# Einführung in den ersten Teil: ärztliche Führung zwischen innerer Haltung, Konfliktfähigkeit und Talententwicklung

Erwin Selg

## Ziel und Ausrichtung dieses Teils

Die Anforderungen an ärztliche Führung haben sich grundlegend verändert. Wer heute in Krankenhäusern, Medizinischen Versorgungszentren oder Klinik- und Praxisverbünden Verantwortung trägt, führt nicht mehr in stabilen Systemen, sondern in beweglichen Architekturen unter struktureller Ungewissheit. Medizinische Exzellenz bleibt dabei die unverzichtbare Grundlage ärztlichen Handelns. Sie allein genügt jedoch längst nicht mehr, um Teams zu entwickeln, Zusammenarbeit wirksam zu gestalten und Organisationen sicher in die Zukunft zu führen.

Der erste Teil dieses Buches widmet sich genau dieser erweiterten Führungsaufgabe. Sein Ziel ist es, ärztlichen Führungskräften hierfür einen kohärenten Orientierungsrahmen an die Hand zu geben. Die drei Kapitel spannen einen Bogen von der grundlegenden Selbstverortung der Führungskraft über das konkrete Handwerk in Konflikt- und Krisensituationen bis hin zur Entwicklung von Teams und Talenten und zeigen so, dass Führungshandwerk und innere Haltung kein theoretisches Konstrukt sind, sondern eine tägliche und existentielle Notwendigkeit.

## Einordnung der einzelnen Kapitel

**Leadership im Klinik- und Praxisverbund** (Hollmann) führt in die Grundlagen moderner Führungstheorien ein und zeigt, wie Führung im zunehmend komplexen Umfeld von Gesundheitseinrichtungen gelingen kann. Es benennt die Herausforderungen, die mit dieser Komplexität verbunden sind, und stellt mit dem Triple-A-Modell – Ambidextrie, Ambivalenz und Ambiguität – einen inneren Orientierungsrahmen vor, mit dem sich die Spannungsfelder ärztlicher Führung bewusst gestalten lassen. Darüber hinaus ordnet das Kapitel bewährte Konzepte wie transaktionale und transformationale Führung, Servant Leadership und Value-Based Care ein und macht deutlich, wie aus struktureller Überforderung pathologische Führungsmuster entstehen und sich frühzeitig erkennen lassen. Wer dieses Kapitel liest, gewinnt das begriffliche und haltungsbezogene Fundament für alles Weitere.

**Verhandeln – Konflikte lösen – Krisen managen** (Fleischer/Fleischer) wendet sich sehr praxisnah jenen Phasen besonderer Herausforderung zu, die Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen zur Genüge kennen: Konflikten und Krisen. Es zeigt, wie Verhandlungen gelingen, wenn nicht Positionen, sondern Interessen und Bedürfnisse in den Blick genommen werden, wie sich Konflikte frühzeitig erkennen und mit allparteilicher Moderation deeskalieren lassen und wie Führungskräfte im Krisenfall von der Vorbereitung über die Bewältigung bis zur Nachbereitung Orientierung, Ruhe und Handlungs-

Auszug aus: Hager | Selg (Hrsg.)
Die ärztliche Führungskraft.
ISBN: 978-3-7753-0083-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

fähigkeit bewahren. Mit der Harvard-Methode, dem BATNA-Denken und dem Eskalationsmodell nach Glasl liefert es ein unmittelbar anwendbares Repertoire und übersetzt damit die im ersten Kapitel beschriebene Haltung in konkretes kommunikatives Handwerk.

**Interdisziplinäre Führung, Team- und Talentmanagement** (Eysel/Selg) verlagert das Augenmerk schließlich von der Führung zu den Geführten – zur Belegschaft und zu den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Es greift drei Erkenntnisse auf: Erstens arbeiten in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen Teams interdisziplinär über Berufsgruppen hinweg. Zweitens müssen solche Teams aktiv entwickelt werden und dürfen nicht der zufälligen Zusammenarbeit überlassen bleiben. Und drittens lässt sich in Organisationen das Pareto-Prinzip nachweisen, d.h. rund zwanzig Prozent der Mitarbeitenden erbringen einen Großteil der Gesamtleistung. Daraus folgt die Notwendigkeit eines wirksamen Talentmanagements, das genau diese Leistungsträgerinnen und Leistungsträger identifiziert, gezielt fördert und langfristig an die Einrichtung bindet. Mit dem Vier-Säulen-Modell ärztlicher Führung verknüpft das Kapitel diese personalstrategische Perspektive wieder mit den fachlichen und kulturellen Grundlagen der beiden vorangegangenen Kapitel.

