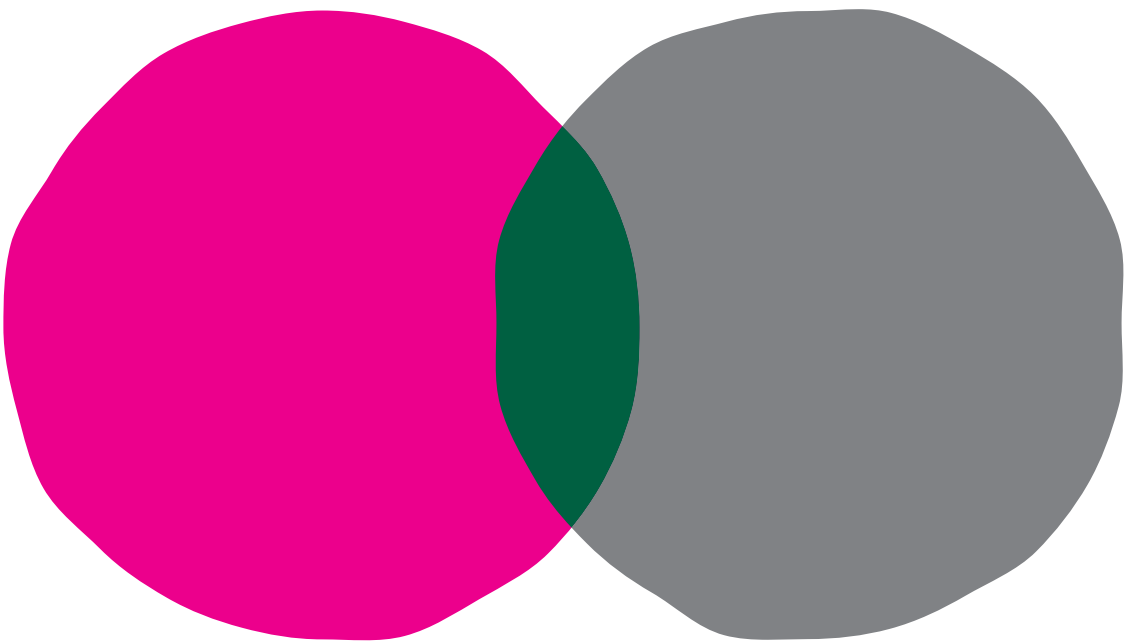
Das personzentrierte Lean-Six-Sigma-Modell

Seán Paul Teeling



Leitfaden für den personzentrierten Ansatz für Lean-Six-Sigma Massnahmen zur Qualitäts- und Prozessverbesserung im Gesundheitswesen.

Das personzentrierte Lean-Six-Sigma- Modell
Übersetzen 1
Mai 2025
ISBN 978-1-0369-2363-1

Übersetzt ins Deutsche von

Prof. Dr. Christoph von Dach
Hochschuldozent Berner Fachhochschule
Projektleiter Direktion Pflege Solothurner Spitäler AG

Tanja Siegenthaler MScN Stud.
Wissenschaftliche Assistentin, Berner Fachhochschule

Danksagungen

Ein herzlicher Dank geht an folgende Personen und Institutionen:

- An alle Gesundheitsinstitutionen, die an der Studie teilgenommen haben und weiterhin teilnehmen werden. Sie haben mit ihrem Fachwissen und ihrer Zeit einen unschätzbaren Beitrag geleistet für das Verständnis der Frage, wie Lean Six Sigma zu einer personzentrierten Kultur beitragen kann.

- Kolleg:innen des Centre for Person-centred Practice Research der Queen Margaret University, Edinburgh, für ihre wertvolle Zusammenarbeit;

- Kolleg:innen des University College Dublin für ihre wichtige Unterstützung;

- Kolleg:innen der Lean Academy und des Transformation Office des Mater Misericordiae University Hospital, Dublin, für ihre unermüdliche Unterstützung dieser Arbeit;

- Kolleg:innen der UCD Beacon Hospital Academy, Dublin;

- Den Studierenden, mit denen ich täglich zusammenarbeite und von denen ich lernen darf;

- Professorin Mary Day, National Director Acute Operations, Health Service Executive Ireland, für ihre Unterstützung, die sie dieser Forschungsarbeit von Anfang an zukommen liess;

- Der verstorbenen Professorin Dr. Jan Dewing für ihre Freundschaft und ihr Engagement für diese Forschung;

- Professor Dr. Brendan McCormack für seine kontinuierliche Unterstützung dieser Arbeit;

- Dr. Deborah Baldie, meine Ansprechperson bei allen personzentrierten Themen;

- Alan MacFarlane, der meine Ideen kreativ visualisiert hat;

- The Beacon Hospital, Dublin, Irland, ohne das die Erstellung dieses Leitfadens nicht möglich gewesen wäre.

Inhalt

Vorwort iv

Übersicht 1

Einleitung 2

Lean Six Sigma 5

Ein personzentrierter Ansatz zur Verbesserung 8

Das personzentrierte Lean-Six-Sigma Modells 11

Anwendung des personzentrieten Lean-Six-Sigma Modells 16

Schlussfolgerung 26

Literatur 27

Vorwort

Es freut und ehrt mich, ein Vorwort zu diesem Leitfaden für das von Seán Paul Teeling entwickelte personzentrierte Lean-Six-Sigma-Modell zu schreiben. Dieses basiert auf Teelings Forschungstätigkeit und den praktischen Erfahrungen bei der Umsetzung eines personzentrierten Ansatzes für Lean-Six-Sigma-Projekte und Programme zur Qualitätsverbesserung. Entstanden ist es über mehrere Jahre hiweg, in Zusammenarbeit mit Kolleg:innen aus unterschiedlichen Bereichen.

Der Leitfaden ist ein benutzerfreundliches Hilfsmittel für Mitarbeitende im Gesundheitswesen, die sich trotz unzähliger Herausforderungen für die Verbesserung der Qualität ihrer Gesundheitsversorgung einsetzen.

Aus meiner Erfahrung als Praxisentwickler, Leiter und Dozent des Master of Science in Leadership, Innovation and Management am University College Dublin, School of Nursing, Midwifery and Health Systems, ist das Gesundheitspersonal zu Recht unbeeindruckt und verständlicherweise wenig inspiriert von Ansätzen zur Qualitätsverbesserung, die sich auf ein enges Spektrum von Messgrössen konzentrieren und ausschliesslich aus Checklisten und Toolkits bestehen. Sie schätzen es eine Arbeit zu tun, die auf Werten beruht, theoretisch fundiert und evidenzbasiert ist. Das personzentrierte Lean-Six-Sigma-Modell erfüllt alle drei Anforderungen. So bringt dieser Leitfaden die personzentrierten Werte zum Ausdruck und fasst die Theorie und die Evidenz, die dem Modell zugrunde liegt, auf verständliche Weise zusammen. Der Hauptbeitrag des Leitfadens liegt in den acht Fragenkomplexen, die vom Modell abgeleitet wurden. Sie regen an, über das eigene Handeln im Rahmen von Massnahmen zur Qualitätsverbesserung nachzudenken.

Sie ermöglichen es ferner darüber zu reflektieren, inwieweit das eigene Handeln mit den Grundsätzen und Werten der Personzentrierung und denjenigen von Lean Six Sigma übereinstimmt.

So ermutigt der vorliegende Leitfaden dazu, neu zu denken und anders zu arbeiten. Dabei werden nicht nur die Erfahrungen der Patient:innen bzw. Kund:innen verbessert, sondern auch die eigenen sowie diejenigen der Mitarbeitenden. Deshalb empfehle ich allen Gesundheitsfachleuten die nachhaltige Qualitätsentwicklungen anstreben, diesen Leitfaden zu lesen und – was noch wichtiger ist – das Gelesene anzuwenden.

Martin McNamara
Professor, UCD School of Nursing, Midwifery & Health Systems,
University College Dublin

November 2023

Übersicht

Der Leitfaden beginnt mit einer kurzen Einführung in den Kontext, in dem das personzentrierte Lean-Six-Modell entwickelt wurde. Anschliessend werden die Verbesserungsmethoden Lean und Six Sigma getrennt kurz beschrieben, bevor dann die Kombination Lean Six Sigma erläutert wird.

Anschliessend wird der personzentrierte Entwicklungsansatz erklärt und die Frage nach der Bedeutung der Prozessverbesserung im personzentrierten Ansatz behandelt.

