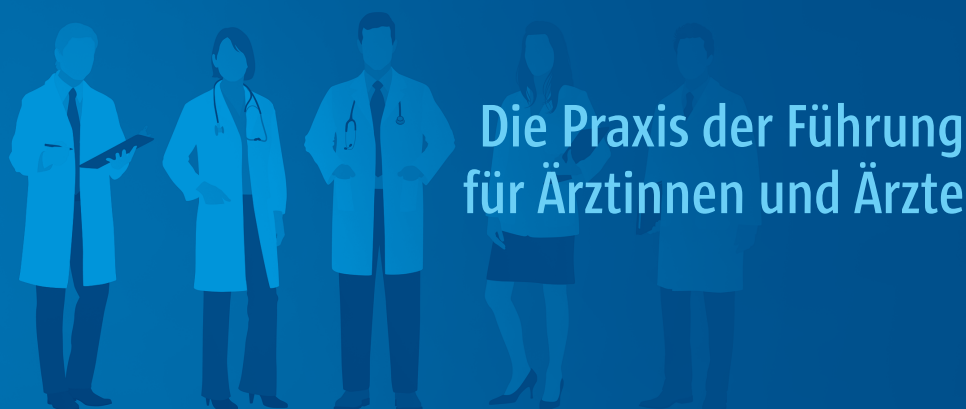


Thomas Röhrßen
Dietmar Stephan

Leadership Performance Krankenhaus



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Thomas Röhrßen | Dietmar Stephan

Leadership Performance Krankenhaus



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Thomas Röhrßen | Dietmar Stephan

Leadership Performance Krankenhaus

**Die Praxis der Führung
für Ärztinnen und Ärzte**



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Autoren

Dipl.-Psych. Thomas Röhrßen
roehrsen:consult GmbH
Öwer de Hase 7/9
49074 Osnabrück

Prof. (Saitama Med. Univ.) Dr. Dietmar Stephan
Marien Kliniken Siegen
Kampenstraße 51
57072 Siegen

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstraße 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-602-7 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2021

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. In vorliegendem Werk wird keine einheitliche Gender-Schreibweise verwendet. Gemeint sind jedoch immer alle Geschlechter.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Der Verlag kann insbesondere bei medizinischen Beiträgen keine Gewähr übernehmen für Empfehlungen zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen oder für Dosierungsanweisungen, Applikationsformen oder ähnliches. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit hin überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Dorothea Wunderling, Berlin

Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin

Layout, Satz, Herstellung: zweiband.media Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin

Titelbild: ©Adobe Stock/Ellegant

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Inhalt

Einleitung	1
1 Die Klinik erfolgreich im Markt positionieren!	3
1.1 Zielvereinbarungen und Business Intelligence – Führen mit den richtigen Zahlen!	3
1.2 3-Step-Strategic Check, SWOT- und Portfolio-Analyse	7
2 Der Chefarzt als Marke – profilscharfes Personal Branding	15
2.1 Wozu braucht die Medizin Menschen als Marken?	15
2.2 Markenpsychologie für Leitende Ärzt*innen	16
2.3 Die persönliche Marke mit Personal Branding gestalten	18
3 Networking – erfolgreich vernetzt im ambulanten Markt	23
3.1 Die Psychologie von Patienten- und Einweiserentscheidungen	23
3.2 Mit ABC-Analyse Einweisergruppen segmentieren	27
3.3 Push und Pull-Strategie, Interfusion und Networking	28
3.4 Fallbezogene Kommunikation pflegen	33
4 Von der Chefkultur zum agilen Team – Klinikorganisation im Wandel	35
4.1 Die Evolution der Krankenhausorganisation in den letzten 30 Jahren	35
4.2 Die neue Rolle der Oberärzt*innen in der Klinikführung	37
4.3 Klinisches Prozessmanagement ist Chefsache	40
4.4 TeamProzessPerformance (TPP)	47
5 Personalentwicklung mit PEP – von Anfang an, ein Leben lang	53
5.1 Personalentwicklung mit PEP (Personal-Entwicklungs-Phasen)	53
5.2 Suchen, Binden und Fördern im Generationenwandel	56
5.3 Bewerber-Profilung mit Personas	58
5.4 Klinik-Employer-Branding	60
5.5 Klinik-Recruiting-Strategien	62
5.6 Talentmanagement mit Big Five+ und Anforderungsprofilen	65
5.7 Personalauswahlprozess	66
5.8 Personalentwicklungsgespräche	78
6 Motivationale und neuropsychologische Grundlagen evidenzbasierter Führung	80
6.1 Menschenbild und Motivation	80
6.2 Rubikon-Modell und Emotional Boosting	83
6.3 Individuelle Motivstrukturanalyse als Grundlage von Führung	92
6.4 Verantwortungsdiffusion und Verantwortungskultur im Krankenhaus	96
6.5 Emotionale Intelligenz und neuropsychologische Führung	100

7 Psychologisch-fundierte Führung in der klinischen Praxis	106
7.1 Der Leadership Performance Navigator	106
7.2 Selbstmanagement – sich selbst steuern und führen mit dem ABC-Modell	108
7.3 Modus-Change: Den Modus diagnostizieren und beeinflussen	119
7.4 Stimmiger Selbstausdruck und klare Selbstaussagen	126
7.5 Die Führungsbeziehung gestalten	129
7.6 Feedback geben	135
7.7 Ziele setzen, fordern und fördern	141
8 Kritik, Konfrontation und Trennung	149
8.1 Der „Circle of Change“	149
8.2 Die Weisungs-, Kritik- und Mahnstufen	152
9 Teamdynamik, Besprechungen und Konfliktmoderation	156
9.1 Differenzialdiagnose der Gruppendynamik und Managementrollen	156
9.2 Differenzialdiagnose der Persönlichkeitsstrukturen im Team	162
9.3 Team-Mapping	168
9.4 Konfliktdiagnose und Konfliktmanagement	170
9.5 Besprechungen strukturieren und moderieren	174
9.6 Konfliktmoderation im Team und in Besprechungen	180
10 Schlusswort	186
Anlagen	187
Literatur	211
Die Autoren	213

Einleitung

„Erfolg kommt von Führung.“ (Th. Röhrßen/Prof. Dr. D. Stephan)

Das Klischee, das aus Sicht vieler Menschen in der Bevölkerung immer noch der Chefarztrolle anhaftet, sagt nichts über das Leben in einer der anspruchsvollsten Führungsrollen dieser Republik aus. Und die Ansprüche an die Abteilungsführung im deutschen Krankenhaus nehmen weiter zu. Während früher einzelne Chef- und Oberärzte noch gewisse exzentrische Eigenheiten und Eigenwilligkeiten voll ausleben konnten, führt dies heutzutage unweigerlich zur Trennung. Wer sich nicht professionell selbst führt und entwickelt, verliert nicht nur Mitarbeiter*innen, sondern auch „Kopf und Klinik“.

