

# Ineffizienz durch Zeitmanagement

**Winfried Berner**  
**PD Dr. Reinhard Berner**

## Versteckte Produktivitätsreserven im Krankenhaus

Es gibt wenige Bereiche, in denen einerseits so viel Zeitdruck herrscht und auf der anderen Seite so viel Zeit mit nutzlosem Warten verтан wird wie in Krankenhäusern. Deshalb hat sich fast jeder, der verantwortlich in einem Krankenhaus arbeitet, irgendwann einmal mit dem Thema Zeitmanagement beschäftigt. Zeit kann einsparen, wer Prioritäten setzt, sich nicht mit nutzlosen Tätigkeiten verzettelt und Aufgaben nach Möglichkeit delegiert. Wenn diese Empfehlungen umgesetzt sind, ist man tatsächlich ein Stück weiter. Aber das Zeitproblem im Krankenhaus, das sich nicht zuletzt durch ständige OP-Verschiebungen manifestiert, ist trotzdem nicht erledigt, wie die tägliche Praxis zeigt.

Der Haken an der Sache ist, dass zwar jeder Einzelne seine eigene Zeit optimieren kann, die Folgen für das

Gesamtsystem aber unberücksichtigt bleiben. Wenn jeder Einzelne - oder auch eine größere Zahl von ihnen - die eigene Zeit ohne Rücksicht auf die Auswirkungen für andere optimiert, so bringt dies überproportional hohe Zeitverluste für das Gesamtsystem mit sich. Was als zufällige Panne behandelt wird, ist in Wirklichkeit die Auswirkung eines systematischen Fehlers. Die indirekt Beteiligten zahlen im Zweifelsfall einen hohen Preis für die gelungene Zeitoptimierung eines anderen/einer anderen Abteilung. Dort haben sich die Verantwortlichen in einem Suboptimum eingerichtet, das zu verlassen deshalb so schwierig ist, weil der Verzicht auf die eine oder andere Optimierung keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung der eigenen Zeitbilanz mit sich brächte, ohne dass der Nutzen für das Gesamtsystem wirklich überzeugend sichtbar wäre.

- Wenn der Oberarzt oder die Stationschwester zu einer Visite oder Be-

sprechung mit ein paar Minuten Verspätung kommt, kann dies für das eigene Zeitmanagement hocheffizient sein, weil möglicherweise eine wichtige Tätigkeit abgeschlossen werden konnte und keine Minute mit fruchtlosem Vorgeplänkel verloren geht. Für das wartende Team ist es extrem ineffizient, weil für einen Zeitgewinn von 10 Minuten zugunsten einer Person bei 6 wartenden Personen 60 Minuten verloren gehen.

Das Beispiel zeigt, dass es allein von der subjektiven Betrachtungsperspektive abhängt, ob der Einzelne ein „gutes“ oder ein „schlechtes“ Zeit-Geschäft gemacht hat. Wer in erster Linie die eigene Zeit im Auge betrachtet, hat gut abgeschnitten. Wer sich für die Effizienz des Gesamtteams verantwortlich fühlt, steht dagegen ausgesprochen schlecht da.

- Andere warten zu lassen, kann man sich (relativ) ungestraft nur aus der Warte einer höheren hierarchischen Position erlauben. Doch für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit ist es auch dann nicht zuträglich. Wer häufig zum Warten gezwungen wird, empfindet dies als persönliche Entwertung. Die Motivation sinkt, es kommt zu „stillen“ Bestrafungen für erlittene Kränkungen: Der eine „vergisst“, eine Aufgabe zu erledigen, der andere bestraft durch schlechte Laune oder führt seine Arbeit so aus, dass die Resultate kaum brauchbar sind.

- Was von höherer Ebene als mangelndes Mitdenken, Lustlosigkeit und Freizeitorientierung beklagt wird, ist nicht selten das soziale Echo des eigenen Verhaltens.

Wenn es zutrifft, dass solche Probleme auch etwas mit dem eigenen Verhalten zu tun haben, eröffnen sich neue Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten. Ein Schlüsselproblem dabei ist die mangelnde Belohnung des „richtigen“ Verhaltens und die stattdessen erfolgende Belohnung des „falschen“. Wenn sich Mitarbeiter „vorbildlich“ verhalten, haben sie oft - außer einer Zusatzbelastung - wenig davon. Erst wenn die meisten anderen mitziehen, kommt auch für den Einzelnen ein Zeitersparnis heraus. Umgekehrt ist es ähnlich: Wenn die meisten sich richtig ins Zeug legen,

spielt es im Grunde keine große Rolle, ob sich ein Einzelner engagiert. Bei kühler Betrachtung kann es sogar günstiger sein, sich „egoistisch“ zu verhalten. Erst wenn dies wiederum viele tun, kippt die Balance und es kommt der Zustand heraus, der heute in den Kliniken oft beklagt wird.

