

MANAGEMENT REVIEW

Management ohne Theater.

BETRIEB

WERTSTROMANALYSE: WOHIN DIE ZEIT GEHT

Sechs Kapitel, die der Arbeit durch Nachtschichten, Laderampen und Großhandelsversprechen folgen: Beobachtung vor Ort, die Forschung zum Warten und zu Führungsrundgängen, der verborgene Informationsfluss und ein Protokoll, das die Rückmeldeschleife schließt.



38 %

des Tages eines Patienten in einer onkologischen Tagesklinik in Spanien waren wertschöpfende Zeit, im Median. Der Rest war größtenteils Warten.

VIDAL-CARRERAS ET AL., 2022

IN DIESEM BAND

TITELTHEMA

03:00 und die Illusion des Berichts

SEITE 05

DIE BELEGE

Was die Klinikkarte zeigte

SEITE 20

WERKZEUG FÜR DEN BODEN

Die Fluss- und Abschlusskarte

SEITE 26

EDITORIAL · BAND 2

Wo die Arbeit wartet

Ein Prozess kann Minuten dauern und trotzdem Stunden brauchen, bis er geliefert ist. Das Rätsel steckt selten in den Minuten. Es lebt in der Warteschlange, in der Übergabe und in der Information, die nicht mit der Arbeit gereist ist.

Dieser zweite Band verfolgt eine einzige Frage durch drei Welten: Was geschieht zwischen dem Moment, in dem Arbeit fertig wird, und dem Moment, in dem eine andere Person sie nutzen kann? Er beginnt mit einer vorgestellten Übergabe der Nachtschicht, führt über die Laderampe und einen Großhandelsauftrag, prüft den Reiz von Chefbesuchen an der Forschung und endet mit einem praktischen System des Abschlüssels. Wo eine Szene konstruiert ist, steht es dabei; der geprüfte Hintergrund ist schmaler: Beladung auf der letzten Meile, Übergaben im Hotel und ein Netz von Großhandelspartnern. Keine Person, kein Gast, kein Arbeitgeber und kein vertrauliches System wird genannt.

Stiven Janaqi HERAUSGEBER · STIVEN CATALYST

SO IST JEDES KAPITEL GEBAUT

- 1 Die lebendige Szene**
Eine Schicht, eine Rampe, eine Rezeption um 03:00: ein Stück Arbeit, verfolgt, wie es wirklich geschieht, mit der Übergabe, an der es bricht. Szenen sind aus echten Arbeitskategorien gebaut und sagen das.
- 2 Die begriffliche und wissenschaftliche Aufschlüsselung**
Der Mechanismus hinter der Szene, benannt mit dem Modell, das ihn erklärt, und die Forschung, die ihn prüft: die Studie, ihre Population, ihr Jahr und ihre Grenzen, bevor sie anderswo angewandt wird.
- 3 Das operative Handlungsprotokoll**
Was ein Team am Montag ausprobieren kann: Felder, Fragen, einen Takt und eine Zählung, jeweils mit Verantwortlichem, nächstem Schritt und Rückmeldung an die Menschen, die die Arbeit tun.

DER LESEVERTRAG

Feld

Nur dokumentierte Arbeitskategorien, ohne erfundene persönliche Vorfälle.

Belege

Studie, Population, Jahr und Grenzen benannt, bevor sie angewandt wird.

Handeln

Am Ende ein klarer Verantwortlicher, nächster Schritt und Rückmeldung.

INHALT

Die Kapitel,
in drei Ebenen

KAPITEL I 03:00 und die Illusion des Berichts			05
1 SZENE	2 AUFSCHLÜSSELUNG	3 PROTOKOLL	
03:00 und die Illusion	05 Ein Status ist keine Lösung	06 Protokoll: die Schleife schließen	07
KAPITEL II Ohnos Kreis an der Laderampe			08
1 SZENE	2 AUFSCHLÜSSELUNG	3 PROTOKOLL	
Der Kreis an der Rampe	08 Ohno und die Disziplin des Sehens	09 Vier Fragen am Ladepunkt	10
KAPITEL III Das Versprechen und das Lager			11
1 SZENE	2 AUFSCHLÜSSELUNG	3 PROTOKOLL	
Das Versprechen und das Lager	11 Waagerechter Wert, senkrechte Abteilungen	12 Protokoll: ein Versprechen übergeben	13
KAPITEL IV Das Paradox der Anwesenheit			14
1 SZENE	2 AUFSCHLÜSSELUNG	3 PROTOKOLL	
Der Besuch, der nichts ändert	14 Das unbequeme Experiment	15 Verantwortung vor Applaus	17
	Wer erfährt, was sich änderte?	16	
KAPITEL V Prozesszeit gegen Wartezeit			18
1 SZENE	2 AUFSCHLÜSSELUNG	3 PROTOKOLL	
Die Minute und die Warteschlange	18 Drei Zahlen, ein Verhältnis	19 Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand	22
	Was die Klinikarte zeigte	20	
	Karten ohne Zukunft	21	
KAPITEL VI Die 30-Tage-Rückmeldeschleife			23
1 SZENE	2 AUFSCHLÜSSELUNG	3 PROTOKOLL	
Die 30-Tage-Rückmeldeschleife	23 Fünf Handlungen, eine Verpflichtung	24 Dreißig Tage ohne Ritual	25
AUSSERDEM IN DIESEM BAND			
04	FORSCHUNGSNOTIZ Was Belege sagen dürfen		26
27	SCHLUSSESSAY Was bleibt, wenn die Führungskraft geht		28
29	QUELLEN Quellen und Methode		
	WERKZEUG FÜR DEN BODEN Die Fluss- und Abschlusskarte		
	METHODE Wie dieser Band entstand		

FORSCHUNGSNOTIZ

Was Belege sagen dürfen

Die Zahlenbeispiele dieses Bandes stammen überwiegend aus dem Gesundheitswesen. Das ist eine Stärke, wenn man sie sorgfältig nutzt: Kliniken machen Warten, Koordination und Übergaben ungewöhnlich sichtbar. Es ist auch eine Grenze. Ein Krankenhaus ist kein Lager.

Eine geprüfte Studie von 2022 berichtete einen Median von 38,12 % wertschöpfender Zeit im gemessenen Patientenweg einer onkologischen Tagesklinik. Zwei höhere Anteile wurden als alternative Soll-Zustände modelliert: Projektionen, keine beobachteten Verbesserungen. Wir nutzen das Beispiel, um die Logik von Warteschlangen zu untersuchen, nicht um zu behaupten, Lager zeigten dieselbe Proportion. Ein randomisiertes Klinikprogramm, untersucht von Tucker und Singer, fand, dass Führungsrundgänge im gemessenen Ergebnis der Studie im Schnitt nicht nützten, während Verantwortung und aktives Lösen mit besseren lokalen Ergebnissen einhergingen. Eine Querschnittsbefragung von Sexton und Kollegen verband Rückmeldung mit besserer Sicherheitskultur und weniger berichtetem Burnout. Zusammenhang ist kein Beweis für Ursache.

01**Beobachtet**

Veröffentlichte Stichprobe, Definition, Jahr, Design, berichtete Schätzung.

02**Übertragen**

Eine Führungshypothese, die sich in einer anderen Branche prüfen ließe.

03**Unbelegt**

Eine Wirkungsbehauptung für die Arbeitsplätze des Herausgebers ohne Messungen.

Quellen: Pilar I. Vidal-Carreras, Julio J. Garcia-Sabater & Juan A. Marin-Garcia, International Journal of Environmental Research and Public Health 19(7), 2022; Anita L. Tucker & Sara J. Singer, Production and Operations Management, 2015 (über Harvard Business School, Working Paper 12-113, 2013); J. Bryan Sexton et al., BMJ Quality & Safety, 2014

Vollständige Angaben auf der Quellenseite; die drei Studien wurden in ihren veröffentlichten Fassungen gelesen.