Wer als Meister oder Meisterin des Fachs in der Expertenorganisation Krankenhaus täglich seinen Dienst erfüllt, muss nicht nur mit fachlicher Expertise häufig schon frühmorgens hochkonzentriert am Patienten, im OP oder in einem anderen diagnostischen oder interventionellen Funktionsbereich stehen. Er/sie muss unter widrigsten Verhältnissen des Arbeitsmarktes junge Assistenzärzt*innen suchen, ausbilden und entwickeln. Nicht der Chefarzt/die Chefarztin und die Oberärzt*innen allein definieren über eigene persönliche Leistungserbringung die klinische Qualität auf hohem Niveau. Nur das gesamte Team kann ein optimales medizinisches Ergebnis und eine hohe Patientenzufriedenheit gewährleisten. Und das Ganze spielt sich in einem Arbeitsmarktumfeld ab, das wahrlich nicht nur von „High Potentials“ wimmelt.

Die Klinik muss sich darüber hinaus selbstverständlich wirtschaftlich behaupten, im Markt bewähren, gegen Mitbewerber durchsetzen und ambulante Partner über-

zeugen. Darin liegt eine zentrale Aufgabe der Leitenden Ärzt*innen als strategische Klinikmanager. Und immer wieder muss Kommunikation gepflegt und organisiert werden in Dienstbesprechungen, Mitarbeiter- und Weiterbildungsgesprächen, Strategieklausuren, Klinikkonferenzen, interdisziplinären Zentrumsitzungen sowie Budget- und Controllinggesprächen. Chef- und Oberärzt*innen müssen darüber hinaus ein klinisches Organisationskonzept umsetzen, bei dem die Prozesse und zahlreichen Schnittstellen an der Qualität der Patientenversorgung ausgerichtet sind – zwingend, logisch, qualitätsbewusst. Leitende Ärzt*innen sind also auch Chefs der klinischen Prozesse.

Die heutige Klinikwirklichkeit fordert Leitende Ärzt*innen, die ihre Kliniken mit herausragender Fachkompetenz, Leadership Performance und unternehmerischem Profil führen. Das Problem ist nur: Die berufliche Sozialisation des Arztes und die Karriereentwicklung in medizinischen Führungspositionen beinhaltet – wenn überhaupt – nur recht dürftige Leadership-Qualifizierungsprogramme. Diese Lücke versuchen wir seit Jahren mit Führungsberatung, Coaching und Leadership-Seminaren zu schließen.

Mit Erfolg! Anstelle eines Patchworks von Methoden, setzen wir auf ein schlüssiges und durchdachtes Führungskonzept, bei dem alle Module aufeinander verweisen und kombiniert mit praxiserprobten Instrumenten sofort im klinischen Alltag wirksam werden. Ohne komplizierten Transferaufwand – aus der Praxis für die Praxis!

Dieses Buch fasst unsere Erfahrungen in über 20-jähriger Beratung und Qualifizierung von inzwischen mehreren Hunderten Leitender Ärzt*innen kompakt zusammen; Kompetenzen, die in zahlreichen Strategieklausuren, Leadership-Seminaren, Führungsberatungen und Coachingsitzungen vermittelt wurden. Es wendet sich sowohl an Chefärzt*innen als auch an Oberärzt*innen, die sich auf neue Führungspositionen vorbereiten wollen oder neu auf dem Chefsessel angekommen sind. Es richtet sich aber auch an Ärzt*innen, die nach langjähriger Führungserfahrung ihr Führungs-Know-how auf den aktuellen Stand bringen wollen.

Wir sind der Meinung, dass ärztliche Führungskräfte sich nicht von der Fülle und Unübersichtlichkeit von Ansätzen, Methoden und Instrumenten überfluten lassen müssen. Es gibt nach unserer Ansicht einen klar definierten Kanon von wesentlichen Basisstrategien und Mastertools der Klinikführung, die wir hier vorstellen. Wir sagen explizit: Wer diesen Kanon beherrscht, kann seinen Erfolg kaum verhindern. Die implizite Botschaft dieses Buchs ist neben der Wissensvermittlung aber auch: Leidenschaft für Leadership!

1 Die Klinik erfolgreich im Markt positionieren!

„Zahlen sind Vitalzeichen der Klinikentwicklung. Und Strategien halten die Klinik auch in stürmischen Zeiten voll auf Kurs“ (Th. Röhrßen/Prof. Dr. D. Stephan)

1.1 Zielvereinbarungen und Business Intelligence – Führen mit den richtigen Zahlen!

Die medizinische Behandlung ist konkret. Aber Zahlen sind abstrakt. Zahlen sind geronnenes Markt- und Betriebsgeschehen. Sie sind Zeichen, Spuren und Vitalzeichen der Klinikentwicklung. Als Mediziner wissen Sie genau: Die Erfassung von Vitalzeichen und Symptomen ist nur der Einstieg. Es bedarf einer klaren Diagnose, zumindest einer hinreichend begründeten Verdachts- bzw. Arbeitsdiagnose. Hieran schließen sich weitere Schritte an: detailliertere Untersuchung, Indikationsstellung, Therapieplanung, Prognose, Aufklärung, Behandlungsvertrag auf der Grundlage von Compliance usw. Eine zeitgemäße medizinökonomische Steuerung funktioniert nach den gleichen Prinzipien.

