques. Lean utilizes a continuous learning cycle that is driven by the true experts in the processes of health care, being the patients/families, health care providers and support staff“*. Hier ist Lean ebenfalls als Betriebsphilosophie und Methode beschrieben, um Verschwendung zu reduzieren. Auch der kontinuierliche Lernzyklus findet Erwähnung.

Mann (2015, S. 339) beschreibt Lean Healthcare als allgemeinen Managementansatz: *„The practice and tools used to monitor, measure, and sustain the operation of Lean production operations. Lean management practices identify where actual performance fails to meet expected performance, and assigns and follows up improvement activities to bring actual in*

line with expected, or to raise the level of expected performance. The basic components of the Lean management system are standard work for leaders, visual controls, and a daily accountability". Mann weist auf die Funktion des Lean Management-Systems hin, ohne dabei direkt auf das Gesundheitswesen Bezug zu nehmen.

Scholz (2014, S. 10) ist der Meinung, dass Lean-Spezifika universell übertragbar sind. Der Begriff „healthcare“ beschreibt aus seiner Sicht lediglich den Bereich, in dem die Umsetzung erfolgt. Inhaltlich ändert dies jedoch nichts am Konzept. Die Messung, das erwartete Leistungsniveau und die visuelle Kontrolle im Sinne von Lean Leadership gelten in dieser Definition als neue Gesichtspunkte.

Dieser Diskurs zu Lean im Gesundheitswesen zeigt ein breites und unterschiedlich differenziertes Begriffsverständnis auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen. Dabei sind Bereiche wie Qualität, Wirtschaftlichkeit, Prozessmanagement, Werthaltung sowie „Lernende Organisation“ in jeweils unterschiedlicher Gewichtung dominant. Eine umfassende Definition mit sämtlichen Elementen ist nicht vorhanden. Da das Verständnis von Lean Healthcare sehr unterschiedlich ist, erweist es sich bei der Anwendung und in der Forschung als schwierig, Ergebniskriterien festzulegen.

Die vorliegende Untersuchung orientiert sich an folgender Arbeitsdefinition, die jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Arbeitsdefinition: Lean Hospital-System

Lean Hospital ist ein Gesamtsystem mit dem Ziel, die Qualität, das Patientenerleben, die Arbeitsgestaltung und die Wertschöpfung des Spitals kontinuierlich zu verbessern. Der Patientenprozess und die Supportprozesse werden konsequent nach dem Prinzip der Synchronie aufeinander abgestimmt und störungsarm standardisiert, getaktet und fließend entlang der gesamten Wertschöpfungskette gestaltet (Zuweisung – Eintritt – Verlegung – Austritt – Nachsorge). Die Prozessoptimierung und das Controlling erfolgen mit Respekt, durch Befähigung, durch multiprofessionelle Teamleistungen und in einem lernförderlichen Arbeitsklima.

4.5 Praxistransfer des Lean Hospital-Systems

Ausgehend von den Prinzipien des Toyota Produktionssystems (TPS) entstand in den vergangenen zwanzig Jahren das Lean Hospital-System. Eine Vorreiterfunktion nahm das Virginia Mason Medical Center (VMMC) ein. Es wendete als eines der ersten Spitäler weltweit das TPS an. Das Top-Management reiste nach Japan und entwickelte das Virginia Mason Production System (VMPS). Es basiert auf den Vorteilen des Toyota Produktionssystems: *„The idea behind VMPS is to achieve continuous improvement by adding value without adding money, people, large machines, space or inventory, all toward a single overarching goal – no waste“* (Womack et al., 2005, S. 11). Das übergreifende Ziel des VMPS besteht darin, Verschwendung zu vermeiden.

Die Schwerpunkte des VMPS lassen sich in folgenden Punkten zusammenfassen (vgl. Womack et al., 2005, S. 12):

1. „Patient First“ als Steuerungsprinzip für alle Prozesse
2. Schaffung eines Spitalumfeldes, in dem Menschen sich sicher und frei fühlen, einschließlich der Annahme einer „No-Layoff Policy“
3. Implementierung eines spitalweiten Defektalarmsystems („Patient Safety Alert System“)
4. Förderung von Innovation und Freude am Experimentieren, beispielsweise durch Brainstorming spontan neue Ideen oder Modelle umsetzen
5. Beseitigen von Verschwendung, um eine stabile, solide und wettbewerbsfähige Geschäftsbilanz zu gewährleisten
6. Verantwortungsvolle Führung.

Seit über zehn Jahren kommt das Virginia Mason Production System zum Einsatz. Andere Unternehmen, beispielsweise Boeing in Seattle, haben das Toyota Produktionssystem in ihr Qualitätsmanagement (Total Quality Management) integriert. Sie nutzen also das Lean Hospital-System nicht nur als „Werkzeugkoffer“, sondern verankern es auch langfristig in der Unternehmenskultur. Die Einführung des Lean Hospital-Systems erfolgt jedoch oft lediglich aufgrund hoher Dringlichkeit, um die Zukunft des Unternehmens zu sichern oder eine Kultur der Prozessoptimierung zu etablieren.

Drew et al. (2005, S. 35) beschreiben Lean auf den Ebenen Management, Prozess und Kultur. Die Managementebene bezieht sich auf die Führung des Unternehmens. Wie fördern Führungspersonen die Mitarbeitenden? Wie unterstützen und begleiten sie die Prozesse? Es geht um kontinuierliche Verbesserung, Vor-Ort-Sein und Führungsverhalten. Die Lean-Implementierung funktioniert somit niemals ohne Führung. Vorleben, Nachfragen zulassen, Gegensteuern, Mut zur Veränderung vermitteln und Führungsverhalten sind erforderlich (Scholz, 2014, S. 11). Auf der Prozessebene liegt der Fokus auf der Optimierung des Patientenprozesses (Eintritt – Verlegung – Austritt).

Um das Lean Hospital-System wirkungsvoll und nachhaltig zu etablieren, ist eine Verknüpfung der drei Bereiche Management, Prozesse und Kultur erforderlich. Hierzu gehört auch, die Einstellung zur Verbesserung sowie das Verbesserungsverhalten zu kultivieren.

Nach Toussaint und Berry (2013, S. 24) umfasst Lean Healthcare folgende Aspekte:

- Patientenzentrierung
- Kontinuierliche pflegerische Versorgung
- Gemeinsame und integrierte Versorgung
- Transparente Informationen
- Qualität und Sicherheit an erster Stelle
- Inspiriertes und engagiertes medizinisches Personal bzw. Assistenzpersonal
- Kontinuierliche Verbesserung
- Kreativität vor Kapital
- Systemdenken
- Probleme am Ort des Geschehens lösen (Gemba)
- Konzentration auf den Prozess
- Interprofessionelle Teams.

Toussaint und Berry (2013, S. 74-81) beschreiben folgende sechs Prinzipien des Management-prozesses für das Gesundheitswesen:

- Werte für Patient(inn)en schaffen
- Zielstrebigkeit

- Kontinuierliche Verbesserung (Streben nach Perfektion)
- „One-Piece-Flow“ in der Patientenversorgung
- Standardarbeit für die klinische Versorgung und Administration
- Respekt gegenüber Personen.

Der Begriff „Werte für den Patienten schaffen“ ist in der Praxis und Literatur oft nur sehr vage oder gar nicht beschrieben. Eine Orientierung könnte die Formel von Porter und Teisberg bieten (Toussaint & Berry, 2013, S. 5). Sie fordern einen nutzerorientierten statt kostenorientierten Wettbewerbes und stellen die folgende Formel auf: Wert (W) ist Qualität (Q) geteilt durch die Kosten (K): $W = Q : K$. Dieses Verständnis erwies sich bei der Einführung von Lean Hospital-Prinzipien im Universitätsspital Zürich als sehr hilfreich.

Das Lean Hospital-System scheint auf dem Weg zu sein, sich in der Schweiz zu einem Standard-Managementkonzept zu entwickeln. Es lässt sich auch problemlos auf die Gegebenheiten einer psychiatrischen Klinik übertragen. Auch hier steht der Patient im Zentrum und es gilt, Qualität bzw. Wirtschaftlichkeit mithilfe standardisierter, getakteter und fließender Prozesse sicherzustellen.

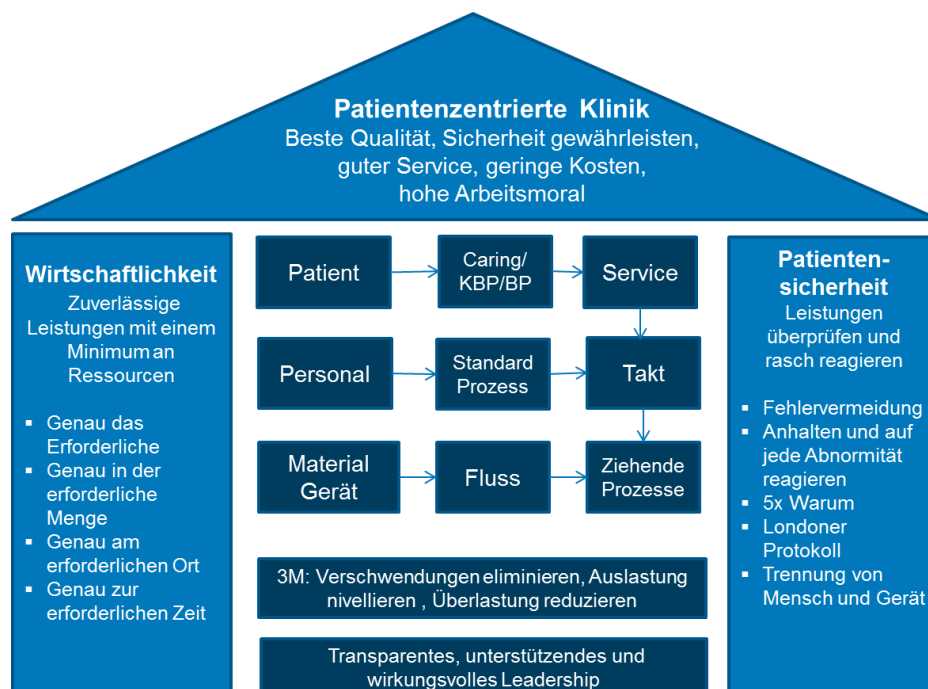


Abbildung 8: Lean Hospital-System. (Quelle: eigene Darstellung)

Lean Hospital bedeutet, genau die Leistung zu bieten, die eine Patientin bzw. ein Patient benötigt. Dies erfordert, sämtliche Aktivitäten auf die Patientenbedürfnisse auszurichten und sie aufeinander abzustimmen (Walker et al., 2015, S. 17).

Das Lean Hospital-System kann als Basis der Organisationsentwicklung dienen. Dadurch kommt der Prozessgestaltung im Sinne von „Werte schaffen ohne Verschwendung“ eine hohe Bedeutung zu. Es geht nicht darum, Personalressourcen abzubauen oder Mitarbeitende schneller und mehr arbeiten zu lassen, sondern in drei Zielbereichen verschwendungsarm vorzugehen, um „Werte zu schaffen“. Dies gilt in folgender Hinsicht:

- Werte für Patient(inn)en schaffen: Patientensicherheit/-zufriedenheit gewährleisten
- Werte für Mitarbeitende schaffen: Mitarbeiterzufriedenheit gewährleisten
- Unternehmerische Werte schaffen: Produktivität steigern und eine verbesserte Wertschöpfung erreichen.

Die Hauptsäule bildet die Patientensicherheit mit folgenden beiden Schwerpunkten:

- Einbau von Sicherheitsmechanismen in den Prozess, wodurch Fehler erst gar nicht entstehen können (Jidoka)
- Ein System zum Anhalten des Prozesses, wenn Fehler auftreten (Andon). Das Andon-Prinzip ist beispielsweise in Form eines Alarmsystems zur Gewährleistung der Patientensicherheit umsetzbar.

Die zweite Säule besteht in der Wirtschaftlichkeit mit Fokus auf Optimierung („Just-in-time“-Prinzip). Es gilt, genau jene Leistungen zu erbringen, die zum aktuellen Zeitpunkt für eine spezifische Patientin bzw. für einen spezifischen Patienten zum Behandlungserfolg beitragen können. Zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit besteht kein Widerspruch. Es ist erforderlich, jeweils beides zu integrieren, da Qualität und Wirtschaftlichkeit voneinander abhängig sind und sich gegenseitig beeinflussen.

Mit dem „London Protocol“ werden in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich kritische Vorkommnisse (z.B. Gewaltereignisse, Suizide) systemisch analysiert und Handlungsfelder zur Optimierung ermittelt. Die Prozesse sollen an den Patient(inn)en ausgerichtet sein. Dies erfolgt mithilfe zentraler Konzepte wie Caring, multiprofessioneller klinischer Behandlungsprozess und Bezugspflege. Gefordert ist eine fürsorgliche Beziehungsgestaltung, ebenso ein evidenzbasierter und koordinierter multiprofessioneller Behandlungsprozess. Eine Bezugspflegerperson ist vom Eintritt bis zum Austritt für eine bestimmte Patientin bzw. für einen bestimmten Patienten verantwortlich. Auf diese Weise erhalten Patient(inn)en jeweils exakt diejenigen Dienstleistungen, die sie momentan benötigen. Sie sind stets über ihren Behandlungsprozess informiert.

Hohe Aufmerksamkeit erhält auch die Synchronisierung von Personal, Material und Geräten. Durch Einführung von Standardabläufen ist es möglich, für das Personal eine Taktung der Arbeit zu erreichen. Im Idealfall lässt sich die Taktfrequenz je nach Auslastungsgrad erhöhen oder verringern. Im gesamten Spital soll ein konstanter Materialfluss gewährleistet sein. Dabei gilt das Prinzip der kleinen Losgrößen in Kombination mit „Just-in-time“-Lieferungen und somit die Reduktion der Zwischenlager. Zusammen mit der Taktung wird es möglich, Leistung für Leistung zu koordinieren. Bei den verwendeten Geräten ist der Einbau von Sicherheitsmechanismen wichtig. Das Ziel besteht darin, durch Synchronisierung dieser drei Elemente „ziehende“ Prozesse zu erreichen. Dies bedeutet, permanente Aufnahmefähigkeit durch abgestimmte Planung von elektiven Patient(inn)en und Notfallpatient(inn)en sowie konsequentes Austrittsmanagement sicherzustellen. Dadurch kann Ruhe in den Arbeitsalltag einkehren. Das Grundprinzip besteht darin, die Auslastung zu nivellieren, was verlässliche Planung voraussetzt. Im Rahmen der Prozessoptimierung sollten nicht-wertschöpfende Tätigkeiten weitgehend aus den Abläufen eliminiert werden. Dies dient dem Ziel, Ressourcen zu sparen und Frustrationen aufgrund unsinniger Tätigkeiten zu vermeiden. Ein Lean Hospital plant elektive Patient(inn)en abgestimmt auf die Anzahl der Notfallpatient(inn)en. Im Notfallbereich erfolgt eine Triage nach Kategorien. Ein frühzeitiges und konsequentes Austrittsmanagement sowie eine verlässliche Personaleinsatzplanung gehören ebenfalls zu den Kennzeichen eines Lean Hospitals. Die Arbeitsabläufe sind standardisiert und werden diszipliniert gelebt – mit dem Ziel, den Arbeitsalltag zu vereinfachen. Die Aufgabenplanung erfolgt soweit wie möglich proaktiv und vollständig. Die tägliche Organisation ist auf ein

Minimum reduziert. Dadurch wird der Arbeitsalltag ruhiger, die Arbeitshektik reduziert sich und die Patientensicherheit steigt.

Die Grundprinzipien des Lean Hospital-Systems bestehen darin, Verschwendung (Muda) zu eliminieren, Unausgeglichenheit im Sinne einer hohen Arbeitsverdichtung (Mura) zu vermeiden und die Auslastung zu nivellieren (Muri). Muda bezeichnet Verschwendung, die keinen Beitrag zur Wertschöpfung oder Wertunterstützung darstellt. Sieben Arten von Verschwendung lassen sich unterscheiden: Überproduktion, Fehler und Korrekturen, Lagerbestände, Laufwege/Bewegungen, Transport, Überarbeitung und Wartezeiten. Diese Hemmnisse gilt es zu eliminieren, um dadurch die Produkt-, Prozess- und Servicequalität zu erhöhen. Folgende Praxisfragen sind hilfreich, um Verschwendung zu identifizieren (Angerer, 2016, S. 41):

- Wofür ist der Kunde/Patient bereit, zu zahlen (=Wert) und wofür nicht (= Muda)?
- Wie lassen sich Doppelarbeiten vermeiden?
- Wie lässt sich sicherstellen, dass der Arbeitsalltag nicht durch Wartezeiten/Suchvorgänge unterbrochen ist?

Um ein Lean Hospital wirkungsvoll und nachhaltig zu etablieren, ist ein starkes Führungssystem erforderlich. Nach Jordan et al. (2011, S. 33) gilt es, die Versorgungsstrukturen an die Bedürfnisse der Patient(inn)en anzupassen. Dies erfordert Kooperation sowie Integration und Verzahnung sektor- und fachübergreifender Behandlungsangebote in der Psychiatrie. Die vernetzte Organisationsform (ambulant, teilstationär, stationär) ist höchst komplex und erfordert neue Denk- und Herangehensweisen. Dabei sind ein sorgsames Change Management und Führungspersönlichkeiten mit ausgeprägter sozialer Kompetenz unabdingbar. Der Umsetzungserfolg ist weitgehend vom Führungsstil und -verhalten der beteiligten Personen geprägt: „Managementkompetenz verbunden mit ganzheitlichem Denken helfen dabei, patientenzentrierte Strukturen zu gestalten“ (Jordan et al., 2011, S. 33).

Schreiber et al. (2001, S. 180) weisen im Sinne der Qualitätssicherung in der stationären psychiatrischen Versorgung auf das Customer-Driven Psychiatric Hospital hin. Die Autoren betonen, dass es einen Paradigmenwechsel erfordert, um der „Stimme des Kunden“ Vorrang vor den Interessen des Unternehmens einzuräumen. Schreiber et al. (2001) differenzieren die folgenden zwei Aspekte.

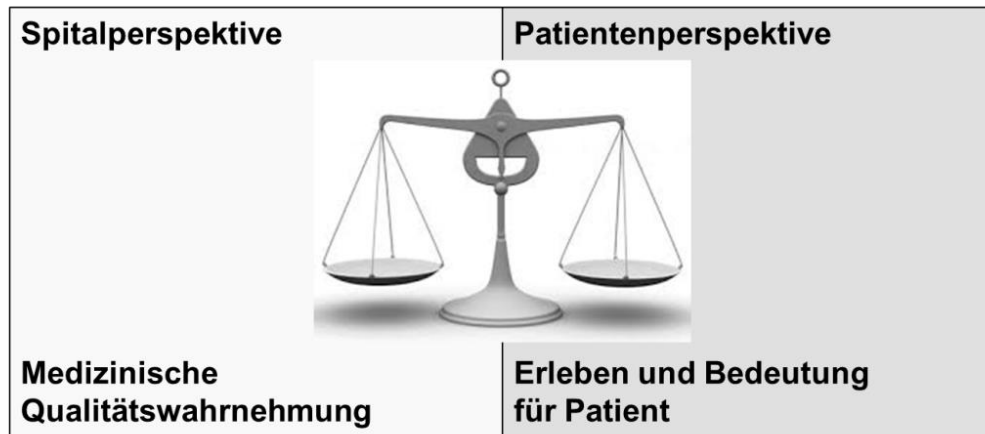
„What to do“	„How to do“
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung von Kundenerwartungen ▪ Strategische Positionierung ▪ Benchmarking ▪ Null-Fehler-Qualität ▪ Hohe Kundenzufriedenheit als Basis der Kundenbindung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prozessorientierung ▪ Kundenorientierte Organisation ▪ Mitarbeiterorientierung und -zufriedenheit ▪ Kontinuierliche Verbesserung (Kaizen) ▪ Synergie durch Vernetzung

Tabelle 6: Inhalte und Anforderungen an eine Customer-Driven Company. (Quelle: Schreiber et al. 2001, S. 180; modifiziert nach Töpfer, 2000)

Die Erfassung von Kundenanforderungen und -erwartungen („Patient als Kunde“) ist für Lean Hospital zentral und bedeutet Produktqualität (insbesondere in Bezug auf Diagnostik und Therapie) sowie Servicequalität (d.h. Form und Güte der Betreuung während der gesamten Behandlung – stationär, teilstationär und ambulant). Schreiber et al. (2001, S. 184) formulieren jedoch zwei Bedenken. Zum einen stellt sich die Frage, inwieweit beispielsweise Patient(inn)en mit Wahrnehmungsstörungen oder paranoider Verkennung eine adäquate Meinungsäußerung abgeben können. Wie klinische Studien zeigen, sind an Schizophrenie erkrankte Patienten durchaus in der Lage, in symptomarmen Zeiten die Qualität der jeweiligen Psychopharmaka und somit auch die Patientenpräferenzen sachgerecht einzuschätzen, um Behandlungsverträge gemeinsam festzulegen (Krausz et al., 2000, zit. in Schreiber et al., 2001, S. 184). Das Verständnis des „Patienten als Kunde“ klammert unter marktökonomischen Gesichtspunkten die therapeutische Beziehung sowie allgemeine humanitäre Aspekte unter Umständen aus (Krausz et al., 2000, zit. in Schreiber et al., 2001, S. 183-184). Es werden sich diejenigen Kliniken auf dem Markt durchsetzen, denen es am besten gelingt, Kundenbedürfnisse differenziert zu erfassen und in entsprechende Diagnostik- und Behandlungsangebote umzusetzen (Schreiber et al., 2001, S. 184).

Abbildung 9 visualisiert die angestrebte Balance zwischen Patientenerlebnis und medizinischer Qualität.

Das Patientenerlebnis ist gleich hoch zu bewerten wie die medizinische Qualität



Quelle: Future Hospital Commission (2013):
Future Hospital: Caring for medical patients

Abbildung 9: Balance zwischen Patientenerlebnis und medizinischer Qualität.

Ballé und Régnier (2007, S. 33) beschreiben Lean als große Herausforderung für ein Spital: *„However, experience shows that the interpretation of Lean concepts and tools outside of the automotive industry is a critical challenge and its success largely tests understanding first that Lean is a system, not simply a toolbox, and second that this system must be constructed by the ward managers, matrons and nurses themselves rather than the piecemeal application of industrial, practices to the wards. Indeed, Lean is a learning system from which the patients’ benefits through greater safety and shorter lead times, as well as the nursing profession itself, through a better understanding and mastery of its own practices“.*

Diese Praxiserfahrungen macht deutlich, dass Lean Management nicht nur eine „Toolbox“ ist, sondern ein Lernsystem zur Beherrschung der Prozesse und zur Übernahme der Verantwortung für Prozesse.

D’Andreamatteo et al. (2015, S. 1205) weisen darauf hin, dass Lean ein Ansatz zur kontinuierlichen Verbesserung ist, der zunehmend im Gesundheitswesen zum Einsatz kommt. In vielen Ländern (USA, Finnland, Dänemark, Niederlande, Deutschland, Schweiz, Italien, Spanien, Türkei, Australien, Indien, Japan etc.) erfolgen Experimente mit Lean-Tools und Techniken, um klinische Ergebnisse in Bezug auf die Sicherheit und Zufriedenheit der

Patient(inn)en und Mitarbeitenden nachhaltig zu verbessern sowie die finanzielle Leistungsfähigkeit langfristig zu optimieren.

Graban (2012, S. 38) betrachtet Lean Hospital als „Werkzeug-Set“, als Managementsystem und als Philosophie, die den Weg zu einer verbesserten Spitalorganisation aufzeigt. Lean stellt aus seiner Sicht eine Methodik dar, um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern sowie Fehler und Wartezeiten zu reduzieren. Ebenso ist Lean ein Ansatz, um Störungen und Verschwendung im Arbeitsprozess zu beseitigen, damit sich Mitarbeitende auf direkte Wertschöpfung im Rahmen der Patientenbehandlung konzentrieren können. Darüber hinaus beschreibt Graban (2012) Lean Hospital als System zur Stärkung der Spitalorganisationen und zur langfristigen Reduktion der Kosten und Risiken. Es erleichtert Wachstum und Expansion durch gezielte Nutzung wirtschaftlicher Spielräume. Zudem ermöglicht Lean, Barrieren zwischen Abteilungen (Silos) zu überwinden, um die Zusammenarbeit zum Wohl der Patient(inn)en zu verbessern (Holden et al., 2014, S. 2).

Im Hauptfokus des Lean Hospital-Systems sollte trotz des starken Kostendrucks die Qualitätsentwicklung stehen, um einen möglichst großen Nutzen für Patient(inn)en zu erzielen. Hierbei besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Patientenergebnissen und Arbeitszufriedenheit (Unruh, 2008, S. 64; Van Bogaert et al., 2014, S. 4; O'Brien-Pallas, 2010, S. 1642).

Crema und Verbano (2013, S. 427) betonen in einer systematischen Literaturrecherche zu klinischen Fehlern und Risiken, dass verschiedene Werkzeuge und eine Vielzahl von Management-Techniken zur Anwendung kommen, um Qualität zu messen und zu erhalten. Die hohe Zahl klinischer Fehler deutet darauf hin, dass sich traditionelle Qualitätsverbesserungssysteme noch zu wenig auf die Herausforderungen des Spitals beziehen. Um Fehler zu reduzieren und für hohe Qualität bzw. Patientensicherheit zu sorgen, müssen neueste Methoden integriert werden. Es zeichnet sich ab, dass Werkzeuge nicht nur nützlich sind, um höhere Qualität und Patientsicherheit sicherzustellen, sondern auch, um Effizienzziele zu erreichen. Der Lean Management-Ansatz zur Verbesserung des klinischen Risikomanagements bietet auch im Kontext begrenzter Ressourcen Vorteile. Anstatt sich auf kurzfristige Ergebnisse zu konzentrieren, sollte eine langfristige Perspektive im Zentrum stehen, um eine Kultur der Qualität und Sicherheit zu entwickeln.

Lean Management kann zur Berichterstattung sowie zur kontinuierlichen und strukturierten Problemlösung zum Einsatz kommen. Steht dies mit der Strategie in Einklang, können sich

für die gesamte Organisation Vorteile ergeben (Crema & Verbano, 2013, S. 436). Das Leistungsversprechen der Qualität sollte offen kommuniziert werden, damit ein Klima der Transparenz und der Ehrlichkeit entstehen kann. In Bezug auf Prozessmanagement ist es wichtig, dass Führungspersonen Schulungen und Unterstützung erhalten.

In einem Qualitätssystem gibt es folgende Phasen: Verständnis (jeder Schritt sollte mit allen Kompetenzen beschrieben werden), Verbesserung gestalten (in der Regel ändern sich Prozesse, Standardisierung und Spezifikation) und Systemfehler zu vermeiden. Dabei ist es wichtig, die Planungsphase zu bewerten, da die meisten Probleme eine Folge des Systemdesigns sind.

Diese Problematik lässt sich durch verbessertes und vereinfachtes Prozess-Redesign mittels Lean Management lösen. Mit einer besseren Verbindung zwischen dem Qualitätsmanagementsystem und dem ständigen Bemühen, Fehlerursachen zu verstehen und Probleme sofort zu lösen, kann ein systemweiter Lean Management-Ansatz die gewünschten Qualitätsverbesserungen unterstützen. Simulationswerkzeuge sollten routinemäßiger Teil des Risikomanagements werden. Die Grundlage hierfür sind robuste und automatisierte Kennzahlen, da diese Patientensicherheit gewährleisten und Fehlerreduzierung erleichtern. Sie tragen dazu bei, Lean Management zu messen, um den Beweis seiner Wirksamkeit zu erbringen. Dabei ist es vor allem wichtig, Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass Lean Management zwar Prozesse im Kontext der Qualitätsentwicklung verbessern kann, jedoch bezüglich der Wirksamkeit erhebliche Forschungslücken bestehen (Crema & Verbano, 2013, S. 437). Diese Lücken beziehen sich auch auf Aspekte wie Qualität, Patientensicherheit, und Mitarbeiterzufriedenheit. Somit ist die Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit des Lean Hospital-Systems noch nicht vollständig bewiesen. Die im Folgenden zusammengefassten Studien beziehen sich auf diese Lücken und versuchten, sie zu schließen.

Die ethnographische Darstellung von Waring und Bishop (2010, S. 1332) zur Umsetzung der Lean Service-Redesign-Methode in einem englischen Krankenhaus thematisiert die Standardisierung in der klinischen Praxis. Die Autoren schlagen Wertströme vor, um Verschwendung zu verringern. In ihrer Studie untersuchen sie drei Dimensionen der Interpretation von Lean in der Sozialpraxis: Rhetorik, Rituale und Widerstand. Im Rahmen dieser drei analytischen Perspektiven beschreiben sie eine Wechselwirkung zwischen der

klinischen Praxis und der Offenheit für Verhandlungen. Im Vordergrund steht die Spannung zwischen klinischen Fachpersonen und Service-Führungspersonen. Diese Spannung entsteht, weil Lean eine Reihe von Service-Verbesserungen ermöglicht. Waring und Bishop kommen zu dem Schluss, dass Lean keine leichte Abhilfe in Bezug auf Wirksamkeitssteigerung und Effektivitätsverbesserung im Gesundheitswesen schafft. Lean Thinking beruht auf effektiver Führung und kontinuierlicher Veränderung. Dabei ist die Wichtigkeit der Messungen und der Kommunikation kontinuierlicher Verbesserung zu unterstreichen, um Mitarbeitenden Rückmeldung zu ermöglichen und dadurch ihre Motivation für kontinuierliche Verbesserung zu erhöhen (Waring & Bishop, 2010, S. 1333). Die Autoren nehmen an, dass Lean Healthcare eine Reorganisation der Gesundheitsversorgung auslösen könnte. Dabei betonen sie die Verwendung evidenzbasierter Richtlinien und neuer Formen der klinischen Führung. Sie heben hervor, dass es wichtig ist, Verschwendung zu identifizieren und empfehlen den Einsatz von Audits, Prozesskarten und „Plan-Do-Check-Act“-Zyklen. Ebenso gilt es, produktive und wertschöpfende Prozesse in der klinischen Praxis zu erreichen. Dies konzentriert sich auf die Neuausrichtung etablierter klinischer Rollen. Neue Routinen und Rituale lassen sich in Form von Checklisten, durch Planung oder durch definierte klinische Verpflichtungen sicherstellen. Die Umsetzung von Lean erfordert eine Führungskräfteentwicklung sowie das Eliminieren von Verschwendung und Prozessstörungen. Dienstleistungen kontinuierlich zu optimieren, ist ebenfalls notwendig (Waring & Bishop, 2010, S. 1333).

Ahlström (2004, S. 545) betont, dass sich das Lean-Verständnis in Spitälern oft auf Instrumente mit strategischen Leitprinzipien bezieht. Lean wird nicht als relevant für das Gesamtsystem erachtet wie dies in Produktionsunternehmen geschieht. Eine Erklärung könnte darin bestehen, dass Spitäler Expertenorganisation sind. Dies ist mit einem Autonomieanspruch verbunden. Expert(inn)en gehen davon aus, dass sie selbst darüber entscheiden können, wie der Patientenprozess verlaufen soll. Die Folge ist eine Binnenoptimierung in einzelnen Kliniken, die kaum auf Patientenbedürfnisse ausgerichtet ist. Alle Unternehmensaktivitäten sollten sich am Patientennutzen orientieren. Tätigkeiten, die hierzu keinen Beitrag leisten oder für eine Organisation nicht existenziell wichtig sind, gilt es auf ein unumgängliches Maß zu reduzieren (Pöhls, 2012, S. 23). Auf diese Weise entsteht eine starke Patientenzentrierung. Folglich haben Behandlungsqualität und Patientenerleben denselben Stellenwert.

Pfeiffer und Weiss (1994, S. 53) fokussieren in ihrer Definition die permanente, konsequente und integrierte Anwendung eines Bündels von Prinzipien, Methoden und Maßnahmen zur effektiven und effizienten Planung, Gestaltung und Kontrolle entlang der gesamten Wertschöpfungskette.

Ballé und Régnier (2007, S. 33) verstehen Lean als Lernsystem in einem Spital. Lean erfordert systemisches Denken und nicht nur die Anwendung von Werkzeugen. Die Erfahrung zeigt, dass die Auslegung von Lean-Konzepten und -Werkzeugen außerhalb der Automobilindustrie auf der Fokussierung des Patientenutzens, der Sicherheit und der verkürzten Durchlaufzeiten beruht. Pflegefachpersonen können hierbei ein besseres Verständnis ihrer Tätigkeit erreichen. Dabei ist es jedoch entscheidend, Lean als System zu betrachten und nicht nur als „Werkzeugkoffer“. Industriepraktiken (z.B. erhöhte Anzahl der Produktionsteile) lassen sich nicht auf Spitalstationen übertragen.

Auch Dickson et al. (2009, S. 509) weisen darauf hin, dass bei der Lean-Umsetzung weniger die Werkzeuge für eine verbesserte Patientenversorgung im Fokus stehen sollten, als der Grad der Einhaltung des Toyota Produktionssystems. Dabei spielt vor allem die lokale Kultur eine zentrale Rolle, beispielsweise im Kontext der Notfallversorgung. Die Kombination von Schlüsselfaktoren wie engagierte und Lean-kompetente klinische Mitarbeitende, langfristiges Engagement für flexible Patientenflüsse, Führung, Serviceorientierung und Wachstumspotential begünstigen die erfolgreiche Lean-Umsetzung auf einer Notfallstation.

Reimer und Herbener (2014, S. 659) weisen auf einen direkten Zusammenhang zwischen Lean Hospital und Magnetspitälern hin. Beispielsweise führte dort das Konzept der standardisierten stündlichen „Nursing Rounds“ dazu, dass Patient(inn)en seltener die Klingel nutzten. Die Anzahl der Stürze reduzierte sich und es gelang, das Schmerzmanagement zu optimieren. Solche Maßnahmen bewirken eine förderliche Arbeitsumgebung sowie eine exzellente Pflegequalität. Diese Faktoren machen Magnetspitäler zu einem Ort, an dem man gut pflegen kann (Schmalenberg & Kramer, 2008, S. 7).

Magnetspitäler sind wie Lean Hospital ein Organisationsystem, in dem Patientenorientierung, pflegerische Leistung und professionelle Arbeitsumgebung so aufeinander abgestimmt sind, dass eine effiziente Versorgungskultur entsteht. Ein patientenzentriertes Wertesystem durchdringt diese Spitäler, verleiht ihnen eine lebendige Dynamik und ein menschliches Gesicht (Kramer & Schmalenberg, 1989, zit. in Spirig, 2012, S. 241).

Auch in Magnetspitälern lautet die Fragestellung: Wie lässt sich angesichts begrenzter Ressourcen eine patientenzentrierte Spitalversorgung mit wirtschaftlicher Effizienz verbinden? Magnetspitäler zeichnen sich durch vierzehn Magnetkräfte aus, die auf Patient(inn)en und Mitarbeitende attraktiv wirken. Ein Fünf-Komponenten-Modell definiert den Goldstandard: transformationale Führung, strukturelles Empowerment, beispielhafte professionelle Praxis, neues Wissen und Innovationen sowie messbare Versorgungsergebnisse (ANNC, 2008, zit. in Spirig 2012, S. 241). Durch eine visionäre, zukunftsgerichtete Mitarbeiterführung, das Übertragen von Verantwortung, Innovationsförderung und eine fundierte, an aktuellen Erkenntnissen ausgerichtete Pflegepraxis wird die Berufsgruppe der Pflege gestärkt. Die Arbeit gewinnt an Attraktivität und die Patientenergebnisse verbessern sich (Lutterbey & Kocks, 2016, S. 162).

Wie im Toyota Produktionssystem steht auch im Magnetspital der Patient bzw. Kunde im Zentrum. Qualitätsfaktoren und wirtschaftliche Erfolgsfaktoren bilden den Fokus. Im Lean Hospital sollen Personal, Material und Geräte aufeinander abgestimmt sein. Der Patientenprozess und die Arbeitsprozesse sind standardisiert (Verlässlichkeit sicherstellen), getaktet (planen, was möglich ist) und fließend (kein „Patientenstau“). Um dies zu überwachen und kontinuierlich zu verbessern, sind transparente Kennzahlen notwendig. Dabei geht es um Ressourcennutzung ohne Verschwendung – mit dem Ziel, Werte für Patient(inn)en und Mitarbeitende zu schaffen.

Lean Hospital ist somit ein Gesamtsystem und integriert verschiedene Systeme wie Qualitäts-, Management-, Prozess- und Lernsystem. Durch welches System Lean eingeführt wird, muss jedes Spital selbst entscheiden. Es gibt keinen allgemeingültigen Weg oder Goldstandard.

Um ein Lean Hospital-System spitalweit zu verwirklichen, gilt Lean Thinking als entscheidender Faktor. Es ist erforderlich, folgende Lean-Denkweisen zu fördern und zu fordern (Riedler, 1996, S. 12):

- Proaktive Denkweise: Alle Mitarbeitenden analysieren und realisieren die Spitalprozesse (vorausschauendes, initiatives Handeln).
- Sensitive Denkweise: Kritische, offene, potentielle Veränderungsbereitschaft aller Mitarbeitenden mit dem Ziel, betriebliche Probleme frühzeitig wahrzunehmen und Ineffizienzen kontinuierlich zu verbessern (Kaizen).

- Ganzheitliche Denkweise: Eine bereichsübergreifende, umfassende Sichtweise komplexer Zusammenhänge ist erforderlich in Bezug auf Planung, Steuerung, Gestaltung und Entwicklung des betrieblichen Leistungsprozesses.
- Potential-Denkweise: Totale Erschließung sowie Nutzung sämtlicher verfügbarer Ressourcen (Personal und Material) mit dem Ziel, bei Mitarbeitenden, Lieferanten, Kund(inn)en und Mitbewerbenden gleichgerichtete Interessen zu generieren.
- Ökonomische Denkweise: Vermeidung unproduktiver Kosten, d.h. aller nicht-wertschöpfender Tätigkeiten im Hinblick auf einen dauerhaften ökonomischen Verbesserungsprozess.

Lean Thinking ist einigen Mitarbeitenden bereits vertraut und sie wenden es täglich an. Falls dies noch nicht der Fall ist, ist es wichtig, sie zu sensibilisieren und zu motivieren. Das Denken nach Lean-Prinzipien aktiviert eine Suchbewegung, um den Arbeitsalltag einfacher zu gestalten. Diese Art und Weise, Prozesse zu optimieren, ist ein kreativer Akt, vergleichbar mit kontinuierlichem Training in Sport und Musik. Durch den direkten Patienten- und Mitarbeiternutzen macht der Arbeitsalltag mit Lean Thinking Spaß.

Lean Thinking ist nie abgeschlossen. Wie im klinischen Behandlungsprozess, gilt es auch im Rahmen des Patientenprozesses Perfektion anzustreben, um für Patient(inn)en das bestmögliche Erleben sicherzustellen. Fließende und funktionierende Patientenprozesse sind untrennbar verbunden mit Patientensicherheit und Mitarbeiterzufriedenheit. Alle drei Faktoren beeinflussen sich gegenseitig. Somit wirkt sich Lean Thinking nicht nur optimierend auf die Wertschöpfung aus, sondern trägt auch zur Qualitätsentwicklung bei. Zugleich ermöglicht es, die Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen und wirtschaftliche Spielräume zu erweitern. Es geht nicht um ein „Entweder–Oder“ von Qualität versus Wirtschaftlichkeit, sondern darum, beides zu vereinen. Patientennutzen und Qualität sollten jedoch immer an erster Stelle stehen. Gelingt es, beides zu gewährleisten, lassen sich auch Kosten senken. Die ökonomische Fragestellung der Lean-Philosophie besteht also nicht primär darin, wie sich Kosten reduzieren lassen, sondern darin, wie es möglich ist, Erträge mit den vorhandenen Ressourcen zu steigern.

Pfaff wies bereits 1994 (S. 61) darauf hin, dass das Gesundheitssystem durch zwei Tendenzen charakterisiert ist: einerseits durch eine starke Wachstumsdynamik mit zunehmendem Kostendruck und andererseits durch eine stärkere Patientenorientierung,

Qualitätssicherung und Humanisierung. In diesem Spannungsfeld steht Lean Hospital und gewinnt immer mehr an Bedeutung. Pfaff weist auch kritisch darauf hin, dass der direkte Transfer einer radikalen Version des Lean-Produktionssystems aus humanitären Gründen nicht wünschenswert wäre. Die Anwendung bestimmter Elemente würde zu einem „inhumanen, schlanken Krankenhaus“ führen (Pfaff, 1994, S. 65). Verschlinkung der Prozesse, Arbeitsintensivierung und Personalabbau stellen die Hauptgefahr dar. Deshalb ist ein institutionell abgesicherter kontinuierlicher Lernprozess unabdingbar, um die Patientenpartizipation, die humane Gestaltung der Arbeit und die Wirtschaftlichkeit stetig zu verbessern sowie durch Aushandlungsprozesse Kompromisse zu erreichen (Pfaff, 1994, S. 78).

Lean lässt sich als System zur Bewältigung von Komplexität verstehen. Es dient dazu, dringliche und notwendige Veränderungen durchzuführen. Der Schlüssel zum Erfolg besteht darin, die Stimme der Patient(inn)en und Mitarbeitenden zu hören. Lean ist ein integrativer Prozess und impliziert die Abkehr von einem „Top-down“-Managementansatz zu einer eher partizipativen Organisation. Die Unterstützung durch Führungspersonen bei Optimierungsvorhaben ist entscheidend, um Vertrauen zu erreichen und der Arbeit Sinn zu verleihen. Lean bietet die Gelegenheit, durch Streben nach Qualität, Sicherheit, Rechtzeitigkeit und menschlicher Entwicklung zu wachsen. Es erfordert einen mehrjährigen Prozess des Kulturwandels (Merlino et al., 2014, S. 237).

Als Zwischenergebnis lässt sich Lean Hospital als Gesamtsystem betrachtet. Es dient dazu, Sicherheit, Qualität, Patientenerleben, Mitarbeiterzufriedenheit und die Wertschöpfung eines Spitals kontinuierlich und nachhaltig zu erhalten bzw. zu verbessern. In einem Lean-Hospital werden alle Mitarbeitenden in ihrer multiprofessionellen, standardisierten Teamarbeit vor Ort im Patientenprozess kontinuierlich durch Führungspersonen unterstützt. Im Zentrum steht ein standardisierter, getakteter und fließender Patientenprozess (Zuweisung-Eintritt-Verlegung-Austritt-Nachsorge). Ein Lean-Hospital zeichnet sich durch gute Patientenergebnisse, hohe Qualität der Arbeitsumgebung sowie vorbildliche Führung aus und übt auf Patient(inn)en und Bewerbende eine Magnetwirkung aus.

4.6 Evidenz zu Lean Healthcare

Der aktuelle Erkenntnisstand zum Thema „Lean Hospital-System“ sowie die Identifikation von Forschungslücken stehen im Zentrum dieses Abschnittes. Die Sichtung der Evidenz beruht auf einer Literaturrecherche in PubMed, Cochrane Library und Google Scholar. Unveröffentlichte Studien fanden ebenfalls Beachtung.

Die Evidenz für das Lean Hospital-System bildet die konzeptuelle Basis für Lean Leadership, da Führung ein zentrales Element bei der Implementierung bzw. Entwicklung des Lean Hospital-Systems darstellt.

Wie Projekterfahrungen in diversen Schweizer Spitälern seit 2012 zeigen (Fallmanagement, Skill-Grademix, Prozessoptimierung im Notfallsetting, in Ambulatorien und Laboren, im Sozialdienst und in der Ernährungsberatung), kommt dem Führungsverhalten bei der Lean-Einführung eine größere Bedeutung zu als den Lean-Instrumenten. In Bezug auf Lean Leadership hat sich die strukturelle Verankerung in bestehenden Führungsgefäßen als zentral erwiesen. Das Verständnis sowie die konsequente Forderung und Förderung von Lean Thinking im Führungsalltag wird oft nur punktuell und projektbezogen verfolgt. Häufig geschieht dies, ohne das Führungsverhalten nachhaltig zu entwickeln.

Die Hintergründe für wenig ausgeprägtes Lean Leadership-Verhalten können sehr unterschiedlich sein: fehlende Zustimmung, keine notwendige Dringlichkeit, kein ersichtlicher Mehrwert und Nutzen, Wissenslücken, mangelnde Anschlussfähigkeit bezüglich des Führungsalltags, fehlende Ressourcen und zu geringe Unterstützung.

Häufig assoziieren Mitarbeitende den Begriff „Lean“ mit einer „schlanken Organisation“ und verstehen diesen Ansatz als Mittel, um Kosten zu reduzieren, indem Mitarbeitende freigesetzt werden (Ackermann, 2012, S. 54). Umso wichtiger ist ein sorgfältiger Umgang mit dem Begriff „Lean“ im Rahmen der Lean Hospital-Einführung.

In einer Multi-Case Study mit 98 halbstrukturierten Interviews zur Implementierung von Lean Management in fünf Deutschschweizer Spitälern kam Würtz-Kozak (2015) zu folgendem Ergebnis: Informationen über Lean in Hinblick auf Inhalt, Kommunikation, Vision, Dringlichkeit und Nutzen erhöhen den perspektivischen Nutzen des Lean Hospital-Systems. Zugleich führen sie zu einer höheren Akzeptanz und einer intensiveren Nutzung. Obwohl die Ausbildungsqualität insgesamt schwächere direkte Effekte zeigte, erhöhte eine bessere Ausbildung die wahrgenommenen Vorteile geringfügig. Entgegen der Hypothese haben

Information und Training keinen direkten Einfluss auf die aktuelle Anwendung von Lean-Prinzipien. Alter und Berufserfahrung entscheiden darüber, ob Mitarbeitende Lean annehmen und anwenden oder nicht. Aus den Ergebnissen leitete Würtz-Kozak (2015) folgende Empfehlungen ab:

Um ein vollständiges Verständnis und eine Unterstützung der Lean-Vision zu gewährleisten, sind frühzeitige Schulungen und umfassende Informationen durch das Top-Management unabdingbar. Die Auswahl des Kommunikationsstils und der -inhalte sollten sorgfältig erfolgen, da anfängliche Fehler nur schwer rückgängig zu machen sind.

Eine Informationsveranstaltung im Vorfeld sollte obligatorisch sein, um ein grundlegendes Lean-Wissen aller betroffenen Mitarbeitenden zu gewährleisten. Informationen tragen dazu bei, Mitarbeitenden eine Lean-Vision zu vermitteln. Dabei gilt es, die Dringlichkeit der Lean-Implementierung sowie die erwarteten Vorteile hervorzuheben. Akzeptanz und zukünftige Nutzung erhöhen sich dadurch. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Mitarbeitende dazu neigen, Informationen auf einer niedrigeren Wichtigkeitsebene wahrzunehmen als Führungspersonen.

Zur Vermittlung von Lean Thinking sollten theoretische Schulungen (z.B. Vorträge) erfolgen, damit Mitarbeitende Lean-Konzepte und Werkzeuge verstehen. Wichtig sind jedoch auch experimentelle Trainings (z.B. „Lego-Lean-Spiel“). Dadurch erleben die Teilnehmenden direkt den Nutzen und die Vorteile der Lean-Prinzipien. Dies steigert die Akzeptanz und motiviert die Mitarbeitenden dazu, Prozesse selbst zu optimieren. So erhöht sich ihr Selbstwertgefühl und sie erleben Selbstverwirklichung beim proaktiven Anwenden der Lean-Prinzipien. Fortschritte hinsichtlich der Lean-Annahmen sollten regelmäßig kontrolliert werden, beispielsweise im Rahmen des Huddle Boards. Führungspersonen sollten nicht davon ausgehen, dass junge Mitarbeitende eine höhere Akzeptanz gegenüber Lean zeigen. Erst durch eigene Erfahrung lassen sich Mitarbeitende von den Vorteilen des Lean-Systems überzeugen (Würtz-Kozak, 2015, S. 83-85).

Im Januar 2016 fand im Vorfeld der Tagung „Lean Thinking und Teamwork“ eine Befragung von Abteilungsleitenden der Pflege zu Lean Thinking statt. Eine der Fragen lautete: Wie schätzen Sie Lean Thinking bei Ihren Mitarbeitenden ein? Die Befragten konnten das Lean Thinking-Verhalten ihrer Mitarbeitenden online anonym anhand von neun Fragen auf einer Skala von 1 bis 5 („trifft voll und ganz zu“ bis „trifft gar nicht zu“/„weiss nicht“) einschätzen.

46 von 62 Mitarbeitende beantworteten den Online-Fragebogen, was einer Rücklaufquote von 74.2% entspricht (Meyer Hänel, 2016, S. 24).

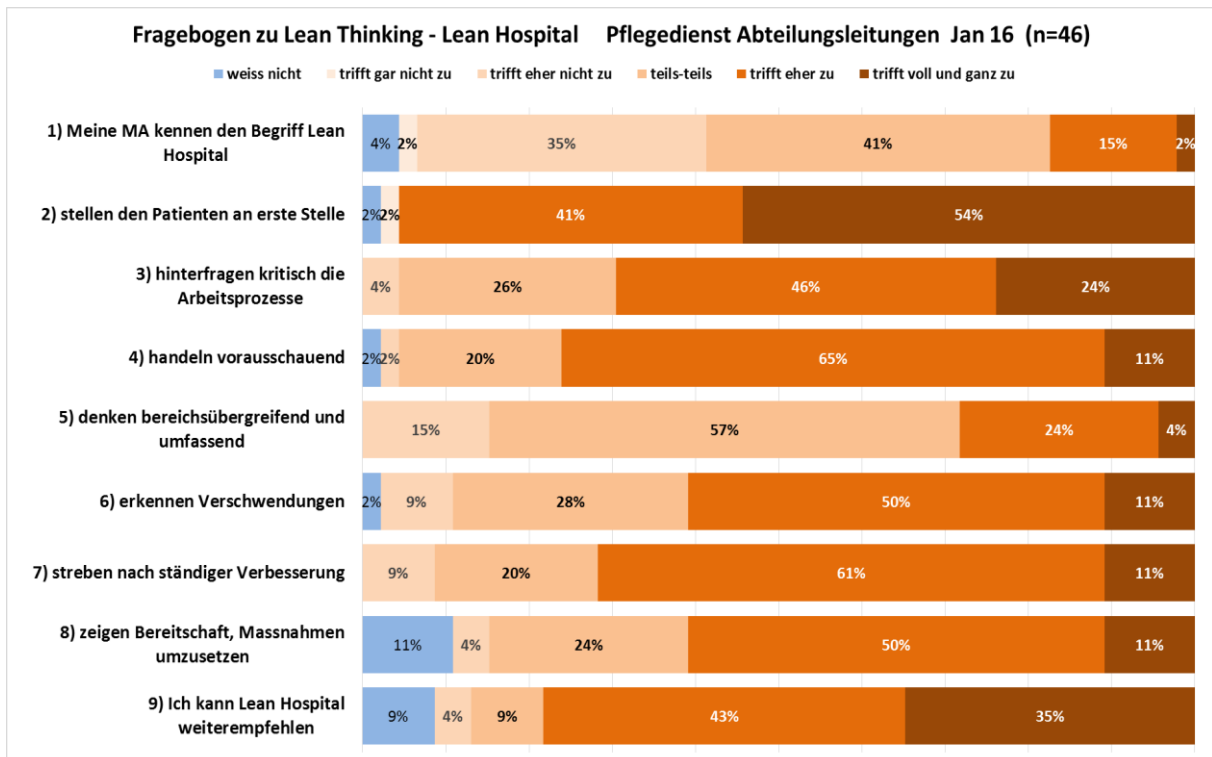


Tabelle 7: Lean Thinking im Bereich Pflege, Universitätsspital Zürich. (Quelle: Meyer Hänel, 2016, S. 24)

Die Umfrage basierte auf der Lean Thinking-Definition von Riedler (1996, S. 17). Es erfolgte keine Vormessung. Somit lässt sich kein Zusammenhang zwischen Lean-Projekten und der Entwicklung von Lean Thinking herstellen. Allgemein schätzten die Abteilungsleitenden Lean Thinking in ihren Teams als hoch ein. Dies lässt sich als Potential für die Entwicklung eines Lean Hospitals betrachten. Lean Thinking ist jedoch auch ein natürliches Persönlichkeitsverhalten. Oft kommt es nicht explizit zur Sprache. Deshalb wäre eine Vormessung aufschlussreich gewesen. Aufgrund der Machbarkeit und Ressourcenschonung wurden nur die Abteilungsleitenden befragt. Teammitglieder hätten Lean Thinking möglicherweise anders eingeschätzt. Für zukünftige Erhebungen wäre es empfehlenswert, die Abgrenzung zu anderen Konzepten und die Validierung der Items hinsichtlich Reliabilität und Validität sicherzustellen.

Stöhr (2015, S. 6-12) untersuchte die internationale Literatur zu Lean Hospital im Auftrag der Direktion Pflege und MTTB des Universitätsspitals Zürich.

Diese systematische Literaturübersicht umfasste 64 Publikationen, darunter 22 Fallstudien, 33 theoretische Publikationen, sechs Reviews und drei Literaturstudien im Publikationszeitraum zwischen 2009 und 2014. Die Analyse ergab fünf Themenkreise im Zusammenhang mit der Adaption der Lean-Ideen im Spitalbereich:

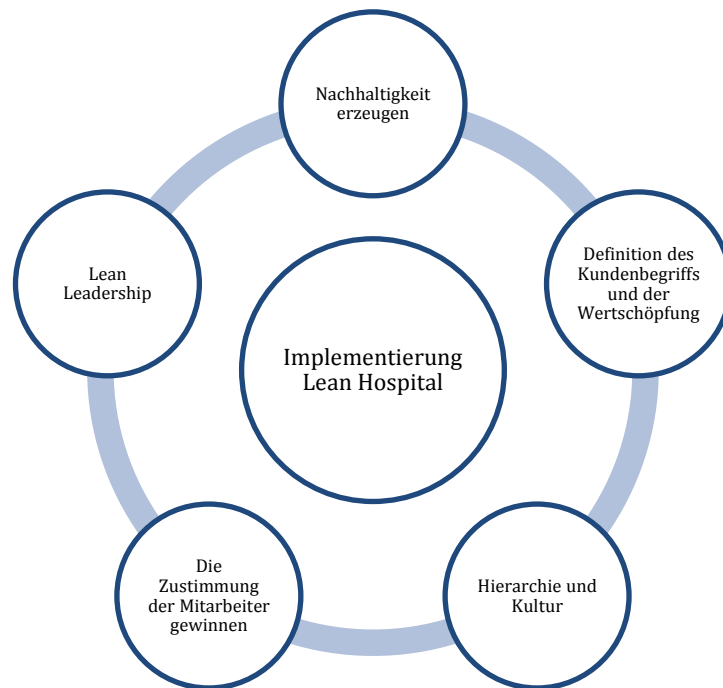


Abbildung 10: Schwerpunkte der Lean-Adaption im Spitalbereich im Spiegel der Forschungsliteratur.