In der Folge wird das personzentrierte Lean-Six-Sigma-Modell vorgestellt. Links ermöglichen weiterführende Informationen über das Modell zu erhalten. Im Leitfaden wird dann jede Komponente des Modells mit Fragen erläutert, die zum Nachdenken über die Komponenten anregen.

Diese Fragen ermöglichen es ferner, Qualitätsentwicklungsmassnahmen mit personzentrierten Ansätzen in Einklang zu bringen.

Der Leitfaden endet mit einer kurzen Schlussfolgerung, in der das personzentrierte Lean-Six-Sigma-Modell und seine Anwendung zusammengefasst werden.

Einleitung

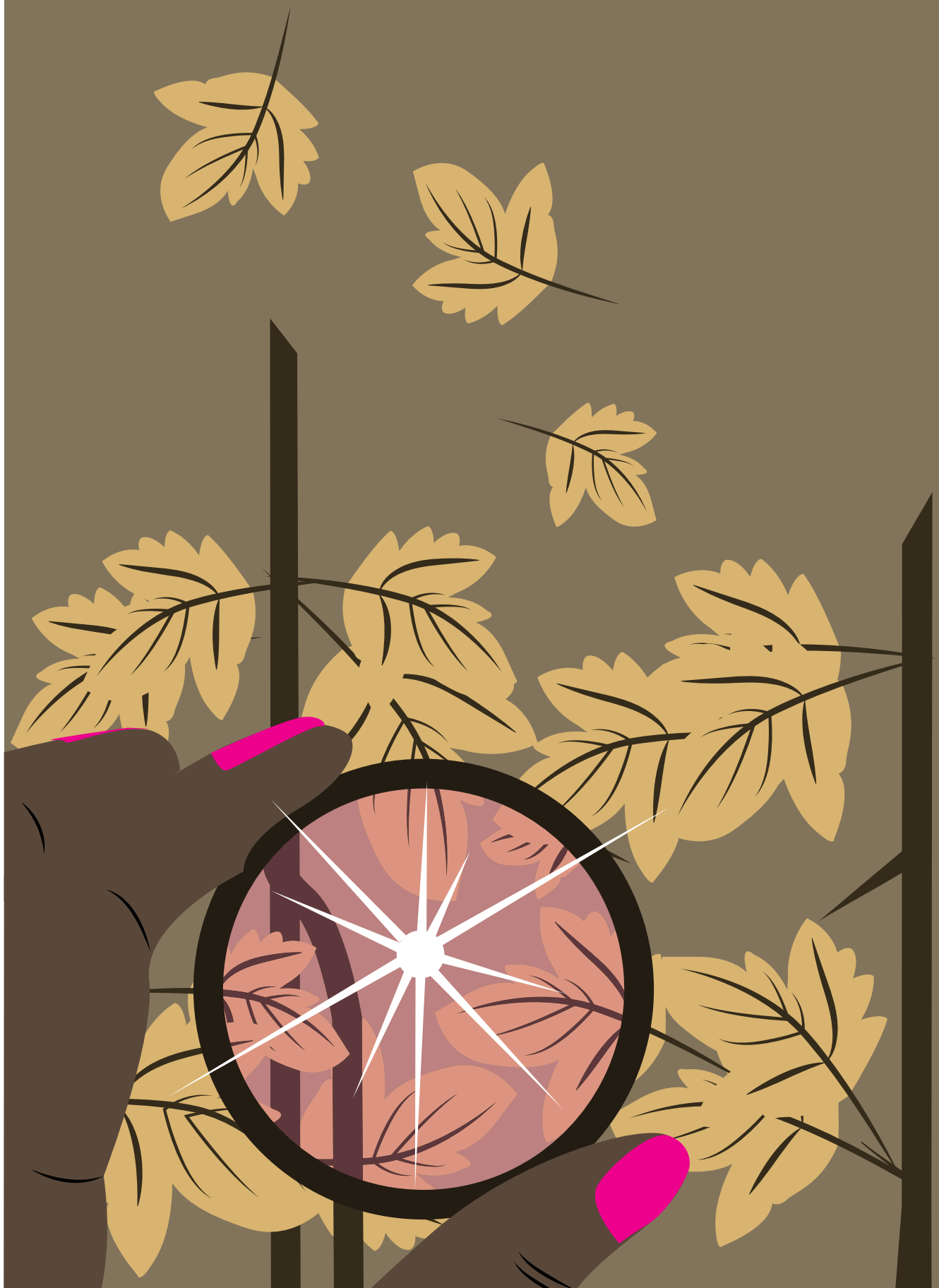
Der Leitfaden richtet sich an Gesundheitsfachpersonen, die Lean-Six-Sigma-Methoden für ihre Prozess- und Qualitätsentwicklungsarbeit einsetzen und dabei personzentrierten Ansatz verfolgen möchten.

Das Modell kann als Linse dienen, durch die Einzelpersonen und Teams ihre Lean-Six-Sigma-Arbeit betrachten können. Es soll sie darin unterstützen, ihre Arbeit personzentiriert zu fokussieren und ein Verständnis für die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen beiden Ansätzen zu erkennen.

Eine der grössten Herausforderungen im heutigen Gesundheitswesen besteht darin, einen gerechten und fairen Zugang zu hochwertigen Dienstleistungen zu ermöglichen. Nach wie vor kämpfen viele Länder mit ungleichem Zugang zur Gesundheitsversorgung. Dieser wird beeinflusst von Faktoren wie dem Einkommen, dem Wohnort, der ethnischen Zugehörigkeit und dem Geschlecht. Als Folge führt dies zu ungleichen Erfahrungen in Bezug auf Versorgung und Ergebnisse (Orach, 2009). Währenddessen steigen die Gesundheitskosten weltweit weiter an, was es schwierig macht die notwendige medizinische Versorgung für alle in gleichem Masse aufrecht zu erhalten. Dies kann zu einer verzögerten oder unzureichenden Prävention, Diagnosestellung und Behandlung und damit allgemein zu einer schlechteren Gesundheitsversorgung führen (Cygańska et al., 2023).

Viele Länder erleben grosse Herausforderungen durch demografische Veränderungen einer alternden Bevölkerung. Gemäss der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) benötigt eine alternde Bevölkerung mehr Gesundheitsleistungen, wie Langzeitpflege und die Behandlung chronischer Erkrankungen. Diese Entwicklungen stellen die Gesundheitssysteme und Ressourcen eines Landes vor grosse Herausforderungen (OECD, 2015).

Die COVID-19-Pandemie hat ebenso deutlich gemacht, wie Infektionskrankheiten die Gesundheitssysteme überfordern können. Dies führt zusätzlich zu einem erhöhten Bedarf an Pflegeleistungen und einer erheblichen Belastung der Ressourcen (Daly et al., 2021).



Diese Herausforderungen werden durch den aktuellen Arbeitskräftemangel noch verschärft. Die Gesundheitsdienste stehen vor der Herausforderung, nicht über genügend qualifizierte Arbeitskräfte zu verfügen. Ein Mangel an ärztlichen Fachpersonen, Pflegekräften und anderen medizinischen Fachleuten schränkt Gesundheitsdienstleistungen ein und erschwert eine zeitnahe und hochwertige Versorgung (Butler et al., 2022).

Die Herausforderungen können sich in den verschiedenen Ländern und Regionen sehr unterschiedlich darstellen. Um wirksam gelöst werden zu können, sind ausgewählte Strategien und spezifische Lösungen erforderlich.

Dafür kommen zunehmend Methoden wie Lean Six Sigma zur Anwendung (Teeling et al., 2020). Das personzentrierte Lean-Six-Sigma-Modell wurde über einen Zeitraum von sieben Jahren entwickelt, zunächst in Form einer Doktorarbeit bis zur Einführung und Erprobung an zwölf klinischen Standorten. Anschliessend wurde es im Akutspital wie auch im ambulanten Sektor, in öffentlichen und privaten Settings in Irland angewendet.

Lean Six Sigma

Lean Six Sigma ist eine Kombination aus zwei Methoden zur Prozessentwicklung: Lean, entwickelt von Toyota, und Six Sigma, entwickelt von Motorola (Abu Bakar et al., 2015)

Lean

Lean ist ein Managementsystem, eine Methodik und eine Philosophie. Dabei geht es darum Mitarbeitende zu unterstützen und zu befähigen, ihren Patient:innen eine bessere Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen (Graban, 2012). Lean wurde zunächst für die Autoindustrie entwickelt. Rasch erkannten aber auch andere Branchen die damit verbundenen Vorteile, unter ihnen auch das Gesundheitswesen. Mit Lean konnten Verbesserungen in Prozessabläufen erzielt werden, die zum Beispiel Wartezeiten reduzieren, mehr Zeit für die Behandlung ermöglichen, Fehler reduzieren und damit zu einer Verbesserung der Patientenergebnisse führen (Flynn et al., 2018).