Allein mit Zahlen kann man im Klinikgeschäft nicht gewinnen! Sie vereinbaren mit dem Patienten ja auch nicht einfach, dass sich sein Blutdruck um 10 mmHg verringern soll und lassen ihn dann ohne Ursachenanalyse und Maßnahmenplan allein. Das ist ein Faktum, mit dem sich immer noch einige kaufmännische Führungskräfte in den Krankenhäusern nicht abfinden wollen. Aus diesem Grund verordnen sie medizinische Leistungen und Zahlen in „Leistungszielvereinbarungen“

ohne Sinn und Verstand. In einigen Kliniken wurden diese Vereinbarungen über viele Jahre auch noch mit Leistungsanreizen verbunden, was schlichtweg illegal war. Inzwischen haben die relevanten Interessengruppen im Gesundheitswesen nach eingehender juristischer Prüfung eindeutige Kriterien für Zielvereinbarungen festgelegt (Deutsche Krankenhausgesellschaft und Bundesärztekammer 2013):

1. „Chefärzte sind in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen. Das Wohl der Patienten und die Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch notwendigen Leistungen müssen stets im Vordergrund stehen.
2. Zielvereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und Chefärzten mit ökonomischen Inhalten sind unter der Beachtung der berufsrechtlichen Regelungen (insbesondere § 23 Abs. 2 MBO-Ä) grundsätzlich legitim und sachgerecht, was auch vom Gesetzgeber anerkannt wird.
3. Zielvereinbarungen im Krankenhaus müssen stets mit der notwendigen Sensibilität gehandhabt werden. Die zu vereinbarenden Ziele sind mit Augenmaß so auszuwählen, dass der Chefarzt durch eigene Anstrengungen maßgeblichen Einfluss auf die Zielerreichung ausüben kann.
4. Finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen dürfen nicht vereinbart werden, um die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung zu sichern.“

Im Klartext: Leistungsprognosen und Zielvereinbarungen sind unter Beachtung der oben aufgeführten Punkte legal und darüber hinaus absolut sinnvoll für die Steuerung einer Klinik. Doch entscheidend ist nicht allein das „Was“, sondern vor allem das „Wie“ als Bestandteil einer professionellen Zielvereinbarung. Medizinische Leistungsziele zu vereinbaren, ohne sie mit geeigneten Maßnahmen zu unterlegen, das ist gleichbedeutend mit „guten Vorsätzen ohne Plan“!



Professionelle Zielvereinbarungen

- **beinhalten realistische Leistungsziele eingebunden in eine klare Klinikstrategie** unter Berücksichtigung der eigenen Potenziale und Schwächen einer Klinik sowie der Chancen und Risiken im Klinikumfeld (regionaler Markt, gesetzliche Rahmenbedingungen, Wettbewerb etc.);
- **können mit den im Klinikbudget verfügbaren bzw. zugesagten Ressourcen realisiert werden** (Personal, Geräte, räumliche Infrastruktur);
- **beinhalten zielführende Aufgaben und operative Maßnahmen mit eindeutigen Zuständigkeiten und Fristen** (Wer? Was? Bis Wann?);
- **werden im Dialog zwischen der Geschäftsführung, den Leitenden Ärzt*innen ggf. mit Beteiligung des Controllings intensiv diskutiert**, um ein vertieftes Verständnis, eine möglichst breite Akzeptanz sowie eine hohe Wirksamkeit zu erreichen.



Zielvereinbarungen sollten die AKVH-Kriterien erfüllen, d.h. Ziele sollten klar an den zentralen Aufgaben (A) ausgerichtet sein, die Leitenden Ärzt*innen sollten für die Zielrealisierung über die notwendigen Kompetenz- und Handlungsspielräume (K) verfügen. Dann erst können Sie wirklich Verantwortung (V) übernehmen und intern für ihr Handeln in der Haftung (H) stehen (vgl. Kap. 6.4).

Zielvereinbarungen sollten die SMART-Zielkriterien erfüllen; sie sollten spezifisch, messbar, akzeptiert, realistisch und terminiert sein (vgl. Kap. 7.7).

Leitende Ärzt*innen haben sicherlich den entscheidenden Einfluss auf die medizinischen Leistungen, Erlöse und Kosten im Krankenhaus. Deshalb sollten Sie ihr Zahlenwerk verstehen und zur Steuerung der Klinik nutzen.

Wer seine Klinik wirtschaftlich optimal führen und medizinökonomischen Blindflug vermeiden möchte, sollte sich im Dialog mit Geschäftsführung, Controlling und IT selbst ein Tableau mit relevanten Kennzahlen zusammenstellen. Im Idealfall sind Ihnen die Grundlagen und Ableitungen der Daten bekannt, die Kennzahlen automatisch aus der IT generierbar und für Sie als Cockpit-Funktion jederzeit aktuell auf dem Chefarzt-PC verfügbar (z.B. Dashboard mit aktualisierten Daten). Diesen Zustand werden wir in den meisten Kliniken allerdings erst in den nächsten Jahren erreichen. Diesen Ansatz der Kliniksteuerung mit klar definierten Zahlen nennen wir Business Intelligence.



Business Intelligence (BI) in Ihrer Klinik!

- **BI als Managementansatz** bedeutet die Sammlung, Aufbereitung und Umwandlung relevanter und aussagekräftiger Daten zur Unterstützung der operativen Steuerung und strategischen Entscheidung in einer Klinik.
- **BI als IT-Ansatz** bedeutet die Integration aller wesentlichen Software-Systeme über eine IT-Plattform, die automatisch und hochaktualisiert alle relevanten Daten lädt und in Form von aussagefähigen Berichten („Cockpit-Funktion“) dezentral für die Führungskräfte zur Verfügung stellt.

Sie sollten sich ein eigenes Kennzahlensystem aufbauen, mit dem Sie Ihre Klinik erfolgreich steuern können. Dabei greifen Sie auf die vorliegenden Reports aus dem Controlling zurück, bitten um weitere aussagefähige Kennzahlen aus Ihrer Sicht und/oder sorgen für eine eigene möglichst anwenderfreundliche, aufwandsoptimierte und IT-gestützte Erhebung von Daten in Ihrer Klinik.

Dabei geht es um ein intelligentes und routiniertes System der Kennzahlenermittlung, Datenerfassung, Datengenerierung, Datenkombination und -berechnung,

Datengliederung und -darstellung, zielgruppenspezifischen Präsentation, Berichterstellung sowie Analyse und Beratung (Consulting) rund um die Daten.

Grundsätzlich sind immer Zeitreihenvergleiche sinnvoll (Wie haben sich die Kennzahlen in den letzten Jahren verändert?). Sie sollten diese Vergleiche nicht nur auf Jahresebene, sondern auch auf Halbjahres-, Quartals- und Monatsebene vergleichen. Insbesondere ist neben den medizinökonomischen Grunddaten Ihrer Abteilung (Fallzahl, Verweildauer, Case-Mix-Punkte, CMI, Kurzliegerquote etc.) ein verstärktes Augenmerk auf die Entwicklung der Fallzahlen und CM-Punkten in einzelnen Leistungssegmenten zu werfen. Hierbei sind sowohl Hauptdiagnosegruppen (MDC) und Prozedurengruppen (OPS 4-stellig) als auch einzelne Diagnosen (DRG und ICD) zu betrachten.

