WHITEPAPER Nr. 3

Schluss mit Klinik-Silos!

Mit modernen Führungsarchitekturen in die Zukunft

Alex Hoppe Chantal Kreische Thomas Röhrßen

Wie gelingt Führung, die Strategie wirksam in den klinischen Alltag übersetzt?

Wie lassen sich neue Anforderungen in funktionierende Strukturen und Prozesse übersetzen?

BORCHERS & KOLLEGEN

rœhrssen:consult
BESONDERS.GUT BERATEN.SEIN

VORWORT*

Wer heute Verantwortung im Krankenhaus trägt, erlebt Veränderung nicht als abstrakten Reformbegriff, sondern als täglichen Führungsauftrag. Wirtschaftlicher Druck, neue gesetzliche Vorgaben, Ambulantisierung und veränderte Versorgungsmodelle stellen gewachsene Strukturen infrage – und verlangen Entscheidungen, die weit über Organigramme hinausgehen. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie Führung so gestaltet werden kann, dass sie Menschen Orientierung gibt, Verantwortung klärt und im klinischen Alltag wirksam wird.

Dieses Whitepaper versteht sich als Einladung, bei der Führungsorganisation im Krankenhaus genauer hinzusehen: Wo unterstützen Strukturen gute Entscheidungen – und wo verhindern sie sie? Welche Rollen, Prozesse und Verantwortlichkeiten braucht es, damit Strategie nicht auf der Leitungsebene stehen bleibt, sondern in den Bereichen ankommt, in denen Versorgung tatsächlich entsteht?

Alex Hoppe

Chantal Kreische

Thomas Röhrßen

INHALTSVERZEICHNIS

Strategische Herausforderungen der Krankenhausreform 1
Führungserfolg – Mindset oder Strukturen? 1
Historisch gewachsene Führungssysteme: Strukturelle Defizite und Restrukturierungsbedarf 3
Die Reproduktion der Säulenorganisation auf oberster Führungsebene 3
Problematische Rollenambiguität der klassischen Direktorien 3
Fehlende hauptamtliche operative Betriebsführung mit umfassender Kompetenz 4
Schwaches mittleres Management und mangelnde Unterstützungsstrukturen 4
Problematische Verwaltungsstrukturen und -abläufe 4
Fehlende laterale Führung an der Basis 5
Moderne Führungsprinzipien im Krankenhaus 6
Trennung von Strategie und Betrieb 8
Duale und interprofessionelle Führung 8
Zentrenbildung 8
Strukturelle Bevollmächtigung der Pflege 8
Prozessorientierung 8
Führung als Systemleistung 8
Führungsstrukturanalysen mit dem LEAD-Evaluationsmodell 10
Funktionale Führungsarchitektur im Krankenhaus „Structure follows Function“ 11
Fazit und Ausblick 13
Autorenprofile 14
Quellen 16

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Determinanten des Führungsverhaltens in Organisationen 2
Abbildung 2: Zielbild: Integrierte Führungsarchitektur im prozessorientierten Krankenhaus 6
Abbildung 3: Fünf Dimensionen moderner Führungsstruktur 10
Abbildung 4: Krankenhaus Organisationsstruktur 11

Strategische Herausforderungen der Krankenhausreform

Die aktuelle Krankenhausreform ist kein Reformprozess wie viele zuvor – sie ist ein Strukturbruch. Das Prinzip der klassischen mengenorientierten Leistungserbringung hat ausgedient. An seine Stelle tritt eine struktur-, qualitäts- und leistungsgruppenbasierte Steuerung, die den gesamten Wettbewerb im Versorgungsmarkt neu ordnet. Krankenhäuser müssen ihre Leistungsportfolios konsequent neu ausrichten, weitere Spezialisierungen entwickeln, existenzsichernde Kooperationen eingehen und ihre Position im regional regulierten Markt strategisch schärfen.

Die Diagnose ist eindeutig: Langjährig bewährte Geschäftsmodelle sind in großen Teilen bereits defizitär. In der neuen Welt der Leistungsgruppen und Versorgungsstufen sowie angesichts von Ambulantisierung und Hybridisierung werden sie nicht mehr profitabel. Die strategischen Antworten sind vielfältig:

- Fusionen und Standortkonzentrationen
- Downsizing in eine niedrigere oder – seltener – Upscaling in eine höhere Versorgungsstufe
- Umwidmung zu sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen
- Offensiver Eintritt in die ambulante Medizin (AOP-Zentrum, MVZ)
- Portfolio-Erweiterung außerhalb der Akutversorgung (Reha, Pflege u. a.)

Unabhängig von der gewählten Strategie verändert sich nicht nur das Organisationsgerüst – Standorte, Erlösvolumina, VK-Zahlen. Es verändert sich vor allem die operative Realität. Entscheidungen über Leistungsgruppen, Standortprofile oder Kooperationsformen sind nicht abstrakt. Sie treffen konkrete klinische Bereiche, verantwortliche Führungskräfte, interprofessionelle Teams und die Versorgungsprozesse an der Basis.

Der Erfolg der Transformation entscheidet sich deshalb nicht auf der Ebene der Geschäftsführung. Er entscheidet sich in den operativen Einheiten – durch Führungskräfte in Medizin und Pflege, die Strategie nicht nur empfangen, sondern eigenständig konkretisieren und umsetzen. Das erfordert eine deutliche Verlagerung von Verantwortung, Entscheidungskompetenz und Steuerungsfähigkeit in das klinische Kerngeschäft.

Die Voraussetzung dafür ist eine klare funktionale Trennung: Die Geschäftsführung (CEO) verantwortet die Positionierung im Markt und die übergeordnete strategische Ausrichtung. Die operative Umsetzung liegt bei einer hauptamtlichen Betriebsleitung (COO) mit umfassender Weisungsbefugnis, eindeutigen Aufgaben- und Kompetenzzuweisungen und wirksamen Steuerungsinstrumenten.