Wie die Analyse zeigt, findet der Begriff „Kunde“ im Gesundheitswesen keine eindeutige Verwendung. Young und McClean (2008, S. 382) thematisieren die Problematik dieses Begriffs im Gesundheitswesen. Im komplexen Spitalkontext ist der Fokus auf Patient(inn)en das wichtigste Lean-Merkmal und stellt zugleich eine große Herausforderung dar. Wer steuert den Patientenprozess? Wie lässt sich eine fragmentierte Versorgung vermeiden? Wie können Schnittstellen zu Nahtstellen werden? Inwieweit sind die Prozesse patientenzentriert?

Stöhr bezieht sich auf die Ansicht von Womack et al., wonach nur mit einem spezifizierten Kundenbegriff eine präzise Definition des Wertebegriffs im Sinne von Wertschöpfungsoptimierung möglich ist: „The failure to specify value correctly before applying Lean techniques can easily result in providing the wrong product or service in a highly efficient way“ (Stöhr, 2015, S. 7).

Rechel et al. (2010, S. 632) heben den Aspekt der Tradition und Kultur im Spital hervor: „Traditionally,

hospitals were designed around specialties and departments rather than around the needs of patients“. Die Strukturen in Spitälern sind oft auf Professionen ausgerichtet und nicht auf Patient(inn)en: „Die Betreuung ist in funktionellen Einheiten organisiert. Die einzige Person, die den Versorgungsprozess im Spital im Zusammenhang und als Ganzes erlebt, ist jedoch der Patient selbst“ (Stöhr, 2015, S. 8).

Stöhr hebt hervor, dass das Engagement der Mitarbeitenden für den Erfolg von Lean Management entscheidend ist (Stöhr, 2015, S. 9). Die Mitarbeitenden müssen davon überzeugt sein, dass Lean Management funktioniert. Dann stehen sie dem Veränderungsprozess offen gegenüber und gestalten ihn aktiv mit: „Ultimately, it is all about people, and processes improve when individual employees learn to do the same job better“ (Ballé & Régnier, 2007, S. 33-41).

Um Lean nachhaltig zu implementieren, genügt es nicht, einige Tools einzusetzen. Lean zu verwirklichen, bedeutet, einen kulturellen Wandel zu vollziehen. Dabei sollten Lean-Tools nicht isoliert zum Einsatz kommen. Werden spezifische Probleme lediglich in einem Bereich gelöst, ohne einen Ansatz zur kontinuierlichen Verbesserung einzuführen, wird Lean langfristig scheitern: „*The question of 'How to ensure that Lean becomes more than another set of tools but becomes a sustainable way of working' is crucial...*“ (Poksinska, 2010, S. 319-329).

Zusammenfassend erbrachte die Literaturrecherche von Stöhr (2015, S. 8) folgende Erkenntnisse:

- Es liegen keine Forschungsergebnisse von hoher Evidenzstärke vor.
- Studien, die Lean Management über einen längeren Zeitraum evaluierten, fehlen.
- Evidenzbasierte Assessments sind nicht vorhanden.
- In vielen Lean Hospital-Projekten fehlen notwendige organisatorische und strukturelle Veränderungen.
- Voraussetzungen für das Entstehen einer Lean-Kultur sind kaum beschrieben.

Von den 22 eingeschlossenen Fallstudien weisen mehr als 50% erhebliche Limitationen auf. Fast alle Studien zeichnen ein positives Bild von Lean Management im Gesundheitswesen, lediglich drei Studien kommen zu negativen Ergebnissen.

Hines et al. (2004, zit. in Alwan, 2012, S. 15) gehören zu den wenigen Autoren, die auch kritische Elemente der Lean-Konzeption thematisieren. Sie erwähnen das Ignorieren menschlicher Aspekte, die fehlende strategische Perspektive und den mangelnden Umgang mit Variabilität. Variabilität als Lean-Prinzip der Standardisierung ist vor allem aus organisationspsychologischer Sicht im Kontext des „Job Characteristics Model“ von Hackmann, Oldham (1980) in Weibler (2012, S. 203) bei der Arbeitsplatzgestaltung kritisch zu beachten.

Bisherige Untersuchungen dokumentieren mehrere Faktoren, die einen effektiven Einsatz von Lean-Tools ermöglichen (Andersen, 2014, S. 4). Bahaitham (2011, S. 3-4) entwickelte an der University of Central Florida ein Rahmenmodell zur Quantifizierung der Nachhaltigkeit im Kontext der Lean-Implementierung im Gesundheitswesen. Obwohl sich Lean als Weg zur Qualitätserhaltung, Verbesserung und Kostensenkung in der Pflege bestätigen liess, entwickelte es sich im Gesundheitswesen langsamer als erwartet. Eine Herausforderung bei der Lean-Transformation besteht darin, das erreichte Leistungsniveau und das Engagement des Personals im Zyklus der kontinuierlichen Verbesserung aufrechtzuerhalten. Die Untersuchung von Bahaitham (2011) ergab, dass die Lean-Implementierung im Spital nachhaltig verankert werden kann, wenn verschwundungsarme Prozesse und organisatorische Faktoren in ausgewogener Weise unabhängig von ihrem derzeitigen Lean-Niveau verfolgt werden. Der Effekt der Lean-Implementierung könnte zusätzlich durch aktive Beteiligung der Mitarbeitenden und Respekt gegenüber dem Personal gefördert werden. Eine transparente Kommunikation in Bezug auf Fortschritt und Benchmark-Sichtweise ist unerlässlich.

Das Wissen über Lean in der Gesundheitsversorgung hat sich in den letzten Jahren vermehrt, besonders in Bezug auf Grundsätze, Instrumente, förderliche und hinderliche Faktoren sowie Ergebnisse. Dennoch bestehen weiterhin Forschungslücken. D’Andreamatteo et al. (2015, S. 1205) empfehlen, im Rahmen zukünftiger Untersuchungen folgende Punkte zu berücksichtigen:

- (a) Es ist wichtig, eine gemeinsame Lean-Definition festzulegen, um die Einführung von Lean im Gesundheitswesen kongruent analysieren zu können.
- (b) Die Vorteile, Herausforderungen und Nachteile einer Umsetzung mit anderen Techniken bleiben unterbewertet. Es ist sinnvoll, zukünftige Trends wie „Lean Six Sigma“ zu analysieren.
- (c) Die „Sogwirkung“ von Lean und deren Konsequenzen müssen Gegenstand von Studien sein, die in Bezug auf Design, Methode und Analyse solide sind. Primär sollte eine Bewertung der klinischen Ergebnisse und der Vorteile erfolgen, beispielsweise in Hinblick auf finanzielle Ergebnisse, Mitarbeiterzufriedenheit sowie Patientensicherheit.
- (d) Die meisten Untersuchungen finden im Akutspital statt. Weitere Forschungen in der häuslichen Pflege und im Kontext der Grundversorgung sowie im Verlauf der gesamten Versorgungskette sind erforderlich.
- (e) Es gibt nur wenige Querschnittstudien bzw. Multicenterstudie oder Multi-Site-Analysen. Studien aus verschiedenen Ländern könnten die Verbreitung von Lean aufzeigen und kulturelle Einflüsse auf die Lean-Entwicklung sichtbar machen.
- (f) Umsetzung und Nachhaltigkeit sollten ein wichtiges Anliegen sein. Langzeitstudien in Bezug auf neue oder bekannte Programme sind sinnvoll, insbesondere mit systemischem Ansatz.
- (g) Die Literatur basiert auf erfolgreichen Fällen. Viele Autor(inn)en befürworten hingegen, auch von negativen Fällen zu lernen, um eine kritische Sicht in Bezug auf Lean in der Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.
- (h) Die Kostenwirksamkeit der Lean-Interventionen sollte ein Thema sein. Ein Evaluierungsrahmen für Lean Healthcare Performance ist hierfür erforderlich.

Laut D'Andreamatteo et al. (2015) ist es notwendig, dass sich die Forschungsfragen zukünftig auf die Qualität im Spital fokussierten und nicht auf die Frage, wie und wann Lean-Ansätze bzw. Lean-Methoden übernommen wurden. Lean-Ansätze können möglicherweise die Patientenbetreuung in einer Organisation verbessern. Erfolge sind davon abhängig, wie eine Organisation den Umgang mit Stakeholdern, Ressourcen und Routine nutzt. Mögliche Lean-Indikatoren könnten beispielsweise Lebensqualität, Mortalität, Rehospitalisierung sowie organisatorische Ergebnisse wie Ressourcenverbrauch oder Nachhaltigkeit sein.

Das Universitätsspital Nord-Norge verfügt über fünf Jahre Lean-Erfahrung und hat mehr als zwanzig Lean-Interventionen implementiert. Andersen (2014) betont, dass die lokale Lean-Anwendung sowie kulturelle und strategische Fähigkeiten besondere Beachtung erhalten sollten. Er empfiehlt, zukünftig lokalen Variationen der Lean-Interventionen mehr Aufmerksamkeit zu widmen, um die Komplexität des Lean Managements im Spital besser zu verstehen (Andersen, 2014, S. 7).

Für eine erfolgreiche Lean Implementierung ermittelte Poksinska (2010) drei Schlüsselfaktoren, die einen allgemeinen organisatorischen Wandel begünstigen:

- 1) Engagement der Mitarbeitenden und ihre Beteiligung am Verbesserungsprozess
- 2) Befähigung der Mitarbeitenden zur Entwicklung der Organisation
- 3) Beständige Unterstützung der Führungspersonen auf allen Ebenen.

Im Rahmen einer qualitativen Studie in einem Universitätsspital ermittelten Harald et al. (2014) die folgenden sechs Barrieren und Moderatoren bei der Lean-Implementierung (Tabelle 6):

<p>Barrieren und Moderatoren der Lean-Umsetzung</p> <p>Senior Management-Unterstützung und Engagement</p>	<p>Führungspersonen haben eine wichtige Vorbildfunktion, um die gewünschten Verhaltensweisen im Rahmen der Lean-Umsetzung zu veranschaulichen. Wie bei allen Veränderungen und Optimierungsprogrammen sind die Unterstützung der Geschäftsleitung und das Engagement für Lean-Initiativen entscheidend. Das Management fühlt sich verpflichtet, Barrieren zu beseitigen und sich bei der Umsetzung zu beteiligen. Führungspersonen sind am Ort des Geschehens, um den Prozess zu unterstützen, zu überwachen und erforderliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen.</p>
<p>Ressourcen</p>	<p>Die Verfügbarkeit von Ressourcen ist ein wichtiges Anliegen in Gesundheitsorganisationen. Deshalb gilt es, Ressourcen zu berücksichtigen. Zwei Themen sind hierbei zentral: unzureichende Zeitressourcen und Personalmangel.</p>

Strategie und Zweck	Eine klare, optimal kommunizierte Strategie ist eine zentrale Voraussetzung, um Lean umzusetzen. Ständige Strategieveränderungen hemmen die Kontinuität und das Potenzial eines erfolgreichen Lean-Programms.
Widerstand gegen Veränderung	Ein wesentliches Problem ist Widerstand gegen die Lean-Implementierung. Das Empowerment des Personals erfordert deshalb besondere Aufmerksamkeit.
Fachübergreifende Zusammenarbeit	Funktionelle und berufliche Silos stellen Barrieren dar. Die Zersplitterung der Organisationen in Silos verhindert fließende „Patientenströme“ und hemmt die Umsetzung der Lean-Techniken in einer Organisation.
Aus- und Weiterbildung	Eine erfolgreiche Umsetzung erfordert Mitarbeitende, die Probleme effektiv lösen, von Fehlern lernen und operative Verbesserungen durchführen. In Lean-Trainingsprogrammen erworbenes Wissen lässt sich nur schwer in die Praxis umsetzen. Erfahrung in Bezug auf Prinzipien, Methoden, Werkzeuge und Lean Thinking fehlen.

Tabelle 8: Barrieren der Lean-Umsetzung. (Quelle: Aij, et al., 2013, S. 4)

Nach Poppendieck (2013) ist es wichtig, durch Lean Leadership das Lean Mindset der Mitarbeitenden zu entwickeln. Der Schlüssel hierzu ist eine patientenzentrierte Spitalkultur. Zu den Führungsaufgaben gehört, am Ort des Geschehens zu sein, um zusammen mit den Mitarbeitenden einen optimalen Patientenprozess zu erarbeiten. Dabei sind Vorbilder für den Verbesserungsprozess essentiell. Zugleich ist es wichtig, Patientenorientierung als Wert vorzuleben. Es gilt, ein gemeinsames Werteverständnis zu entwickeln: Welche Werte möchten wir als Organisation für Patient(inn)en schaffen? Ebenso ist es erforderlich, ein Klima des Mitdenkens und Mitgestaltens zu fördern und Inspiration für kontinuierliche Verbesserung sicherzustellen. Zentrale Bedeutung kommt auch dem Lernen von Patient(inn)en und Mitarbeitenden zu.

Als Zwischenergebnis lässt sich festhalten, dass bisher wenig substantielle Evidenz zu Lean Hospital als System vorliegt. Die systematische Literaturrecherche von Stöhr (2015) macht deutlich, dass lediglich einzelne Fallstudien verfügbar sind, die jedoch oft methodische Mängel aufweisen.

Lean Leadership scheint in der Literatur wachsende Aufmerksamkeit zu erhalten, vor allem in Bezug auf Wirksamkeit und nachhaltige Verankerung. Führungsentwicklung stellt jedoch eine große Herausforderung dar, insofern Entscheidungsträger und Umsetzungsverantwortliche selbst in der Pflicht stehen. Sie sollten Lean Leadership vorbildlich, engagiert und mit Leidenschaft vorleben, um ein Lean Mindset zu entwickeln. Dies bedeutet auch, Mitarbeitende nicht abhängig zu machen, sondern zu befähigen, selbst Lean Leaders zu werden.

Nach D'Andreamatteo et al. (2015, S. 1197) ist Lean die „nächste Revolution für eine bessere Gesundheitsversorgung“. In den letzten fünfzehn Jahren ist Lean auch in diesem Bereich verstärkt zum Einsatz gekommen. Dementsprechend hat sich die Lean-Forschung seit den frühen 2000er Jahren entwickelt. D'Andreamatteo führt in seiner Literaturübersicht 243 Artikel an und beschreibt Lean zusammenfassend als Mittel zur Steigerung der Produktivität. Die USA scheint in Bezug auf die Häufigkeit der Lean-Anwendungen führend zu sein.

Theoretische Arbeiten zu Lean Hospital konzentrierten sich hauptsächlich auf Erfolgsfaktoren, Herausforderungen und Hindernisse. Die Nachhaltigkeit, der Rahmen für die Messung und die kritische Würdigung des Lean Hospital-Systems bleiben wichtige Themen. Jedoch liegen kaum Studien vor, die Lean Hospital als systemweiten Ansatz untersuchen. Bisherige Outcome-Studien erlauben noch keine definitive Aussage über die tatsächliche Wirksamkeit.

Bei der Einführung von Lean im Gesundheitswesen zeigen sich diverse Herausforderungen. Wissenschaftler sind aufgefordert, die Möglichkeiten und Schwächen von Lean weiter zu erforschen, vor allem in Bezug auf die Höhe der erforderlichen Investitionen und hinsichtlich des Engagements der gesamten Organisation. Für Führungspersonen, Entscheidungsträger und Mitarbeitende ist es zentral, sich auf Forschungsergebnisse beziehen zu können und aus der Literatur zu erfahren, wie sich eine effektivere Umsetzung von Lean im Kontext des Gesundheitswesens sicherstellen lässt (D'Andreamatteo et al., 2015, S. 1204).

Um erfolgreiche Prozesse mit Lean Management zu etablieren, sollte der Fokus auf Führung liegen. Klare Strategien und Visionen seitens der Führung stellen einen wichtigen Erfolgsfaktor für Lean dar und sind wichtig in Bezug auf die Nachhaltigkeit der Prozessoptimierung. Somit verdient Lean Leadership hohe Aufmerksamkeit bei der Einführung der Lean-Philosophie in Spitälern.

Grundsätzlich gibt es in der Führungsforschung einen Bedarf, Führungstrainings zu evaluieren. Angerer et al. (2016, S. 11) formulieren in ihrer Literaturrecherche eine Forschungslücke in Bezug auf die Ergebnismessung von Lean-Transformationsprozessen und die Evaluation eines effektiven Managementsystems im Rahmen der Lean-Kultur. Dabei sollten theoretische und empirische Beiträge einbezogen werden. Die vorliegende Dissertation knüpft an diesen Punkt an.

Zukünftige Untersuchungen sollten in mehreren Spitalern stattfinden, um eine Validierung im Rahmen der Benchmark-Fähigkeit durchzuführen und die Auswirkungen verschiedener Lean-Ansätze hinsichtlich Qualitätsverbesserung und Nachhaltigkeit zu analysieren. Weitere Forschungsarbeiten sollten Erfahrungen aller beteiligten Berufs- und Funktionsgruppen einbeziehen, um Unterschiede zu ermitteln. Ein zentrales weiteres Ziel zukünftiger Studien sollte darin bestehen, die Lean-Reife eines Spitals zu bewerten (Bahaitham, 2011, S. 130-131).

5. LITERATURÜBERSICHT LEAN LEADERSHIP

Eine systematische Literaturrecherche stellt die Grundlage dar, um Lean Leadership in der vorliegenden Arbeit auf der Basis der aktuellen Forschungsdiskussion zu definieren. Die Primärfrage lautet: *Was ist der gegenwärtige Forschungsstand zum Thema „Lean Leadership“ mit dem Fokus auf Begriffsdefinition und Operationalisierung im Spitalbereich?*

Diese Fragestellung impliziert die folgenden Sekundärfragen:

1. Wie ist der Begriff „Lean Leadership“ in der gegenwärtigen Literatur definiert?
2. Welche Kriterien sollten im Bereich „Lean Leadership“ zur Ermittlung eines SOLL-IST-Vergleichs zum Einsatz kommen und warum (Operationalisierung)?
3. Welche wissenschaftlichen Methoden eignen sich zur Erhebung und warum?

5.1 Methodik

Die folgende Beschreibung der Methodik bezieht sich auf die systematische Literatursuche und deren Prozess. Die Methodik wurde aufgrund der ersten Resultate weiterentwickelt, um die Fragestellungen fundiert zu beantworten. Dies soll den wissenschaftlichen Gütekriterien entsprechen und eine solide wissenschaftliche Basis für die Untersuchung sicherstellen.

Die Literaturrecherche (Meyer, 2016) erfolgte in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Embase und Google Scholar für die Zeitspanne zwischen 2000 und 2015. Als Schlagwörter dienten Lean Leadership, Lean Hospital, Lean Management und Daily Management. Mit der Verknüpfung (concept, term, criteria, definition, behaviors) erfolgte eine Auswahl von 38 Studien und Fallberichten aus insgesamt 117 identifizierten Forschungsarbeiten. Bei den 23 eingeschlossenen Arbeiten zur Definition von Lean Leadership und zu Lean Leadership-Kriterien handelte es sich um neun Erfahrungsberichte, vier Fallserien, fünf Fall-Kontrollstudien, zwei Übersichtsarbeiten und eine Kohortenstudie. Zusätzlich wurden acht aktuelle Lean-Fachbücher einbezogen.

5.2 Vorgehen

Als Grundlage der systematischen Literatursuche diente der Qualitätsstandard Cochrane Deutschland (Gechter et al. 2012, S. 87). Eine Orientierung an diesem Standard erleichtert das systematische und fokussierte Vorgehen bei der Literatursuche. Die Suche gestaltete sich folgendermaßen:

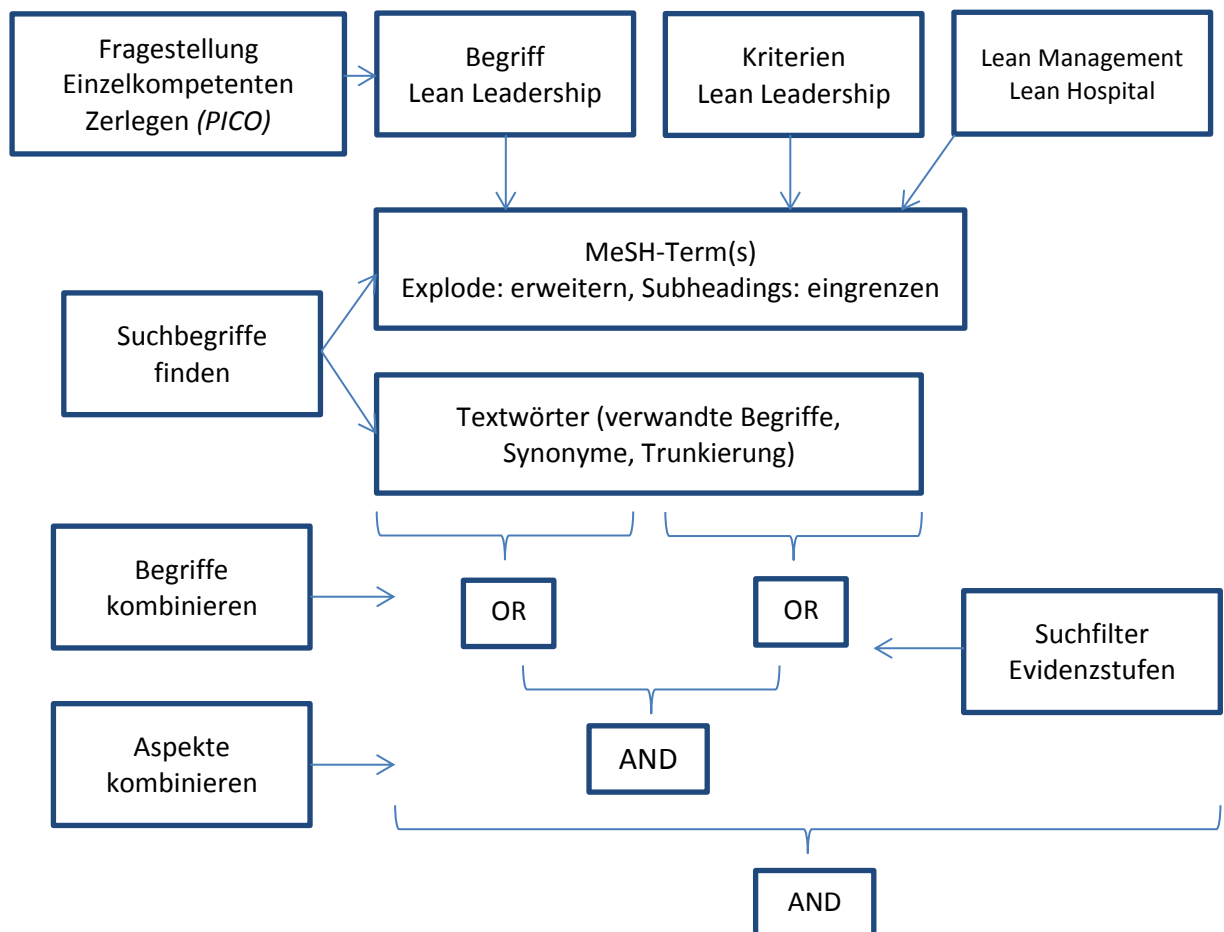


Abbildung 11: Aufbau der Suchstrategie. (Quelle: Gechter et al., 2012)

Wie im Anhang ersichtlich, fokussierte die ausgewählte Fachliteratur Begriffsbeschreibungen und Kriterien von Lean Leadership. Um die Aussagekraft der einbezogenen Publikationen zu beurteilen, erfolgte eine Einschätzung anhand von Stufen der Evidenzstärke (Tabelle 9).

1a	Evidenz aufgrund systematischer Übersichtsarbeit/Meta-Analyse der RCTs
2b	Evidenz aufgrund mindestens einer RCT
2a	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten kontrollierten Studie ohne Randomisierung
2b	Evidenz aufgrund einzelner Kohortenstudien (inklusive RCT minderer Qualität, z.B. Follow-up -80%)
3a	Evidenz aufgrund einer systematischen Übersichtsarbeit/Meta-Analyse der Fall-Kontroll-Studien
3b	Evidenz aufgrund einer einzelnen Fall-Kontroll-Studie
4	Evidenz aufgrund von Fallserien und qualitativ weniger hochwertigen Kohorten- und Fall-Kontroll-Studien
5	Evidenz aufgrund von Expertenmeinungen, Konsensus-Konferenzen, Erfahrungen von Autoritäten

Tabelle 9: Stufen der Evidenz. (Quelle: Behrens & Langer, 2004, S. 108)

5.3 Suchstrategie

Es erfolgte eine Auflistung der Publikationen nach Meerpohl et al. (2012, S. 4), wie es den Leitlinien des Cochrane Zentrums zur Durchführung einer systematischen Literaturrecherche entspricht.

Suchbegriff/Datenbank	Suchdatum	Zeitraum bzw. Update-Status	Anzahl Zitate	Anzahl der eingeschlossenen Publikationen
Lean Leadership and Hospital NCBI (PubMed)	26.08.2015	2000-2015	42	11
Lean Management and Leadership and Hospital NCBI (PubMed)	03.09.2015	2012-2015	37	4
Lean Leadership and term NCBI (PubMed)	07.09.2015	2009-2014	4	1
Lean Leadership and concept NCBI (PubMed)	07.09.2015	2003- 2013	4	1
Lean Leadership and criteria NCBI (PubMed)	07.09.2015	1998- 2014	14	2
Lean Leadership and definition NCBI (PubMed)	07.09.2015	0	0	0
Lean Leadership and behaviours and Hospital Google Scholar	15.09.2015	2004-2015	26.400	10
Daily Management System and Medicine	14.09.2015	2011-2015	1	1

NCBI (PubMed)				
Lean Leadership and Hospital CINAHL (EBSCO)	15.09.2015	2007-2014	7	3
Lean Leadership or/and behavioural and Hospital Embase	15.09.2015	2009-2015	2	2
Lean Leadership and behaviours and Hospital Google Scholar	15.09.2015	2007-2014	26.700 von 8	3
Lean Thinking and Hospital NCBI (PubMed)	16.12.2015	2000-2015	2	2
Gesamt inkl. Duplikate	26.08.-03.12.2015	2000-2015	119	40

Tabelle 10: Literaturverzeichnis

Die folgende Ergebnisdarstellung basiert auf diesen 40 Publikationen. Hiervon beziehen sich 24 Publikationen explizit auf Lean Leadership. Eine Eingrenzung in Bezug auf Studienart und Zeitraum erfolgte nicht, da es sich um einen b wenig untersuchten Gegenstand handelte.

5.4 Ergebnisse der Literaturrecherche

Das Ergebnis der Literatursuche lässt sich graphisch wie folgt zusammenfassen:

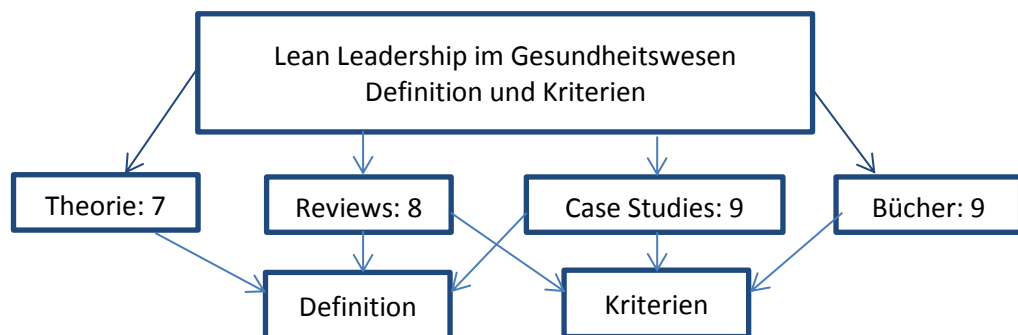


Abbildung 12: Rechercheergebnisse (Quelle: eigene Darstellung)

Nach der ersten Literatursichtung zeigte sich die Notwendigkeit, die Ergebnisse zu Führungsverhalten in die aktuellen Führungstheorien sowie in die einschlägige Literatur anderer Branchen zu integrieren, um Kriterien und eine fundierte Definition ableiten zu können. Diese Notwendigkeit ergab sich auch infolge des Ursprungs von Lean Leadership in der Automobilindustrie. Es zeigte sich, dass Lean Leadership nicht beansprucht, eine

selbständige Theorie zu sein, sondern verschiedene Ansätze der Führungstheorie integriert. Zu beachten ist auch, dass der Führungsalltag keinen „Nullpunkt“ in Bezug auf Lean Leadership-Verhalten und Lean-Methodik darstellt. Lean Leadership und Lean-Methodik sind teilweise bereits in der Praxis vorhanden, ohne jedoch explizit als solche bezeichnet zu werden.

Es wurde deutlich, dass der Begriff „Lean Leadership“ auf der Basis der aktuellen Führungsforschung analysiert werden muss. Abbildung 12 verdeutlicht das methodische Vorgehen.

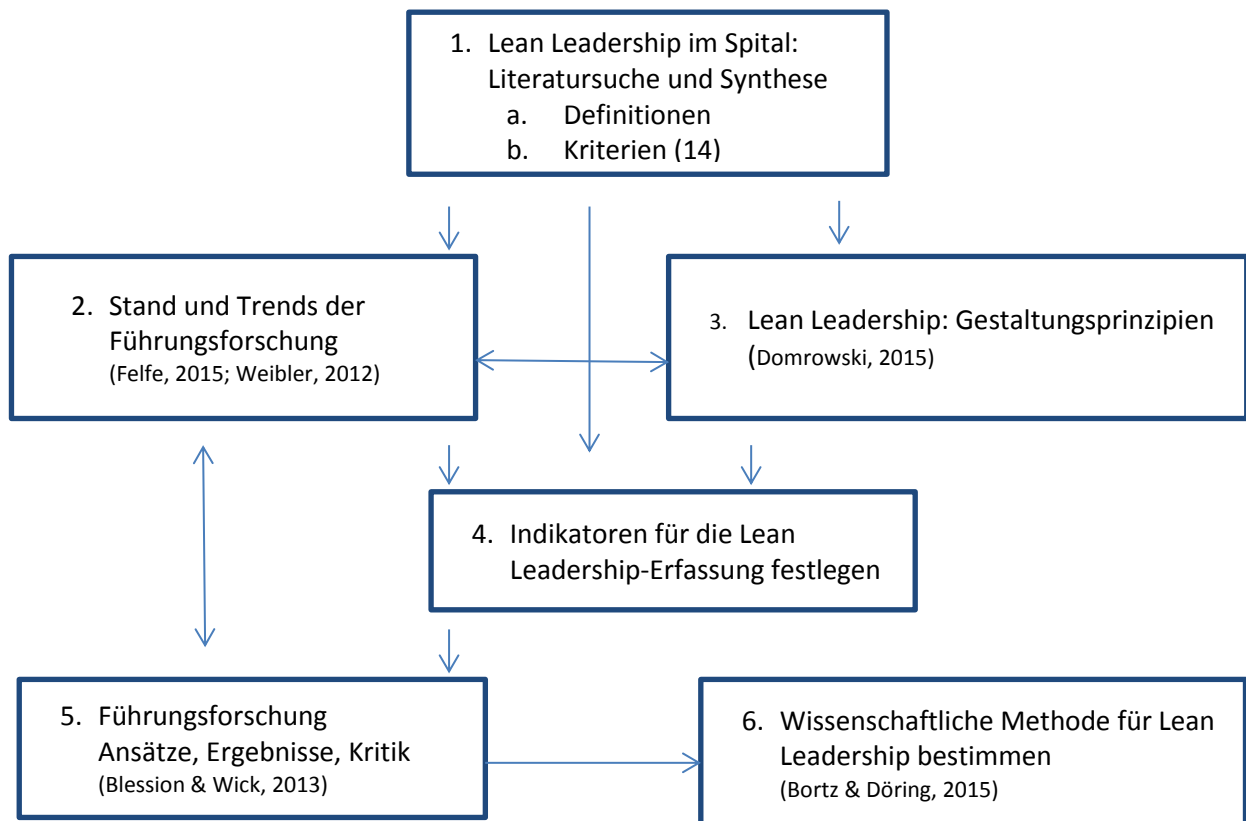


Abbildung 13: Methodisches Konzept. (Quelle: eigene Darstellung)

Führung im Spital muss nach Schrappe (2009, S. 198-199) unter der Prämisse der Expertenorganisation erfolgen. Es besteht ein Spannungsfeld, worin sich Leitende Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende an ihren fachlichen Patientenkontakten orientieren, während sich die Geschäftsführung isoliert und in operativer bzw. strategischer Hinsicht an Handlungsoptionen verliert. Eine gängige Problematik ist die Transformation des Konzepts „Clinical Governance“ (patientenorientierte Führung): Evidenz- und Leitlinienorientierung, konsequente kontinuierliche Verbesserung, Betonung der Sicherheitskultur, ökonomische Verantwortung und Organisationslernen zu „Clinical Corporate Governance“ (unternehmerische Führung). Expertenorganisationen zeichnen sich durch folgende Charakteristika aus (Schrappe, 2009, S. 198-199):

- Hohe individuelle Autonomie der Expert(inn)en
- Direkte Beziehung der Expert(inn)en zu Kund(inn)en
- Identifizierung und Karrierechancen auf der Basis der Profession
- Widerspruch zwischen dem Fachsystem der Expert(inn)en und dem sozialen System der Organisation

- Fachinnovationen werden schnell umgesetzt
- Organisation ist träge und innovationsresistent
- Einheiten binden Expert(inn)en an die Organisation (additiv)
- Kollegialität der Expert(inn)en, Management wenig ausgeprägt
- Paradox: Leistungsfähigkeit der Einheiten stärken und Integration der Gesamtorganisation entwickeln.

Um eine erfolgreiche Systemveränderung zu bewirken, gilt es, Lean Leadership in diesem Spannungsfeld zu betrachten: „Die Trennung von Management und Abteilungsleitungen sowie zwischen Fachdisziplinen muss glaubwürdig und dauerhaft aufgehoben werden“ (Schrappe, 2009, S. 203).

Lean Leadership soll in der vorliegenden Arbeit möglichst breit verstanden werden, um die verschiedenen Dimensionen aufzuzeigen und in einer Arbeitsdefinition zusammenzufassen. Die Kompetenz und das Verhalten der Führungsperson entscheidet darüber, ob und wie Lean Management im Spital nachhaltig Einzug hält. Auf dieser Reise beginnt alles mit der Führung auf allen Ebenen. Lean Leadership ist speziell im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung bedeutsam, da multiprofessionelle Führung im Spital ein zentrales Merkmal darstellt. Das Lean Leadership-Modell unterstützt die Fachpersonen in ihrer führenden Rolle bei der Lean-Umsetzung (Aij et al., 2015, S. 119).

5.5 Lean Leadership-Prinzipien

In diesem Abschnitt wird der Begriff Lean Leadership analysiert, ebenso die damit verbundenen Prinzipien – mit dem Ziel, ein fundiertes Verständnis für die Untersuchung zu generieren. Die ermittelten Kriterien sind unerlässlich, um eine Evaluation zu konzipieren. Da die Begriffe Lean Management und Lean Hospital sehr unterschiedlich definiert sind, ist eine operationalisierte Beschreibung zu Untersuchungszwecken erforderlich. Der folgende Vergleich dient dazu, eine Arbeitsdefinition zu formulieren.

Laut Kim et al. (2009) ist ein „Lean Leader“ eine Führungsperson, die Teams dazu anregt, Lean-Werkzeuge anzuwenden, um Verschwendung zu erkennen, zu priorisieren und kontinuierlich Verbesserungsmöglichkeiten zu verfolgen. Lean Leaders setzen auf ein

strukturiertes Managementberichtswesen, variieren ihren Führungsstil und verfolgen in ihrer täglichen Arbeit die Standardisierung von Abläufen. Dabei richten sie ihre Führungsaktivitäten konsequent auf die Spitalstrategie aus (Kim et al., 2009, S. 410). Diese Definition betont die Lean-Prinzipien der kontinuierlichen Verbesserung, der Standard-Führung und des strategischen Managements.

Donnelly (2014, S. 553) beschreiben „Daily Management System“ in der Medizin in direktem Zusammenhang mit Lean Leadership als Standard-Führungsarbeit. Führungspersonen haben primär zwei Aufgaben: (a) sicherzustellen, dass das System auf die Lean-Philosophie ausgerichtet ist, um (b) kontinuierliche Verbesserung (Kaizen) zu gewährleisten.

Im Rahmen einer Delphi-Befragung beschrieb Ackermann (2012, S. 317-318) am Beispiel eines Premiumherstellers der Automobilindustrie vier Lean Leadership-Verhaltensperspektiven:

durch Führung vor Ort zu Optimierung anleiten

- durch kundenorientiertes Handeln kontinuierlich Werte schaffen
- durch zielorientiertes Handeln kontinuierlich Verschwendung reduzieren
- durch langfristige Ausrichtung Transparenz für Optimierung gewährleisten.

Eine weitere nuancierte Betrachtung ergab vier Grundwerte (Bercaw, 2013, S. 181; Simon & Cancari, 2012, S. 86):

- Achtung vor Menschen
- Kontinuierliche Verbesserung
- Förderung der menschlichen Entwicklung
- Respekt vor Menschen.

Somit steht nicht nur die kontinuierliche Verbesserung im Zentrum, auch das Verhalten der Führungspersonen gegenüber Mitarbeitenden ist erwähnt. Diese Werte lassen sich ohne weiteres einem humanistischen Menschenbild zuordnen. Sie weisen darauf hin, dass es nicht

nur um die Anwendung von Instrumenten geht, sondern auch um menschliche Entwicklung. Dadurch wird Führung im Sinne von Coaching relevant.

Dörflinger und Kopp (2015, S. 2-3) erwähnen drei charakteristische Aspekte:

- Strategische Motivation und klare Ziele
- Empowerment und Coaching
- Lean Leadership-Werkzeuge und kontinuierliche Verbesserung.

In ihrer Untersuchung erkannten die Autoren, dass der Führungsstil im Kontext von Lean Leadership eng mit den Kernaussagen der transformationalen Führung übereinstimmt. Daraus ergeben sich operationalisierte Kategorien für eine mögliche Evaluation des Führungsverhaltens.

Mann (2009, S. 25) beschreibt ein Lean Mindset als charakteristisch für Lean Leadership. Aus seiner Sicht ist Lean mehr als ein „Werkzeugkasten“, um Prozesse und Qualität zu verbessern. Es ist eine Geschäftsphilosophie. Um eine nachhaltig wirksame Lean-Entwicklung zu erzielen, ist Disziplin unerlässlich. Jede Führungsperson ist dazu verpflichtet, sich auf die Einhaltung des Lean-Prozesses zu konzentrieren, um Verbesserungsmöglichkeiten wahrzunehmen. Die meisten Lean-Initiativen scheitern, da sie nicht die versprochenen Vorteile oder ersten Erfolge aufweisen können. Diese Enttäuschung resultiert häufig aus der falschen Vorstellung, Lean sei ein Kostensenkungssystem, das eine dauerhafte Verbesserung ermöglicht, sobald es eingeführt ist. Lean-Initiativen erfordern jedoch einen konsequenten Lean Management-Ansatz. Dieser Sichtweise folgen auch Aij et al. (2015, S. 202). Im Rahmen ihrer Literatursichtung stellen sie fest: *„During the analysis, six main principles of Lean Leadership became apparent, namely self-development, creating a culture of improvement, the real work floor, coaching employees, communication and motivational skills. The competencies that a leader needs to master will be described for each main principle“*. Somit ist eine starke Kombination zwischen Coaching und motivationalen Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten erforderlich, um Lean-Verhalten anzuwenden.

Die zitierten Lean-Beschreibungen bieten somit Hinweise auf eine erfolgreiche Umsetzung. Sie beziehen sich jedoch kritischerweise auch auf andere Entwicklungen und gelten nicht nur für Lean Management.

Einen Überblick über verschiedene Lean Leadership-Kompetenzen bietet Abbildung 14 (Aij et al. 2015, S. 203-206):

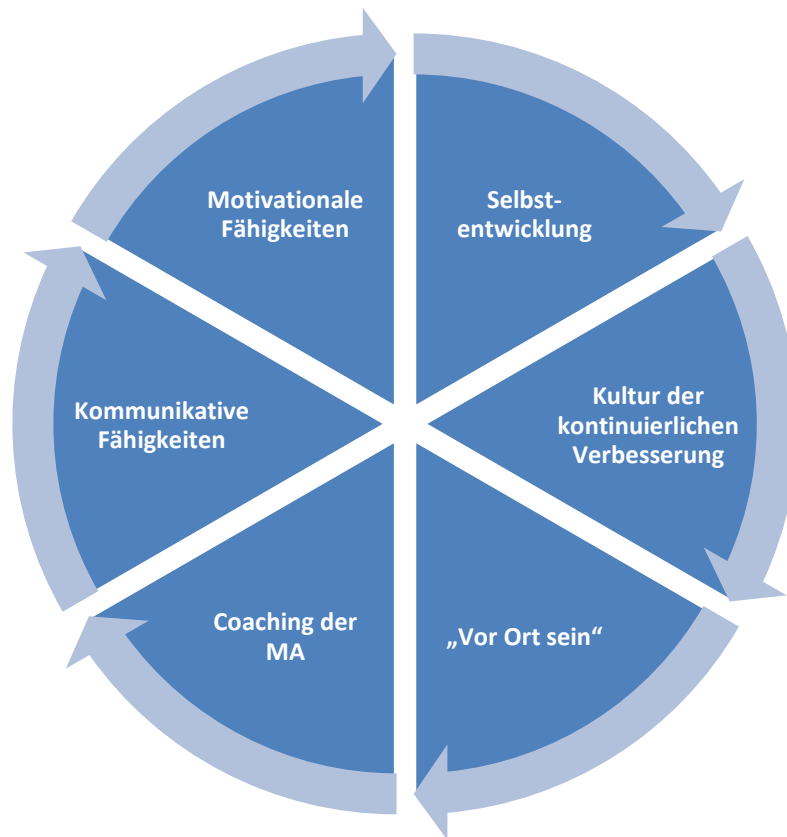


Abbildung 14: Lean Leadership-Kompetenzen. (Quelle: Aij et al. 2015, S. 203-206)

Aije, Plette und Joosten (2015, S. 203-207) beschreiben sechs Schlüsselkompetenzen von Lean Leadership. Die Selbstentwicklung besteht aus drei Phasen. In der ersten Phase erklären Führungspersonen, was Lean Hospital ist und nennen Gründe, warum sich die Organisation bemüht, dieses Konzept umzusetzen. In der zweiten Phase stellen Führungspersonen eine effektive Schulung zu Lean Management sicher und ermöglichen, dass Mitarbeitende sich engagieren können. In der letzten Phase weisen Führungspersonen auf den Zweck von Lean und auf Pläne zur Zielerreichung hin. Die Umsetzung dieser drei

phasenbezogenen Verhaltensweisen wird aus Sicht der Autoren zu einer erfolgreichen Einführung von Lean Leadership führen.

Eine Kultur der kontinuierlichen Verbesserung fördert die Zusammenarbeit der Mitarbeitenden und der Führungspersonen und erhöht ihr Streben nach Perfektion. Hierbei handelt es sich um eine der wichtigsten Kompetenzen, die eine Lean-Führungsperson aufbauen muss. Eine Kultur der Verbesserung zu realisieren, ist weitaus schwieriger, als Mitarbeitende zu führen. Lean-Führungspersonen sollten sich um das Kerngeschäft vor Ort kümmern, um Prozesse zu verstehen und beratend zur Verfügung zu stehen. Sie sollten sich als Trainer(innen) verstehen und gute Zuhörer(innen) sein. Wichtig ist auch, dass sie sicher in der Kommunikation sind und die Schlüsselfragen kennen. Lean-Führungspersonen definieren Ziele und sind in der Lage, sich in Mitarbeitende hineinzusetzen. Dabei werten sie nicht, sondern agieren als Mentor(inn)en. Sie verdeutlichen, dass es wichtig ist, Verantwortung für das eigene Lernen zu übernehmen und Entwicklungen innerhalb der Lean-Organisation zu verwirklichen. Die Führungsperson sollte angemessene Standards setzen und die Umsetzung der Lean-Strategie auf ihrer Abteilung konsequent verfolgen.

Lean Leadership als Führungsstil erfordert, in der Lage zu sein, die gegenseitigen Erwartungen mit Mitarbeitenden offen zu besprechen. Aufgrund der hohen Unsicherheit ist eine transparente Kommunikation während der Übergangsperioden erforderlich. Vor Beginn der Lean-Einführung ist es unabdingbar, Zukunftspläne aufzuzeigen und klar zu vermitteln. Zu Lean Leadership gehört auch, Mitarbeitende für Lean Management zu inspirieren. Ohne intrinsische Motivation ist es schwierig, Widerstände im Veränderungsprozess produktiv zu gestalten.

Toussaint beschreibt vergleichbare Lean Leadership-Prinzipien. Regeln und Prinzipien, die Führungspersonen umsetzen, sind für die Lean-Kultur von entscheidender Bedeutung. Deshalb ist es zentral, dass Führungspersonen eine klare Definition und verschiedene Aktionen beschreiben können, um Lean-Werte und Prinzipien zu fördern (Toussaint 2015, S. 50). Im Folgenden sind diese Prinzipien einzeln dargestellt.

Respektiere jeden einzelnen. Respekt für Menschen bedeutet, dass Führungspersonen zuhören, Ideen und Initiativen der Mitarbeitenden ernstnehmen bzw. aufgreifen und sie ermutigen, Probleme zu lösen. Sie geben den Mitarbeitenden die Freiheit, sich vor Verschwendungen zu schützen. (Toussaint, 2015, S. 53).

Führung mit Demut. CEOs und andere Führungspersonen werden im Allgemeinen nicht belohnt, wenn sie demütig sind. In den meisten Fällen ist das Gegenteil der Fall. Führpersonen erwarten von sich selbst und anderen, für alles eine Antwort zu haben. Es gilt, diesen Anspruch aufzugeben und Lösungen partnerschaftlich zu verfolgen (Toussaint, 2015, S. 55).

Vollkommenheit anstreben. Lean Führungspersonen zeigen, dass sie permanent Perfektion in Prozessen anstreben. Dies impliziert keinerlei Toleranz in Bezug auf vermeidbare Mortalität, Infektion oder Wartezeiten (Toussaint, 2015, S. 57).

An der Quelle zur sicheren Qualität. In der industriellen Fertigung ist Fehlermachen erlaubt. Es bringt das lernende System voran und hat zur Folge, dass ein schlecht geformtes Teil so schnell wie möglich identifiziert und aus der Produktion entfernt wird (Toussaint, 2015, S. 59). In der Klinik werden die Einflussfaktoren und Ursachen von Fehlern durch ein „Critical Incident Reporting System“ (CIRS) erkannt und beseitigt.

Wissenschaftliches Denken. Der Plan-do-study-act-Zyklus (PDSA) lässt sich als Grundprinzip des wissenschaftlichen Denkens betrachten. Er sollte trainiert werden und die tägliche Entscheidungsfindung leiten. Medizinische Fachpersonen gehen davon aus, dass jemand anderes das wissenschaftliche Denken nutzt, um Arbeitsprozesse festzulegen, zu testen und zu validieren. Führungspersonen neigen dazu, zu glauben, dass Mitarbeitende die richtigen Fragen stellen, falls etwas nicht gelingt. Es ist Zeit, diese Annahmen zu hinterfragen (Toussaint, 2015, S. 61).

Fokus auf Prozesse. Jedes System strebt nach perfekten Prozessen. Aus jahrelanger Beobachtung wissen Menschen, die mit Lean im Gesundheitswesen arbeiten, dass Fehler fast immer durch schlecht funktionierende Prozesse und nicht durch Menschen verursacht

werden. Mitarbeitende werden immer wieder verlegen, wenn sie für Fehler, in die sie involviert sind, verantwortlich gemacht werden. Das Streben nach Standardarbeit ist die Grundlage für jede Verbesserungsidee (Toussaint, 2015, S. 62).

Systemisches Denken. Viele Probleme im Gesundheitswesen sind das Ergebnis verschiedener, wechselseitig beeinflusster Prozesse. Um diese Probleme zu bewältigen, müssen Führungspersonen das gesamte System berücksichtigen, das heißt alle geplanten und ungeplanten Interaktionen (Toussaint, 2015, S. 65).

Konstanz des Zwecks. Wertschöpfung für Patient(inn)en muss die zentrale, häufig wiederholte Botschaft in einer Lean-Organisation sein (Toussaint, 2015, S. 66). Die Mitarbeitenden sollten diesen Zweck der Prozessverbesserungen verstehen und verinnerlichen.

Transparenz durch visuelles Management. Ein großes Board sollte zur Verfügung stehen, um Fehler und Verbesserungsbemühungen aufzuzeigen und nachzuverfolgen. Menschen können nur das verbessern, was sie sehen können. Visuelles Management dient dazu, Verbesserungsmöglichkeiten sichtbar, nachvollziehbar und verfolgbar zu machen (Toussaint, 2015, S. 68).

Um als Führungsperson diese Prinzipien lebendig und aktiv zu halten, ist eine Infrastruktur erforderlich, welche die Einhaltung der Lean-Grundsätze und den Einsatz von Lean-Trainer(innen) belohnt. Toussaint empfiehlt, ein zentralisiertes Verbesserungsteam einzuführen (Toussaint, 2015, S. 69).

Diese dargestellten Prinzipien sind zwar überzeugend, bergen jedoch die Gefahr, dass eine Lean-Revolution misslingt. Um Nachhaltigkeit zu gewährleisten, beschreibt Toussaint die folgenden fünf Richtlinien (2015, S. 29-30):

1. Die Lean-Modellzelle muss sich auf ein Geschäftsproblem konzentrieren, das für die Organisation wichtig ist. Das Team sollte in der Lage sein, den Optimierungsbedarf eindeutig zu nennen, beispielsweise unübersichtliche, fragmentierte stationäre

Prozesse, mangelnde Patientenzufriedenheit oder Gefahren für die Sicherheit der Patienten. Es sollte eine Vereinbarung bezüglich eines Auftrags bestehen. Relevanz ist genauso wichtig wie Klarheit und Fokussierung. Es ist notwendig, sich bei Herausforderungen an die Mitarbeitenden zu wenden und geduldig nachzufragen, um die Lean-Konzeption wirkungsvoll und nachhaltig zu planen.

Eine Modellzelle ermöglicht, sich auf die Neugestaltung der Arbeit zu konzentrieren, beispielsweise auf die Überlastung der Notfallabteilung. Entscheidet sich die Geschäftsleitung für eine Modellzelle, um an einem nebensächlichen Problem zu starten, signalisiert dies eine fehlende Verpflichtung seitens der Führung in Bezug auf Veränderung.

2. Eine Lean-Modellzelle kann in die Breite oder in die Tiefe gehen. Deshalb sollte der Projektumfang auf eine Einheit oder Klinik begrenzt sein. Die Idee, Lean Hospital auf die gesamte Organisation zu beziehen, gilt es kritisch im Rahmen eines „Namawashi“-Prozesses zu prüfen. Es ist entscheidend, dass die Mitarbeitenden im Projektbereich Lean Thinking sowie Problemlösungspraktiken verinnerlichen. Zugleich sollten sie mit dem Managementsystem und den Werkzeugen vertraut sein. Jede erfolgreiche Transformation setzt eine intensive Lean-Ausbildung voraus. Erforderlich sind Gembas, jedoch kein klassischer Unterricht: „Erstellen Sie ein neues System, das auf Standardarbeit basiert“. Dies bedeutet, dass Mitarbeitende sich in Trainings die Fähigkeit aneignen können, standardisiert zu arbeiten. Die Voraussetzung besteht darin, dass Trainings verständlich sind, auf Akzeptanz bei den Mitarbeitenden stossen und danach aktiv Anwendung finden.
3. Die Grundwerte von Lean Leadership sollten mit der Modellzelle verbunden sein: Herausforderung suchen, Kaizen-Verständnis, „Go and see!“-Prinzip, Teamwork und Respekt gegenüber Menschen (Liker, 2014, S. 135). Geht es beispielsweise darum, Patientenstürze zu verhindern, sollte dies im Arbeitsbereich der Modellzelle reflektiert werden. Alle Teammitglieder sollten sich an die Koordination von Verbesserungsarbeiten als Schlüsselement gewöhnen.

4. Führungspersonen müssen in die Lean-Transformationen einbezogen sein. Sind sie während der Projektwochen der Modellzelle nicht vor Ort, muss ein Wandlungsprozess beginnen. Das ist eine anspruchsvolle Arbeit, der die Organisation und die Mitarbeitenden betrifft: „Wer die Hand am Ruder hat, muss auch bereit sein, sich zu ändern“ (Toussaint, 2015, S. 30).

Es ist festzustellen, dass die Modellzelle zwei unterschiedliche und fast widersprüchliche Aufgaben hat. Einerseits stellt sie ein Prüfzentrum dar, in dem Menschen in einem geschützten Rahmen mit Ideen experimentieren und neue Konzepte in die Tat umsetzen können. Andererseits handelt es sich um einen „Ausstellungsraum“, um die Ergebnisse der Lean-Bemühungen sichtbar zu machen und neue Methoden in der gesamten Organisation zu verbreiten (Toussaint, 2015, S. 31).

Die Literaturübersicht von Ljungblom (2012, S. 54) zeigt mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede zwischen der allgemeinen Leadership-Entwicklung und dem Lean Leadership-Verhalten auf. Dennoch gibt es einen Hauptunterschied. Die klassische Leadership-Entwicklung geht davon aus, dass das eigene Führungsverhalten bewusst ist und sich selbst entwickelt. Lean Leadership konzentriert sich hingegen auf Verhaltensweisen, die auf ständige Verbesserung ausgerichtet sind und das Ziel haben, Verschwendung im Wertstrom zu beseitigen. Lean Leadership-Verhalten macht den Führungspersonen bewusst, welche Verhaltensweisen für die menschliche Entwicklung hinderlich sind. Es befähigt dazu, Kostentreiber und Verursacher von Problemen zu erkennen bzw. zu beseitigen. Dabei werden zwei Grundprinzipien gelebt –Respekt für Menschen und kontinuierliche Optimierung der Wertschöpfung. Laut Ljungblom (2012, S. 63) lassen sich fünf grundlegende Konzepte der Lean-Philosophie beschreiben:

- (1) Zwischenmenschlichen Beziehungen einen Wert zuschreiben. Dies erfordert primär, die Bedürfnisse und Erwartungen der Mitarbeitenden zu verstehen. Die Lean-Führungsperson sollte sehen, hören, informieren und handeln.
- (2) Den Wertstrom identifizieren. Dies setzt voraus, das Einzel- und/oder Gruppenverhalten zu verstehen: Was machen die Mitarbeitenden und weshalb? Dabei geht darum, Verhaltensweisen zu erkennen, die den Wert für die Kundin bzw.

für den Kunden steigern. Ineffizienzen zu eliminieren bzw. zu reduzieren ist ebenfalls erforderlich.