1 SZENE**2 AUFSCHLÜSSELUNG****3 PROTOKOLL****KAPITEL I · 03:00 UND DIE ILLUSION DES BERICHTS**

03:00 und die Illusion

Die Nachtrezeption ist ruhig in der Geschichte, die folgt. Diese Ruhe ist ein Erzählmittel, kein Beleg, dass irgendein bestimmtes Hotel eine gescheiterte Übergabe hatte.

HYPOTHETISCHE SZENE, KEIN GEMELDETER HOTELVORFALL

Es ist 03:00. Ein Nachtauditor liest eine kurze Notiz der früheren Schicht: Ein Gast hat einen Mangel im Zimmer gemeldet. Der Fall ist zur Nachverfolgung markiert. Der vorige Kollege ist fertig. Das Fachteam sieht den Gast erst später. Alle haben etwas getan, und doch kann niemand sagen, ob der Gast eine Antwort bekommt. Es gibt einen Eintrag im Protokoll. Vielleicht eine Nachricht woanders. Der Gast erinnert sich an ein Versprechen. Nichts davon ist für sich eine abgeschlossene Abhilfe. Die schwache Stelle ist das Intervall zwischen dem Erfassen eines Problems und dem Moment, in dem die nächste Person Information, Befugnis und Zeit zum Handeln hat.

Die Geschichte ähnelt gewöhnlichen Kategorien von Hotelarbeit, über die sich öffentlich sprechen lässt: technische Zimmerprobleme, Reinigungsanliegen, Dinge, die in die Morgenübergabe getragen werden. Stunde, Notiz, Dialog und Ausgang sind fiktiv.

UNSERE LESART

Eine beendete Schicht ist nicht dasselbe wie beendete Arbeit.

Die Arbeitskategorien spiegeln die dokumentierte Nachtaudit-Erfahrung des Autors, ohne Häuser, Gäste oder vertrauliche Verfahren zu nennen.

1 SZENE

2 AUFSCHLÜSSELUNG

3 PROTOKOLL

KAPITEL I · 03:00 UND DIE ILLUSION DES BERICHTS

Ein Status ist keine Lösung

Ein Serviceprozess gibt oft jeder Abteilung ihre eigene Definition von Erledigung: die Rezeption erfasst, die Technik repariert, das Housekeeping beendet eine Aufgabe. Der Gast erlebt ein einziges Ergebnis: Wurde das Problem behandelt, und hat jemand das Versprechen gehalten?

Das ist der erste analytische Fehler, den man beim Lesen eines Dashboards vermeiden muss. Ein grüner Status kann innerhalb des Systems, das ihn erzeugt hat, wahr sein und innerhalb des gesamten Service unvollständig. Schichtarbeit fügt eine weniger sichtbare Trennung hinzu: die Zeit. Die Menschen, die einen Fall übergeben und übernehmen, sind vielleicht nie gleichzeitig im Haus, also muss eine Notiz genug Kontext tragen, um die getroffene Entscheidung zu bewahren. Womacks Linse Zweck, Prozess, Menschen lenkt den Blick von der senkrechten Einheit auf das Ergebnis von Anfang bis Ende.

01**Zweck**

Was bedeutet ein gutes Ergebnis für den Kunden, nicht nur für ein Team?

02**Prozess**

Welche Information und Entscheidung muss von einer Schicht zur nächsten reisen?

03**Menschen**

Wer übernimmt die offene Arbeit, und welche Unterstützung erreicht sie?

01**Schwache Übergabe**

„Zimmerproblem gemeldet.“ Kein Zustand, kein Verantwortlicher, keine nächste Zusage.

02**Handlungsfähige Übergabe**

Anliegen, beobachtete Fakten, getroffene Maßnahme, nächster Verantwortlicher, nächstes Update.

Quellen: James P. Womack, Lean Enterprise Institute, 2006; Lean Enterprise Institute, 2014

Womacks Rahmen aus seiner Kolumne von 2006 und dem Lexikon des Lean Enterprise Institute; die Anwendung im Hotel ist redaktionell.

1 SZENE

2 AUFSCHLÜSSELUNG

3 PROTOKOLL

KAPITEL I · 03:00 UND DIE ILLUSION DES BERICHTS

Protokoll: die Schleife schließen

Eine Übergabe mit fünf Feldern, die den Morgen übersteht. Nicht jedes Problem lässt sich nachts lösen; das Problem beginnt, wenn ein ungelöstes Anliegen als erledigt getarnt wird.

01	Was ist geschehen?	Die Beobachtung, nicht eine Annahme über die verantwortliche Person.
02	Was wurde geprüft?	Den Bericht des Meldenden von tatsächlich durchgeführten Prüfungen trennen.
03	Welche Maßnahme wurde getroffen?	Nur die wirkliche Maßnahme, nicht das erhoffte Ergebnis.
04	Wer verantwortet den Rest?	Eine verantwortliche Rolle und der Kanal der Übergabe.
05	Wann antwortet der Empfänger?	Die nächste Prüfung oder Zusage für ein Update.

Die Qualität dieser Übergabe lässt sich prüfen, ohne private Gastdaten zu lesen: anonyme Einträge ansehen und fragen, ob die nächste Schicht handeln könnte, ohne die vorige anzurufen. Wenn nicht, ist die Übergabe unvollständig, auch wenn jedes Feld ausgefüllt ist. Die Abhilfe ist eine kleinere, klarere Aufzeichnung dessen, was offen bleibt.

UNSERE LESART

Die Übergabe ist vollständig, wenn die nächste Person arbeiten kann, nicht, wenn die erste auf Senden drückt.

Quelle: James P. Womack, Lean Enterprise Institute, 2006

Eine Praxis, die die Redaktion vorschlägt, nach Womacks Wertstrom-Linse; kein für ein bestimmtes Hotel zertifiziertes Verfahren. Das Werkzeug Shift Handover der Seite führt dieselben Felder.

Mehr im Essay

Was ein Night Auditor über ein Unternehmen lernt, das die meisten Manager nie sehen

1 SZENE

2 AUFSCHLÜSSELUNG

3 PROTOKOLL

KAPITEL II · OHNOS KREIS AN DER LADERAMPE

Der Kreis an der Rampe

Ein Betrieb auf der letzten Meile kann den scheinbaren Verursacher einer Verspätung ans Ende einer Kette stellen, die begann, bevor der Fahrer eintraf.

HYPOTHETISCHE ZUSAMMENSETZUNG, GESTÜTZT AUF ECHTE ARBEITSKATEGORIEN

Ein Fahrer soll den Ladebereich verlassen. Die Tour ist auf dem Papier fertig. Eine Tasche ist nicht zu finden. Ein Wagen daneben enthält Artikel, die noch einmal geprüft werden müssen. Minuten vergehen. Auf dem Dashboard wird die Abfahrt später. Am Ladepunkt ist die sichtbare Arbeit gar kein Fahren; sie ist Suchen, Prüfen, Klären und Warten auf eine Entscheidung.

Fehlende Taschen, gemischte Wagen und Ladedisziplin waren echte Arbeitskategorien in der Last-Mile-Erfahrung des Autors. Der konkrete Fahrer, die Uhrzeit, die Abfolge und die Ursache in dieser Szene sind erfunden. Die verlockende Reaktion der Führung kommt sofort: Der Fahrer soll schneller losfahren. Aber wenn die Ladung unvollständig ist, schiebt mehr Druck das Problem nur stromabwärts. Die nützliche Frage ist nicht „Wer ist spät?“, sondern „Welche Bedingung hat den vereinbarten nächsten Schritt unmöglich gemacht?“

UNSERE LESART

Der Punkt, an dem die Verspätung erscheint, ist nicht unbedingt der Punkt, an dem sie begann.