Die eigentliche Engpassgröße liegt nicht in der Strategieentwicklung, sondern in der Führungsorganisation selbst. Die meisten Krankenhäuser haben strategische Konzepte – aber nicht die notwendigen Strukturen, Prozesse und Rollenklärungen, um sie wirksam umzusetzen. Hier setzt das LEAD-Evaluationsmodell an.

Führungserfolg – Mindset oder Strukturen?

Tritt im Transformationsprozess mangelnde Führungsperformance zutage, reduzieren sich die Handlungsoptionen typischerweise auf Maßnahmen der Personalentwicklung. Krankenhäuser sind personenzentrierte Organisationen mit ausgeprägter Personenkultur – bei Führungsproblemen wird das

Defizit daher schnell personifiziert. Coaching wird angesetzt oder sogar ein Trennungsprozess initiiert. So sinnvoll das im Einzelfall ist – die Problemursache liegt selten nur allein in der Person.

Determinanten des Führungsverhalten in Organisationen

Abbildung 1: Determinanten des Führungsverhaltens in Organisationen

Menschliches Verhalten, und damit auch Führungsverhalten, ist stets abhängig von der Persönlichkeit der handelnden Person (individuelles Können und Wollen) und der Situation, in der sie handelt (Soziales Dürfen in der Kultur und situative Ermöglichung in der Struktur). Führungsarchitektur und Führungskultur prägen Menschen in Organisationen nachhaltig. Sie beeinflussen Routinen, Rituale und Entscheidungsprozesse im Betriebsalltag und wirken als Leitplanken für individuelles Führungs- und Arbeitsverhalten. Konformes Verhalten wird belohnt, Abweichungen werden – offen oder subtil – sanktioniert.

Führungserfolg entsteht im Spannungsfeld zwischen prägender Führungsstruktur und Führungskultur einerseits sowie Persönlichkeit und Führungsstil andererseits. Hieraus entstehen konstruktive Verstärkungen – aber auch Fehlanreize, die Führungs- und Arbeitsverhalten negativ beeinflussen. Der Erfolg von Führung ergibt sich aus dem Zusammenspiel von Führungsstruktur und Führungsverhalten.

Historisch gewachsene Führungssysteme: Strukturelle Defizite und Restrukturierungsbedarf

Trotz steigender strategischer und wirtschaftlicher Anforderungen ist die Führungsorganisation der meisten Krankenhäuser durch historisch gewachsene, funktional überholte Strukturen geprägt.

Das Kernproblem: eine ausgeprägte Siloorganisation, in der medizinische, pflegerische und kaufmännische Verantwortungsbereiche weitgehend getrennt agieren – verstärkt durch berufsständisches Denken.

Diese Fragmentierung verhindert eine integrierte Steuerung des klinischen Kerngeschäfts. Das Ergebnis: Ziel- und Interessenkonflikte, hoher Abstimmungsaufwand, verzögerte Entscheidungsprozesse.

Die Reproduktion der Säulenorganisation auf oberster Führungsebene

Häufig ist das Krankenhaus schon auf der 2. Führungsebene unterhalb Geschäftsführung als Drei-Säulen-Silo organisiert: Medizin, Pflege und Verwaltung. Führungs- und Entscheidungsprozesse verlaufen primär vertikal innerhalb dieser Säulen – von oben nach unten und zurück. Klassische Direktoriums- oder Betriebsleitungsmodelle mit berufsständisch getrennten Zuständigkeiten reproduzieren diese sektorale Trennung auf höchster Ebene, statt sie zu überwinden.

Das traditionelle Modell der Krankenhausbetriebsleitung ist in den meisten Bundesländern gesetzlich normiert. In Nordrhein-Westfalen gilt:

> *"In dem Krankenhaus wird eine Betriebsleitung gebildet. Träger von mehreren Krankenhäusern können eine gemeinsame Betriebsleitung bilden. An der Betriebsleitung sind eine Leitende Ärztin oder ein Leitender Arzt, die Leitende Pflegekraft und die Leiterin oder der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes zu beteiligen. Andere Formen der kollegialen Betriebsleitung sind zulässig, wenn die in Satz 3 genannten Funktionsbereiche angemessen vertreten sind."*
> *(KHGG NRW § 31 Absatz 1)*

In diesem Setting treffen medizinische Perspektiven, pflegerische Sichtweisen und kaufmännische Interessen aufeinander – ohne klare Gesamtverantwortung. Was entsteht, ist Abstimmung statt Führung. Die Folge ist nicht kollektive Führungsstärke, sondern strukturell angelegte Verantwortungsdiffusion: Entscheidungen werden verzögert, relativiert oder an andere Ebenen delegiert. Die Steuerung der Patientenversorgung braucht keine berufsständische Balance oder Parität – sie braucht prozessorientierte Gesamtverantwortung in einem Top-Management auf Betriebsführungsebene.

Problematische Rollenambiguität der klassischen Direktorien

Besonders deutlich werden die Schwächen des Modells an der Ärztlichen Direktion. In vielen kleineren und mittleren Häusern wird sie nebenamtlich immer noch durch eine:n Chefärzt:in ausgeübt. Damit kumulieren mehrere, teils widersprüchliche Rollen in einer Person:

- Nebenamtliches Mitglied der Krankenhausleitung
- Medizinische Ressortführung ("primus inter pares" gegenüber den leitenden Ärzt:innen)
- Führung eines ärztlichen Teams in der eigenen Klinik
- Steuerung und Überwachung der Patientenversorgung
- Privatliquidierende:r Ärzt:in oder Wahlärzt:in mit persönlicher Leistungserbringung

Die Spannungen zwischen Interessenvertretung, Linienverantwortung, klinischer Tätigkeit und betrieblicher Gesamtverantwortung sind strukturell angelegt. Hinzu kommt: Die verfügbare Zeit für die Leitungsfunktion ist systematisch unzureichend.