- (3) Das Fließ-Konzept im Wertstrom unterstützt die Minimierung und Verzögerung der Arbeitsleistung. Diese müssen erkannt und nachhaltig verbessert werden.
- (4) Das „Pull-Konzept“ erfordert eine prospektive und aktive Arbeitsplanung und Bearbeitung, um Kapazitäten optimal zu nutzen.
- (5) Streben nach Perfektion setzt ein Verhalten der Transparenz voraus, ebenso permanente lernförderliche Rückmeldungen und vorbildliches, verschwendungsarmes Verhalten der Führungspersonen. Ansonsten kann das Prinzip des Strebens nach Perfektion bei den Mitarbeitenden Widerspruch hervorrufen und die Akzeptanz bzw. Motivation schmälern. Führungspersonen sollten sich bewusst sein, dass sie ihr eigenes Verhalten und ihre Entwicklung ändern können, um bessere Ergebnisse zu erzielen (Ljungblom, 2012, S. 63).

Aij und Rapsaniotis (2017, S.8) erwähnen in ihrer systematischen Literaturarbeit zu Lean Leadership versus Servant Leadership fünf Prinzipien, die Dombrowski und Mielke (2013) formulierten. Lean-Führungspersonen müssen bestimmte Fähigkeiten, Einstellungen und Kenntnisse besitzen oder erwerben, einschließlich der Fähigkeit, Lean-Prinzipien zu modellieren und Lean-Werkzeuge einzusetzen. Strategisch konzentrieren sich Lean-Führungspersonen auf zentrale Prinzipien, die sich in Form von Werkzeugen und Techniken operativ umsetzen lassen. Dombrowski und Mielke (2013, S. 571) definierten die folgenden fünf Grundprinzipien von Lean Leadership branchenübergreifend:

1. Verbesserungskultur: Führungspersonen streben ständig nach Perfektion und fordern dies auch von Mitarbeitenden. Fehler gelten als Verbesserungsmöglichkeiten.
2. Selbstentwicklung: Lean-Führungspersonen müssen die Philosophie, die Werte, die Werkzeuge und die Techniken von Lean zu lernen. Sie sind Vorbilder für andere und leben die Lean-Grundsätze, während sie andere dazu ermutigen, ihre Fähigkeiten und ihr Wissen weiterzuentwickeln.
3. Qualifikation: Lean Leaders gestalten ein Umfeld kontinuierlicher Verbesserung, in dem die Mitarbeitenden ständig lernen, sich selbst bzw. ihre Prozesse zu bewerten und Probleme zu lösen. Die Qualifizierung erfolgt teilweise durch Aus- und

Weiterbildung, zumeist aber auch während der täglichen Arbeit. Lean-Führungspersonen nutzen Coaching-Ansätze, die Mitarbeitende dabei unterstützen, ihr Bestes zu geben.

4. Gemba: Lean-Führungspersonen sind regelmäßig am „Ort des Geschehens“ (Gemba). Gemba ist der Ort der Wertschöpfung (Arbeitsplatz, Werkstatt). Die Führungsperson sucht diesen Ort auf, um von den Mitarbeitenden zu lernen und/oder sie zu coachen.
5. „Hoshin kanri“: Diese strategische Planungsmethode dient dazu, sicherzustellen, dass Verbesserungsaktivitäten mit langfristigen Zielen in Einklang stehen.

Diese fünf Prinzipien treiben die Lean-Organisation voran und prägen die Arbeit der Lean-Führungspersonen.

Die folgende Tabelle fasst die erwähnten Kriterien und Merkmale zur Entwicklung und Verifizierung von Lean Leadership zusammen. Um hieraus einen Fragebogen zu erstellen, gilt es, die Kriterien und Merkmale jedoch im Vorfeld kritisch zu prüfen.

Kriterien	Merkmale	Quellen
Hoshin kanri	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Operationalisierte Zielausrichtung nach der Strategieumsetzung ▪ langfristige Ausrichtung 	Dombrowski & Mielke, 2013; Dörflinger & Kopp, 2015; Kim et al., 2009
Führungs-Gemba	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Führung vor Ort kultivieren ▪ Kerngeschäft unterstützen und befähigen 	Ackermann, 2012; Aij et al., 2015 ; Dombrowski & Mielke, 2013
Lean Tools	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wertstromdesign (Push-Pull-Konzept) ▪ Ordnung schaffen und standardisieren (5S) ▪ kontinuierliche Verbesserung anstreben ▪ Fehlermeldesystem ▪ Plan-do-study-act-Zyklus praktizieren 	Donnelly, 2014; Dörflinger & Kopp, 2015; Kim et al., 2009; Ljungblom, 2012
Strukturiertes Management-berichtswesen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Standardisierung von Abläufen ▪ Transparenz durch visuelles Management zur Optimierung ▪ Disziplin vorleben und einfordern ▪ Streben nach Perfektion kultivieren 	Ackermann, 2012; Kim et al., 2009; Ljungblom, 2012; Mann, 2009; Toussaint, 2015;
Kultur der Verbesserung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lean-Philosophie vorleben und inspirieren ▪ Achtung vor Menschen ▪ Respekt vor Menschen ▪ Bedürfnisse und Erwartungen verstehen ▪ Kultur des Lernens zur Verbesserung ▪ Führung mit Demut und Bescheidenheit 	Aij et al., 2015; Dombrowski & Mielke, 2013; Donnelly, 2014; Ljungblom, 2012; Simon & Cancari, 2012 ; Toussaint, 2015;
Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitarbeitende befähigen/coachen ▪ Rolle als Mentor(in) wahrnehmen ▪ Inspiration und Motivation ▪ Teamleistung fördern 	Aij et al., 2015; Dombrowski & Mielke, 2013; Dörflinger & Kopp, 2015; Liker, 2014

Selbstentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbst sehen lernen, hören, informieren und handeln (unnötige Bewegungen) ▪ Sich selbst zum Lean-Coach entwickeln 	Aij et al., 2015; Dombrowski & Mielke, 2013; Ljungblom, 2012
Namawashi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschätzung der Anschlussfähigkeit für Lean Thinking im Arbeitsalltag ▪ Vorbereitung auf den Veränderungsprozess von Lean Management 	Toussaint, 2015

Tabelle 11: Lean Leadership: Kriterien und Merkmale. (Quelle: eigene Darstellung)

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Literatur einerseits allgemeine Lean Management-Prinzipien erwähnt und andererseits die erforderlichen Schlüsselkompetenzen für eine wirkungsvolle Umsetzung nennt. Dabei stellen die Autor(inn)en explizit die Verbindung zwischen Lean Leadership und Transformational Leadership her. Es wird deutlich, dass Lean Leadership ebenso wie Lean Management branchenungebunden zu interpretieren ist. Nach Doss und Orr (2007, S. 8) bestehen die Schwierigkeiten bei der Definition von Lean Leadership darin, dass die Literatur nie Lean Leadership als solches erklärt, sondern zu den Ursprüngen – dem Toyota Produktionssystem – zurückkehrt. Dabei betonen Doss und Orr (2007) mehrfach, dass Lean weitaus mehr als nur eine „Toolbox“ verschiedener Techniken ist. Die Führungsperson aktiviert Lean-Werkzeuge, um Verschwendung sichtbar zu machen, zu priorisieren und kontinuierliche Verbesserungsmöglichkeiten zu verfolgen. Lean-Führungspersonen setzen auf ein strukturiertes Managementberichtsweisen, variieren ihren Führungsstil und verfolgen in ihrer täglichen Arbeit die Standardisierung von Abläufen. Die Führungsaktivitäten sind dabei konsequent auf die Spitalstrategie ausgerichtet (Kim et al. 2009, S. 387).

Zusammenfassend ergibt sich folgende Arbeitsdefinition im Sinne eines Lean Leadership-Systemansatzes:

Definition Lean Leadership

Lean Leadership ist ein Führungssystem mit Lean Konzepten (Huddle Board, Führungs-Gemba, KATA Coaching) und dazu passendem Führungsverhalten (Transformational, Shared und Servant Leadership). Dabei stehen Respekt vor dem Menschen, strategische Ausrichtung mit klaren Zielen, Empowerment und Coaching, kontinuierliche Verbesserung sowie Förderung der menschlichen Entwicklung im Zentrum. Dabei ist Lean als langfristiges Lern- und Kultursystem im Spital mit einer durch Sicherheit und Qualität stark geprägten Patienten- und Mitarbeiterzentrierung zu verstehen. Lean Leadership umfasst auch standardisierte bzw. flache Führung als Dienstleistung.

5.6 Anforderungen an eine Lean-Führungsperson

Wie die Definition zeigt, stellt Lean Leadership aus Sicht der Literatur eine Kombination aus spezifischem Führungsverhalten und bestimmten Instrumenten dar. Die Anforderungen an eine Lean-Führungsperson umfassen ausgeprägtes Transformational Leadership-Verhalten, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Lean Thinking sowie ein humanistisches Menschenbild. Der Ursprung von Lean Leadership liegt in den Grundsätzen von Toyota-KATA. Dabei geht es darum, Führungsroutine aufzubrechen, sich zu verbessern und sich weiterzuentwickeln. KATA stellt ein hocheffektives Modell dar, wie Menschen zusammenarbeiten und eine Organisation führen können. Dabei spielt die Qualitätsentwicklungsmethode PDCA (Plan-Do-Check-Act) mit KATA-Coaching zur Befähigung der Mitarbeitenden eine zentrale Rolle. Hierbei handelt es sich um das Aufbrechen der Führungsroutine. Führungspersonen befähigen jeden Mitarbeitenden dazu, Verbesserung zu praktizieren (Rother, 2013, S. 190).

In der Lean-Philosophie von Toyota lautet der Name für Teaching „Sensei“. Dieser japanische Begriff steht für „Lehrer“ im Sinne von „Meister“ und entspricht einem Meister-Lehrling-Lernmodell (Mann, 2015, S. 344). In dieser Lernbeziehung geht es um „On-the-Job-Development“ und „Learning by Doing“. Mitarbeitende können Personen mit reichem Fachwissen über die Schulter schauen und von ihnen lernen, indem sie beispielsweise beobachten, wie sie analysieren, Feedback geben und Fragen stellen. Bei Toyota besteht die wichtigste Aufgabe einer Führungsperson im Coaching der Mitarbeitenden und in ihrer Förderung (Liker, 2014, S. 166).

Nach Donnelly (2014, S. 549) hat Führung in einem Lean-System zwei Hauptaufgaben. Erstens soll das Lean-System als Design funktionieren und zweitens die kontinuierliche Verbesserung des Systems gewährleisten. Das Daily Management-System (DMS), das Donnelly (2014, S. 550) sowie Toussaint und Berry (2013, S. 5) beschreiben, lässt sich auch als Lean Leadership interpretieren. Im DMS werden Probleme schnell erkannt und klinische Mitarbeitende sind befugt, ein Problem schnell zu beheben oder es eskalieren zu lassen. Die Schlüsselkomponenten des DMS sind Führung, Standardarbeit, visuelle Kontrolle, tägliche Rechenschaftspflicht sowie Disziplin bei der Umsetzung.

Simon und Canacari (2012, S. 86) beschreiben in diesem Kontext drei Grundwerte:

1. Respekt vor Menschen (Patient[inn]en, Mitarbeitende, Management, Ärzteschaft),
2. kontinuierliche Verbesserung (z.B. leichter, besser, schneller, billiger) und
3. die Förderung der menschlichen Entwicklung.

Bercaw (2013, S.2) formulierte zwei Anforderungen an eine Lean Leadership-Person: kontinuierliche Verbesserung sicherstellen und Respekt vor Menschen verwirklichen. Dadurch wird ersichtlich, dass es nicht ausreicht, nur Sachprozesse zu optimieren. Ebenso wichtig ist es, dem Umgang mit Mitarbeitenden Beachtung zu schenken.

Aij und Lohman (2016, S. 100-101) erläutern das Profil von Lean-Führungspersonen und erwähnen, dass sich keine allgemeingültigen Verhaltensmerkmale formulieren lassen. Es ist nicht möglich, Führung in eine Formel zu fassen. Laut Aij und Lohman zeichnet sich eine Person mit Lean Leadership dadurch aus, dass sie Mitarbeitende inspiriert, eine Reise zu herausfordernden Zielen zu unternehmen. Darüber hinaus ist sie in der Lage, eine klare Zukunftsvision zu formulieren. Wertschöpfung für Patient(inn)en zu generieren, stellt den Schlüssel zum Erfolg dar. Es braucht Mut, den Status quo im Alltag herauszufordern. Eine Lean-Führungsperson weist Disziplin auf, die erforderlich ist, um auf ein gesetztes Ziel in strukturierter und konsequenter Weise hinzuarbeiten.

Eine Lean-Führungsperson ist in ihrem Umfeld als solche erkennbar. Sie entwickelt sich kontinuierlich weiter und ist in der Lage, ein Problem zu identifizieren, das die Organisation daran hindert, ihr angestrebtes Ziel täglich zu erreichen.

„Lean Leaders“ vertrauen den Mitarbeitenden. Zugleich wagen sie es, den Menschen am Arbeitsplatz Verantwortung zu überlassen. Sie sehen es als ihre Pflicht an, sie zu trainieren und ihre Problemlösungsfähigkeit zu erhöhen. Führungs-Coaching erfordert aktive Präsenz im Kernprozess (Patientenprozess).

Lean-Führungspersonen erkennen, dass sie nicht auf alle Fragen fertige Antworten haben. Zudem helfen sie Mitarbeitenden, die aktuelle Situation zu analysieren, Lösungen zu formulieren und diese Lösungen in der täglichen Praxis zu testen. Eine Lean-Führungsperson hat einen ausgeprägten Richtungssinn und ein klares Bild von einem zukünftigen Ziel. Sie ermöglicht maximale Flexibilität. Dabei vertraut sie auf die Ideen und die Zusammenarbeit

des gesamten Teams. Sie verleiht Mitarbeitenden eine starke Stimme im Entscheidungsprozess.

Zudem sollte ein Lean-Führungsperson sollte in der Lage sein, die Arbeit zu erleichtern und zu unterstützen. Sie sollte bescheiden sein und ihre Grenzen kennen. Wichtig ist auch, dass sie Mitarbeitenden Wertschätzung entgegenbringen und den Mut zeigt, den Status quo zu ändern. Eine Lean-Führungsperson hat keine Angst davor, zu experimentieren und Hypothesen selbst zu testen. Sie ist mit grundlegenden Verfahren vertraut und erkennt, was wirklich wichtig ist. Ebenso kann sie komplexe Probleme vereinfachen, indem sie mit dem Team zusammenarbeitet, um die beste Lösung zu finden. Sie verwaltet keine Zahlen, sondern Prozesse. Dem finanziellen Ergebnis kommt keine vorrangige Bedeutung zu.

Eine Lean-Führungsperson ist nicht nur eine gute Lehrperson, sondern in erster Linie eine Trainerin bzw. ein Trainer. Sie ist in der Lage, eine kontinuierlich lernende Organisation zu gestalten. Dabei konzentriert sie sich darauf, bessere Ergebnisse zu erreichen und nimmt daher regelmäßig am Value-Stream-Mapping sowie an Stand-up-Meetings bzw. Verbesserungsinitiativen teil. Sie ist neugierig, beharrlich und jederzeit offen für Lernprozesse. Dabei geht sie den Grundursachen von Problemen nach und versucht, bessere Lösungen zu suchen. Eine Lean-Führungsperson stellt nicht sofort eine Lösung vor oder zieht Schlussfolgerungen. Zunächst versucht sie, die Situation zu verstehen. Sie fragt: Warum?

Typischerweise hört eine Lean-Führungsperson nie auf, zu kommunizieren. Sie stellt anderen gerne Fragen und unterstützt sie bei ihrer Entwicklung. Sie ist in ihrem Verhalten völlig kongruent und diszipliniert. Dabei tritt sie bescheiden auf und weiß, dass sie gleichzeitig führen und dienen kann. Eine Lean-Führungsperson ist konsequent und dennoch flexibel, Generalist(in) und Expertin bzw. Experte zugleich. Sie kombiniert Willenskraft und Demut, folgt den Regeln und weiss, wann eine Ausnahme erforderlich ist. Diese Beschreibung von Aij und Lohman (2016, 100-101) betont die vielfältigen hohen Anforderungen an eine Lean-Führungsperson.

Die beschriebenen Aspekte können sicherlich auch zu Überforderung führen. Denn Stationsleitende befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen Personalführung und unternehmerischer Führung, was zu Dilemmata oder paradoxen Führungsentscheidungen führen kann.

Um Lean Management erfolgreich zu implementieren, sind die Zustimmung und die Unterstützung der Führung auf allen Ebenen ausschlaggebend. Klare Strategien und Visionen sind ein wichtiger förderlicher Faktor für Lean Leadership. Dies gilt vor allem in Bezug auf die Nachhaltigkeit der Maßnahmen (Stöhr, 2015, S. 10). Mann (2009) betont: „*The failure of most Lean initiatives can be pinned on a failure to change leadership practices*“.

Wie Abbildung 15 zeigt, kehrt Lean Management die traditionellen Leadership-Prinzipien um. Die klinischen Mitarbeitenden generieren Innovation und Ideen, sie erhalten Vertrauen und Unterstützung statt Direktiven und Vorgaben von oben. Für Spitäler mit traditionell hierarchischen und arztzentrierten Führungsstrukturen, -prozessen und -kulturen bedeutet dies eine starke Umstellung. Hierzu stellen sich folgende Fragen: Sind die Spitäler reif dafür? Sind sie mit ihrer Organisationsstruktur hierfür überhaupt geeignet?

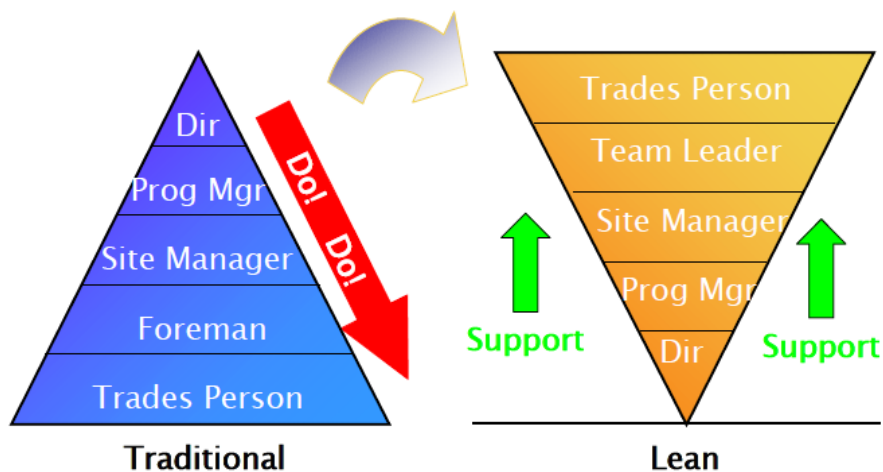


Abbildung 15: Menschenzentriertes Verhalten. (Quelle: Mann, 2009, S. 5)

Lean Leadership ist vor allem für das untere Management eine große Herausforderung. Führungspersonen des unteren Managements müssen Verantwortung für fließende, standardisierte und getaktete Prozesse übernehmen sowie diese Prozesse aktiv und gemeinsam mit den Mitarbeitenden gestalten. Sie haben die Aufgabe, Lean Management als Kultur zu vermitteln und tatsächliche Lösungsansätze vorzuleben. Das Vorgehen einer Lean-Führungsperson muss durch die Unternehmensstrategie abgestützt sein, um über interne Grenzen hinweg fließende Prozesse zu ermöglichen.

Eine Lean-Führungsperson fühlt sich auch nach der Projektzeit für die Lean-Transformation verantwortlich, um Lean Thinking fortlaufend am Leben zu halten. Eine solche Führungsperson ist häufig im Kerngeschäft präsent, um wirklich zu verstehen, wie Prozesse funktionieren und um die richtigen Entscheidungen zu treffen (Stöhr, 2015, S. 11).

In Bezug auf die Anforderungen an Lean-Führungspersonen kann die Erfahrung von Gary S. Kaplan, CEO des Virginia Masons Medical Center in Seattle, als Zusammenfassung dienen: „Als Führungsperson glaubten wir, unsere Patienten wären die Kunden, aber unsere Mitarbeiter sind von dieser Behauptung nicht überzeugt. Nach sorgfältiger Prüfung erkannten wir, dass wir Führungspersonen viel mehr ein Anbieter sind, welcher die Organisation mit dem Prozess rund um Ärzte, Pflegekräfte und andere entwickeln sollten“ (Studer, 2013, S. 43).

Laut Studer streben Lean-Führungspersonen Perfektion an, verhalten sich vorbildlich und sehen Scheitern als Möglichkeit, sich stets zu verbessern, um eine Lean-Kultur zu etablieren. Dabei sind das Wissen aus erster Hand, der Patientenfokus sowie die langfristige Qualifikation der Mitarbeitenden, ihre Selbstentwicklung und ihr kontinuierliches Lernen durch Gembas entscheidend (Studer 2013, S.43). Dies verdeutlicht die Wichtigkeit der Führungspersonen, um Lean Management in der Organisation als Kultur wirkungsvoll und nachhaltig zu etablieren. Zu erwähnen ist jedoch das Risiko des „Lean-Sterbens“, wenn charismatische Führungspersonen die Organisation verlassen und die Transformation nicht unabhängig von Personen in Strukturen und Prozessen verankert ist.

Die Anforderungen an eine Lean-Führungsperson lassen sich anhand der folgenden Hauptmerkmale zusammenfassen:

„Lean Leaders“

- stellen viele Fragen, um Probleme zusammenhängend und ursächlich zu verstehen und um die Mitarbeitenden in ihrer Entwicklung zu unterstützen (KATA-Coaching und Teaching)
- können Probleme schnell erfassen und setzen sich unternehmensweit für eine konsequente, nachhaltige Problembehebung ein

- zeigen Mut, den Status quo zu verlassen und innovative Lösungen zu suchen
- vertrauen Mitarbeitenden und vermitteln ihnen Sicherheit bzw. Zuversicht
- lassen Scheitern zu, um sich stets zu verbessern.

Je nach Hierarchiestufe müssen Führungspersonen diese Anforderungen selbst entwickeln und andere dabei unterstützen, sich diese Verhaltens- und Denkweisen anzueignen.

5.7 Lean Leadership-Instrumente

Das „Diamond-Modell“ von Liker (2014, S. 135) stellt das Herzstück des Lean-Leadership-Development-Modells dar. Dieses Modell verbindet die Methode der kontinuierlichen Verbesserung mit dem Führungsprinzip „Respekt vor Menschen“. Kontinuierliche Verbesserung und optimierte Wertschöpfung können nur effektiv sein, wenn Menschen – Patient(inn)en, Mitarbeitende und Teammitglieder – Respekt erhalten.

Im Mittelpunkt des Modells stehen die fünf „Nordstern-Werte“, die Führungspersonen Schritt für Schritt erlernen und vorleben sollten (Liker, 2014, S. 5) (Abbildung 15). Somit reicht es nicht aus, Führungspersonen in Lean Leadership-Kurse zu senden. Entscheidend ist, dass sie kontinuierliche Verbesserung leisten können und Respekt vor Menschen im beruflichen Alltag sichtbar verwirklichen können. Dies erfordert eine nicht zu unterschätzende Transferleistung.



Abbildung 16: Das Lean Leadership-Development-Modell („The Diamond Model“). (Quelle: Liker, 2014, S. 135)

Durch die Kaizen-Denkweise sind Führungspersonen fähig, sich Herausforderungen zu stellen. Mit hohem Engagement und Zuversicht verfolgen sie systematisch den Verbesserungsprozess mittels „PDCA“-Lernzyklus (Plan-Do-Check-Act), um Herausforderungen zu meistern (Liker 2014, 137). Diese Kernfähigkeiten der Toyota-Führungspersonen lassen sich in unterschiedliche Unternehmensbereiche (Verkauf, Logistik, Personal, Fertigung, Forschung, Finanzen, Gesundheitswesen) transferieren – mit dem Ziel, den richtigen Weg zu finden, um für Kund(inn)en Werte zu schaffen (Liker, 2014, S. 1).

Dombrowski (2015, S. 228) definiert Lean Leadership folgendermaßen: „Lean Leadership beschreibt ein methodisches Regelwerk zur nachhaltigen Implementierung und kontinuierlichen Weiterentwicklung von GPS (ganzheitliches Produktionssystem) auf operativer Ebene, welches das gemeinsame Streben nach Perfektion von Mitarbeitern und Führungskräften unterstützt“.

Dombrowski und Zahn (2011, zit. in Dombrowski, 2015, S. 12) haben in ihrer Literaturstudie fünfzehn Konzepte analysiert und sieben Bestandteile eines Lean Development-Systems beschrieben (Abbildung 17). Zusammenfassend stellen sie fest: „Die Basis aller Aktivitäten ist die Vermeidung von Verschwendung“ (Dombrowski, 2015, S. 11).

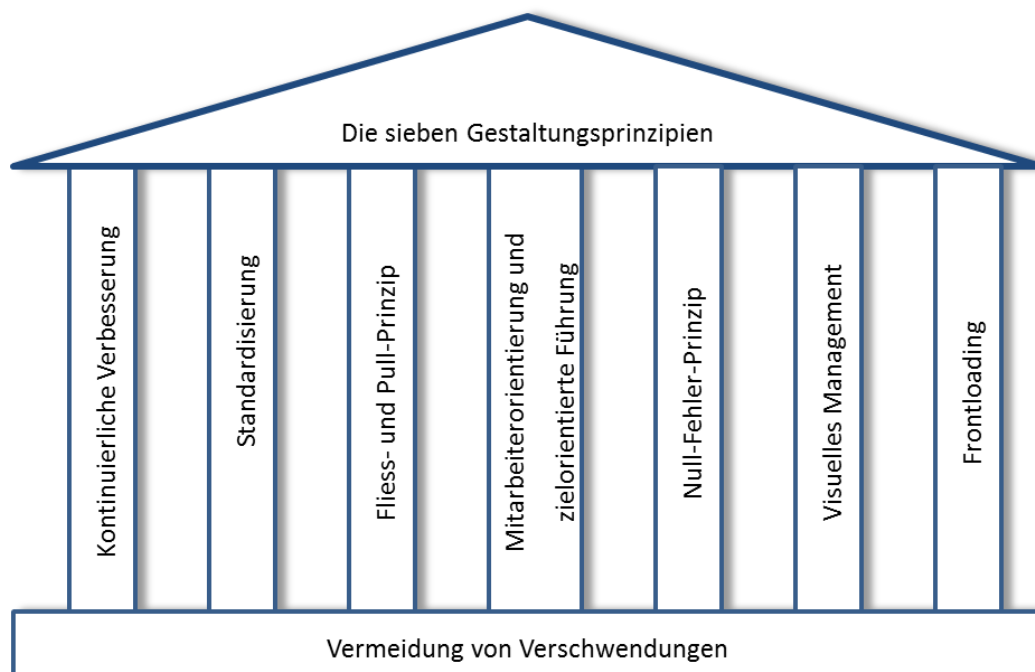


Abbildung 17: Lean Development-System. (Quelle: Dombrowski, 2015)

Beim Betrachten dieser sieben Gestaltungsprinzipien wird erkennbar, dass Lean Leadership in jedem Gestaltungsprinzip als Führungsmethode enthalten ist. Dombrowski (2015, S. 114) erwähnt, dass Lean Leadership als Querschnittsfunktion des Lean Enterprise anzusehen ist und für alle Prozesse eines Unternehmens gilt. Deshalb sollte bei der Einführung Lean Leadership ebenso Berücksichtigung finden wie beispielsweise die Bereiche Produktion und Service. „Lean Leadership bietet einen Ansatz, die neben der Prozessebene meist vernachlässigten Betrachtungen zu berücksichtigen und die Nachhaltigkeit einer Lean-Einführung zu verbessern“ (Dombrowski & Mielke 2015, zit. in Dombrowski 2015, S. 144). Dombrowski und Mielke lehnen sich an das 4P-Modell von Liker an (2014, S.30).

Das folgende Modell verdeutlicht, dass Prozesse nur eine von vier Ebenen darstellen.

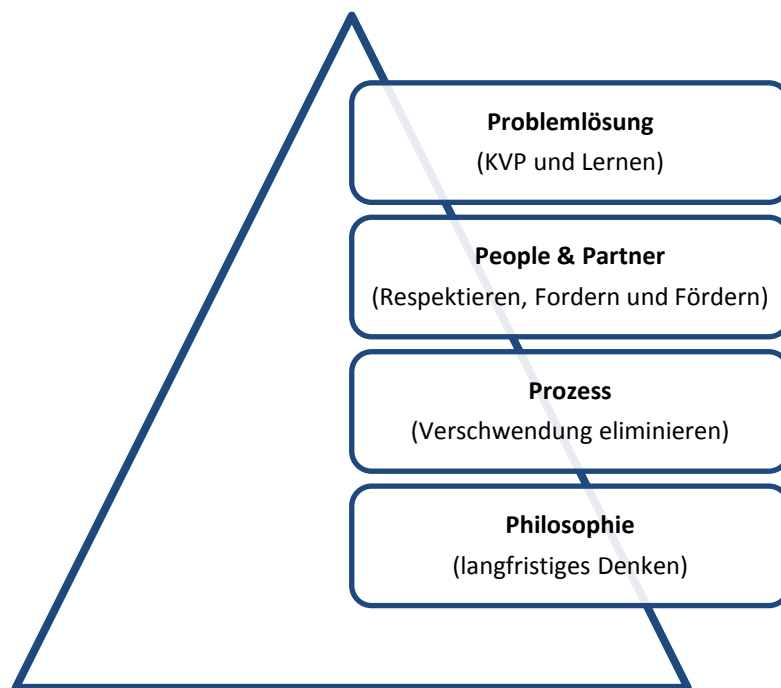


Abbildung 18: 4P-Modell nach Liker. (Quelle: Dombrowski, 2015, S. 145)

Nach Kaltenbrunner et al. (2017, S. 1) hat sich das Lean-Konzept im letzten Jahrzehnt bewährt, jedoch fehlen Instrumente, um die Lean-Adaption zu messen. Deshalb haben die Autoren für das Gesundheitswesen einen Fragebogen auf der Basis des 4P-Modells entwickelt. Das „Lean in Healthcare Questionnaire“ (LiHcQ) beinhaltet vierzehn Prinzipien, die Lean in vier Domänen beschreiben: „Philosophie“, „Prozesse“, „Menschen und Partner“ sowie „Problemlösung“. Die psychometrischen Eigenschaften des angepassten Fragebogens wurden anhand einer Querschnittsumfrage unter 386 Mitarbeitern in der Primärversorgung

beurteilt. Die Bestätigungsfaktoranalyse des angepassten Fragebogens zeigte eine allgemein akzeptable Korrespondenz mit Likers Lean-Beschreibung. Die interne Konsistenz für die Faktoren in Likers Beschreibung betrug – gemessen mit Cronbachs Alpha – 0,60 für den Faktor „Menschen und Partner“. Für die drei anderen Faktoren lag die interne Konsistenz über 0,70. Die Test-Retest-Zuverlässigkeit – gemessen mit dem Intra-Class-Korrelationskoeffizienten – reichte für die vier Faktoren von 0,77 bis 0,88. Allgemein lässt sich schlussfolgern, dass sich der Fragebogen im Gesundheitswesen verwenden lässt. Jedoch ist es wichtig, die Benutzerfreundlichkeit zu verifizieren und das Instrument für andere Gesundheitseinrichtungen zu validieren bzw. anzupassen.

Nach Dombrowski und Mielke (2014) fördert Lean Leadership eine Problemlösung vor Ort, bei der alle Mitarbeitenden Verbesserungen vornehmen. Um dies auf die gemeinsamen Ziele des Unternehmens abzustimmen, ist eine zielorientierte Führung notwendig.

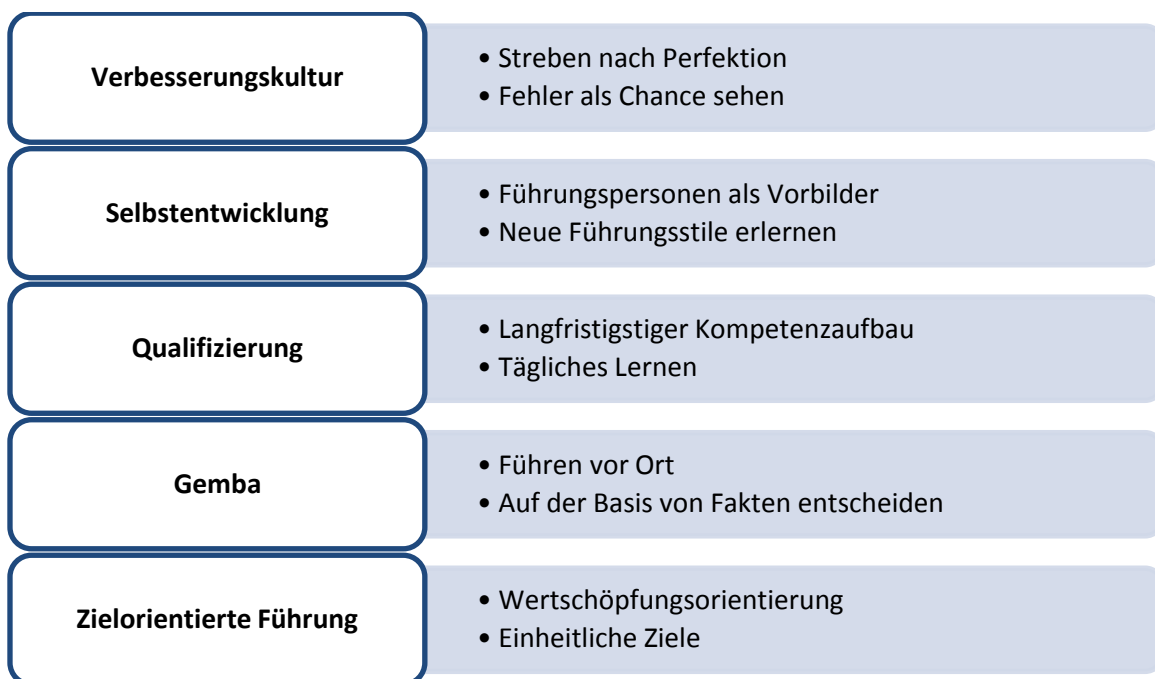


Abbildung 19: Lean Leadership-Gestaltungsprinzipien. (Quelle: Dombrowski, 2015, S. 146)

Abbildung 19 macht deutlich, dass Führungspersonen als Coach agieren. Sie lernen, Mitarbeitenden die Lösung für Probleme nicht vorschnell vorzugeben, sondern sie im Problemlösungsprozess zu unterstützen (Dombrowski, 2015, S. 146). Die beschriebenen Lean Leadership-Modelle von Liker und Dombrowski erläutern Gestaltungsprinzipien und Instrumente, um Führungspersonen zu befähigen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Literatur primär fünf Instrumente und zwei Haltungen beschreibt: Gemba, Wertschöpfungsorientierung, kontinuierlicher Verbesserungsprozess (PDCA), Fehlervermeidung, visuelles Management, Selbstentwicklung und Respekt gegenüber Menschen. Diese Instrumente bzw. Haltungen lassen sich durch ihren pragmatischen Ansatz sehr gut in den Führungsalltag integrieren. Wichtig ist dabei, „Leader Standard Work“ und Disziplin aufzubringen, um die Wirkung des Managements zu verstärken sowie durch vorbildliches Verhalten eine Lean-Kultur zu etablieren bzw. zu leben. Neben Fähigkeiten und Fertigkeiten ist vor allem ein starkes Lernverhalten mit Selbstführung und Coaching unabdingbar. Erst in dieser Kombination gewinnt Lean Leadership seine volle Wirkung. Somit lässt sich Lean Leadership als Reise betrachten, die unaufhörlich auf Entdeckungen ausgerichtet ist, wobei der Weg das Ziel ist.

5.8 Lean Leadership ist trainierbar

In diesem Abschnitt liegt der Schwerpunkt auf Studienergebnissen zu Lean Leadership-Trainings, um Erkenntnisse für die vorliegende Untersuchung abzuleiten. Im Fokus steht die grundsätzliche Frage, ob Lean Leadership erlernbar ist. Aktuelle Studien berichten über erste Evaluationen von Lean Leadership-Programmen. Sie sind im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

Steed (2012, S. 48-58) erforschte das Führungsverhalten und die damit verbundenen Methoden einer Lean-Systemeinführung im Akutkrankenhaus. Sie führte Interviews mit 25 Führungspersonen in acht US-Spitälern durch. Dabei untersuchte sie die Kombination von Führungseigenschaften und dem grundlegenden Wandel zum Lean-System. Als wichtige Elemente ergaben sich die persönlichen Charaktereigenschaften der Führungspersonen sowie erlernte Verhaltensweisen, Strategien, Instrumente und Taktiken. Die zentralen Voraussetzungen für Führungspersonen bei der Lean-Einführung lassen sich in fünf Punkten zusammenfassen:

1. Bereitschaft, zu überprüfen
2. Rechenschaft über Veränderung und Führungsstruktur ablegen
3. Lernsystem gestalten
4. Best Practice-Tool und Taktik bereitstellen
5. Kontinuierliche Verbesserung und Erhaltung sicherstellen

Steed berichtet, dass alle Führungspersonen der Organisation vor dem Roll-out des Lean-Systems zuerst eine Selbstbewertung und eine Gap-Analyse durchführen mussten, um das Niveau der Führung und die Bereitschaft des Personals zur Veränderung zu bestimmen (Steed, 2012, 48-58). Anhand dieser Bewertung liessen sich strategische und organisatorische Prioritäten festlegen. Dadurch war es möglich, die erforderliche Führungsinfrastruktur sowie Wissensdefizite und Lernkompetenzen zu bestimmen. Auf dieser Grundlage konnten Führungspersonen einen Plan erstellen, um die identifizierten Lücken in der Führungs- und Personalentwicklung zu füllen. Es wurde deutlich, dass

Führungspersonen sich Zeit nehmen sollten, um den Veränderungsprozess vor der Einführung des Lean-Systems ausreichend zu verstehen.

Steed (2012, S. 56) forderte dazu auf, in zukünftigen Studien die Anwendbarkeit des Modells sowie den Nutzen für die Lean-Einführung zu ermitteln. Die Werkzeuge sollten leicht verständlich sein und in den medizinischen Kontext passen. Bei der Einführung der Lean-System-Tools muss die Führungsperson laut Steed unbedingt glaubwürdig und fähig sein, einen Wandel herbeizuführen. Steed entwickelte ein Nachhaltigkeitssystem zur kontinuierlichen Leistungsmessung, Problemlösung und Aktionsplanung (Abbildung 20).

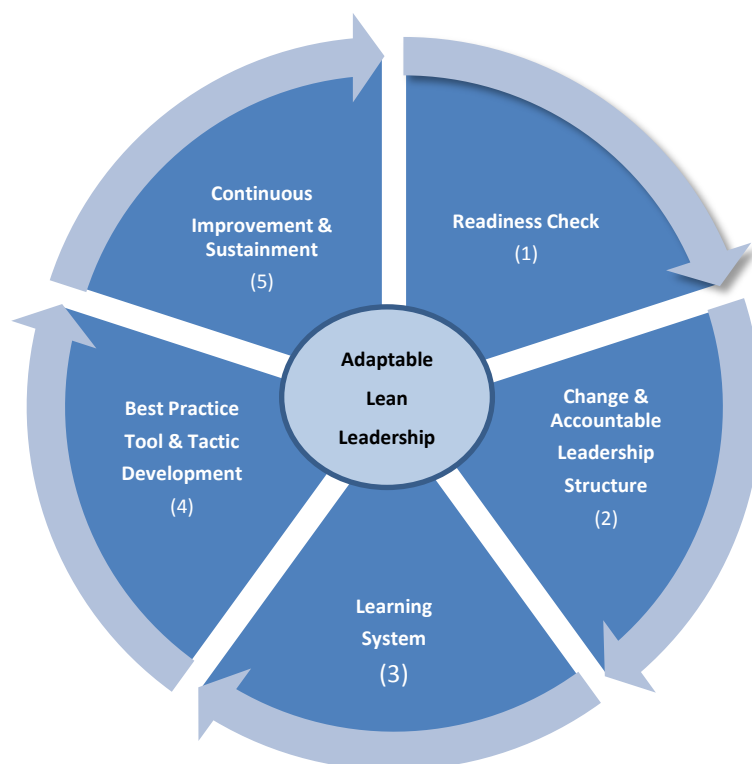


Abbildung 20: Adaptable Lean Leadership Model. (Quelle: Steed, 2012, S. 56)

Laut Mann (2015, S. 339) geht es beim Training um die Anwendung von Lean-Werkzeugen, um zu messen, inwieweit ein Betrieb dem Lean-Produktionssystem entspricht und ob die Lean-Entwicklung nachhaltig ist. Lean Management-Praktik bedeutet, zu identifizieren, wo die tatsächliche Leistung erbracht und erfüllt werden kann. Dabei gilt es, Rechenschaft abzulegen in Bezug auf die Erfüllung von Lean-Verpflichtungen. Wichtig ist auch, Verbesserungsaktivitäten aufeinander abzustimmen, um die Performance zu erhöhen.

Die Grundkomponenten des Lean-Management-Systems sind Standardarbeit für Führungspersonen, visuelle Steuerelemente und tägliche Rechenschaftspflicht. Dies weist explizit auf die Performance hin und somit auf einen starken Bezug zu kennzahlenbasiertem Controlling sowie zu qualitativer bzw. quantitativer Evaluation.

Starke Führung stellt für Mann (2015, S. 4) den entscheidenden Faktor einer erfolgreichen Lean-Umsetzung dar. Während Lean-Tools oft die sichtbaren Komponenten der Umsetzung sind, schlägt Mann vor, dass 80% der Anstrengungen bei der Lean-Umsetzung darauf zielen sollten, das Verhalten und die Denkweise der Praktiker(innen) bzw. Führungspersonen zu verändern. Folgende strategische Aktivitäten der Führung erleichtern die erfolgreiche Lean-Umsetzung:

- Entwicklung von Governance-Regeln, die Bereichsgrenzen überschreiten
- Unterstützung einer umfassenden, weitreichenden Vision
- Werte für wertschöpfende Prozesse der Organisation definieren
- Rechenschaft einfordern für die Erfüllung von Lean-Verpflichtungen

(Mann, 2015, S. 4).

Mitarbeitende verschiedener Ebenen der Führungshierarchie übernehmen komplementäre, jedoch sich überschneidende Rollen bei der Umsetzung. Beispielsweise besteht der primäre Beitrag der strategischen Führung seitens der Geschäftsleitung in Governance, Steuerung und Kontrolle. Im Gegensatz dazu konzentrieren sich Frontlinie-Manager(innen) und Vorgesetzte auf die taktische Führung, einschließlich Unterricht und Einüben ursachenbasierter Problemlösungen.

Um den notwendigen kulturellen Wandel für erfolgreiche Lean-Initiativen zu gewährleisten, müssen Führungspersonen auf allen Ebenen der Organisation lernen, sich neue patienten- und angehörigorientierte Verhaltensweisen anzueignen. Dazu gehört, Patient(inn)en bzw. Angehörigen zuzuhören, auf ihre Bedürfnisse zu reagieren und sich aktiv für eine verbesserte Versorgungsqualität einzusetzen. Weitere Beispiele für geänderte Prioritäten sind die Sichtbarkeit und das Engagement der Führung. Lean verändert die Prioritäten der Führpersonen durch regelmäßige Auseinandersetzung mit Mitarbeitenden im Rahmen des

Kernprozesses. Beispielsweise dienen Gemba-Walks dazu, vor Ort Prozesse zu untersuchen und mit Mitarbeitenden zu sprechen.

Mutwiri et al. (2015, S. 23) beschreiben für das kanadische Gesundheitssystem mehrere Herausforderungen, beispielsweise die Notwendigkeit einer qualitativ verbesserten Patientenversorgung, rechtzeitiger Zugang zu Dienstleistungen und steigende Kosten.

Im Gesundheitssystem der Provinz Saskatchewan zeigte sich, dass Lean Leadership der Schlüssel zu einer erfolgreichen und nachhaltigen organisatorischen Transformation darstellt. Das Gesamtziel des „Saskatchewan Leadership Program“ (SLP) unterstützte eine erfolgreiche Umsetzung und eine beschleunigte Entwicklung der Führungsqualitäten (Mutwiri et al., 2015, S. 2). Der Aufbau von Lean-Führungs Kompetenzen wirkte sich vorteilhaft aus. Talentierte Mitarbeitende konnten sich in den Organisationen engagiert einbringen, um eine exzellente Versorgung sicherzustellen. Das „Saskatchewan Leadership Programm“ beinhaltet Fähigkeiten in folgenden fünf Bereichen: Selbstbewusstsein, Selbstentwicklung, eigene Stärken kennen, Lean-Fähigkeiten besitzen und Werte vorleben. Diese Kompetenzen sind erforderlich, um eine Veränderungsdynamik zu initiieren.

Führungspersonen der Pflege tragen wesentlich dazu bei, eine qualitativ hochstehende Organisation zu gestalten und fördern effektive Kommunikation bzw. Teamarbeit. Bei der Lean-Entwicklung erweist sich Teamarbeit als wichtig, um gemeinsame Ziele und Werte zu verfolgen. Führungspersonen benötigen Coaching-Fähigkeiten, um Teams effektiv zu entwickeln. Ebenso erforderlich sind Teammoderationsfähigkeiten, Selbstbehauptungstraining, interessenbezogene Problemlösung, strategische Anliegen mit Vision, Mission und Werten sowie die Fähigkeit, Entscheidungen umzusetzen und Ergebnisse zu beurteilen.

Lean-Führungspersonen zeichnen sich durch hohe Kollaborationsfähigkeit in internen und externen Beziehungen aus. Sie verfügen über Koalitionen und Netzwerke, um Wissen zu mobilisieren. Erfolgreiche Führungspersonen bilden strategische Partnerschaften. Sie transformieren das System, verändern die Dynamik, denken kritisch, sind innovativ und orientierten sich an zukunftsbezogenen Strategien.

Andersen et al. (2014, S. 3) berichten, dass Projekte mit Beteiligung der Mitarbeitenden sowie Vertretern des Qualitätsmanagements und des Top-Managements eine hohe Wirksamkeit erreichten. Dadurch war es möglich, die Nachhaltigkeit der Lean-Entwicklung im Zusammenhang mit der Effektivität zu verstärken. Die Teilnehmenden stuften jedoch die Optimierungsmaßnahmen umso geringer ein, je stärker das Top-Management involviert war. Dies ist überraschend und sollte in Zukunft in weiteren Forschungsprojekten Beachtung finden, da Führung in der Literatur als zentraler Erfolgsfaktor der Lean Entwicklung gilt.

Aij und Lohman (2016, S. 37) unterscheiden acht Merkmale einer effektiven Lean-Führung. Als Grundlage dient ein Entwicklungsmodell für persönliches Wachstum. Als zweite Eigenschaft ist ein klares Bild des angestrebten Ziels erforderlich. Wichtig ist auch eine Kombination zweier Ansätze zu Lean Leadership. Der psychodynamische Ansatz untersucht, wie Menschen denken, fühlen und handeln. Der systemische Ansatz bezieht sich auf den Kontext (Kultur, Heimat, Arbeit). Verhalten hat oft eine irrationale und unbewusste Komponente – mit allen damit verbundenen Dysfunktionsrisiken. Führungspersonen müssen also einen Dialog mit sich selbst führen: Was motiviert mich? Was bewegt mich? Welchen Einfluss hat das auf die Menschen in meiner Umgebung? Merkmale einer effektiven Führung lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. *Hoffnung*: Fähige Führungspersonen handeln auf der Basis von Hoffnung. Sie sind in der Lage, mit der Phantasie der Menschen umzugehen. Dies steht im Einklang mit „True North“ (Nordstern-Modell/Visionsausrichtung).
2. *Integrität*: Zuverlässigkeit erfordert Führung durch Vorbild.
3. *Mut*: Führungspersonen müssen Entscheidungen treffen können, vor allem während einer Krise. Erforderlich ist der Mut, Fragen zu stellen, sich zu öffnen und gleichzeitig eine klare Richtung zu bieten.
4. *Emotionale Intelligenz*: Führungspersonen verstehen, was Menschen motiviert.
5. *Selbsterkenntnis*: Führungspersonen kennen ihre eigenen Grenzen und Schwächen. Sie suchen Personen, die sie ergänzen.

Zu Lean Leadership gehört das Vertrauen in die Entwicklungsfähigkeit der Menschen, ebenso die Überzeugung, dass Fehler in erster Linie systembedingt sind. Allerdings ist Führung

wichtiger, wenn es darum geht, Organisationen auf die Zukunft auszurichten und sie gegebenenfalls zu verändern (Aij & Lohman, 2016, S. 38).

Bei der Befähigung und Schulung der Mitarbeitenden liegt der Schwerpunkt auf dem Lean-Verständnis. Dazu gehört, die Bedürfnisse der Patient(inn)en zu kennen, vorhandene Ressourcen zu nutzen und engagierte Führung zu etablieren (Andersen, 2015, S. 19).

Empirische Untersuchungen zeigen, dass ein transformationales Führungsmodell in einem medizinischen Umfeld effektiv sein kann, wenn ein Lean-System vorhanden ist (Steed, 2012, S. 51). Andersen et al. (2014, S. 3) identifizierten in 18 Übersichtsartikeln – publiziert zwischen 2000 und 2012 – insgesamt 23 gemeinsame Faktoren für einen Lean-Hospital-Veränderungsprozess. Diese Faktoren sollten bei der Entwicklung von Führungspersonen Beachtung finden, um Best Practice zu verstärken.

Anpassung	Lean-Interventionen lokal adaptieren
Messung	Kontrolle der Leistungen vor Ort auf Basis regelmäßiger Beweisführung
Ganzheitlicher Ansatz	Lean als umfassendes Wertesystem, tägliche Verbesserung
Überzeugung	Personal fördern und zu Leistung motivieren
Erfahrung	Qualitätsverbesserung mithilfe eines erfolgreichen und ausgereiften Verfahrens
Administrative Unterstützung	Praxiserleichterung durch Projektmanagement
Kompetenz	Lean-Werkzeuge; Annahmen und Methoden gewährleisten und Fähigkeiten entwickeln
Kommunikation	mit Patient(inn)en und Personal kommunizieren; Feedback leisten
Ausrichtung	Konsistenz der strategischen Ziele; Prioritäten mit strategischer Bedeutung
IT-Systeme	IT-Support und Infrastruktur sicherstellen
Kontinuierliche Verbesserung	Langfristige Planung, die Sicherheit beinhaltet und anhaltende Aufmerksamkeit erhält

Systemweite Anwendungsbereich	multifaktorielle Maßnahmen, die Silos und Funktionen berücksichtigen
Vision	Ziele von hoher Dringlichkeit; richtungsweisend, aber realistisch; einfache und praktische Lösungen
Kundenorientierung	zur Verbesserung der Wertschöpfung für Patient(inn)en und Mitarbeitende
Externe Unterstützung	Expert(inn)en für Change Management, Netzwerke und Sponsoring
Mitarbeiter-Engagement	Engagement für die Partizipation der Mitarbeitenden; Empowerment
Ressourcen	verfügbar; ausreichende und zugängliche Kapazitäten
Genauere Daten	robuste und aktuelle, evidenzbasierte Daten als Impuls für Veränderung
Ärzeschaft	klinische Führungsarbeit als Pionierarbeit; Unterstützung und Zusammenarbeit
Teamarbeit	vielseitige interdisziplinäre Zusammenarbeit; Entscheidung im Team
Training	bedarfsgerechte, praktische Schulung für sofortigen Einsatz
Unterstützende Kultur	Ansichten, Normen und Überzeugungen, um die Qualität zu verbessern
Management	Unterstützung durch die Führung, Eigenverantwortung und Engagement

Tabelle 12: Erfolgsfaktoren des Lean Hospital-Veränderungsprozesses (Quelle: Andersen et al., 2014, S. 3)

Die klinische Führungsarbeit im Patientenprozesses ist der Schlüssel, um zu verstehen, warum, Lean-Interventionen einen Beitrag leisten oder nicht. Die Anwendung von Lean in Spitälern hängt stark von der Teamarbeit und somit von vielseitigen, multidisziplinären Teams ab. Mitarbeitende, die im Patientenkontakt tätig sind, müssen sich engagieren und Empowerment erhalten. Womack und Jones (Andersen et al., 2014, S. 6) sind der Auffassung, dass Lean Thinking für multiprofessionelle Teams in der Gesundheitsversorgung große Vorteile bietet. Die Unternehmenskultur, die strategische Bedeutung eines verbesserten Patientenprozesses und die damit verbundene exponierte Initiative sind unerlässlich, um die Variation von Lean-Interventionen zu verstehen. Die verfügbaren Ressourcen der Ärzteschaft und der Einbezug des Managements sind ebenfalls bedeutsam (Andersen et al., 2014., S. 6).

Wie Pokinska et al. (2013, S. 1) betonen, ändert sich durch die Implementierung von Lean Leadership die Rolle der Führungspersonen radikal. Der Fokus der Führungsaufgaben wechselt von der „Verwaltung von Prozessen“ zur „Entwicklung bzw. zum Coaching von Menschen“. Es geht darum, Unterstützungsstrukturen zu entwickeln, um Mitarbeitende zu

befähigen und ihnen mehr Verantwortung für die täglichen Management-Aktivitäten zu übertragen. Diese unterstützenden Strukturen umfassen visuelle Kontrolle, Zielorientierung, kurze tägliche Meetings, Zwei-Wege-Kommunikation und ein System der kontinuierlichen Verbesserung. Lean-Führungspersonen verhalten sich transformational. Allerdings ist die Notwendigkeit transformationaler Führung kleiner, wenn die unterstützende Führungsstruktur stark ist.

Zusammenfassend lässt sich in Bezug auf Lean Leadership-Training festhalten, dass es wichtig ist, Prinzipien, Instrumente und Führungsverhalten zu vermitteln, damit eine Lean-Kultur unabhängig von einzelnen charismatischen Führungspersönlichkeiten entsteht und sich verankern lässt.

Lean Leadership erhielt erst in den Jahren zwischen 2014 und 2016 eine zentrale Bedeutung (Andersen et al., 2014; Aij, 2016; Mutwiri, 2015; Mann, 2015). Zuvor lag der Hauptfokus auf der Anwendung der Lean-Instrumente bzw. Lean-Prinzipien auf das Gesundheitswesen.

Diese veränderte Gewichtung geschah in Kontext der Erfolgsfaktoren und Barrieren des Lean Hospital-Systems. Es zeigte sich einmal mehr, dass sich Führung in einer Lean-Kultur verändern muss – in Bezug auf Strukturen und Prozesse.

6. LEAN LEADERSHIP-KONZEPTE

Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche liessen sich aus 24 Artikeln 14 Kategorien ermitteln. Diese Kategorien sind fünf Lean Leadership-Konzepten und neun Formen des Führungsverhaltens zuzuordnen.