Keine unveröffentlichten Zahlen oder personenbezogenen Details aus den Betrieben des Autors werden verwendet. Der unten genannte Essay erzählt dieselbe Form vom Dispositionstisch.

[Mehr im Essay](#)

Wo ein Teil der Bestellung verloren geht

1 SZENE

2 AUFSCHLÜSSELUNG

3 PROTOKOLL

KAPITEL II · OHNOS KREIS AN DER LADERAMPE

Ohno und die Disziplin des Sehens

Die Geschichte von Taiichi Ohnos Kreis bleibt im Gedächtnis, weil der Schüler beobachten muss, bevor er erklären darf. Sie ist eine Lehrerzählung, überliefert von Menschen, die mit Ohno gearbeitet haben, kein kontrolliertes Experiment. Ihre Disziplin zählt trotzdem.

01**Sehen**

Eine beobachtbare Abfolge beschreiben, kein unterstelltes Motiv.

02**Fragen**

Die Arbeitskraft fragen, was der Standard verlangt und wo die Wirklichkeit abweicht.

03**Prüfen**

Eine Erklärung mit Zeiten, Status und der Arbeit selbst vergleichen.

Ein Liefersystem trägt zwei Objekte. Das physische Objekt ist der Auftrag: Artikel, Taschen, Behälter, das Fahrzeug. Das informationelle Objekt ist die Anweisung: welcher Auftrag wohin gehört, was geprüft wurde, was fehlt, was die nächste Kraft tun soll. Transport ist nur möglich, wenn beide Flüsse für die empfangende Person Sinn ergeben. Trennen sie sich, wird die Kraft am Ende zum improvisierten Informationssystem: warten, anrufen, suchen, einen Umweg erfinden. Rother und Shooks Learning to See machte daraus eine praktische Methode: beide Ströme gemeinsam zeichnen, vom Ist-Zustand zu einem Soll-Zustand mit Plan. Wer nur die Materialkästen zeichnet, verliert einen großen Teil des Sinns.

01**Vorbereiten**

Richtige Einheiten?

02**Übergeben**

Klarer Status?

03**Laden**

Vollständiger Scan?

04**Abfahren**

Bereit zur Abfahrt?

Quellen: John Teresko, IndustryWeek, 2004; Lean Enterprise Institute, 2014; Mike Rother & John Shook, Lean Enterprise Institute, 1999 (über Lean Enterprise Institute, introduction and Part I excerpts)

Ohnos Kreis, wie Teruyuki Minoura ihn erzählt (IndustryWeek, 2004); Gemba und Genchi Genbutsu vom Lean Enterprise Institute; Rother & Shook über die vom LEI veröffentlichten Auszüge. Das Diagramm ist redaktionell und generisch.

1 SZENE

2 AUFSCHLÜSSELUNG

3 PROTOKOLL

KAPITEL II · OHNOS KREIS AN DER LADERAMPE

Vier Fragen am Ladepunkt

David Mann versteht den Gemba-Besuch als wiederholbaren Teil der Standardarbeit einer Führungskraft, nicht als Chefbesichtigung. Seine vier Fragen lenken den Blick weg vom Leistungstheater hin zu Bedingungen, die eine verantwortliche Führungskraft untersuchen kann.

1

Zeigen Sie mir den Standardprozess.

Wie ein Auftrag fertig wird, nicht nur, wie schnell das Fahrzeug abfährt.

2

Woran erkennen wir, dass er funktioniert?

Welches Signal bestätigt die Vollständigkeit vor dem Scan?

3

Was geschieht, wenn nicht?

Was eine Arbeitskraft tut, wenn eine Tasche fehlt, in ihren Worten.

4

Wer arbeitet daran, ihn zu verbessern?

Wer die vorgelagerte Bedingung ändern darf, die das Nachprüfen verursacht.

Ein aufschlussreicher Gemba-Rundgang endet mit einer nachvollziehbaren Frage oder Entscheidung. Verantwortet niemand das entdeckte Hindernis, hat der Besuch eine Beschreibung erzeugt, keine Verbesserung. Ohnos Kreis ist keine Erlaubnis, schweigend dazustehen, während ein Sicherheitsrisiko weiterläuft: Unmittelbare Gefahr verlangt unmittelbares Eingreifen. Für alles andere gilt: genug lernen, bevor man entscheidet.

UNSERE LESART

Anwesenheit verschafft Zugang zu Belegen. Belege müssen trotzdem gesammelt, verantwortet und umgesetzt werden.

Quellen: Mark Graban, Lean Blog Podcast #212, 2014; John Teresko, IndustryWeek, 2004

Manns Fragen aus einem Interview von 2014, paraphrasiert; die Hinweise zum Ladepunkt sind redaktionell. Anonymisierte Notizen zum Prozess reichen: Eine nützliche Beobachtung braucht keine Namen.

1 SZENE

2 AUFSCHLÜSSELUNG

3 PROTOKOLL

KAPITEL III · DAS VERSPRECHEN UND DAS LAGER

Das Versprechen und das Lager

Ein Verkauf wird oft in einem Gespräch gemacht. Die Erfüllung entsteht über eine Kette von Zusagen, die der Verkäufer vielleicht nicht kontrolliert.

HYPOTHETISCHES GROSSHANDELSBEISPIEL, KEIN BEHAUPTETER VORFALL

Ein Kundenbetreuer bestätigt einem unabhängigen Wiederverkäufer einen dringenden Auftrag. Der Kunde nimmt an, die Lieferung könne sofort folgen. Erst später erfährt das Team, dass der benötigte Bestand geprüft werden muss und das Lager bereits mehrere Zusagen abarbeitet. Niemand hat gelogen. Das Problem ist ein Versprechen, das gemacht wurde, bevor die Kapazität dahinter sichtbar war.

Der Autor führte früher ein Großhandelsnetz mit 61 aktiven Wiederverkäufern in Albanien und arbeitete über Vertrieb, Lager und Finanzkoordination hinweg. Das sind echte Elemente dieses Hintergrunds; dieses konkrete überhastete Versprechen, das Gespräch und die Verzögerung sind keine dokumentierten persönlichen Ereignisse. Ein Großhandelspartner ist kein Angestellter: Der Lieferant kann keine Anweisung erteilen und annehmen, der Partner werde sein Geschäft darum herum umbauen. Verlässlichkeit muss an der Schnittstelle verdient werden: was versprochen, was bestätigt, was geändert wurde und wer die neue Wirklichkeit mitteilt.

UNSERE LESART

Der Verkauf wird vielleicht heute verbucht. Das Vertrauen wird geprüft, wenn das Versprechen auf die Kapazität trifft.

Die Größe des Netzes ist vom Autor gelieferter Hintergrund, keine Forschungsstichprobe; für diese Veröffentlichung liegt kein Datensatz auf Auftragsebene aus jener Rolle vor. Der unten genannte Essay erzählt diese Geschichte.

Mehr im Essay

61 Wiederverkäufer: was mich der Großhandel über Vertrauen gelehrt hat

KAPITEL III · DAS VERSPRECHEN UND DAS LAGER

Waagerechter Wert, senkrechte Abteilungen

Ein Unternehmen wird oft senkrecht geführt: Verkaufsziele, Vorbereitungs- und Genauigkeitsziele, Abfahrts- und Serviceziele. Jedes Dashboard kann in seinem Bereich fair sein. Der Kunde erhält eine waagerechte Erfahrung, und sie kann zwischen den Dashboards scheitern.

01**Lokaler Erfolg**

Auftrag angenommen, Liste abgearbeitet, Fahrzeug zugeteilt.

02**Kundenerfolg**

Richtiges Produkt geliefert, im versprochenen Zustand, mit verlässlichen Updates.