Eine dauerhafte Verbesserung setzt nicht nur voraus, dass es gelingt, die Mehrzahl der Mitarbeiter zu vernünftigen Handeln zu bewegen. Entscheidend ist vielmehr, ein „System“ zu etablieren, das egoistische (oder achtlose) Einzelne auf den Pfad der Tugend zurückführt, bevor sie andere mit ihrer Haltung infizieren.

Um eine dauerhafte Verbesserung zu erreichen, sind 4 Dinge erforderlich:

1. Die feste und dauerhafte Entschlossenheit der Klinikleitung(en), messbare Verbesserungen zu erreichen.
2. Ein Prozess zur Einbindung aller betroffenen Mitarbeiter, der die wesentlichen Zeitverlustquellen aufdeckt und in konkrete Vereinbarungen und in ein gemeinsames Wollen mündet.
3. Ein Mess-System, das positive Veränderungen wie auch Rückfälle und Problemzonen transparent macht und damit die künftige Diskussion enorm versachlicht.
4. Die regelmäßige gemeinsame Überprüfung der erzielten Fortschritte wie auch der noch bestehenden Problemfelder, einschließlich der Auseinandersetzung mit deren Ursachen und des Treffens neuer Vereinbarungen (im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses).

#### • Entschlossenheit der Klinikleitung(en)

Ohne die Unterstützung der Leitung ist der Erfolg eines Änderungsprozesses bekanntlich unwahrscheinlich. Schon eine indifferente Haltung oder eine prinzipielle Unterstützung unter Ausklammerung der eigenen Person sorgen für eine schlechte Prognose. Entschlossenheit zeigt sich zum Beispiel durch das Investieren von Zeit, im Durchstehen von Konflikten und in der Bereitschaft, die eigenen Gewohnheiten der Überprüfung zu stellen und sie zu verändern. Wenn dies

von Seiten der Klinikleitung nicht geschieht, fährt sich der Veränderungsprozess unweigerlich fest und hinterlässt bei den Mitarbeitern nur Enttäuschung, Demotivation und Zynismus. Die Entschlossenheit der Leitungsebene ist deshalb so wichtig, weil es im Verlauf des Projekts fast zwangsläufig zu größeren und kleineren Machtproben kommt. Irgend jemand (typischerweise aus den mittleren Ebenen) hält sich nicht an die getroffenen Absprachen, sondern beansprucht, oft unausgesprochen, für sich eine Sonderrolle. Kommt er damit durch, so ist der Damm gebrochen und es kommt der nächste, der ähnliche Ansprüche erhebt usw. usf.

#### ■ Einbindungsprozess

Aus der Tatsache, dass die Klinikleitung ein Problem sieht, folgt für die Mitarbeiter noch kein Handlungsbedarf. Damit so etwas wie eine Aufbruchstimmung entsteht, ist ein breiter Konsens erforderlich: 1. darüber, dass überhaupt ein Handlungsbedarf besteht, 2. darüber, was konkret getan werden kann und soll, und 3. darüber, wie es danach weitergeht.

Den Auftakt bildet sinnvollerweise eine quantitative Bestandsaufnahme: Wie viel Zeit und Geld geht innerhalb eines Monats mit Warten verloren? Dabei entstehen sofort Ängste, und es muss erläutert werden, dass es nicht um die Überwachung und Kontrolle der Mitarbeiter geht, sondern darum, dem viel beklagten Zeitproblem auf den Grund zu gehen. Wenn alle Beteiligten und Betroffenen über den Zeitraum von 2 Wochen täglich aufgeschrieben haben, wie viel Zeit sie durch Warten oder andere aus ihrer eigenen Sicht unproduktive Tätigkeiten verloren haben, entsteht ein eindrucksvolles Bild.

Die genaue Vorgehensweise bei dieser Aktion sollte möglichst nicht von der Krankenhausleitung, sondern von einer „übergreifenden“ Projektgruppe festgelegt werden, welche auch die Erfassungsbögen auswertet und die Ergebnisse präsentiert. Zusätzlich können Interviews mit einer Stichprobe von Mitarbeitern geführt werden, um Beispiele, Erläuterungen und Hintergrundinformationen zu sammeln.

