

Strategieperformance: Zepter oder Knute für den Leitenden Arzt? Mischen Sie sich ein!

Adam Sobanski, Jens Hollmann

Kommt Ihnen das bekannt vor? „Ich will gute Medizin machen, darum bin ich Arzt geworden. Hätte ich Manager werden wollen, hätte ich auch BWL studieren können“. Solche Aussagen hören wir nicht selten, wenn es um die strategische Positionierung einer Klinik geht. Und um die Handlungsspielräume Leitender Ärzte. Warum so bescheiden? In Ihrer Kernprofession treffen Sie doch tagtäglich viele lebenswichtig-strategische Entscheidungen. Welche Diagnose stellen Sie Ihrem Patienten? Welchen Behandlungsplan konzipieren Sie? Welche Indikatoren nutzen Sie zur Überprüfung des Behandlungserfolges?

Sie sagen, das hat doch alles nichts zu tun mit den strategischen Überlegungen, die in der Geschäftsführung zur Entwicklung des Wirtschaftsunternehmens Klinik angesiedelt sind?! Meinen Sie? Sie wollen doch sicher auch in den kommenden Jahren gute Medizin machen, Ihre Abteilung so erfolgreich führen wie bislang. Sie leben und arbeiten aber nicht auf einem autarken Eiland. Ihre Abteilung, Ihre Zuständigkeiten und Ihre Gestaltungsspielräume stehen nicht als Solitär im Klinikumfeld, unangefochten von dem, was sich um Sie herum abspielt.

Der Erfolg Ihrer Abteilung und die Garantie, dass Sie auch in Zukunft weiterhin auf qualitativ-hohem Niveau ärztlich tätig sein können, stehen in einem komplexen Netz von Abhängigkeiten und Wechselwirkungen, in dem Sie weit über Ihre Kernprofession hinaus eine wichtige Rolle spielen. Präziser gesagt: Wenn Sie sich jetzt einem aktiven Mitwirken in strategischer Weitsicht, Planung und daraus resultierenden Zielen für Ihr Haus und damit auch für Ihre Abteilung verweigern, ziehen Ihre Kollegen, die das Signal vernommen haben, an Ihnen vorbei.

Denn speziell in Kliniken herrscht nicht selten ein unbarmherziger Wettbewerb um personelle und finanzielle Ressourcen, um Patientenzuweisung und damit um die jeweilige DRG-Positionierung der einzelnen Abteilung im Klinikgefüge. Noch umfassender gedacht: Für eine marktgerechte Positionierung der Klinik ist die Verwaltung Ihres Hauses auf Ihre ärztliche Expertise angewiesen (► Abschn. 3.1.3). Etwa wenn Analysen der Patientenklintel, neuer medizinischer Methoden und erforderlicher Equipments auf der Agenda stehen. Kliniken, die hier

nicht auf die Fachkompetenz ihrer ärztlichen Entscheidungsträger zurückgreifen können, stehen im Wettbewerb deutlich schlechter da. Und wie sieht es dann mit der erfolgreichen Führung Ihrer Abteilung aus, wenn Ihr Haus im schlimmsten Falle um seine Existenz ringen muss?