In diesem Abschnitt erfolgt zunächst eine literaturbasierte Darstellung der Konzepte, anschließend eine Beschreibung des Lean Leadership-Verhaltens auf der Basis aktueller Forschung. Diese Unterteilung findet sich in der Literatur selten und stellt einen Grund dar, warum in der Praxis häufig unklare Trainingsprogramme anzutreffen sind. Aus der Darstellung der Lean Leadership-Kriterien lassen sich erste Hinweise auf das Vorgehen im Rahmen der empirischen Untersuchung ableiten.

Kriterien der Lean Leadership-Konzepte im Spital		Mögliche Indikatoren	Autor(inn)en/Jahr
1.	Führungs-Gemba; Gemba-Walk	<ul style="list-style-type: none"> - Die Führungsperson macht wöchentliche Beobachtungen vor Ort, um Mitarbeitende zu unterstützen und zu befähigen. - Die Führungsperson ist vor Ort - Die Führungsperson entscheidet auf der Basis von Fakten 	Aij et al., 2015 ; Aij et al., 2012; Bercaw, 2013; Dombrowski, 2015; Dickson et al., 2009; Mann, 2009 ; Steed, 2012
2.	Daily Management (Huddle Board – Shopfloor Management)	<ul style="list-style-type: none"> - Die Führungsperson führt täglich, quartalsweise und jährlich ein kennzahlenbasiertes, visualisiertes, kooperatives und strukturiertes Huddle Board durch. - Die Führungsperson optimiert kontinuierlich die Wertschöpfung zugunsten der Patient(inn)en, der Mitarbeitenden und des Unternehmens. 	Bercaw, 2013; Donnelly, 2014; Dombrowski, 2015; Dörflinger et al., 2012; Kopp, 2015; Mann, 2015; Studer, 2013; Toussaint & Berry, 2013; Toussaint, 2013; Walker et al., 2015
3.	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) mit PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) und Standardisierung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Führungsperson und die Mitarbeitenden wenden A3-PDCA kontinuierlich an. - Die Führungsperson lebt kontinuierliche Verbesserung in kleinen Schritten vor. - Jede Verbesserung wird dem aktuellen Standard angepasst, um Nachhaltigkeit sicherzustellen. 	Aij et al., 2015; Bercaw, 2013; Dombrowski, 2015; Donnelly, 2014; Doss & Orr, 2007; Mann, 2015; Mann, 2012; Mann, 2009; Mazur et al., 2012; Rother, 2013; Steed, 2012; Studer, 2013; Toussaint, 2013; Rother, 2013

4.	KATA-Coaching (Empowerment)	<ul style="list-style-type: none"> - Die Führungsperson erhält regelmäßig ein standardisiertes Coaching in Bezug auf ihre Ziele. - Die Führungsperson befähigt und ermächtigt die Mitarbeitenden bei der täglichen Arbeit durch gezielte Reflexionsfragen (5 x Warum?). 	Aij/Visse/Widdersh, 2015; Aij/Plette/Joosten, 2015; Alwan, 2012; Davis & Adams, 2012; Doss & Orr, 2007; Dörflinger& Koop, 2015; Mazur et al., 2012; Mann, 2009; Rother, 2013; Steed, 2012; Studer, 2013; Walker et al., 2015
5.	Kaizen/Kaikaku-Workshop (Gemba, 5 S, Wertstromanalyse, Aktionsplan, News, Bericht)	<ul style="list-style-type: none"> - Die Führungsperson leitet mehrmals jährlich Kaizen oder Kaikaku-Workshops mit Mitarbeitenden. - Die Führungsperson berichtet ausführlich und regelmäßig über Lean-Aktivitäten und deren Ergebnisse 	Steed, 2012; Walker et al., 2015

Tabelle 13: Kriterien der Lean Leadership-Konzepte im Spital. (Quelle: eigene Darstellung)

Der Lean-Management-Ansatz im Gesundheitswesen hat seinen Ursprung in den USA. Dort bestand eine dringende Notwendigkeit, Qualität und Effizienz zu verbessern und gleichzeitig Kosten zu kontrollieren. Als vielversprechender Lösungsansatz erwies sich Lean-Management. Mehrere führende Gesundheitseinrichtungen etablierten Lean Management (Nelson-Peterson & Leppa, 2007, S. 287). Bei der Anwendung der Lean-Prinzipien im Gesundheitswesen zeigt sich jedoch, dass die Patientenversorgung im Vergleich zur Fließbandfertigung komplexe Wissensteilung erfordert.

Der Großteil der Literatur beschreibt Lean Management rein konzeptionell. Es gibt bisher nur wenige Studien, die aufzeigen, wie sich die Umsetzung der Lean-Prinzipien zuverlässig und wirksam messen lässt. Um Lean-Verhaltensweisen zu beurteilen, ist es somit erforderlich, Messinstrumente zu entwickeln, zu testen und weiter zu verfeinern (Toussaint & Berry, 2013, S. 81).

Im Folgenden werden die drei fokussierten Lean Leadership-Konzepte Führungs-Gemba, Huddle Board und KATA-Coaching erläutert. Diese Konzepte gelten als zentral und sind mehrfach erprobt (Dombrowski, 2015, S. 197). In Schweizer Spitälern kommen sie jedoch erst seit 2013 zum Einsatz. Im deutschsprachigen Raum wurden sie bisher kaum untersucht (Würtz-Kozak, 2015, S. 8). Die systematische Literaturübersicht von Aij, Plette und Joosten

(2015, S. 201) weist auf sehr geringe Forschungserkenntnisse zur Anwendung von Lean Leadership-Konzepten hin. Es fehlt eine systematische Evaluation, welche die Auswirkung von Lean Leadership-Instrumenten auf Einzel- und Teamführung untersucht.

Die Praxis der Führungs-Gemba und des KATA-Coachings befindet sich in der Schweiz noch in der Pilotphase. Die interne Evidenz bestätigt in diversen Spitälern der Schweiz und der USA den Nutzen und Mehrwert des Huddle Boards.

6.1 Führungs-Gemba

Im Rahmen einer Führungs-Gemba erhalten Leitungspersonen ein besseres Verständnis des Kernprozesses bzw. des Patientenprozesses mit den Elementen Eintritt, Verlegung und Austritt. Sie lernen, sich stärker als Dienstleistende zu verhalten. Führungspersonen agieren als „Coach“ ihres Teams. Sie entwickeln Verantwortung für die Prozessgestaltung, um Verschwendung bzw. Störungen zu eliminieren, nicht-wertunterstützende Tätigkeiten zu reduzieren und die Wertschöpfung zu optimieren. Eine Führungs-Gemba ermöglicht, Führungsprozesse zu analysieren und zu standardisieren – mit dem Ziel, vorbildliche und wirkungsvolle Führung zu verstärken. Dies hat einen direkten Einfluss auf das Verhalten der Mitarbeitenden, die ihre Prozesse vermehrt standardisieren und kontinuierliche Verbesserung etablieren. Führungs-Gembas können die Merkmale des Transformational Leadership fördern: Visionen aufzeigen, Vorbild sein, hohe Leistungserwartungen stellen, individuelle Unterstützung leisten und geistige Anregung verwirklichen. Während einer Führungs-Gemba im Sinne von Shared Leadership lassen sich die Merkmale des Aufgaben-, Beziehungs-, Veränderungs- und Mikropolitischen Managements nach Grille und Kauffeld (2015, S. 77-78) explizit oder implizit gestalten.

Die Führungs-Gemba läuft nach folgenden Schritten ab (Walker et al., 2015, S. 27):

1. Programm bestimmen
 - Welche Ziele verfolgt der heutige Walk?
 - Wer leitet den Walk?

2. Zahlen analysieren

- Ein bis zwei Schlüsselkennzahlen überprüfen.
3. Problemlösung bzw. kontinuierlicher Verbesserungsprozess
 - Die ausgewählten Prozesse mit den Mitarbeitenden vor Ort besprechen.
 - Fragen stellen: Welche Probleme tauchen im Alltag auf?
 4. Mitarbeiteranerkennung
 - Bestätigen, dass die Alltagsprobleme verstanden worden sind.
 - Bei den Mitarbeitenden erfragen, welche Probleme bereits gelöst sind.
 - Erfahrungswerte ermitteln: Was ist gut gelaufen? Weshalb?
 5. Besprechung dringlicher Themen („Hot Topics“)
 - Was müssen wir verändern, damit es besser wird?
 - Wie können wir es anpacken?
 6. Fortschritt überprüfen und Aufträge definieren
 - Welches Problem bzw. welche Themen sind gegenwärtig in Bearbeitung?
 - Was macht die Problemlösung schwierig? Weshalb?
 7. Reflexion: Was hat gut funktioniert? Was können wir verbessern?
 - Wie ist unser Besuch angekommen?
 - Was kann bis zum nächsten Mal besser werden?

Toussaint (2013, S. 45) beschreibt exemplarisch, was eine Führungsperson bei einer Gemba erlebt: „Meine Wahrnehmung hat sich geändert, seit ich merkte, dass ich nicht da war, um zu gehen, sondern, um zu helfen. Eine Führungs-Gemba dient dazu, Mitarbeitende im Patientenprozess zu unterstützen, zu sehen, wie sie im Kernprozess des Unternehmens jeden Tag Mehrwert generieren – und zwar nicht nur aufgrund der Anwesenheit der Führungsperson. Ich erfuhr, dass es meine primäre Aufgabe war, Barrieren zu entfernen, damit Mitarbeitende ihre Arbeit erledigen können“.

Aij et al. (2014, S. 119) charakterisieren Lean Leadership als Erfolgskriterium bei der Lean-Transformation im Gesundheitswesen. In einer ethnographischen Studie ermittelten sie folgende zentrale Verhaltensweisen der Lean-Führungspersonen: „To go to the gemba, to see the situation for one’s own self, empower health-care employees and be models“ (Aij et al., 2007, S. 124).

Aij et al. (2014, S. 119) analysierten die aktuelle Literatur zu Lean Leadership im Gesundheitswesen und führten in einem niederländischen Universitätsspital eine Fallstudie durch. Dabei identifizierten sie Merkmale von Lean Leadership, um ein Verständnis für erfolgreiche Lean-Transformationen zu entwickeln. Diese Studie unterstreicht die große Bedeutung von Lean Leadership. Vor allem der Gemba-Walk fördert Lean Leadership, indem Führungspersonen Praxissituationen mit eigenen Augen sehen. Sie befähigen Mitarbeitende, ihre Probleme selbst zu lösen.

Die Ergebnisse von Aij et al. (2014, S. 124) machten deutlich, dass die befragten Führungspersonen fast ihre gesamte Arbeitszeit für Sitzungen, E-Mails, Reisen und Telefonate verwenden. Den Gemba-Walk bewerteten die Teilnehmenden allgemein positiv, denn er ermöglichte ihnen, Probleme schneller zu lösen und eine stärkere Zielausrichtung zu verfolgen. Normalerweise konzentrieren sich Führungspersonen auf Kennzahlen und Maßnahmen. Während des Gemba-Walks erleben sie jedoch, was vor Ort konkret geschieht. Probleme mit eigenen Augen zu sehen, kann ein gemeinsames Verständnis von Führungspersonen und Mitarbeitenden bewirken. So besteht die Möglichkeit, die Perspektive der Mitarbeitenden einzunehmen und sich direkt mit ihnen über bestmögliche Lösungen auszutauschen. Ebenso unterstützt ein Gemba-Walk den kritischen Dialog mit Mitarbeitenden und fördert das Veränderungsmanagement.

Die Befragten äußerten jedoch auch Einwände gegenüber dem Gemba-Walk. Sie kritisierten, dass immer wieder dieselben Fragen zur Diskussion stehen, die Zeit nicht ausreicht und die thematisierten Informationen teilweise gar nicht erforderlich sind. Es gibt auch Führungspersonen, die ohne Gemba-Walk bereits über ausreichende Informationen verfügen. Teilweise gehen Führungspersonen während des Gemba-Walks nicht explizit auf die Problemfelder der Mitarbeitenden ein. Sie erhalten keine Unterstützung, sondern lediglich den Hinweis, dass das Thema diskutiert werden wird. Dies ist nicht förderlich und hebt die Wirkung des Gemba-Walks auf. Zugleich bestehen Handlungsfelder, für die

Führungspersonen keine Lösung anbieten können. Dann ist es wichtig, Argumente und Hintergründe offen zu kommunizieren.

6.2 KATA-Coaching

„You cannot teach a man anything, you can only help to discover it within himself“ (Aij & Lohman, 2016, S. 56). Diese Aussage charakterisiert, wie sich eine Lean Führungsperson verhalten sollte. KATA-Coaching befähigt Führungspersonen, ihre Gesprächsführung durch strukturierte Fragen zu verbessern. Im Vordergrund stehen dabei Merkmale wie „individuelle Unterstützung“ sowie „geistige Anregung“ (Rother, 2013, S. 197). Dies ermöglicht, transformationales Leadershipverhalten weiterzuentwickeln. Shared Leadership-Merkmale wie Aufgaben-, Beziehungs-, Veränderungs- und Mikropolitischen Management lassen sich durch KATA-Coaching ebenfalls fördern. KATA ermöglicht, sich Schritt für Schritt einem anspruchsvollen Ziel zu nähern. Es geht darum, in Rahmen eines Lernprozesses Dinge zu entdecken, um Ziele zu erreichen (Aij & Lohman, 2016, S. 57).

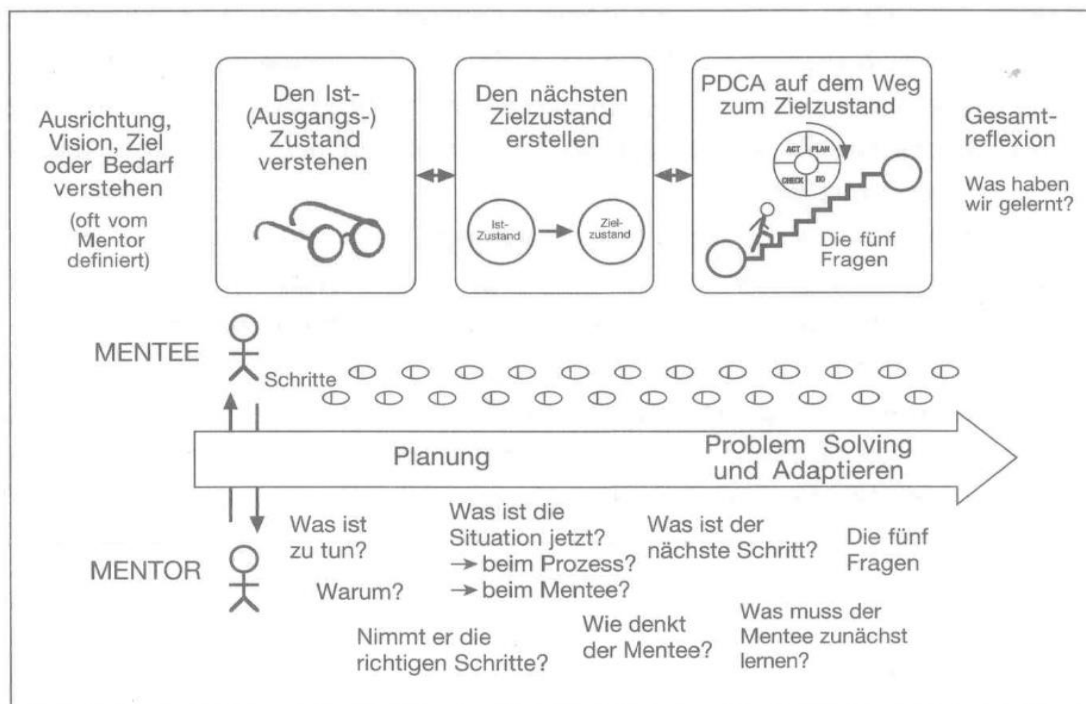


Abbildung 21: KATA-Coaching: Der Mentor-Mentee-Dialog. (Quelle: Rother, 2013, S. 197)

KATA-Coaching ist vergleichbar mit dem Verhalten von Trainer(inne)n: Sie stehen an der Seitenlinie und beobachten, was die Athlet(inn)en machen. „Coaching on the job“ ist ein

kontinuierlicher Prozess, der auf allen Ebenen auftreten sollte. Es geht nicht darum, Mitarbeitenden Dinge abzunehmen, sondern sie dabei zu unterstützen, ihre eigene Problemlösungskompetenz aufzubauen (Aij & Lohman, 2016, S. 57).

Der Ablauf des KATA-Coachings orientiert sich an folgendem Standard (Rother, 2013, S. 249):

1. Was ist der Zielzustand? Wie müsste es sein? (Herausforderung). Was ist der gegenwärtige Zustand? (5 x Warum?)
2. Zur Reflexion gehören folgende Fragen:
 - a. Was war Ihr letzter Schritt? Was haben Sie ausprobiert?
 - b. Was haben Sie erwartet?
 - c. Was ist tatsächlich passiert?
 - d. Was haben Sie gelernt?
3. Welche Hindernisse stellen sich Ihnen beim Erreichen des Zielzustandes in den Weg? Welches dieser Hindernisse nehmen Sie sich jetzt vor?
4. Was ist Ihr nächster Schritt bzw. Ihre nächste Intervention? Welche Erwartungen haben Sie? (Start des nächsten PDCA-Zyklus)
5. Wann können wir vor Ort gemeinsam überprüfen, was wir aus diesen Schritten gelernt haben?

Laut Aij und Lohman (2016, S. 45) antwortet KATA-Coaching auf die Frage: Wie ist es möglich, Menschen effektiver, aktiver und produktiver einzusetzen? Passiv Informationen zu sammeln, ist weit weniger effektiv, als selbst etwas zu erleben und zu berichten. Eine Sache zu beherrschen, setzt voraus, andere Menschen darüber informieren zu können. Lernen bedeutet also nicht, zu konsumieren, sondern den Alltag zu erforschen und selbst zu experimentieren. Es geht um integrierte Kompetenzen und nicht um reines Wissen. Nach der Schule findet das Lernen näher am Arbeitsplatz statt. Die Grenzen zwischen Lernen, Üben und Arbeiten verschmelzen immer stärker. Diese Entwicklung steht im Einklang mit der Lean-Philosophie, die nur in einer „Lernenden Organisation“ gedeihen kann.

Die Lean-Adhärenz stellt ein Mittel dar, um sich zu verbessern, zu lernen und zu entwickeln. Die Führungsperson fungiert nicht als traditionelle Lehrperson, die alles weiß und gelegentlich ihr Wissen mit anderen teilt. Die Lean-Führungsperson ist eher eine Trainerin

bzw. ein Trainer. Sie ist in der Lage, Impulse zu setzen, Mitarbeitende zur kritischen Reflexion anzuregen und ihre Neugier zu wecken.

KATA-Coaching basiert auf einem Meister-Lehrling-Verhältnis, das beispielsweise in Fachberufen üblich ist. Als Trainer(in) steht die Führungsperson an der Seitenlinie. Sie ist bereit, loszulassen und die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Sie widersteht der Versuchung, zu intervenieren, Dinge vorzuschreiben oder zu übernehmen (Aij & Lohman, 2016, S. 45).

In vierzig gesichteten Studien – ermittelt in den Datenbanken PubMed, Cinahl, Embase und Google Scholar, publiziert zwischen 1998 und 2016 – zu Lean Leadership und Lean Management im Spital wurde KATA-Coaching nicht evaluiert und kaum beschrieben (Meyer, 2015, S. 50-54). Deshalb ist anzunehmen, dass KATA-Coaching im Gesundheitswesen noch kaum praktiziert wird. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Coaching Verhalten in der Führungspraxis nicht zum Einsatz kommt. Häufig geschieht dies beispielsweise unter dem Namen „Kollegiale Beratung“.

6.3 Huddle Board

In der Spitalpraxis erweist sich Huddle Board zunehmend als wirksames Führungs- und Organisationsinstrument (Goldenhar et al., 2013, S. 899). Tägliche Team-Huddles gelten als wichtiger Teil des täglichen Managements und als Kernkomponente des Lean Healthcare-Systems. Es handelt sich um fünf- bis zehnminütige Treffen der Mitglieder eines Behandlungsteams. Alle Fachdisziplinen und Berufsgruppen kommen aus diesem Anlass zusammen. Sie erhalten relevante Informationen über Ereignisse in ihrem Arbeitsumfeld. Auch haben sie die Möglichkeit, aktuelle Fragen und Probleme zeitnah anzusprechen. Das kurze multiprofessionelle Meeting findet stehend vor dem Huddle Board statt und weist einen standardisierten Ablauf auf. Es dient als Instrument zur Visualisierung der besprochenen Themen.

Die folgenden drei Prinzipien gelten für eine effiziente Durchführung von Team Huddles: Transparenz, gegenseitige Unterstützung und Stärkung der geteilten Verantwortung.

Führungspersonen sollten diese Prinzipien im Rahmen von Shared Leadership fördern (Grille & Kauffeld, 2015, S. 77-78).

In Bezug auf Team Huddles lässt sich ein vielfältiger Nutzen beschreiben:

- Transparenz durch Kennzahlen, Messungen und Benchmarks
- Tägliche Verantwortungsübernahme aller Mitarbeitenden
- Probleme werden dort gelöst, wo sie entstehen.
- Führung gilt als Dienstleistung an der Organisation
- Stärken, Mängel und Risiken des Qualitätsmanagements lassen sich aktiv bearbeiten
- Kreative Lösungen sind möglich: Huddling macht Spaß
- Der Erfolg ist täglich nachweisbar.

Die Untersuchung von Rodriguez et al. (2015, S. 286) zur Implementierung täglicher Team Huddles zeigt die hilfreiche Rolle in Bezug auf die Patientenversorgung auf. Huddling ermöglicht Führungspersonen, den Mitarbeitenden regelmäßig Feedback zu geben und gemeinsam zu lernen. Die zentrale Barriere ist der Zeitfaktor. Es ist eine Herausforderung, an einem strukturierten interdisziplinären Organisationsrapport teilzunehmen und zugleich in der direkten Patientenversorgung tätig zu sein. Jede Berufsgruppe hat ihren eigenen Tagesplan und muss eventuell ihre Organisation zugunsten des Huddle Boards anpassen. Das Daily Management System ist ein Schlüsselement, um eine Kultur der kontinuierlichen Verbesserung zu gestalten und fördert somit das gemeinsame Lernen (Donnelly et al., 2017, S. 22; Little, 2014, S. 335).

Little (2014, S. 340) weist darauf hin, dass die Forschung zukünftig auch Barrieren untersuchen sollte, die mit sich im Zusammenhang mit der Entwicklung von Führungskompetenzen ergeben. Im Zentrum sollte die Frage stehen, weshalb einige Teams Huddle Board erfolgreich im Alltag praktizieren, andere jedoch bei der Implementierung scheitern.

6.4 Lean Leadership-Verhalten

Die beschriebenen Lean Leadership-Konzepte erfordern ein ausgeprägtes Führungsverhalten. Denn die Etablierung einer Lean-Kultur ist viel stärker vom menschlichen Reiz-Reaktionssystem und seinen Konstruktionen abhängig, als von den angewandten Instrumenten.

Im Folgenden sind die literaturbasierten Kriterien des Lean Leadership-Verhaltens dargestellt, um erste Hinweise für die empirische Untersuchung abzuleiten. Durch eine systematische Literaturrecherche liessen sich aus 24 Artikeln 14 Kategorien ermitteln und fünf Lean Leadership-Konzepten sowie neun Formen des Führungsverhaltens zuordnen.

Kriterien des Lean Leadership-Verhaltens im Spital		Mögliche Indikatoren	Autor(inn)en/Jahr
1.	Vertrauen und Respekt	<ul style="list-style-type: none"> - Die Führungsperson vertraut den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeitenden, Probleme selbst lösen zu können. - Die Führungsperson zeigt in jeder Situation gegenüber jeder Person Respekt. 	Aij et al., 2015 ; Andersen et al., 2014 ; Bercaw, 2013; Davis & Adams, 2012; Mazur et al., 2012; Toussaint, 2013 ; Toussaint & Berry, 2013;
2.	Bescheiden, offen und flexibel	<ul style="list-style-type: none"> - Die Führungsperson tritt bescheiden auf. - Die Führungsperson zeigt sich gegenüber Vorschlägen offen und flexibel. 	Aij et al., 2015; Aij/Plette/Joosten, 2015; Andersen et al., 2014 ; Steed, 2012 ; Toussaint & Berry, 2013
3.	Vorbildlich und diszipliniert	<ul style="list-style-type: none"> - Die Führungsperson verhält sich vorbildlich. - Die Führungsperson ist zuverlässig und diszipliniert. 	Aij/Plette/Joosten, 2015; Andersen et al., 2014; Dickson et al., 2009; Steed, 2012;
4.	Teamorientiertes Handeln	<ul style="list-style-type: none"> - Die Führungsperson handelt kooperativ und koordiniert mit dem Team. 	Andersen et al., 2014; Alwan, 2012; Bercaw, 2013; Mazur et al., 2012; Steed 2012; Studer, 2013; Toussaint, 2013
5.	Adaptives und proaktives Handeln	<ul style="list-style-type: none"> - Die Führungsperson handelt anschlussfähig und vorausschauend. 	Andersen et al., 2014; Rother, 2013; Steed, 2012; Walker et al., 2015
6.	Lernkultur fordern und fördern	<ul style="list-style-type: none"> - Die Führungsperson fördert und fordert die Mitarbeitenden. 	Aij/Plette/Joosten, 2015; Alwan, 2012; Davis & Adams, 2012; Mazur et al., 2012; Rother, 2013; Steed, 2012 ; Toussaint, 2013 ; Toussaint & Berry, 2013;
7.	Langfristige Vision	<ul style="list-style-type: none"> - Die Führungsperson verfolgt eine langfristige Vision. 	Andersen et al., 2014; Doss & Orr, 2007
8.	„Patient First“-Handeln	<ul style="list-style-type: none"> - Die Führungsperson richtet ihre Handlungen an den Bedürfnissen der Patient(inn)en aus. 	Toussaint, 2013.
9.	Übernahme von Verantwortung	<ul style="list-style-type: none"> - Die Führungsperson übernimmt für ihr Handeln die Verantwortung. - Die Führungsperson äußert starke Zustimmung zum Lean Hospital-System. - Die Führungsperson setzt sich für qualitativ hochwertige und effiziente Prozesse ein. 	Andersen et al., 2014 ; Studer, 2013; Toussaint & Berry, 2013

Tabelle 14: Kriterien des Lean Leadership-Verhaltens im Spital. (Quelle: eigene Darstellung)

Diese neun Verhaltenskriterien müssen wissenschaftlichen Führungstheorien gegenübergestellt werden, um herauszufinden mit welchen Theorien sich Lean Leadership-Verhalten evaluieren lässt. Poksinska et al. (2013, S. 4) beschreiben, dass die verfügbaren Publikationen zu Lean Leadership oft keinen Bezug zu Führungstheorien herstellen und Lean Leadership als etwas Einzigartiges und Unbekanntes präsentieren. Es gibt jedoch viele Ähnlichkeiten mit Führungstheorien wie Transformational Leadership, Servant Leadership und Führung in selbstverwalteten Teams (Shared Leadership). Solche Führungsansätze betonen die Wertschätzung gegenüber Mitarbeitenden, die Bedeutung des Coachings sowie das Empowerment der Mitarbeitenden. Servant Leadership („Führung mit Demut“) geht über Transformational Leadership hinaus, indem die Bedürfnisse anderer Menschen höchste Priorität haben. Selbstverwaltete Teams mit mehreren Fachpersonen stellen die grundlegende Arbeitseinheit in Lean-Organisationen dar.

Lean Leadership impliziert eine Rollenveränderung der Führungspersonen (Poksinska et al. 2013, S. 11). Der Fokus der Führungsaufgaben verlagert sich vom Verwalten von Aufgaben zur Gestaltung von Prozessen. Zu den zentralen Elementen zählen Motivieren sowie Trainieren von Einzelpersonen und Teams. Führungspersonen geben die Verantwortung für die tägliche Verwaltung der Aktivitäten sukzessive an Teams ab. Dieser Wandel zugunsten selbstverwalteter Teams stellt einen langfristigen Prozess dar, der eine aufwändige Investition in Ressourcen erfordert. Führungspersonen konzentrieren sich auf die Kontrolle der Arbeitsprozesse und beziehen die Mitarbeitenden in Verbesserungsaktivitäten ein. Das System der kontinuierlichen Verbesserung ist mit höherer Mitarbeiterbeteiligung, visueller Kontrolle, kurzen täglichen Treffen, einer standardisierten Agenda sowie Zwei-Wege-Kommunikation verbunden. Bei diesem Führungsstil geht es darum, Mitarbeitende dabei zu unterstützen, ihre eigenen Talente und Fähigkeiten zu entdecken. Führungspersonen erleichtern Problemlösungs- und Verbesserungsprozesse. Lean-Führungspersonen verstehen sich als „Servant Leaders“ und geben sich als solche zu erkennen.

Dieser Führungsstil bedeutet eine Umkehr traditioneller hierarchischer Strukturen mit einem CEO an der Spitze, der die Richtung von oben direktiv vorgibt. Lean Führungspersonen widmen den Bedürfnissen der Mitarbeitenden und deren Entwicklung große Aufmerksamkeit. Sie konzentrieren sich darauf, eine förderliche Lern- und Arbeitsumgebung

zu gestalten. Eine Lean-Transformation ist ohne die kontinuierliche Anstrengung von Führungspersonen nicht zu erreichen. Lean-Führungspersonen gestalten positive Arbeitsbedingungen, die der Pflegequalität zugutekommen und dadurch Patient(inn)en einen Nutzen bringen (Riechmann-Wolf & Stahl, 2015, S. 130).

Lean Management erfordert eine kollektive Führungskultur. Hierbei werden Hierarchien nicht überflüssig, sondern geteilte formelle und informelle Führungsprozesse kommen zur Anwendung. Hiervon kann jedes Mitglied der Organisation langfristig profitieren (Werther, 2013, S. 135).

Die Betrachtung der Lean-Konzepte und des Lean Leadership-Verhaltens zeigen auf, dass beide Komponenten zusammengehören. Dieser integrale Ansatz stellt eine Stärke des Lean Leadership-Konzeptes dar. Es geht somit nicht nur darum, den Einsatz von Lean-Tools zu trainieren, sondern auch das Führungsverhalten zu reflektieren und gegebenenfalls zu modifizieren. Gerade darin liegt eine große Herausforderung. Menschliches Verhalten ist nur begrenzt veränderbar, da die genetische Disposition und die Sozialisation einen Einfluss ausüben. Es gibt also Personen, die Lean-affiner sind als andere und aufgrund ihrer Veranlagung erfolgreicher. Dies weist darauf hin, dass die Schulung von Lean Thinking eine Grenze hat.

Im folgenden Abschnitt sind die Grundlagen der Führungstheorie dargestellt. Im Fokus stehen aktuelle Definitionen und Theorieansätze, die hinsichtlich der historischen Entwicklung von Lean Leadership betrachtet werden. Dies trägt zur Begriffsbildung und Konzeptualisierung der Untersuchung bei.

7. FÜHRUNGSTHEORIEN

Im Kontext dieser Arbeit ist es zentral, Führung im Kontext der Psychiatrie zu beschreiben. Konflikte (Aggression, Suizidalität, Substanzgebrauch etc.) und deren Eindämmung (Deeskalation, Medikation etc.) bedrohen auf psychiatrischen Akutstationen die Sicherheit der Patient(inn)en und Mitarbeitenden. Bowers et al. (2011, S. 143) hat die Beziehung zwischen Strukturen und Personalvariablen von Mitarbeitenden auf 136 psychiatrischen Akutstationen in England untersucht und dabei Führungsverhalten, Teamarbeit, Struktur, Burnout und die Einstellung gegenüber anspruchsvollen Patient(inn)en gemessen. Strukturen bestimmen die Teamarbeit in besonders ausgeprägter Weise. Strukturfaktoren sind am stärksten mit Konflikten verbunden. Deshalb ist es wichtig, die Stationen bei der Aufrechterhaltung wirksamer Strukturen für Patient(inn)en zu unterstützen. Führungspersonen müssen die Funktionsweise der Station und die gemeinsame Teamführung verstärkt wahrnehmen (Bowers et al., 2011, S. 148).

Die Führung in psychiatrischen Kliniken der Schweiz ist traditionell von einer starken „Dualen Führung“ (Pflegedienst und der Ärzteschaft) auf sämtlichen Hierarchiestufen geprägt. Die fachliche und personelle Stationsführung liegt bei einer pflegerischen Stationsleitung und einer Oberärztin/einem Oberarzt. Da Pflegende 24 Stunden in einer professionellen Beziehung zu Patienten stehen sowie Notfall- und Krisenmanagement, Behandlungscoordination, Milieugestaltung und somit Präsenzmacht innehaben, wird der Pflege eine wichtige Rolle in der Behandlung zugesprochen. Dennoch ist es notwendig, die Macht- und Gewaltenverteilung in der „Dualen Führung“ im Sinne geteilter Führung (Shared Leadership) immer wieder nach dem Prinzip von „Checks and Balances“ auszutarieren. Dies zeigt sich im klinischen Alltag in der Abstimmung der Behandlungspläne sowie im Rahmen des Eintritts- und Austrittsmanagements. Dabei kommt oft ein unterschiedliches Verständnis zum Vorschein, ebenso zeigen sich häufig verschiedene Erfahrungen und Interessen. Bei fehlender Abstimmung kann dies zum Wirkungsverlust der Behandlungspläne oder zu Konflikten mit Patientinnen und Patienten bzw. zu Konflikten im interdisziplinären Behandlungsteam führen. Nicht selten kommt es bei unüberbrückbaren Differenzen zwischen Pflegedienst und Ärzteschaft zur Kündigung im Pflegedienst. Die Hauptursache sind dabei oft unterschiedliche Verständnisse und Erwartungen hinsichtlich verbindlicher

Koordination und zuverlässiger Kooperation der Stationsführung. Ein wichtiger Grundsatz besteht darin, den Leistungsauftrag und somit die Patientenbehandlung immer wieder ins Zentrum zu stellen und nicht die persönlichen Interessen. Durch die zunehmende Demokratisierung in der Psychiatrie erhalten Patienten bei klinischen Entscheidungen auch verstärkte Selbstbestimmungsmacht. Somit ist es notwendig, die Machtverteilung zwischen Patientenpräferenzen, Erfahrungswissen, institutionellem Kontext, wissenschaftlichen Erkenntnissen und rechtlichen Vorgaben im Dialog mit allen Parteien zu diskutieren, um einen bestmöglichen Therapieplan anzustreben. Dies wiederum erfordert eine kommunikative reife Organisation, die von der „Dualen Führung“ vorgelebt, entwickelt und eingefordert werden sollte. Die Psychiatrie muss jedoch immer wieder als Spiegel der Gesellschaft betrachtet werden. Es gilt, den Auftrag und die Rolle der Psychiatrie soziologisch-kritisch zu hinterfragen.

Lanza (1997, S. 5) untersuchte die Literatur zu Macht und Führung in der psychiatrischen Pflege. Transformational Leadership ermöglicht, Mitarbeitenden die Vision der Institution zugänglich zu machen. Dabei werden Teams zur professionellen Beziehungsgestaltung ermächtigt und Gruppenprozesse können in einer Atmosphäre des gemeinsamen Empowerments erfolgen. Bereits 1997 wies Lanza (S. 11) darauf hin, dass Transformational Leadership für die psychiatrische Pflege ideal ist, um komplexe Führungssituationen wirkungsvoll zu bewältigen. Auch Wells et al. (2006, S. 1840) zeigt in psychiatrischen Behandlungssettings für Shared Leadership positive Ergebnisse bezüglich der Einstellung gegenüber Patient(inn)en auf. Ist die gegenseitige Achtung unter den Mitarbeitenden ausgeprägter, verbessert sich die Patientenzufriedenheit im Laufe der Zeit. Somit konnte Wells einen direkten Zusammenhang zwischen Teamführung und Patientenresultaten nachweisen.

Seit der Literaturübersicht von Martin et al. (2010, S. 191) ist bekannt, dass kompetente Pflege und effektives Leadership sowie eine unterstützende Arbeitsumgebung wichtige Voraussetzung einer patientenorientierten, evidenzbasierten und ergebniszentrierten Patientenversorgung sind. Im Rahmen dieser Studie in einem Schweizer Universitätsspital entstand ein Methodenset für ein Monitoring der Bedingungsfaktoren pflegerischer Dienstleistungsqualität. Insgesamt 959 Pflegefachpersonen wurden befragt (Rücklaufquote

70.8%, n=67). Die Teilnehmenden schätzten ihr Ausbildungs- und Erfahrungsniveau als hoch ein und fühlten sich im Durchschnitt als sehr kompetent für die Ausübung ihrer Tätigkeit. Mit der Arbeits- und Berufszufriedenheit sowie mit der Pflegequalität waren ein hoher Anteil (55%) der Befragten eher zufrieden oder sogar sehr zufrieden (28.7%). Die Beurteilung der Leadership-Kompetenz der Stationsleitenden stimmte mit der Selbst- und Fremdeinschätzung relativ gut überein. Die Verhaltensweise „anderen Handlungsspielraum geben“ schätzten die Teilnehmenden am höchsten ein (Mittelwert: Fremdeinschätzung 48.16, Selbsteinschätzung 48.93). Die niedrigste Bewertung bezog sich auf „eine gemeinsame Vision entwickeln“ (Mittelwert: Fremdeinschätzung 40.99, Selbsteinschätzung 36.74) (Martin et al., 2010, S. 196-197): „Deutlich wurde, dass das systematische Arbeiten aufgrund aktueller Erkenntnisse und Mithilfe von Qualitätssicherungsmaßnahmen noch zu wenig etabliert ist und die Entwicklung einer Vision bei den Führungskompetenzen am kritischsten beurteilt wurde“ (Martin et al., 2010, S. 200).

Die hier zitierten Studien betonen einerseits spezifische Führungsherausforderungen in der Psychiatrie und weisen andererseits auf Ergebnisse hin, die sich mit Transformational und Shared Leadership erzielen lassen. Dadurch wird das Potenzial der Führungsentwicklung für eine qualitativ hochstehende Praxis sichtbar.

7.1 Definitionen

Im Zusammenhang mit der Lean Leadership-Thematik ist es notwendig, auf die Unterscheidung zwischen Führung und Management hinzuweisen. Management zielt darauf ab, das Funktionieren des Arbeitsalltags und des Systems zu gewährleisten, wohingegen bei der Führung der Zweck einer nützlichen Veränderung verfolgt wird. Führung (Leadership) bezieht sich auf Menschen und Kultur, Management auf Hierarchien und Systeme. Bass formuliert dies noch konkreter: „*To manage, the executive carries out the classic functions (planning, organizing, controlling); to lead, the executives behave in a way that inspires and influences the behavior of others*“ (zit. nach Felfe, 2015, S. 1). Nicht ein Entweder-Oder, sondern eine Kombination von Management und Führung ist erforderlich: „Zu viel Führung ohne Management läuft Gefahr, im Chaos zu versinken, und zu viel Management ohne Führung erschöpft sich am Ende in lähmender Bürokratie“ (zit. nach Felfe, 2015, S. 1).

Zentral ist die selbstkritische Frage nach der Führungswirkung. Dabei geht es um Effektivität und Effizienz der Führung: Machen wir die richtigen Dinge? Machen wir die Dinge richtig?

Leadership erfordert neben Aufgabenorientierung bewusste und zielorientierte persönliche Einflussnahme. Somit ist Führung vor allem Motivationsarbeit. Führen erfordert jedoch auch, zu entscheiden. Dieser Aspekt steht im Zentrum des „Evidence-based Management“. Bei diesem normativen Führungskonzept geht es um Führungserfolg als Resultat evidenzbasierter Entscheidungen (Felfe, 2015, S. 429). Sehr oft sind Führungsentscheidungen durch Erfahrungswissen und Kontextfaktoren geprägt, weniger durch Wissenschaftlichkeit. Es gibt verschiedene Ansätze, Führung zu definieren, wobei meistens nicht alle Aufgaben- und Wirkungsbereiche integriert sind. Die frühe Definition von Steinle (1978, S. 27) nimmt Bezug auf Leistungserbringung: „Führung wird verstanden als systematisch-strukturierter Einflussprozess der Realisation intendierter Leistungsergebnisse; Führung ist damit im Kern zielorientierte und zukunftsbezogene Handlungslenkung, wobei diese Einwirkung sich auf Leistung und Zufriedenheit richtet“. Wie in vielen späteren Definitionen steht die Zielorientierung im Fokus.

Schauenberg und Föhr (1995, S. 2211) formulierten eine konstruktivistische Definition: „Führung ist dann vorrangig mit der Aufgabe beschäftigt, übereinstimmende Interpretationen zwischen Führern und Geführten herzustellen“. Damit bildet die subjektive Wahrnehmung und deren Interpretation im Rahmen einer gemeinsamen Konstruktion und Dekonstruktion der Wirklichkeiten von Führungspersonen und Geführten das Zentrum. Dies kann einen Beitrag zum Aufbrechen der gegenseitigen positiven und negativen Zuschreibungen leisten. Türk (1995, S. 331) beschreibt „Personale Führung“ als interaktiven Herrschaftsprozess, der eine Vermittlung zwischen lebendigen Subjekten und einem abstrahierenden Verwertungssystem leistet: „Führung hat also die Funktion, organisational subsumierte Subjekte und ihre Zusammenarbeit so zu konditionieren, dass ihr Handeln systemkonform ausfällt. Um dies vollziehen zu können, müssen die Vorgesetzten sich gleichsam außerhalb des organisationalen Kontexts stellen und die ‚Geführten‘ als Individuen ansprechen, sie müssen also Dimensionen von Personalität mobilisieren, von denen die Organisation gerade abstrahiert. Führung findet so in einem widersprüchlichen Doppelkontext von individueller Konkretion und organisationaler Abstraktion statt“ (Türk

1995, S. 331). Diese Definition betont die Gestaltung der Zusammenarbeit sowie das Führungsdilemma zwischen Mitarbeitenden- und Organisationsinteressen. Dieses Dilemma lässt sich nicht immer auflösen und kann vor allem bei Reorganisationen unweigerlich zu Konflikten führen. Die kompakte Definition von Wunderer (2000, S. 19) lautet: „Führung wird als zielorientierte, wechselseitige und soziale Beeinflussung zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben in und mit einer strukturierten Arbeitssituation definiert. Sie vollzieht sich zwischen hierarchisch unterschiedlich gestellten Personen“. Die gegenseitige Beeinflussung weist darauf hin, dass Führung nicht nur von oben nach unten, sondern auch von unten nach oben erfolgt sowie horizontal einer mikropolitischen Dynamik unterworfen ist. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter beeinflusst mit ihrem bzw. seinem Erscheinungsbild nonverbal und interaktiv die Führung. Die hierarchische Führungsorganisation regelt die offiziellen Funktionsführungen, um Aufgaben, Verantwortung, Kompetenzen und Entscheidungsprozesse zu regeln. Diese Organisationform wird jedoch zunehmend kritisiert und infrage gestellt. Wozu braucht es Führung? Welches Unternehmen benötigt welche Führungsorganisation? In diesem Kontext kommen hierarchische sowie Matrix- und Netzwerkorganisationen zur Anwendung. Somit ist Führung auch als System zu interpretieren.

Avolio et al. (2009, S. 422-423) nehmen Bezug auf den Charakter der Führungsperson: *„Leadership is no longer simply described as an individual characteristic of difference, but rather is depicted in various models as dynamic, shared, relational, strategic, global, and a complex dynamic“*. Maier und Bartscher (2013) beziehen sich explizit auf Fähigkeiten und Fertigkeiten. Sie erwähnen die *„durch Interaktion vermittelte Ausrichtung des Handelns von Individuen und Gruppen auf die Verwirklichung vorgegebener Ziele; [Führung] beinhaltet asymmetrische soziale Beziehungen der Über- und Unterordnung. Führung wird allgemein als psychologische und soziale Fähigkeit einer Person im Umgang mit Menschen betrachtet“* (<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/fuehrung-33168>).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Führung mehrheitlich als psychosozialer Prozess zur Zielerreichung des Unternehmens dargestellt wird. Selbstführung und die aktuelle Diskussion über Führung als Dienstleistung sind nicht integriert. Ebenfalls erfolgt kein Hinweis auf ethische Verantwortung und strategische Führung.

Yukl betrachtet Führung als Beeinflussungs- und somit auch als Gestaltungsprozess (2010, S. 26): „Führung ist der Prozess, in dem Andere dahingehend beeinflusst werden, dass sie verstehen und darin übereinstimmen, was zu tun ist und wie es zu tun ist, sowie der Prozess, individuelle und kollektive Anstrengungen, gemeinsam Ziele zu erreichen, zu unterstützen“. Hier findet Führung auch als Befähigung der Mitarbeitenden statt und somit als Coaching. Der Führungsdiskurs widerspiegelt die Komplexität der Thematik und zeigt, wie sich die Definitionen ergänzen und/oder überlappen. Leaderzentrierte, effektbezogene und interaktionsbezogenen Schwerpunkte lassen sich voneinander abgrenzen (Weibler 2012, S. 14). Eine umfassende und allgemeine gültige Definition ist kaum möglich.

7.2 Führung und Lean Leadership

Die Führung im Pflegealltag ist stark geprägt durch das Personalmanagement (Personalrekrutierung, Personalplanung und Einsatzplanung), um die Patientenversorgung sicherzustellen. Aufgrund von Personalmangel steigt zunehmend das Risiko einer Bettenschliessung. Personalgewinnung und -retention haben in letzter Zeit in der Schweiz wachsende Bedeutung erhalten. Gründe hierfür sind Personalengpässe (Fachkräftemangel, Berufsausstieg) und das Streben der Mitarbeitenden nach zeitnaher Karriereentwicklung. Um Karrierewege aufzuzeigen, kann ein agiles Laufbahnmodell hilfreich sein. Mitarbeitende möchten zunehmend gefordert und gefördert werden. Dadurch kommt unweigerlich Transaktionales Leadership stärker zur Anwendung als Transformationales Leadership – obwohl gerade dieses auf Grund des dynamischen Umfelds stärker ausgeprägt sein sollte. Teilweise ist jedoch zu einem geringeren Masse ein „Laissez-faire“-Führungsstil beobachtbar. Eine Erklärung hierfür könnte die starke Verankerung des humanistischen Menschenbildes in der psychiatrischen Versorgung sein. Werden Stationsleitende nach ihrem Führungsstil gefragt, berichten sie von einem situativen, kooperativen, beziehungsorientierten Führungsstil, den sie je nach Anforderung flexibel anpassen. Diese Einschätzung der Flexibilität muss sicherlich aufgrund der stabilen Führungspersönlichkeit und der Verhaltensmuster auch kritisch hinterfragt werden. Als zentrales Führungsthema wird immer die geteilte Stationsführung mit Oberärztinnen und Oberärzten erwähnt. Durch die Rotation der Ärzteschaft muss die Stationsleitung ihre Führung immer wieder neu anpassen. Im Fokus steht dabei die unterschiedliche Führungssozialisierung in der Pflege und in der Ärzteschaft. Die Pflege wird in Bezug auf Führungskompetenzen durch Weiterbildung und Praxis stets

gefördert. In der Ärzteschaft erfolgt Fachentwicklung zumeist ohne Führungsentwicklung, was zu unterschiedlichem Führungsverständnis führen kann.

Die Anforderungen an Stationsleitende haben sich in den letzten Jahren stark erhöht. Neben Personal- und Teamführung sollen sie auch verstärkt unternehmerische Mitverantwortung im Sinne von Intrapreneurship wahrnehmen. Hierzu gehört Führen mit Kennzahlen, ebenso Führung als Dienstleistung sowie Projekt- und Prozessmanagement, Innovation und finanzielle Führung. In diesen Bereichen erfolgt häufig vermehrte Unterstützung und Befähigung. Zudem steht Teamführung bei den Stationsleitenden im Fokus. Zusammenarbeit in Sach- und Beziehungsprozessen ist für die reibungslose Koordination einer Station von grosser Bedeutung und steht in direktem Zusammenhang mit guten Patientenresultaten. Die Kooperation und Abstimmung in einem Behandlungsteam unterstützt oder behindert auch den klinischen Behandlungsprozess. Ein weiteres relevantes Thema ist die Mitverantwortung jedes Teammitglieds. Auch dieser Aspekt trägt zur effektiven und effizienten Führung bei.

Die Literatursichtung zeigte auf, dass Lean Leadership zwingend den Führungstheorien und der Führungsforschung gegenübergestellt werden muss. Denn Lean Leadership erhebt nicht den Anspruch, eine selbständige Theorie zu sein. Vielmehr integriert Lean Leadership verschiedene Theorieansätze. Welcher Ansatz ist jedoch für eine Lean Leadership-Untersuchung dominant und sollte deshalb genutzt werden? Es ist davon auszugehen, dass es keinen „Nullpunkt“ bei der Anwendung von Lean Leadership gibt. In der Praxis ist zu beobachten, dass Führungspersonen Lean Leadership-Verhalten zeigen und Lean-Instrumente anwenden, ohne dies explizit zu benennen. Vor diesem Hintergrund bietet dieser Abschnitt zunächst eine Übersicht aktueller Führungstheorien und stellt anschließend diejenigen Theorien dar, die Lean Leadership zugrunde liegen.

Der folgende Überblick der wichtigsten Führungstheorien in Anlehnung an Lang und Rybnikova (2014, S. 20) enthält eine Zeitachse und ist systematisch nach personalen, interaktionistischen, situativen und strukturalen Ansätzen angeordnet. Diese Ansätze haben sich teilweise gegenseitig beeinflusst. Führungstheorien beziehen sich auf die Führungsperson als Individuum, auf die dyadische Interaktion zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden oder auf das System.

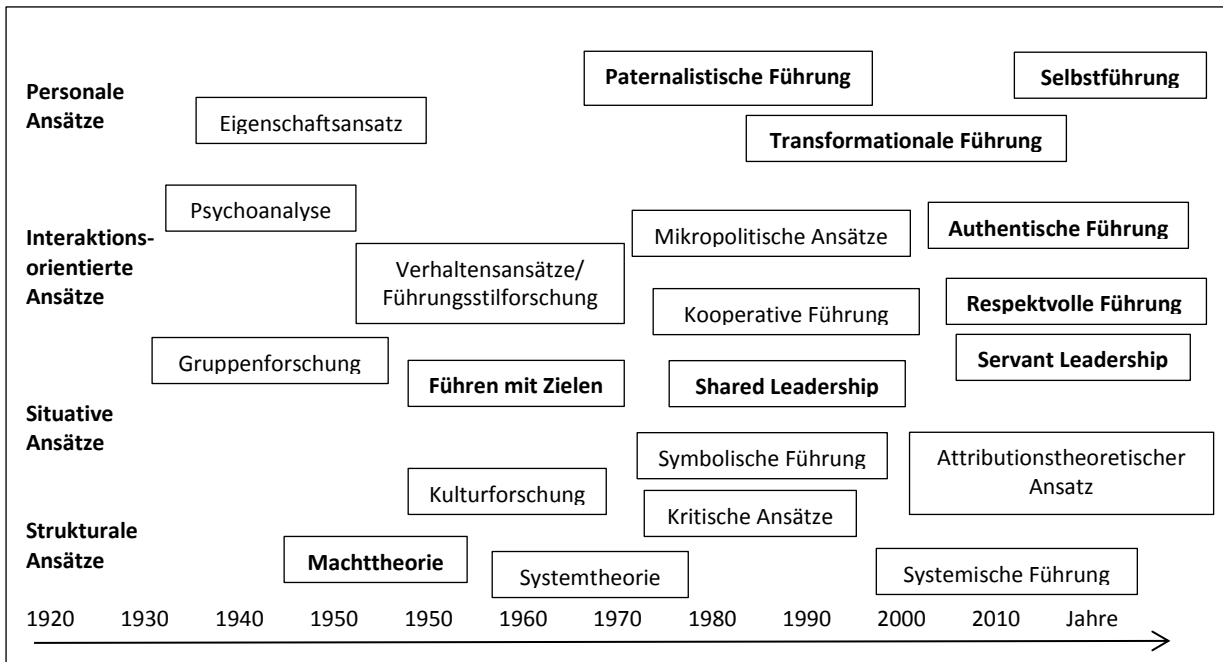


Abbildung 22: Zeitachse der Führungstheorien. (Quelle: Lang und Rybnikova, R. (2014, S. 20))

Die folgenden neun Führungstheorien nach Felde (vgl. 2015) und Weibler (vgl. 2012) stehen in der vorliegenden Arbeit Lean Leadership gegenüber, um zu bestimmen, welche Führungstheorie und welche Instrumente sich für die wissenschaftliche Untersuchung eignen.