Zusätzlich zu der Leistungsstatistik ist zur umfassenden strategischen Führung Ihrer Abteilung ebenso eine kontinuierliche Betrachtung des Marktes erforderlich, um schnell auf sich ändernde Marktsituationen zu reagieren. So kann z.B. der Chefarztwechsel in einer Wettbewerbsklinik zu einem veränderten Einweiserverhalten führen. Ein bisheriger Stammeinweiser kann sich ggf. umorientieren. Aktuelle Zahlen helfen Ihnen bei dem notwendigen Gespräch mit Ihren niedergelassenen Kolleg*innen. Eine weitere wichtige strategische Aufgabe ist die Einschätzung des Wettbewerbs. Hier liefern die Qualitätsberichte erste wichtige Hinweise zu Stärken und Schwächen Ihrer Mitbewerber im Markt. Letztlich müssen auch allgemeine Marktentwicklungen und Tendenzen in den medizinischen Bereichen mitberücksichtigt werden. So ist z.B. in der Entwicklung der operativen Urologie mit zu berücksichtigen, dass durch eine deutliche Zunahme alternativer Verfahren, trotz Zunahme der Erkrankungsrate aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung, eine Stagnation in der operativen Leistungsentwicklung resultieren kann. Ebenso sind allgemeine Entwicklungen wie Digitalisierung und der verstärkte Trend zu robotischen operativen Verfahren in die eigene Strategie einzubeziehen.

Aber nicht nur die Erlös- und Marktsituation bedarf des regelmäßigen und aktuellen Controllings. Auch die interne Prozesssituation und die intern verrechneten Aufwendungen (z.B. EKG, Konsile, Endoskopie, Radiologie, Anästhesie) und die externen Kosten (z.B. Pathologie, Fremdlabor) aus bezogenen Leistungen sind zu untersuchen und ggf. ist hier steuernd einzugreifen. Besondere Aufmerksamkeit verdienen hierbei die Prozesszeiten in den einzelnen Funktionsbereichen. Bei den „Changeover Times“ zwischen einzelnen Leistungssegmenten und Bereichen sowie bei den Leer- und Wartezeiten sollte unterschieden werden zwischen einerseits denen, die in einer ungenügenden personellen Ausstattung begründet sind und andererseits solchen, die im Wesentlichen auf organisatorisch-strukturellen und prozessualen Defiziten beruhen.

Sowohl die regelmäßige Erhebung aktueller Daten als auch eine zeitnahe medizinisch und ökonomisch inhaltsgerechte Interpretation der Daten bildet die Basis für einen positiven Veränderungsprozess in den einzelnen Bereichen als auch für eine valide Prognose der Markt-, Leistungs- und Kostenentwicklung der Klinik.

Welche konkreten Daten brauchen Sie zur strategischen Entscheidung und operativen Steuerung Ihrer Klinik? Hierzu finden Sie eine Übersicht in Anlage 1.

1.2 3-Step-Strategic Check, SWOT- und Portfolio-Analyse

Die Leitenden Ärzt*innen einer Klinik sind strategische Klinikmanager und strategische Dialogpartner für die Geschäftsführung. Viele nehmen ihre strategische Managementaufgabe nur reaktiv wahr. Sie beantworten strategische und fachliche Fragestellungen der Geschäftsführung oder reagieren nur auf aktuelle Anlässe oder akute Probleme in der Klinikentwicklung. Nur wenige haben einen proaktiven und routinierten strategischen Prozess in ihrer Klinik etabliert. Nachhaltige Klinikfolge resultieren aber aus einer stetigen wachsenden Marktbeobachtung und einer kontinuierlichen strategischen Arbeit in der Klinikführung. Wenn Sie ein Strategiekonzept für Ihre Klinik entwickeln, ist der Einstieg meistens recht aufwändig. Die kontinuierliche Anpassung (mindestens jährlich) ist dann aber mit deutlich geringerem Aufwand und hoher Prozessroutine möglich. Sie verfügen dann über einen strategischen Masterplan, der alle Ihre Aktivitäten sinnvoll und effizient ausrichtet. Außerdem brauchen Sie zur erfolgreichen Umsetzung Ihrer Klinikstrategie auch Follower innerhalb und außerhalb Ihrer Klinik: Mitarbeiter*innen, Chefarztkolleg*innen, Geschäftsführung und Management, Einweiser*innen usw. Deshalb ist es sehr hilfreich, die eigene Klinikstrategie prägnant zu formulieren und diese gegenüber relevanten Personen anschaulich zu vermitteln.

Ihre Klinikstrategie sollte einerseits der Komplexität des Klinik- und Marktgeschehens gerecht werden, aber dabei gleichzeitig auch klar und überschaubar sein.



QUICK-CHECK Strategieanalyse

In Ihrer Klinikstrategie sollten Sie qualitative Analysen und Bewertungen mit den Ihnen zur Verfügung stehenden Daten in folgenden Dimensionen verbinden:

- **allgemeine Rahmenbedingungen und Entwicklungen mit Auswirkung auf die Klinikstrategie** (demografische und epidemiologische Entwicklungen, Bedarfsentwicklung, Veränderung des Patienten- und Gesundheitsverhaltens, sozial- und gesundheitspolitische Entwicklungen, medizinökonomische Veränderungen und DRG-Katalogeffekte, fachwissenschaftliche, gerätetechnische und verfahrenstechnische Trends und Innovationen etc.)
- **lokale und regionale Veränderungen** (Veränderungen in der Versorgungs- und Wettbewerbsstruktur wie Klinikschließung, klinische Neustrukturierungen und Investitionen, neue Leistungsangebote, Trägerwechsel, Chefarztwechsel, Neubauvorhaben, veränderte Verkehrsanbindungen etc.)
- **wirtschaftliche Situation der Klinik** (Leistungszahlen, Erlösstruktur, Kosten und Deckungsbeiträge)
- **Leistungsstruktur einschließlich der positiven Abhebungseffekte** zum lokalen, regionalen und überregionalen Wettbewerb (Schwerpunkte und Leuchttürme, Diagnostik- und Behandlungsansätze, gerätetechnische Ausstattung etc.)
- **Expertenmatrix** (Übersicht über Facharztqualifikationen und Zusatzbezeichnungen, klinische Erfahrung und Expertise etc.)
- **Einweiserstruktur** (ABC-Analyse anhand der Einweiserstatistik, s. Kap. 3.2)
- **Stärken-Schwächen-Analyse aus der Sicht der Patienten und Einweiser** (Einzelfeedback, Beschwerdeanalyse, Ergebnisse aus Befragungen etc.)