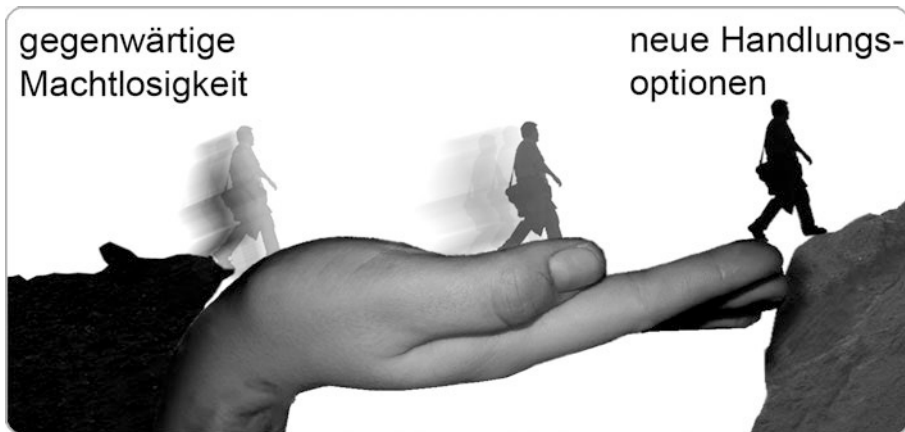
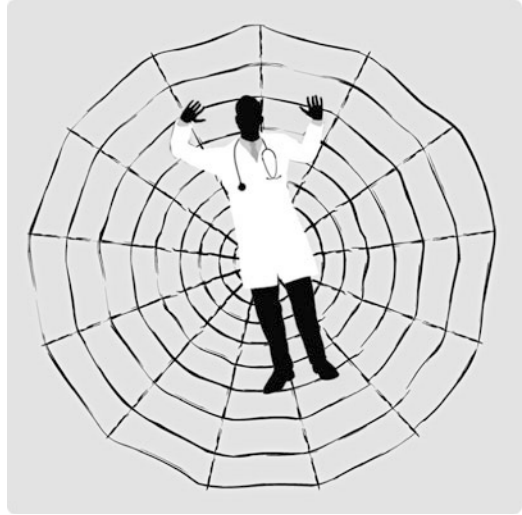
Sie haben doch noch einen Einwand? Sie sind ja grundsätzlich interessiert daran, mitzudenken und mitzugestalten! Aber da gibt es eben einfach zu viele Widerstände (■ Abb. 2.1). Das beginnt mit der großen Politik: „Was sollen wir hier vor Ort denn machen? Wir sind als Einzelklinik und erst recht als Abteilung doch machtlos, die da oben gehen auf unsere Forderungskataloge (► Abschn. 3.2) doch sowieso nicht ein!“ Und setzt sich fort in Ihrem direkten Umfeld – selbst wenn Sie als Leitender Arzt mit guten Ideen kommen: Ihre Klinikführung lässt Sie nicht!? Die Entscheidungen werden an Ihnen vorbeigetroffen? Und ehe Sie sich's versehen, hat Ihnen das Controlling Ihre lang geplante Personalaufstockung oder Ihr dringend benötigtes Ultraschall gestrichen?!

► „Was sollen wir schon machen! Unsere Handlungsspielräume sind reglementiert, die Budgets festgelegt“. Stoßseufzer eines Chefarztes im Hintergrundgespräch

Besonders verstörend gestaltet sich für viele Leitende Ärzte ein Szenario, das in Kliniken immer öfter Einzug hält: Beraterstäbe ziehen durchs Haus und hinterlassen in den Augen der ärztlichen Leitungsebene oft eine Schneise der Verwüstung. Kommt Ihnen das bekannt vor? Ihnen wurde Personal abgezogen und dann sollen Sie sogar noch mit dem unsympathischen Kollegen der fachlich eng verwobenen Disziplin kooperieren? Etwa Equipment oder ganze Stationen teilen? Begriffe wie „Lean Management“ (► Abschn. 3.1.3), „Supply Chain Management“, „zero based budgeting“ oder „quick win“ wabern durch die Klinikflure. Und das alles lassen Sie mit sich machen? Beugen sich unter die Knute eines vermeintlich allmächtigen Managements?

Sie sind doch der Leitende Arzt, Sie sind das Vorbild für Ihre ärztlichen Mitarbeiter; wie passt das zusammen mit einem Selbstverständnis des „Ausgeliefertseins“ gegenüber Geschäftsführung oder Klinikvorstand? Höchste Zeit, Stopp zu sa-

■ Abb. 2.1 Der Arzt im Spinnennetz



■ Abb. 2.2 Strategie als Brücke in die Zukunft

gen – oder konstruktiv betrachtet, selbst Signale zu setzen, mit zu definieren, was beispielsweise Lean Management ist und was nicht! Wie beispielsweise abteilungs- und sektorenübergreifende Behandlungsverläufe definiert und clinical pathways gestaltet werden! Wie aber kann das gelingen?

Zuallererst: Überschätzen Sie nicht die anderen und unterschätzen Sie nicht sich selbst! Die „Anderen“? Ja, auch die Geschäftsführungen und Vorstände in Krankenhäusern sind nicht mit Strategiekompetenz auf die Welt gekommen. Auch hier finden – und das ist gut so! – Lernprozesse statt. Und jetzt kommt Ihre Stunde! In der Sie unter Beweis stellen, dass Sie „über den Gartenzaun“

Ihrer Abteilung schauen, dass Sie Strategiepartner (■ Abb. 2.2) auf Augenhöhe sind, dass Ihre ärztliche Expertise (s. Exkurs: Die großen Ärztethemen im Management) auch Weitsicht und operatives Verständnis im Wirtschaftskontext umfasst.