Auch die Pflegedirektion steht in einem ambivalenten Rollenrahmen. Sie repräsentiert die größte Mitarbeitergruppe mit hoher Patientennähe und operativer Prozessrelevanz – ist aber in der professionsbezogenen Säulenlogik gefangen. Im Selbst- und Fremdverständnis wird sie eher in ihrer berufsständischen Führungsrolle, denn als integrative Funktion im klinischen Gesamtsystems wahrgenommen.

Ärztliche Direktion und Pflegedirektion stehen in einem strukturellen Rollenkonflikt: Als Berufsgruppensprecher:in/Ressortchef:in und gleichzeitige Mitglieder der Krankenhausleitung dürfen sie nicht berufsgruppenneutral führen. Duale Führungsmodelle in Medizin und Pflege gehört deshalb nicht an die Spitze der Hierarchie, sondern dorthin, wo die eigentliche Wertschöpfung entsteht: in die Zentren, Kliniken und interprofessionellen Versorgungseinheiten, wo Medizin und Pflege in unterschiedlicher Professionalität organisatorisch gemeinsam für definierte Einheiten und Patientenprozesse Verantwortung übernehmen.

Fehlende hauptamtliche operative Betriebsführung mit umfassender Kompetenz

Ein zentrales Defizit: Zwischen Geschäftsführung und klinischem Tagesgeschäft fehlt häufig eine ausreichend starke operative Führungsinstanz – konkret:

- Eine klare professionsneutrale Gesamtverantwortung für klinische Prozesse und Leistungsorganisation
- Eine Position mit bereichsübergreifenden Weisungs- und Entscheidungskompetenzen
- Sowohl mit hoher Expertise in der klinischen Betriebsorganisation als auch mit betriebswirtschaftlicher Kompetenz in der Ressourcen- und Kapazitätssteuerung.

Professionsneutrale Führung heißt nicht, ohne medizinische, pflegerische oder kaufmännische Grundqualifikation zu führen – es heißt, eine Rolle zu besetzen, die strukturell von jeder Ressortbindung befreit ist und keine berufsgruppenspezifische Loyalitätsverpflichtung zum ärztlichen Dienst, zum Pflegedienst oder zum Verwaltungsdienst hat.

Schwaches mittleres Management und mangelnde Unterstützungsstrukturen

Unterhalb der oberen Führungsebenen tragen Chefärzt:innen, Pflegedienstleitungen, Bereichsleitungen und Funktionsverantwortliche große operative Verantwortung – ohne ausreichende Ergebnis-, Budget- oder Prozessverantwortung. Das unternehmerische Selbstverständnis als "Intrapreneur" (Unternehmer:in im Unternehmen) fehlt. Den komplexen Führungsanforderungen sind viele nicht gewachsen. Sie werden dabei nicht ausreichend durch Management-Hilfsfunktionen unterstützt. Insbesondere das dezentrale Controlling agiert in vielen Häusern eher als Berichtswesen statt als akzeptierter klinischer Consulting- und Sparringspartner.

Problematische Verwaltungsstrukturen und -abläufe

Überbetonen Krankenhausverwaltungen ihre hoheitliche Kontrollfunktion, gerät der Dienstleistungsauftrag gegenüber den Fachbereichen in den Hintergrund. Das Ergebnis: starke Arbeitsteilung in Sachgebiete (Taylorismus), zahlreiche Abstimmungen an Schnittstellen, komplexe Freigabe- und Unterschriftsregelungen, starre Regelanwendung ohne Lösungsorientierung („Hoch lebe der Vorgang“), zahlreiche Kontrollschleifen, hohe Berichtslasten. Das Problem ist nicht Bürokratie an sich – sondern Bürokratie ohne Wertschöpfungsbezug.

Fehlende laterale Führung an der Basis

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten erfordert das berufsgruppenübergreifende Zusammenwirken von Medizin, Pflege, Funktionsdiensten, Therapie und Administration. Dennoch sind die Führungs- und Steuerungsstrukturen an der Basis auch stark siloartig organisiert. Pflegerische Führungskräfte, Chef- und Oberärzt:innen agieren nebeneinander statt miteinander. Institutionalisierte interprofessionelle Führungsverantwortung fehlt. Gemeinsame Ziele, abgestimmte Prioritäten und verbindliche Entscheidungen entstehen allenfalls situativ in Absprache.

Zukunftsfähige Häuser brauchen mehr laterale Führung: gemeinsame Verantwortung auf Augenhöhe, duale Führungsmodelle, interprofessionelle Steuerungsgremien und klar definierte Prozessverantwortliche mit entsprechenden Befugnissen.

Moderne Führungsprinzipien im Krankenhaus

Die Debatte über zukunftsfähige Führung im Krankenhaus bleibt in ihrer praktischen Konsequenz für Organisationsdesign und Steuerungslogik oft unscharf. Die Transformation vollzieht sich eben nicht nur auf der Ebene von Methoden oder Führungsstilen. Sie vollzieht sich in der grundlegenden Reorganisation von Verantwortlichkeiten, Entscheidungsarchitekturen und Steuerungsmechanismen. Die Anforderungen durch Ambulantisierung, Spezialisierung und ökonomische Restriktion sind mit klassischen berufsständisch geprägten Führungsmodellen nicht mehr adäquat zu adressieren.

Eine theoretische Fundierung liefert Henry Mintzbergs Konzept der **Professional Bureaucracy.** Krankenhäuser entsprechen in ihrer Grundlogik diesem Typus: hohe Autonomie der professionellen Akteure, Koordination über Qualifikation, vergleichsweise schwache direkte Steuerung des operativen Kerns. Dieses Konzept erklärt die Persistenz von Silologiken, die Dominanz einzelner Professionen und die begrenzte Durchgriffsfähigkeit zentraler Führung. Gleichzeitig zeigt es: Unter den Bedingungen steigender Interdependenz und Komplexität sind diese Strukturen nicht mehr ausreichend.