Bei der Anwendung von Lean geht es darum, die Zeit vom Eintritt bis zum Verlassen einer Institution zu verkürzen, indem die für Patient:innen nicht wertschöpfende Zeit und entsprechende Aktivitäten eliminiert werden (Teeling et al., 2020, 2021; Ward et al., 2022). Antony et. al (2019) weisen darauf hin, dass Lean in unterschiedlichsten Bereichen zur Verbesserung von Gesundheitsprozessen eingesetzt werden kann.

Lean Six Sigma

Six Sigma

Lean wird häufig in Verbindung mit Six Sigma verwendet, einer weiteren weit verbreiteten Methode zur Qualitätsentwicklung, die von Motorola initiiert wurde. Dabei ging es darum Herstellungsprozesse durch die Reduzierung der Variabilität und durch statistische Analyse von Prozesskennzahlen zu optimieren (Daly et al., 2021,2022).

Der datengesteuerte Ansatz von Six Sigma ist darauf ausgerichtet, die Prozessfähigkeit und damit das Ergebnis zu verbessern (Teeling et al., 2023a). Der Lean-Six-Sigma-Rahmen «Definieren, Messen, Analysieren, Verbessern, Kontrollieren» (DMAIC) bietet ein Modell für eine strukturierte Herangehensweise für Veränderungen (Rathi et al., 2022). Six Sigma legt grossen Wert darauf, die «Stimme der Kund:innen» zu erheben, darauf zu reagieren und die Erwartungen sowohl der Dienstleistungsnutzer:innen als auch der Anbieter:innen zu verstehen (Teeling et al., 2020, 2021). Diese Betonung der Stimme der Kund:innen deckt sich mit den Erwartungen der Nutzer:innen

Die primären Ziele sind die Verbesserung der Patient:innensicherheit, der Pflegequalität, der Prozesseffizienz und der Prozessleistung, sowie, der Zufriedenheit von Patient:innen und Mitarbeitenden (Vaishnavi & Suresh, 2020).

Lean Six Sigma

Ist eine Kombination von Lean und Six Sigma und erscheint in der Literatur bezogen auf das Gesundheitswesen ab 2010 (Abu Bakar et al., 2015). Bereits seit Anfang 2002 wurde Lean Six Sigma in Entwicklungsprojekte integriert und ab 2008 verstärkt eingesetzt.

Abbildung 1 I Schwerpunkte und Ergebnisse von Lean und Six Sigma

Beide Methoden konzentrieren sich auf Kund:innen, Mitarbeitende, den Managementsupport und die Teamarbeit (Teeling et al., 2020, 2021). Lean Six Sigma weist auf Verbesserungen im Gesundheitswesen hin, und zwar auf Ebene der Patient:innen, der Mitarbeitenden und der Organisation (Burgess et al., 2013; Mazzocato et al., 2016; Teeling et al., 2023a). Lean, Six Sigma und Lean Six Sigma gehören heute zu den international am häufigsten angewendeten Methoden zur Prozessverbesserung im Gesundheitswesen (Jorma et al., 2016; Teeling et al., 2020, 2021).

Ein personzentrierter Ansatz zur Verbesserung

Hardiman und Dewing (2019) beschreiben die Beziehung zwischen Personzentriertheit, personzentrierter Gesundheitsversorgung und personzentrierter Kultur. Sie stellen fest, dass es bei der Personzentriertheit um Praktiken geht, die in eine Kultur eingebettet sind, die die Erbringung einer personzentrierten Pflege ermöglichen und erleichtern.

McCormack et al. (2015) stellen klar, dass eine personzentrierte Kultur für die Erbringung einer personzentrierten Gesundheitsversorgung notwendig ist. Sie weisen darauf hin, dass es bei Letzterer um jede Person geht, die an der Gesundheitsversorgung beteiligt ist, und nicht einzig um die Patient:innen (McCormack & McCance 2006, 2010; McCormack et al., 2015). Aus personeller Sicht umfasst sie einen sinnvollen Qualifikationsmix, effektive Arbeitsbeziehungen und eine gemeinsame Entscheidungsfindung. McCormack und McCance (2010) verwenden den Begriff «Person» für alle Personen, die am Prozess respektive an den «pflegenden Interaktionen» beteiligt sind. Daher bezeichnet der Begriff nicht nur Patient:innen, deren Familien und Pflegefachpersonen, sondern auch alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams einer Institution. Um personzentriert zu sein, bedarf es «gesunder» Beziehungen zwischen den Fachpersonen, ihren Patient:innen oder Klient:innen und deren Bezugspersonen (McCormack et al., 2015).

Dewing und McCormack (2017a) empfehlen, dass Personzentrierung für eine Kultur steht, die jede Person einer Organisation einschliesst und anspricht und die Fachperson nicht isoliert, sondern einbezieht. Die Notwendigkeit, Prozessverbesserungen im Kontext der Personzentrierung anzugehen, betonen Dewing et al. (2015) und Dewing und McCormack (2017b). McCormack und Watson (2018) stellten zudem fest, dass das Gesundheitswesen häufig ausschliesslich auf eine begrenzte Anzahl von wirtschaftlichen Kennzahlen zurückgreift, die nicht unbedingt zur Förderung der Personzentrierung beitragen.

Prozessverbesserung durch Personzentrierung

Dewing und McCormack (2015) erörtern das Konzept des «menschlichen Wohlbefindens» (Human flourishing). Sie setzen dieses in Beziehung zu Personen, die über längere Zeiträume hinweg in einem anhaltenden Zustand des Wohlbefindens sind und basierend darauf ihr Bestes geben (Seligman 2011, S. 70). In schwierigen Situationen von Aussen, verfügen sie über die nötige Widerstandsfähigkeit, um gestärkt daraus hervorzugehen.

Dewing et al. (2015) und Dewing und McCormack (2017b), beschreiben die Entwicklung solcher Arbeitsplatzkulturen im Rahmen des Modells für Compliance, Service Improvement and Innovation (CoSII) (Abbildung 2).

Dieses Modell zeigt auf, dass die Verbesserung von Dienstleistungen personzentrierte Muster hervorbringt. Ausgehend von einer Arbeitsplatzkultur, in der einzelne personzentrierte Momente entstehen, werden Prozesse dahingehend entwickelt, eine personzentrierte Kultur entstehen zu lassen. Dies wird vorallem durch die Befähigung der sich darin befindenen Personen erreicht. Dabei betonen Dewing und McCormack (2015), dass Insitutionen in nie nur einem Zyklus verortet werden können.

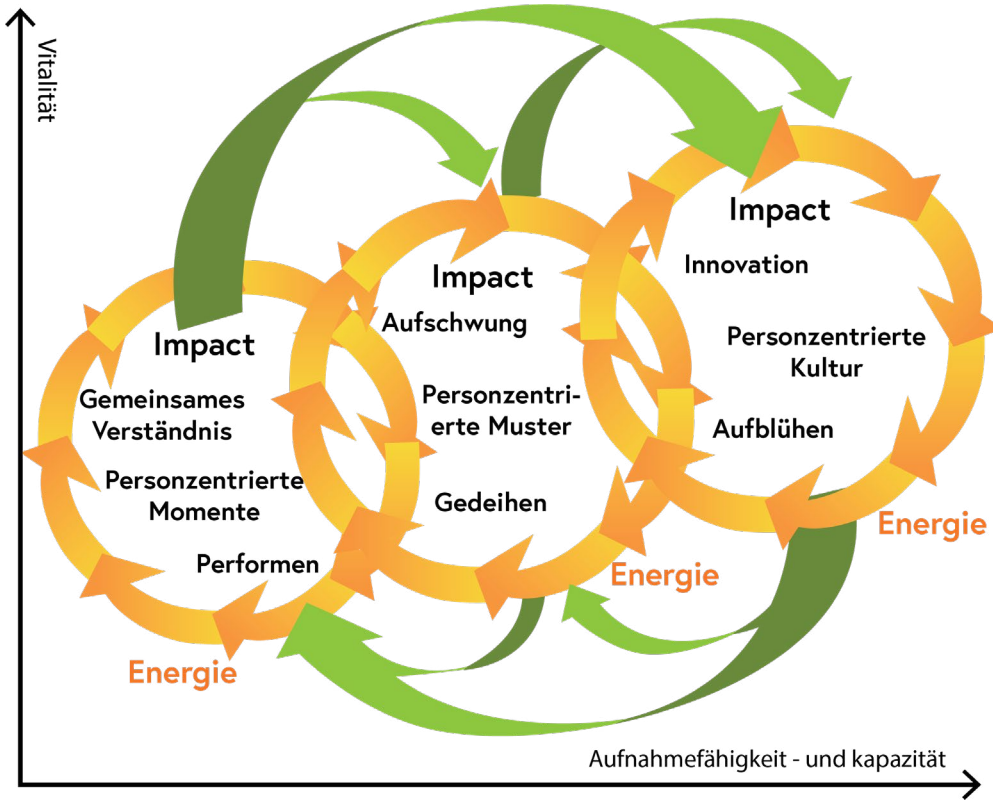


Abbildung 2 | Das Modell Compliance, Service Improvement and Innovation (CoSII) Quelle: mit Einwilligung von Dewing & McCormack, 2017b).

