

# 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 Zentrumssitzungen 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“

## 1 Die Klinik erfolgreich im Markt positionieren!

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,

## 1 Die Klinik erfolgreich im Markt positionieren!

Datengliederung und -darstellung, zielgruppenspezifischen Präsentation, Berichterstattung 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-geriatrische Sektion mit geriatrischen 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-

## 1 Die Klinik erfolgreich im Markt positionieren!

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