Womacks drei Fragen gelten für die ganze Kette: den Auftrag in dem Zustand und der Zeit erfüllen, auf die sich der Partner verlassen kann; Verfügbarkeit bestätigen, vorbereiten, übergeben, transportieren und informieren; Rollen, Eskalation und Ausnahmen über alle Einheiten vereinbaren. Jemand muss die Befugnis haben zu fragen, ob das Gesamtversprechen glaubwürdig bleibt, wenn jede Abteilung eine lokal vernünftige Handlung setzt; Rother und Shook nennen diese Person den Wertstrommanager. Gestaltung löscht persönliche Verantwortung nicht aus: Ein wissentlich falsches Versprechen oder ein übersprungener Sicherheitsschritt verlangt weiterhin eine faire Untersuchung. Es gilt, einen Systemfehler von einer Entscheidung gegen einen klaren Standard zu unterscheiden.

UNSERE LESART

Hängt der Kundenerfolg von mehreren lokalen Erfolgen ab, verdient die Naht zwischen ihnen einen eigenen Standard und einen Verantwortlichen.

Quellen: James P. Womack, Lean Enterprise Institute, 2006; Lean Enterprise Institute, 2014; Mike Rother & John Shook, Lean Enterprise Institute, 1999 (über Lean Enterprise Institute, introduction and Part I excerpts)

Womacks Linse und das Lexikon des Lean Enterprise Institute; der Wertstrommanager aus Teil I von Learning to See; die Anwendung auf den Großhandel ist redaktionell.

KAPITEL III · DAS VERSPRECHEN UND DAS LAGER

Protokoll: ein Versprechen übergeben

Sechs Felder für eine funktionsübergreifende Zusage. Die Vorlage ist bewusst bescheiden: Gemeinsame Aufzeichnung und disziplinierte Sprache sind oft das erste messbare Experiment.

01	Kundenergebnis	Was genau wurde angefragt und angenommen?
02	Bestands- oder Ressourcenprüfung	Welche Verfügbarkeit wurde wann geprüft?
03	Nächster Verantwortlicher	Wer verantwortet den nächsten Schritt?
04	Ausnahmebedingung	Was darf ein Versprechen nicht als bestätigt gelten lassen?
05	Update-Kanal	Wer informiert den Partner bei Änderungen?
06	Abschlussnachweis	Was belegt das versprochene Ergebnis beim Empfänger?

Nimm eine kleine Stichprobe von Aufträgen und frage, wie oft das empfangende Team Klärung brauchte. Gibt es eine gemeinsame Bedeutung für „bestätigt“? Ist die Bestandsbestätigung von der Auftragsannahme getrennt? Kann das Lager ein Versprechen in Frage stellen, ohne als Bremser zu gelten?

UNSERE LESART

Die 38,12 % gehören Patienten eines Krankenhauses, nicht dem Großhandel. Übertragbar ist die Frage: Was geschieht mit der Arbeit, nachdem eine Abteilung „fertig“ sagt?

Quellen: Lean Enterprise Institute, 2014; Pilar I. Vidal-Carreras, Julio J. Garcia-Sabater & Juan A. Marin-Garcia, International Journal of Environmental Research and Public Health 19(7), 2022

Redaktionelle Checkliste nach den Konzepten des Lean Enterprise Institute zum durchgängigen Fluss; Vidal-Carreras et al. (2022) dient nur als externer Vergleichsfall.

1 SZENE

2 AUFSCHLÜSSELUNG

3 PROTOKOLL

KAPITEL IV · DAS PARADOX DER ANWESENHEIT

Der Besuch, der nichts ändert

Eine Führungskraft kann den Arbeitsplatz besuchen, aufmerksam zuhören und den Arbeitstag trotzdem schlechter machen, wenn jedes Anliegen als ein weiteres unbeantwortetes Versprechen endet.

HYPOTHETISCHE SZENE, KEIN BERICHT ÜBER EINE BESTIMMTE FÜHRUNGSKRAFT

Eine Führungskraft macht einen späten Besuch. Kollegen erklären ein wiederkehrendes Hindernis, das ihre Schicht schwerer macht. Die Führungskraft notiert es, bedankt sich und geht. Tage vergehen. Bei einem weiteren Besuch werden die Beschäftigten gebeten, dasselbe Hindernis zu erklären, doch sie können keine Entscheidung, keinen Verantwortlichen und keine Frist vom ersten Mal nennen. Beim ersten Besuch fühlte sich das Team vielleicht gehört. Beim zweiten sieht die Einladung zu sprechen nach Mehrarbeit aus: Die Präsenz der Führung ist gestiegen, die Fähigkeit der Beschäftigten, das Problem zu lösen, nicht.

UNSERE LESART

Wenn Zuhören Erwartungen weckt, ist das Schweigen danach Teil der Intervention.

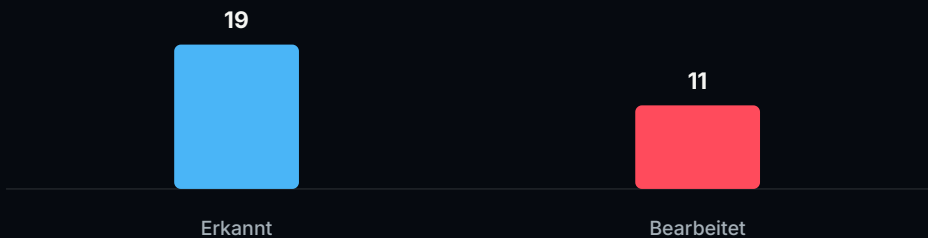
Eine konstruierte Illustration eines allgemeinen organisatorischen Risikos, keine dokumentierte Begegnung des Autors; ihr Gewicht ruht auf den zwei Studien, die folgen, gelesen in den Umgebungen, in denen sie erhoben wurden.

KAPITEL IV · DAS PARADOX DER ANWESENHEIT

Das unbequeme Experiment

Anita Tucker und Sara Singer untersuchten ein Programm des Führens durch Herumgehen in zufällig ausgewählten US-Kliniken. 18 Monate lang trafen Führungskräfte Beschäftigte an der Front, sammelten Verbesserungsideen und arbeiteten mit dem Personal an Problemen. 56 Bereiche nahmen teil, 138 in Kontrollkliniken nicht.

DURCHSCHNITTE JE BEREICH LAUT ARBEITSPAPIER (2013)



Der geschätzte durchschnittliche Effekt auf das Ergebnis der Studie war negativ, ein Befund, der der bequemen Behauptung widersteht, sichtbare Führung sei zwangsläufig gut. Besser lief es, wo Führungskräfte die Verantwortung erhielten, Themen zu Ende zu bringen, und wo Teams leichter lösbare Probleme vorzogen, die mehr Handlung erzeugten. Die Zahl oben ist eine beschreibende Zählung, keine Umwandlungsquote und kein Beleg, dass jede Maßnahme ihr Problem ganz gelöst hat. Das Experiment beweist nicht, dass eine 30-Tage-Regel in Logistik oder Gastgewerbe optimal wäre. Es stützt eine engere, nützlichere Warnung: Probleme zu finden ist nicht dasselbe wie sie zu lösen.

Quelle: Anita L. Tucker & Sara J. Singer, Production and Operations Management, 2015 (über Harvard Business School, Working Paper 12-113, 2013)

Die Verbesserung bewerteten Pflegekräfte auf einer Skala von 1 bis 5, vorher (2004) und nachher (2006); die Zahlen je Bereich stammen aus dem Arbeitspapier von 2013, der veröffentlichte Artikel (2015) nennt dasselbe Design. Klinikbefunde messen keine Lager- oder Hotelleistung.

KAPITEL IV · DAS PARADOX DER ANWESENHEIT

Wer erfährt, was sich änderte?