Die nachfolgend dargestellte Führungsarchitektur verdeutlicht das Zielbild einer prozessorientierten Organisation, in der strategische und operative Verantwortung klar getrennt, interprofessionelle Führung strukturell verankert und klinische Leistungserstellung entlang durchgängiger Wertschöpfungsprozesse organisiert ist.

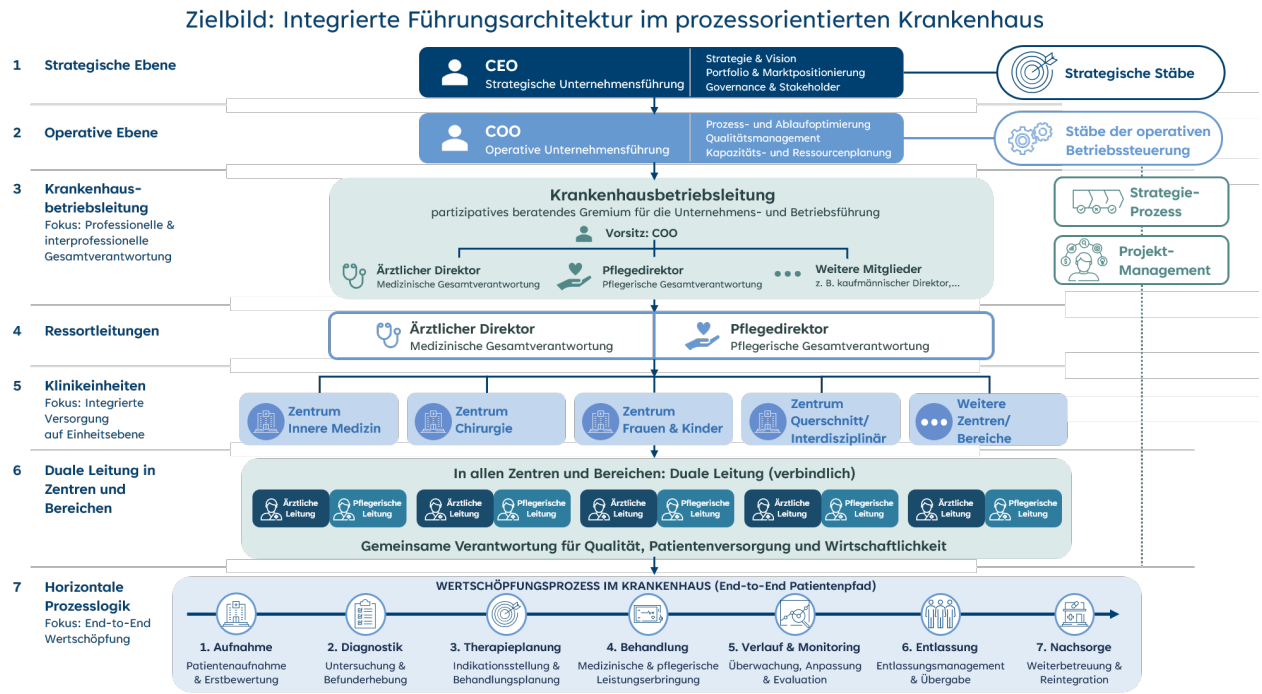

Abbildung 2: Zielbild: Integrierte Führungsarchitektur im prozessorientierten Krankenhaus

Trennung von Strategie und Betrieb

Während die Geschäftsführung die langfristige Positionierung und die übergeordnete Steuerung verantwortet, braucht es eine eigenständige Instanz zur Führung des klinischen Tagesgeschäfts. Die COO-Funktion (Chief Operating Officer) schafft eine klare Zuordnung von Verantwortung für Leistung, Qualität und Wirtschaftlichkeit im operativen Betrieb – und entlastet die Geschäftsführung für strategische Arbeit. Voraussetzung: eindeutige Kompetenzregelungen, klare Weisungsbefugnisse, Integration von Controlling und Ressourcenmanagement in die operative Führung.

Duale und interprofessionelle Führung

Die Leistungserbringung im Krankenhaus ist inhärent interprofessionell. Führungsstrukturen sind es noch nicht. Diese Diskrepanz ist eine zentrale Ursache für Koordinationsprobleme. Duale Führungsmodelle überwinden diese Fragmentierung, indem medizinische und pflegerische Führung gemeinsam Verantwortung für definierte Organisationseinheiten übernehmen. **Shared Leadership** liefert die theoretische Grundlage – wirklich wird es nur durch strukturelle Verankerung: klare Entscheidungsräume, institutionalisierte Abstimmungsformate, gemeinsame Ergebnisverantwortung.

Zentrenbildung

Die zunehmende Spezialisierung und Interdependenz klinischer Leistungen erfordert Organisationsformen jenseits der klassischen Fachabteilungsstruktur. Zentren bündeln Leistungen entlang von Krankheitsbildern und schaffen integrierte Verantwortungsräume. In Verbindung mit **Value-Based Healthcare** entsteht eine stärkere Ausrichtung auf Behandlungsergebnisse und eine verbesserte Steuerung komplexer Patientenpfade.

Strukturelle Bevollmächtigung der Pflege

Die Pflege stellt die größte Berufsgruppe des Krankenhauses – und ist in Führungs- und Entscheidungsprozessen strukturell unterrepräsentiert. Das Konzept des **Structural Empowerment** beschreibt die gezielte Erweiterung von Einfluss und Entscheidungskompetenzen durch institutionelle Rahmenbedingungen: Beteiligung an operativen Steuerungsentscheidungen, Budgetfragen und der Gestaltung klinischer Prozesse.