Etwa dergestalt, dass Sie sich die Brille des Analytikers aufsetzen, desjenigen, der durchschaut, welchen Einflüssen ein Unternehmen im Gesundheitswesen ausgesetzt ist, wo es rechtzeitig reagieren muss, um den Zug der Veränderung nicht zu verpassen, wo aber zugleich höchste Aufmerksamkeit geboten ist, um nicht blindwütig Neuerungen hinterher zu hetzen, die für die eigene Positionierung sogar kontraproduktiv sein können.

Die großen Ärztethemen im Management

Alle reden heute von der Managementkompetenz, über die der erfolgreiche Chefarzt verfügen sollte. Schon richtig! Aber drehen wir den Spieß doch einfach einmal um. Was wäre eine Klinik oder auch ein Medizinisches Versorgungszentrum ohne ärztliche Expertise? Nach anders gefragt: Wie viel Medizin braucht Management im Gesundheitswesen? (► Kap. 10) Hier die aus unserer Sicht wichtigsten Handlungsfelder, in denen das Management eines Krankenhauses oder eines MVZ ohne das Fachwissen und

die Erfahrung Leitender Ärzte nicht handlungsfähig ist:

Strategien zur Bindung zuweisender Ärzte

- Schwerpunktsetzung für Investitionen in neue Technologien bzw. neue Fachgebiete – aber auch potenzielle ‚Divestments‘, sprich der Ausstieg aus Fachgebieten und Technologien
- Aufbau von Ärztenetzwerken
- Konkurrenz und Kooperationsstrategien im Umgang mit medizinischen Dienstleistern im internen Umfeld und extern

- Patientenzufriedenheit
- Case-Management und Prozesssteuerung bei Behandlungspfaden
- Verhandlungsstrategien mit der Medizintechnologie
- Medizinisches Risikomanagement
- Fachpersonal im ärztlichen und Pflegebereich
- Urteilskompetenz für ambulante oder stationäre Versorgungsformen
- Anreiz- und Bonussysteme für ärztliche Dienstleistung

Strategisches Denken als Brückenbauer

Rich Horwath, US-amerikanischer Autor („Deep Dive – strategisches Denken“), Gründer und Leiter eines Think Tank Instituts und Berater von Konzernen wie Google und Novartis (Horwath 2009), definiert strategisches Denken als Brücke zwischen unserem im beruflichen Alltag bewährten Wissen und Können, kurz unserer Kompetenz und dem umfassenden Überblick über unser Umfeld. Mit Strategiekompetenz überbrücken wir den Graben zwischen der vergangenheitsorientierten Best-Practice-Gegenwart und dem, was an Optionen offensteht (► Abb. 2.2). Wer sich allein auf die Routine verlässt, wird über das Mittelmaß nie hinauskommen, warnt Horwath (Horwath 2009). Erhofft sich der „Routinier“ dennoch bessere Ergebnisse, so bescheinigt ihm der Institutsleiter eine Form des Irreseins – und befindet sich mit dieser Annahme im Einvernehmen mit Albert Einstein: „Insanity means doing the same things over and over and expecting different results“.

Vielleicht mögen Sie sich nun gemeinsam mit uns aus unterschiedlichen Flughöhen Ihr konkretes Arbeitsumfeld anschauen:

Von der Ebene der „großen“ Politik und des Wirtschaftsgeschehens, der gesellschaftlichen und technologischen Entwicklungen aus (► Abschn. 3.1.1), betrachten Sie die diese Geschehnisse in ihrer Relevanz für Ihre Abteilung und für Ihr Haus. Denken Sie nur an die Einführung der Fallpauschale Anfang bis Mitte des Jahrtausends. Der Arbeitsalltag jedes Leitenden Arztes und seiner Mitarbeiter hat sich durch diese politisch-ökonomische Entscheidung gravierend geändert.

Im nächsten Schritt (► Abschn. 3.1.2) nehmen Sie Ihr konkretes Umfeld unter die Lupe. Zeichnet sich durch die politisch gewollte Gewichtung „ambulant vor stationär“ ein immer schärfer konturiertes Kon-

kurrenzumfeld ab – auch für Ihre Abteilung? Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit Zulieferern medizinischer Dienstleistungen und Produkte? Und wie gut kooperieren Sie mit Ihren zuweisenden Ärzten?