Bei der Entwicklung des personzentrierten Lean-Six-Sigma-Modells war das CoSII-Modell bedeutsam, da es verdeutlicht, dass Prozessverbesserungsmethoden (wie Lean Six Sigma) personzentrierte Muster enthalten. Ferner wird aufgezeigt, dass weitere Forschungsarbeiten erforderlich sind, um Synergien zu identifizieren und zu verstärken und Bereiche mit Divergenzen zwischen Lean Six Sigma und personzentrierten Ansätzen in Einklang zu bringen. Zu diesem Zweck wurden die Synergien und Divergenzen zwischen personzentrierten und Lean-Six-Sigma-Methoden untersucht (Teeling et al., 2020, 2021). Diese Untersuchung bildete die Grundlage für die Entwicklung des personzentrierten Lean-Six-Sigma-Modells.

Das personzentrierte Modell Lean-Six-Sigma

Ein kombinierter, personzentrierter Lean-Six-Sigma Ansatz

Aktuelle Forschungen (Teeling et al., 2020, 2021,2023b) identifizieren und klären die Synergien und Unterschiede zwischen Lean Six Sigma und personzentrierter Gesundheitsversorgung. Diese finden sich Abbildung 3.

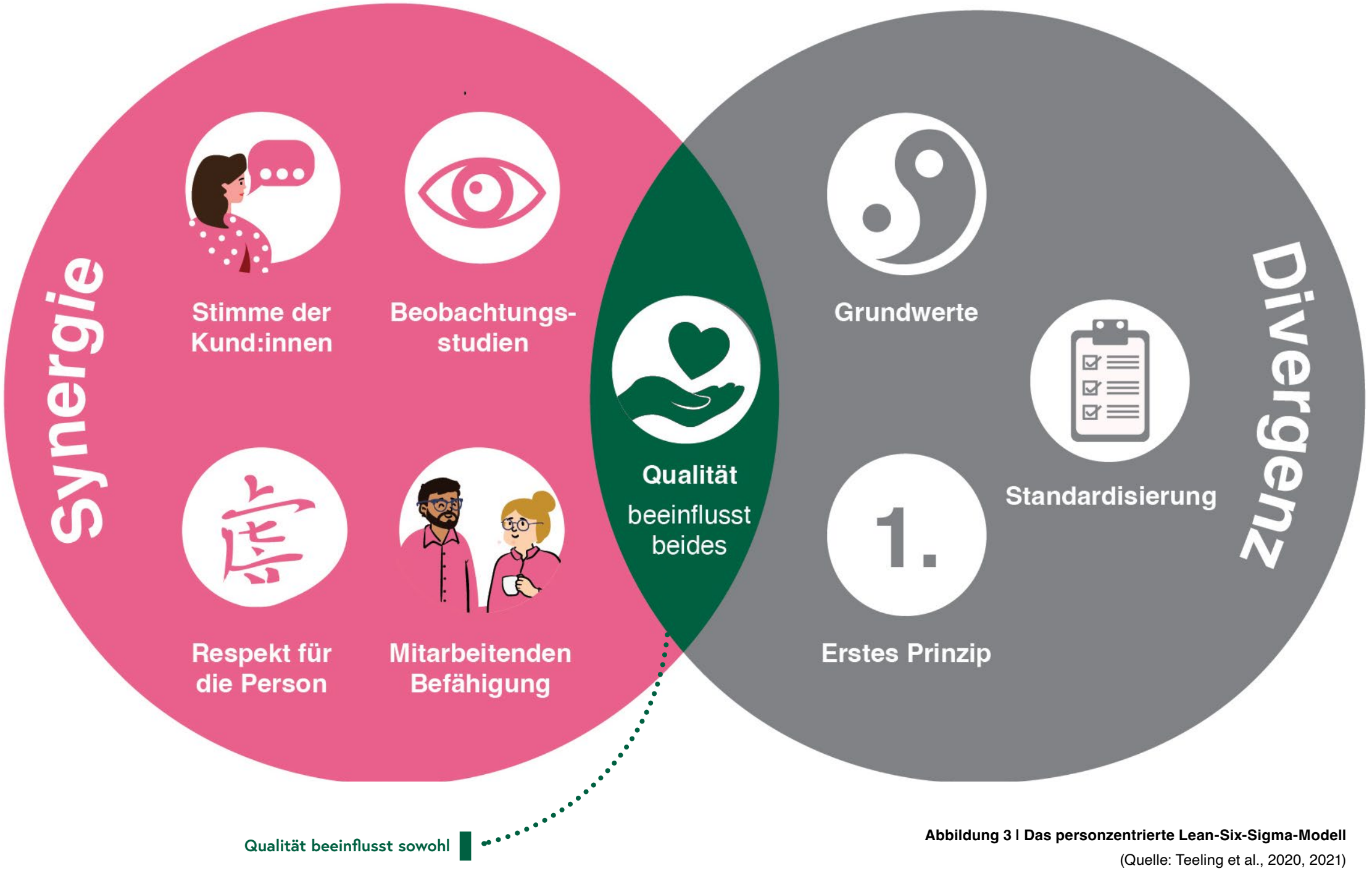


Abbildung 3 | Das personzentrierte Lean-Six-Sigma-Modell
(Quelle: Teeling et al., 2020, 2021)

Zweck des personzentrierten Lean-Six-Sigma Modell

Das Modell dient als Werkzeug, welches Praktiker:innen hilft ihre Lean-Six-Sigma-Praxis zu überprüfen und kritisch zu bewerten. Es unterstützt sie darin zu erkennen ob und auf welche Weise ihr Vorgehen auf personzentrierten Ansätzen basiert.

Die verwendeten Farben des Modells wurden inspiriert von der japanischen Farbsymbolik und deren Bedeutung (Akal Japanese Academy, 2021).

Sinergie

Die Synergie zwischen personzentrierten und Lean-Six-Sigma-Ansätzen wird durch die Farbe Pink dargestellt, die für Neugier und Offenheit gegenüber der Welt steht.

Qualität

Qualität als Einflussfaktor wird durch die Farbe Dunkelgrün dargestellt, die für Fruchtbarkeit, Vitalität und Energie steht. Qualität bildet den fruchtbaren Boden zwischen personzentrierten und Lean-Six-Sigma-Ansätzen zur Verbesserung.

Divergenz

Die Farbe Silber steht für die Divergenz zwischen personzentrierten und Lean-Six-Sigma-Ansätzen.
Sie symbolisiert Sicherheit und Verlässlichkeit und veranschaulicht, wie Lean-Six-Sigma-Praktiker:innen sich von potenziellen Synergiebereichen entfernen können, indem sie sich in die Sicherheit und den Komfort des Vertrauten zurückziehen. Dadurch entfernen sie sich von neugieriger und offener Kreativität personzentrierten Ansätzen.

Die Abeiten von Dewing und McCormack (2017a) und von Dewing et al. (2015), bestätigten das Vorhandensein von «personzentrierten Mustern» in Qualitätsverbesserungen, die zur Entwicklung des personzentrierten Lean-Six-Sigma-Modells führten (Teeling et al., 2020, 2021).

Teeling et al., 2021, entwickelten im Rahmen eines Realist Rewievs und einer Realist Evaluation, daraus ein Verständnis für den Zusammenhang von Lean Six Sigma und Aspekten der Organisationskultur, wie beispielsweise die Empfänglichkeit einer Organisation für Lean Six Sigma Interventionen oder die Ausbildung von Reflexion und Selbstwahrnehmung.