Der Forschungsansatz der Magnet-Krankenhäuser hat erstmals umfassend herausgearbeitet, welche Wirkfaktoren des Pflegemanagements die Versorgungsqualität entscheidend beeinflussen – insbesondere den pflegerischen Beitrag zur medizinischen Ergebnisqualität. Strukturelles Empowerment, das in Systemen dualer Führung mündet, ist ein zentrales Prinzip dieses Konzepts. Den Berufsgruppen im hierarchischen Expertensystem Krankenhaus fällt es oft schwer, sich in ein neues Setting zu begeben, in dem Hierarchie nicht dominiert, sondern gemeinsam auf Augenhöhe organisatorische Lösungen gefunden werden müssen (vgl. Röhrßen/Oldhafer 2025, S. 27).

Prozessorientierung

Ein wesentliches Defizit klassischer Organisationsformen liegt in der begrenzten Steuerungsfähigkeit übergreifender Prozesse. Die konsequente Ausrichtung an klinischen Prozessen – nicht an Abteilungsgrenzen – ist eine zentrale Weiterentwicklung. Sie erfordert die Definition von Prozessverantwortlichen, die Etablierung geeigneter Kennzahlensysteme und die enge Verzahnung mit operativen Steuerungsinstrumenten.

Führung als Systemleistung

Krankenhäuser entwickeln sich von klassischen professionellen Organisationen hin zu hybriden Führungsmodellen. Die nachfolgend dargestellten Prinzipien werden gezielt kombiniert und in eine konsistente Führungsarchitektur überführt: klare Trennung von strategischer und operativer Verantwortung, institutionalisierte interprofessionelle

Führung, strukturelle Bündelung von Leistungen sowie konsequente Prozessorientierung.

Führung ist kein Persönlichkeitsmerkmal. Sie ist das Ergebnis eines bewusst gestalteten Systems.

Führungsstrukturanalysen mit dem LEAD-Evaluationsmodell

Das LEAD-Evaluationsmodell ist ein systematisches Analyse-, Bewertungs- und Gestaltungsinstrument zur Beurteilung und Entwicklung von Führungsorganisationen in Krankenhäusern. Es richtet den Blick nicht auf Einzelpersonen, sondern auf die Qualität des Führungssystems: Rollen, Verantwortlichkeiten, Managementprozesse, Entscheidungswege, Steuerungslogiken und organisationale Performance. Ziel ist es, strukturelle Stärken und Dysfunktionen sowie prioritäre Entwicklungsbedarfe sichtbar zu machen.

Fünf Dimensionen moderner Führungsstruktur

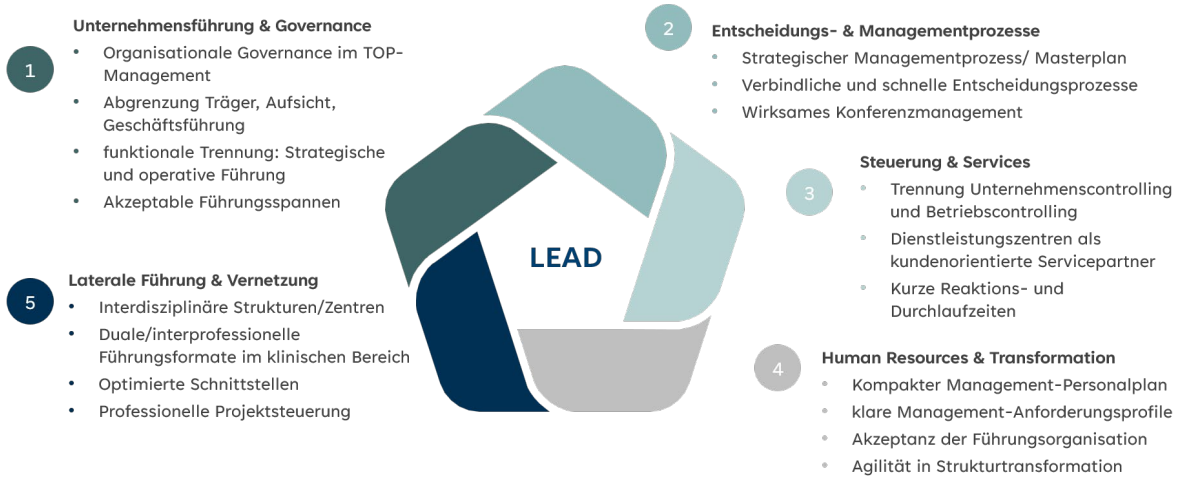

Abbildung 3: Fünf Dimensionen moderner Führungsstruktur

Das Modell bündelt 22 Prüfkriterien in fünf Dimensionen. Dahinter stehen erprobte Vorgehensweisen eines Management-Audits: strukturierte Interviews, Fragebögen, Dokumentenanalysen, Organigramm- und Prozessprüfungen sowie qualitative und quantitative Bewertungsschemata. Die Kriterien werden jeweils nach Erfüllungsgrad, systemischer Wechselwirkung mit anderen Kriterien sowie Wirksamkeit und Beeinflussbarkeit geprüft.

Unternehmensführung & Governance

Untersucht wird die Grundordnung der Führung. Entscheidend ist, ob Träger, Aufsicht und Geschäftsführung de jure und de facto funktional klar getrennt sind. Bewertet werden belastbare Organisationsregelungen, eindeutige Aufgaben- und Kompetenzordnungen sowie die funktionale Trennung von CEO (strategische Unternehmensführung) und COO (operative Betriebssteuerung). Kritisch sind Konstruktionen, in denen Strategie und operatives Tagesgeschäft dauerhaft vermischt werden, sowie unangemessene Führungsspannen und eine zu hohe Zahl realer Entscheidungsträger je Ebene.