In Ihrem engsten internen Umfeld (► Abschn. 3.1.3) analysieren Sie nun im dritten Schritt die Aufstellung Ihres Hauses respektive Ihres Verantwortungsbereichs. Wie gestalten sich die prozessualen Abläufe, wie sieht es mit der Personalentwicklung aus, wird überhaupt eine betrieben, die des Begriffs würdig wäre? Oder wird lediglich Personal verwaltet? Und wie sieht es mit der personellen und organisatorischen Situation in Ihrer Abteilung aus?

Egal aus welcher Perspektive heraus Sie Ihr Arbeitsumfeld und die Situation Ihrer Abteilung unter die Lupe nehmen. Entscheidend sind die Schlussfolgerungen, die Sie daraus ziehen, welche Chancen eröffnen sich Ihnen durch die beobachteten Faktoren und Trends oder welche Bedrohungen stecken darin? (► Abschn. 3.2) Erst die sorgfältige Abwägung des Potenzials, das in Ihrer Abteilung steckt – oder auch nicht – erlaubt Ihnen, die richtigen, die strategischen Entscheidungen zu treffen.

Literatur

Horwath R (2009) Deep dive: The proven method for building strategy, focusing your resources, and taking smart action. Greenleaf, Austin TX

Ihre Abteilung im Spiegel des Gesundheitswesens: Erst beobachten, dann bewerten

Adam Sobanski, Jens Hollmann

- 3.1 Perspektiven von der großen Politik bis in die Klinik
hinein: Wie gut steht Ihre Abteilung da? – 18**
 - 3.1.1 Das Makro-Umfeld: Gesundheitspolitik
und gesellschaftliche Trends als Gradmesser – 19
 - 3.1.2 Das Mikro-Umfeld: Wie gut aufgestellt sind Sie in
Ihrer Region und Ihrem „Markt“? – 22
 - 3.1.3 Das interne Umfeld: Wie sieht's drinnen aus?
Bestandsaufnahme in Ihrem Haus – 24
- 3.2 Ihre Schlussfolgerungen: Chancen und Risiken
für Ihren Verantwortungsbereich – 28**
 - 3.2.1 Wie groß sind Ihre Gestaltungsspielräume? Sie sind am Zug! – 29
 - 3.2.2 Analysieren Sie die Situation noch ohne spontane Wertung! – 30
 - 3.2.3 Sie haben den Überblick: Die Zeit ist reif für Ihr Urteil – 32
 - 3.2.4 Wenn das Risiko zur Chance wird und die Chance zum Risiko – 35
- Literatur – 36**

Ihnen ist bewusst, wie wichtig es ist, sich strategisch einzumischen, wenn Sie Ihre Abteilung auch in Zukunft erfolgreich führen wollen. Sie können und wollen nicht zulassen, dass die Geschäftsführung oder der Klinikvorstand Richtungen einschlagen und Entscheidungen treffen, die für Ihr operatives Umfeld von großer Bedeutung sind. Sie aber sind nicht einbezogen – und / oder womöglich noch auf Ihr mangelndes Interesse hingewiesen worden an den Entwicklungen politischer, wirtschaftlicher und wettbewerbsbedingter Natur, die ein Reagieren und idealerweise ein Agieren erfordern.

Mangelndes Interesse oder gar fehlendes Einschätzungsvermögen dessen, was über Ihre Abteilung hinaus geschieht, aber wollen und werden Sie sich nicht nachsagen lassen! Es ist Ihnen klar, Sie kommen nicht weiter, wenn Sie Ihren Blick nur auf Ihr engstes Umfeld, nämlich Ihre Klinik, Ihre Abteilung oder Ihr MVZ lenken, also scheint es naheliegend, ja sogar folgerichtig, wachen Auges und scharfen Sinnes zu *beurteilen*, was um Sie herum passiert! Um dann aus Ihrem *Urteil* den Handlungsbedarf für Ihre Abteilung abzuleiten. Aber ist dieser Gedankengang wirklich folgerichtig?