1 Die Klinik erfolgreich im Markt positionieren!

- **Markenprofil- und Imageanalyse** (subjektive Faktoren wie Bekanntheitsgrad, Resonanz, Qualitätsimage und Vertrauensbildung bezogen auf einzelne Leistungen und/oder Experten)
- **Stärken-Schwächen-Analyse** der klinischen Struktur- und Prozessqualität einschließlich der baulichen und gerätetechnischen Infrastruktur im Vergleich zum lokalen, regionalen und überregionalen Wettbewerb (Aufnahme-, Entlassungs- und Belegungsmanagement, Ambulanzen, Notfallversorgung, stationäre Versorgung, Intensiv- und IMC-Versorgung, OP/Funktionseinheiten, Patientenversorgung und -service etc.)

Ihr Strategiekonzept bildet die Grundlage für einen fundierten Dialog mit Geschäftsführung und Controlling zur Vereinbarung der Ziele, Aktionen und notwendigen Investitionsmaßnahmen für die Zukunft; idealerweise in einer kurz-, mittel- und langfristigen Strategie- und Investitionsplanung:

- einer kurzfristigen Planung für das Folgejahr,
- einer mittelfristigen Planung für die nächsten 2-3 Jahre
- und einer langfristigen Planung über die nächsten 3 Jahre hinaus.

Viele Menschen verstehen Strategie immer noch so, wie es der Ursprung des Begriffs aus dem militärischen Bereich suggeriert: Ein Heerführer zieht sich begleitet von einem Planungsstab in die Kommandozentrale zurück, entwickelt einen strategischen Plan und gibt dann über die Offiziere detaillierte Kommandos an die einzelnen Heeresbereiche weiter. Am Ende der Schlacht zeigt sich dann, ob der Plan aufgegangen und der Krieg gewonnen ist oder ob der Heerführer in einem Feld erhebliche Verluste verzeichnen und sich zurückziehen muss. Die Strategieforschung zeigt: Empirisch gibt es weder im Gesundheitswesen noch in anderen Branchen für diese Strategiemetapher einen Beleg. **Strategie funktioniert anders!**

Einer der führenden Vertreter des strategischen Managements Henry Mintzberg zeigt, dass nur ein Teil von Strategien wirklich vorsätzlich von Anfang an durchgeplant ist. Die Forschergruppe um Henry Mintzberg kam anhand zahlreicher Untersuchungen und Fallstudien in unterschiedlichen Unternehmen zu der Erkenntnis, dass es mehrere Arten von Strategien gibt:

„So gibt es zunächst Strategien, die beabsichtigt (,intended‘) und anschließend vollständig realisiert (,realized‘) werden. Diese Strategien werden als ,deliberate strategies‘ bezeichnet und entsprechen den Gedanken des klassischen Strategiemodells. Zweitens treten Situationen auf, in denen Strategien zwar intendiert sind, sich jedoch bei ihrer Umsetzung als nicht durchführbar erweisen und in der Folge aufgegeben werden. Sie enden als ,unrealized strategies‘. Drittens- und das ist vielleicht die interessante Erkenntnis – gibt es Strategien, die, ohne dass sie explizit formuliert werden, sich zu einem kohärenten, strategischen Muster fügen. Einzelne unzusammenhängende Handlungen verdichten sich über die Zeit zu einer unbeabsichtigten Ordnung. Die Strategien dieses Typus erhalten den Namen ,emergent strategy‘.“ (Müller-Stewens u. Lechner 2005, S. 69f.)

Die Entdeckung **emergenter Strategien** führt zu einer vollkommen anderen Betrachtungsweise von Klinikentwicklung als im traditionell gedachten Strategiemodell. Erfolgreiche Klinikstrategien stützen sich nicht ausschließlich auf revolutionäre Diagnostik- und Behandlungskonzepte und Innovationen. Meistens geht es nicht um radikale Veränderungen von Verfahren, Marktzugängen, Grundhaltun-

gen, Verhaltensweisen, klinischen Prozessen und Organisationsformen. Ein Großteil Ihrer (Erfolgs-)Strategie liegt bereits in Ihrer Klinik im Verborgenen. Auch wenn Sie eine Klinik neu übernehmen, werden Sie sicher Ihre Fachkompetenz, Ihren Ansatz und Ihren Stil einbringen. Aber bedenken Sie: In dieser Klinik wurde vorher auch schon Medizin betrieben! Und auch aktuell ist vieles schon irgendwie da! Welche Stärken sind vorhanden und wie haben wir das eigentlich geschafft?

Ein weiteres von uns entwickeltes strategisches Verfahren hat seinen Ursprung in der berühmten Stanford Rede des Apple-Gründers Steve Jobs in 2005. Darin verdeutlichte er den Studenten am Beispiel seiner Biografie, wie sein Erfolg durch das kreative Verbinden von starken Einzelpunkten gelingen konnte („connecting the dots“). Dabei muss man sich auf bestehende (emergente) Stärken und Potenziale berufen, diese aber intelligent neu miteinander verbinden und sinnvoll kombinieren.

Wir nennen dies **Molekularstrategie**, weil diese zwischen bestehenden Elementen (Atomen) eine Verbindung (Molekül) schafft, die durch „chemische“ Bindung zusammengehalten werden. Und in der Tat: Die Chemie zwischen den verbundenen Elementen, Leistungseinheiten und -trägern muss stimmen!

Die Molekularstrategie kann besonders gut auf die Thematik der interdisziplinären Zentrenbildung übertragen werden, weil es hier häufig genau darum geht, nicht nur neue, sondern vor allem auch schon bestehende Potenziale und Behandlungskonzepte rund um eine Indikation oder Patientengruppe sinnvoll zu verknüpfen und damit weiterzuentwickeln.



PRAXISBEISPIEL: Molekularstrategie in einem Zentrum für Altersmedizin

In einem regionalen Zentrum für Altersmedizin werden nach und nach folgende Elemente auf eine einzigartige Weise miteinander verknüpft:

- eine unfallchirurgisch-orthopädische Klinik mit dem Zertifikat „Alterstraumatologie“ der Deutschen Gesellschaft für Alterstraumatologie
- eine allgemeinchirurgische Klinik mit dem altersmedizinischen Schwerpunkt Wund- und Dekubitus-Behandlung sowie spezialisierten Wundmanagern
- eine internistisch-geriatriische Sektion mit geriatriischen Komplexbehandlungen
- eine stationäre Behandlungseinheit für chronische Schmerzpatienten in der Regie der Anästhesie/Schmerztherapie
- eine stationäre Versorgungszone für demenzielle Patienten
- ein optimales Wärmemanagement für ältere Patienten im OP
- ein interdisziplinäres Team und Prozedere für postoperatives Delir und kognitive Defizite
- eine kooperierende Altenpflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtung auf dem Campus
- ein Home-Treatment Konzept der Klinik für pflegende Angehörige
- die IT-gestützte Erhebung des SPI (Selbst-Pflege-Defizit) in der Zentralen Notaufnahme mit direktem Anmeldeverfahren beim Nachsorgeteam insbesondere bei multimorbiden Alterspatienten.