Entscheidungs- und Managementprozesse

Geprüft wird, ob zentrale Führungsprozesse verbindlich, schnell und wirksam organisiert sind: klare Entscheidungswege, sinnvoll

eingebundene Führungsebenen, straffe Sitzungs- und Konferenzstrukturen sowie ein professioneller Strategieprozess im Jahreszyklus mit Analyse, Priorisierung, Beschluss, Umsetzung und Evaluation. Schwachstellen zeigen sich in endlosen Abstimmungsschleifen, folgenlosen Managementkonferenzen und Strategien ohne operativen Masterplan.

Laterale Führung & Vernetzung

Bewertet wird, ob duale und interprofessionelle Führungsformate zwischen Medizin und Pflege definiert sind und tatsächlich funktionieren, ob operative Einheiten über Verantwortung und Handlungsspielräume verfügen und ob bereichsübergreifende Zusammenarbeit institutionell verankert ist. Kritisch: Silodenken, Konkurrenz zwischen Professionen, ungeklärte Schnittstellen, Projekte ohne klaren Auftrag oder Steuerung.

Steuerung & Services

Das Modell unterscheidet bewusst zwischen Unternehmenscontrolling (Finanzperspektive, automatisierte Reports) und Betriebs- und Bereichscontrolling (beratendes Sparringspartner-Modell mit Prozessnähe gegenüber dem operativen Management). Geprüft wird zudem, ob zentrale Dienste wie Personal, IT, Technik, Einkauf oder Qualitätsmanagement als interne Servicepartner mit Dienstleistungsmentalität agieren. Gute Servicebereiche denken in Lösungen, Reaktionszeiten und interner Kundenorientierung. Schwache Servicebereiche produzieren starre Bürokratie, lange Wartezeiten und Distanz zum klinischen Kerngeschäft.

Human Resources & Transformation

Bewertet werden die personellen Voraussetzungen nachhaltiger Führungsfähigkeit: ein wirtschaftlich durchdachter Personalplan für den Overhead, klare Anforderungsprofile für die zentralen Managementpositionen, realistische Rekrutierungsmöglichkeiten intern und extern sowie die Akzeptanz der Führungsorganisation bei den relevanten Akteuren. Entscheidend ist außerdem: Sind notwendige Veränderungen praktisch umsetzbar – oder scheitern sie an Widerständen, Besitzständen oder mangelnder Führungsperformance?

Nicht einzelne Führungskräfte entscheiden über die Zukunftsfähigkeit eines Krankenhauses – sondern die Qualität des Führungssystems, in dem sie handeln.

Funktionale Führungsarchitektur im Krankenhaus „Structure follows Function“

Die Neugestaltung der Führungsorganisation folgt einer konsequent funktionalen Logik.

Ausgangspunkt ist nicht die Verteilung von Positionen im Organigramm, sondern die Definition der zentralen Unternehmensebenen und Betriebseinheiten in ihrer Funktion sowie in ihrem Zusammenspiel.

Die Visualisierung dieser Grundordnung nennen wir „Funktionsdiagramm der Unternehmens- und Betriebsführung“.

Krankenhaus Organisationsstruktur

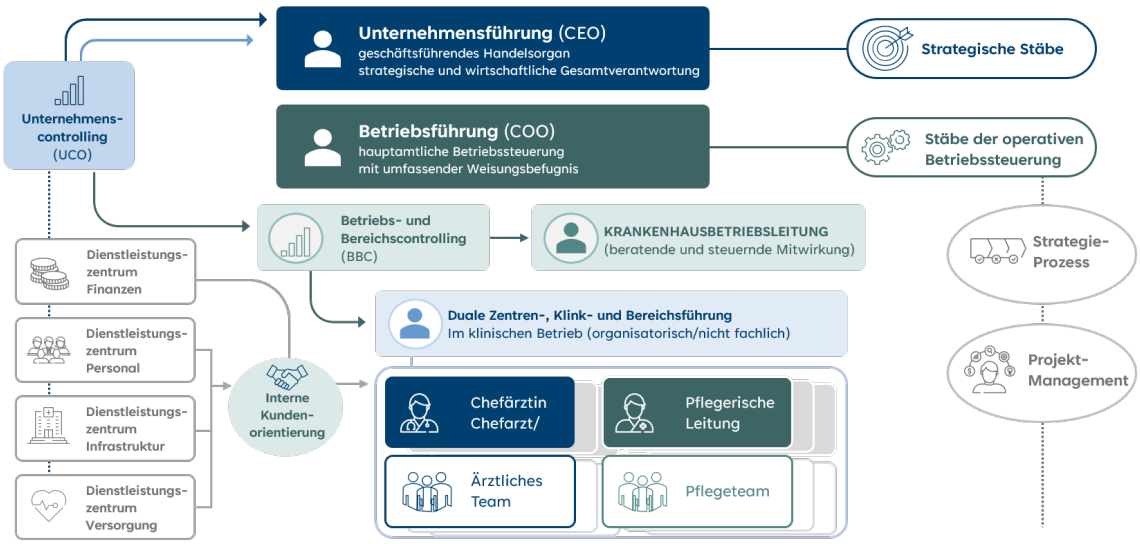

Abbildung 4: Krankenhaus Organisationsstruktur

Im Zentrum steht die klare funktionale Trennung zwischen strategischer Unternehmensführung und operativer Betriebssteuerung (CEO und COO). Die Unternehmensführung verantwortet die Positionierung im Markt, die strategische Ausrichtung sowie zentrale Zukunftsentscheidungen. Die operative Betriebsführung trägt innerhalb der Ziel- und Budgetvorgaben die Verantwortung für Leistung, Qualität und Wirtschaftlichkeit in den Betriebseinheiten. Diese Differenzierung schafft eindeutige Verantwortlichkeiten und vermeidet strukturelle Überlagerungen.