Dies ermöglichte ein vertieftes Verständnis der Frage, ob Lean Six Sigma im Gesundheitswesen eine Wirkung zeigt und wenn ja, wie stark diese ist. Die Ergebnisse der Untersuchung wurden mit dem personzentrierten Lean-Six-Sigma-Modell (Abbildung 3) abgeglichen. Dabei wurde deutlich, dass das Umsetzen des personzentrierten Lean-Six-Sigma-Modells sowohl die Effizienz steigert als auch zur Entwicklung personzentrierter Kulturen beiträgt (Teeling et al., 2021).

Die Untersuchung verwendete durchgängig partizipative, personzentrierte Ansätze zur Datenerhebung. Der Einsatz personzentrierter Prinzipien in Kombination mit kreativen Methoden erwies sich dafür als geeignet (Cook et al., 2021; Teeling et al., 2022).

Lerne mehr

01 **Eine Diskussion über die Synergie und Divergenz zwischen Lean Six Sigma und pepersonzentrierter Praxis**

Um mehr über die Synergie und Divergenz zwischen Lean Six Sigma und personzentrierten Verbesserungsansätzen zu erfahren:

Teeling, S.P., Dewing, J. and Baldie, D. (2020) A discussion of the Synergy and Divergence between Lean Six Sigma and Person-centred Improvement Sciences, International Journal of Research in Nursing, 11(1), pp. 10–23.

02 **Eine Realist Inquiry, um den Beitrag von Lean Six Sigma zur personzentrierter Pflege und Kultur zu identifizieren**

Um zu erfahren, wie das Modell vom Gesundheitspersonal in deren Organisationen getestet wurde:

Teeling, S.P., Dewing, J. and Baldie, D. (2021) A realist inquiry to identify the contribution of Lean Six Sigma to person-centred care and cultures. International Journal of Environmental Research and Public Health, ,18(19)10427.

03 **Die Anwendung eines personzentrierten Ansatzes zur Prozessverbesserung in der Augenheilkunde im Nordosten von Irland**

Um zu erfahren, wie das Modell in einem bestimmten Praxisumfeld implementiert wurde:

Teeling, S.P., Keown, A., Cunningham, Ú. y Keegan, D. (2023) "The application of a person-centred approach to process improvement in ophthalmology services in the North East of the Republic of Ireland", International Practice Development Journal, 13 (1), pp.1-18

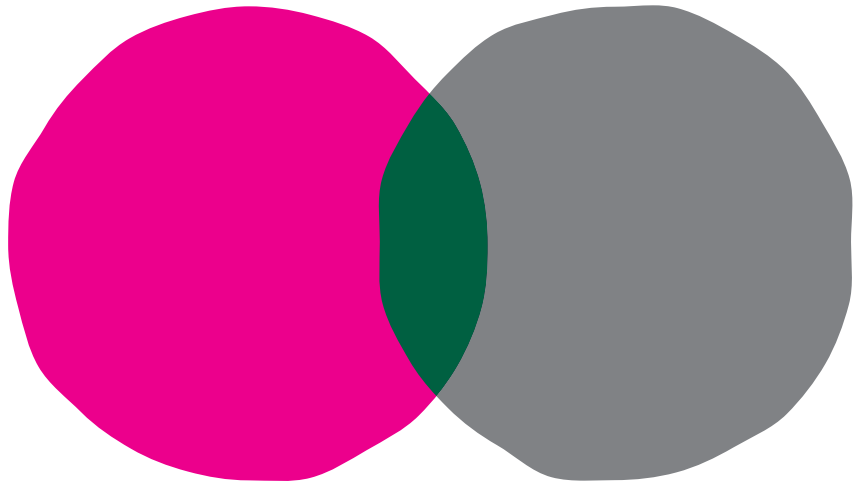
04 **Entwicklung neuer Methoden für personzentrierte Ansätze zur Beurteilung von Kontext-Mechanismus-Ergebnis-Konfigurationen in der Realist Evaluation.**

Um mehr über den Einsatz personzentrierter Methoden zur Datenerhebung innerhalb des realistischen Rahmens, der dieser Forschung zugrunde liegt, zu erfahren:

Teeling, S. P., Dewing, J., y Baldie, D. (2022). Developing New Methods for Person-Centred Approaches to Adjudicate Context-Mechanism-Outcome Configurations in Realist Evaluation. International Journal of Environmental Research and Public Health. 19(4), 2370.

Scannen, um die obenstehenden Dokumente zu lesen

Anwendung des personzentrierten Lean-Six-Sigma-Modells



Das Modell kann als Linse verstanden werden, die es ermöglicht, die Anwendung von Lean-Six-Sigma-Methoden systematisch und evidenzbasiert zu überprüfen. Es stellt eine Reihe von aus der Forschung abgeleiteten Fragen. Diese können an sich selbst und an Kolleg:innen gestellt werden. Sie unterstützen die Reflexion, ob und inwieweit die Eigenen Lean Six-Sigma-Verbesserungspraktiken auf Personzentrierung basieren.

Schlüsselfragen und Überlegungen zum personzentrierten Lean-Six- Sigma-Modell

Die Schlüsselfragen unterstützen Bestrebungen im Rahmen Lean Six Sigma mit personzentrierten Ansätzen in Einklang zu bringen.

Stimme der Kund:innen

Die Stimme der Kundin bzw. des Kunden beinhaltet die direkte Einbindung von Dienstleistungsnutzer:innen und Anbieter:innen. Damit kann deren Feedback zu ihren Erfahrungen mit den Dienstleistungen und ihren Erwartungen eingeholt werden.

Fragen zur Reflexion

Um sicherzustellen, dass die Stimme der Kund:innen gehört wird.

1. Verstehe ich, was mit der Stimme der Kund:innen gemeint ist?

2. Habe ich alle Personen einbezogen, die an der Betreuung und Behandlung beteiligt sind, einschliesslich Patient:innen, Angehörige und das medizinische Personal?

3. Ist meine Einbindung der an der Verbesserung beteiligten Personen (Interessenvertretende/Kund:innen) kooperativ, inklusiv und partizipativ?

4. Ist meine Einbindung dieser Personen schematisch oder authentisch?

5. Halte ich weiterhin alle Beteiligten betreffend Informationen auf dem Laufenden?

6. Gebe ich den Beteiligten die Möglichkeit, Verantwortung für die Veränderung zu übernehmen (z. B. Daten zu erheben und zu analysieren, Lösungen mitzugestalten), anstatt sie nur als Teilnehmer:innen einzubeziehen?

7. Habe ich geeignete Lean-Six Sigma-Tools verwendet, um die Stimme der Kund:innen zu erfassen, z.B. den Critical to Quality Tree (CTQ)? (Beispiel vgl. S.17)