Führungstheorie	Ansätze	Definition	Kriterien/Komponenten/Dimensionen/Attribute	Instrumente	Kriterien Lean Leadership
Transformationale Führung (Weibler, 2012, S. 376-383)	Personaler Ansatz	„Bei der transaktionalen Führung orientiert sich der Führende an dem gegebenen Ziel, dem Werte- und Wunschniveau der Geführten, (also an ihrer Persönlichkeitsstruktur und an den hieraus folgenden Erwartungen etc.)“ (Weibler, 2012, S. 377)	MLQ: 1 Idealized Influence 2 Inspirational Motivation 3 Intellectual Stimulation 4 Individualized Consideration TLI: 1 Vision aufzeigen 2 Vorbild sein 3 Gruppenziele fördern 4 Hohe Leistungserwartungen artikulieren 5 Individuelle Unterstützung leisten 6 Geistige Anregung vermitteln	Multifactor Leadership Questionnaire MLQ (Bass & Avolio, 2004); Transformational Leadership Inventory TLI (Podsakoff et al., 1990)	Verhalten Nr.: 1, 3, 4, 5, 6, 9
Selbstführung und Superleadership (Weibler 2012, S. 390-395)	Personaler Ansatz	Prozess, in dem Individuen ihr eigenes Verhalten kontrollieren und sich mittels spezifischer verhaltensbezogener und kognitiver Strategien selbst hinsichtlich ihrer zu erreichenden Ziele beeinflussen (Neck & Houghton, 2006, S. 270)	- Die eigene Achtsamkeit erhöhen, insbesondere auf notwendige, aber eher unangenehme Aufgaben achten - Die eigene Anstrengung, sich Ziele zu setzen - Die Zielannäherung bzw. -erreicherung selbst zu belohnen.	Revised Self-Leadership Questionnaire (Houghton & Neck, 2002); deutsche Fassung RSL-Q-D (Andressen & Konradt, 2007)	Verhalten Nr.: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9
Paternalistische Führung (Weibler 2012, S. 546)	Personaler Ansatz	„A style that combines strong discipline and authority with fatherly benevolence and moral integrity“ (Cheng, Chou & Farh, 2000, S. 94, zit. in Weibler, 2012, S. 550)	„Leader behavior: morality, authoritarianism, benevolence. Subordinate responses: respect and identification, dependence, gratitude and repay“ (Farh & Cheng, 2000, zit. in Weibler, 2012, S. 550)	Paternalistische Führung (13 Items) (Pellergrini & Scandura, 2006, zit. in Weibler 2012, S. 551)	Verhalten Nr.: 1
Authentische Führung (Weibler 2012, S. 568)	personaler Ansatz	„A dynamic interactive influence process among individuals in groups for which the objective is to lead one another to the achievement of group or	Antecedents : group characteristics, task characteristics, environment characteristics. Shared Leadership : - aversive influence	Carson, Tesluk & Small & Rentsch, 2010; Maronne, 2007; Pearce & Sims, 2002	Verhalten Nr.: 1, 3, 4, 5, 6, 9

		organizational goals or both“ (Pearce & Conger, 2003, zit. in Weibler, 2012, S. 570)	- directive influence - transactional influence - transformational influence - empowering influence. Group outcomes : group psyche, group behavior, group effectiveness (Pearce & Sims, 2000, S. 126, zit. in Weibler 2012, S. 574)		
Servant Leadership (Weibler 2012, S. 519)	Interaktions-orientierter Ansatz	„Servant leadership is an understanding and practice of leadership that places the good of those led over the self-interest of the leader... SL promotes the valuing and development of people, the building of community, the practice of authenticity, the providing of leadership for the good of those led and the sharing of power and status for the common good of each individual, the total organization and those served by the organization“ (Laube, 1999, S. 81, zit. in Weibler, 2012, S. 521)	-Aktives Zuhören (listening) -Empathie (empathy) -Heilung (healing) -Bewusstsein (awareness) -Überzeugungskraft (persuasion) -Konzeptualisierung von Visionen (conceptualization) -Voraussicht (foresight) -Treuhandrische Verantwortung (stewardship) -Engagement zur Weiterentwicklung der Geführten (commitment to the growth of people) -Aufbau einer Gemeinschaft (building community) (Spears, 1998, zit. in Weibler, 2012, S. 521)	Effektivität des „Servant Leaders“ (Dennis & Bocarnea, 2005, zit. in Weibler, 2012, S. 523) Fragebogen „Servant Leadership“ (Liden et al., 2008)	Verhalten Nr.: 1,2,3,4,5,6,9 Hinweis: Verbindung zur Dachstrategie „Führung als Dienstleistung“
Distributed/Shared Leadership (Weibler 2012, S. 568)	Interaktions-orientierter Ansatz	„A dynamic interactive influence process among individuals in groups for which the objective is to lead one another to achievement of group or organizational goals or both “ (Pearce & Conger, 2003, S. 1, zit. in Weibler, 2012, S. 571)	1. Ermächtigende Führung 2. Transformationale Führung 3. Transaktionale Führung 4. Direktive Führung 5. Aversive Führung 6. Laissez-fair-Führung (Piecha & Wegge, 2012, zit. in Weibler, 2012, S. 81)	23 Items (Piecha & Wegge, 2012, zit. in Weibler 2012, S. 81)	Verhalten Nr.: 1, 3,4,5,6,9
Respektvolle Führung (Decker & Van Wuaquebeke in Felfe 2015, S. 89)	Interaktions-orientierter Ansatz	Horizontal respektvolle Führung als Ausmass, in dem das Führungsverhalten des Respektierenden vom Respektierten als ethisch,	1. Respektvolle Umgangsformen 2. Respektvolle Zusammenarbeit 3. Respektvolle Beziehung (Borkowski, 2011, zit. in Felfe, 2015, S. 93)	Skala „Respektvolle Führung“ Van Quaquebeke & Eckloff, 2010, zit. in Felfe 2015, S. 92)	Verhalten Nr.: 1,9

		moralisch, ehrlich und fair empfunden wird (Clark, 2011, zit. in Felfe, 2015, S. 91)			
Führen mit Zielen (Wegge 2004 in Felfe 2015, S. 179)	Interaktionaler Ansatz	Fokussiert die Arbeitsleistung und reguliert unmittelbar das menschliche Handeln (Latham & Locke, 2007, zit. in Felfe, 2015, S. 179) Bewusste Vorannahmen einer Person, die sich auf zukünftige, von ihr angestrebte Handlungsergebnisse beziehen, die partizipativ oder vorgegeben sein können. (Locke & Latham, 1990, zit. in Felfe 2015, S. 179)	Moderatorvariablen: Fähigkeiten der Person, Persönlichkeitsdisposition, Komplexität der Aufgaben, situative Grenzen, Rückmeldungen, Bindung an ein Ziel. Mediatorvariablen: Aufmerksamkeit, Anstrengung, Ausdauer, Strategieentwicklung, Selbstvertrauen. (Wegge, 2004, zit. in Felfe, 2015, S. 181)	Partizipative Formen der Führung mit Zielen auf mehreren Analyseebenen (Organisation, Gruppe, Dyade) (Wegge et al., 2010, zit. in Felfe, 2015, S. 188)	Methoden Nr.: 2, 3 Verhalten Nr.: 3, 7

<p>Machttheorie der Führung (Weibler 2012, S. 148)</p>	<p>Struktureller Ansatz</p>	<p>„Die Möglichkeit von Personen oder Personengruppen, auf das Handlungsfeld bzw. die Handlungsfelder anderer Personen oder Personengruppen einzuwirken“ (Krüger, 1992, zit. in Weibler 2012, S. 148).</p>	<p>Machtbasentypologie beruht auf folgender Differenzierung. Positionsmacht: Amtsautorität, Belohnungsmacht, Bestrafungsmacht, Informationsmacht, Situationsgestaltungsmacht Personenmacht: Expertenmacht, Überzeugungsmacht, Identifikationsmacht, charismatische Macht (Yukl & Falbe, 1991; Yukl, 2010, in Weibler, 2012, S. 151) Attributionstheorie der Führung von Calder: Führungserfolg hängt umfassend auch von den in der Führungsbeziehung herausgearbeiteten Interaktionsmustern ab. (Weibler, 2012, S. 152) „Neuberger sieht in der Mikropolitik einen Zugang, der die unterschwellige Feinstruktur in den politischen Interaktionen der Akteure aufzudecken versucht“. (1995c, S. 15, zit. in Weibler, 2012, S. 152)</p>	<p>Einflussmodell. Beeinflussender (Vorgesetzter): angestrebtes Ziel, erwünschtes Verhalten. Zugeschriebene Machtgrundlagen, Einflussversuch. Einflussadressat (Geführter): Annahme des Einflussversuches, Reaktion auf den Einflussversuch, Ablehnung des Einflussversuchs, angestrebtes Ziel, erwünschtes Verhalten, zugeschriebene Machtgrundlagen (Lührmann, 2006, S. 29; in Anlehnung an Steinmann; Schreyögg, 2005, zit. in Weibler 2012, S. 150)</p>	<p>Methoden Nr.: 6 Verhalten Nr.: 3,4,5,7,9 Hinweis: Spitäler sind einer starken Mikropolitik ausgesetzt.</p>
--	------------------------------------	--	--	---	---

Tabelle 15: Führungstheorien und Lean Leadership. (Quelle: eigene Darstellung)

Diese Analyse fokussiert vier Theorien, die sich heranziehen lassen, um Lean Leadership-Verhalten zu bewerten:

- Transformationale Führung
- Selbstführung
- Servant Leadership
- Shared Leadership.

Bei näherer Betrachtung der Unterschiede und Schnittmengen dieser Ansätze erweisen sich transformationale Führung und Shared Leadership als dominante personale Ansätze, die im Rahmen der Lean Leadership-Evaluation Berücksichtigung finden sollen. Trotz der positiven Wirkung transformationaler Führung auf Mitarbeitende und Organisationen kritisiert die Forschung eine undifferenzierte Inbeziehungsetzung von transformationaler Führung und korrespondierenden Erfolgsgrößen (Weibler 2012, S. 382). Die fünf Lean-Führungsmethoden kommen nicht explizit zum Vorschein und müssen deshalb separat ermittelt werden, um eine klare Aussage über das Wissen bzw. die Anwendung treffen zu können und um Lean Leadership fachlich gerecht zu werden.

Aij und Lohman (2016, S. 46) beschreiben explizit eine Verknüpfung zwischen Lean Leadership und Servant Leadership. Servant Leadership fordert Führungspersonen heraus, alle Aspekte ihrer persönlichen Wirksamkeit auf der Grundlage von fünf Prinzipien zu erhöhen:

- **Persönliche Mission:** Führungspersonen möchten einen Beitrag leisten und wissen, worin dieser Beitrag bestehen könnte
- **Verbindung ist erforderlich,** um mit Dilemmata und Paradoxien umgehen zu können (Win-Win-Denken)
- **Idealismus:** Mutig träumen (Vision) und Träume in Aktionen umwandeln
- **Echtheit:** Ernsthaftes Interesse an Problemfeldern und persönlichen Austausch ermöglichen
- **Tiefe:** Sich Zeit für Reflexion nehmen und dabei die wichtigen Fragen stellen.

Das Ziel von Servant Leadership besteht darin, die individuelle Entwicklung der Mitarbeitenden zu unterstützen und persönlichen Einfluss auszuüben. Servant Leadership ist nicht unverbindlich, sondern konzentriert sich auf Ergebnisse, steht im Einklang mit Unternehmenswerten und mit der Integrität eines Unternehmens. Führung ist der individuellen Mitarbeiterentwicklung untergeordnet, was einen Kontext für die Lean-Entwicklung schaffen kann.

Lean kombiniert widersprüchliche Gesichtspunkte. Die Führungsperson muss Raum geben, Abstand halten und loslassen, während sie gleichzeitig einen strengen Kurs lenkt und dabei hilft, Veränderung zu unterstützen. Lean Leadership lässt sich somit als eine Form von Servant Leadership charakterisieren, ohne dass die beiden Führungsstile gleichbedeutend sind.

Zusammenfassend beschreibt der folgende induktive und deduktive konzeptuelle Rahmen die hierarchische theoretische Zuordnung der einzelnen Untersuchungsbestandteile. Dieser Rahmen trägt zur Orientierung und Begriffsabgrenzung bei (Abbildung 23).



Abbildung 23: Konzeptueller Rahmen von Lean Leadership. (Quelle: eigene Darstellung)

Im Folgenden sind die drei Führungsmodelle im Spiegel der Forschung dargestellt: Lean Leadership, Transformational Leadership und Shared Leadership. Dabei wird Lean Leadership unter den Gesichtspunkten von Transformational Leadership und Shared Leadership beleuchtet. Es ist davon auszugehen, dass für wirkungsvolles Lean Leadership starkes Transformational Leadership und Shared Leadership unabdingbar sind. Die Führungskonzepte

(Führungs-Gemba, Huddle Board, KATA-Coaching) erfordern eine Transformation des Führungsverhaltens und des Führungssystems im Sinne von Lean Leadership.

8. FORSCHUNGSLÜCKEN

Die Forschungslücke, auf welche die vorliegende Arbeit zielt, bezieht sich auf die systematischen Literaturrecherchen von Aji et al. (2015), Stöhr (2015), Meyer (2016) sowie auf die ersten Lean Hospital-Praxiserfahrungen in Schweizer Spitälern (Universitätsspital Zürich, Universitätsspital Bern, Universitätsspital Basel, Kantonsspitaler Basel-Land, Graubünden und Biel).

Aus der Sichtung der Literatur geht hervor, dass Lean Management im Spital geringe Evidenz aufweist, in der Psychiatrie selten Anwendung fand und kaum Evaluationen vorliegen. Der Zusammenhang zwischen Lean Leadership, Transformational Leadership und Shared Leadership ist international kaum und im deutschsprachigen Raum noch gar nicht untersucht. Eine Evaluation von Lean-Trainingsprogrammen im Kontext von Transformational und Shared Leadership erfolgte international in der psychiatrischen Pflege noch nicht.

Bruch et al. (2006, S. 301-308) beschreiben für eine erfolgreiche Leadership-Praxis und -Forschung vier *Praxistrends*, die sich auch auf die Lean Leadership-Entwicklung übertragen lassen:

- (1) Leadership-Kompetenzentwicklung sollte auf allen Ebenen des Unternehmens stattfinden. Häufig gilt Leadership-Kompetenz als selbstverständlich. Dies trifft jedoch nicht zu. Sie kann jedoch geschult und trainiert werden. Von zentraler Bedeutung ist es, eine verbindende Vertrauensbasis im Gesamtunternehmen zu schaffen, um eine gemeinsame Identität, eine Kultur der Zusammenarbeit und ein Gefühl des Stolzes auf das Unternehmen zu fördern.
- (2) „Leadership lässt sich nicht anordnen“ (Bruch et al., 2006, S. 302). Leadership benötigt Rahmenbedingungen und einen Nährboden. Es ist wichtig, die Erwartung zu formulieren, dass sich Führungspersonen als Leader verhalten. Hierfür gilt es einen gemeinsamen Wertekanon festzulegen sowie Commitment und Engagement für Spitzenleistungen voranzusetzen.

- (3) Change Management erweist sich als dauerhafter Bestandteil von Leadership. Veränderungen sind zum Alltagsphänomen geworden und dürfen nicht unterschätzt werden. Wandel und Veränderung stehen Aspekten wie Orientierung, Routine und Stabilität gegenüber. Leadership erfordert Bereitschaft zur Veränderung.
- (4) Energie und Emotionen als Kernbereich von Leadership erfordern auf allen Ebenen verstärkte Aufmerksamkeit. Führungspersonen können durch Charisma die Energie des Teams nutzbar machen oder mittels Team-Emotionen zielgerichtet beeinflussen.

Diesen *Praxistrends* stehen sieben *Forschungstrends* gegenüber (Bruch et al., 2006, S. 307).

- (1) Wie lässt sich sicherstellen, dass ein gemeinsames Führungsverständnis besteht und gelebt wird? Die Antwort auf diese Frage ist wichtig, um ein kohärentes Führungsverständnis zu entwickeln.
- (2) Wie können starke Führungspersönlichkeiten ohne Verlust ihrer Stärken in das Unternehmen bzw. in Teams integriert werden? Führungspersonen sind häufig hervorragende Einzelspieler, jedoch schwache Team- bzw. Unternehmensplayer. Wie können sie team- bzw. unternehmensorientiert werden, ohne ihre Inspirationskraft, ihre Visionsfähigkeiten und ihre Durchsetzungsstärke zu verlieren?
- (3) Kollektiv und ebenenübergreifende Analyse und Bearbeitung.
- (4) Während die Führungsforschung auf individueller Ebenen fundierte Erkenntnisse hervorgebracht hat, steht sie in Bezug auf kollektive Führungsphänomene noch am Anfang. Die Forschung zu Leadership-Kompetenzen zeigt ebenfalls noch erhebliche Defizite. Erkenntnisse zu Unterschieden zwischen Top-Management und mittlerem Management sind ebenfalls sehr begrenzt. Hierbei ist es wichtig, die unterschiedlichen Aufgaben, Merkmale und Kompetenzen herauszuarbeiten.
- (5) Obwohl sich in den letzten Jahren transformationales und transaktionales Leadership als dominante Führungsformen durchgesetzt haben und sich positiv auf die Führungsleistung auswirkten, zeigte sich, dass das Verhaltensspektrum beschränkt bleibt. Es reicht in bestimmten Situationen nicht aus, mittels Visionen und Zielen zu führen, wenn beispielsweise Krisen, Markteinbrüche, Schließungen oder andere akute Probleme dominieren sowie massiver Handlungsdruck besteht.

- (6) Eine zentrale Frage lautet: Welche Faktoren sind beispielsweise für die Entstehung transformationaler und problemorientierter Führung verantwortlich?
- (7) Die Überwindung des Spannungsfeldes zwischen grundlegenden Forschungsergebnissen und der praktischen Vorgehensweise wirft die Frage auf: Wie können Erkenntnisse aus der Forschung pragmatisch – im Sinne der „Kunst des Möglichen“ – einen Beitrag zur Lösung realer Probleme leisten? Wie lassen sich Konzepte entwickeln, die überzeugen und zur Umsetzung verleiten? Es geht darum, Führungsverhalten nicht ausschließlich an simplen Modellen zu orientieren, welche die Komplexität nicht angemessen berücksichtigen.

Einige dieser Leadership-Praxistrends und Forschungstrends sind in dieser Studie explizit berücksichtigt und können somit zur evidenzbasierten Lean Leadership-Entwicklung einen wichtigen Beitrag leisten. Somit gehören diese Trends auch zum konzeptuellen Rahmen, der dieser Studie zugrunde liegt.

Im Kontext von Lean Leadership besteht eine Verbindung zwischen Transformational Leadership und Shared Leadership. Die vorliegende Arbeit bietet erstmals eine wissenschaftliche Evaluation des Führungstrainings zu Lean Leadership-Konzepten in einer psychiatrischen Klinik im deutschsprachigen Raum. Dadurch ermöglicht diese Arbeit zum ersten Mal eine Aussage darüber, ob ein Zusammenhang zwischen Lean Leadership-Konzepten, Transformational Leadership und Shared Leadership besteht.

- Eine Vielzahl von Studien machte deutlich, dass der Führung herausragende Bedeutung zukommt, um Lean Management im Spital erfolgreich zu implementieren. Wie jedoch Führungspersonen konkret für Lean Leadership befähigt werden können, bleibt oft unbeantwortet.
- Hinsichtlich spezifischer Inhalte, Trainingsmethoden und Nachhaltigkeit besteht erheblicher Forschungsbedarf (Aij et al., 2015, S. 207; Drotz & Poksinska, 2014, S. 191; Doss & Orr, 2007, S. 8; Goodrifge et al., 2015, S. 12; Mann, 2009, S. 26; Mazzocato et al., 2010, S. 381; Steed, 2012, S. 57; Stöhr, 2015, S. 10; Toussaint, 2013, S. 14).

- Eine verstärkte wissenschaftlich begleitete Verbreitung des Führungstrainings in der Praxis ist wünschenswert (Felfe, 2015, S. 48).
- Nach Abrell et al. (2011, S. 205) ist bisher unklar, welche Maßnahmen bei welchen inhaltlichen Themen geeignet sind, um Veränderungen bei Führungspersonen zu unterstützen. Im Rahmen dieser Arbeit erfolgt eine kritische Evaluation der Konzepte Huddle Board, Führungs-Gemba und KATA-Coaching, um festzustellen, inwieweit sie im Führungsalltag dienlich sein können.
- D’Andrematteo et al. (2015, S. 1205) schlagen für zukünftige Untersuchungen vor, präzise zu definieren, was Lean ist und was es nicht ist, um Praxis und Forschung präziser analysieren zu können.
- Laut Toussaint und Berry (2013, S. 81) sollten zukünftige Untersuchungen Messinstrumente testen und weiter verfeinern, um Lean-Verhaltensweisen zu beurteilen und das Lean-Denken der klinischen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen zu fördern (Toussaint & Berry, 2013, S. 81).
- Echevarria et al. (2016, S. 1) betonen: „Nursing leadership research provides limited evidence of predictors of transformational leadership style in nursing managers“. Diese Limitation wird in der vorliegenden Arbeit durch die Vor- und Nachmessung der Transformational Leadership-Umsetzung adressiert.
- Es besteht ein hoher Bedarf an kontextbezogener empirischer Forschung zu Shared Leadership (Weibler, 2012, S. 576). Bisher erfolgten Untersuchungen zu Shared Leadership nur im Industriesektor und in der Administration, jedoch nicht im psychiatrischen Setting (Grille & Kauffeld, 2015, S. 87).
- Die Mehrheit der Forschungsarbeiten zu Lean Management im Gesundheitswesen bezieht sich auf die Akutversorgung. Die vorliegende Arbeit rückt hingegen das psychiatrische Setting in den Fokus.

In den letzten zehn Jahren hat sich Lean im Gesundheitswesen schnell verbreitet. Es besteht jedoch ein Mangel an Instrumenten, die ermitteln, wie Mitarbeitende die Lean-Einführung wahrnehmen. Kaltenbrunner et al. (2017, S. 1) nahmen dies zum Anlass, um einen Fragebogen auf der Basis von Likers Lean Management-Verständnis zu entwickeln. Ausgehend von Likers vierzehn Prinzipien definierten sie vier Lean-Domains – Philosophie, Prozesse, Menschen/Partner und Problemlösung – und entwickelten ein Erfassungsinstrument. Die Bestätigungsfaktoranalyse des Fragebogens zeigte allgemein eine akzeptable Übereinstimmung mit Likers Beschreibung. Die interne Konsistenz für die Faktoren in Likers Lean-Beschreibung – gemessen mit Cronbachs Alpha – lag bei 0,60 für den Faktor „Menschen und Partner“ und über 0,70 für die drei anderen Faktoren. Die Test-Retest-Zuverlässigkeit – gemessen durch den intra-klassischen Korrelationskoeffizienten – reichte von 0,77 bis 0,88 für die vier Faktoren. Somit lässt sich mithilfe dieses Erfassungsinstruments die Partizipation der Mitarbeitenden an der Lean-Einführung im Gesundheitswesen akzeptabel ermitteln. Die Autoren schlagen vor, das Instrument im Rahmen weiterer Untersuchungen zu überprüfen.

Die fokussierten Lean Leadership-Konzepte Huddle Board und KATA-Coaching sind in deutschsprachigen Kliniken noch wenig erprobt. Dadurch ist die Expertise wenig entwickelt und die Mitarbeitenden konnten sich bisher kaum mit diesen Konzepten vertraut machen. Eine Testung und konsequente Umsetzung stellt die Grundlage dar, um diese Konzepte zu reflektieren und kritisch einzuschätzen.

Die vorliegende Arbeit kann deutlich machen, inwiefern es notwendig ist, zunächst Führungspersonen zu schulen und Lean Leadership in die bestehenden Führungsstrukturen bzw. -prozesse einzuführen, bevor die Projektarbeit startet. Auch werden Aussagen darüber möglich, inwieweit eine Professionalisierung des Führungsalltags erreichbar ist, wenn Lean Leadership theoriegeleitet, begründet und evidenzbasiert erfolgt. Durch diese konzeptualisierte Beschreibung ist es möglich, Lean Leadership zu erforschen, zu finanzieren und in die Politik einzubringen.

8.1 Hypothesen

Diese Untersuchung testet neun Hypothesen, die aus der Auseinandersetzung mit der Literatur und dem Praxisbedarf abgeleitet sind. Dabei wurde dem Mehrwert und der Praktikabilität für die Führungsentwicklung in der Praxis größtmöglich Rechnung getragen – mit dem Ziel, den Patientennutzen und die Arbeitsumgebungsqualität bezüglich der Führung weiterzuentwickeln. Es ist bekannt, dass zwischen Führungsverhalten, Patientenversorgung und Fluktuation ein direkter Zusammenhang besteht (Boamah et al., 2017, S. 180; Cummings et al., 2010, S. 363; Houser, 2003, S. 39). Deshalb ist es von zentraler Bedeutung, sich mit der Wirkung von Führung kritisch auseinanderzusetzen und evidenzbasierte Führung weiterzuentwickeln. Ebenso gehört es zur ethischen und unternehmerischen Verantwortung, Führung nicht als selbstverständlich gegeben vorauszusetzen, sondern die Wertschöpfung der Führung selbst kontinuierlich zu optimieren. Vor diesem Hintergrund lauten die neun Hypothesen der vorliegenden Untersuchung wie folgt:

1. Die Implementierung von Lean Leadership-Konzepten hat einen positiven Einfluss auf das transformationale Leadership-Verhalten von Stationsleitenden in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Aij, 2016, S. 4-5).
2. Trainingsprogramme, Coaching und Mentoring können das Leadership-Verhalten und die Teamleistung verbessern (Felfe, 2015, S. 420).
3. Die Implementierung von Lean Leadership-Konzepten in psychiatrischen Pflegeteams beeinflusst das Shared Leadership-Verhalten positiv (Aij, 2016, S. 5-6).
4. Die Implementierung von Lean Leadership-Konzepten wirkt sich positiv auf Transformational Leadership und Shared Leadership aus (Aij, 2016, S. 5-6).
5. Lean Leadership-Trainingsprogramme, Coaching und Mentoring verbessern die Leadership-Wirkung und die Teamleistung (Felfe, 2015, S. 48).
6. Die wichtigsten Erfolgsfaktoren und deren Nachhaltigkeit hinsichtlich einer erfolgreichen Lean Hospital-Einführung bestehen in einer klaren Strategie, einer

gemeinsamen Vision sowie im Commitment bzw. in der Unterstützung auf allen Ebenen. Ebenso wichtig ist eine Lernumgebung, die den kontinuierlichen Verbesserungsprozess fördert (Aij et al., 2015, S. 207; Drotz & Poksinska, 2014, S. 191; Doss & Orr, 2007, S. 8; Goodrifge et al., 2015, S. 12; Mann 2009, S. 26; Mazzocato et al., 2010, S. 381; Steed, 2012, S. 57; Stöhr, 2015, S. 10; Toussaint, 2013, S. 14).

7. Alter und Geschlecht der Mitarbeitenden haben keinen Einfluss auf die Implementierung von Lean Leadership.
8. Die Teamgröße hat einen starken Einfluss auf den Erfolg der Lean Leadership-Implementierung.
9. Die Führungsjahre in der aktuellen Position haben keinen Einfluss auf den Erfolg der Lean Leadership-Orientierung.

8.2 Forschungsfragen

Im Zentrum der Arbeit stehen fünf Fragen:

1. Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten und transformationalem Leadership-Verhalten von Stationsleitenden in der psychiatrischen Pflege?
2. Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten in psychiatrischen Pflorgeteams und dem Shared Leadership-Verhalten?
3. Wie bewerten Stationsleitende und ihre Teams die Lean Leadership-Konzepte?
4. Worin bestehen die zentralen Erfolgsfaktoren und Barrieren bei der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten?
5. Gibt es Zusammenhänge zwischen ausgewählten soziodemographische Strukturdaten und der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten?

8.3 Abgrenzung

Bei den Probanden dieser Untersuchung handelt es sich um Stationsleitende, Stellvertretende sowie Fachverantwortliche innerhalb der Berufsgruppe Pflege. Diese Personen tragen die Verantwortung für die Personal- und Fachführung der Station. Somit sind sie bei der Transformation von Lean Leadership zwingend einzubeziehen. Andere Berufsgruppen (Ärzeschaft, Therapie, Soziale Arbeit) oder Führungsebenen (Leitungen Pflegedienst) sind bei der Umsetzung der Konzepte involviert, jedoch nicht bei der quantitativen Evaluation. Diese Begrenzung erfolgt bewusst, da die Führungsebene der Stationsleitenden den größten Einfluss auf den Patientenprozess und somit auf die Wertschöpfung hat. Andererseits soll der Fokus auf dem Führungsbereich innerhalb der Pflege liegen, um die Komplexität des Projekts zu reduzieren bzw. die Machbarkeit zu erhöhen. Insofern findet der Gesichtspunkt einer multidisziplinären Führung in dieser Arbeit keine Berücksichtigung. Es erfolgt auch kein Vergleich mit anderen Kliniken oder Spitälern. Es geht darum, die spitaleigene Führungsentwicklung zu intensivieren und konkrete Hinweise für die eigene Institution zu erhalten – mit dem Ziel, die Führungspersonen für zukünftige unternehmerische Herausforderungen zu befähigen, beispielsweise für den Umgang mit dem neuen Finanzierungssystem „TARPSY“, mit der kantonalen Verselbständigung sowie mit Arbeitsverdichtung und Fachpersonenmangel.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf Lean Leadership, insbesondere auf den Konzepten Führungs-Gemba, Huddle Board und KATA-Coaching sowie auf Einzel- und Teamführung. Diese Arbeit grenzt sich von der Einführung des Lean Hospital-Systems und dessen Werkzeugen zum Zweck der Prozessoptimierung (Gemba-Workshop, Wertstromdesign, 5S etc.) ab. Sie fokussiert die untere Führungsebene im Kontext von Lean Management, da diese für die zentrale Wertschöpfung im Patientenprozess (Eintritt, Verlegung, Austritt) verantwortlich ist. Diese Abgrenzung erfolgt aufgrund der Annahme, dass das Führungsverhalten und die Führungsinstrumente erfolgsentscheidend sind, um das Lean Hospital-System nachhaltig zu implementieren und zu verankern.

Mit Transformational Leadership und Shared Leadership untersucht diese Arbeit zentrale Erfolgsfaktoren von Lean Leadership. Weitere verwandte Führungstheorien wie transaktionale, dienende und motivationale Führung sowie Intrapreneurship werden nicht

einbezogen. Der Zusammenhang zwischen Lean Leadership (Instrumente, Verhalten) und Patientenergebnissen, Mitarbeiterzufriedenheit sowie dem Mehrwert für das Unternehmen wird lediglich diskutiert, jedoch nicht erforscht.

9. METHODISCHES VORGEHEN

Um den Zusammenhang zwischen den Lean Leadership-Konzepten Huddle Board, Führungsgemba sowie KATA-Coaching und Transformational Leadership bzw. Shared Leadership zu untersuchen, fiel die Wahl auf das Design der Aktionsforschung mit einem quantitativen und einem qualitativen methodischen Vorgehen. Dies erfolgte in der Absicht, die Wirkungstendenz und deren Interpretationen durch die Teilnehmenden zu erfassen. Ein weiteres Ziel bestand darin, das erste Lean-Projekt in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich wissenschaftlich zu begleiten, um Hinweise auf die strategische Ausrichtung sowie auf das Vorgehen bei weiteren Projekten zu erhalten.

Die Mitarbeitenden erhielten zu Beginn der Schulung bzw. Befragung vollständige Informationen über die Fragestellung und Methodik der Untersuchung. Sie konnten über ihre Teilnahme frei entscheiden. Die Freiwilligkeit der beteiligten Abteilungsleitenden und Teams musste sichergestellt sein. Eine Anonymisierung der Daten war gewährleistet.

Da es sich primär um ein Praxisentwicklungsprojekt handelt, eignete sich die Aktionsforschung mit quasiexperimentellem Design. Die quantitative Erfassung des Führungsverhaltens einzelner Stationsleitender sowie das Teamführungsverhalten wurden bei der Schulung zur Reflexion und Maßnahmenplanung genutzt. Es fand eine Vor- und Nachmessung mit einer Kontrollgruppe statt. Um die quantitativen Daten zu verstehen und zu interpretieren, erfolgten Fokusgruppeninterviews mit allen Teilnehmenden.

Diese Forschungsmethodik kombiniert verschiedene Techniken im Sinne einer Triangulation. Das Ziel besteht darin, mehrere Beweisquellen zur Verfügung zu haben und dadurch die Glaubwürdigkeit der Schlussfolgerungen zu erhöhen (Hart & Bond, 2001, S. 82-83).

9.1 Aktionsforschung

Die Methodik der Aktionsforschung konzentriert sich nach Döring und Bortz (2015, S. 343) auf soziale und politische Themen und fokussiert konkrete Veränderungen in der Praxis. Dabei werden die Betroffenen weitgehend als gleichberechtigte Expert(inn)en in den Forschungsprozess einbezogen.

Der Aktionsforschungsansatz bezieht sich auf drei Grundsätze, die sich aus einem emanzipatorischen Wissensverständnis ableiten (Döring & Bortz, 2015, S. 342):

- Forschende und Teilnehmende sind gleichberechtigt und arbeiten paritätisch zusammen. Die Teilnehmenden werden nicht als „Objekte“ behandelt, sondern entscheiden über Ziele und Methodeneinsatz mit. Sie beteiligen sich auch bei der Auswertung und Interpretation der Ergebnisse (Aufhebung der Subjekt-Objekt-Spaltung).
- Das Untersuchungsthema soll praktische Relevanz haben und auf Herrschaftsverhältnisse hinweisen. Eine partnerschaftliche Mitarbeit an Lösungen soll gewährleistet sein.
- Der Forschungsprozess ist ein Lern- und Veränderungsprozess. Forschung und Praxis sollen Hand in Hand gehen, um neue Erkenntnisse zu gewinnen und gleichzeitig einen Lern- und Veränderungsprozess bei allen Beteiligten ermöglichen (dialogische Wahrheitsfindung).

Mit Blick auf die praktische Durchführung erwähnen Döring und Bortz (2015, S. 342-343), dass nicht nur wissenschaftliche Fragen im Zentrum stehen sollen, sondern auch Widerstände, die in der Praxis auftreten. Der Aktionsforschungsansatz stößt an Grenzen, wenn kein ausreichendes Problembewusstsein bei den Untersuchungsteilnehmenden vorhanden ist. Aktionsforschung eignet sich eher für gebildete Teilnehmende und erfordert von allen Beteiligten starkes Engagement.

Aktionsforschung geht auf das Dreischritt-Modell von Kurt Lewin (1953) zurück:

1. Unfreezing: Bestehende Verhaltensmuster werden in Frage gestellt oder destabilisiert.
2. Moving: Das Verhalten ändert sich.
3. Refreezing: Neue Muster werden konsolidiert (Hart & Bond, 2001, S. 24).

Um das Verständnis der Aktionsforschungsmethode zu präzisieren, beschreiben Hart und Bond (2001, S. 48) sieben Kriterien. Aktionsforschung

1. „ist erzieherisch
2. beschäftigt sich mit Personen als Mitglieder sozialer Gruppen.
3. ist problemorientiert, kontextspezifisch und auf die Zukunft ausgerichtet
4. beinhaltet eine auf Veränderungen ausgerichtete Intervention
5. zielt auf Verbesserung und Engagement
6. beinhaltet einen kreisförmigen Prozess, in dem Forschung, Interaktion und Evaluation miteinander verknüpft sind
7. gründet auf einer Forschungsbeziehung, in der die Betroffenen gleichzeitig Teilnehmende des Veränderungsprozesses sind“.

Diese Kriterien lehnen sich an die vierphasige Struktur von Planung, Aktivität, Beobachtung und Reflexion aus den Arbeiten von Lewin ab (Hart & Bond 2001, S. 48). Zentral ist die Beurteilung, ob Interventionen zu einer Verbesserung geführt haben. Lewin argumentiert folgendermaßen: „Wenn wir nicht beurteilen können, ob eine Handlung uns vorangebracht oder zurückgeworfen hat, wenn uns die Kriterien für eine Bewertung des Verhältnisses zwischen Aufwand und Ertrag fehlen, dann hindert uns nichts an einer falschen Schlussfolgerung“ (Lewin, 1946, S. 202, zit. in Hart & Bond, 2001, S. 27).

Zur Diskussion stand zu Beginn des Projekts auch das quasiexperimentelle Design. Diese Möglichkeit wurde jedoch aufgrund der Ausprägung von Störungsvariablen und deren Einfluss auf die abhängigen Variablen verworfen. Die Umsetzung der Lean Leadership-Konzepte wird auf den Stationen kontextbezogen sicherlich unterschiedlich ausfallen und teilweise nicht vergleichbar sein.

Führungsentwicklung ist durch unterschiedliche Kovariablen beeinflusst und Veränderungen lassen sich nur teilweise auf das Training zurückführen. Deshalb erschien die Methodik der Aktionsforschung als geeigneter.

Abbildung 24 visualisiert das Vorgehen, um ausgewählte Lean Leadership-Konzepte in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zu evaluieren.

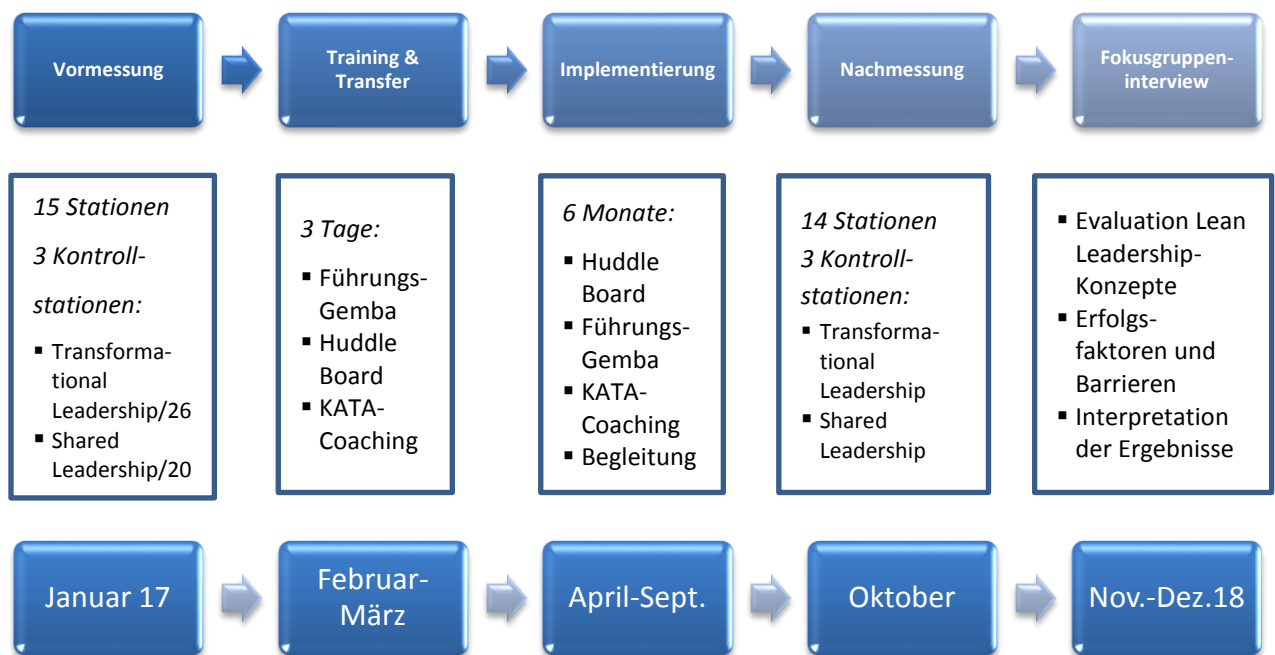


Abbildung 24: Methodisches Vorgehen. (Quelle: eigene Darstellung)

Die meisten Untersuchungen zu Lean Management im Gesundheitswesen haben einen geringen Evidenzgrad. Es handelt sich um Evaluationen bzw. Fallberichte ohne direkten Wirkungsnachweis.

In der vorliegenden Arbeit erfolgte zuerst eine Definition der Lean Leadership-Konzepte Führungs-Gemba, Huddle Board und KATA-Coaching in Standards hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. Für diese Standards fand vor der Forschungsintervention eine Testung auf zwei Stationen statt. Dadurch war es möglich, die wichtigsten Probleme bereits vor der Implementierung eliminieren und die Forschungsintervention zu vereinheitlichen.

Bei den Interventionsgruppen handelte es sich um Stationen unterschiedlicher Fachbereiche (Erwachsenenpsychiatrie, Forensische Psychiatrie, Alterspsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie). Das Lean Leadership-Training wurde nicht von der gleichen Person wie die Messung durchgeführt, um eine Selbstevaluation zu vermeiden. Die Nachmessung erfolgte nach einer sechsmonatigen Umsetzung von Huddle Board und KATA-Coaching. Auf eine mittel- und langfristige Evaluation wurde bewusst verzichtet. Es ist davon auszugehen, dass sich Effekte bereits nach kurzer Zeit einstellen werden. Verhaltensmodifikationen zeigen sich erfahrungsgemäß unmittelbar nach einem Training, wenn das Wissen und die benötigten Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten noch sehr präsent sind. Innerhalb dieser Untersuchung waren somit keine Aussagen über Nachhaltigkeit geplant. Jedoch sind Nachmessungen außerhalb dieser Studie nach einem Jahr bzw. nach zwei Jahren in Betracht zu ziehen.

9.2 Quantitativer Studienteil

Um die Wirkung der Lean Leadership-Konzepte Huddle-Board, Führungs-Gemba und KATA-Coaching auf das Führungsverhalten der Stationsleitenden zu ermitteln, kam das „Transformational Leadership Inventory (TLI)“ zum Einsatz. Das „Shared Professional Leadership Inventory for Teams (SPLIT)“ diente dazu, die Wirkung auf die Teamführung zu messen. Es erfolgte eine Vor- und Nachmessung im Zeitraum von sechs Monaten. Auf diese Weise war es möglich, beide Dimensionen der Führung zu betrachten.

9.2.1 Transformational Leadership Inventory (TLI)

Heinitz und Rowold (2007, S. 1) prüften das „Transformational Leadership Inventory“ (TLI) von Podsakoff, MacKenzie und Bommer (1996) anhand von sieben Inhaltsskalen zur Erfassung transformationaler und transaktionaler Führung. In ihrer deutschen Testanalyse ermittelten sie Gütekriterien anhand von zwei Stichproben ($N_1 = 404$, $N_2 = 267$). Dabei konnten sie das siebenfaktorielle Modell mittels Faktorenanalyse bestätigen. Die subjektiven Zufriedenheits- und Leistungsmaße sowie das Commitment zeigten einen engen Zusammenhang und lassen sich als Beleg für die Konstruktvalidität werten. Lediglich eine Skala zeigte eine geringe interne Konsistenz und erwies sich als verbesserungswürdig.

Das TLI ist ein ökonomisches Instrument mit ansprechenden Gütekriterien, zeigt jedoch ähnliche Probleme wie der „Multifactor Leadership Questionnaire“ auf. In der aktuellen

Literatur identifizierten Heinitz und Rowold (2007, S. 3) sechs zentrale Verhaltensweisen einer transformationalen Führungsperson:

- *„Identifying and articulating a vision“* (Visionen aufzeigen).
Das Verhalten der Führungsperson zielt darauf ab, neue Möglichkeiten für die Gruppe/Abteilung/Organisation zu finden, Zukunftsvisionen zu entwickeln bzw. aufzuzeigen und andere dafür zu begeistern.
- *„Providing an appropriate model“* (Vorbild sein).
Die Führungsperson zeigt vorbildliches Verhalten, das mit den Werten, für die sie eintritt, konsistent ist.
- *„Fostering the acceptance of group goals“* (Gruppenziele fördern)
Das Verhalten der Führungsperson zielt darauf ab, die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitenden zu unterstützen und sie dazu zu bewegen, für ein gemeinsames Ziel zu arbeiten.
- *„High performance expectations“* (Hohe Leistungserwartung)
Die Führungsperson bringt gegenüber Mitarbeitenden hohe Erwartungen hinsichtlich Qualität und Leistung zum Ausdruck.
- *„Providing individualized support“* (Individuelle Unterstützung)
Respekt für die Mitarbeitenden und für deren persönliche Gefühle kommen im Verhalten der Führungsperson zum Ausdruck.
- *„Intellectual stimulation“* (Geistige Anregung)
Die Führungsperson fordert die Mitarbeitenden dazu heraus, ihre Annahmen bezüglich der Arbeit und deren Bewältigung zu überdenken (Podsakoff et al., 1990; Heinitz & Rowold, 2007, S. 3).

Diese Verhaltensweisen stehen im Zentrum des Fragebogens. Die folgenden Aussagen beschreiben die spontane Einschätzung dieses Verhaltens (Likert-Skala zwischen 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft oder 5 = immer; spontan eingeschätzt):

Die Person, die ich einschätze ...	Faktoren	Korrelation
1. hat mir neue Wege gezeigt, an Dinge heranzugehen, die für mich unverständlich waren.	Geistige Anregung	.75 (.78)
2. ist ständig auf der Suche nach neuen Möglichkeiten für die Abteilung.	Vision aufzeigen	.73 (.76)
3. hat Ideen, die mich dazu gebracht haben, einige meiner eigenen Gedanken zu überdenken, die ich vorher nicht infrage gestellt habe.	Geistige Anregung	.81 (.80)
4. zeichnet ein interessantes Bild der Zukunft unserer Arbeitsgruppe.	Vision aufzeigen	.78 (.83)
5. zeigt offen, dass sie viel von uns erwartet.	Hohe Leistungserwartung	.74 (.84)
6. gibt mir immer eine positive Rückmeldung, wenn ich gute Leistungen erbringe.	Bedingte Belohnung	.90 (.86)
7. pflegt die Zusammenarbeit unter den Arbeitsgruppen.	Gruppenziele fördern	.79 (.80)
8. handelt, ohne meine Gefühle zu beachten.	Individuelle Unterstützung	.65 (.78)
9. ermutigt ihre Mitarbeiter dazu, „Teamplayer“ zu sein (d.h. gruppenorientiert zu arbeiten).	Gruppenziele fördern	.75 (.75)
10. führt eher durch „Taten“ als durch „Anweisungen“.	Vorbild sein	.73 (.53)
11. bringt die Gruppe dazu, gemeinsam für ein Ziel zu arbeiten.	Gruppenziele fördern	.84 (.86)
12. hat ein klares Verständnis dafür, wo sich unsere Arbeitsgruppe hinbewegt.	Visionen aufzeigen	.79 (.73)
13. zeigt Respekt für meine persönlichen Gefühle.	Individuelle Unterstützung	.83 (.85)
14. hat mich dazu angeregt, alte Probleme auf eine neue Art und Weise zu bedenken.	Geistige Anregung	.81 (.80)
15. erkennt meine gute Leistung nicht immer an.	Bedingte Belohnung	.53 (.66)
16. handelt auf eine Art und Weise, die meine persönlichen Gefühle berücksichtigt.	Individuelle Unterstützung	.89 (.86)
17. entwickelt ein Wir-Gefühl und Teamgeist bei den Mitarbeitern ihrer Abteilung.	Gruppenziele fördern	.85 (.87)
18. inspiriert durch ihre Pläne für die Zukunft.	Visionen aufzeigen	.88 (.86)

19. lobt mich, wenn meine Arbeit besser ist als das Mittelmaß.	Hohe Leistungs- erwartung	.89 (.88)
20. besteht auf Höchstleistungen.	Bedingte Belohnung	.62 (.57)
21. schafft es, andere an ihre Zukunftsträume zu binden.	Visionen aufzeigen	.76 (.69)
22. ist ein gutes Vorbild, dem man leicht folgen kann.	Vorbild sein	.82 (.89)
23. behandelt mich auf eine Art und Weise, ohne auf meine persönlichen Gefühle Rücksicht zu nehmen.	Individuelle Unterstützung	.70 (.63)
24. wird sich nicht mit dem Zweitbesten zufrieden geben.	Bedingte Belohnung	.40 (.43)
25. führt durch beispielhaftes Verhalten.	Vorbild sein	.82 (.89)
26. beglückwünscht mich persönlich, wenn ich herausragende Arbeit leiste.	Hohe Leistungs- erwartung	.86 (.84)

Tabelle 16: Fragebogen „Transformational Leadership Inventory“ (TLI) und Faktorkorrelationen.

Nach Heinitz und Rowolt (2007, S. 6-9) zeigt TLI eine zufriedenstellende faktorielle Validität sowie eine gute Reliabilität (über Alpha = . Hohe 81) und gute Korrelationen ($r=.72$ bis $r=.83$). Der Korrelationskoeffizient liegt zwischen $r=.22$ und $r=.79$. und schränkt die Konstruktvalidität transformationaler Führung ein. Somit kann dieses Instrument als empfehlenswert für die vorliegende Untersuchung gelten. Heinitz und Rowolt (2007, S. 13) merken jedoch kritisch an, dass auch mit dem TLI einige kritische Aspekte transformationaler Führung nicht erfassbar sind.

Seit mehr als dreißig Jahren diskutiert die Führungsforschung Transformational Leadership. Führungspersonen, die diesem Verständnis folgen, motivieren ihre Mitarbeitenden durch herausfordernde Ziele höherer Ordnung (Ideale, Werte etc.). Sie formulieren Visionen für eine bessere Zukunft und leben Werte vor. Zugleich befähigen sie die einzelnen Mitarbeitenden auf individuelle Weise. Die Aufgabe der Führungspersonen besteht darin, Innovations- und Veränderungsprozesse aktiv zu unterstützen und somit Lern- und Veränderungsbereitschaft sicherzustellen. Das Konzept der transformationalen und charismatischen Führung betont insbesondere die Rolle der Führungsperson als „Change Agent“ (Hermann et al., 2012, S. 70). Komponenten des Transformational Leadership lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Exemplarisches Vorbild	Inspirierende Motivation	Geistige Anregung	Individuelle Zuwendung
<ul style="list-style-type: none"> - respektvoll - moralisch - vertrauensvoll - uneigennützig - Identifikationsobjekt 	<ul style="list-style-type: none"> - enthusiastisch - zuversichtlich - ermutigend 	<ul style="list-style-type: none"> - etablierte Denkmuster aufbrechend - neue Einsichten vermittelnd 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sich Zeit nehmend ▪ bedürfnissensibel ▪ individuell fördernd

Tabelle 17: Transformational Leadership-Komponenten. (Quelle: Weibler, 2012, S. 379)

Die Übersichtsarbeit von Gregersen et al. (2010, S. 209) bestätigte eine positive gesundheitliche Wirkung des transformationalen Führungsstils. Aus 42 Publikationen zwischen 1990 und 2009 liessen sich folgende Ergebnisse ermitteln:

Mitarbeiterorientierte Führung wirkt sich positiv auf Arbeitszufriedenheit, Stress-Symptome und Burnout aus. Transformationale und transaktionale Führung sowie aufgaben- und mitarbeiterorientierte Führung bieten am ehesten eine empirisch gesicherte Evidenz. Dabei erweist es sich als wichtig, Führung nicht nur als dyadischen Prozess zu verstehen. Zukünftige Forschung sollte ebenso die Bedeutung der Unternehmensstrukturen (Branche, Betriebsgrößen), des Kontextes (Hierarchie, Nähe und Distanz zwischen Führungspersonen und Geführten) sowie der Persönlichkeitsmerkmale der Beschäftigten berücksichtigen. Zudem sollte neben gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch Wohlbefinden Aufmerksamkeit finden – in Anlehnung an die Salutogenese mit der Leitfrage „Was hält den Menschen gesund?“ (Gregersen et al., 2010, S. 212).

Die wichtigste Wirkung der Führung besteht jedoch im Einfluss auf die Patientenergebnisse. Dadurch lassen sich Qualität und Wirtschaftlichkeit erhalten bzw. verbessern. Um die Sicherheitskette und den höchst dynamischen Patientenprozess zu verstehen, ist der Einfluss der Führungspersonen auf das Sicherheitsklima unverzichtbar. Leadership unterstützt die täglichen Führungs- und Entscheidungsprozesse, um ein Klima der Patientensicherheit sicherzustellen (Fischer et al., 2017, S. 1). Transformational Leadership beeinflusst das Empowerment am Arbeitsplatz. Dadurch steigert sich die Zufriedenheit der Pflegefachpersonen, während sich die Häufigkeit ungünstiger Patientenresultate verringert (Boamah et al., 2017, S. 1).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich Transformational Leadership mit seinen vier Kategorien (Vorbild sein, inspirierende Motivation, geistige Anregung und individuelle Zuwendung) aufgrund der positiven Wirkung auf Patientenergebnisse und die Mitarbeitergesundheit als zentrales Führungsverhalten bewerten lässt. Somit eignet es sich auch für die Lean Leadership-Evaluationsforschung.

9.2.2 Shared Professional Leadership Inventory for Teams (SPLIT)

Der Aspekt der Teamführung erfordert im Rahmen der Lean Leadership-Entwicklung ebenfalls Beachtung. Shared Leadership bezieht sich auf „geteiltes Führen“ mittels interaktiver Prozesse in dynamischen Teams. Es besteht die Absicht, sich gegenseitig zu führen, um gemeinsame Ziele zu erreichen: „Führung ist auf verschiedene Individuen offiziell und inoffiziell verteilt, die einmal als Führende und einmal als Geführte agieren“ (Felfe, 2015, S. 79). Yammarino et al. (2012, S. 282) beschreiben fünf Begriffe für Wissenschaft und Praxis: Team Leadership, Network Leadership, Shared Leadership, Complexity Leadership und Collective Leadership.

Der Shared Leadership-Ansatz betrachtet Führung aus verschiedenen Perspektiven: von oben (Führungsperson) nach unten (Mitarbeitende), von unten nach oben sowie lateral zwischen Teammitgliedern auf gleicher Hierarchieebene. Geteilte Führung in Teams ist dynamisch und stellt einen interaktiven Beeinflussungsprozess innerhalb von Gruppen dar. Jedoch ist sie nicht als Ersatz für vertikale hierarchische Führung zu betrachten, sondern als zusätzliche Ressource zur partnerschaftlichen Erreichung von Zielen (Felfe, 2015, S. 79). Nach Werther (vgl. 2013, S. 13) lässt sich Führung als Kontinuum zwischen vertikaler Führung und dem Führungseinfluss zweier oder aller Teammitglieder bzw. der Organisation verstehen. In historischer Sichtweise ist Shared Leadership nach Werther (2013, S. 12) den Kontingenztheorien sowie den sozialen Austauschtheorien zuzuordnen.

Autor(inn)en	Definitionen geteilter Führung
Pearce & Conger, 2003, S. 1	Ein dynamischer, interaktiver Prozess, wobei sich Individuen in einer Gruppe gegenseitig beeinflussen, um Gruppen- und/oder Organisationsziele zu erreichen.
Eusley, Hmieleski & Pearce, 2006, S. 220	Teamprozess, wobei das Team als Ganzes und nicht ein einziges Individuum Führung ausübt.
Kramer, 2006, S. 145	Gemeinsame Führung ist ein „Bottom up“-Prozess, in dem Teamwerte und Strukturen entstehen, wobei Führungspersonen die Teammitglieder interaktiv befähigen, anstatt sie zu kontrollieren. Die Zusammenarbeit erfolgt zwischen den benannten Führungspersonen sowie zwischen den Gruppenmitgliedern.
Mehra et al., 2006, S. 233	Gemeinsames, miteinander geteiltes Phänomen, wobei die Führung formell und informell sein kann.
Carson et al., 2007, S. 1220	Führung ist innerhalb der Teammitglieder verteilt und nicht in einem einzelnen Individuum konzentriert. Teams mit einem hohen Grad an gemeinsamer Führung können sich im Laufe der Zeit verändern.
Morgeson et al., 2010, S. 12	Gemeinsame Führung ist durch Funktionen und durch die informelle Stellung geprägt.
Small & Rentsch, 2010, S. 203	Die Führungsfunktion liegt bei mehr als einer Person. Die Führungsaufgaben sind auf mehrere Personen verteilt.
Fausing et al., 2012, S. 2	Gemeinsame Führung ist ein sozialer, aufsteigender Prozess in Teams, der sich durch die Verteilung von Führungsfunktionen unter den Teammitgliedern auszeichnet.
Hoch & Kozlowski, 2012, S. 4	Gemeinsame Teamführung beschreibt eine gegenseitige Beeinflussung von Prozessen, die sich durch kollaborative Entscheidungsfindung und gemeinsame Verantwortung auszeichnet, wobei sich die Teammitglieder gegenseitig zur Erreichung der Ziele führen.
Ramthun & Matkin, 2012, S. 307	Gemeinsame Führung ist ein sozialer Prozess. Er ermöglicht der jeweiligen Führungsperson und den Subkoordinatoren, Führungsverhalten zu zeigen (Richtlinien, Ablehnung, Transaktion, Transformation und Befähigung) und in ihrer Rolle Führungsbeiträge zu unterstützen.
Yammarino et al., 2012, S. 389-390	Führung als gemeinsame Verantwortung unter den Teammitgliedern – formell und informell.
Sivasubramaniam et al., 2002	Merkmale der Definition: <ul style="list-style-type: none"> - Gegenseitiger Einfluss der Mitglieder in einem Team - Bewertung der Gruppenmitglieder und deren Einfluss im Gegensatz zum Individuum innerhalb oder außerhalb der Gruppe.
Pearce & Conger, 2003; Pearce, Mand & Sims, 2009	Merkmale der Definition: <ul style="list-style-type: none"> - Dynamischer, interaktiver Einflussprozess zwischen Individuen einer Gruppe - Führung, Macht und Einfluss sind auf mehrere Individuen verteilt und nicht in einer Person zentralisiert.