Diese Bestandsaufnahme sollte den Auftakt zu einem Workshop bilden, in dem nicht Schuldige gesucht, sondern die Ursachen der Zeitverluste herausgearbeitet, Lösungsansätze diskutiert sowie konkrete Maßnahmen verabredet werden. Es muss klar sein, was genau von wem an welcher Stelle getan oder unterlassen werden soll. Die Ergebnisse müssen schriftlich fixiert und rasch an alle Beteiligten verteilt werden. Ambitionierte, aber realistische Ziele sind festzulegen und nachzuhalten. Dies setzt voraus, dass die Ziele beobachtbar und nachprüfbar sind. Eine Zielaussage, die nicht nachprüfbar ist, ist kein Ziel, sondern ein frommer Wunsch, möglicherweise ehrenwert, aber sicher folgenlos. Unter Umständen kann es sinnvoll sein, manche Ziele nicht für die ganze Klinik oder Abteilung festzulegen, sondern nur für kleine Funktionseinheiten.

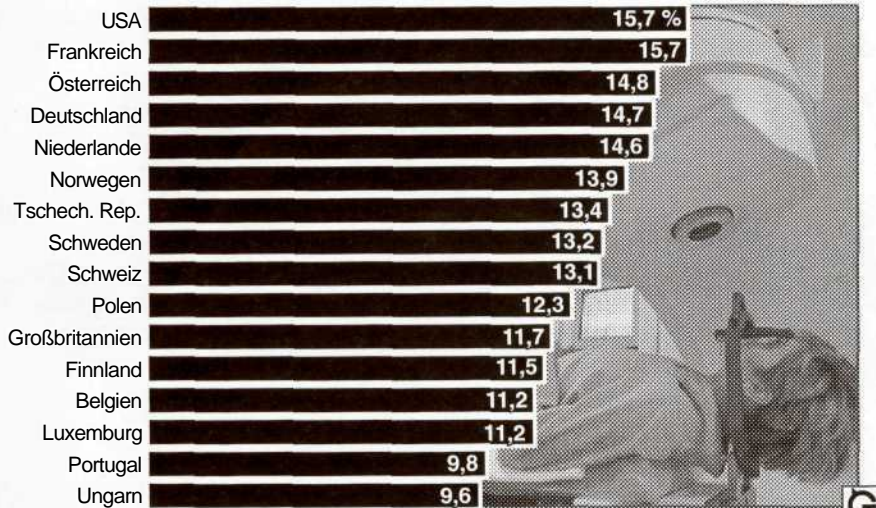
#### • Ein praktikables Mess-System einführen

Ein regelmäßiges Feedback über den erreichten Stand hilft dabei, eine Veränderung zum Besseren voranzutreiben. Ein Mess-System muss objektiv, unerbittlich und personenneutral auf bestehende Probleme hinweisen und so eingestellt sein, dass auch kleine Veränderungen sichtbar werden. Gerade das Unpersönliche an einem Mess-System macht die wiederkehrenden Hinweise leichter erträglich. Das System muss praktikabel bleiben. So kann vereinbart werden, alle 3 Monate für 1 oder 2 Wochen eine erneute Aufschreibung vorzunehmen und ansonsten nur an den gemeinsam identifizierten Problemschwerpunkten zu messen.

- Wenn vereinbart wurde, eine Terminkoordination für komplexe Behandlungen (zum Beispiel Tumorpatienten) einzurichten, dann geschah dies in der Erwartung, dass sich daraus für verschiedene Stellen wahrnehmbare Verbesserungen ergeben. Um ein Mess-System hierfür zu entwickeln, ist nach den Verbesserungen zu fragen, die genau erwartet werden (an welchen Stellen, in welcher ungefähren Größenordnung und für wen? etc.) Dies können die Anzahl und Häufigkeit der Wartezeiten vor Untersuchungen, Terminkollisionen, nicht

## Krankheits-Kosten

Gesamte volkswirtschaftliche Kosten des Gesundheitswesens und der krankheitsbedingten Produktionsausfälle in % des Bruttoinlandsprodukts



Quelle: ifo/OECD/IMD

jeweils letzter verfügbarer Stand

© Globus 7452

eingehaltene Terminabsprachen, verborgene Wege, unnötige Telefonate etc. sein

- Wenn solche Messgrößen festgelegt sind und vereinbart wurde, wie sie nachgeprüft werden, entsteht ein Mess-System. Dieses muss nicht den Ansprüchen einer naturwissenschaftlichen Versuchsanordnung genügen und auch nicht „unverfälschbar“ sein. In der Regel darf man darauf vertrauen, dass die Beteiligten im Wesentlichen ehrliche Angaben machen.