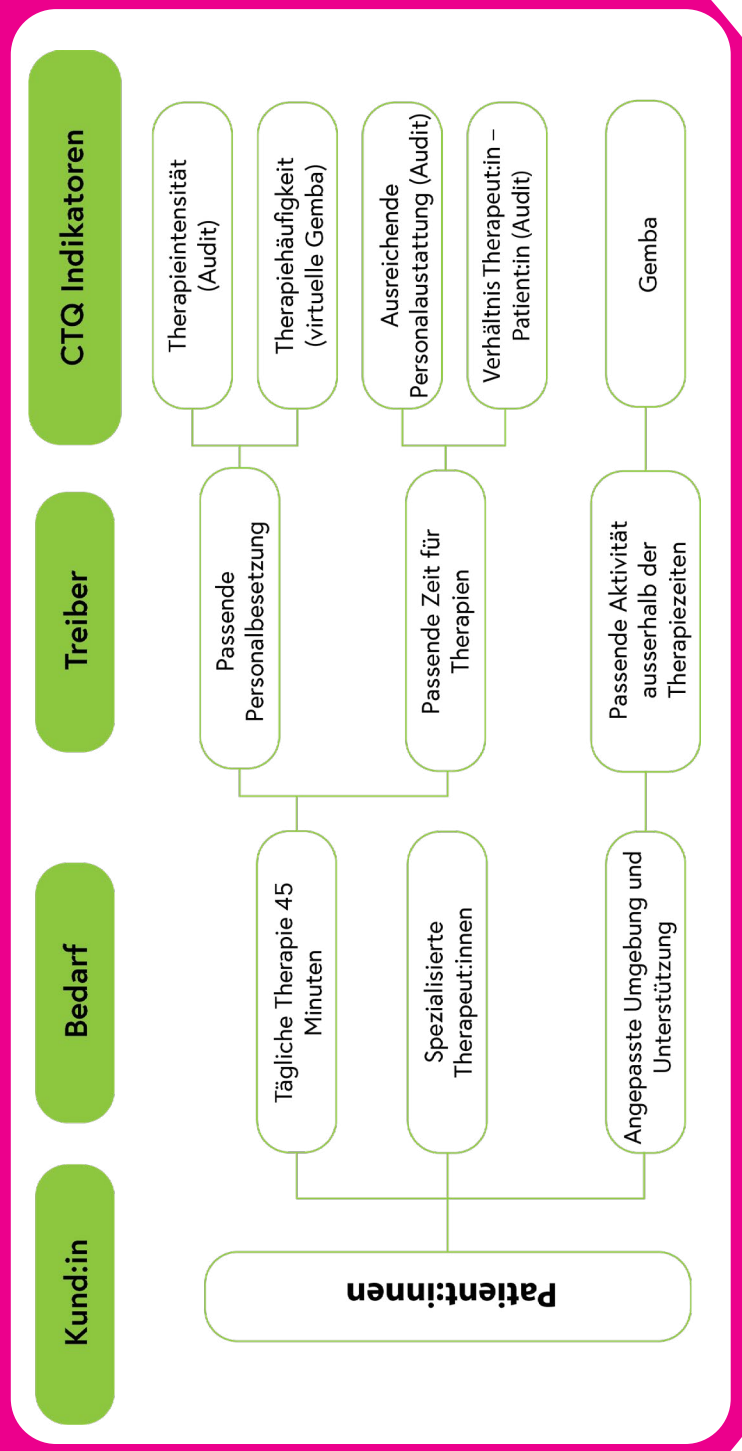


Abbildung 3 | Beispiel für einen CTQ aus einer Fallstudie
(Quelle: Connolly, Teeling und McNamara (2020, p 7)

Zum Anzeigen des Bildes drehen

Respekt vor der Person

Lean basiert auf den zwei Grundpfeilern kontinuierliche Verbesserung und Achtung des Menschen. Personzentrierte Ansätze beruhen auf dem Konzept der Achtung des Menschen, wobei neben den Patient:innen, auch alle Beteiligten entlang des Versorgungskontinuums als «moralische Peers» gesehen werden. Gesundheitsorganisationen betonen dabei die Bedeutung gemeinsamer Werte (Williams, 2015; Teeling et al., 2020).

Fragen zur Reflexion

Um sicherzustellen, dass Sie Respekt für die Person darstellen

1. Kenne ich die Werte und Überzeugungen der an der Verbesserung beteiligten Personen sowie derjenigen, die von der Verbesserung betroffen sind, oder habe ich mich bemüht, sie zu verstehen?
2. Habe ich ihre Werte und Überzeugungen geklärt?
3. Schätze ich die Werte und Überzeugungen meiner Kolleg:innen im Team?
4. Schätze ich Gleichberechtigung, Vielfalt und Inklusion innerhalb meines Teams?
5. Orientiere ich mich an den personzentrierten Prinzipien der Zusammenarbeit, der Inklusion und der Partizipation? (Manley et al., 2014; Rewing et al., 2015)

Beobachtungs-studien

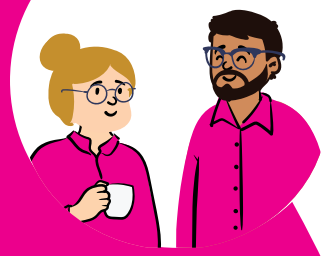
Eine der wichtigsten Stärken von Lean Six Sigma besteht darin, die «Grundursache» von Problemen zu finden. Das bedeutet, dass es Beobachtungsdaten in Echtzeit bzw. am Ort des Geschehens nutzt (Graban, 2012), ein Prozess der in Lean als «Gemba» bezeichnet wird (Womack, 2013). Der Begriff stammt ursprünglich aus dem Japanischen und leitet sich vom Wort «gembutsu» ab, was auf Deutsch «echtes Ding» bedeutet. Gemba ist eigentlich eine Beobachtungsstudie in Echtzeit, die eine Person an jenem Ort durchführt, an dem die Arbeit oder Aktivität stattfindet. Dies widerspiegelt das japanische Konzept von Kaizen (Veränderung zum Besseren) (Teeling et al., 2021). Das Mantra «Wenn du beobachten kannst – kannst du messen, wenn du messen kannst – kannst du dich verbessern» gilt auch für Gemba-Walks.

Fragen zur Reflexion

Um sicherzustellen, dass Sie verstehen, wie man einen Gemba absolviert.

1. Verstehe ich, dass Gemba den Prozess beobachtet und nicht die Person?
2. Zeige ich bei der Durchführung von Gemba Achtung und Respekt für die beteiligten Personen?
3. Anerkenne ich, dass Gemba eine Form der nicht wertenden, Beobachtung ist?
4. Verstehe ich, dass ein Gemba Walk stets mit gegenseitigem Respekt und dem Ziel, das Denken zu verbessern, durchgeführt wird?
5. Bin ich mir des mir während eines Gemba Walks dem entgegengebrachten Vertrauen bewusst und gehe ich respektvoll damit um?
6. Halte ich mich bei der Durchführung meines Gemba Walks an das Mantra «Schauen, Zuhören, Lernen» anstatt zu sprechen?

Befähigung der Mitarbeitenden



Scales und Kolleg:innen (2017) empfehlen, basierend auf einem personzentrierten Ansatz, die Fähigkeiten und die Expertise der Mitarbeitenden als wesentliche Bestandteile der Befähigung anzuerkennen. Die Befähigung der Mitarbeitenden und die Organisationskultur, die Verbesserungen fördert, sind grundlegende Eckpfeiler der Lean-Implementierung im Gesundheitswesen (Ballé & Regnier, 2007). Sie weisen Synergien mit personzentrierten Kulturen auf, welche Mitarbeitende ermutigen und dazu befähigen, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln und die Qualiät ihrer Arbeit zu verbessern (Dewing & McCormack, 2017a).

Fragen zur Reflexion

Um sicherzustellen, dass Sie die nötigen Voraussetzungen schaffen, die es für befähigte Mitarbeitende braucht.

1. Fühlen sich die Mitarbeitenden in der Organisation wertgeschätzt und respektiert?
2. Fühlen sich die Mitarbeitenden aktiv eingebunden, um an Lean-Six-Sigma-Verbesserungen mitzuwirken oder diese durchzuführen?
3. Habe ich die Synergien zwischen der Achtung des Menschen und der Stimme der Kundin bzw. des Kunden berücksichtigt und damit die Frage, wie diese Synergien Mitarbeitende in Verbesserungsprozesse einbinden und sie befähigen können?
4. Ist meine Einbindung der Mitarbeitenden authentisch?
5. Haben die Mitarbeitenden Zugang zu Schulungen und Weiterbildungen in Lean Six Sigma?
6. Verstehe ich, dass bestimmte Elemente einer Veränderungsinitiative möglicherweise von den Mitarbeitenden als gegen ihre Interessen gerichtet aufgefasst werden können?
7. Kann ich den Mitarbeitenden klar vermitteln, welchen persönlichen Nutzen ihnen die Veränderung bringt?

Qualität als Einflussfaktor

Die Forschung hat gezeigt, wie Interpretationen von Qualität durch kontextuelle Faktoren und Umstände beeinflusst werden können. Ferner unterscheidet die Literatur zwischen einer ergebnisorientierten Qualität und einem eigentlichen Konzept einer Qualitätskultur (Teeling et al., 2020, 2021).

McCormack und Watson (2017) schlagen vor, dass Verbesserungsmethoden auf Einbezug der Betroffenen und Kulturwandel abzielen sollten. Dabei sind eine kontinuierliche Entwicklung und Innovation zentrale Bestandteile einer personzentrierten Gesundheitsversorgung und-kultur (Dewing et al., 2015).

Fragen zur Reflexion

Um sicherzustellen, dass Sie die erforderte Qualität gewährleisten.