In einem weiteren Schritt müssen Sie sich natürlich auch mit den fachlichen Neuerungen und Innovationen in Ihrem Fachgebiet sowie mit den zu erwartenden Ver-

änderungen auseinandersetzen (gesetzliche Veränderungen sowie Markt- und Umfeldveränderungen). Dies nennen wir dann Innovationsstrategie.

Mit dem von uns entwickelten **3-STEP-STRATEGIC-CHECK** können Sie Ihre strategische Arbeit leicht strukturieren:

3-STEP-STRATEGIC-CHECK

STEP 1: Emergente Strategien – intuitiv bereits gelebte Strategien entdecken

In diesem ersten Schritt ist Ihre Strategieanalyse vor allem induktiv: Sie entdecken, analysieren, verallgemeinern, verstärken und vermarkten das, was in Ihrer Klinik als (intuitives) strategisches Muster bzw. Erfolgskonzept bereits vorhanden ist. Dieser Teil setzt sich zusammen aus Leistungen, Techniken, Talenten, Kompetenzen, Routinen und Qualitäten, die Sie, einzelne Mitarbeiter, exzellente Teams oder Qualitätsbereiche bereits erfolgreich in den klinischen Alltag einbringen. Denn erfolgreiche Klinikentwicklung verläuft in der Regel nicht vornehmlich revolutionär und disruptiv, sondern eher evolutionär und kontinuierlich – immer an den eigenen Stärken orientiert.

- Was sind die bereits in Ihrer Klinik realisierten **starken medizinischen Leistungen und Verfahren bzw. Diagnostik- und Behandlungsansätze (präventiv/ambulant/teilstationär/stationär/rehabilitativ)**, die weiter ausgebaut und entwickelt werden müssten, um einen positiven Abhebungseffekt gegenüber lokalen, regionalen und überregionalen Mitbewerbern zu realisieren bzw. abzusichern?
- Was sind die besonderen **Talente, Schwerpunkte und Spezialkompetenzen des klinischen Stammpersonals**. Dabei können Sie neben den Skills im Ärzteteam auch herausragende Spezialkompetenzen in der medizinischen Assistenz, dem Pflege- und Funktionsbereich sowie im therapeutischen Bereich herausarbeiten. Wer sind Ihre HPPs („High Potentials and Performer“)? Es empfiehlt sich, diese Skills einmal in einer **Expertise-Matrix** (tabellarische Übersicht) mit Angabe der klinischen Erfahrung, der Kompetenzen und der formalen Qualifikationen der einzelnen Experten darzustellen.
- Was sind die **räumlich-technischen und organisationalen TOP-Infrastrukturmerkmale** der Klinik: gerätetechnische Ausstattung, Raumkonzept, Aufnahmekonzept, Entlassungsmanagement etc.
- Was sind die besonderen **herausragenden Merkmale des Krankenhauses** insgesamt: Leistungsprofile und interdisziplinäre Zusammenarbeit der Kliniken, räumliche Funktionalität und Ambiente, Pflegequalität und -image, Service, Speisenversorgung, Standortattraktivität und Verkehrsanbindung, Tradition und gelebte Werte, Image etc.

STEP 2: Molekularstrategie – neue Verbindungen schaffen („connecting the dots“)

In einem zweiten Schritt schaffen Sie neue Verbindungen zwischen bestehenden Erfolgskonzepten und Expertisen:

- Wie können Sie die einzelnen **Qualitätskomponenten Ihrer Klinik** im Bereich der persönlichen Expertise, des Behandlungs- und Diagnostikkonzepts, der

organisatorischen Strukturen, der Ausstattung etc. intelligent miteinander verbinden und verzahnen?

- Welche interdisziplinären Verbindungen und Vernetzungen können Sie knüpfen? Wie könnten Sie **interdisziplinäre, bereichs- und berufsgruppen-übergreifende Kompetenzzentren in der Region** darstellen?
- Wie müssen Sie Strukturen und Abläufe verändern, sodass eine **interdisziplinäre Versorgung unter Einbindung mehrerer Kliniken und Partner „wie aus einer Hand“** erfolgt?
- Wie können Sie ggf. **ambulante Kooperationspartner in das Versorgungsnetz** einbinden?

STEP 3: Innovationsstrategie – Zukunftschancen erkennen

Im letzten Schritt sollten Sie sich nun einen klaren Blick auf die Zukunftschancen und Innovationen erarbeiten:

- Wie werden sich **Krankheitsbilder, Patientengruppen, Diagnosen, Bedarfs-situationen und Fallzahlen in den einzelnen Schwerpunkten der Klinik** in der Zukunft verändern (z.B. mit Blick auf Demografie, Epidemiologie, Veränderungen im sogenannten Krankheitspanorama, Prognosen einschlägiger Fachgesellschaften und Institute etc.)? Welche Konsequenzen müssen Sie daraus für Ihre Klinik ziehen?
- Welche **gesundheitspolitischen, gesetzlichen und medizinökonomischen Entwicklungen** sind in Ihrem Fachgebiet erkennbar? Wie können Sie darauf reagieren?
- Was sind die zukünftigen **Bedürfnisse, Erwartungen und Anforderungen** der Patienten, Angehörigen, Einweiser, Kooperationspartner und Kostenträger? Wie können Sie Ihr Klinikkonzept auf diese Entwicklungen einstellen?
- Welche **fachwissenschaftlichen Trends im Bereich von Diagnostik und Therapie** sind zu erkennen? Welche Veränderungen ergeben sich für Ihr fachliches Konzept?
- Welche **innovativen Behandlungsansätze sowie instrumentellen und gerätetechnischen Innovationen** werden sich in naher Zukunft im Markt durchsetzen? Welche Investitionen in Personal, Raum, Technik, IT etc. sind erforderlich? Wie können Sie mit Blick auf die Investitionskosten sowie die prognostizierte Leistungs- und Erlösentwicklung einen „Return on Investment“ (ROI) sicherstellen? Welche nicht-ökonomischen Effekte ergeben sich konkret (z.B. positiver Abhebungseffekt vom regionalen Wettbewerb, Gewinnung und Bindung qualifizierter Ärzt*innen etc.)?