Shondrik, Dinh & Lord, 2010	Merkmale der Definition: <ul style="list-style-type: none"> - Dynamischer, entindividualisierter Prozess innerhalb einer Gruppe oder Organisation - Führung in Abhängigkeit von Expertise, Aufgabenbedarf und Zeit auf Individuen verteilt - Erfordert Kooperation und Vertrauen sowie eine ausgeprägte kollektive Identität bzw. Beziehungsidentität.
-----------------------------	--

Tabelle 18: Definitionen geteilter Führung. (Quelle: Werther, 2014, S. 12)

Nach Werther (2014, S. 13) besteht der Kern der aufgeführten Definitionen im dynamischen, sozialen Einflussprozess sowie im formellen und informellen Führungseinfluss. Geteilte Führung ist ein dynamischer, sozialer Einflussprozess innerhalb eines Teams oder einer Organisation, bei dem mehrere formelle oder informelle Führungspersonen gemeinsam (d.h. zur gleichen Zeit) oder rotierend (d.h. zu verschiedenen Zeiten) auf ein kollektives Ziel hinwirken. Somit lässt sich Shared Leadership als Kontinuum zwischen vertikaler Führung und dem Führungseinfluss zweier oder aller Mitglieder des Teams bzw. der Organisation verstehen. Dies weist auf eine systemische Betrachtungsweise von Führung hin, die einen eigenen dynamischen Wirkungsprozess entwickelt. Dabei zeigen sich verschiedene Einflüsse und Handlungsspielräume zwischen den Personen in einer Organisation, um offizielle und verdeckte Ziele zu verfolgen.

Neuere Studien stützen frühere Befunde, wonach eine stärkere Verteilung der Führung im Team mit gesteigerter Effektivität einhergeht. Wenn Teammitglieder, die Führung ausüben, sich auch gegenseitig explizit als Führungsausübende wahrnehmen, ist die Teamleistung umso höher (Felfe, 2015, S. 83).

Es gibt jedoch auch gegenteilige Resultate. Zukünftige Forschung sollte längerfristig ausgerichtet sein, Aussagen über die Entwicklung geteilter Führung während einer längeren Zeitspanne zulassen und Hinweise auf die Richtung der aufgezeigten Zusammenhänge bieten. Dabei sind Variablen zu identifizieren, die konstruktive geteilte Führung fördern und destruktive geteilte Führung verhindern. Anhand verschiedener Messansätze sollten destruktive Verhaltensweisen im Rahmen geteilter Führung analysiert werden (Felfe, 2015, S. 86).

Grille und Kauffeld (2015, S. 75-76) weisen darauf hin, dass Shared Leadership eine effektive Managementform darstellt, um auf die erhöhte Komplexität der modernen Arbeitswelt zu reagieren. Basierend auf der Forschungsliteratur zu Führung und Teamarbeit haben sie einen Fragebogen entwickelt.

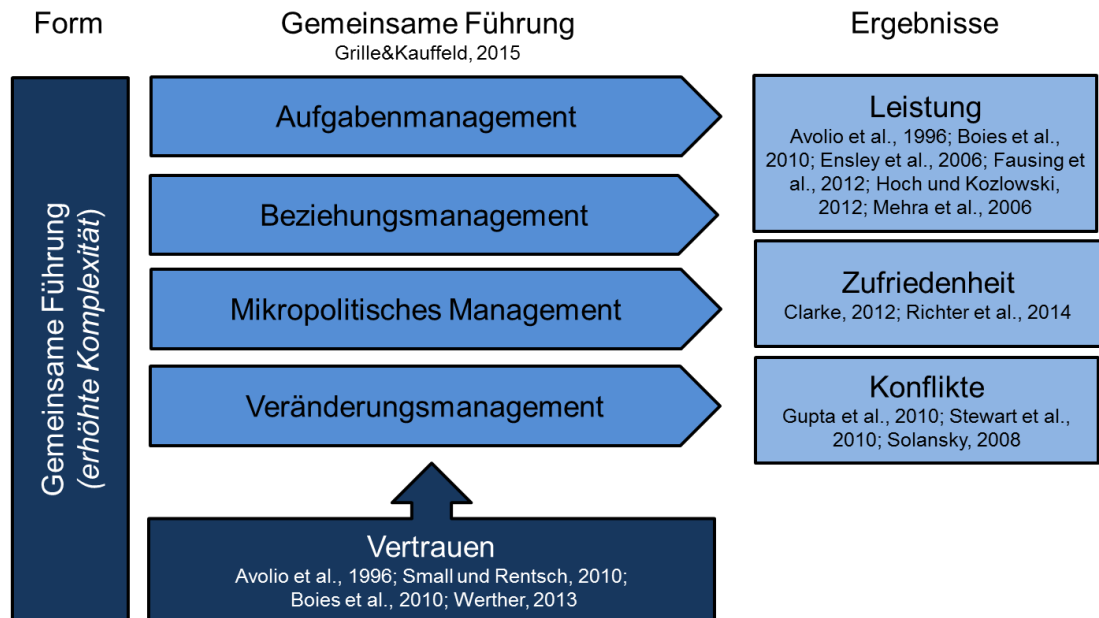


Abbildung 25: Shared Leadership-Modell. (Quelle: eigene Darstellung nach Werther, 2014, S. 19)

Als Grundvoraussetzung für starkes Shared Leadership gilt Vertrauen, welches Leistung, Arbeitszufriedenheit und Konfliktmanagement positiv oder negativ beeinflussen kann.

Die Autoren bewerteten Muster- und Struktur-Koeffizienten (CFA) anhand von 20 Items (Grille & Kauffeld, 2015, S. 81-82). Dabei orientierten sie sich an den in der Literatur vorgeschlagen Cut-offs: RMSEA und SMRM <08 und CFI >0,90 zeigten ein akzeptables Modell. Korrelationen variierten zwischen den Faktoren 0,53 und 0,83 und waren somit signifikant. Die Strukturkoeffizienten wiesen das erwartete Muster auf.

Aufgabenmanagement	Mittelwert	Standard-abweichung
Im Team verteilen wir die Aufgaben untereinander klar.	76.65	21.85
Im Team kommunizieren wir untereinander klare Erwartungen.	68.15	23.87
Im Team stellen wir wichtige Informationen zur Aufgabenbearbeitung für jedes einzelne Teammitglied bereit.	71.45	24.09
Im Team stellen wir sicher, dass jeder seine Aufgaben kennt.	78.52	22.34
Im Team kontrollieren wir die Erreichung der Teamziele.	70.00	26.75

Beziehungsmanagement		
Wir nehmen uns im Team ausreichend Zeit für die Anliegen aller Teammitglieder.	72.71	22.51
Wir zeigen Anerkennung für gute Leistungen im Team.	73.35	28.87
Wir fördern den Zusammenhalt im Team.	73.62	24.62
Wir unterstützen uns gegenseitig im Umgang mit Konflikten im Team.	72.74	24.29
Im Team lassen wir uns gegenseitig nie im Stich.	76.14	23.12
Veränderungsmanagement		
Wir helfen uns gegenseitig, aktuelle Prozesse im Team richtig zu verstehen.	77.27	19.32
Wir helfen uns im Team gegenseitig, aus vergangenen Ereignissen zu lernen.	76.46	20.68
Wir helfen uns im Team gegenseitig, die aktuellen Geschehnisse im Unternehmen zu verstehen.	76.16	20.96
Wir können uns im Team gegenseitig für unsere Ideen begeistern.	71.40	21.75
Wir unterstützen uns im Team bei der Umsetzung von Ideen.	73.68	22.47
Mikropolitische Management		
Wir nutzen Netzwerke, um das Team bei der Arbeit zu unterstützen.	58.45	33.49
Wir setzen uns gegenüber anderen im Unternehmen dafür ein, dass unser Team die nötigen Ressourcen für seine Arbeit zur Verfügung hat.	76.03	23.75
Wir helfen uns im Team gegenseitig, uns zu vernetzen.	63.67	28.17
Wir stellen Kontakt zu wichtigen Experten für das Team her.	60.81	32.21
Wir sind als Team bei Problemen im Team offen für Unterstützung von außen.	71.29	27.95

Tabelle 19: Shared Professional Leadership Inventory for Teams (SPLIT). (Quelle: Grille & Kauffeld, 2015, S. 82)

In zwei Untersuchungen konnten Grille und Kauffeld (2015) ein gültiges und zuverlässiges Instrument mit Vorteilen für Forschung und Praxis entwickeln. SPLIT bietet eine Grundlage für Entscheidungen in Bezug auf Arbeitsplatzgestaltung und Verantwortungsbereiche. Dabei lassen sich die Verantwortlichkeiten identifizieren und im Team verteilen. Anders als TLI mit einem Schwerpunkt auf Einzelführung konzentriert sich SPLIT auf beobachtbare Verhaltensweisen der Teamführung im Vergleich zur Einzelführung. SPLIT bietet eine empirische Basis für die Gestaltung von Trainingsprogrammen wie Lean Leadership, die sich auf die Identifizierung und Entwicklung von Shared Leadership-Verhalten beziehen. Durch Coaching und Mentoring ist es möglich, dass sich Mitarbeitende entwickeln und ihre Leistung steigern. Obwohl sich die Robustheit und hohe Konsistenzen (valide/reliabel) des SPLIT in zwei Studien bestätigen liessen, betonen Grille und Kauffeld (2015, S. 87), dass die Ergebnisse vorläufig und Einschränkungen unterworfen sind. In zukünftigen Studien ist eine bestätigende Multilevel-Faktorenanalyse erforderlich, um der komplexen Datenstruktur in einem Team Rechnung zu tragen. Dennoch stellt SPLIT einen ersten Schritt zur Entwicklung eines validen Messinstruments für Shared Leadership dar und leistet somit einen wesentlichen Beitrag zur Führungsforschung.

In der aktuellen Forschung erhält Shared Leadership wachsende Bedeutung. Lean Leadership erfordert das Mitdenken und Mitgestalten aller Mitarbeitenden, beispielsweise durch das Vorschlagswesen und das „Alltags-Lean-Ideen-System“. Diese Partizipation ist unverzichtbar, um Lean Thinking im Team zu kultivieren. Aus diesem Grund ist Shared Leadership ebenfalls Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit.

Als Überbegriff von Shared Leadership dient in der Forschung „Kollektives Leadership“.

Aij und Lohman (2016, S.43) beschreiben unter den Begriffen „Lean und Team Ressourcen-Management“ folgende Fähigkeiten und Fertigkeiten, die sich Shared Leadership zuordnen lassen.

1. **Entscheidungsfindung:** Wirksame Entscheidungsfindung im Team; Fähigkeit, klar und logisch auf der Grundlage verfügbarer Informationen ein Urteil fällen können.
2. **Durchsetzungsvermögen:** Bereitschaft zur aktiven Teilnahme fördert Initiative und Mut. Es gilt, das Team mutig herauszufordern, falls etwas nicht korrekt erscheint.
3. **Missionsanalyse:** Fähigkeit, basierend auf dem beabsichtigten Ziel, Teamressourcen zuzuordnen, anzupassen und zu überwachen.
4. **Kommunikation:** Nicht nur Informationen senden, sondern auch zuhören, um sicherzustellen, dass jeder Person verständlich ist, was getan werden soll.
5. **Führung:** Fähigkeit, ein Team zu führen und zu motivieren, das Potenzial der Teammitglieder zu erkennen und zu nutzen.
6. **Anpassungsfähigkeit/Flexibilität:** Möglichkeit, notwendige Kursanpassungen auf der Grundlage neuer Informationen vorzunehmen.
7. **Situationsbewusstsein:** Erkennen, in welchem Ausmaß jedes Teammitglied einen korrekten Eindruck von den Vorgängen in seiner Umgebung hat.

Die Fähigkeiten 2, 4 und 5 sind besonders kritisch, da sie sich auf Interaktion im Kontext der Autorität beziehen. Ein Junior-Teammitglied kann Recht haben, wird es jedoch kaum wagen, sich mit seiner Meinung zu positionieren. Dabei wäre es jedoch wichtig, sein Wissen als Quelle zu nutzen.

Bei Lean geht es auch darum, Diskussions- und Untersuchungsprobleme (Abweichungen von der Norm) so schnell wie möglich und auf der richtigen Ebene zu bearbeiten. Jeder sollte sich frei fühlen, sich zu artikulieren, Probleme zu identifizieren und zu lösen. Die Rolle der Führungsperson umfasst folgende Aspekte: aktive Rückmeldung leisten, kritische Reaktionen belohnen, den Mut haben, anderen zu begegnen sowie Strukturen aufbrechen, die durch Macht, Autorität und Eitelkeit geprägt sind (Aij & Lohman, 2016, S. 43-44).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass im Rahmen der Führungsentwicklung nicht nur das Verhalten der Führungsperson eine Einschätzung erfordert, sondern auch eine Bewertung der Teamführung erforderlich ist. Dies ist im Kontext von Lean Leadership unerlässlich, da die Lean-Führungsorganisation flache Hierarchien anstrebt und Mitdenken sowie Verantwortungsübernahme von allen Mitarbeitenden einfordert.

Evidenz für Shared Leadership ist inzwischen wissenschaftlich erbracht. Dennoch besteht Forschungsbedarf in Bezug auf Längsschnittuntersuchungen über eine bestimmte Zeitspanne hinweg. Zudem ist es wichtig, Zusammenhänge zwischen Einzel-, Team- und Systemführung sichtbar zu machen. Ausserdem gilt es, Variablen zu identifizieren, die konstruktives Shared Leadership ermöglichen sowie destruktives Führungsverhalten verhindern (Felfe, 2015, S. 86).

9.3 Quantitative Datenerfassung

Die Datensammlung erfolgte durch eine Vor- und Nachmessung des Transformational Leadership-Verhaltens und des Shared Leadership-Verhaltens. Um Erfolgsfaktoren und Barrieren des Transformationsprozesses im Kontext der Lean Leadership-Konzepte Führung-Gemba, KATA-Coaching und Huddle Board zu ermitteln, fanden Fokusgruppeninterviews statt. In diesem Rahmen konnten die Probanden die quantitativen Daten interpretieren. Die Interviewteilnehmenden waren je nach Funktion gruppiert, um Hierarchie- und Funktionsabhängigkeiten zu minimieren. Da der Autor selbst eine Vorgesetztenfunktion gegenüber den Probanden innehatte, erfasste eine externe Person die anonymisierten quantitativen Daten und wertete sie aus. Eine interne Stabsperson führte die Interviews durch. Sie war an der Schulung und Begleitung nicht beteiligt. Dadurch sollte weitestgehende Neutralität gewährleistet sein.

Die Vormessung erfolgte zwischen dem 12. Dezember 2016 und dem 13. Januar 2017, damit möglichst viele Mitarbeitende an der Befragung teilnehmen konnten. Stationsleitende erhielten per Mail ein Anschreiben und einen Link zum Fragebogen. Diesen Link leiteten sie direkt an die Mitarbeitenden der Stationen weiter. Die Teilnahme an der Online-Umfrage war während eines Zeitraums von vier Wochen möglich. Nach zwei Wochen erhielten die Stationsleitenden einen Reminder zur Weiterleitung an die Mitarbeitenden. Die Mitarbeitenden von fünfzehn Stationen schätzten als Interventionsgruppe bei der Vormessung ihre Vorgesetzten (Stationsleitende) mittels SPLIT (Grille & Kauffeld 2015) anhand von vier Verhaltensweisen ein. Ebenso nutzten sie den TLI-Fragebogen (Heinitz & Rowold 2007), um eine Bewertung zentraler Verhaltensweisen durchzuführen. Drei Stationen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik wurden spontan als Kontrollgruppe ausgewählt. Als Kriterium galt die Teamgröße der Station, um einen möglichst hohen Rücklauf zu erhalten. Der Zeitaufwand für die Beantwortung betrug etwa 15 bis 20 Minuten. Die Nachmessung erfolgte nach sechs Monaten zwischen 25. September und 27. Oktober 2017. Die Befragung fand online mittels SurveyMonkey statt. Die Stationsleitenden fügten ihre Strukturdaten (Alter, Geschlecht, Führungserfahrung, Lean-Erfahrung, Anzahl der direkt unterstellten Mitarbeitenden) in den Fragebogen ein. Drei Teilnehmende reichten ihre Rückmeldungen manuell nach.

9.4 Statistische Analyse

Die statistische Analyse diente dazu, die Hypothesen bezüglich der Zusammenhänge zwischen den drei Lean Leadership-Konzepten (Huddle Board, Führungs-Gemba und KATA-Coaching) und Transformational bzw. Shared Leadership zu bestätigen oder zu widerlegen und um Veränderungen bei Stationsleitenden und deren Teams festzustellen. Die deskriptive Beschreibung der soziodemographischen Strukturdaten erfolgte mittels Kreis- und Balkendiagrammen in Excel. Die Berechnung der Skalenwerte für SPLIT und TLI orientierte sich an den Vorgaben von Grille und Kauffeld (2015) sowie Heinitz und Rowold (2007). Die graphische Darstellung der Skalenwerte für jede Station erfolgte im Vergleich zwischen Mitarbeitenden- und Vorgesetztsicht mittels Balkendiagramm in Excel. Der Mittelwertvergleich der Skalenwerte einzelner Stationsleitender fand im Rahmen zweier unabhängiger Signifikanztests (t-Tests) mit SPSS statt. Anschließend erfolgte die Berechnung

einer zweiseitigen Irrtumswahrscheinlichkeit P , die zum Vergleich mit dem Signifikanzniveau α dient.

9.5 Qualitative Datenerfassung

Um die quantitativen Ergebnisse zu Transformational Leadership und Shared Leadership nicht nur zu erklären, sondern auch zu verstehen, fanden Fokusgruppeninterviews statt. Diese sollten offene und kritische Aussagen in einem vertraulichen Rahmen fördern. Bereits während der Interviews erfolgte eine Auswertung mit der Knowledge Mapping-Methode (Pelz et al., 2004, S. 1). Sie ermöglicht, Inhalte der Gruppendiskussion unmittelbar während des Interviews sachlogisch auszuwerten und durch die Teilnehmenden zu validieren. Mittels Knowledge-Mapping lassen sich Diskussionsverläufe zusammenfassen, strukturieren und anschaulich präsentieren. Die Methode dient dazu, ein vertieftes Verständnis zu fördern, Sichtweisen kritisch zu hinterfragen und eine gemeinsame Wirklichkeit zu konstruieren. Die Besonderheit liegt in der effizienten Kombination von Datenerhebung und -auswertung anhand einer graphischen Darstellung (Pelz et al., 2004, S. 2). „Da die Knowledge Mapping-Methode eine sehr anschauliche Ergebnisdarstellung erlaubt, eignet sie sich besonders für anwendungsnahe qualitative Forschungsprojekte, in denen eine zügige Rückmeldung von Ergebnissen und ein fortlaufender Dialog mit den Forschungspartnern notwendig sind“ (Pelz et al., 2004, S. 1).

Die leitfadengestützten Interviews in sechs Gruppen (Stationsleitende/2, Stellvertretende/1, Fachverantwortliche/2, Leitung Pflege/1) ermöglichten, direkt bei den Betroffenen nachzufragen und dadurch die Erkenntnisbreite und -tiefe zu erweitern. Dieses Vorgehen ist ressourcenschonend und erlaubt, unterschiedliche Einschätzungen zwischen Gruppen aufzudecken. Die Teilnehmenden können sich untereinander Fragen stellen und aufeinander Bezug nehmen. Dies ermöglicht, herauszufinden, inwiefern innerhalb der Gruppe ein Konsens besteht (Inauen et al., 2017, S. 31).

Die qualitativen Fokusgruppeninterviews zielten darauf ab, vor dem Hintergrund der hierarchischen Verhältnisse (Unterstellung, Anhängigkeit) einen kritischen Diskurs zu ermöglichen. Eine Psychologin, die am Prozess nicht beteiligt war, moderierte die neunzigminütigen Interviews anhand eines halbstrukturierten Fragenbogens. Zu Beginn wies

sie auf die Vertraulichkeit und Anonymisierung hin. Zudem holte sie die Einwilligung der Teilnehmenden zur Tonbandaufnahme ein.

Folgende Leitfragen standen im Zentrum der Interviews:

1. Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten und transformationalem Leadership-Verhalten von Stationsleitenden in der psychiatrischen Pflege? (Interpretationen für pos.- neg.- keinen Zusammenhang)
2. Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten in psychiatrischen Pflgeteams und ihrem Shared Leadership-Verhalten? (Interpretationen für pos.- neg.- keinen Zusammenhang)
3. Wie bewerten Stationsleitende und ihre Teams die Lean Leadership-Konzepte?
4. Worin bestehen die zentralen Erfolgsfaktoren und Barrieren bei der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten?
5. Wie bewerten Sie das Lean Leadership-Forschungsprojekt insgesamt?
6. Würden Sie dieses Projekt weiterempfehlen? (Weshalb?)
7. Konnte alles gesagt werden?

9.6 Ethik

Zum Schutz der Probanden galt es, ethische Prinzipien zu prüfen, um Risiken und Missbrauch zu verhindern (Elger 2009, S. 66-72). Das Äquivalenzprinzip („equivalence of care“) fand in diesem Projekt Berücksichtigung. Der Autor stellte das gesamte Projekt allen Stationsleitenden vor. Sie konnten sich in freier Entscheidung für das Forschungsprojekt melden. Dies war vor allem hinsichtlich sensibler Daten zum persönlichen Führungsverhalten unabdingbar. Teilweise haben direkte Vorgesetzte die Stationsleitenden zur Teilnahme motiviert, sie jedoch nicht verpflichtet.

Das Prinzip der Unabhängigkeit oder „Gewaltenteilung“ ist kritisch zu betrachten. Indirekter Druck lässt sich nicht ausschließen, um die Teilnahme, die Umsetzung der Konzepte oder die Ergebnisse zu beeinflussen.

Das Prinzip des Nicht-Schadens ist infolge der absoluten Formulierung schwierig (Elger, 2009, S. 68). In dieser Studie galt es, auf die Würde der Stationsleitenden, die sich im Rahmen der Transformational Leadership-Messung exponierten, zu achten. Deshalb erfolgte eine

anonymisierte Darstellung der Ergebnisse. Im Vorfeld war der Umgang mit persönlichen Daten ein Thema.

Das Fürsorge- bzw. Nutzenprinzip wurde im Rahmen der Auseinandersetzung mit transformationalem Leadership-Verhalten und Shared Leadership-Verhalten transparent. Zugleich war es möglich, die Umsetzung der Lean Leadership-Konzepte (Huddle Board, Führungs-Gemba und KATA-Coaching) sicherzustellen. Praxiserfahrungen und Evaluationen widerspiegeln einen Nutzen für den Praxisalltag. Die Praxistauglichkeit der Konzepte wurde qualitativ kritisch evaluiert.

Das Subsidiaritätsprinzip orientiert sich an der fairen Verteilung der Risiken. Die Einschätzung und Umsetzung erfolgte gemeinsam mit den betroffenen Personen, um eine Empfehlung für die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich abzuleiten. Ein Votum der Ethikkommission des Kantons Zürich war nicht erforderlich, da es sich um mitarbeiterbezogene Daten im Rahmen der Qualitätsentwicklung handelte. Im Text sind jedoch die Stationsbezeichnungen erwähnt, weshalb die Anonymität der Stationsleitenden nur bedingt sichergestellt ist. Bei der Publikation der Ergebnisse ist eine anonymisierende Nummerierung der Stationsbezeichnungen erforderlich.

10. ERGEBNISSE

Alle 34 Stationen des Pflegedienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich waren zur freiwilligen Teilnahme angefragt. Fünfzehn Stationen aller vier Kliniken (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosystematik, Klinik Forensische Psychiatrie, Klinik für Alterspsychiatrie, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) meldeten sich. Da es sich um das erste Lean-Projekt in diesem Spital handelte, fanden alle Interessierten Berücksichtigung. Eine Station zog sich nach dem ersten Schulungstag zurück, da die Stationsleitung krankheitsbedingt auf längere Zeit ausfiel.

Die Gruppengröße mit Probanden der fünfzehn Stationen à 38 Teilnehmenden sprengte die Schulungskapazität. Deshalb wurden die drei Lean Leadership-Trainingstage jeweils in zwei Gruppen durchgeführt. Am Training nahmen die Stationsleitenden, ihre Stellvertretenden und/oder die Fachverantwortlichen sowie die direkten Vorgesetzten (Leitung Pflege) teil, um die Verantwortung für die Lean Leadership-Konzepte Huddle Board, Führungs-Gemba und KATA-Coaching zu verstärken.

Am ersten Tag erhielten die Teilnehmenden eine Einführung in die Lean Hospital-Philosophie und in das Huddle Board-Konzept. Die Ergebnisse der Vorerfassung von Transformational Leadership und Shared Leadership wurden interpretiert und Maßnahmen formuliert. Der Schwerpunkt lag darauf, die Umsetzung des Huddle Board-Konzeptes vorzubereiten. Die Evaluation des Trainingstages ergab, dass sich alle Teilnehmenden sehr gut auf die Umsetzung des Huddle Boards vorbereitet fühlten. Sie schätzten die Umsetzungscomplexität jedoch sehr heterogen ein – von „einfach“ bis „komplex“. Die Lean-Einführung erfolgte anhand einer Simulation des Patientenprozesses mittels „Lego-Lean-Spiel“. Die Teilnehmenden bewerteten dieses Spiel als sehr hilfreich für das Lean-Verständnis. Die Lean-Philosophie erachteten sie als „mittelmäßig relevant“ bis „sehr relevant“ für ihre Arbeit auf der Station. Die Ergebnisse der Umfrage zu Transformational Leadership und Shared Leadership bewerteten die Teilnehmenden mehrheitlich als „sehr positiv“. Den Erkenntnisgewinn hingegen schätzten sie äußerst unterschiedlich ein – zwischen „hoch“ und „tief“. Am dritten Schulungstag erfolgte eine Evaluation der ersten Umsetzungserfahrungen. Ein zusätzliches Tagesziel bestand darin, die Weiterentwicklung durch gegenseitiges Voneinanderlernen zu fördern. An dieser

Veranstaltung nahm eine Stunde lang auch die Direktorin teil, um das praktizierte Lean Leadership-Verhalten mit Fokus auf Führungsentwicklung offen zu diskutieren.

10.1 Demographische Daten

Probanden (Stationsleitende)	Häufigkeit	Prozent von 100%
Frauen	8	38.1 %
Männer	13	61.9%
Alter		
30-39 Jahre	4	19.0%
40-49 Jahre	4	19.0%
50 Jahre und älter	13	61.9%
Anzahl der direkt unterstellten Mitarbeitenden		
Weniger als 20	15	75.0%
20-39	5	25%
Führungserfahrung in Jahren		
bis 4 Jahre	4	19.0%
5-9 Jahre	2	9.5%
10-14 Jahre	3	14.3%
15-19 Jahre	6	28.6%
mehr als 20 Jahre	6	28.6%
Erfahrung mit Lean Management in Jahren		
Keine	19	90.5%
1-2 Jahre	1	4.8%
mehr als 6 Jahre	1	4.8%

Tabelle 20: Demographische Daten. (Quelle: eigene Darstellung)

Bei der Baseline-Erfassung von Shared Leadership kamen soziodemographische Auffälligkeiten zum Vorschein. Stationsleitende ohne Lean-Erfahrung zeigten höhere Werte in allen vier Ausprägungen. In Bezug auf Führungserfahrung, Alter und Geschlecht waren die Ergebnisse homogen. Bei der Secondline-Erfassung änderten sich die Ergebnisse bezüglich der Lean-Erfahrung nicht. Stationsleitende mit weniger Führungserfahrung und unter fünfzig Jahren wiesen höhere Werte auf. Hinsichtlich des Geschlechts waren die Ergebnisse weiterhin homogen.

Bei der Baseline-Erfassung von Transformational Leadership zeigte sich, dass Stationsleitende ohne Lean-Erfahrung höhere Werte in allen sieben Ausprägungen erreichten. Stationsleitende mit mehr als fünfzehn Jahren Führungserfahrung zeigten höhere Werte in Bezug auf

„Leistungserwartung“, jedoch niedrigere Werte hinsichtlich des „Aufzeigens von Visionen“. Über fünfzigjährige Stationsleitende wiesen höhere Werte in der Dimension „Leistungserwartung“, jedoch niedrigere Werte hinsichtlich des „Aufzeigens von Visionen“ auf. Stationsleiterinnen erreichten höhere Werte hinsichtlich der „Leistungserwartung“.

Bei der Secondline-Erfassung war die Lean-Erfahrung unverändert. Führungserfahrung hatte auf die Dimensionen „Leistungserwartung“ und „Belohnung“ keinen Einfluss. Stationsleitende mit weniger Erfahrung wiesen in den anderen fünf Dimensionen höhere Werte auf. Das Alter hatte keinen Einfluss auf die Dimensionen „Leistungserwartung“ und „Belohnung“. Für die anderen fünf Dimensionen zeigten unter fünfzigjährige Stationsleitende höhere Werte auf. Stationsleiterinnen hatten höhere Werte in Bezug auf „Leistungserwartung“. Stationsleiter erreichten in der Secondline-Erfassung höhere Werte in den Dimensionen „Visionen aufzeigen“, „Vorbild sein“ und „Geistige Anregung“.

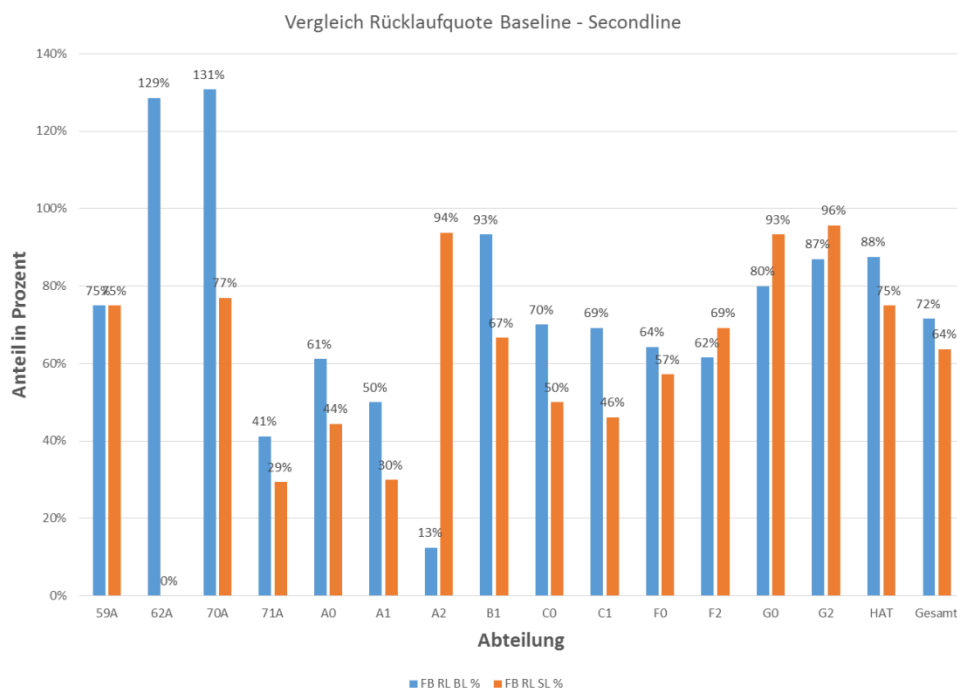


Tabelle 21: Vergleich der Rücklaufquote Baseline- und Secondline-Erhebung. (Quelle: eigene Darstellung)

Insgesamt war der Rücklauf der Baseline- und Secondline-Erhebung mit 72% und 64% als ausreichend zu bewerten. Hingegen konnten einige Stationen aus ihren Daten aufgrund des geringen Rücklaufs keine Schlüsse ziehen (A2). Eine Erklärung dafür war die zu geringe Information und Motivation der Mitarbeitenden durch die Stationsleitenden. Die fehlenden

Secondline-Ergebnisse der Station 62A liess sich auf die Reorganisation dieser Station zurückführen. Sie musste 15 Betten der Klinik für Forensische Psychiatrie aufgrund eines erhöhten Bedarfs abgeben. Dies hatte zur Folge, dass die Führungsperson die Station wechselte und deshalb nicht mehr in die Studie einbezogen wurde.

10.2 Workshop-Evaluation

Am zweiten Trainingstag standen Führungs-Gemba und KATA-Coaching im Zentrum. Nach einer Instruktion fand am Nachmittag eine erste Gemba mit anschließendem KATA-Coaching statt, um durch erste Umsetzungserfahrung die Implementierung gut vorzubereiten. Die 35 Teilnehmenden waren sehr motiviert, Gelerntes in der Praxis umzusetzen. In der Schlussevaluation schätzten die Teilnehmenden ihre Vorbereitung auf die Implementierung als „gut“ bis „sehr gut“ ein. Anschließend fand eine Diskussion mit den Teilnehmenden statt: Weshalb stehen Sie auf dieser Position? Was ist aus Ihrer Sicht für eine erfolgreiche Umsetzung zusätzlich erforderlich?

Hinsichtlich des Nutzens für den Arbeitsalltag und die eigene Führungsentwicklung bewerteten die Teilnehmenden die Qualität der drei Workshoptage insgesamt als „hoch“. Sie fühlten sich durch die Moderatoren für die Lean Leadership Umsetzung mehrheitlich „sehr inspiriert und befähigt“ (Flipchart-Skala „wenig“ bis „sehr“). Den persönlichen Beitrag zum Gelingen schätzten die Teilnehmenden zwischen „bescheiden“ und mehrheitlich „mittelmäßig“ ein. Zum Abschluss erfolgte eine Befragung zum Unterstützungsbedarf einer erfolgreichen Lean Leadership-Umsetzung. Die Teilnehmenden nannten folgende Themenbereiche:

- Vorstellung von Huddle-Board, Gemba und KATA-Coaching im interprofessionellen Team
- Austausch und kollegiales Coaching
- Verfügbarkeit der Expert(inn)en bei Fragen und beim Auftreten von Stolpersteinen
- Praktische Erfahrungen gewinnen
- Zeit für die Umsetzung zur Verfügung haben und Erfahrungen machen können
- Möglichkeit, viele Gembas durchzuführen
- Schutz, Erlaubnis und Befähigung
- Motiviertes Team, das offen für Veränderungen ist

- Einblick in die Huddle Board-Umsetzung
- Projekt-Marketing auf interdisziplinärer Ebene
- Werkzeuge zur Umsetzung
- Moderne EDV-Technologie
- Zugriff auf Unterlagen statt Mails mit Beilagen.

Einige Teilnehmende betonten, dass sie die Workshops als sehr positiv erlebten. Sie äußerten, dass sie im Moment keine Unterstützung benötigen, sich jedoch bei Bedarf per Mail melden werden.

10.3 Quantitative Ergebnisse

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Vor- und Nachmessung auf fünfzehn stationären Pflegeabteilungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zu Shared Leadership (SPLIT) und Transformational Leadership (TLI) dargestellt.

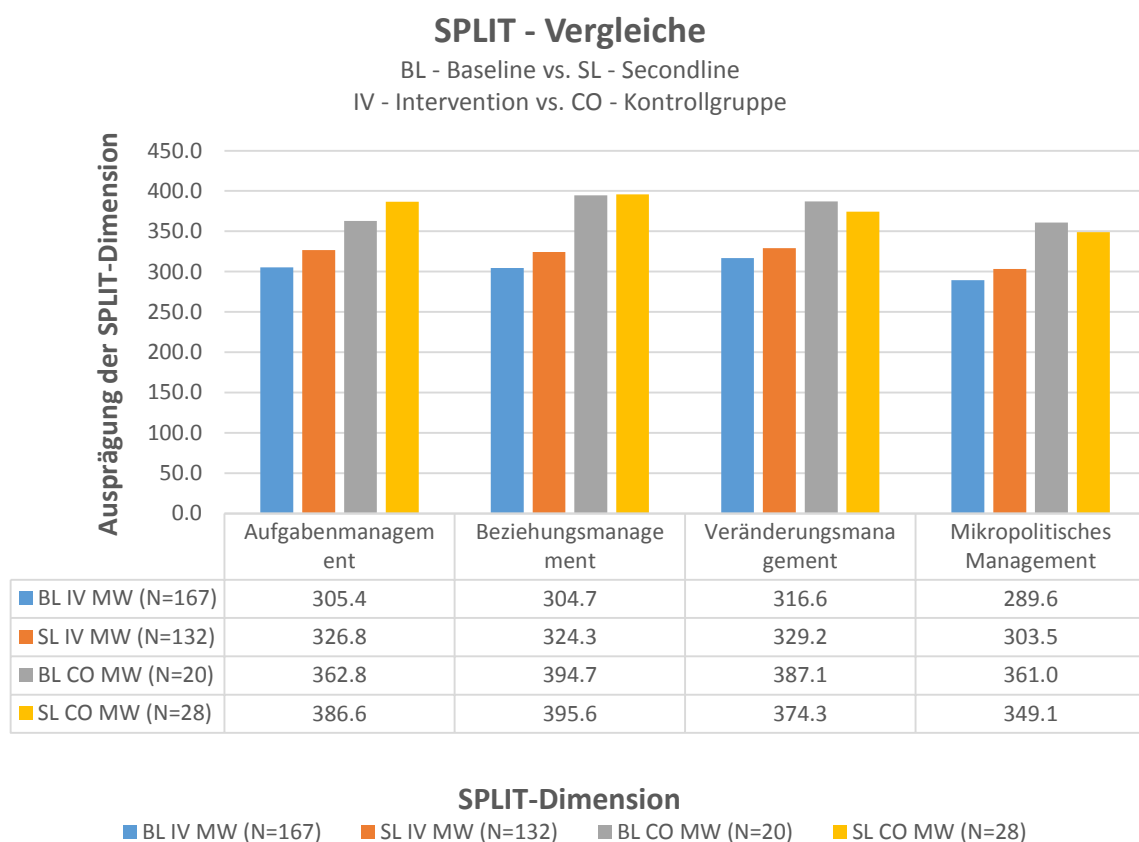


Tabelle 22: Ergebnisse des Shared Professional Leadership for Teams (SPLIT). (Quelle: eigene Darstellung)

Die erste Säule zeigt den Gesamtmittelwert (62%), die rote Säule die Station mit dem niedrigsten und die gelbe Säule die Station mit dem höchsten Wert. Es ergibt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den höchsten und niedrigsten Werten. Dies weist darauf hin, dass die Qualität der Führung im Team auf den verschiedenen Stationen sehr unterschiedlich ausgeprägt ist.

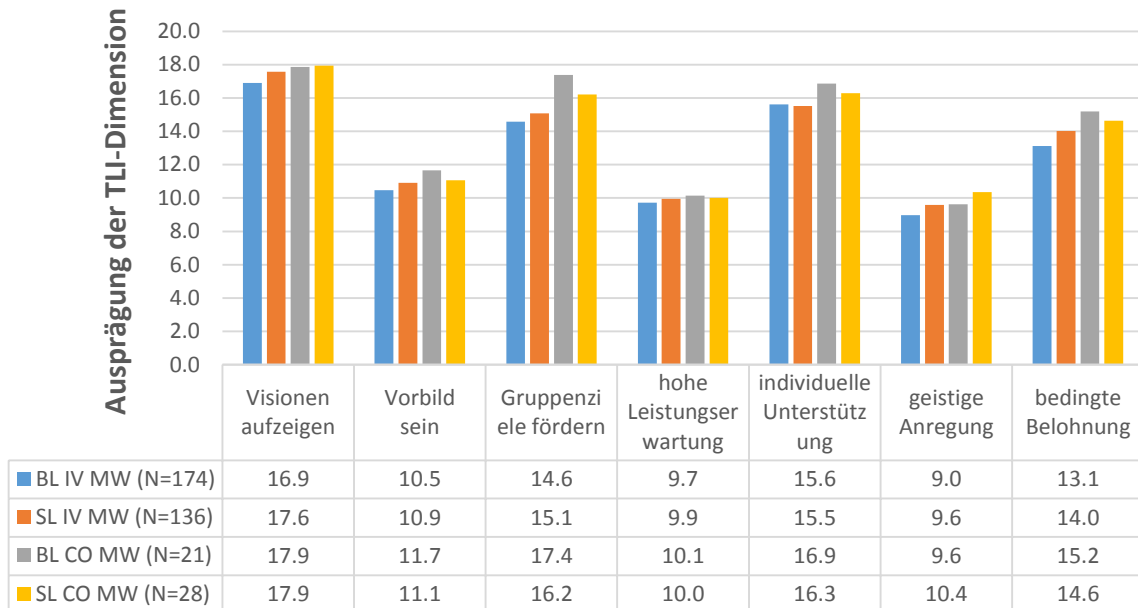
SPLIT: Vergleiche zwischen Baseline- und Secondline-Messung

- Die Mittelwerte der Interventionsgruppe sind für alle vier Dimensionen leicht gestiegen. Die Veränderungen sind jedoch nicht signifikant.
 - Es kann maximal von einer positiven Entwicklung in der IV-Gruppe die Rede sein.
- Im Gegensatz dazu sind in der Kontrollgruppe nur die Werte für die Dimension „Aufgabenmanagement“ leicht gestiegen. Für „Veränderungsmanagement“ und „Mikropolitischen Management“ haben sie sogar abgenommen. Auch diese Veränderungen sind nicht signifikant.
 - Die Entwicklung ist nicht so positiv wie in der IV-Gruppe.
- Bei der Baseline-Messung waren die Werte der Kontrollgruppe für alle vier Dimensionen des SPLIT signifikant höher.
 - Dieser signifikante Unterschied findet sich für die Dimensionen „Veränderungsmanagement“ und „Mikropolitischen Management“ nicht mehr.

Im Folgenden sind die Ergebnisse für Transformational Leadership dargestellt und kommentiert.

TLI - Vergleiche

BL - Baseline vs. SL - Secondline
IV - Intervention vs. CO - Kontrollgruppe



TLI-Dimension

■ BL IV MW (N=174) ■ SL IV MW (N=136) ■ BL CO MW (N=21) ■ SL CO MW (N=28)

Tabelle 23: Ergebnisse Transformational Leadership Inventory (TLI). (Quelle: eigene Darstellung)

TLI: Vergleiche zwischen Baseline- und Secondline-Messung

- Die Mittelwerte der Interventionsgruppe sind für alle sieben Dimensionen (leicht) gestiegen. Für die Dimensionen „Geistige Anregung“ und „Bedingte Belohnung“ sind die Veränderungen sogar signifikant.
→ Auch bei TLI kann von einer positiven Entwicklung in der IV-Gruppe die Rede sein.
- Im Gegensatz dazu sind in der Kontrollgruppe nur die Werte für die Dimension „Geistige Anregung“ leicht gestiegen. Alle weiteren Werte sind gleich geblieben oder sogar zurückgegangen. Die Veränderungen sind jedoch alle nicht signifikant.
→ Die Entwicklung ist nicht so positiv wie in der IV-Gruppe.
- Bei der Baseline-Messung waren die Werte der Kontrollgruppe für alle Dimensionen des TLI höher als in der IV-Gruppe. Für die Dimensionen „Vorbild sein“, „Gruppenziele fördern“ und „Bedingte Belohnung“ waren diese Unterschiede sogar signifikant.
→ In der postinterventionellen Messung finden sich diese signifikanten Unterschiede nicht mehr.

10.4 Qualitative Ergebnisse

Zur Interpretation der quantitativen Daten (SPILT/TLI) und zur Evaluation des Forschungsprojekts fanden neunzigminütige Fokusgruppeninterviews statt. Die Zusammensetzung der Gruppen ist in Tabelle 24 dargestellt.

Daten	Fokusgruppen nach Funktionen	Anzahl der Teilnehmenden (N 25 von 42)
13.11.17	Stellvertretende Stationsleitende	4 von 8
21.11.17	Stationsleitende A	4 von 5
23.11.17	Fachverantwortliche Pflege A	4 von 7
27.11.17	Leitungen Pflege	4 von 5
05.12.17	Stationsleitende C	3 von 5
11.12.17	Stationsleitende B	5 von 5
19.12.17	Fachverantwortliche Pflege B	1 von 7

Tabelle 24: : Anzahl der Teilnehmenden in den Fokusgruppeninterviews. (Quelle: eigene Darstellung)

Von den 42 eingeladenen Personen nahmen 25 (59.4%) freiwillig an den Interviews teil. Die Ergebnisse wurden zuerst einzeln betrachtet und in einem zweiten Schritt zu einer Gesamtauswertung synthetisiert. Datensättigung war problemlos möglich, da trotz unterschiedlicher Perspektiven ab dem vierten Fokusgruppeninterview keine wesentlich neuen Themen mehr zur Sprache kamen und eine Bestätigung vorheriger Aussagen erfolgte. In der Abbildung 26 sind die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

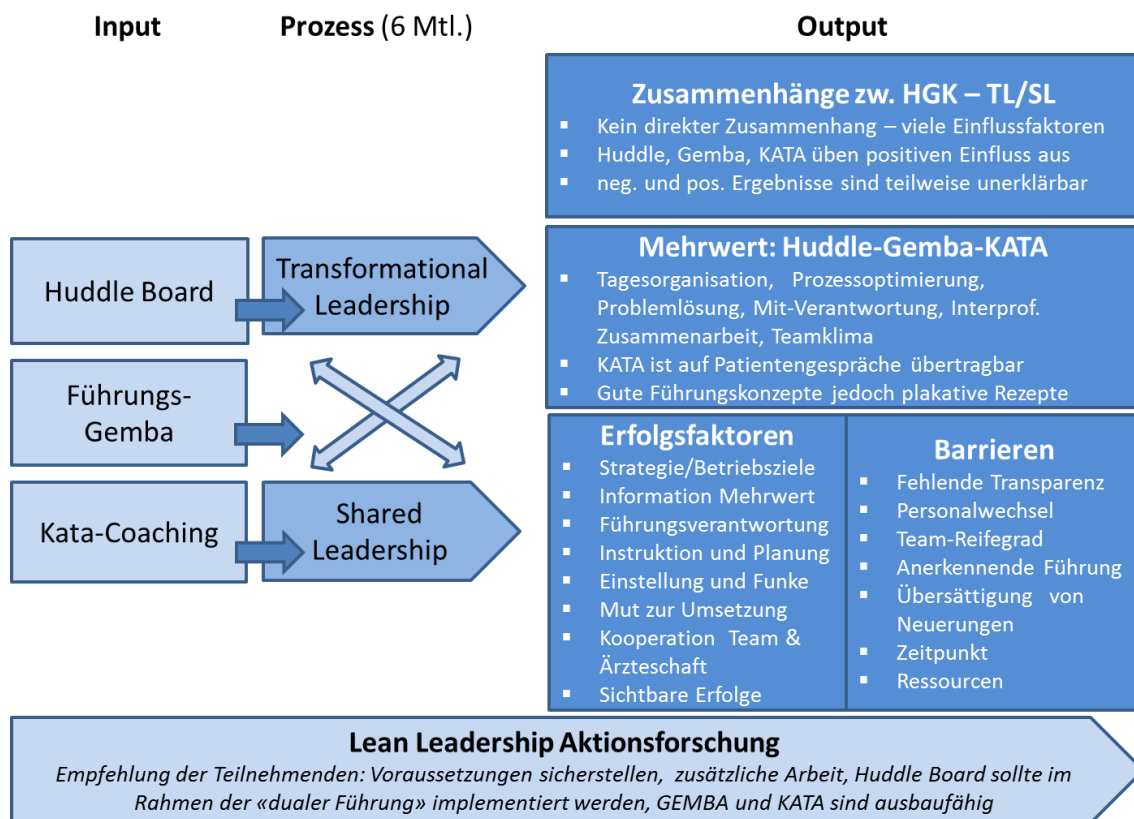


Abbildung 26: Qualitative Ergebnisse der Lean Leadership-Aktionsforschung. (Quelle: eigene Darstellung)

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte sachlogisch anhand eines Input-Prozess-Output-Modells. An drei Workshop Tagen fanden Schulungen zu den drei Lean Leadership-Konzepten statt. Die Planung des Implementierungsprozesses erfolgte ebenfalls im Rahmen der Workshops.

Die Ergebnisse der Vormessung zu Transformational Leadership und Shared Leadership waren Gegenstand der Diskussion mit den Teilnehmenden am zweiten Workshoptag. Aus ihrer Sicht beeinflussen sich Transformational Leadership und Shared Leadership gegenseitig. Verschiedenste Faktoren wirken auf beide Führungskonzepte ein.

Die abschließende qualitative Befragung konzentrierte sich auf drei Outputs: die Zusammenhänge zwischen Transformational bzw. Shared Leadership- und Lean Leadership-Konzepten (Vor- und Nachmessung), die Bewertung der Ergebnisse sowie Erfolgsfaktoren und Barrieren bei der Implementierung. Zum Abschluss bewerteten die Teilnehmenden das gesamte Aktionsforschungsprojekt.

Die Einschätzung der Führung sorgte für Diskussionen und regte zur Reflexion an: „Wer macht was? Stimmen die Ergebnisse mit der subjektiven Wahrnehmung und Einschätzung überein?“ Die Teilnehmenden konnten teilweise keinen direkten Zusammenhang und keine Kausalität zwischen Lean Leadership-Konzepten und Transformational Leadership bzw. Shared Leadership erkennen. Einige Stationsleitende waren jedoch überzeugt, dass vor allem Huddling und Führungs-Gemba Transformational und Shared Leadership positiv beeinflussten. Die Teilnehmenden betonten, dass neben anderen Faktoren die trainierten Leadership-Konzepte förderlich auf das Führungsverhalten einwirkten. Andere äußerten jedoch, dass die positiven und negativen Ergebnisse aus der Vor- und Nachmessung mehrheitlich unerklärbar sind. Einflussfaktoren wie Stationsverkleinerung, Personalrotationen, Supervisionen, Teamklima und andere Projekte (z.B. Optimierung der Rapporte, Skill-Grade-Mix) beeinflussten die Ergebnisse ebenfalls.

10.4.1 Huddle Board

Ein auffallendes und überraschendes Ergebnis war die Bewertung des Huddle Boards durch die Stationsleitenden. Im Gegensatz zu den Teams interpretierten sie die verbesserte Tageskoordination durch Huddle Board in negativer Weise als Einschränkung ihrer persönlichen Autonomie.

Die subjektive Einschätzung des Führungsverhaltens bestätigten die Stationsleitenden mehrheitlich. Auch die negative Einstellung des Teams spielte eine Rolle. Eine Stationsleitende formulierte: „Ich halte von den Resultaten nicht so viel, denn ich habe meinen Führungsstil nicht verändert“. Die negative Einschätzung des Teams interpretierten die Stationsleitenden mit folgenden Aussagen: „Was sollen wir da verändern? Es ändert sich ja ein alter Hut“. Eine Kollegin kommentierte: „Es war auch eine Zerreißprobe im Leitungsteam. Wer unterstützt diese Forschungsprojekte? Wann brechen wie sie ab?“. Eine weitere Teilnehmerin sagte: „Es hat etwas gebracht, aber nicht in dem Sinne, wie wir es uns erhofft haben“. Das Projekt löste auch eine gewisse Hoffnungslosigkeit aus: „Wir haben ja einen großen Gestaltungsspielraum. Ich weiss nicht, was ich noch machen kann“.

Die Teilnehmenden erwähnten ein Paradox: Mitarbeitende möchten zwar in Bezug auf ihre Leistungen mehr gefordert werden. Sobald dies jedoch erfolgt, bewerten die Mitarbeitenden gerade dies als schlecht.

Das Führungsverhalten der Stationsleitenden betrachteten die Teilnehmenden mit einem kritischen Auge. Stationsleitende mit hoher Präsenz, großem Engagement, Mitarbeiterzentrierung und kleinem, übersichtlichem Team erzielten eine bessere Umsetzung und bessere Ergebnisse. Die Befragung führte auch dazu, dass eine Sprache entstand, um das Führungsverhalten der Stationsleitenden zu bewerten.

Durch die Messung bildete sich ein verstärktes Bewusstsein für Führungsverhalten. Die Lean Leadership-Konzepte zeigten aus Sicht der Teilnehmenden im Projektverlauf sicher einen positiven Einfluss auf Shared Leadership. Die Stationsleitenden betonten, dass sie wirkungsvoll an der Tagesorganisation, der Verbindlichkeit und der Feedbackkultur arbeiteten: „Ich habe bewusster gelobt“.

Jedoch war nicht klar, was die Teams konkret über das Leadershipverhalten dachten und was in der Interaktion passierte. Aus Sicht der Führungspersonen sollte Lean Leadership nicht nur dazu beitragen, dass Führungspersonen umdenken und sich eventuell „neu erfinden“ – das Team ist ebenso gefordert.

Im Projekt zeigte sich auch Kritik am veränderten Führungsverhalten. Führung erfolgte weniger hierarchisch durch direkte Antworten, sondern durch Fragen und Befähigen der Mitarbeitenden. Eine Stationsleitende berichtete: „Die Mitarbeitenden waren sehr enttäuscht darüber, dass ich keine Lösungen mehr vorgab. Sie sagten: Sie nimmt mich nicht ernst, was soll das jetzt?“. Somit erfordert KATA-Coaching einen Kulturwandel, um Standhaftigkeit zu erreichen. Wichtig ist auch, zunächst die Transformation des Führungsverhaltens aufzuzeigen.

Die Konzepte hatten positive Auswirkungen auf die aktive Beteiligung einzelner Mitarbeitender. Sie waren motiviert, von sich aus Prozessoptimierung zu realisieren und somit Verschwendung zu reduzieren. Trotz eines sehr strengen Arbeitsjahres mit besonderen Ereignissen, zeigten die Teams Empowerment. Ein Teilnehmer betonte: „[Es ist wichtig,] sich vom Alltag nicht auffressen zu lassen und stets den Lead behalten“.

Eine Stationsleitende kommentierte die positiven Entwicklungen mit der Bemerkung, dass sie „auf Weg“ sei und das Team „etwas davon spürt“. Aus ihrer Sicht ist es erkennbar, dass das Team Freude daran hat, mehr Verantwortung für die Stationsabläufe zu übernehmen.

Eine Führungsperson veränderte aufgrund des Teamverhaltens ihren Führungsstil. Sie leitete das Team mittels direkter Vorgaben und verhielt sich bewusst weniger kollegial, um mehr Klarheit und Orientierung zu vermitteln.

Ein beteiligtes Team besass stets viele Freiheiten und war sehr autonom. „Die Mitarbeitenden sind sehr selbständig und benötigen keine Stationsleitung“, sagte eine Teilnehmerin. Diese Stationskultur hatte unweigerlich Einfluss auf die Ergebnisse.

Huddling reduzierte den bilateralen Kommunikationsaufwand: „Bei der Tagesorganisation hat ein Orchester gefehlt“, betonte eine befragte Person. Die Stationsleitende war durch das tägliche Huddling sehr präsent und im Vergleich zu anderen Stationen stärker an der Tageskoordination beteiligt.