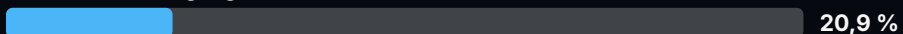
Eine andere Studie befragte Beschäftigte in 44 neonatologischen Intensivstationen zu Führungsrundgängen. Von 3.294 ausgegebenen Fragebögen kamen 2.073 zurück, eine Rücklaufquote von 62,9 %. Fast die Hälfte der Antwortenden war unsicher, ob Rundgänge überhaupt stattfanden.

BESCHÄFTIGTE IN 44 NEONATOLOGISCHEN INTENSIVSTATIONEN, 2011

Unsicher, ob es Rundgänge gab



Nahmen an Rundgängen teil



Erfahren von Maßnahmen



Bereiche, in denen mehr Beschäftigte von Maßnahmen nach den Rundgängen erfuhren, berichteten tendenziell auch eine günstigere Sicherheitskultur und weniger Burnout. Das war eine Querschnittsbefragung: Sie kann nicht belegen, dass die Rückmeldung diese Bewertungen verursachte. Die Frage lohnt sich trotzdem vor Ort. Wenn eine Arbeitskraft im Ladebereich ein wiederkehrendes Hindernis benennt, erfährt sie später, ob jemand es geprüft hat? Wenn ein Kollege der Nachtschicht eine teamübergreifende Hürde dokumentiert, erhält die nächste Schicht eine Entscheidung? Rückmeldung ist keine Öffentlichkeitsarbeit: Sie schließt die Informationsschleife, die ein Rundgang geöffnet hat.

UNSERE LESART

Für das Team kann eine Verbesserung, von der es nie erfährt, wie gar keine Verbesserung aussehen.

Quelle: J. Bryan Sexton et al., BMJ Quality & Safety, 2014

Teilnahme und Rückmeldung sind Mittelwerte der Stationen; 49,1 % ist der Anteil der Antwortenden, die unsicher waren, ob Rundgänge stattfanden. Die Prozentwerte gelten für die befragte klinische Population, nicht für Lager oder Hotels.

1 SZENE

2 AUFSCHLÜSSELUNG

3 PROTOKOLL

KAPITEL IV · DAS PARADOX DER ANWESENHEIT

Verantwortung vor Applaus

Ein Gemba-Rundgang scheitert, wenn die Führung das Gespräch als Beweis für Engagement nimmt. Das nützliche Artefakt ist ein kurzes Register: eine Tatsache, eine Priorität, ein Verantwortlicher, ein nächster Schritt und ein Termin für die Rückmeldung. Es ist nur wertvoll, wenn es ändert, was als Nächstes geschieht.

1

Vor dem Rundgang

Einen Prozess und das untersuchte Ergebnis wählen.

2

Währenddessen

Prüfbare Bedingungen festhalten, keine Eindrücke über Menschen.

3

Unmittelbar danach

Akute Gefahren getrennt von routinemäßiger Verbesserung einordnen.

4

Vor der nächsten Prüfung

Einen Verantwortlichen und einen nächsten Meilenstein benennen.

5

Bei der Rückkehr

Dem Team zeigen, was sich änderte, was scheiterte und was offen bleibt.

Nicht alle Probleme gehören in dieselbe Spur. Ein Sicherheitsanliegen kann sofortige Eindämmung und Eskalation verlangen; ein abteilungsübergreifendes Problem kann Wochen und Befugnis jenseits der lokalen Leitung brauchen. In jeder Spur soll das Team hören, was entschieden wurde. Die Führungskraft muss auch das Recht schützen, den Standard unrealistisch zu nennen: Ein Umweg kann einen Verstoß verbergen oder zeigen, dass der Prozess nicht mehr zur Arbeit passt.

Quellen: Anita L. Tucker & Sara J. Singer, Production and Operations Management, 2015 (über Harvard Business School, Working Paper 12-113, 2013); J. Bryan Sexton et al., BMJ Quality & Safety, 2014; Mark Graban, Lean Blog Podcast #212, 2014

Redaktionelles Handlungsprotokoll, geprägt von Tucker & Singer, Sexton et al. und David Mann. Keine in den Betrieben des Autors geprüfte Intervention.

1 SZENE

2 AUFSCHLÜSSELUNG

3 PROTOKOLL

KAPITEL V · PROZESSZEIT GEGEN WARTEZEIT

Die Minute und die Warteschlange

Wenn Menschen klagen, ein Prozess dauere zu lange, ist der erste Instinkt, die Aufgabe schneller zu machen. Manchmal ist die Aufgabe schon schnell. Die Verzögerung liegt im Raum, bevor sie beginnt.

HYPOTHETISCHES BEISPIEL, MIT ERFUNDENEN ZEITEN

18 min

aktive Arbeit: picken,
prüfen, laden, freigeben

145 min

vom Eintritt in den Fluss
bis abfahrbereit

12,4 %

Aktivitätsquote: 18 geteilt
durch 145

Stell dir ein Paket vor, das für jede physische Handlung nur wenige Minuten braucht. Die Handlungen ergeben zusammen 18 Minuten, doch das Paket braucht 145 Minuten vom Eintritt in den gewählten Fluss bis zur Abfahrbereitschaft. Die meiste Zeit wartet es auf einen vorherigen Schritt, eine Klärung oder eine freie Ressource. Das Laden zwei Minuten schneller zu machen, würde die Gesamtreise kaum ändern. Diese Unterscheidung ist der Zweck der Wertstromanalyse: kein Hallenplan, kein Organigramm, sondern eine Karte, wie eine bestimmte Familie von Arbeit sich bewegt, einschließlich der Information, die den nächsten Schritt möglich macht, und der Zeit, die vergeht, während die Arbeit liegt.

UNSERE LESART

Eine schnelle Aufgabe kann in einem langsamen System leben.

Die synthetischen Zahlen stehen hier, damit die Rechnung nachprüfbar ist. Sie messen weder die tatsächliche Ladezeit noch Schicht, Standort oder Unternehmen des Autors; echte Messung braucht einheitliche Zeitstempel und eine vereinbarte Prozessgrenze.

KAPITEL V · PROZESSZEIT GEGEN WARTEZEIT

Drei Zahlen, ein Verhältnis

Karen Martin und Mike Osterling kartieren Büro- und Servicearbeit mit drei Maßen: Prozesszeit, der Aufwand, die definierte Arbeit tatsächlich zu tun; Durchlaufzeit, die verstrichene Zeit von Eintritt bis Austritt; und Prozent vollständig und korrekt, ob Arbeit den nächsten Schritt nutzbar erreicht, ohne Korrektur, Ergänzung oder Klärung.

01	PT, Prozesszeit	Tatsächliche aktive Arbeitszeit. Wie lange wir arbeiten.
02	LT, Durchlaufzeit	Verstrichene Zeit von Eintritt bis Austritt. Wie lange es wartet.
03	%C&A, vollständig und korrekt	Angenommen ohne Nacharbeit. Wie gut die Übergabe ist.

Für den hypothetischen Fluss ergeben 18 Minuten Prozesszeit in 145 Minuten Durchlaufzeit eine Aktivitätsquote von 12,4 %. Das heißt nicht, dass die Beschäftigten 12,4 % ihres Tages produktiv waren; es beschreibt einen Fluss und seine Zeit, nicht die Auslastung des Personals. Diese Unterscheidung zählt, sobald Führungskräfte eine Prozesskennzahl in ein Urteil über Menschen verwandeln. Bei mehreren Schritten addiert man die aktiven Zeiten und teilt durch die gesamte Durchlaufzeit, in einem einheitlichen Rahmen. Und %C&A ist kein Tempomaß: Eine schnelle Übergabe mit unvollständiger Information erhöht die Last stromabwärts, also sollte das empfangende Team sie definieren.

UNSERE LESART

Miss die ganze verstrichene Reise, einschließlich der Arbeit, die zwischen den Schritten wartet.