■ Von den Wirkungen des allzu raschen Urteils

Der US-amerikanische Strategieexperte und Buchautor Rich Horwath (► [Kap. 2](#)) erzählt gern folgende Geschichte:

Ein Patient im Sprechzimmer seines Hausarztes; dieser kommt raschen Schrittes herein, ist augenscheinlich in Eile. Er taxiert kurz den Patienten, greift dann zu Stift und Notizblock und kritzelt ein Rezept darauf, während er zum Patienten gewandt, sagt: „Davon nehmen Sie eine Tablette pro Tag und rufen mich in einer Woche wieder an, wie es Ihnen geht“. Der Patient ist fassungslos: „Sie haben mich ja noch nicht mal nach meinen Beschwerden gefragt!“. Darauf der Arzt: „Ich habe diese Tabletten meinen letzten drei Patienten verschrieben, denen geht es jetzt allen besser, also denke ich, das Medikament wird auch bei Ihnen wirken“.

Eine Überspitzung, gewiss, wie es dem satirischen Moment eigen ist. Was aber ziehen Sie daraus für Ihr strategisches Vorgehen? Der fiktive Arzt in dieser kleinen Satire hat ausschließlich auf Basis des ersten Augenscheins gehandelt. Er hat keine in-

dividuelle Diagnose erstellt, geschweige denn eine Anamnese gemacht.

Ein solches Vorgehen, das im ärztlichen Verhaltensmodus undenkbar wäre, ist aber allzu oft im Umgang miteinander, sei es privat oder beruflich, zu beobachten.

Die Qualitätsoffensive

Jahreswende 2013/2014: Die neue Bundesregierung ist im Etablierungsprozess. Da schreckt eine geplante Gesetzgebung im Gesundheitswesen auf. Auf Initiative des Bundestagsabgeordneten Karl Lauterbach soll ein Qualitätsindex zum Patienten-Outcome eingeführt werden. Wie zufrieden waren die Patienten? Wie entwickelte sich der Genesungsprozess in den Tagen und Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt? Kaum dringen erste Verlautbarungen nach draußen, ergießt sich in Onlineforen ein Strom der Entrüstung. Vornehmlich Mitarbeiter des Gesundheitswesens beschwören eine neue Form der Gängelung. Eine Veranstaltung in Nordrhein-Westfalen zu diesem Thema löst einen regelrechten Tumult im Auditorium aus.

Wie sinnvoll eine solche Qualitätsoffensive sein mag, wollen wir hier in diesem Buch nicht erörtern. Eines aber scheint ziemlich deutlich zu sein: Kaum sind bestimmte Reizbegriffe, wie etwa derjenige der Qualitätskontrolle, gefallen, leuchten bei vielen Betroffenen im Gesundheitswesen sämtliche Alarmsignale auf. Sie urteilen spontan und nach dem ersten Augenschein. „Qualitätskontrolle gleich Gängelei“.

Es handelt sich hier um den Klassiker der Verhaltensanthropologie: Ein Reiz wird gesetzt, die Reaktion erfolgt unmittelbar darauf. Ohne einen Zwischenraum des Betrachtens und der Abwägung zuzulassen: Was könnte für das Vorhaben sprechen, was dagegen?

Reflexartiges Denken und Handeln ähnelt einer Selbstentmündigung, wir nutzen unsere Intelligenz nicht, um die Reize erst einmal einzusortieren. Wir urteilen unreflektiert auf Basis unserer Glaubenssätze und suchen unentwegt nach weiteren ‚Beweisen‘ für diese Denkschablonen. Wir betreten sofort einen bestimmten Denk- und Handlungskorridor und berauben uns damit selbst der Chance, andere Korridore zu entdecken.

■ The Ladder of Inference

Chris Argyris (1923–2013) Lehrstuhlinhaber für Verwaltungswissenschaften in Yale und Mitbegründer der Organisationsentwicklung, hat den Automatismus unserer Schlussfolgerungen als „ladder



■ Abb. 3.1 Die Leiter der Schlussfolgerungen

of inference“ beschrieben, eine „Leiter der Schlussfolgerungen“.

Unzählige Daten respektive Informationen stürmen unaufhörlich auf uns ein. Wir sind außerstande, sämtliche Informationen mit unseren Sinnen wahrzunehmen, geschweige denn einer Begutachtung zu unterziehen. Milliarden von Daten filtern wir darum unbewusst aus unserer Wahrnehmung aus. Und je älter wir werden, desto rascher sondieren wir. Dieser Filter ist auch ein Schutzmechanismus unseres Gehirns: Autisten etwa verfügen nicht darüber und sind ihren Eindrücken hilflos ausgeliefert.