- Objektive Messgrößen wie Häufigkeit und Dauer sind subjektiven Messgrößen („Hat sich stark/etwas/wenig/kaum/gar nicht verbessert“) nach Möglichkeit vorzuziehen. Subjektive Maße haben zwar auch ihre Berechtigung, weil sie zum Beispiel den Grad an Patienten- oder Mitarbeiter(un)zufriedenheit besser erklären als objektive, sind aber schwieriger zu handhaben und zu interpretieren. Wie groß zum Beispiel ist der Unterschied zwischen „etwas“, „wenig“ und „kaum“?

### • Regelmäßige gemeinsame Überprüfung

Die Erhebung von Messgrößen nützt nur dann etwas, wenn diese auch zur Kenntnis genommen werden - und zwar von möglichst allen Beteiligten. Das regelmäßige öffentliche Aushängen der aktuellen Qualitätszahlen hat

dann, wenn diese Zahlen von den Mitarbeitern als wichtig akzeptiert werden, einen nachhaltigen Effekt. Die aktuellen Tages-, Wochen- oder Monatszahlen werden diskutiert, man fragt sich, wie die Ergebnisse zu erklären sind und was man gemeinsam machen kann, um sie weiter zu verbessern.

Wichtig ist, dass die Messergebnisse, wenn sie etwas bewirken sollen, allgemein zugänglich sind, und zwar regelmäßig, zeitnah und ohne den „hoheitlichen Akt“ eines Rundschreibens. Ein regelmäßig aktualisierter Aushang ist auch deshalb vorteilhaft, weil er die Ergebnisse entpersonalisiert: Nicht der Chef verteilt Noten, sondern die Fakten sind, wie sie sind.

Wenn neue Ergebnisse vorliegen, sollte über Fortschritte und Hindernisse an den früher identifizierten kritischen Brennpunkten gesprochen werden. Wichtig ist, dass an diesen Besprechungen wirklich alle Gruppen beteiligt werden, insbesondere diejenigen, die durch ihr Verhalten persönlichen Einfluss auf den Bestand oder die Lösung des Problems haben. Hier wird die Entschlossenheit der Klinikleitung auf die Probe gestellt. Ein kluger Chef wird seinen Oberärztinnen, Oberpflegern und Oberschwestern schon im Vorfeld deutlich machen, dass er größten Wert auf ihre Teilnahme legt. Eine Klinik bietet ansonsten eine sol-

che Vielfalt an Ausreden, dass eine nachträgliche Diskussion der Abwesenheit kaum etwas bewirkt.

In den Workshops kann und soll auch gestritten werden. Das schadet nichts, solange die Diskussion in ihrem Kern sachbezogen bleibt. Es muss möglich sein, bei Problemen Ross und Reiter zu nennen, ohne dass es zur Identifizierung und „Hinrichtung“ von Schuldigen kommt. In solchen Sitzungen können auch Konflikte zwischen den Berufsgruppen und/oder Hierarchieebenen aufbrechen. Dies muss kein Nachteil sein. Wenn diese Konflikte vorhanden sind, sind sie ohnehin permanenter Sand im Getriebe und ihre Lösung oder wenigstens Milderung ist eine Voraussetzung für eine dauerhafte Verbesserung der Zusammenarbeit. Solche Diskussionen stellen hohe Anforderungen an den Moderator.

Der Vorteil eines Mess-Systems ist, dass alle Diskussionen versachlicht werden. Es wird nicht mehr über Bewertungen gestritten, gegenseitige Vorwürfe und Beschuldigungen sind nicht nötig, weil man auf gemeinsamen Fakten aufbauen kann. Wenn Wartezeiten zu- oder abgenommen haben, steht trotz gewisser Messungenauigkeiten ein Faktum im Raum, dem sich niemand völlig entziehen kann. Dass dies in irgendeiner Weise mit dem Handeln der beteiligten Personen zu tun hat, ist ebenso wenig in Zweifel zu ziehen wie die Tatsache, dass es durch deren Handeln vorteilhaft beeinflussbar sein sollte. Dann bleibt nur noch die Frage, auf welche praktikablen Maßnahmen man sich einigen kann. An den Ergebnissen der nächsten Wochen kann man ablesen, ob und wie viel es gebracht hat.

Anschriften der Verfasser:

Winfried Berner,  
Die Umsetzungsberatung,  
Vorderbuchberg 4, 94360 Mitterfels  
PD Dr. med. Reinhard Berner,  
Universitäts-Kinderklinik,  
Mathildenstr. 1, 79106 Freiburg