Quellen: Karen Martin & Mike Osterling, McGraw-Hill Education, 2014 (über Karen Martin, "Value Stream Mapping: Lead Time" (author's blog, 2014)); Karen Martin & Associates, Institute of Industrial Engineers, 2009

Definitionen aus Karen Martins Beitrag von 2014 und ihren Folien von 2009; das Buch selbst wurde nicht eingesehen. Die Rechnung ist hypothetisch.

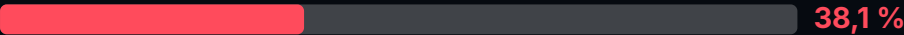
KAPITEL V · PROZESSZEIT GEGEN WARTEZEIT

Was die Klinikkarte zeigte

Pilar Vidal-Carreras, Julio Garcia-Sabater und Juan Marin-Garcia zeichnen den Tag von Erwachsenen, die in der onkologischen Tagesklinik eines großen öffentlichen Krankenhauses in Spanien Chemotherapie erhalten: Blutabnahme, Besuch beim Onkologen, dann die Behandlung. Der Aufenthalt dauerte im Median 446 Minuten, mit 306 Minuten ohne Wertschöpfung, davon 300 Warten.

WERTSCHÖPFENDE ZEIT ALS ANTEIL AM AUFENTHALT, MEDIAN

Ist-Zustand, gemessen



Soll-Zustand 2, berechnet



Soll-Zustand 1, berechnet



Das Labor konnte eine Probe in unter 15 Minuten auswerten, der nächste Termin lag aber eine Stunde später. Eine Dosis war im Schnitt in 15 Minuten zubereitet, doch die Apotheke sagte sie nicht unter drei Stunden zu: Die Anforderungen des ganzen Hauses kamen gleichzeitig und ohne Vorrang. Die Soll-Zustände sind berechnete Entwürfe, keine Vorher-nachher-Ergebnisse. Der praktische Vergleich betrifft die Koordination, nicht die Behauptung, ein Patientenweg und ein Paketweg seien gleich.

UNSERE LESART

Die Arbeit ging schnell. Der Tag war lang wegen der Zeit zwischen den Abteilungen, für die keine Abteilung zuständig war.

Quelle: Pilar I. Vidal-Carreras, Julio J. Garcia-Sabater & Juan A. Marin-Garcia, International Journal of Environmental Research and Public Health 19(7), 2022

Tabellen 1 und 2 des Artikels, erschienen in IJERPH 19(7), 2022. Ein Krankenhaus; wie viele Patienten beobachtet wurden, wird nicht genannt.

KAPITEL V · PROZESSZEIT GEGEN WARTEZEIT

Karten ohne Zukunft

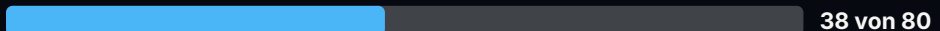
Juan Marin-Garcia und Kollegen werteten 80 Veröffentlichungen zur Wertstromanalyse im Gesundheitswesen von 2015 bis 2019 aus. Zwanzig sprachen von einer Karte, zeichneten aber keine. Von den 60 gezeichneten Karten zeigten nur 20 einen Soll-Zustand und nur 19 den Informationsfluss.

80 VERÖFFENTLICHUNGEN ZUR WERTSTROMANALYSE IM GESUNDHEITSWESEN, 2015–2019

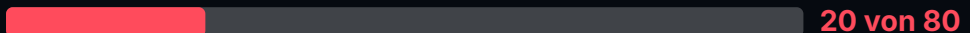
Zeichneten eine Karte



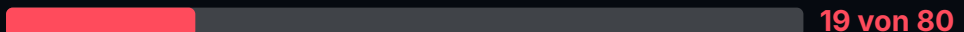
Zeigten Wartezeiten



Zeichneten einen Soll-Zustand



Zeichneten den Informationsfluss



Keine Studie im Review meldete ein negatives oder kaum merkliches Ergebnis; die Autoren fragten, ob Publikationsbias mitspielt. Der Review kann nicht sagen, wie sehr das Kartieren den Betrieben des Autors geholfen hat. Er zeigt aber, wie leicht die Diagnose zum letzten statt zum ersten Schritt einer Veränderung wird. Eine Materialkarte ohne Informationsfluss erklärt viele moderne Verzögerungen nicht: Ein Produkt kann physisch da, aber nicht freigegeben sein; eine Reservierung existieren, ohne dass die nächste Schicht weiß, was offen ist; ein Auftrag angenommen werden ohne geprüftes Kapazitätsversprechen. Das Objekt ist da; die Befugnis oder Information zum Weitermachen nicht. Eine Karte braucht beides: wo der Artikel ist und was die nächste Person weiß.

Quellen: Juan A. Marin-Garcia, Pilar I. Vidal-Carreras & Julio J. Garcia-Sabater, International Journal of Environmental Research and Public Health 18(3), 2021; Lean Enterprise Institute, 2014

20 von 80 zeichneten keine Karte; von den 60 Karten zeigten 38 Wartezeiten (aus einer Abbildung abgelesen), 20 einen Soll-Zustand und 19 den Informationsfluss (der Text; die Abbildung zeigt 21 und 18). Material- und Informationsfluss nach dem Lexikon des Lean Enterprise Institute.

KAPITEL V · PROZESSZEIT GEGEN WARTEZEIT

Vom Ist-Zustand zum Soll-Zustand

Eine Ist-Karte beantwortet „Was geschieht jetzt?“ Die Soll-Karte beantwortet eine schwerere Frage: „Was sollen wir ändern, und woran erkennen wir, dass die Änderung wirkt?“ Rother und Shook stellen der Karte einen Umsetzungsplan zur Seite, weil Diagnose allein den Fluss nicht verbessert.

01 Kartieren Einen Fluss wählen und ihn von Anfang bis Ende beobachten, einschließlich des Informationswegs.	02 Messen Aktive Zeit, gesamte Durchlaufzeit, Ausnahmen und %C&A erfassen.	03 Gestalten Eine Warteschlange oder Übergabe finden, deren Bedingung sich ändern lässt.	04 Testen Einen Verantwortlichen benennen, einen begrenzten Test fahren und das vollständige Ergebnis messen.
--	--	--	---

Beginne mit einer Artikelart, einer Klasse von Anfragen oder einer Schichtübergabe. Halte den Ist-Zustand fest, ohne über Personen zu urteilen. Zeichne dann einen Soll-Zustand, der eine Bedingung ändert, statt mehr Tempo zu fordern. Ein gelungener Test soll ein Ergebnis stromabwärts verbessern, nicht nur die lokale Kennzahl: schnelleres Laden mit mehr fehlenden Artikeln ist keine Verbesserung; ein ordentlicheres Protokoll, das die nächste Schicht zwingt, die vorige anzurufen, ist keine bessere Übergabe. Manches Warten schützt Sicherheit, Qualität und Reihenfolge; die Frage ist, welche Verzögerung nötig ist und welche aus Unsicherheit, Nacharbeit oder schlechter Koordination entsteht.

UNSERE LESART

Die Karte ist nur nützlich, wenn sie eine Entscheidung ändert.

Quellen: Mike Rother & John Shook, Lean Enterprise Institute, 1999 (über Lean Enterprise Institute, Introduction and Part I excerpts); Karen Martin & Mike Osterling, McGraw-Hill Education, 2014 (über Karen Martin, "Value Stream Mapping: Lead Time" (author's blog, 2014))

Schritte nach Teil I von Learning to See und den Maßen von Martin & Osterling; die Testfragen sind redaktionelle Vorschläge.

1 SZENE

2 AUFSCHLÜSSELUNG

3 PROTOKOLL

KAPITEL VI · DIE 30-TAGE-RÜCKMELDESCHLEIFE

Die 30-Tage-Rückmeldeschleife

Eine Führungskraft, die Beschäftigte bittet, die wirkliche Arbeit zu zeigen, gibt eine stille Zusage: Die Information verschwindet nicht in einem Notizbuch.