Der gleiche Prozess des Filterns kann sich aber auch zu unseren Ungunsten auswirken. In dem Moment, in dem wir unserem Sondierungsvermögen „blind vertrauen“ und uns selbst keine Chance mehr geben, auch mögliche Begleitfaktoren wahrzunehmen,

klettern wir die Leiter der Schlussfolgerungen – beidseitig „blind“ – Sprosse für Sprosse empor (■ Abb. 3.1).

Spielen wir das Geschehen einmal an zwei kleinen Beispielen aus dem Alltag durch, die uns so jederzeit passieren können:

Der Fuß: Der neue Kollege Müller legt in der Morgenbesprechung einen Fuß auf den Nachbarstuhl – und sofort beginnt in unserem Gehirn ein Automatismus der Wertungen; dass Müller sich gestern den Fuß verstaucht haben könnte, kommt uns nicht in den Sinn. Und wann hätten wir auf unserer Leiter innehalten und vielleicht mal nachfragen sollen? In jedem Fall auf der dritten Stufe hätten wir die Chance gehabt – besser noch, uns diese zugestehen sollen – unser Urteil zu hinterfragen und gegebenenfalls zu revidieren.

1 Stufe

hier finden wir alle verfügbaren Fakten und Informationen, auf die wir bewusst sensorisch zugreifen könnten

Der neue Kollege Müller sitzt in der Morgenbesprechung und legt einen Fuß auf den Nachbarstuhl.

Die Besprechung hat um 9:00 angefangen. Kollege Jansen kommt erst um 9:30 rein – und setzt sich wortlos auf seinen Platz.

2 Stufe

wir treffen hier eine zumeist unbewusste Auswahl unter diesen Fakten und Informationen – wir filtern ...

Alle sitzen ordentlich, nur der Müller hat einen Fuß auf dem Stuhl.

Alle waren pünktlich, nur Jansen kommt eine halbe Stunde zu spät, ohne sich zu entschuldigen.

3 Stufe

wir geben den beobachteten Fakten und Informationen bestimmte Bedeutungen (oft basierend auf kultureller Prägung und Wertesystem)

So eine Sitzhaltung ist respektlos und zeugt von schlechter Kinderstube.

Jansen hat wohl noch nie von diesem Spruch gehört: "Pünktlichkeit ist die Höflichkeit der Könige" (Ludwig XVIII).

4 Stufe

wir bewerten diese nun eingeordneten Fakten und Informationen und ziehen weitergehende Schlussfolgerungen

Ein arroganter und respektloser Pinsel, den habe ich gleich nicht sympathisch gefunden.

Jansen bringt den anderen keine Wertschätzung entgegen. Hat er noch nie getan.

5 Stufe

wir fällen unser Urteil und entscheiden uns für eine bestimmte Reaktion

Dem zeige ich meine kalte Schulter und werde auch die anderen vor ihm warnen.

Mit dem werde ich nicht mehr zusammenarbeiten, wenn es sich vermeiden lässt.

6 Stufe

wir sehen uns wieder einmal in unserer Meinung bestätigt, die sich selbst erfüllende Prophezeiung ist erreicht. Die Schleife schließt sich und beim nächsten Mal steigen wir die Leiter noch schneller hoch

Wer keine Kinderstube hat, wird es auch beruflich nicht weit bringen.

Einer, der nicht pünktlich ist und sich nicht entschuldigt, wenn er zu spät kommt, ist menschlich und als Kollege nichts wert.

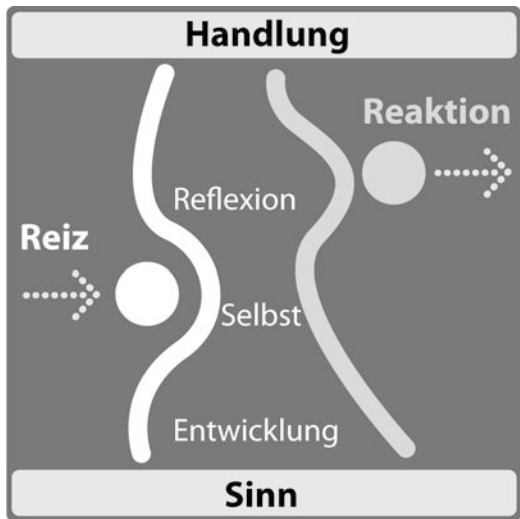
■ **Abb. 3.2** Szenen fehlgeleiteter Schlussfolgerungen