An den **3-Step-Strategic-Check** knüpfen Sie zunächst mit einer **SWOT-Analyse** an, welche die wesentlichen Stärken und Schwächen sowie die Chancen und Risiken Ihrer Klinik zusammenfasst. Weiterhin erstellen Sie dann eine **Portfolio-Analyse** zur differenzierten Bewertung einzelner Leistungsschwerpunkte Ihrer Klinik.

Bei der **SWOT-Analyse** werden die für Ihre Klinik relevanten strategischen Faktoren in 4 Dimensionen bewertet:

1 Die Klinik erfolgreich im Markt positionieren!

- aktuelle Stärken, Kompetenzen und interne Erfolgsfaktoren (Strengths)
- aktuelle Schwächen, Probleme, Engpässe und Defizite (Weaknesses)
- Chancen und Erfolgsaussichten im Umfeld und Markt sowie in der strategischen Positionierung und Entwicklung (Opportunities)
- Risiken und Bedrohungen im Umfeld und Markt sowie in der strategischen Positionierung und Entwicklung der Klinik (Threats)

In Tabelle 1 zeigen wir das Beispiel einer **SWOT-Analyse** einer Neurochirurgischen Klinik eines Klinikums der Maximalversorgung.

Tab. 1 SWOT-Analyse, Neurochirurgische Klinik in einem kommunalen Klinikum

Strengths/Stärken	Weaknesses/Schwächen
■ komplettes Leistungsspektrum der Neurochirurgie als ausgewiesene Fachabteilung ■ ambulante Versorgung und Patientensteuerung über eigenen MVZ-Praxisitz ■ interdisziplinäre Vernetzung mit allen wesentlichen Grenzgebieten (z.B. ambulante Reha, Neurologie, Intensivtherapie, Radiologie, Polytraumaversorgung, Strahlentherapie, ambulante Chemotherapie, etc.)	■ teilweise kritische Einweisersituation mit Patientenzuweisung zur Mitbewerberklinik (in privater Trägerschaft) in der Region ■ bisher keine offensive Image- und Marketingstrategie der Neurochirurgie
Opportunities/Chancen	Threats/Risiken
■ imagefördernder Aufbau eines Wirbelsäulenzentrums über die Integration eines profilierten und routinierten Wirbelsäulenchirurgen mit einschlägiger klinischer Expertise ■ klinische Markenbildung: überregionales interdisziplinäres NEUROZENTRUM zusammen mit der Neurologie und der Neuroradiologie	■ möglicher Aufbau von neuen regionalen neurologischen Angeboten bei Mitbewerbern (aktuelle Gespräche eines Mitbewerbers mit dem Ministerium)

Die **Portfolio-Analyse** (s. Abb. 1) ist ein beliebtes und bewährtes Managementinstrument, mit dem Sie die Leistungsschwerpunkte Ihrer Klinik in Hinblick auf die Marktposition und -durchdringung im Einzugsgebiet veranschaulichen können. In der Regel durchläuft ein medizinischer Leistungsschwerpunkt einen gewissen Entwicklungszyklus: von einem indifferenten Leistungsangebot („Fragezeichen“) zu einem Marktführer („Star“), vom Marktführer zu einem reinen Umsatzbringer („Cash-Cow“), vom reinen Umsatzbringer zu einem Defizit-Angebot („Poor Dog“). In der Portfolioanalyse werden die unterschiedlichen Leistungsbereiche nach ihrem aktuellen Stand analysiert und dargestellt, was wir anhand einer Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie veranschaulichen wollen.

1. Fragezeichen (?)/Indifferente Lage

In dieser Phase wird erkannt, dass ein veränderter Bedarf besteht bzw. eine potenzielle Leistungs- oder Erlössteigerung möglich ist, die in unterschiedlichen Ursachenquellen begründet sein kann: veränderte Bedarfe und Patientenströme, Angebot neuer Verfahren und Technologien, verändertes

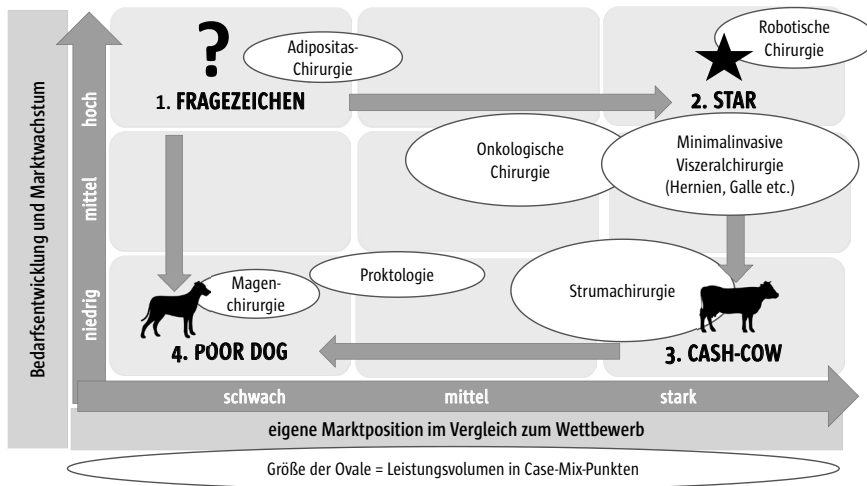


Abb. 1 Portfolioanalyse einer Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie (©Adobe Stock/Vlad Klok)

Einweiserverhalten, neue Anforderungen der Krankenkassen, regionale Wettbewerbs- und Marktverschiebungen (z.B. demografische Entwicklung, Veränderung von Krankheitsbildern, gesetzliche Neuerungen, Anerkennung von Leistungen durch Kostenträger, DRG-Katalogeffekte, Schließung oder Schwächung von umliegenden Krankenhausstandorten und Fachabteilungen etc.). Die eigene Marktposition ist noch schwach und es ist fraglich, ob eine starke Marktposition oder gar Marktführerschaft („Star“) überhaupt erreicht werden kann. Von daher können Investitionen in dieser Phase durchaus notwendig oder sinnvoll sein. Neben der Realisierung von Chancen sind sie in der Regel aber auch mit Risiken behaftet. Nischen und Spezialisierungen müssen geprüft werden. Es ist die Frage zu beantworten, ob ausreichendes Marktpotenzial vorhanden ist oder sich entwickeln wird. Dabei kommt es auch darauf an, in einem Businessplan eine solche Investitionsstrategie zu präzisieren. Hierbei sind die Investitionskosten und laufenden Betriebskosten in diesem Schwerpunkt mit den prognostizierten Leistungen und Erlösen in diesem Schwerpunkt in Beziehung zu setzen. Unter Umständen ist eine isolierte rein ökonomische Profitorientierung zu ergänzen um andere Nutzenerwartungen (z.B. Imageprofilierung, Verbesserung im Personalmarketing gegenüber zu gewinnenden Ärzt*innen in Weiterbildung, laterale Auswirkungen auf andere Schwerpunkte der Klinik oder auf andere Kliniken des Krankenhauses etc.).