Die Anforderungen an eine performante Führungsarchitektur entsprechen dabei nicht uneingeschränkt den gesetzlich verankerten Haftungs- und Vertretungsbefugnissen. Die Aufteilung auf CEO- und COO-Positionen folgt einer internen Geschäftsverteilung – wie sie aus fachlicher oder regionaler Zuständigkeitszuordnung insbesondere in Konzernstrukturen gebräuchlich ist. Sie ist durch interne Geschäftsordnungen und Geschäftsverteilungspläne wirksam herzustellen.

Die operative Betriebsführung wird systematisch gestärkt. Die klassische Krankenhausbetriebsleitung unterstützt die hauptamtliche Betriebsführung (COO) im Sinne einer beratenden und steuernden Mitwirkung. Die klinischen Betriebseinheiten werden als

eigenständig steuerbare Verantwortungsräume gestaltet, in denen medizinische und pflegerische Führung interprofessionell zusammenwirken. Duale Führungsstrukturen und verbindliche Abstimmungsformate sichern die Integration der Berufsgruppen und ermöglichen gemeinsame Steuerung.

Die Gesamtorganisation ist nicht vertikal segmentiert, sondern horizontal vernetzt. Kliniken und Funktionsbereiche werden übergreifend in organmedizinische oder funktionale Zentren integriert. Führung vollzieht sich in einem Zusammenspiel aus Linienverantwortung, lateraler Kooperation und projektbezogener Steuerung.

Das Controlling wird funktional differenziert: Ein zentrales Unternehmenscontrolling (UCO) stellt standardisierte, valide Kennzahlen bereit. Ein operatives Betriebs- und Bereichscontrolling (BBC) agiert als steuerungsnaher Partner der klinischen Einheiten – mit aktiver Beratungs- und Unterstützungsfunktion, konsequent ausgerichtet auf die Bedarfe der Leistungsträger im klinischen Betrieb.

Die zentralen Dienstleistungs- und Stabsbereiche werden als Unterstützungsstrukturen mit interner Kundenorientierung neu definiert. Das Personalmanagement wird zweistufig organisiert: Eine zentrale Einheit definiert Vorgaben und Standards (Strategie, Personalpolitik, Ziel- und Budgetvorgaben, Arbeits-, Tarif- und Mitbestimmungsrecht). Dezentrale Personalreferent:innen fungieren als direkte Ansprechpartner:innen und operative Unterstützung der klinischen Einheiten.

Insgesamt entsteht ein funktionales Führungsmodell, das klare Verantwortlichkeiten, dezentrale Handlungsfähigkeit und systematische laterale Kooperation miteinander verbindet. Es ersetzt die historisch gewachsene Führungsorganisation durch eine logisch aufgebaute Architektur, in der jede Funktion einen klar definierten Beitrag zur Gesamtsteuerung leistet.

Die Führungsorganisation ist selbst der zentrale Erfolgsfaktor – für die strategische Führung und die operative Steuerung im Krankenhaus.

Fazit und Ausblick

Die Grundpfeiler der Führungsorganisation der Krankenhäuser stammen aus einer anderen Zeit: kleinteilige Anbietermärkte zahlloser selbständiger Trägergesellschaften, klare Dominanz stationärer Versorgung und das Selbstverständnis einer durch drei Berufsgruppen selbstverwalteten Organisation der öffentlichen Daseinsvorsorge. Gemessen an der heutigen gesellschaftsrechtlichen und standortbezogenen Aufstellung der Leistungsanbieter und ihrem erheblich veränderten Leistungsportfolio ist diese Führungsorganisation überholt und dysfunktional.

Mit der fortschreitenden Konzentration von Trägergesellschaften und Standorten, der Transformation der Geschäftsmodelle durch Leistungsgruppen-Planung, Ambulantisierung und Hybridisierung sowie der Einführung neuer Versorgungseinheiten wie der Sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen wird die Transformation der Führungsstrukturen zur Pflichtaufgabe. Eine Option ist sie nicht!

Eine neue Führungsarchitektur darf sich nicht an Traditionen und nostalgischen Projektionen sozialer Rollen orientieren. „Form follows function“ – oder wie in der Krankenhausreform formuliert: Das System muss für den Menschen da sein, nicht der Mensch für das System.

Eine leistungsfähige neue Führungsarchitektur muss sich an drei Maßstäben messen:

- Den individuellen Verhältnissen des Hauses: Größe, Versorgungsstufe, Standortkonfiguration und Lage
- Gesicherten Erkenntnissen der Führungstheorie und -psychologie
- Den Erfahrungen aus anderen Branchen

Die konkrete Ausgestaltung der Funktion- und Rollenverteilung zwischen strategischer und operativer Ebene variiert je nach Trägergröße. In großen Klinikgruppen und Konzernen sind COO-Positionen häufig standortbezogene Geschäftsführungsfunktionen mit hoher operativer Verantwortung und strategischer Mitgestaltung. In kleineren Klinikverbünden übernehmen kaufmännische Direktor:innen oder Krankenhausdirektor:innen diese Aufgaben – ohne gesamtunternehmerische Haftung, aber mit umfassender organisatorischer Weisungsbefugnis im klinischen Betrieb.

Fragen der Identität, des sozialen Status und des organisationalen Selbstverständnisses werden die Transformationsprozesse weiter begleiten. Und immer kommt es auch auf die persönliche Souveränität der Protagonisten an: den Mut, Vertrautes loszulassen und die Entschlossenheit, Verantwortung neu zu definieren.

Autorenprofile

Alex Hoppe

Alex Hoppe, Teamleiter Strategieberatung im Gesundheitswesen bei Borchers & Kollegen, verbindet langjährige operative Führungserfahrung im Krankenhausmanagement mit strategischer Beratungskompetenz und einem organisationspsychologischen Blick auf Veränderungsprozesse. Als Diplom-Kaufmann, Bankkaufmann, Organisationspsychologe und Coach verfügt er über ein breites Fundament, um wirtschaftliche, strukturelle und menschliche Aspekte komplexer Organisationen gleichermaßen zu berücksichtigen.