Der Auftrag: Der langjährige Kollege Jansen kommt eine halbe Stunde zu spät in die Morgenbesprechung. Auch hier sind wir – allzu rasch – bereit, aus diesem Verhalten unsere Schlüsse zu

ziehen: Dass Jansen sich nicht grundlos verspätet haben könnte, verschwindet im Bodensatz des Filters; dass er sich wortlos hingesetzt hat, um nicht zu stören, desgleichen. Auch hier hätte eine kurze



■ Abb. 3.3 Reizsetzung und sofortiger Schlussfolgerungs-reflex



■ Abb. 3.4 Reizsetzung und der Zwischenraum der geistigen Freiheit

Nachfrage, etwa bei Stufe 3, rasch zur Klärung beigetragen.

Wie sich die exemplarischen Schlussfolgerungen im Detail gestalten, entnehmen Sie ■ Abb. 3.2.

■ Vom Wert der nichtwertenden Wahrnehmung

Natürlich ist das Reiz-Reaktionsschema eine Art Selbstschutzmechanismus. Entscheidend ist, dass wir uns dessen bewusst sind, dass das, was uns bereits ein Urteil entlockt, nur eine vorsortierte, sehr begrenzte Teilinformation ist. Im allzu rasch gefällten Urteil verkennen wir den Wert der nichtwertenden Beobachtung.

Einerseits verlangt uns dieses innehaltende Wahrnehmen viel mehr ab als die sofortige Positionierung zu einem Thema. In dieser Zeitspanne rücken wir uns aus dem Handlungszentrum hinaus, wir greifen nicht ein, wir unterziehen uns der gedanklichen Selbstdisziplin, dass es auch andere Sichtweisen und Deutungen geben kann als diejenigen, die uns aus unserem Können, Wissen und unserer Erfahrung heraus als opportun und sinnvoll erscheinen.

Andererseits eröffnet uns das Zulassen einer nichtwertenden Beobachtung neue Denk- und Handlungsspielräume und es kann sein, dass wir zu vollkommen anderen Bewertungen gelangen als bei der sofortigen Reaktion auf den Reiz.

» Zwischen Reiz und Reaktion liegt ein Raum [■ Abb. 3.3, ■ Abb. 3.4]. In diesem Raum liegt unsere Macht zur Wahl unserer Reaktion. In unserer Reaktion liegen unsere Entwicklung und unsere Freiheit.

Viktor Frankl, Dr. med. et Dr. phil (1905–1997), österreichischer Neurologe und Psychiater

Das Reiz-Reaktionsschema bzw. die Leiter der miteinander verbundenen Schlussfolgerungen scheint besonders naheliegend in unserer Zeit des „action is everything“, wie es Strategieexperte Horwath (Horwath 2009) in „Deep Dive“ ausdrückt. Das sofortige Werten und Handeln vermittelt das beruhigende Empfinden der Situationsdominanz. Hier aber sitzen wir einer Chimäre auf.

Die allzu rasche „Action“ erschwert uns den Zugriff auf unser umfassendes, zum Großteil unbewusstes Wissen, das uns wahre Expertise eröffnet. Weit über unser probates Fachwissen und -können, dito unsere Kompetenz, hinaus. „Der Verstand, den Menschen einsetzen, um vermeintlich kluge Entscheidungen zu treffen“, sagte der US-amerikanische Jurist, Investmentbanker und Intuitionsforscher Milton Fisher (†2001)“, „ist begrenzt und macht nur einen kleinen Teil unseres tatsächlichen Wissens aus.“

Gestehen Sie ihn sich also zu: den Schritt beiseite, das Beobachten und Wahrnehmen, bevor Sie

ins Handlungsfeld stürmen und sofort ein Urteil zu dem fällen, was sich in Ihrem weiten und nahen Umfeld darstellt. Machen Sie es wie bei einer Anamnese: Betrachten Sie Symptome der Veränderung, das Umfeld Ihrer Abteilung, Verhaltensweisen der Protagonisten und Gewohnheiten, die Ihnen womöglich selbstverständlich erscheinen.