HYPOTHETISCHE SZENE, KEINE DOKUMENTIERTE NACHVERFOLGUNG

Ein Kollege an der Front weist auf eine wiederkehrende Verzögerung hin. Die Führungskraft notiert sie und geht. Eine Woche später besteht das Problem noch, aber das Team sieht, dass jemand die zugrunde liegende Abfolge geprüft, einen Verantwortlichen benannt und eine Entscheidung terminiert hat. Einen Monat später erfährt das Team, ob die Änderung wirkte, scheiterte oder mehr Zeit braucht. Kein Held tritt auf. Der Unterschied ist die Klarheit der Antwort.

Die dreißig Tage sind kein Gesetz der Verbesserung und kein Versprechen, dass sich jedes betriebliche Versagen in einem Monat beheben lässt. In der Klinikstudie von Tucker und Singer gingen schneller lösbare Themen in der lokalen Analyse mit mehr Handlung und besseren Ergebnissen einher; dieser Band nutzt 30 Tage als beispielhaften Prüfhorizont für nicht dringende Probleme. Akute Sicherheits- oder Compliance-Risiken verlangen sofortige Behandlung; strukturelle Themen brauchen vielleicht einen längeren Fahrplan.

UNSERE LESART

Eine Beobachtung ohne Rückantwort ist ein unvollendeter Führungsprozess.

Quelle: Anita L. Tucker & Sara J. Singer, Production and Operations Management, 2015 (über Harvard Business School, Working Paper 12-113, 2013)

Redaktionelle Szene und vorgeschlagener Planungszyklus, geprägt von Tucker & Singer (2015).

1 SZENE

2 AUFSCHLÜSSELUNG

3 PROTOKOLL

KAPITEL VI · DIE 30-TAGE-RÜCKMELDESCHLEIFE

Fünf Handlungen, eine Verpflichtung

Beobachten, prüfen, zuweisen, handeln, zurückmelden: eine fünfstufige Synthese aus Gemba-Beobachtung, Wertstromanalyse, Problemverantwortung und der Forschung zur Rückmeldung, dieselbe Kette wie in Band 1.

01 Beobachten

Einen Wertstrom wählen und festhalten, was wirklich geschah. Nicht mit dem Vorwurf beginnen, wer langsam war; bei akutem Risiko zuerst die Lage sichern.

02 Prüfen

Abfolge, Zeitstempel, Standard, Ausnahmebedingungen und die Wirkung stromabwärts prüfen. Die fragen, die Arbeit senden, und die, die sie empfangen; sie beschreiben oft zwei ehrliche Versionen derselben Übergabe.

03 Zuweisen

Die Person für die nächste Entscheidung benennen, nicht nur die Abteilung in einer E-Mail. Einen Kontrollpunkt setzen. Den lokalen Verantwortlichen von der Person mit Befugnis unterscheiden, eine funktionsübergreifende Hürde zu beseitigen.

04 Handeln

Eine Korrektur oder einen kontrollierten Test anwenden. Dokumentieren, was sich änderte und was unsicher bleibt. Eine geplante Maßnahme nicht als erledigt beschreiben und ein Status-Update nicht als Beleg für Kundennutzen nehmen.

05 Zurückmelden

Mit dem Ergebnis an die Front zurückkehren: was sich änderte, was nicht, und der nächste Meilenstein, falls die Arbeit offen bleibt. Das erfüllt die Verpflichtung, die entstand, als die Führung Menschen bat, ein Problem offenzulegen.

Quellen: Lean Enterprise Institute, 2014; Anita L. Tucker & Sara J. Singer, Production and Operations Management, 2015 (über Harvard Business School, Working Paper 12-113, 2013); J. Bryan Sexton et al., BMJ Quality & Safety, 2014

Fünfstufige redaktionelle Synthese nach dem Gemba-Rundgang des Lean Enterprise Institute, Tucker & Singer (2015) und Sexton et al. (2014); kein neuer kausaler Effekt wird geschätzt.

1 SZENE

2 AUFSCHLÜSSELUNG

3 PROTOKOLL

KAPITEL VI · DIE 30-TAGE-RÜCKMELDESCHLEIFE

Dreißig Tage ohne Ritual

Ein Beispielplan und eine kleine Scorecard, keine belegte Frist. Ein Sicherheitsthema braucht sofortige Eskalation; ein großer Umbau braucht länger, und „zurückmelden“ heißt dann ein ehrliches Zwischenergebnis.

○	○	○	○
Tag 0	Tag 3	Tag 10	Tag 30
Beobachten, Fakten festhalten, akutes Risiko eindämmen.	Den Mechanismus prüfen und einen Verantwortlichen wählen.	Erste Maßnahme und teamübergreifende Blockaden prüfen.	Gemessenes Ergebnis prüfen und dem Personal zurückmelden.

01	Gefunden	Geprüfte Befunde.
02	Verantwortet	Verantwortlicher je Befund.
03	Umgesetzt	Maßnahme je Befund.
04	Zurückgemeldet	Personal informiert je Maßnahme.

Die Nenner zählen: 100 % Rückmeldung lassen sich melden, indem man ungelöste Fälle ausschließt. Alle geprüften Befunde nach Alter und Status verfolgen und eine sichtbare Liste ungelöster Risiken führen. Keine Namen oder Gastdaten als Beweis für Transparenz veröffentlichen; ein öffentliches Beispiel zeigt die Methode, nicht die Akte.

UNSERE LESART

Ein Rundgang ist vollständig, wenn das Gelernte zu den Menschen zurückkehrt, die es geliefert haben.

Quellen: Anita L. Tucker & Sara J. Singer, Production and Operations Management, 2015 (über Harvard Business School, Working Paper 12-113, 2013); J. Bryan Sexton et al., BMJ Quality & Safety, 2014

Redaktioneller Planungshorizont und Messentwurf, geprägt von Tucker & Singer (2015) und Sexton et al. (2014); die Kennzahlen sind Vorschläge, nicht auf Validität geprüft.

WERKZEUG FÜR DEN BODEN

Die Fluss- und Abschlusskarte

Für Lager, Büro oder Nachtschicht: ein Fluss, ein begrenztes Experiment. Ohne verlässliche Zeitmessung „nicht gemessen“ schreiben, statt Minuten zu erfinden.

01 Prozess und Kunde welchen einzelnen Fluss verfolgen wir, und für wessen Ergebnis?

02 Aktueller Zustand was haben wir direkt beobachtet, was ist nur berichtet?

03 Zeit und Qualität PT, LT, Warten und %C&A, wo die Messung gültig ist

04 Die gescheiterte Übergabe wo blieben Arbeit, Information oder Befugnis stehen?

05 Nächster Schritt und Verantwortlicher wer kann die Bedingung ändern, und wann prüft er sie?

06 Zurückmelden wer meldet es den Menschen an der Arbeit, und bis wann?

Quellen: Mike Rother & John Shook, Lean Enterprise Institute, 1999 (über Lean Enterprise Institute, introduction and Part I excerpts); James P. Womack, Lean Enterprise Institute, 2006; Mark Graban, Lean Blog Podcast #212, 2014; Karen Martin & Mike Osterling, McGraw-Hill Education, 2014 (über Karen Martin, "Value Stream Mapping: Lead Time" (author's blog, 2014))

Originales redaktionelles Werkzeug nach Rother & Shook, Womack, Mann und Martin & Osterling. Ist die Ursache unsicher, den nächsten Prüfschritt notieren statt eines Schlusses; ist das Thema heikel, intern sichern und öffentlich nur anonymisiert zusammenfassen.