Der Zielerreichungsgrad sowie die medizinökonomischen Ergebnisse müssen über das Controlling in kurzen Abständen evaluiert werden. In dieser Phase befinden sich z.B. viele Kliniken in Deutschland, die noch über die Investition in einen Schwerpunkt für Altersmedizin nachdenken müssen.

Im dargestellten Praxisbeispiel sind Adipositas-Operationen im Bereich des Fragezeichens angesiedelt, weil ein hohes Marktwachstum zwar gegeben ist, die eigene Marktposition der Klinik aber eher schwach und ein Ausbau strategisch zu prüfen ist.

1 Die Klinik erfolgreich im Markt positionieren!

2. Star/Maximales Wachstum mit starker Marktposition

In dieser Phase ist in dem ausgewiesenen Leistungsschwerpunkt eine starke Marktposition und ggf. sogar die Marktführerschaft erreicht. Die Klinik wird bei Marktführerschaft als „Leuchtturm“ bzw. „Star“ im Einzugsgebiet wahrgenommen. Der Markt lässt in dieser Phase immer noch eine Leistungssteigerung zu. Deshalb müssen die Investitionen die Wachstumsstrategie maximal unterstützen, um den Vorsprung zum Wettbewerb halten und ggf. noch weiter ausbauen zu können.

Im dargestellten Praxisbeispiel sind die Minimalinvasive Chirurgie und die Robotische Chirurgie als „Star“ markiert, weil ein Marktwachstum gegeben ist und die Klinik die Marktführerschaft in der Region in der Minimalinvasiven Chirurgie schon hat und darauf aufbauend in der Robotik-Chirurgie diese Position kurzfristig übernehmen wird.

3. Cash-Cow/Profit im stagnierenden Markt

In dieser Phase findet in dem jeweiligen Leistungsschwerpunkt keine Bedarfsentwicklung und Leistungssteigerungsmöglichkeit mehr statt. Jetzt geht es um die Stabilisierung der immer noch ertragsreichen Situation. Es werden nur noch absolut notwendige Investitionen getätigt, die es ermöglichen, die Erlöse und positiven Deckungsbeiträge weitgehend zu halten. In dieser Entwicklungsphase befinden sich derzeit viele geburtshilfliche Kliniken in Deutschland, die aufgrund der demografischen Entwicklung in ihrer Region eigentlich keine Leistungssteigerungen zu erwarten haben. Durch vielfältige allgemeine und regionale Faktoren (Migration, Klinikschließungen im Umfeld etc.) ergeben sich allerdings auch in diesem Bereich in einigen Regionen sprunghafte Leistungssteigerungen, die geburtshilfliche Kliniken neuerdings wieder wachsen lassen.

Im dargestellten Praxisbeispiel stellt sich der Bereich der Strumachirurgie als „Cash-Cow“ mit starker Marktposition und soliden Umsätzen ohne großes Entwicklungspotenzial dar.

4. Poor Dog/Rückzug bei Defizit-Prognose

Diese Strategie kann sich in zwei verschiedenen Phasen ergeben. Einerseits kann sie aus einer langfristig erfolgreichen Marktdurchdringung resultieren. Dann werden Leistungsschwerpunkte, die in der Vergangenheit erfolgreich im Markt positioniert („Star“) und wirtschaftlich lukrativ geführt wurden („Cash-Cow“) wegen der ungünstigen Prognose schrittweise reduziert und schlussendlich ganz aufgegeben („Auslaufmodell“). Oder es kommt bereits nach anfänglichen Nischen- und Spezialisierungsstrategien sowie ersten Investitionen in einer Anschubphase (Fragezeichen) zu einem Rückzug aus dem Leistungsschwerpunkt, weil keine ausreichenden Erfolgsaussichten bestehen (vom „Fragezeichen“ zum „Poor Dog“).

Im dargestellten Praxisbeispiel ist die konventionelle Magen Chirurgie als kleiner unattraktiver Leistungsschwerpunkt immer noch Teil des Klinikangebotes. Die Proktologie entwickelt sich in dieser Klinik auch zunehmend zu einem auslaufenden Leistungsangebot der stationären Versorgung (Trend in Richtung auf ambulante Angebote).

2 Der Chefarzt als Marke – profilscharfes Personal Branding

*„Heute sind Leitende Ärzt*innen selbst klinische Marken, die sich im Wettbewerb profilieren und behaupten müssen.“ (Th. Röhrßen/Prof. Dr. D. Stephan)*

2.1 Wozu braucht die Medizin Menschen als Marken?

In der Experten-Organisation Krankenhaus nehmen die Leitenden Ärzt*innen gegenüber den anderen Führungskräften eine Sonderrolle ein. Im Vergleich zu Führungskräften vieler anderer Branchen sind sie gerade nicht die „unsichtbaren Leistungsträger“ im mittleren oder gehobenen Management.

Im Gegenteil: Die Leitenden Ärzt*innen sind exponiert, weil sie selbst als zu vermarktendes „Produkt“ des Krankenhauses im lokalen, regionalen oder überregionalen Gesundheitsmarkt positioniert werden müssen. Eine Cheförztn bzw. ein Chefarzt ist in der Regel deutlich mehr in der Öffentlichkeit präsent als die Geschäftsführung des Krankenhauses.

„Der Chefarzt ist nicht nur der zentrale Leistungsträger. Er selbst ist das identifizierte Produkt, das sich auf dem Markt positionieren und behaupten muss. Er steht für die medizinische Leistungsfähigkeit seiner Klinik. Er ist der Garant für Qualität, er gibt ein Versprechen für Patienten und Einweiser in der Region. Der Chefarzt muss sich zu einer klinischen Marke entwickeln, die Vertrauen erwirbt. Dies ist dann gelungen, wenn Patienten, Einweiser und Kollegen über ein einzigartiges Vorstellungsbild von seinen Fähigkeiten und Leistungen verfügen. [...] Eine Marke verknüpft reale Erfahrungen, Erwartungen und Hoffnungen