Visionskraft, Vorbildwirkung, Zielorientierung und Erwartungen an Transformational Leadership liessen sich vermutlich durch Huddling teilweise positiv beeinflussen. Aufgrund der erfreulichen Steigerung auf Stationen, die Transformational Leadership und Shared Leadership implementiert hatten, erwähnte eine Teilnehmerin: „Es lohnt sich wahrscheinlich, ein Lean Leadership-Projekt durchzuführen“.

Überraschenderweise haben sich die Ergebnisse trotz eines erheblichen Personalausfalls (aufgrund von Schwangerschaften und Unfällen) verbessert.

Huddle-Board, Führungs-Gemba und KATA-Coaching bewerteten alle Teilnehmenden als wichtig, um Lean Management zu verstehen und zum Leben zu erwecken. Eine Teilnehmerin wies darauf hin, dass „alle [Lean Leadership-Konzepte] auf ihre eigene Art gleichwertig und notwendig sind“.

Alle Stationen setzten Huddle Board je nach Bedarf unterschiedlich um. Die Teilnehmenden bewerteten es als gewinnbringendes Führungsinstrument. Es ist leicht umsetzbar und führt schnell zu Ergebnissen. In fast allen Teams wirkte sich Huddle Board positiv auf die interprofessionelle Zusammenarbeit aus und verbesserte die Tagesprozesse. Die erhöhte Transparenz und die stärkere Verbindlichkeit im Behandlungsteam beschleunigte die Koordination zwischen den Berufsgruppen.

Zu Beginn bestand eine kritische Einstellung gegenüber der Absicht, Huddling im Stehen durchzuführen. Dies änderte sich jedoch, da die Tagesorganisation seit der Huddle Board-Einführung strukturierter und effizienter erfolgte. Huddle Board erwies sich nicht auf allen Stationen als neues Führungsinstrument. Meistens gestaltete Huddling die bestehende Tagesorganisation neu und optimierte sie. Es erhielt große Anerkennung und verstärkte die interprofessionelle Zusammenarbeit: „Ich wurde als Teil des Ganzen wahrgenommen“, sagte eine Teilnehmerin. Huddle Board führte zu einem effizienteren Informationsfluss und erbrachte dadurch einen großen Nutzen. Für die Stationsleitenden führte Huddle Board durch die Bezugnahme auf aktuelle Kennzahlen jedoch zu Mehrarbeit und hatte neue Aufgaben zur Folge.

Auf den Teamzusammenhalt wirkte sich Huddle Board ebenfalls förderlich aus. Durch den optimierten Informationsfluss verbesserte sich die Qualität der Arbeit. Durch die bessere Stationsorganisation erhöhte sich auch die Zufriedenheit der Patient(inn)en. Dies zeigte sich beispielsweise bei der Vergabe von Gesprächsterminen.

Das tägliche Huddling veränderte das Kommunikationsmuster von „Ich und Du“ zu „Wir“. Es stärkte die Koopertion und Koordination im mulitprofessionellen Team und verstärkte die Verantwortung für den Informationsaustausch.

Einige Stationen führten auch ein tägliches Huddling im Sinne einer partnerschaftlichen Milieutherapie mit Patienten ein.

10.4.2 Führungs-Gemba

Nur einzelne Stationen setzten Führungs-Gembas um, da die notwendige Zeit und Kapazität fehlten. Mitarbeitende der umsetzenden Stationen beschrieben positive Erfahrungen, beispielsweise effizientere Rapporte. Dem Führungs-Gemba schrieben die Teilnehmenden ein ungenutztes Potential zu. Aus ihrer Sicht trägt es dazu bei, Lean Thinking zu trainieren.

Die Teilnehmenden sahen das Potential der Führungs-Gemba in der Prozessoptimierung. Diese erfolgt durch Vor-Ort-Sein und eine Stärkung der Veränderungsbereitschaft der Mitarbeitenden. Dies forderte jedoch das Team dazu heraus, hinsichtlich neuer Lösungen beweglich zu bleiben. Zu Beginn war es jedoch wichtig, den Mitarbeitenden das Gefühl zu nehmen, durch Gembas kontrolliert zu werden.

Aus Sicht der Teilnehmenden bringen Gemba-Walks auch Wertschätzung für Mitarbeitende zum Ausdruck. Eine Teilnehmerin sagte: „Ich sitze nicht im Büro und weiss alles besser, sondern unterstütze meine Mitarbeitenden beim Optimieren“. Die Teilnehmenden nahmen die Führungs-Gembas grundsätzlich positiv auf. Jedoch fielen auch Bemerkungen wie: „Ich habe diesen Ansatz schon immer verfolgt“.

Führungs-Gembas ermöglichten, den aktuellen Stand der Dinge und die Routine kritisch zu hinterfragen – mit dem Ziel, neue Wege zu erkennen oder Optimierungen handlungsorientiert und konsequent durchzuführen.

Gemba-Walk und Coaching riefen auch Irritationen im Team hervor. Einige Mitarbeitende fühlten sich kontrolliert und hatten den Eindruck, ihre Leistung werde bewertet.

Nach Ansicht der Teilnehmenden sollten Führungs-Gembas unabhängig von den Hierarchiestufen praktiziert werden. Eine Führungsperson sagte: „[Gembas] sind ein Muss für alle Führungspersonen. Wir müssen weg kommen von der Einstellung, dass wir wissen, wie es ist, weil wir es vor zwei Jahren so gesehen haben. Aber wie ist es heute?“ Die Teilnehmenden waren der Ansicht, dass sie nun durch Beobachtung vor Ort erkennen können, wo es Defizite gibt.

10.4.3 KATA-Coaching

Die Umsetzung des KATA-Coachings erfolgte ebenfalls nur auf einzelnen Stationen. Zur sorgfältigen Implementierung sind Zeit und Kapazitäten notwendig, die während des Projekts häufig fehlten. Aus Sicht der Teilnehmenden erfordert KATA-Coaching zwar mehr Zeit, ist jedoch nachhaltiger, als Lösungen direkt auszusprechen. Mitverantwortung an Mitarbeitende zu delegieren, kann deren Motivation stärken.

Die Teilnehmenden stellten fest, dass ein befähigendes Führungsverständnis auch zu einer veränderten Kommunikation führte. Eine Teilnehmerin sagte: „Ich finde es [KATA-Coaching] sehr sympathisch. Es öffnet den Blick und fördert die Zurückhaltung“. Für die Teilnehmenden war es eine Herausforderung, nicht wieder in früheres Verhalten zurückzufallen und „Ratschläge“ zu erteilen.

Einige Teilnehmende machten den Vorschlag, KATA-Coaching in die Gespräche im Rahmen der Mitarbeiterbeurteilung zu integrieren. Aus ihrer Sicht könnte dies die

Selbstverantwortung bei der Zielerreichung verstärken. Einige Teilnehmende übertrugen zeitweise die KATA-Fragetechnik zur Selbstbefähigung auch auf Patientengespräche.

10.5 Erfolgsfaktoren

In Bezug auf die Einführung von Lean Leadership liessen sich mehrere Erfolgsfaktoren ermitteln.

- Die Lean Leadership-Einführung sollte in die Strategie der Organisation eingebettet sein und messbare Betriebsziele mit Nutzen für Patient(inn)en verfolgen.
- Die Zustimmung der Geschäftsleitung sollte sichergestellt sein.
- Eine Schulung des Top-Kaders ist für die Implementierung zwingend notwendig, um Lean Thinking vorzuleben, einzufordern und zu überprüfen.
- Die Einführung sollte verpflichtend sein.
- Klare Kommunikation hinsichtlich Sinn und Mehrwert fördert die Akzeptanz.
- Der Fokus sollte auf der Umsetzung liegen.

Die Vorgabe zu Huddling durch den Chefarzt hat die Teilnahme der Ärzteschaft und der Psycholog(inn)en sicherlich gefördert, denn bei Freiwilligkeit hätten sich diese Berufsgruppen sicherlich nicht beteiligt.

Es sollten nicht nur die Führungspersonen bei der Entscheidung angefragt werden. Das gesamte Team sollte seine Zustimmung abgeben können. Dadurch stehen nicht nur die Stationsleitenden, sondern das gesamte Team in der Verantwortung, das Projekt erfolgreich durchzuführen.

Inspirierende Schulung und Trainings der Lean Leadership-Instrumente bzw. Skills sind zentral für eine erfolgreiche Transformation und können eine breite Begeisterung und Motivation entfachen. Eine Teilnehmerin sagte in diesem Kontext: „Bei allen Beteiligten sollte das Lean-Denken einen Funken entfachen“.

Auch sollte die Anleitung zu Huddle Board, Führungs-Gemba und KATA-Coaching so konkret wie möglich verlaufen und mit einem sorgfältig erarbeiteten Umsetzungsplan verbunden sein. Möglichst alle Mitarbeitenden sollten Wissen und Können zu Lean Management aufbauen.

Um Lean Leadership umzusetzen, ist auch Mut erforderlich. Es geht darum, Dinge auszuprobieren und Anpassungen vorzunehmen: „Für eine erfolgreiche Umsetzung müssen

wir alle am gleichen Strang ziehen. Und wenn der Wind anders weht, müssen die Segel anders gesetzt werden“, meinte eine Teilnehmerin. Es erwies sich als zentral, dass alle Mitarbeitenden dazu motiviert sind, mitzumachen.

Stationsleitende sollten ihre Führungsverantwortung beim Umsetzen von Lean Leadership und im Veränderungsprozess aktiv wahrnehmen. Wichtig ist auch, dass Führungspersonen die Mitarbeitenden auf den Stationen begleiten und befähigen. Eine positive Einstellung, Vertrauen und Toleranz sowie der frühzeitige Einbezug aller Berufsgruppen sind unerlässlich für die erfolgreiche Lean Leadership-Entwicklung.

Eine Stationsleiterin erwähnte jedoch auch negative Aspekte: „Das Feuer für die Einführung der Gemba und des KATA-Coachings war nach der Schulung schnell gelöscht“. Umso wichtiger ist es, die erzielten positiven und negativen Ergebnisse bei der Umsetzung kontinuierlich sichtbar zu machen.

Die induktive Entwicklung des Huddle Boards bewerteten die Teilnehmenden positiv. Eine Teilnehmerin meinte jedoch: „Einfach machen lassen und Unterstützung anbieten – das fördert die Innovationskraft“.

Ein zentraler Erfolgsfaktor besteht auch darin, von anderen Stationen zu lernen. Ein Triage-Projekt im Bereich der zentralen Patientenaufnahme mit der Methode „Design Thinking“ passte gut zum Lean Leadership-Projekt und verstärkte die Lean Thinking-Fähigkeit. Hierbei kam das Ziel der Direktion klar zum Vorschein: „Wir brauchen weniger Papiere und stattdessen mehr Prozessversuche, um zu testen, was funktioniert und was nicht“, sagte eine Teilnehmerin.

10.6 Barrieren

Das Projekt machte deutlich, dass vielfältige Barrieren einer Lean Leadership-Einführung im psychiatrischen Setting entgegenstehen. Folgende Hindernisse lassen sich beschreiben:

- Die Stationsleitung und das Pflorgeteam zeigten ein unterschiedliches Verständnis der Organisation und der Lean Leadership-Ziele
- Fehlende Transparenz
- Häufiger Personalwechsel
- Distanz zwischen Leitung und Team
- Zu viele parallele Projekte und eine Übersättigung in Bezug auf Innovationen können die Einführung beeinträchtigen.

Teilweise hat sich bei anderen Berufsgruppen auch ein Unwille bemerkbar gemacht, der bis zur Verweigerung reichte. Von zwei Oberärzten einer Station kam die Rückmeldung, sie hätten keine Zeit für Huddling, es sei unnötig und gehe nur die Pflege etwas an. Diese Rückmeldung weist darauf hin, wie wichtig es ist, das Projekt im Vorfeld gut mit anderen Berufsgruppen abzustimmen, bevor Aktionen umgesetzt werden.

Die Nachhaltigkeit des Projekts ist infrage gestellt durch eine Haltung, die in der folgenden Aussage beispielhaft zum Ausdruck kommt: „Dies ist nur ein Forschungsprojekt, nicht verankert und an eine Person gebunden“. Somit sollten großangelegte Projekte möglichst breit abgestützt und strukturell verankert werden.

Die drei Lean Leadership-Konzepte können das betriebliche Lernen fördern, sind jedoch auch plakativ und rezeptartig. Bei einem Gemba-Walk mussten individuelle Barrieren beachtet werden. Arbeitsprozesse zu beobachten und zu hinterfragen löste zunächst Skepsis aus, die abgebaut werden musste. Eine Stationsleitende meinte: „Das Projekt war toll – genau für mich. Ich war jedoch zu Beginn sehr skeptisch. Was will die Geschäftsleitung mit dieser Initiative? Personalabbau? Effizienz? Wozu? Ein trojanisches Pferd. Ich habe bei der Zusage Bedenkzeit gebraucht“.

Nach den Workshops folgte teilweise eine Ernüchterung und Abkühlung. Es gab Widerstände im Team und Ablehnung im multiprofessionellen Team. In Bezug auf ein gemeinsames Vorgehen der Berufsgruppen meinte eine Teilnehmerin: „Das Huddling sollte in der dualen Führung zwischen Oberarzt und Pflege eingeführt werden“. Dies würde bedeuten, gemeinsame Schulungen zu absolvieren, damit ein gemeinsames Lean-Verständnis von Beginn an etabliert werden kann. Aus Sicht der Teilnehmenden sind Führungs-Gemba und KATA-Coaching ausbaufähig und sollten weiterverfolgt werden.

Insgesamt erlebten die Teilnehmenden das Lean Leadership-Forschungsprojekt als sehr positiv, bereichernd und gewinnbringend, obwohl es teilweise zusätzliche Arbeit erforderte. Alle 25 Teilnehmenden waren bereit, das Projekt unter Berücksichtigung der Erfolgsfaktoren weiterzuempfehlen.

Die Befragungen mittels TLI und SPLIT bewerteten die Teams als positiv und spannend. Damit jedoch die Mitarbeitenden ein tragendes Kommittent und Unterstützung erfahren können, ist eine klare strategische Ausrichtung der gesamten Organisation unabdingbar.

Aus Sicht der Teilnehmenden ist Lean Leadership ein sehr gutes Führungskonzept. Es ermöglicht, sich von einer rein intuitiven Führung zu entfernen und vermehrt auf der Basis von Daten und Fakten zu steuern. Lean Leadership sollte auch mit dem strategischen Programm EFQM (European Foundation for Quality Management) verknüpft werden.

Dieses Projekt wäre ohne eine Führungsperson als Projektleitung, die fachlich und sachlich interprofessionel argumentierte, sicherlich gescheitert. Ein Grund hierfür könnte die Machtposition und die Vorbildwirkung sein.

Lean Management im Rahmen eines Forschungsprojekts einzuführen, kann wirksam sein, um die notwendige breite Zustimmung für die definitive Einführung zu entwickeln.

10.7 Empfehlungen

Zusammenfassend lassen sich folgende Empfehlungen formulieren:

Leitungen Pflege sollten die Stationsleitenden immer wieder neu für Lean Thinking und damit verbundene Innovationen inspirieren: „Dabei sollten die Stationsleitenden befähigt werden, mit Lean Leadership-Prinzipien zu führen“, betonte eine Teilnehmerin.

Lean Leadership und kontinuierliche Prozessoptimierung sollte wie eine Sportdisziplin permanent trainiert werden. Ansonsten ist es schwierig, das Niveau zu halten.

Wichtig ist auch, dass Stationsleitende eine systemische Sicht einnehmen und über eine „Vogelperspektive“ verfügen. Das Projekt zeigte, dass Stationsleitende bei den Problembeschreibungen zu stark auf die Detail- und Kausalebene ausgerichtet sind und teilweise zu wenig auf Zusammenhänge und gegenseitige Abhängigkeiten achten.

10.8 Fazit

Alle Teilnehmenden haben dieses Forschungsprojekt weiterempfohlen. Aus Sicht der Beteiligten stellten die Workshops eine gute Einführung in die Lean-Konzepte dar. Sie bewerteten die Konzepte als wirkungsvoll und konnten von den Projekterfahrungen profitieren.

Dieses Forschungsprojekt passte in den Kontext der Kaderentwicklung und förderte die Ausrichtung: „Alle Aktionen zur Kaderentwicklung gehen in die gleiche Richtung“, bemerkte eine Teilnehmerin. Ihre Kollegin fasste ihren Gesamteindruck in folgendem Bild zusammen: „Dieses Projekt war wie eine Rutschbahn – mit farbigen Bällen in gleicher Form und Grösse, die harmonisch zusammengepasst haben“.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Lean Leadership einen wahrnehmbaren Beitrag zur Führungsentwicklung leistete. Da dieses Projekt an eine Person geknüpft war, wird die Nachhaltigkeit jedoch infrage gestellt.

Zwei der drei Stationsleitenden auf der Kontrollstation wurden zu ihren Ergebnissen aus der Vor- und Nachmessung befragt. Bei einer Station war der Rücklauf aus der Vormessung zu gering und somit nicht verwertbar. Ein Stationsleiter traf aufgrund des geringen Wertes im Bereich „geistige Anregung“ in der Vormessung Maßnahmen. Er hatte sich während sechs

Monaten mehr Zeit genommen, um Erklärungen und Lösungen für Patientenprobleme mit den Teammitgliedern zu besprechen. Sein Ziel bestand darin, die Mitarbeitenden zur Problemlösung zu motivieren. In diesem Zeitraum war ein Stationsleiter abwesend. Dies hatte zu Folge, dass ein Patientenvorfall zu großen Unklarheiten zwischen Pflorgeteam und Ärzteschaft führte.

Die Konfliktlösung ohne den abwesenden Stationsleiter führte zu Spannungen im Team und beeinflusste sicherlich die Ergebnisse der Leadership-Entwicklung negativ.

Ein erfahrener Stationsleiter mit 18 Jahren Führungserfahrung berichtete über die Veränderung seines Führungsverhaltens. Er leite vermehrt direkt und auf der Basis von Vorgaben, da junge Mitarbeitende (Generation Y) dies verstärkt forderten. Zugleich verfolgte er einen situativen Führungsstil und verstärkte die Selbstführung. Aus seiner Sicht besteht ein sich verschärfendes Spannungsfeld zwischen Fach-Coaching und Führung aufgrund zunehmender Spezialisierung und Schwerpunktbildung nach Krankheitsbildern bzw. Syndromen. Im Kontext zunehmender Komplexität stellt sich die Frage: Wie gelingt es, das Führungsverhalten entsprechend auszurichten? Aus Sicht dieses Stationsleiters erfolgen bei Führungsproblemen häufig schnelle Antworten und Durchsetzungsverhalten, ohne sorgfältige Analyse und vertieftes Verständnis für den jeweiligen Sachverhalt. Seiner Meinung nach führt dies unweigerlich zu Fehlentscheiden oder unnötigen Korrekturen, die im Vorfeld verhindert werden könnten.

11. DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die Hypothesen verifiziert oder falsifiziert.

Die Implementierung von Lean Leadership-Konzepten hat einen positiven Einfluss auf das transformationale Leadershipverhalten der Stationsleitenden in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich ausgeübt (Aij, 2016, S. 4-5). Diese Hypothese lässt sich durch den leichten Anstieg im Vergleich zwischen Baseline- und Secondline-Erhebung bestätigen. Die Befragten interpretierten die Ergebnisse jedoch unterschiedlich. Einerseits äußerten sie einen klaren Zusammenhang, andererseits waren weitere Entwicklungen, die nicht mit Lean Leadership verbunden waren, für die Ergebnisse verantwortlich. Somit lässt sich festhalten, dass Lean Leadership-Konzepte das transformationale Leadership-Verhalten positiv beeinflussen können. Das Lean Leadership-Trainingsprogramm sowie Coaching und Mentoring können das Leadership-Verhalten und die Teamleistung verbessern (Felfe, 2015, S. 420).

Der Vergleich zwischen Baseline- und Secondline-Messung in Bezug auf transformationales Leadership-Verhalten ergab, dass der Mittelwert der Interventionsgruppe für alle sieben Dimensionen (leicht) gestiegen ist. In den Dimensionen „Geistige Anregung“ und „Bedingte Belohnung“ zeigte sich ein signifikanter Anstieg. Somit kann von einer positiven Entwicklung in der Interventionsgruppe die Rede sein.

Im Gegensatz dazu sind in der Kontrollgruppe nur die Werte für die Dimension „Geistige Anregung“ leicht gestiegen. Alle weiteren Werte blieben gleich oder haben sogar abgenommen, wobei die Veränderungen nicht signifikant sind. Die Entwicklung war nicht so positiv wie in der Interventionsgruppe. Bei der Baseline-Messung waren die Werte der Kontrollgruppe für alle Dimensionen des TLI höher als in der Interventionsgruppe. Für die Dimensionen „Vorbild sein“, „Gruppenziele fördern“ und „Bedingte Belohnung“ erwiesen sich die Unterschiede sogar als signifikant. Bei der postinterventionellen Messung fanden sich diese signifikanten Unterschiede nicht mehr.

Die Hypothese, dass die Implementierung von Lean Leadership-Konzepten in psychiatrischen Pflgeteams das Shared Leadership-Verhalten positiv beeinflusst (Aij, 2016, S. 5-6), erwies sich als nicht signifikant. Der Mittelwert der Interventionsgruppe ist für alle vier Dimensionen leicht gestiegen. Man kann maximal von einer positiven Entwicklung in der Interventionsgruppe sprechen. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe sind die Werte nur für die Dimension „Aufgabenmanagement“ leicht gestiegen und für „Veränderungsmanagement“ sowie „Mikropolitischen Management“ sogar gesunken. Auch diese Veränderungen sind nicht signifikant. Die Entwicklung scheint nicht so positiv wie in der Interventionsgruppe.

Bei der Baseline-Messung waren die Werte der Kontrollgruppe für alle vier Dimensionen des SPLIT signifikant höher. Dieser bedeutsame Unterschied findet sich für die Dimensionen „Veränderungsmanagement“ und „Mikropolitischen Management“ jedoch nicht mehr. Die Hypothese, dass sich die Implementierung von Lean Leadership-Konzepten positiv auf Transformational Leadership und Shared Leadership auswirkt (Aij, 2016, S. 5-6), kann somit nicht zusammenhängend beantwortet werden.

Lean Leadership-Trainingsprogramme, Coaching und Mentoring können die Leadership-Wirkung verbessern. Die Teamleistung ließ sich ebenfalls optimieren, ebenso der Informationsfluss, was zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung beiträgt (Felfe, 2015, S. 48).

Die qualitativen Interviews haben die folgende, oft zitierte Hypothese bestätigt: Die wichtigsten Erfolgsfaktoren und die Nachhaltigkeit einer erfolgreichen Lean Hospital-Einführung bestehen in einer klaren Strategie, einer gemeinsamen Vision sowie im Commitment bzw. in der Unterstützung auf allen Ebenen. Ebenso wichtig ist eine Lernumgebung, die den kontinuierlichen Verbesserungsprozess fördert (Aij et al., 2015, S. 207; Drotz & Poksinska, 2014, S. 191; Doss & Orr, 2007, S. 8; Goodridge et al., 2015, S. 12; Mann, 2009, S. 26; Mazzocato et al., 2010, S. 381; Steed, 2012, S. 57; Stöhr, 2015, S. 10; Toussaint 2013, S. 14).

Die Lean Leadership-Entwicklung sollte in die Strategie einer Institution eingebettet sein und messbare Betriebsziele mit Nutzen für Patient(inn)en verfolgen. Die Zustimmung und die

Erwartung der Geschäftsleitung sowie die Schulung des Top-Kaders erweist sich als zwingend notwendig, um Lean Thinking vorzuleben, einzufordern und zu überprüfen.

Die Hypothese, dass Alter und Geschlecht der Mitarbeitenden keinen Einfluss auf die Implementierung von Lean Leadership haben, ließ sich nicht bestätigen. Stationsleitende über fünfzig Jahre zeigten höhere Werte in Bezug auf die Dimensionen „Leistungserwartung“, jedoch niedrigere Werte hinsichtlich des „Aufzeigens von Visionen“. Stationsleiterinnen erreichten höhere Werte bezüglich der „Leistungserwartung“. Bei der Secondline-Erfassung war die Lean-Erfahrung unverändert. Das Alter hatte keinen Einfluss auf die Dimensionen „Leistungserwartung“ und „Belohnung“. Für die anderen fünf Dimensionen zeigten unter fünfzigjährige Personen höhere Werte. Stationsleiterinnen wiesen höhere Werte in der Dimension „Leistungserwartung“ auf. Stationsleiter erreichten in der Secondline-Erfassung höhere Werte in den Dimensionen „Visionen aufzeigen“, „Vorbild sein“ und „Geistige Anregung“.

Die Führungsjahre in der aktuellen Position haben keinen Einfluss auf den Erfolg der Lean Leadership-Orientierung. Stationsleitende mit mehr als fünfzehn Jahren Führungserfahrung zeigten höhere Werte in der Dimension „Leistungserwartung“, jedoch niedrigere Werte in Bezug auf das „Aufzeigen von Visionen“. Führungserfahrung hatte keinen Einfluss auf die Dimensionen „Leistungserwartung“ und „Belohnung“. Stationsleitende mit geringerer Erfahrung erreichten in den anderen fünf Dimensionen höhere Werte.

Hinsichtlich der Ergebnisse und der Interpretation von Transformational Leadership sollte der Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Führung Beachtung finden. Bass (1999, S. 11) weist darauf hin, dass ein umfassendes Verständnis des „Full Range of Leadership“ auch voraussetzt, Differenzen zwischen transformationalem und transaktionalem Führungsstil im Kontext der Persönlichkeitsmerkmale aufzuzeigen. „Eine zu isolierte Betrachtungsweise würde einer umfassenden Erklärung nicht dienlich sein“ (Fraude, 2015, S. 85).

Die heutige Führungsforschung basiert auf der Annahme, dass der Führungserfolg wesentlich durch die Persönlichkeit der Führungsperson beeinflusst wird. Dies geht aus Forschungsarbeiten zum Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit („Big Five“) mit den

Faktoren (1) Extraversion, (2) Gewissenhaftigkeit, (3) Emotionale Stabilität, (4) Verträglichkeit und (5) Offenheit für Erfahrungen hervor (Felfe, 2015, S. 369).

Kategorien	schwach ausgeprägt	stark ausgeprägt
(1) Extraversion	zurückhaltend, reserviert	erfinderisch, neugierig
(2) Gewissenhaft	unbekümmert, nachlässig	effektiv, organisiert
(3) Neurotizismus (Emotionale Stabilität)	selbstsicher, ruhig	emotional, verletzlich
(4) Verträglichkeit	wettbewerbsorientiert, antagonistisch	kooperativ, freundlich, mitfühlend
(5) Offenheit für Erfahrungen	konservativ, vorsichtig	erfinderisch, neugierig

Tabelle 25: Fünf-Faktoren-Modell: Kategorien und Ausprägungen. (Quelle: Goldberg, 1992, S. 26)

Führungspersonen mit starker Extraversion zeigen den deutlichsten Führungserfolg. Sie sind durchsetzungsstark, gesellig, energisch, aktiv und werden dementsprechend als führungsstark wahrgenommen (Felfe, 2015, S. 370). Hierbei gibt es eine Ähnlichkeit zwischen Extraversion und transformationalem Führungsverhalten (Felfe, 2015, S. 372). Bestimmte Einflussfaktoren der Organisation, der Arbeitstätigkeit und der Persönlichkeit der Führungsperson wirken sich auf das transformationale Führungsverhalten aus (Messina, 2012, S. VII).

Die Regressionsanalyse von Fraude (2015, S. V) bestätigte, dass Sozialkompetenz als Teil der Persönlichkeit einer Führungsperson insbesondere eine Korrelation zur transformationalen Führung aufweist. Hingegen spielt die Persönlichkeit bei den transaktionalen Führungsdimensionen lediglich eine untergeordnete oder gar keine Rolle. Führungswirkung gilt es somit als komplexes Modell zu verstehen und als dynamischen Prozess zwischen Führungspersönlichkeit, Teamverhalten und kontextuellen Einflüssen zu analysieren. Autonomie, Beziehungsdauer, Hierarchie und Organisationsform spielen dabei eine wichtige Rolle (Felfe, 2015, S. 376-377).

Die Eigenschaften der Mitarbeitenden beeinflussen die Teamführung. Führungspersonen und Mitarbeitende arbeiten erfolgreich zusammen, wenn sie ähnliche oder ergänzenden Eigenschaften aufweisen (Felfe, 2015, S. 371). In Zukunft sollten auch destruktive Verhaltensweisen des Shared Leadership in Teams (Felfe, 2015, S. 86) und bei Führungspersonen analysiert werden, um auch Misserfolge und Scheitern von

Führungspersonen besser erklären zu können. Beispielsweise ist die Extraversion einer Führungsperson vorteilhaft für die Teamleistung, wenn die Mitarbeitenden passiv und nicht proaktiv sind. Je nachdem, ob sich Führungspersonen und Mitarbeitende in Bezug auf ihre Eigenschaften ähnlich sind, wirkt sich dies unterschiedlich auf die Arbeitsleistung aus (Felfe, 2015, S. 372).

Leadership ist laut Kotter lernbar und hat nichts mit „Charisma“ oder Charaktereigenschaften zu tun: „Management heisst, Komplexität zu bewältigen. Dagegen zielt Führung darauf ab, mit Wandel klarzukommen“ (2016, S. 66).

Eine Führungsperson muss nicht nur Kontrolle ausüben und störungsfreie betriebliche Abläufe sicherstellen. Sie sollte auch imstande sein, den geeigneten Weg vorzugeben und die Mitarbeitenden wirkungsvoll auf den Weg des Wandels einzuschwören (Kotter, 2016, S. 70). Fähige Führungspersonen motivieren auf verschiedene Weise. Sie sprechen über Visionen und über die Wertvorstellungen der Mitarbeitenden. Jeder Einzelne fühlt sich mit seinen Aufgaben für den Unternehmenserfolg mitverantwortlich und bedeutungsvoll.

Führungspersonen unterstützen die Mitarbeitenden gezielt durch Coaching und Feedback. Sie sorgen dafür, dass Mitarbeitende an ihren Aufgaben wachsen und ihr Selbstwertgefühl steigt (Kotter, 2016, S. 73). Dieser Lernprozess trägt zu einer wirkungsvollen Führungskultur bei.

Führung ist nach Aij et al. (2013, S. 121) besonders wichtig, wenn Organisationen unvermeidliche Veränderungen bei der Umsetzung von Lean Management verfolgen. Laufende Prozessänderungen als Teil der kontinuierlichen Verbesserung sind in der Regel inkrementell und nicht als transformativ in sich selbst anzusehen. Allerdings bringt die Einführung von Lean Management bedeutende Veränderungen der Organisation mit sich. Es gibt keinen Konsens darüber, welche Führungsstile und Kompetenzen für den Wandel wichtig sind. Allerdings besteht eine enge Korrelation zwischen Führungsaktionen für Lean Transformation und für generische transformative Veränderung (Aij et al., 2013, S. 6). Als entscheidendes Element für die Wirksamkeit der Führung gilt die erforderliche Kompetenz. Mann (2009, S. 18) geht davon aus, dass das Lean Management-System zentral für die erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung von Lean ist. Innerhalb des vorgeschlagenen Lean Management-Systems identifiziert Mann (2009, S. 22) vier Hauptelemente:

1. Standardisierte Führung
2. Visuelle Kontrollen
3. Tägliche Rechenschaftspflicht
4. Führungsdisziplin.

Merlino et al. (2014, S. 235-237) beschreiben umfassend und erstmals explizit Lean im psychiatrischen Setting der New York City Health and Hospital Corporation. Sie verstehen Lean als System zur Bewältigung von Komplexität und Dringlichkeit bei notwendigen Veränderungen. Die Autoren erlebten Lean als Methodik, die es Mitarbeitenden auf allen Ebenen ermöglichte, Problembereiche innerhalb von Prozessen zu identifizieren und Lösungen rasch umzusetzen. Lean trug dazu bei, einen Kulturwandel herbeizuführen, der für die Gestaltung äußerst störungsanfälliger Systeme wesentlich war. Der Schlüssel zum Erfolg bestand darin, die Stimme der Patient(inn)en und Mitarbeitenden zu hören.

Lean ist aus Sicht von Merlino et al. (2014) ein integrativer Prozess und verändert eine Organisation durch die Abkehr von einem „Top-down“-Managementansatz zu mehr Partizipation. Eine starke Unterstützung der Führung beim Umsetzen der Optimierungsvorhaben ist für die Vertrauensbildung sowie für die Sinnhaftigkeit der Arbeit entscheidend. Lean bietet die Gelegenheit, durch Streben nach Qualität, Sicherheit und Effizienz als Organisation zu wachsen und zugleich menschliche Entwicklung zu fördern.

Merlino et al. (2014) berichten, dass Lean in ihrer Organisation einen mehrjährigen Prozess des Kulturwandels ermöglichte: „Wir haben einen Kulturwandel erreicht, der einem idealen Zustand ähnelt“ (Merlino et al., 2014, S. 237). Es traten signifikante Verbesserungen auf und das Engagement der Mitarbeitenden verstärkte sich. Die Erfahrung zeigte, dass Führungspersonen und klinisch tätige Mitarbeitende sich Zeit füreinander nehmen müssen, um eine erfolgreiche Transformation zu erreichen (Merlino et al., 2014, S. 132). Personen, die Lean Leadership-Konzepte umsetzen, sollten von ihren Vorgesetzten einerseits aktive Unterstützung erfahren. Andererseits sollten die Vorgesetzten jedoch auch Verbindlichkeit einfordern.

Ist Lean Leadership ein Modell für die Zukunft? Die Ausgangsfrage dieser Arbeit lässt sich auf der Basis der Untersuchungsergebnisse klar mit „Ja“ beantworten. Lean Leadership kann neben anderen Führungskonzepten einen wichtigen Beitrag zu wirksamer Führung leisten und

die Wettbewerbsfähigkeit bzw. die Arbeitsattraktivität steigern. Dabei gilt es zu betonen, dass Lean Leadership als universelles Konzept zu betrachten ist und sich somit auf sämtliche Branchen übertragen lässt, wobei es den jeweiligen Kontext zu berücksichtigen gilt.

Der Mehrwert für die Forschung (externe Evidenz) lässt sich folgendermassen beschreiben:

- Erstmalig wurde die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit des Verhältnisses zwischen Lean Leadership und Führungsverhalten beschrieben.
- Das Forschungsdesign lässt sich in sämtlichen Branchen leicht und ohne Anpassung wiederholen.
- Der Zusammenhang zwischen Lean Leadership-Werkzeugen und Führungsverhalten wurde erstmalig untersucht.
- Der valide Shared Leadership-Fragebogen kam erstmalig im psychiatrischen Pflegebereich zum Einsatz.
- Lean Leadership wurde erstmalig im Rahmen der Aktionsforschung und anhand eines quasiexperimentellen Design untersucht.
- Das Niveau der evidenzbasierten Praxis konnte erstmalig von III-V (Expertenmeinung, klinische Erfahrungen, Fallserien, nicht vergleichende Studien, deskriptive Studie, Vergleichsstudien, Korrelationsstudien) auf IIb (mindestens eine gut geplante, quasiexperimentelle Studie, Fall-Kontroll-Studie) erhöht werden (vgl. S. 74).

Somit wurden mehrere Forschungslücken teilweise geschlossen.

Der Mehrwert für die Praxis (interne Evidenz) lässt sich folgendermassen beschreiben:

- Lean Management zeigte sich im psychiatrischen Setting als universelles Konzept.
- Es liegt nun ein überprüftes Lean Leadership-Trainingsprogramm vor.
- Huddle Board erweist sich als wirksames Konzept für Organisation und Zusammenarbeit.
- Führungs-Gemba und KATA Coaching sind anschlussfähig.
- Unterstützt das Streben nach Wertschöpfung und die menschliche Entwicklung.

12. LIMITATIONEN

Diese Untersuchung ist infolge der Fokussierung auf eine einzige Institution und aufgrund eines geringen Datensets als Pilotstudie anzusehen.

Die systematische Literaturrecherche zu Lean Leadership muss unter mehreren Gesichtspunkten diskutiert werden. Die Erkenntnisse in Bezug auf Lean Leadership-Konzepte und Lean Leadership-Verhalten hat eine zweite Person kritisch begutachtet und reflektiert. Die Beeinflussung der Lean Leadership-Konzepte und -Verhaltensweisen sowie die abgeleiteten Führungstheorien Transformational Leadership und Shared Leadership liessen sich bestätigen. Nach Abschluss der Recherche wurden weitere qualitativ hochwertige Studien publiziert, beispielsweise Aij et al. (2015; 2016). Diese sollten im Rahmen zukünftiger Untersuchungen einbezogen werden.

Großer Entwicklungsbedarf besteht bei der systematischen Evaluation von Lean Leadership-Konzepten in Bezug auf Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Denn die Autor(inn)en sämtlicher Publikationen weisen zwar auf die bedeutsame Rolle der Führung bei der Lean Hospital-Implementierung hin. Wie Führungspersonen jedoch befähigt werden sollen, bleibt oft unbeantwortet. Deshalb ist es notwendig, Trainingsprogramme zu entwickeln und zu evaluieren.

Die drei Schulungstage zu den Lean Leadership-Konzepten Huddle Board, Führungs-Gemba, und KATA-Coaching waren unweigerlich durch den Trainer und die Gruppendynamik in positiver oder negativer Weise beeinflusst. Dies hat sich möglicherweise auf die Umsetzung ausgewirkt.

Die Interventionen waren sehr situativ geprägt und nur teilweise standardisierbar. Gerade Standardisierbarkeit wäre jedoch für die Wirkungsüberprüfung notwendig.

Die Ergebnisse sind in Bezug auf N=168 (TLI) und N=164 (SPLIT) nicht generalisierbar. Für den Pflegedienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich sind sie jedoch repräsentativ, da 14 von insgesamt 32 Stationen teilgenommen haben. Insofern müssten die Ergebnisse multizentrisch auch in anderen Versorgungseinrichtungen und Branchen bestätigt werden.

Es ist kritisch zu berücksichtigen, dass möglicherweise nur innovative Führungspersonen und Stationen an dieser Untersuchung teilgenommen haben. Ebenso ist das quasiexperimentelle Vorgehen mit drei Kontrollstationen unter Vorbehalt zu betrachten. Diese Stationen sind alle derselben Klinik zugeordnet und widerspiegeln die Führungskultur der anderen drei Kliniken nicht zwingend.

Der wesentliche Qualitätsaspekt der Hypothesenprüfung und ihr Beitrag zur Stützung kausaler Erklärung lässt sich nur bedingt ableiten (Döring & Bortz, 2015, S. 490). Die Bemühung, die Ursache-Wirkungs-Beziehung zu identifizieren oder zu testen, lässt sich niemals zweifelsfrei empirisch nachweisen (Döring & Bortz, 2015, S. 490).

In dieser Studie gibt es eindeutig diverse Kovariablen, die transformationales Leadership-Verhalten und Shared Leadership-Verhalten nicht nur im Kontext der Lean Leadership-Konzepte beeinflusst haben. Mögliche Kovariablen liessen sich durch die qualitativen Interviews ermitteln, beispielsweise aktuelle Spannungen im Team. Bereits durch die Messung geschah eine Sensibilisierung hinsichtlich der Führungskategorien.

Obwohl eine interne Stabsperson die Fokusgruppeninterviews durchführte, hat möglicherweise der Vizedirektor als Projektleiter und Protokollant die freie Meinungsäußerung beeinflusst. Dadurch antworteten die Teilnehmenden möglicherweise im Sinne der sozialen Erwünschtheit.

Auch die Zuteilung der Teilnehmenden zu den Fokusgruppen gilt es kritisch zu betrachten. Eventuell hat die homogene Zusammensetzung eine kritische Diskussion verhindert. Denn die Teilnehmenden haben sich möglicherweise innerhalb der ihnen bekannten Gruppen in ihrer Komfortzone bewegt und erlebten möglicherweise wenig Irritationen, die Anlass zu zirkulärem Lernen boten. Machtverhältnisse zwischen dem Vizedirektor als Forschungsleiter und den Teilnehmenden gilt es ebenfalls kritisch zu hinterfragen. Denn Machtverhältnisse beeinflussen unweigerlich die freie Meinungsäußerung und somit auch die Ergebnisse (Hart & Bond, 2001, S. 68).

Zusammenfassend gilt es zu betonen, dass die Resultate dieser Pilotstudie zwingend falsifiziert werden müssen. Es ist notwendig, das methodische Vorgehen weiterzuentwickeln und jeweils an den Kontext anzupassen. Zukünftige Forschung zu interprofessioneller Führung sollte sich am Kontext des klinischen Behandlungsprozesses ausrichten. Unzureichende klinische Arbeitsprozesse gilt es nachhaltig zu optimieren, da eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Pflegenden sowie Ärztinnen und Ärzten die Qualität der Patientenbetreuung erhöht und die Arbeitszufriedenheit fördert (Stichler 2009, S. 342).

13. ZUSAMMENFASSUNG

Ausgangslage

Die Psychiatrie ist herausgefordert, ihr humanistisches Behandlungsverständnis verstärkt mit wirtschaftlicher Verantwortung zu verbinden und unternehmerisches Handeln sowie Nutzerorientierung in ihr Selbstverständnis zu integrieren. In diesem Kontext gewinnt der Lean Management-Ansatz an Relevanz. Zahlreiche Studien machten deutlich, dass der Führung herausragende Bedeutung zukommt, um Lean Management im Spital erfolgreich zu implementieren (Aij et al., 2015, S. 207; Drotz & Poksinska, 2014, S. 191; Doss & Orr, 2007, S. 8; Goodrifge et al., 2015, S. 12; Mann, 2009, S. 26; Mazzocato et al., 2010, S. 381; Steed 2012, S. 57; Stöhr 2015, S. 10; Toussaint 2013, S. 14). Vor diesem Hintergrund ermittelt die vorliegende Untersuchung die Wirkung des Lean Leadership-Verhaltens von Stationsleitenden des Pflegedienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Studien zu angewandten Lean Leadership-Konzepten wie Huddle Board, Führungs-Gemba und KATA-Coaching liegen noch nicht vor. Bisherige Untersuchungen betonen zwar die Bedeutung der Führung beim Implementieren von Lean Hospital, nehmen jedoch die systematische Führungsentwicklung und deren Evaluation nicht in den Fokus.

Fragestellungen

Die folgenden fünf Fragen standen im Zentrum dieser Arbeit:

- Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten und transformationellem Leadership-Verhalten bei Stationsleitenden in der psychiatrischen Pflege?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten in psychiatrischen Pflgeteams und deren Shared Leadership-Verhalten?
- Wie bewerten Stationsleitende und ihre Teams die Lean Leadership-Konzepte?
- Worin bestehen die zentralen Erfolgsfaktoren und Barrieren bei der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten?

- Gibt es Zusammenhänge zwischen ausgewählten soziodemographische Strukturdaten und der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten?

Methodik

Für diese Pilotstudie und Praxisentwicklung eignete sich die Methode der Aktionsforschung mit quasiexperimentellem Design. Es erfolgte eine Messung des Einzel- und Teamführungsverhaltens (Transformational Leadership Inventory, TLI [N168], Shared Professional Leadership Inventory for Teams, SPLIT [N164]) auf vierzehn Pflegestationen mit siebzehn Leitungspersonen aus vier Kliniken mit einer Vor- und Nachmessung nach sechs Monaten. Die Kontrollgruppe bestand aus drei Stationen (Vormessung: N21/Nachmessung: N28).

Auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche erfolgte an drei Schulungstagen ein Training der Lean Leadership-Konzepte Huddle Board, Führungs-Gemba und KATA-Coaching, um deren Implementierung vorzubereiten. Um die quantitativen Daten zu verstehen und zu interpretieren, fanden Fokusgruppeninterviews mit 25 von 42 (59.5%) Schulungsteilnehmenden statt. Dabei erfolgte auch eine Bewertung der Lean Leadership-Konzepte, ebenso eine Evaluation der Erfolgsfaktoren und Barrieren bei der Implementierung.

Ergebnisse

Der Zusammenhang zwischen der Implementierung von Lean Leadership-Konzepten wie Huddle Board, Führungs-Gemba sowie KATA-Coaching und der Entwicklung von Transformational Leadership bei Stationsleitenden und Pflgeteams in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich lässt sich mit einem leichten Anstieg im Vergleich zwischen Baseline- und Secondline-Erhebung bestätigen. Ein positiver Einfluss durch Shared Leadership war jedoch nicht beobachtbar. Alle Pflgeteams haben Huddling meist erfolgreich interdisziplinär umgesetzt und als sehr positiv bewertet, da es die Tagesorganisation effizienter und effektiver machte. Führungs-Gemba und KATA-Coaching liessen sich aufgrund fehlender Ressourcen nur teilweise umsetzen. Die Erfahrungen waren jedoch durchweg positiv und die Teilnehmenden bewerteten diese Lean Leadership-Konzepte ebenfalls als sehr gewinnbringend. Als Erfolgsfaktoren bei der Implementierung erwiesen sich die Einbettung in die Spitalstrategie und die Operationalisierung anhand messbarer Betriebsziele mit einem

Nutzen für Patient(inn)en und Mitarbeitende. Die Zustimmung, Ausrichtung und Unterstützung der Geschäftsleitung sowie die Schulung des Top-Kaders sind ebenfalls zwingend notwendig. Führungspersonen sollten Lean Thinking vorleben, einfordern und überprüfen. Die Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handbarkeit muss klar zum Ausdruck kommen. Eine deutliche Kommunikation hinsichtlich Sinn und Mehrwert von Lean Hospital fördert die Akzeptanz.

Das Training und die Umsetzung sollten interdisziplinär erfolgen. Als zentrale Barriere bei der Einführung des Huddle Boards erwies sich die Ablehnung durch andere Berufsgruppen (Ärzeschaft, Psychologie, Therapie). Für die Integration der Führungs-Gemba und des KATA-Coachings in die bestehenden Stationsstrukturen fehlten die Ressourcen. Bei der Baseline-Erfassung des Transformational Leadership-Verhaltens zeigte sich, dass Stationsleitende ohne Lean-Erfahrung höhere Werte in allen sieben Ausprägungen erreichten. Stationsleitende mit mehr als fünfzehn Jahren Führungserfahrung wiesen höhere Werte in der Dimension „Leistungserwartung“ auf, zeigten jedoch niedrigere Werte bezüglich des „Aufzeigens von Visionen“. Stationsleitende über fünfzig Jahre erzielten höhere Werte in Bezug auf „Leistungserwartung“, jedoch niedrigere Werte hinsichtlich des „Aufzeigens von Visionen“. Stationsleiterinnen wiesen höhere Werte bezüglich der „Leistungserwartung“ auf. Im Rahmen der Secondline-Erfassung war die Lean-Erfahrung unverändert. Auf die Dimension „Leistungserwartung“ und „Belohnung“ hatte die Führungserfahrung keinen Einfluss. Weniger erfahrene Stationsleitende zeigten in den anderen fünf Dimensionen höhere Werte. Das Alter beeinflusste die Dimensionen „Leistungserwartung“ und „Belohnung“ nicht. Hinsichtlich der anderen fünf Dimensionen zeigten Stationsleitende unter fünfzig Jahren höhere Werte. Stationsleiterinnen wiesen höhere Werte in der Dimension „Leistungserwartung“ auf. Stationsleiter erreichten in der Secondline-Erfassung höhere Werte in den Dimensionen „Visionen aufzeigen“, „Vorbild sein“ und „Geistige Anregung“.

Diskussion

An dieser Untersuchung nahmen 50% aller Stationen teil. Deshalb sind die Ergebnisse nicht generalisierbar und lediglich für den Pflegedienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich repräsentativ. Es handelte sich um eine Pilotstudie im psychiatrischen Setting. Erforderlich ist eine multizentrische Wiederholung bzw. Bestätigung in anderen Versorgungseinrichtungen und Branchen. Der wesentliche Qualitätsaspekt der Hypothesenprüfung und ihr Beitrag zur

Stützung kausaler Erklärungen lässt sich nur bedingt ableiten. Die Bemühung, eine Ursache-Wirkungs-Beziehung zu identifizieren oder Annahmen zu testen, lässt sich empirisch niemals zweifelsfrei nachweisen (Döring & Bortz, 2015, S. 490).

In dieser Studie gibt es eindeutig diverse Kovariablen, die transformationales Leadership-Verhalten und Shared Leadership-Verhalten nicht nur durch die Lean Leadership-Konzepte beeinflussen. Mögliche Kovariablen liessen sich durch die qualitativen Interviews ermitteln. Eine zukünftige Studie müsste eine statistisch relevante Grösse aufweisen und über einen längeren Zeitraum angelegt sein, um eine repräsentative und nachhaltige Lean Leadership-Wirkung nachzuweisen. Huddle Board sollte zwingend von Anfang an interdisziplinär eingeführt werden. Die Implementierung der Führungs-Gemba und des KATA-Coachings sollte sorgfältig in die bestehenden Führungsstrukturen bzw. -prozesse integriert werden.

Lean-Konzepte sind zwar kein Allheilmittel, können jedoch notwendig und förderlich sein. Der Schlüssel zum Erfolg besteht darin, die Stimme der Patient(inn)en und Mitarbeitenden zu hören.

Die Einführung von Lean Leadership ist ein integrativer Prozess und erfordert die Abkehr von einem „Top down“-Ansatz des Managements sowie die Entwicklung einer verstärkt partizipativen Organisation. Lean bietet die Gelegenheit, durch das Streben nach Qualität, Sicherheit und Rechtzeitigkeit zu wachsen sowie menschliche Entwicklung zu fördern. Es ermöglicht einen mehrjährigen Prozess des Kulturwandels (Merlino et al., 2014, S. 237).

14. SUMMARY

Background

Psychiatry is confronted with the challenge to combine its humanistic values with economic responsibility and to integrate intrapreneurship as well as user orientation into its self-understanding to a greater degree than previously. In this context, the Lean Management approach becomes relevant. Numerous studies revealed that leadership is of outstanding importance for implementing Lean Management in hospitals (Aij et al., 2015, p. 207; Drotz & Poksinska, 2014, p. 191; Doss & Orr, 2007, p. 8; Goodrifge et al., 2015, p. 12; Mann, 2009, p. 26; Mazzocato et al., 2010, p. 381; Steed 2012, p. 57; Stöhr 2015, p. 10; Toussaint 2013, p. 14).

Against this background, the current study determined the effect of ward managers' Lean Leadership behavior in the nursing service of the Psychiatric University Hospital Zurich. Studies on applied Lean Leadership concepts such as Huddle Board, Leadership Gemba and KATA-Coaching are not yet available. Although previous studies emphasize the importance of leadership in implementing Lean Hospital, they do not focus on systematic leadership development and its evaluation.

Research Questions

The following five questions were at the centre of this research:

- What is the connection between the implementation of Lean Leadership concepts and transformational leadership behavior among ward managers in psychiatric care?
- What is the connection between the implementation of Lean Leadership concepts in psychiatric nursing teams and their Shared Leadership behaviour?
- How do ward managers and their teams evaluate Lean Leadership concepts?
- What are key success factors and barriers to implementing Lean Leadership concepts?

- Are there connections between selected socio-demographic structural data and the implementation of Lean Leadership concepts?

Methods

For this pilot study and practice development project, the method of action research with quasi-experimental design was suitable. To measure individual and team leadership behavior, the *Transformational Leadership Inventory* (TLI [N168]) and the *Shared Professional Leadership Inventory for Teams* (SPLIT [N164]) were used on fourteen nursing wards with seventeen managers of four clinics with a pre- and follow-up measurement after six months. The control group consisted of three wards (pre-measurement: N21/remasurement: N28). On the basis of a systematic literature research, three Lean Leadership concepts (Huddle Board, Leadership Gemba and KATA-Coaching) were trained during three days in order to prepare their implementation. To understand and interpret the quantitative data, a focus group interview was conducted with 25 of 42 (59.5%) training participants. The Lean Leadership concepts were also evaluated, as were success factors and barriers to implementation.

Findings

The connection between the implementation of Lean Leadership concepts such as Huddle Board, Leadership Gemba and KATA-Coaching and the development of Transformational Leadership for ward managers and nursing teams at the Psychiatric University Hospital Zurich can be confirmed by a slight increase in comparison between baseline and secondline measurement. However, no positive influence of Shared Leadership could be observed. All nursing teams have successfully implemented Huddling on an interdisciplinary basis and rated it as very positive since it resulted in more efficient and effective daily work. Due to a lack of resources, Leadership Gemba and KATA-Coaching have been only partially implemented. However, the experience was consistently positive and the participants also rated these Lean Leadership concepts as very profitable. Success factors for the implementation proved to be embedding Lean Leadership into the hospital strategy and operationalisation based on measurable goals with a benefit for patients and employees. Approval, orientation and support by the management as well as the training of the top management are also absolutely necessary. Leaders should exemplify, demand and review

Lean Thinking. Comprehensibility, meaningfulness and manageability must be clearly expressed. Clear communication regarding the sense and added value of Lean Hospital promotes acceptance.

Training and implementation should be interdisciplinary. The rejection of Huddle Board by other professional groups (physicians, psychologists, therapists) proved to be a central barrier to its introduction. Resources for integrating Leadership Gemba and KATA-Coaching into existing ward structures were lacking.

The baseline assessment of Transformational Leadership behavior showed that ward managers without Lean experience achieved higher values in all seven dimensions. Ward managers with more than fifteen years of leadership experience reached higher values in the „Performance Expectation“ dimension but lower values in „Conveying Visions“. Ward managers over fifty years achieved higher values in terms of „Performance Expectation“ but lower values with regard to „Conveying Visions“. Female ward managers showed higher values concerning „Performance Expectation“.

The Lean experience was unchanged in the second line recording. Leadership experience had no influence on the dimensions of „Performance Expectation“ and „Reward“. Less experienced ward managers showed higher values in the other five dimensions. Age also had no influence on the dimensions „Performance Expectation“ and „Reward“. With regard to the other five dimensions, ward managers under fifty years showed higher values. Female ward managers achieved higher values in the dimension „Performance Expectation“. In the secondline measurement, male ward managers achieved higher values in the dimensions „Conveying Visions“, „Being a Role Model“ and „Intellectual Stimulation“.

Discussion

Fifty percent of the wards took part in this study. Therefore, the results can not be generalized and are only representative for the nursing service of the Psychiatric University Hospital Zurich. This was a pilot study in a psychiatric setting. Multi-centre repetition or confirmation is required in other organizations and sectors. The effort to identify a cause-effect relationship or to test assumptions can never be empirically proven without any doubt (Döring & Bortz, 2015, p. 490).

This study comprises various covariates influencing Transformational Leadership behavior and Shared Leadership behavior not only under the impact of Lean Leadership concepts. Possible covariables could be determined by qualitative interviews.

In order to demonstrate a representative and sustainable lean leadership effect, future studies should be statistically relevant with regard to sample size and long-term orientation. Huddle Board should be introduced from the beginning in an interdisciplinary way. The implementation of Leadership Gemba and KATA-Coaching should be carefully integrated into existing management structures and processes.