1. Erkenne ich, dass Qualitätsverbesserung mehr ist als ein kontextloses Toolkit?
2. Verstehe ich, dass jede Verbesserung Konsens und Kulturwandel erfordert?
3. Stütze ich mich ausschliesslich auf mengenbasierte Messungen, die möglicherweise keine Personzentrierung fördern?
4. Erkenne ich in der Zusammenarbeit mit allen Beteiligten von Veränderungsinitiativen den Wert von Authentizität, durch ...
   - aktives Zuhören, Empathie und Verständnis?
   - eine klare Kommunikation und die kontinuierliche Information aller Beteiligten?
   - die gemeinsame Entscheidungsfindung?
   - kulturelle Sensibilität?
   - die Achtung der Person und den ihr entgegengebrachten Respekt?

Synergie und Divergenz

Grundwerte

Williams (2015) betont, dass Werte im Kontext der personzentrierten Gesundheitsversorgung umfassender betrachtet werden, mit einem Fokus auf Patient:innen, Familien, Mitarbeitenden und sozialen Werten, während Lean primär auf die Prozessverbesserung ausgerichtet ist. Dies deutet darauf hin, dass breitere soziale Werte möglicherweise nicht beachtet werden, wenn Prozessverbesserungen nicht schrittweise und unter Einbezug betroffener Personen erfolgen.

Fragen zur Reflexion

Um sicherzustellen, dass Sie die Kernwerte verstehen.

1. Erkenne ich, dass Werte nicht nur durch Prozessverbesserungen bestimmt werden, sondern auch die psychosozialen Werte einer Person widerspiegeln?

2. Verstehe ich, dass der Wert von Verbesserungen mehr umfasst als das, was durch bestimmte Kennzahlen oder Outputs messbar ist?

3. Schätze ich die Merkmale einer effektiven Gesundheitsversorgung am Arbeitsplatz, indem ich mit Mitarbeitenden interagiere und mich mit folgenden Aspekten befasse:
   - Werden bestimmte Werte von den Mitarbeitenden im Arbeitsumfeld geteilt?
   - Wie werden diese Werte in der Praxis umgesetzt?
   - Wie können wir als Arbeitsteam anpassungsfähig, innovativ und kreativ sein?
   - Wie wird eine angemessene Veränderung durch die Bedürfnisse von Patient:innen, Nutzer:innen und Gemeinschaften gesteuert? (Manley et al., 2011)

Divergenz

1. Erste Prinzipien

Lean basiert in erster Linie auf dem Konzept des Verstehens von Wert (im Gegensatz zu Verstehen von Werten), während personenzentrierte Gesundheitsversorgung die Bewertung der beruflichen Kompetenz, das Engagement für die Praxis und die Klarheit der Überzeugungen und Werte als Voraussetzung hat (William, 2015).

Fragen zur Reflexion

Um sicherzustellen, dass Sie die ersten Prinzipien von Lean und der personzentrierten Pflege verstehen.

1. Habe ich die zentralen Werte der beteiligten Personen berücksichtigt?

2. Verstehe ich den Unterschied zwischen den Wertvorstellungen von Lean Six Sigma und der Personzentrierung?

3. Verstehe ich die individuellen und persönlichen Prinzipien, die dem Konzept von Kaizen («Veränderung zum Besseren») zugrunde liegen und sowohl das Arbeits- als auch das soziale Leben einer Person betreffen?

Standardisierung

Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass bei der Anwendung von Lean Six Sigma die Gefahr einer unangemessenen Betonung der Standardisierung besteht, die sich mit dem individualisierten Ansatz der Personzentriertheit schlecht vereinen lässt (Langabeer et al., 2009; Teeling et al., 2020, 2021).

Eine unangemessene Standardisierung kann zu einer grossen Abweichung bei der Anwendung der Prinzipien und Schritte von Lean Six Sigma führen (Wackerbarth et al., 2021), ausserdem zur Nutzung eines engen Sets spezifischer Werkzeuge oder Techniken (Radnor et al., 2012; McNamara und Teeling, 2019). Als Folge davon kann es passieren, dass Lean Six Sigma an verschiedenen Orten unterschiedlich umgesetzt wird. (Burgess und Radnor, 2013).

Fragen zur Reflexion

Um sicherzustellen, dass Sie die Standardisierung verstehen.

1. Verstehe ich, dass es im Gesundheitswesen oft Variationen braucht (aufgrund verschiedener Fachrichtungen, unterschiedlicher Teams und variierender Patientenbedürfnisse), um eine individuelle, ganzheitliche, personzentrierte Versorgung zu gewährleisten?

2. Verstehe ich, dass ich nicht unangemessen auf eine Standardisierung bestehen sollte?

3. Konsultiere ich Personen und beteilige ich diese an der Entwicklung der Prozessstandardisierung, wenn sie es für angemessen halten, und respektiere ich ihre Meinungen und Ratschläge als Endnutzer:innen?

Schlussfolgerung

Das personzentrierte Lean-Six-Sigma-Modell betont die Synergien zwischen Lean Six Sigma und personzentrierten Methoden und zeigt auf, wie die Unterschiede miteinander in Einklang gebracht werden können. Dies wirkt sich direkt auf die Gestaltung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen aus, die die Entwicklung einer qualitativ hochwertigen, personzentrierten Gesundheitsversorgung als Ziel haben. Dabei werden sowohl die Ergebnisse als auch die Erfahrungen von Patient:innen, deren Familien und von Mitarbeitenden einbezogen.

Die Anwendung des personzentrierten Lean-Six-Sigma-Modells als Perspektive für Lean-Six-Sigma-Verbesserungsmassnahmen verdeutlicht, dass die Implementierung von Lean Six Sigma nicht nur auf die Qualitätsverbesserung selbst abzielt (Hochman et al., 2016), sondern auch auf die Schaffung einer befähigenden institutionellen Kultur (Graban, 2012; Andersen und Røvik, 2014; Kaplan et al., 2014; Teeling et al., 2021).
Darüber hinaus steht es im Einklang mit dem kulturellen Aspekt der Personzentrierung, der die Fürsorge fördert und in den Verbesserungsprozess integriert (Dewing & McCormack, 2017b).

Ich hoffe, dass Sie das Modell als hilfreiche Orientierung für einen personzentrierten Ansatz in Ihrer Prozess- und Qualitätsverbesserungsarbeit nutzen können. Zudem soll es verdeutlichen, welchen positiven Einfluss ein personzentrierter Lean-Six-Sigma-Ansatz sowohl auf Patientenergebnisse als auch auf die Kultur im Gesundheitswesen hat.

Dr. Seán Paul Teeling
School of Nursing, Midwifery and Health Systems
University College Dublin.

Mater Misericordiae University Hospital, Dublin.

Centre for Person-centred Practice Research, Queen Margaret University, Edinburgh.

November 2023

Literatur

Akal Japanese Academy (2021). ***Different colours in Japanese language. Shades, meaning and symbolism.*** Retrieved from http://japan-academy.in/blog/colors-in-japanese (Last accessed February 12, 2023).

Andersen, H., Røvik, K. A., y Ingebrigtsen, T. (2014). ***Lean thinking in hospitals: Is there a cure for the absence of evidence?*** A systematic review of reviews. BMJ Open, 4(1), e003873.

Antony, J., Sunder, M., Sreedharan, R., Chakraborty, A., y Gunasekaran, A. (2019). ***A systematic review of Lean in healthcare: A global prospective.*** International Journal of Quality and Reliability Management, 36(8), 1370–1391.

Ballé, M., y Régnier, A. (2007). ***Lean as a learning system in a hospital ward.*** Leadership in Health Services, 20(1), 33–41.

Burgess, N., y Radnor, Z. (2013). ***Evaluating Lean in healthcare.*** International Journal of Health Care Quality Assurance, 26(3), 220–235.

Butler, C. R., Webster, L. B., y Diekema, D. S. (2022). ***Staffing crisis capacity: A different approach to healthcare resource allocation for a different type of scarce resource.*** Journal of Medical Ethics.

Connolly, K., Teeling, S. P., y McNamara, M. (2020). ***Live well after stroke.*** International Practice Development Journal, 10(2), 1–16, article 5.

Cook, N. F., McConnell, D., y Teeling, S. P. (2021). ***Multiple and mixed methods research.*** In J. Dewing, B. McCormack y T. McCance (Eds.), Person-centred nursing research: Methodology, methods, and outcomes (1st ed) (pp. 125–137). Springer.

Cygańska, M., Kludacz-Alessandri, M., y Pyke, C. (2023). ***Healthcare costs and health status:*** Insights from the SHARE survey. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(2), 1418.