Tool öffnen: Verspätungsanalyse

stivencatalyst.com/de/tools/delay-analyzer/

SCHLUSSESSAY

Was bleibt, wenn die Führungskraft geht

Die Hotelschicht, der Ladepunkt auf der letzten Meile und das Großhandelsnetz sind nicht austauschbar. Kunden, Risiken und Befugnisstrukturen unterscheiden sich. Doch jedes legt dieselbe Zerbrechlichkeit offen: Arbeit kann lokal abgeschlossen sein, während ihr Wert zwischen Menschen, Teams oder Zeitpunkten gestrandet ist.

Der erste Instinkt ist, einen besseren Bericht zu verlangen. Berichte sind nötig; sie sagen uns, ob ein Ziel erreicht, eine Abfahrt verspätet, eine Anfrage offen ist. Aber ein Bericht ist eine Beschreibung, erzeugt an einer einzigen Informationsgrenze. Der zweite Instinkt ist, eine Führungskraft auf den Boden zu schicken. Auch Beobachtung ist nötig; Ohno, Womack und Mann erinnern uns, die tatsächliche Arbeit anzusehen und leichten Erklärungen zu misstrauen. Die Forschung fügt eine schwierige Einschränkung hinzu: Besuchen ohne Lösen und Zurückmelden kann Führung weniger glaubwürdig statt nützlicher machen. Der dritte Instinkt ist, ein Protokoll zu bauen. Das ist nötig, sofern das Protokoll der Arbeit gehört und nicht der Inszenierung von Führung: Ein Formular, das ein Problem erfasst und ohne Verantwortlichen lässt, ist keine Verbesserung; eine Karte, die nie zu einem Soll-Zustand führt, ist keine Transformation; eine Kennzahl, die Aktivität zählt, ohne ihre Wirkung beim Kunden zu zeigen, ist kein Ergebnis.

Was bleibt, ist eine leisere Disziplin: die Arbeit sehen; den ganzen Fluss verfolgen; Ursache von Schuld unterscheiden; eine Entscheidung zuweisen; eine Änderung testen; mit der Antwort zu den Menschen zurückkehren. Die Führungskraft kann nicht jede Einschränkung beseitigen. Sie kann aufhören, so zu tun, als sei das Bemerken einer Einschränkung dasselbe wie ihre Lösung.

UNSERE LESART

Folge der Arbeit bis zum Kunden. Dann folge deinem eigenen Versprechen bis zurück zum Team.

Redaktionelles Fazit. Keine Verbesserung auf Projektebene wird dem Autor ohne unabhängig dokumentierte Messung zugeschrieben.

METHODE

Wie dieser Band entstand

Eine belegbasierte redaktionelle Synthese, kein Feldexperiment. Dieser Band behält die Belege von Management Review Nr. 56 zur Wertstromanalyse und Nr. 40 zu Gemba; die zur Erklärung eines Mechanismus erfundenen Szenen und Zeiten sind stets als hypothetisch oder konstruiert markiert.

Forschung: Rother und Shook, Womack und das Lean Enterprise Institute liefern die begrifflichen Rahmen; Martin und Osterling die Maße für Prozesszeit, Durchlaufzeit und Qualität; Vidal-Carreras und Kollegen das Beispiel des onkologischen Patientenflusses; Marin-Garcia und Kollegen den Review veröffentlichter Karten; Tucker und Singer sowie Sexton und Kollegen zwei verschiedene Klinikstudien zu Führungsrundgängen, Handlung und Rückmeldung. Grenzen: Die 38,12 % sind keine Schätzung für Großhandel oder Logistik; berechnete Soll-Zustände sind keine erreichten Gewinne; wahrgenommene Verbesserung in einer Klinikintervention lässt sich nicht in einen gemessenen Rückgang von Ladeverzögerungen übersetzen; Zusammenhänge in einer Querschnittsbefragung belegen keine kausale Veränderung von Burnout. Praxis: Der Wertstrom mit 18 Minuten aktiver Arbeit und 145 Minuten Durchlaufzeit ist vollständig erfunden; der 30-Tage-Plan ist ein redaktioneller Prüfrhythmus, kein Verfahren, das der Autor angeblich genutzt hätte.

01**Quelle**

Prüfbare Angaben, Stichprobenpopulationen, veröffentlichte Definitionen.

02**Deutung**

Ein begründeter Vergleich über verschiedene Arten von Betrieb hinweg.

03**Vorschlag**

Checklisten und Handlungszyklen, die auf lokale Erprobung warten.

Quellen: Pilar I. Vidal-Carreras, Julio J. García-Sabater & Juan A. Marin-Garcia, International Journal of Environmental Research and Public Health 19(7), 2022; Juan A. Marin-Garcia, Pilar I. Vidal-Carreras & Julio J. García-Sabater, International Journal of Environmental Research and Public Health 18(3), 2021; Anita L. Tucker & Sara J. Singer, Production and Operations Management, 2015 (über Harvard Business School, Working Paper 12-113, 2013); J. Bryan Sexton et al., BMJ Quality & Safety, 2014

Die Quellen umfassen Primärartikel, wo zugänglich, und institutionelle Lean-Leitfäden; wo ein Buch nicht eingesehen wurde, trägt sein Eintrag auf der nächsten Seite „über“. In den Fallbeschreibungen stehen keine Namen von Gästen, Kollegen, Arbeitgebern oder privaten internen Technologien.

QUELLEN UND METHODE

Woher die Aussagen stammen

Die Zahlen dieses Bandes stammen aus den folgenden Quellen, jede mit ihrem Jahr. Die Szenen sind konstruiert; die Protokolle sind Vorschläge; was Forschung ist, wird Forschung genannt.

Learning to See

Mike Rother & John Shook, Lean Enterprise Institute, 1999 · über Lean Enterprise Institute, introduction and Part I excerpts

Lean Lexicon: value-stream mapping; production lead time, processing time, value-creating time
Lean Enterprise Institute, 2014

Lean Lexicon: gemba; gemba walk

Lean Enterprise Institute, 2014

Purpose, Process, People

James P. Womack, Lean Enterprise Institute, 2006

Step Inside the Circle

John Teresko, IndustryWeek, 2004

Creating a Lean Culture: David Mann on Leader Standard Work and Lean Management Systems

Mark Graban, Lean Blog Podcast #212, 2014

Value Stream Mapping: How to Visualize Work and Align Leadership for Organizational Transformation

Karen Martin & Mike Osterling, McGraw-Hill Education, 2014 · über Karen Martin, "Value Stream Mapping: Lead Time" (author's blog, 2014)

Metrics-Based Process Mapping (webinar slides)

Karen Martin & Associates, Institute of Industrial Engineers, 2009

Applying Value Stream Mapping to Improve the Delivery of Patient Care in the Oncology Day Hospital

Pilar I. Vidal-Carreras, Julio J. Garcia-Sabater & Juan A. Marin-Garcia, International Journal of Environmental Research and Public Health 19(7), 2022

The Role of Value Stream Mapping in Healthcare Services: A Scoping Review

Juan A. Marin-Garcia, Pilar I. Vidal-Carreras & Julio J. Garcia-Sabater, International Journal of Environmental Research and Public Health 18(3), 2021

The Effectiveness of Management-By-Walking-Around: A Randomized Field Study

Anita L. Tucker & Sara J. Singer, Production and Operations Management, 2015 · über Harvard Business School, Working Paper 12-113, 2013

Exposure to Leadership WalkRounds in neonatal intensive care units is associated with a better patient safety culture and less caregiver burnout

J. Bryan Sexton et al., BMJ Quality & Safety, 2014



MANAGEMENT REVIEW

Management ohne Theater.

Jeder Band eine Frage zum Betrieb, verfolgt vom Boden bis zum Protokoll und an der
Forschung geprüft.

ALLE BÄNDE

stivencatalyst.com/de/magazine/operational-treatise.html