Lean concepts are not a panacea. However, they can be necessary and beneficial. The key to success is to hear the voice of patients and employees.

Introducing Lean Leadership is an integrative process requiring to abandon the top-down management approach in favor of developing a more participatory organization. Lean offers the opportunity to grow by striving for quality, security and timeliness as well as to promote human development. It facilitates a process of cultural change (Merlino et al., 2014, p. 237).

15. LITERATURVERZEICHNIS

Abrell, C.; Rowold, J.; Mönninghoff, M.; Weibler, J. (2011). *Evaluation of a long-term transformational leadership development program*. In: Zeitschrift für Personalforschung. 25 (3), S. 205-224

Ackermann, J. (2012). *Lean Leadership – Eine situationstheoretische Untersuchung von erfolgsrelevantem Führungsverhalten in Veränderungsprozessen mit Lean Ausrichtung am Beispiel eines Premiumherstellers der Automobilindustrie*. Online: https://kups.ub.uni-koeln.de/5153/1/Lean_Leadership_Jana_Ackermann.pdf [abgefragt am 26.05.2015].

Andersen, H.; Røvik, K.A.; Ingebrigtsen, T. (2014). *Lean thinking in hospitals: is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews*. In: BMJ Open. 4, e003873, S. 1-8

Angerer, A.; Liberatore, F.; Brand, T. (2016). *Still lost in transformation? A literature review on the scientific support of Lean health care transformation*. Paris: EURAM

Angerer, A. (Hrsg.) (2016). *LHT-BOK Lean Healthcare Transformation Body of Knowledge*. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Aij, K. H.; Plette, M. D.; Joosten, G. (2015). *A literature review of Lean leadership attributes*. In: Journal of Global Economics Management Business Research. 2 (4), S. 201-210

Aij, K. H.; Simons, F. E.; Widdershoven, G. A. M.; Visse, M. (2013). *Experiences of leaders in the implementation of Lean in a teaching hospital-barriers and facilitators in clinical practices: a qualitative study*. In: BMJ Open. 3 (10), e003605

Aij, H.K. (2016). *Lean healthcare from a change management perspective: the role of leadership and workforce flexibility in an operating theatre*. In: Journal of Health Organization and Management. 30 (3), S. 475-493

Aij, H.K.; Lohman, B. (2016). *Practical Lean Leadership for health care managers*. Broken Sound Parkway: CRC Press

Aij, H.K.; Rapsaniotis, S. (2017). *Leadership requirements for Lean versus servant leadership in health care: a systematic review of the literature*. Journal of Healthcare Leadership. 9. 1-14

Aiken, L. (2005). *Extending the Magnet concept to developing and transition countries*. In: Reflections on Nursing Leadership. 31 (1), S. 16-18

Al-Balushi, A.; Sohal, A.S.; Sing, A.S.; Al Hajri, A.; Al Faris, Y.M.; R. Al Abri, R. (2014). *Readiness factors for Lean implementation in healthcare setting – a literature review*. In: Journal of Health Organization and Management. 28, S. 135-153

Alwan, F. (2012). *Lean implementation problems in the healthcare system, A Case study conducted at Torsby Hospital*. Online: <http://diva-portal.org/smash/get/diva2:656862/FULLTEXT01> [abgefragt am 15.04.2019]

Avolio, B.J.; Walumbwa; F.O., Weber, T.J. (2009). *Leadership: Current theories, research, and future directions*. Annual Review of Psychology. 60, S. 421-449

Ballé, M.; Régnier, A. (2007). *Lean as a learning system in a hospital ward*. In: Leadership in Health Services. 20 (1), S. 33-41

Bahaitham, H. A. (2011). *A Framework for Quantifying Sustainability of Lean Implementation in Healthcare Organizations*. University of Central Florida: Doctoral Dissertation, stars linary

Basisinformationen für Gesundheitsfachleute, SwissDRG. Online:
<https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg> [abgefragt am 13.09.2017]

Bass, B. M. (1999). *Two decades of research and development in transformational leadership*. In: European Journal of Work and Organizational Psychology. 8, S. 9–32

Behrens, J., Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing and Caring*. Bern: Hogrefe Verlag

Bercaw, R.G. (2013). *Lean Leadership for healthcare. Approaches to Lean transformation*. New York: CRC Press

Boamah, S.A.; Laschinger, H.K.; Wong, C.; Clarke, S. (2017). *Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes*. In: Nursing Outlook. 66 (2), S. 180-189

Bowers, L.; Nijman, H.; Simpson, A.; Jones, J. (2011). *The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards*. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 46, S. 143-148

Breuer, D. J. (2013): *Lean Implementation in Healthcare, The Challenged Transformation. Proceedings of the 2013*. Industrial and System Engineering Research Conference.

Bundesamt für Gesundheit (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates Gesundheit 2020*. Online: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/gesundheits-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html> [abgefragt am 13.09.2017]

Bundesamt für Statistik (2016). *Gesundheit Taschenstatistik 2016*. Online:
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/gesundheitszustand.gnpdetail.2016-0422.html> [abgefragt am 13.09.2017]

Bruch, H.; Vogel, B.; Krummacker, S. (2006). *Leadership – Trends in Praxis und Forschung*. Wiesbaden: GMV Fachverlag

Cummings, G.G.; MacGregor, T.; Davey, M.; Lee, H.; Wong, C.A.; Lo, E.; Muise, M.; Stafford, E. (2010). *Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review*. In: International Journal of Nursing Studies. 47 (2), S. 363-385

Crema, M.; Verbano, C. (2013). *Guidelines for overcoming hospital managerial challenges: a systematic literature review. Therapeutic and Clinical Risk Management*. In: Dovepress, 9, S. 427-441

Dahlgaard, J. J.; Petterson, J.; Dahlgaard-Park, S.M. (2011). *Quality and Lean healthcare: a system for assessing and improving the health of healthcare organizations*. In: Total Quality Management. 22 (6), S. 673-689

Davis, J., Adams, J. (2012). *The Relasing Time to Care – the Productive Ward programme: participants perspectives*. Journal of Nursing Management 20, 354-360

D’Andreamatteo, A.; Lanni, L.; Lega, F.; Sargiacomo, M. (2015). *Lean in healthcare: A comprehensive review*. In: Health Policy. 119, S. 1197-1209

De Souza, L.B. (2009). *Trends and approaches in lean healthcare*. In: Leadership in Health Service, 22 (2), S. 121-139

Dickson, E. W.; Anguelov, Z.; Vetterick, D.; Eller, A.; Singh, S. (2009). *Use of Lean in the Emergenca Department: A Case Series of four Hospitals*. In: Annals of Emergency Medicine. 54 (4), S. 504-510

Dombrowski, U. (Hrsg.) (2015). *Lean Development. Aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen*. Berlin: Springer Verlag

Dombrowski, U.; Mielke, T. (2014). *Lean Leadership – 15 rules for a sustainable Lean implematation*. In: Procedia CIRP. 17, S. 565-570

Dombrowski, U.; Mielke, T. (2013). *Lean Leadership – fundamental priciples and their application*. Procedia CIRP 7, S. 569-574

Donnelly, L.F. (2014). *Practice policy and quality initiatives. Daily Management System in Medicine*. In: RadioGraphics. 34, S. 549-555

Donnelly, L.F.; Cherian, S.S.; Chua, K.B.; Thankachan, S.; Millecker, L.A.; Koroll, A.G.; Bisset, G.S. (2017). *The Daily Readiness Huddle: a process to rapidly identify issues and foster improvement through problem-solving accountability*. In: Pediatric Radiology. 47 (1), S. 22-30

Dörflinger, M.; Kopp, O. (2015): *Lean strategisch verankert und zur Führungsaufgabe gemacht. Ankommen!* Online: <http://www.abegglen.com/abegglen-impuls/2015-09> [abgerufen am: 16.09.2015]

Döring, N; Bortz, J. (2015) *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Berlin: Springer

Doss, R.; Orr, C. (2007). *Lean leadership in healthcare*. RWD White Paper. Online: www.solutionthatperform.com [abgerufen am: 16.09.2015]

Drotz, E.; Poksinska, B. (2014). *Lean in healthcare from employees' perspectives*. In: Journal of Health Organization and Management. 28 (2), S. 177–195

Echevarria, I.M.; Patterson, B.J., Krouese, A. (2016). *Predictors of transformational leadership of nurse managers*. In: Journal of Nursing Management. 25 (3), S. 167-175

Emiliani, M.L.; Stec, D.J. (2005). *Leaders lost in transformation*. In: Leadership & Organization Development Journal. 26 (5), S. 370-387

Elger, B.S (2009). Ethische Prinzipien der Forschung mit Personen in Unfreiheit. In: Bioethik Forum. 2 (2), S.66-73

Elis, V. (2009). Von Amerika nach Japan – und zurück. Die historischen Wurzeln und Transformationen des Toyotismus. Deutsches Institut für Japanstudien. Online: <http://www.zeithistorische-forschungen.de/2-2009/id%3D4462> [abgefragt am 14.09.2017]

Felfe, J. (Hrsg.) (2015). *Trends der psychologischen Führungsforschung*. Neue Konzepte, Methoden und Erkenntnisse. Göttingen: Hogrefe

Fischer, S.A.; Jones, J.; Verran, J.A. (2017). *Consensus achievement of Leadership, organizational and individual factors that influence safety climate: Implications for nursing management*. In: Journal for Nursing Management. 6 (1), S. 50-58

Fraude, S. (2015). *Die Persönlichkeit einer Führungskraft als relevanter Einflussfaktor auf den transformationalen bzw. transaktionalen Führungsstil – Mythos oder Realität der Führungspersönlichkeit?* Online: [https://www1.unisg.ch/www/edis.nsf/SysLkpByIdentifier/4436/\\$FILE/dis4436.pdf](https://www1.unisg.ch/www/edis.nsf/SysLkpByIdentifier/4436/$FILE/dis4436.pdf) [abgefragt am 18.12.2017]

Gechter, D., Nothacker, M., Hkhan, C., Rütters, D., Mavergames, C., Motschall, E., Boeker, M., Muche-Borowski, C., Blümle, A., Lang, B., Kopp, I., Meerpohl, J.J. (2013). *Manual Systematische Literaturrecherche für die Erstellung von Leitlinien*. Deutsches Cochrane-Zentrum. Version 1.0 vom 10.05.2013. Online: http://www.cochrane.de/sites/cochrane.de/files/uploads/20130517_Manual_Literaturrecherche_Final-1.pdf [abgefragt am 13.01.2016]

Goldenhar, L.; Brady, P.; Sutcliff, K.; Muething, S. (2013). *Huddling for high reliability situation awareness*. In: BMJ Quality and Safety. 22, S. 899-906

Goodridge, D.; Westhorp, G.; Rotter, T.; Dobson, R.; Bath, B. (2015). *Lean and leadership practice: development of an initial realist program theory*. In: BMC Health Service Research. 15, 362

Graban M. (2012). *Lean Hospital: Improving quality, patient safety and employee management*. New York: CRC Press

Gregersen, S.; Kuhnert, S.; Zimmer, A.; Nienhaus, A. (2010). *Führungsverhalten und Gesundheit – Zum Stand der Forschung*. In: Das Gesundheitswesen. 72 (6), S. 1-10

- Grille, A.; Kauffeld, S. (2015). *Development and preliminary validation of the Shared Professional Leadership Inventory for Teams (SPLIT)*. In: *Psychology*. 6, S. 75-92
- Goldberg, L. R. (1992). *The development of markers for the Big-Five Factor Structure*. In: *Psychological Assessment*. 4 (1), S. 26-42
- Hackmann, J.R., Oldham, G.R. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Hart E.; Bond M. (2001). *Aktionsforschung. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Hans Huber
- Heinitz, K.; Rowold, J. (2007). *Gütekriterien einer deutschen Adaption des Transformational Leadership Inventory (TLI) von Podsakoff*. In: *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*. 51 (25), S. 1-15
- Holden, R.J.; Eriksson, A.; Andreasson, J.; Williamsson, A.; Dellve, L. (2014). *Healthcare workers' perception of Lean: A context-sensitive, mixed methods study in three Swedish hospitals*. In: *Applied Ergonomics*. 47, S. 181-192
- Houser, J. (2003). *A model for evaluating the context of nursing care delivery*. In: *Journal of Nursing Administration*. 33 (1), S. 39-47
- Inauen, A.; Rettke, H.; Fridrich, A.; Spirig, R.; Bauer, G.F. (2017). *Erfolgskritische Faktoren bei der Optimierung des Skill-Grade-Mix auf der Basis von Lean Management-Prinzipien. Eine qualitative Teilstudie*. In: *Pflege*, 30 (1), S. 29-38
- Kaltenbrunner, M.; Bengtsson, L.; Mathiassen, S.E.; Engström, M. (2017). *A questionnaire measuring staff perceptions of lean adoption in healthcare: Development and psychometric testing*. In: *BMC Health Services Research*. 17 (235), S. 1-11
- Kim, C. S.; Spahlinger, D. A.; Kin, J. M.; Coffey, R. J.; Billi, J. E. (2009). *Implementation of Lean Thinking: One health system's journey*. In: *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 35 (8), S. 406–413
- Kotter, J.P. (2016). *Leading Change: Wie Sie Ihr Unternehmen in acht Schritten erfolgreich verändern*. München: Franz Vahlen Verlag
- Lang, R., Rybnikova, R. (2014) *Aktuelle Führungstheorien und –konzepte*. Trossingen Springer Gabler Verlag
- Lanza, L.M. (1997). *Power and leadership in psychiatric nursing. Directions for the next century: Part I*. In: *Perspective in Psychiatric Care*. 33 (1), S. 5-13
- Lawal, A. K.; Rotter, T.; Kinsman, L.; Sari, N.; Harrison, L.; Jeffery, C.; Kutz, M.; Khan, M. F.; Flynn, R. (2014). *Lean management in health care: definition, concepts, methodology and effects reported (systematic review protocol)*. In: *BioMed Central*. 3 (103), doi: 10.1186/2046-4053-3-103

Liker, J. K. (2014). *Lean Leader auf allen Managementebenen entwickeln. Ein praktischer Leitfaden*. Winnipeg: Lean Leadership Institute Publication

Little, J. (2014). *Learning through „huddles“ for health care leaders: Why do some work teams learn as a result of huddles and others do not?* In: *Health Care Management*. 33 (4), S. 335-41

Ljungblom, M. (2012). *A comparative study between Development Leadership and Lean Leadership – similarities and differences*. In: *Management and Production Engineering Review*. 3 (4), S. 54-68

Lutterbey, K.; Kocks, A. (2016). *Das Konzept Magnetkrankenhaus wirkt auch bei den Kleinsten*. In: *JuKiP*. 4, S. 162-166

Maier, G. W.; Bartscher, T. (2013). *Stichwort: Führung*. Online: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/78154/fuehrung-v6.html> [abgefragt am 27.05.18]

Mann, D. (2009). *The missing link: Lean Leadership*. In: *Frontiers of Health Services Management*. 26 (1), S. 15-26

Mann, D. (2015). *Creating a Lean Culture. Tools to sustain Lean conversions*. New York: CRC Press

Martin, J.; Frei, I.; Suter-Hofmann, F.; Fierz, K.; Schubert, M.; Spirig, R. (2010). *Evaluation der Pflege- und Führungskompetenz – eine Ausgangslage für die weitere Praxisentwicklung*. In: *Pflege*. 23 (3), S. 191-203

Mazur, L., McCreery, J., Rothenberg, L. (2012). *Facilitating Lean Learning and Behaviors in Hospitals, During the Early Stage of Lean Implementation*. *Engineering Management Journal*, Vol.24 No 1. 11-22

Mazzocato, P.; Savage, C.; Brommels, M.; Aronsson, H.; Thor, J. (2010). *Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature*. In: *Quality and Safety in Health Care*. 19 (5), S. 376-82

Merlino, J.P.; Omi, J.; Bowen, J. (2014). *Lean behavioral health. The Kings Country Hospital story*. New York: Oxford University Press

Meerpohl, J. J.; Herrle, F.; Gerd Antes, G.; von Elm, E. (2012). *Scientific value of systematic reviews: Survey of editors of core clinical journals*. In: *PLoS ONE*. 7 (5), e3573, S.1-5

Messina, S. (2012). *Einflussfaktoren auf die transformationale Führung durch Training und Coaching sowie Einflussfaktoren bei der Umsetzung von transformationalem Führungsverhalten*. Zurich Open Repository Archive: University of Zurich.

Meyer, P. (2016). *Literaturrecherche Lean Leadership*. Phase 1: Individuelle Studienprüfung, Doctor of Business Administration. Zürich: Kalaidos University of Applied Sciences (unveröffentlicht)

Meyer Hänel, P. (2016). *Keynote: Lean Thinking am USZ*. Lean Thinking und Teamwork – Wie gelingt beides? Tagung UniversitätsSpital Zürich. Online: www.usz.ch/news/veranstaltung [abgefragt am 12.02.2018]

Modig, N.; Ahlström, P. (2015). *Das ist Lean. Die Auflösung des Effizienzparadoxons*. Stockholm: Rheologica Publishing

Mutwiri, B.; Witt, C.; Denysek, C.; Halferdahl, S.; McLeod, M. (2015). *Development and implementation of the Saskatchewan Leadership Program: Leading for healthcare transformation*. Canadian College of Health Leaders. In: Healthcare Management Forum, S. 1-5

Namawashi Definition. Online: <https://www.lean.org/lexicon/nemawashi>, [abgefragt am 17.12.2017]

Nelson-Peterson, D. L.; Leppa, C. J. (2007). *Creating an environment for caring using lean principles of the Virginia Mason Production System*. In: Journal of Nursing Administration. 37 (6), S. 287–294

Obsan Bulletin (2016). Pflegepersonal in der Schweiz. Künftiger Bedarf bis 2030 und die Folgen für den Nachwuchsbedarf. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Online: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-12_d.pdf [abgefragt am 05.09.2017]

O'Brien-Pallas, L.; Meyer, R.M.; Hayes, L.J.; Wang, S. (2010). *The Patient Care Delivery Model – an open system framework: conceptualisation, literature review and analytical strategy*. In: Journal of Clinical Nursing. 20, S. 1640-1650

Peatrcce, C. L., Conger, J, A. (2003). *Shared Leadership. Reframing the hows and whys of leadership*. London: SAGE Publications

Pelz, C.; Schmitt, A.; Meis, M. (2004). *Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokussgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung*. In: Forum: Qualitative Sozialforschung. Online: <http://www.qualitative-research.net/fqs/> [abgefragt am 18.09.2016]

Pfaff, H. (1994). *Lean Production – ein Modell für das Krankenhaus? Gefahren, Chancen, Denkanstösse*. Gesundheitswissenschaft. 2 (1), S. 61-80

Pfeiffer, W.; Weiss, E. (1994). *Lean Management: Grundlagen der Führung und Organisation lernender Unternehmen* (2. Auflage). Berlin: Erich Schmidt

Poksinska, B. (2010). *The current state of Lean implementation in healthcare – literature review*. In: Quality Management in Health Care. 19 (4), S. 319-329

Poksinska, B.; Swartling, D.; Drotz, E. (2013). *The daily work of lean leaders – lessons from manufacturing and healthcare*. In: Total Quality Management & Business Excellence. 24, S. 7-8.

Pöhls K.. (2012). *Lean-Management in Krankenhäusern : Erfolgsfaktoren für die Umsetzung*. Wiesbaden: Gabler.

Poppendieck, M. B. (2013). *The lean mindset: ask the right questions*. Pearson Education.
Online:https://scholar.google.ch/scholar?hl=de&as_sdt=0%2C5&q=poppendieck%2C+2013+Lean&btnG=#d=gs_qabs&u=%23p%3DyRSC5vZD1cIJ [abgefragt am 15.04.2019]

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (Hrsg.) (2016). *Im Dienst der psychiatrischen Versorgung: Ein Klinikporträt*. Zürich: PUK

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (Hrsg.). *Jahresbericht 2015*. Zürich: PUK

Rechel B., Wright S., Barlow J., McKee M. (2010). "Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows". *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 88, pp. 632-636

Regierungsrat Kanton Zürich (2017). Qualität der Spitalbehandlung wird mit gezielten Anpassung an Spitalliste weiter gestärkt (Medienmitteilung). Online:
https://rr.zh.ch/internet/regierungsrat/de/aktuell.newsextern.-internet-de-aktuell-news-medienmitteilungen-2017-qualitaet_45_der_45_spitalbehandlungen.html [abgefragt am 13.09.2017]

Reimer, N.; Herbener, L. (2014). *Round and round we go: rounding strategies to impact exemplary professional practice*. In: *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 18 (6), S. 654-660

Rettker, H.; Frei, I.A.; Horlacher, K.; Kleinknecht-Dolf, M.; Spichiger, E.; Spirig, R. (2015). *Pflege im Vorfeld von SwissDRG. Erfahrungen von Pflegenden mit interprofessioneller Zusammenarbeit, Führungsverhalten, Arbeitslast und Arbeitszufriedenheit*. In: *Pflege*. 28 (3), 133-144

Riechmann-Wolf, N.; Stahl, Z. (2015). *Patientenerfahrungen und Mitarbeiterzufriedenheit – zwei Seiten einer Medaille?* In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*. 20 (03), S. 127-131

Riedler, K. (1996). *Der Qualitätsfaktor als strategisches Element des Lean Managements*. Kassel: University Press

Rodriguez, D.; Buyens, D.; Van Landeghem, H.; Lasio, V. (2015). *Impact of Lean Production on perceived job autonomy and job satisfaction: An experimental study*. In: *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*. 26 (2), S. 156-176

Rother, M. (2013). *Kata des Weltmarktführers. Toyotas Erfolgsmethoden* (2. Auflage). Frankfurt: Campus

Sackett, D.; Richardson, W.; S.; Rosenberg, W.; Haynes, B. W. (1999). *Evidenzbasierte Medizin. EBM-Umsetzung und Vermittlung*. Bern: Zuckerschwerdt

Sauter, D.; Abderhalden, C.; Needham, I.; Wolff, A. (2015). *Lehrbuch psychiatrische Pflege*, Bern: Hans Huber

Schauenberg, B.; Föhr, S. (1995). *Wissenschaftstheoretische Grundfragen der Führungsforschung – Phänomenologie und Konstruktivismus*. In: Kieser, A.; Reber, G.; Wunderer, R. (Hrsg.). *Handwörterbuch der Führung* (2. Auflage). Stuttgart: Poeschel, S. 2206-2212

Schmalenberg, C.; Kramer, M. (2008) *Essentials of a productive nurse work environment*. In: *Nursing Research*. 57 (1), S. 2-13

Scholz, A. (2014). *Die Lean-Methode im Krankenhaus. Die eigenen Reserven erkennen und heben*. Wiesbaden: Springer Gabler

Schrappé, M. (2009). *Führung im Krankenhaus*. ScienceDirect, Elsevier Urban&Fischer, 103, 198.2014

Schreiber, W.; Dick, B.; Krieg, J.-C. (2001). *Das Customer Driven Psychaitric Hospital: Kundenorientierung als Grundprinzip stationär psychiatrischer Versorgung*. In: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*. 6, S. 179-186

Senge, P. M. (2011). *Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation* (11. Auflage). Stuttgart: Schäffer-Poeschel

Simon R.W.; Canacari E.G. (2012). *A practical guide to applying Lean tools and management principals to health care improvement projects*. In: *AORN Journal*. 95 (1), S. 85-103

Spear, S. J. (2005). *Fixing health care from the inside today*. In: *Harvard Business Review*. 83 (9), S. 78-91

Spirig, R.; Martin, J.; Jenzer, R.; Staudacher, D. (2012). *Die Kraft des Magnetismus: Magnetspitäler als Vorbilder – auch für den deutschsprachigen Raum?* In: *Pflege* 25 (4), S. 241-243

Stichler, J., F. (2009). *Creating a Healthy Positive Work Enviornment*. Online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1751-486X.2009.01445.x> [abgefragt am 04.06.2018]

Studer, Q. (2013). *Making lean progress last: why sustaining excellence requires the right leadership framework*. *Front Health Serv Manage*. Spring Verlag ;29(3):41-46

Stöhr, T. (2015). *Literaturrecherche Lean Hospital*. Zürich: UniversitätsSpital Zürich (unveröffentlicht)

Steed, A. (2012). *An exploration of the leadership attributes and methods associatied with successful Lean System Deployments in acute care hospital*. In: *Quality Management in Health Care*. 21 (1), S. 48-58

Steinle, C. (1978). *Führung. Grundlagen, Prozesse und Modelle der Führung in der Unternehmung*. Stuttgart: Poeschel.

Taylor-Adams, S.; Vincent, C. (2007). *Systemanalyse klinischer Zwischenfälle. Das London Protokoll*. Online: <http://www.patientensicherheit.ch/de/themen/Umgang-mit-Zwischenfaellen/ERA0.html> [abgefragt am 28.05.2018]

Toussaint, J.S. (2013). *A management, leadership, and board road map to transforming care for patients*. Online: <http://www.wisconsindevelopment.com/files/jthealth1.pdf> [abgefragt am 17.09.2015]

Toussaint, J. S.; Berry, L. L. (2013). *The promise of Lean in health care*. Online: <http://clinicaffectiveness.uchicago.edu/files/2013/05/promise-of-lean-in-hc-toussain21.pdf> [abgefragt am 17.09.2015]

Toussaint, J.S. (2015). *Management on the mind. The healthcare executive guide to system transformation*. Appleton: ThedaCare Center of Healthcare Value

Türk, K. (1995). *Entpersonalisierte Führung*. In: Kieser, A.; Reber, G.; Wunderer, R. (Hrsg.), *Handwörterbuch der Führung* (2. Auflage). Stuttgart: Poeschel, S. 328-340

Unruh, L. (2008). *Nurse staffing and patient, nursing, and financial outcomes*. In: *Three Hours Continuing Education*. 108, 1

Van Bogaert, P.; van Heusden, D.; Timmermans, O.; Franck, E. (2014). *Nurse work engagement impact on quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors*. In: *Frontiers in Psychology*. 5, Article 1261

Vater, A. (2008). *Von Lean Management zum Lean Hospital. Führungskompetenz für Pflegekräfte in verschlankten Klinikstrukturen*. Norderstedt: Verlag für akademische Texte

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

Waring, J. J.; Bishop, S. (2010). *Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance*. In: *Social Science & Medicine*. 71, S. 1332-1340

Weibler, J. (2012). *Personalführung* (2. Auflage). München: Franz Vahlen Verlag

Wells, R., Jinnett, K., Alexander, J., Lichtenstein, R., Liu, D., Zazzali, L. (2006). *Team leadership and patient outcomes in US psychiatric treatment settings*. In: *Social Science & Medicine*. 62, S. 1840-1852

Werther, S. (2013). *Geteilte Führung. Ein Paradigmenwechsel in der Führungsforschung*. Wiesbaden: Gabler Verlag

Wuertz-Kozak, K. (2015). *Implementation of Lean Management in Swiss hospitals. A multi-case study in the effect of staff information and training on adoption and utilization of Lean*. Project submitted in partial fulfilment of the requirements of the Master of Business Administration in Leadership and Sustainability of the University of Cumbria.

Womack, J.P.; Byrne, A.P.; Fiume, O.J.; Kaplan, G.S.; Toussaint, J. (2005). *Going lean in health care*. In: Innovation Series, Institute for Healthcare Improvement, S. 1-20

Womack, J.P.; Jones, D. (2003). *Lean Thinking: Banish waste and create wealth in your corporation* (2. Auflage). New York: Simon & Schuster

Wunderer, R. (2011). *Führung und Zusammenarbeit. Eine unternehmerische Führungslehre* (9. Auflage). Köln: Luchterhand

Wunderer, R. (2000). *Führung und Zusammenarbeit. Eine unternehmerische Führungslehre* (3. Aufl.). Neuwied: Luchterhand

Young, T. P.; McClean, S. I. (2008). *A critical look at Lean Thinking in healthcare*. In: Quality & Safety in Health Care. 17), S. 382-386

16. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:Übersicht der PUK-Institutionen. (Quelle: PUK)	11
Abbildung 2: Organigramm der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. (Quelle: PUK)	12
Abbildung 3: Organigramm der Direktion Pflege, Therapien und Soziale Arbeit. (Quelle: PUK)	19
Abbildung 4: Konzept Kadermeeting. (Quelle: eigene Darstellung)	22
Abbildung 5: Abstraktionsebenen des Lean-Begriffs. (Quelle: eigene Darstellung, nach Modig & Ahlström, 2015)	36
Abbildung 6: Toyota Produktionssystem. (Quelle: Liker 2014, S. 16).....	38
Abbildung 7: Lean Management im Branchenvergleich. (Quelle: de Souza. 2009, S. 123).....	39
Abbildung 8: Lean Hospital-System. (Quelle: eigene Darstellung)	48
Abbildung 9: Balance zwischen Patientenerlebnis und medizinischer Qualität.....	53
Abbildung 10: Schwerpunkte der Lean-Adaption im Spitalbereich im Spiegel der Forschungsliteratur.....	64
Abbildung 11: Aufbau der Suchstrategie. (Quelle: Gechter et al., 2012)	73
Abbildung 12: Rechercheergebnisse (Quelle: eigene Darstellung)	75
Abbildung 13: Methodisches Konzept. (Quelle: eigene Darstellung)	77
Abbildung 14: Lean Leadership-Kompetenzen. (Quelle: Aij et al. 2015, S. 203-206)	81
Abbildung 15: Menschenzentriertes Verhalten. (Quelle: Mann, 2009, S. 5).....	93
Abbildung 16: Das Lean Leadership-Development-Modell („The Diamond Model“). (Quelle: Liker, 2014, S. 135)	95
Abbildung 17: Lean Development-System. (Quelle: Dombrowski, 2015)	96
Abbildung 18: 4P-Modell nach Liker. (Quelle: Dombrowski, 2015, S. 145).....	97
Abbildung 19: Lean Leadership-Gestaltungsprinzipien. (Quelle: Dombrowski, 2015, S. 146) ..	98
Abbildung 20: Adaptable Lean Leadership Model. (Quelle: Steed, 2012, S. 56)	101
Abbildung 21: KATA-Coaching: Der Mentor-Mentee-Dialog. (Quelle: Rother, 2013, S. 197) .	113
Abbildung 22: Zeitachse der Führungstheorien. (Quelle: Lang, ohne Jahr, S. 20).....	128
Abbildung 23: Konzeptueller Rahmen von Lean Leadership. (Quelle: eigene Darstellung)	134
Abbildung 24: Methodisches Vorgehen. (Quelle: eigene Darstellung)	148
Abbildung 25: Shared Leadership-Modell. (Quelle: eigene Darstellung nach Werther, 2014, S. 19)	157

Abbildung 26: Qualitative Ergebnisse der Lean Leadership-Aktionsforschung.

(Quelle: eigene Darstellung) 174

17. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Prognose zur Zunahme des Pflegepersonalbedarfs in der Schweiz. (Quelle: Obsan Bulletin 12/2016, S. 3)	14
Tabelle 2: Verteilung der Mitarbeitenden auf die Berufsgruppen in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.	15
Tabelle 3: Anteile der Versorgungsbereiche 2015. (Quelle: PUK)	15
Tabelle 4: Diagnosen im stationären Bereich 2015. (Quelle: PUK)	16
Tabelle 5: Finanzierung der Gesundheitsausgaben nach Finanzierungsquellen. (Quelle: BFSNeuchâtel, 2016)	27
Tabelle 6: Inhalte und Anforderungen an eine Customer-Driven Company. (Quelle: Schreiber et al. 2001, S. 180; modifiziert nach Töpfer, 2000)	52
Tabelle 7: Lean Thinking im Bereich Pflege, Universitätsspital Zürich. (Quelle: Meyer Hänel, 2016, S. 24)	63
Tabelle 8: Barrieren der Lean-Umsetzung. (Quelle: Harald et al., 2014, S. 4)	69
Tabelle 9: Stufen der Evidenz. (Quelle: Behrens & Langer, 2004, S. 108)	74
Tabelle 10: Literaturverzeichnis	75
Tabelle 11: Lean Leadership: Kriterien und Merkmale. (Quelle: eigene Darstellung)	89
Tabelle 12: Erfolgsfaktoren des Lean Hospital-Veränderungsprozesses (Quelle: Andersen et al., 2014, S. 3)	106
Tabelle 13: Kriterien der Lean Leadership-Konzepte im Spital. (Quelle: eigene Darstellung).	109
Tabelle 14: Kriterien des Lean Leadership-Verhaltens im Spital. (Quelle: eigene Darstellung)	118
Tabelle 15: Führungstheorien und Lean Leadership. (Quelle: eigene Darstellung)	132
Tabelle 16: Fragebogen „Transformational Leadership Inventory“ (TLI) und Faktorkorrelationen.	152
Tabelle 17: Transformational Leadership-Komponenten. (Quelle: Weibler, 2012, S. 379)	153
Tabelle 18: Definitionen geteilter Führung. (Quelle: Werther, 2014, S. 12)	156
Tabelle 19: Shared Professional Leadership Inventory for Teams (SPLIT). (Quelle: Grille & Kauffeld, 2015, S. 82)	158
Tabelle 20: Demographische Daten. (Quelle: eigene Darstellung)	166

Tabelle 21: Vergleich der Rücklaufquote Baseline- und Secondline-Erhebung. (Quelle: eigene Darstellung)	167
Tabelle 22: Ergebnisse des Shared Professional Leadership for Teams (SPLIT). (Quelle: eigene Darstellung)	169
Tabelle 23: Ergebnisse Transformational Leadership Inventory (TLI). Quelle: eigene Darstellung).....	172
Tabelle 24: : Anzahl der Teilnehmenden in den Fokusgruppeninterviews. (Quelle: eigene Darstellung)	173
Tabelle 25: Fünf-Faktoren-Modell: Kategorien und Ausprägungen. (Quelle: Goldberg, 1992, S. 26)	189

18. GLOSSAR

A3	A3 ist ein Instrument für schlanke Problemlösungen auf der Grundlage der Qualitätsmethode PDCA (Plan-Do-Check-Act) und kommt häufig als Dokument zur Umsetzung der Strategie zum Einsatz, ebenso zur Problemlösungsübung, für Status- und Fallberichte und zum Denken in Prozessen. A3 wird als Bericht mit dem Papierformat (11 x 17) benannt und einem Rapport-Dokument zugeordnet (Bercaw, 2013, S. 219).
DAILY MANAGEMENT SYSTEM	Daily Management System kann als aktives und proaktives Managementsystem für die Transparenz von Kennzahlen und zur Visualisierung zum Einsatz kommen. Hierfür ist Huddle Board ein zentrales Instrument: „The process of assembling the staff to briefly review the performance board. The huddle is part of the managing for daily improvement system“ (Bercaw, 2012, S. 222).
GEMBA	Japanischer Begriff für den „realen Ort“, an dem Arbeit stattfindet (Bercaw, 2013, S. 221)
GEMBA-WALK	Managementansatz, mit dem Ziel, Mitarbeitende zu befähigen. Nach dem Muster des Meister-Lehrling-Modells sucht eine erfahrene Führungsperson den Arbeitsbereich auf, um Mitarbeitende in die Lage zu versetzen, Verschwendung zu identifizieren, zu evaluieren und Verbesserungsvorschläge zu machen. Mentor(inn)en leiten Mitarbeitende dazu an, Verschwendung zu vermeiden und die Wertschöpfung zu optimieren (Bercaw, 2013, S. 221).
HUDDLE	Zusammenkunft des Personals, um Leistungen und Prozesse am Wandbrett kurz zu besprechen und zu steuern. Huddle kann

täglich, monatlich, jährlich bzw. pro Quartal oder Trimester stattfinden (Bercaw, 2013, S. 222).

KAIZEN

Japanischer Begriff für „guten Wandel“. Kaizen ist eine Art und Weise, zu denken und zu sehen – stets auf die Gelegenheit konzentriert, Verbesserung zu ermöglichen. Kaizen umfasst in der Regel kleine Änderungen, die ein Team von sieben Vollzeitmitarbeitenden in einer Woche durchführen kann. In vielen Lean-Organisationen gehören Kaizen-Events zu den regulären und kontinuierlichen Verbesserungsaktivitäten. Kaizen ist ein strukturiertes Teamereignis unter der Leitung eines Kaizen-Teamleiters (Mann, 2015, S. 339).

KAIZEN EVENT

Teambasierter Ansatz, um in zwei bis fünf Tagen je nach Umfang der Tätigkeit eine schnelle Zyklus-Verbesserung zu erzielen. Es handelt sich um eine wissenschaftliche Methode, die darauf abzielt, ein verbessertes Verfahren im Wertstrom mit Standard, visuellem Management und Prozesssteuerung zu ermöglichen (Bercaw, 2013, S. 222).

KAIKAU

Umfassende Umstrukturierung durch neues Denken und Simulation von Arbeitsprozessen nach dem Fließ-Takt-Standard-Prinzip und dem Lean Design 3P (Production-Preparation-Process). Dabei werden Patient(inn)en bzw. Kund(inn)en einbezogen, um die Prozesse an deren Bedürfnissen auszurichten.

KATA

Verhaltensroutine, Verhaltensmuster oder Denkweise, die bei Toyota täglich zur Anwendung kommt, jedoch nicht beschrieben und sichtbar ist, beispielsweise kontinuierliche Verbesserung und Anpassung. KATA lässt sich definieren als „Fähigkeit, sich durch unklares und unvorhersehbares Terrain in Richtung eines

gewünschten Zustands zu bewegen, indem man sensibler für aktuelle Verhältnisse am Ort des Geschehens ist und entsprechend darauf reagiert“ (Rother, 2013, S. 16, 28).

KONTINUIERLICHER VERBESSERUNGSPROZESS (KVP) Gestaltungsprinzip, das auch unter dem Begriff Continuous Improvement Process (CIP) oder Kaizen bekannt ist. Dabei werden aktuelle Prozesse und Arbeitsroutinen immer wieder in Frage gestellt. Im Fokus steht das Streben nach Perfektion, ebenso die Möglichkeit, in kleinen Schritten besser zu werden sowie Verschwendung zu identifizieren und zu eliminieren. KVP beinhaltet Methoden wie PDCA, Ideenmanagement, Hansei-Events, Best-Practice Sharing, PEP-Wikis, Trade-off-Kurven (Dombrowski, 2015, S. 228).

LEAN MANAGEMENT Lean Management-Praktiker(inn)en verwenden Werkzeuge, um zu überwachen, zu messen und zu erhalten – mit dem Ziel „Lean Production“ zu erreichen. Hierbei identifizieren Praktiker(inn)en, wo die tatsächliche erwartete Leistung erfolgt und erfüllt wird. Es gilt, aktuelle Leistungen mit tatsächlichen erwarteten Verbesserungsaktivitäten in Einklang zu bringen, um das Niveau der erwarteten Performance zu erhöhen. Grundkomponenten des Lean-Management-Systems sind standardisierte Führungsprozesse, visuelle Steuerelemente und tägliche Rechenschaftspflicht (Mann, 2015, S. 339).

LEAN THINKING Beinhaltet fünf Lean Denkweisen: proaktives, sensibles, ganzheitliches, potentiales und ökonomisches Denken (Riedler, 1996).

LEADERSHIP STANDARD Hierbei handelt es sich um ein Lean-Prinzip zur Gestaltung von

WORK

Führungsprozessen. Führungsarbeit als Standardwerk (Leadership Standard Work) umfasst die strukturierte Besichtigung sowie definierte visuelle Kontrollen im Arbeitsbereich, um Probleme zu lösen und die Eigenverantwortung für Problembereiche bzw. Projekte zu stärken. Das Verfahren erfordert disziplinierte Führungspersonen und ist integraler Bestandteil der Lean-Entwicklung (Bercaw, 2013, S. 222).

LONDON PROTOCOL

„Protokoll für die Untersuchung und Analyse klinischer Zwischenfälle. Zweck des Protokolls ist es, eine ebenso umfassende wie durchdachte Untersuchung und Analyse von Zwischenfällen zu gewährleisten, welche über die übliche Suche nach einem Schuldigen hinausgeht. Ein strukturierter Reflexionsprozess verspricht im Allgemeinen mehr Erfolg als zwangloses Brainstorming oder die verdächtig schnell gefällten Urteile sogenannter Experten. Der beschriebene Ansatz soll weder klinische Fachkenntnisse ersetzen, noch leugnet er die Bedeutung von Überlegungen einzelner Kliniker zu einem Zwischenfall. Er verfolgt vielmehr das Ziel, klinische Fachkenntnisse und Erfahrung im grösstmöglichen Umfang zu nutzen“ (Taylor-Adams & Vincent, 2007, S. 1)

NAMAWASHI

Prozess der Akzeptanz und Vorabgenehmigung eines Vorschlags, indem zuerst die Idee und dann der Plan mit dem Management und den Stakeholdern evaluiert wird, um Input zu erhalten, Widerstände vorwegzunehmen und die vorgeschlagene Änderung mit anderen Perspektiven und Prioritäten der Organisation in Einklang zu bringen. Die formelle Genehmigung erfolgt in einer Sitzung, um die endgültige Fassung des Vorschlags zu unterzeichnen. Der Begriff bedeutet wörtlich

übersetzt „Vorbereitung des Bodens für die Bepflanzung“ (<https://www.lean.org/lexicon/nemawashi>, 2017).

PDCA

Plan-Do-Check-Act ist ein Verbesserungszyklus im A3-Format, der auf der Basis einer wissenschaftlichen Methode visualisiert wird – mit dem Ziel, einen Prozess zu ändern, das Ergebnis zu messen, Interventionen zu standardisieren und den Wandel zu stabilisieren (Bercaw, 2013, S. 223).

**TOYOTA
PRODUKTIONSSYSTEM**

Ein Managementsystem für Spitzenleistungen, basierend auf der Bereitstellung des Produktionssystems, um für Kunden die höchste

(TPS)

Qualität in kürzester Zeit zu den niedrigsten Kosten zu erbringen – durch Eliminieren von Zeit- und Aktivitätsverschwendung (Bercaw, 2013, S. 225).

WERTSTROM

Dient dazu, den Wert für einen Kunden und die zu seiner Realisierung benötigten Aktivitäten zu definieren. Der Wertstrom ist ein Werkzeug, um einen Prozess zu visualisieren und einen Plan für Verbesserungen festzulegen (Bercaw, 2013, S. 225).

20. LEBENSLAUF

Berufstitel und akademischer Titel

- 2015 - Doktoratsstudium „Doctor of Business Administration“ (DBA/DR.) an der Kalaidos Fachhochschule Zürich, KMU Wien, University Middlesex London
- 2009 – 2010 Master of Advanced Studies in Corporate Development (Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten)
- 2000 – 2003 Diplom Berufsschullehrer im Gesundheitswesen (Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe SRK, Aarau)
- 1991 – 1994 Diplom in psychiatrischer Krankenpflege (Psychiatrische Klinik Königsfelden, Windisch)

Weiterbildung

- 2015 –2015 Leadership 1, Universitätsspital Zürich
- 2013 –2013 Study Tour „Lean Hospital“, Seattle, 08.-12.04.2013
- 2012 - 2012 Patient Flow Asia 2012, Kula Lumpur, 18.-22.06.2012
- 2012 - 2013 Schulungen und Beratungen im Rahmen der Einführung Lean Management am USZ (Externe Beratungsfirmen: Walkerproject AG Zürich und Lean Management Institut)
- 2011 - 2011 Auftrittskompetenz: Moderieren, Präsentieren, Rhetorik (Berner Bildungszentrum Pflege)
- 2011 - 2011 Symposium Swiss DRG (Inselspital, Universitätsspital Bern)
- 2008 - 2008 Suizidalität – Fachtagung (Psychiatrische Dienste Aargau AG)
- 2005 - 2005 Moderationstraining (Active Learning Group AG, Rudolfstetten)
- 2004 - 2004 Skillstrainer (Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau)
- 2005 - 2005 Aggressionen und Zwang in der Psychiatrie: Aktuelle Forschungsergebnisse aus der Schweiz (Universitäre Psychiatrische Dienste Bern)
- 2005 - 2005 Zwangsmaßnahmen Benchmark (Psychiatrische Klinik Wil)
- 2004 - 2004 „Kompetenz durch Evidenz“, Pflegeatelier (Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel)
- 2003 - 2003 Zwangsmaßnahmen Benchmark (Psychiatrische Klinik Oberwil)

- 1999 - 2000 Höhere Fachausbildung für Gesundheitsberufe, Stufe I Schwerpunkt
Berufspädagogik (Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe, Aarau)
- 1998 - 1998 Kaderausbildung für Stationsleiter (Wirtschaftspädagogisches Institut,
Morschach/LU)
- 1998 - 1998 Fachtagung Pflegemodell nach Erwin Böhm
(Kantonales Krankenhaus Wülflingen)
- 1996 - 1996 EKG Instruktion (Kantonsspital Aarau)
- 1994 - 1994 Ernährung von alten Menschen – Ethische Problematik
(Psychiatrische Klinik Königsfelden)
- 1992 - 1994 Psychoanalyse nach C.G. Jung, 74 Einzelsitzungen
(Dr. med. Strebel, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Zofingen)

Aktuelle Aufgaben und Verantwortlichkeiten

- Funktion: Leitung Pflege
- Bereich: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
- Organisation: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (100%)

Beruflicher Werdegang

09/2016 – 12/2017 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Vizedirektor Pflege, Therapie und Soziale Arbeit

Verantwortlich für:

- Strategieentwicklung und Umsetzung
- Personalführung
- Aufbau Datenmanagement
- Leitung Forschungsprojekt „Lean Leadership“

Erfolg (Auszug):

Erfolgreiches Forschungsprojekt „Lean Leadership“ zur Entwicklung von Lean Klinik System,
Innovatives Laufbahnmodell

08/2015 – 08/2016 Universitätsspital Zürich

Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Direktion Pflege und MTTB
Management, Forschung und Entwicklung (100%)

Verantwortlich für:

- Organisationsentwicklung in der Direktion Pflege und MTTB
- Lean Leadership-Entwicklung (im Portfolio Angebot-Entwicklung-Finzen der Medizinbereiche Pflege und MTTB)
- Co-Kursleitung CAS FH in Leadership Advanced USZ

Erfolge (Auszug):

„Portfolio Angebot-Entwicklung-Finzen der Pflege und MTTB“: Standard und Instrumente zur Gesamtsteuerung USZ

12/2012 - 07/2015 Universitätsspital Zürich

Leiter Projekte und Prozesse, Direktion Pflege und MTTB (100%)

Verantwortlich für:

- Programm Patientenprozess
- Projekt Fallmanagement (Eintritt – Verlegung – Austritt)
- Skill-Grademix-Projekt
- Schulung und Beratung Lean Management
- Organisationsentwicklung
- Beratung der Direktorin Pflege und MTTB
- Publikation

Erfolge (Auszug):

- USZ-weites Grossprojekt „Skill-Grademix“ mit Begleitforschung (Universität Zürich) erfolgreich abgeschlossen
- Über 100 Kaizen-Workshops durchgeführt (Notfallstation, IPS, IMC, Abteilungen, Laboratorien, Sozialdienst, Ernährungsberatung)

Relevante nebenberufliche Engagements:

- Vorstand Literaturtage Zofingen
- Gründer und Leiter Literaturclub Zofingen
- Gründungsmitglied Elternrat Brittnau

**03/2011 - 12/2012 Berner Bildungszentrum
Lehrer HF (100%)**

Verantwortlich für:

- Dozent (Psychiatrische Pflege, Pflegeprozess, Pflegewissenschaft)
- Co-Projektleitung Lehrplan „Teilzeitausbildung“
- Mentor, Tutor

Erfolge (Auszug):

Publikation: Trainingsheft „Pflegediagnostischer Prozess“ (hep Verlag)

Zielgerichtete Lehrplanentwicklung für die Teilzeitausbildung des Pflegepersonals

**03/2007 - 02/2011 Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales, Aarau
Lehrer HF (80%)**

Verantwortlich für:

- Dozent (Psychiatrische Pflege, Pflegeprozess, Pflegewissenschaft)
- Mentor, Tutor
- Kursleitung und Dozent für Berufsbildner(innen)

Erfolge (Auszug):

Aufbau der Berufsbildnerkurse mit Ausrichtung auf Wissenstransformation von Praxis und Lehre

**03/2006 - 12/2010 Organisationsentwicklung Meyer (Schulung und Beratung)
(parallel) Inhaber und Geschäftsführer (20%)**

Verantwortlich für:

- Projektleitung und Beratung im Gesundheits- und Bildungswesen
- Skill-Grademix-Projekte in Spitälern/Kliniken
- Schulung und Beratung von Lehrpersonen für den Lernbereich Training und Wissenstransfer
- Schulung von Lehrpersonen in problembasiertem Lernen

Erfolge (Auszug):

Projekt Skill-Grademix, Spital Wallis

Projekt Skill-Grademix, Solothurner Spitäler AG

Projekt Skill-Grademix, Paraplegiker-Zentrum Nottwil

**05/2003 - 28/2007 Psychiatrische Dienste Aargau AG
Bildungsverantwortlicher Pflegedienst (100%)**

Verantwortlich für:

- Praxisausbildung Höhere Fachschule Pflege, Fachangestellte Gesundheit
- Kursleitung, Dozent und Coach für Berufsbildner(innen)
- Weiterbildung für dipl. Pflegefachfrauen/dipl. Pflegefachmänner

Erfolge (Auszug):

Weiterentwicklung der Bildung Pflege zu einer innerbetrieblichen Dienstleistungsstelle

**01/2000 - 04/2003 Unterrichtsassistent/Berufsschullehrer i.A.
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, Basel-Stadt (100%)**

Verantwortlich für:

- Unterricht auf Diplomniveau 2 (im 4. Ausbildungsjahr)
- Mentor
- Lehrplanentwicklung

Erfolge (Auszug):

Zielgerichtete Entwicklung eines neuen Lehrplans

**04/1997 - 12/1999 Abteilungsleiter und Fortbildungsverantwortlicher
Alters- und Pflegeheim Länzerthaus, Rapperswil (80%)**

Verantwortlich für:

- Abteilungsleitung
- Leitung Fortbildung

Erfolge (Auszug):

Aufbau und Neuausrichtung des Fortbildungsprogramms für das gesamte Alters- und Pflegeheim

Erfolge (Auszug):

Zielgerichtete Entwicklung eines neuen Lehrplans

08/1994 - 02/1997 Dipl. Psychiatriepfleger in diversen Organisationen (80-90%)

Verantwortlich für:

- Pflege der Patient(inn)en, Bezugspflegeperson
- Führung von Therapiegruppen und Turnunterricht

- Tagesverantwortung
- Ausbildung der Studierenden
- Einführung neuer Mitarbeitender

Erfolge (Auszug):

Bei Patient(inn)en, Mitarbeitenden und Vorgesetzten sehr geschätzter Mitarbeiter

21. DANKSAGUNG

Bei der Vorbereitung und Initiierung hat mich Prof. Dr. Rebecca Spirig, Universitätsspital Zürich, im Rahmen der systematischen Literaturrecherche unterstützt. Die Durchführung des Aktionsforschungsprojekts hat mir Rebekka Gemperle, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, ermöglicht. Dadurch hatte ich ein ideales Forschungsumfeld, um das Vorhaben mit sehr motivierten Mitarbeitenden umzusetzen.

Bei den Workshops und Interviews haben mich zwei Psychologinnen der internen Abteilung für Unternehmensentwicklung tatkräftig und gewinnbringend unterstützt, Anne Schaltegger und Dr. Regula Adams.

Die Erfassung und Auswertung der qualitativen Daten habe ich mit Steven Cyrol, Universitätsspital Zürich, bearbeitet und gewinnbringend diskutiert.

Ein großer Dank gilt meiner Partnerin Gwenaelle Mattmann, die mich immer wieder motiviert hat und geduldig meinen Herausforderungen Gehör schenkte.

Die hervorragende Betreuung durch meine Doktormutter Dr. Andrea Rögner hat mich zur kritischen Auseinandersetzung angehalten.

Ohne Menschen, die einem auf diesem Weg begleiten, wäre diese Arbeit wohl nicht zustande gekommen.

Zu guter Letzt brauchte es die Zustimmung von Erich Baumann, CEO, Prof. Dr. Erich Seifritz und Prof. Dr. Paul Hoff, die diese Aktionsforschung unterstützt und mitgetragen haben, um das Thema Lean Management in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich durch dieses Projekt zu lancieren.

Es kann behauptet werden, dass Lean Management durch dieses Projekt trotz einzelner kritischer Stimmen eine breite Akzeptanz erhielt. Es kann noch strategisch vorangetrieben und nachhaltig verankert werden.

22. PUBLIKATIONEN

Meyer Hänel, P.; Meier, M.; Staudacher, D.; Spirig, R. (2015). *Der Patient steht an erster Stelle. Erste Erfahrung aus dem Projekt „Patientenprozess“ am Universitätsspital Zürich (USZ)*. In: *Arzt-Spital-Pflege – Schweizer Fachmagazin für das Gesundheitswesen*. 2, S.18-19

Steiner, H.; Meyer Hänel, P.; Staudacher D.; Spirig, R. (2014). *Das patientenfokussierte Spital der Zukunft gestalten. Prozessorientierte Skill-Grade-Mix-Entwicklung am Universitätsspital Zürich*. In: *Competence*. 5, S. 22-23

Meyer Hänel, P.; Walther Nufer, T. (2012). *Pflegeprozess 1, Pflegediagnostischer Prozess und kritische Entscheidungsfindung, Training und Transfer*. Curriculumsverbund Aargau. Bern: hep Verlag

Spring, R.; Koch, T.; Meyer Hänel, P. (2011). *Lehrfilm Schmerzen*. Curriculumsverbund ABZ. Bern: hep Verlag

Spring, R.; Koch, T.; Meyer Hänel, P. (2010). *Lehrfilm Vitalzeichen*. Curriculumsverbund ABZ. Bern: hep Verlag.

Meyer Hänel, P.; Umbescheidt, R. (2006). *Der Lernbereich Training und Transfer, Antworten auf die Transferproblematik durch den 3. Lernort in der Ausbildung dipl. Pflegefachfrau/dipl. Pflegefachmann HF*. In: *PrinterNet – die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege*. 5 (6), S. 276-286

Meyer Hänel, P. (2006). *Lehrfilm „Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie“*. Psychiatrische Dienste, Aargau AG und Psychiatrische Universitäre Klinik Zürich.

Meyer Hänel, P. (2004). *„Heimlicher Lehrplan“ aus der Sicht der Lernenden*. In: *PrinterNet – die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege*. 6 (4), S. 325-336

23. FORSCHUNGSPROJEKTE

2016 -2018	Lean Leadership-Entwicklung in der Pflege, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Projektleiter Lean Leadership-Entwicklung in der Pflege, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Projektleiter
2012 - 2015	Begleitforschung zum Projekt „Skill-Grademix“, Universität Zürich und Universitätsspital Zürich, Projektleiter
2002 - 2003	„Heimlicher Lehrplan“ aus Sicht der Lernenden. Gesundheits- und Krankenpflegeschule Basel-Stadt, Projektleiter