3.1 Perspektiven von der großen Politik bis in die Klinik hinein: Wie gut steht Ihre Abteilung da?

Sie spüren, dass diese Art des Vorgehens – Abwarten statt Handeln, Wahrnehmen statt Urteilen – Ihnen eine Geduld abverlangt, die schwer zu ertragen ist? Können Sie nicht jetzt zur Tat schreiten? Eben „Action“? Rolf Dobelli, u. a. Gründer des Think Tanks Zurich.Minds und Erfolgsautor des Sachbuchs „Die Kunst des klaren Denkens“ (Dobelli 2011) zeigt, dass der Zeitgeist des „action is everything“ (► Kap. 3) unsere Urinstinkte reanimiert. „Besonders, wenn eine Situation unklar oder neu ist“, schreibt Dobelli, „kommt der ‘Action Bias’ zum Tragen.“ Stellen sich beispielsweise Sachverhalte, die wir für gegeben hielten, unversehens anders dar, dann setzen wir alles daran, die bedrohliche Situation sofort zu korrigieren.

- » Wenn unsere Vorfahren am Waldrand eine Silhouette auftauchen sahen, die wie ein Säbelzahn tiger aussah, setzten sie sich nicht wie Rodins Denker auf einen Stein, um taxonomische Überlegungen anzustellen.
Rolf Dobelli

Kämpfen, fliehen oder sich totstellen (■ Abb. 3.5): Unsere Reaktionen aus Jäger- und Sammlerzeiten waren angesichts des Überlebenskampfes durchaus angemessen. Nun mögen Sie einwenden, dass auch im Gesundheitswesen bisweilen ein wirtschaftlicher Überlebenskampf stattfindet. Hier aber sind die drei Instinkte nicht unbedingt die Mittel der ersten Wahl. Eine spontane Antihaltung, ein Ignorieren von Entwicklungen oder ein festgefügtes Vor-Urteil als analoge Verhaltensweisen zum Urinstinkt sind wenig zielführend – vor allem aber missachten Sie damit Ihre Intelligenz strategischen Denkens.



■ Abb. 3.5 Leitender Arzt im Überlebenskampf

Wenn Sie Ihr berufliches Umfeld nachhaltig mitgestalten und sich Handlungsräume eröffnen wollen – und davon gehen wir aus – dann ist es an der Zeit, sich der hohen Kunst der Strategie zu widmen. Das bedeutet, eine Vorstellung zu entwickeln, wie Ihr Haus und Ihre Abteilung und damit auch Sie erfolgreich werden – oder den Erfolg, den Sie bereits verbuchen können, zu halten und noch zu steigern. Doch zuerst – frei nach T. A. Edison: „Strategie ist 90 % Perspiration und 10 % Inspiration“ – kommt noch einiges an Gedankenarbeit auf Sie zu. Nun, Edison sprach zwar im Original vom Genie, doch erfordert strategisches Denken durchaus eine Art Genius.

Strategie ist grundsätzlich auf die Zukunft gerichtet. Eine Strategie zu entwickeln heißt: Sie suchen den richtigen Weg, um Ihre Ziele in der Zukunft zu erreichen – mit den gegebenen Ressourcen (► Abschn. 4.1.2). Dafür ist eine profunde Kenntnis Ihres Umfeldes hilfreich, ja erforderlich.

Schauen wir einmal in die Antike und auf ein, zugegebenermaßen, von Ihrem Fachgebiet recht fernes Geschehen – auf Kriegsstrategien: Ein Denken, das über die Jahrtausende und über Kulturen hinweg Eingang in die Philosophie, die Literatur und heute in die moderne Managementforschung gefunden hat. Der Strategós, Feldherr im Alten Griechenland, würde zuerst die Geographie des Schlachtfeldes erkunden – im großen weiten Kreisen aber auch in unmittelbarer Nähe – und zur Übersicht eine Landkarte anfertigen. Dann würde er Kundschafter entsenden, um die Stärke des Gegners zu sondieren.

Strategie- und Change-Kompetenz für Leitende Ärzte
Krisen meistern, Chancen erkennen, Zukunft gestalten

Hollmann, J.; Sobanski, A.

2015, X, 195 S. 113 Abb., Hardcover

ISBN: 978-3-662-43662-2