Alex Hoppe war über viele Jahre in leitenden Funktionen im Gesundheitswesen tätig und hat fast 20 Jahre als Geschäftsführer Krankenhäuser, regionale Verbünde sowie einen Konzern/Komplexträger geführt.

Sein Schwerpunkt liegt auf der Entwicklung und Umsetzung tragfähiger Strategien für Kliniken und Gesundheitseinrichtungen. Dazu gehören Portfolio- und Standortstrategien, die Neuausrichtung medizinischer Leistungsangebote, Kooperationen und Zusammenschlüsse ebenso wie Transformations- und Turnaroundprozesse.

Aus seiner operativen Erfahrung kennt Hoppe die wirtschaftlichen, strukturellen und organisatorischen Herausforderungen von Krankenhäusern. Sein Fokus liegt darauf, strategische Klarheit zu schaffen und Veränderungen nachhaltig in der Organisation zu verankern.

Beispielhafte Veröffentlichungen:

- Anforderungen an die Persönlichkeit von Managern und Controllern in: Julia Oswald/Barbara Schmidt-Rettig (Hrsg.): Management und Controlling im Krankenhaus, Kohlhammer Verlag, 14. Dez. 2022.
- Anforderungen an Leadership und organisatorischen Wandel aus der Perspektive der Organisationspsychologie in: W. Zapp (Hrsg.): Krankenhausmanagement. Organisatorischer Wandel und Leadership, Kohlhammer Verlag, 13. Nov. 2014.
- Spiritualität und Führung im konfessionellen Krankenhaus in: Markus Warode, Harald Bolsinger, Arndt Büssing (Hrsg.): Spiritualität in der Managementpraxis, Herder Verlag, 20. Mai 2019.

Chantal Kreische

Chantal Kreische, MBA, ist Managerin bei Borchers & Kollegen und berät Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen sowie soziale Organisationen in den Bereichen Strategie, Organisationsentwicklung und Prozessmanagement. Sie begleitet Organisationen bei Transformationsprozessen, Reorganisationen sowie der Entwicklung zukunftsfähiger Führungs-, Organisations- und Prozessstrukturen.

Auf Grundlage ihrer langjährigen praktischen Erfahrung als examinierte Intensiv- und Anästhesiepflegekraft sowie ihrer Tätigkeit in leitenden Führungsfunktionen verbindet sie klinische Expertise mit betriebswirtschaftlicher und organisationswissenschaftlicher Perspektive. Ihre Beratungsschwerpunkte liegen in der Analyse und Neugestaltung von Führungsstrukturen, der prozessorientierten Organisationsentwicklung, der Strategieentwicklung sowie der Gestaltung interprofessioneller Zusammenarbeit. Ein besonderer Fokus ihrer Arbeit liegt auf der Entwicklung nachhaltiger Organisations- und Führungsmodelle, die wirtschaftliche Anforderungen mit einer qualitativ hochwertigen Patienten- und Bewohnerversorgung verbinden.

Als Autorin und Referentin veröffentlicht und spricht sie regelmäßig zu Themen der Organisationsentwicklung, Prozessoptimierung und Führung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft.

Beispielhafte Veröffentlichungen:

- „Prozessorientierung als Schlüsselstrategie zur Zukunftssicherung“, erschienen in der Fachzeitschrift SOZIALwirtschaft (Nomos Verlag, Ausgabe 4/2025)

Thomas Röhrßen

Thomas Röhrßen ist Dipl.-Psychologe, Unternehmensberater und Management Coach sowie Geschäftsführender Gesellschafter der rœhrssen consult GmbH. Er führt seit über 30 Jahren Projekte zur Analyse und Entwicklung von Unternehmens-, Führungs- und Dienstleistungsstrukturen in Unternehmen der Sozial- und Gesundheitswirtschaft durch. Auf der Grundlage einer eigens entwickelten Führungskonzeption (Leadership Performance Navigator) begleitet er Führungskräfte im Bereich von Auswahl- , Onboarding- und Trennungsprozessen, Managementqualifizierungen und Coaching (Vorstände und Geschäftsführungen sowie kaufmännische, medizinische und pflegerische Führungskräfte des mittleren Managements).

Beispielhafte Veröffentlichung:

- Röhrßen, T./Stephan, D. (2021). Leadership Performance Krankenhaus – Die Praxis der Führung für Ärztinnen und Ärzte. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin.
- Röhrßen, T./Oldhafer, M. (2025). Leadership Pflege – evidenzbasierte Führung in der Praxis. Kohlhammer Verlag Stuttgart.

Quellen

Bundesgesundheitsministerium. (2026). Krankenhausreform. BMG. Abgerufen am 4. Mai 2026, von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform

Deerberg-Wittram, J., Kirchberger, V. & Rüter, F. (2023). Das Value-Based Health Care Buch: Gesundheitsversorgung nachhaltig gestalten.

Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) vom 11. Dezember 2007. Aberufen am 18. Juni 2026, von https://recht.nrw.de/lrgv/gesetz/31012023-krankenhausgestaltungsgesetz-des-landes-nordrhein-westfalen-khgg-nrw/

Mintzberg, H. (2024). Reorganising our heads for the care of our health. BMJ Leader, 8(4), 352–353. https://doi.org/10.1136/leader-2023-000912

Röhrßen, T./Oldhafer, M. (2025) Leadership Pflege – Evidenzbasierte Führung in der Praxis.

WittKieffer. (2025). A Blueprint for Excellence: Decoding the Healthcare COO Role [Report].

Zuchowski, M. L., Henzler, D., Alscher, M. D. & Nagel, E. (2025). The impact of C-level positions on hospital performance: A scoping review of top management team outcomes. Health Policy, 157, 105346. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105346

Borchers & Kollegen
Managementberatung GmbH
Lippstädter Straße 42
48155 Münster

www.borchers-kollegen.de

BORCHERS & KOLLEGEN