Daly, A., Teeling, S. P., Garvey, S., Ward, M., y McNamara, M. (2022). ***Using a combined Lean and person-centred approach to support the resumption of routine hospital activity following the first wave of COVID-19.*** International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(5), article 2754.

Daly, A., Wolfe, N., Teeling, S. P., Ward, M., y McNamara, M. (2021). ***Redesigning the process for scheduling elective orthopaedic surgery: A combined Lean Six Sigma and person-centred approach.*** International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(22), article 11946.

Dewing, J., y McCormack, B. (2017a). ***Editorial: Tell me, how do you define person-centredness?*** Journal of Clinical Nursing, 26(17–18), 2509–2510.

Dewing, J., y McCormack, B. (2017b). ***From clinical pathways to person pathways – A masterclass.*** Paper presented at Service Improvement Masterclass, 26th August 2017. Ireland East, Hospital Group.

Dewing, J., McCormack, B., y Titchen, A. (2015). ***Practice development for nursing, health, and social care teams.*** John Wiley y Sons.

Donegan, D., Teeling, S. P., McNamara, M., McAweeney, E., McGrory, L., y Mooney, R. (2021). ***How collaborative working reduced older persons' length of stay in acute care and increased home discharge:*** Calling time on the "dance of the blind reflex". International Practice Development Journal, 11(1), 1–14, article 4.

Flynn, R., Newton, A. S., Rotter, T., Hartfield, D., Walton, S., Fiander, M., y Scott, S. D. (2018). ***The sustainability of Lean in paediatric healthcare: A realist review.*** Systematic Reviews, 7(1), 137–137.

Graban, M. (2012). ***Lean hospitals – Improving quality, patient safety, and employee engagement (2nd ed).*** CRC Press.

Hardiman, M., y Dewing, J. (2019). ***Using two models of workplace facilitation to create conditions for the development of a person-centred culture:*** A participatory action research study. Journal of Clinical Nursing, 28(15–16), 2769–2781.

Jorma, T., Tiirinki, H., Bloigu, R., y Turkki, L. (2016). ***LEAN thinking in Finnish healthcare.*** Leadership in Health Services, 29(1), 9–36.

Kaplan, G. S., Patterson, S. H., Ching, J. M., y Blackmore, C. C. (2014). ***Why Lean doesn't work for everyone.*** BMJ Quality and Safety, 23, 970–973.

Referencias

Langabeer, J. R., DelliFraine, J. L., Heineke, J. and Abbass, I. (2009) ***'Implementation of Lean and Six Sigma quality initiatives in hospitals: A goal theoretic perspective'***, Operations Management Research, 2(1), pp. 13-27.

Manley, K., O'Keefe, H., Jackson, C., Pearce, J., y Smith, S. (2014). ***A Shared purpose framework to deliver person-centred, safe and effective care: Organisational transformation using practice development methodology.*** International Practice Development Journal, 4(1), 1–31, article 2.

Manley, K., Sanders, K., Cardiff, S., y Webster, J. (2011). ***Effective workplace culture: The attributes, enabling factors and consequences of a new concept.*** International Practice Development Journal, 1(2), 1–29. http://fons.org/library/journal/volume1-issue2/article1 Retrieved April 24, 2023, article 1.

Mazzocato, P., Stenfors-Hayes, T., von Thiele Schwarz, U., Hasson, H., y Nyström, M. E. (2016). ***Kaizen practice in healthcare: A qualitative analysis of hospital employees' suggestions for improvement.*** BMJ Open, 6(7), e012256.

McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T. E., Porock, D., van Lieshout, F., y Wilson, V. (2015). ***Person-centredness – The "state" of the art.*** International Practice Development Journal, 5, Suppl., 1–15.

McCormack, B., y McCance, T. V. (2006). ***Development of a framework for person-centred nursing.*** Journal of Advanced Nursing, 56(5), 472–479.

McCormack, B., y McCance, T. (2010). ***Person-centred nursing: Theory and practice.*** Wiley-Blackwell.

McCormack, B., y Watson, R. (2018). ***Values, virtues and initiatives—Time for a conversation.*** Journal of Advanced Nursing, 74(4), 753–754.

McNamara, M., y Teeling, S. P. (2019). ***Developing a university-accredited Lean Six Sigma curriculum to overcome system blindness.*** International Journal for Quality in Health Care, 31, Suppl. 1, 3–5.

Orach, C. G. (2009). ***Health equity: Challenges in low income countries.*** African Health Sciences, 9, Suppl. 2 (Suppl. S2), S49–S51.

Organization for Economic Co-operation and Development. (2015). ***Fiscal sustainability of health systems: Bridging health and finance perspectives.*** OECD Publishing.

Pierce, A., Teeling, S. P., McNamara, M., O'Daly, B., y Daly, A. (2023). ***Using lean Six Sigma in a private hospital setting to reduce trauma orthopedic patient waiting times and associated administrative and consultant caseload.*** Healthcare, 11(19), 2626.

Radnor, Z. J., Holweg, M., y Waring, J. (2012). ***Lean in healthcare: The unfilled promise?*** Social Science and Medicine, 74(3), 364–371.

Scales, K., Bailey, S., Middleton, J., y Schneider, J. (2017). ***Power, empowerment, and person-centred care: Using ethnography to examine the everyday practice of unregistered dementia care staff.*** Sociology of Health and Illness, 39(2), 227–243.

Seligman, M. E. P. (2011). ***Flourish: A new understanding of happiness and well-being – And how to achieve them.*** Nicholas Brealey Publishing.

Teeling, S. P., Dewing, J., y Baldie, D. (2020). ***A discussion of the synergy and divergence between Lean Six Sigma and person-centred improvement sciences.*** International Journal of Research in Nursing, 11(1), 10–23.

Teeling, S. P., Dewing, J., y Baldie, D. (2021). ***A realist inquiry to identify the contribution of Lean Six Sigma to person-centred care and cultures.*** International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(19), article 10427.

Teeling, S. P., Dewing, J., y Baldie, D. (2022). ***Developing New Methods for Person-Centred Approaches to Adjudicate Context-Mechanism-Outcome Configurations in Realist Evaluation.*** International journal of environmental research and public health, 19(4), 2370.

Teeling, S. P., Keown, A., Cunningham, Ú., y Keegan, D. (2023a). ***The application of a person-centred approach to process improvement in ophthalmology services in the North East of the Republic of Ireland.*** International Practice Development Journal, 13(1), 1–18.

Teeling, S. P., McGuirk, M., McNamara, M., McGroarty, M., y Igoe, A. (2023b). ***The utilization of lean Six Sigma methodologies in enhancing surgical pathways and surgical rehabilitation.*** Applied Sciences, 13(12), 6920.

Vaishnavi, V., y Suresh, M. (2020). ***Modelling of readiness factors for the implementation of Lean Six Sigma in healthcare organizations.*** International Journal of Lean Six Sigma, 11(4), 597–633.

Wackerbarth, S. B., Bishop, S. S., y Aroh, A. C. (2021). ***Lean in healthcare: Time for evolution or revolution?*** Journal for Healthcare Quality, 43(1), 32–38.

Ward, M. E., Daly, A., McNamara, M., Garvey, S., y Teeling, S. P. (2022). ***A case study of a whole system approach to improvement in an acute hospital setting.*** International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(3), 1246.

Williams, S. (2015). ***Lean and person-centred care: Are they at odds?*** Williams-Lean. http://tinyurl.com/. Last accessed November 27, 2022.

Womack, J. (2013). ***Gemba walks (2nd ed).*** Lean Enterprise Institute.

Das personzentrierte Lean-Six-Sigma- Modell
Übersetzen 1
Mai 2025
ISBN 978-1-0369-2363-1

Die Erstellung dieses Leitfadens wäre nicht möglich gewesen ohne Unterstützung von

Beacon Hospital

Das personzentrierte Lean-Six-Sigma-Modell

Collaborators

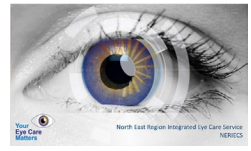
Beacon Hospital

Queen Margaret University
CENTRE FOR PERSON-CENTRED PRACTICE RESEARCH

THE MATER HOSPITAL

UCD School of Nursing, Midwifery and Health Systems
UCD College of Health and Agricultural Sciences

FSS Bhaile Átha Cliath
agus an Oirdheiscirt
HSE Dublin and South East



Sláinte Leanaí Éireann
CHI
Children's Health Ireland

Vision Ireland

Alan MacFarlane Design

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

ISBN 978-1-0369-2363-1