Wie eng diese Perspektiven im Alltag ineinandergreifen, macht die Fallstudie von Mina Baumgarten am Ende dieses Teils erfahrbar. Am Beispiel eines digitalen Transformationsprojekts im Krankenhausverbund zeigt sie, wie Ambivalenz und Ambiguität, Konflikte zwischen berechtigten Expertisen und Entscheidungen unter Zeitdruck zur gelebten Führungsrealität werden. Sie lädt dazu ein, die hier vorgestellten Konzepte an einer konkreten Situation zu erproben und zu erleben, dass die beste Lösung manchmal die am wenigsten schlechte und idealerweise eine möglichst gute für alle Beteiligten ist.

So zeichnen die drei Kapitel und die Fallstudie das Bild einer ärztlichen Führung, die nicht alle Spannungen auflöst, sie aber führbar macht. Eine Führung, die Verantwortung übernimmt, in Krisen souverän bleibt und echte Orientierung gibt. Eine Führung, die personalintensive Einrichtungen im Gesundheitswesen mithilfe ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sicher in eine dynamische Zukunft führt.


Auszug aus: Hager | Selg (Hrsg.)
Die ärztliche Führungskraft.
ISBN: 978-3-7753-0083-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

# 1 Leadership im Klinik- und Praxisverbund

Jens Hollmann und Stefan Kentrup

Ärztliche Führung im Klinikverbund bedeutet heute, Verantwortung in beweglichen Strukturen und unter dauerhafter Ungewissheit zu tragen. Dieser Beitrag zeigt, weshalb klassische Führungsbilder zu kurz greifen, warum die innere Haltung die Basis erfolgreicher Führung bildet und welchen Beitrag moderne Führungstheorien leisten. Mit dem Triple-A-Modell aus Ambidextrie, Ambivalenz und Ambiguität stellt er einen inneren Orientierungsrahmen vor, der die Spannungsfelder des Führungsalltags führbar macht.

## 1.1 Relevanz und Einordnung: Warum dieses Kapitel gelesen werden sollte.

Medizinische Führung ist heute weniger denn je eine Frage formaler Positionen. Sie ist eine Frage der inneren Haltung, der Fähigkeit zur Orientierung unter Unsicherheit und des verantwortungsvollen Umgangs mit Macht. Leitende Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus- und Klinikverbund führen nicht mehr in stabilen Systemen, sondern in beweglichen Architekturen: Verbünde, Zentren und in Zeiten sich stetig ändernder formaler Rahmenbedingungen.

In dieser Realität greifen klassische Führungsbilder zu kurz. Weder das Ideal des allwissenden Chefarztes noch das Bild des rein administrativen Managers vermögen heute Orientierung zu geben. Gleichzeitig wächst die Erwartung, medizinische Qualität, wirtschaftliche Stabilität, Mitarbeiterbindung und gesellschaftliche Verantwortung miteinander zu verbinden.

Dabei sind die Grundlagen ärztlicher Führung keineswegs unklar. Transaktionale Führung schafft Ordnung, Verlässlichkeit und operative Sicherheit. Transformationale Führung stiftet Sinn, erzeugt Identifikation und ermöglicht Veränderung. Servant Leadership richtet den Blick konsequent auf die Ermöglichung guter Arbeit anderer. Diese Ansätze sind bewährt, vielfach beschrieben und in ihrer jeweiligen Wirksamkeit gut belegt. Die entscheidende Frage ist jedoch nicht, ob man sie kennt – sondern wann man welchen Ansatz einsetzt, wie man sie situationsangemessen kombiniert und woran man erkennt, was der jeweilige Kontext tatsächlich verlangt.

Genau hier beginnt die eigentliche Komplexität ärztlicher Führung. Ein Servant-Leadership-Ansatz setzt beispielsweise voraus, dass Mitarbeitende über einen hinreichenden Reifegrad verfügen, um Autonomie produktiv zu nutzen. Transformationale Führung wirkt dort, wo Sinn vermittelbar ist – verliert aber an Kraft, wenn operative Grundlagen fehlen. Transaktionale Klarheit stabilisiert, kann jedoch in ihrer Ausschließlichkeit zur Überregulation führen. Die Wahl des Führungsstils ist damit keine Frage persönlicher Präferenz, sondern eine diagnostische Leistung: Sie erfordert ein Lesen der Situation, ein Einschätzen der Beteiligten und ein Abwägen zwischen konkurrierenden Anforderungen – häufig unter Zeitdruck und ohne vollständige Information.

Aus diesem Zusammenspiel entstehen jene Spannungsfelder, die den ärztlichen Führungsalltag tatsächlich prägen: die Gleichzeitigkeit von Stabilität und Entwicklung,

Auszug aus: Hager | Selg (Hrsg.)
Die ärztliche Führungskraft.
ISBN: 978-3-7753-0083-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

das Aushalten unauflösbarer Zielkonflikte, das Entscheiden unter Mehrdeutigkeit. Für diese Spannungsfelder bietet dieses Kapitel mit dem Triple-A-Modell einen Orientierungsrahmen – nicht als Ersatz für bewährte Führungskonzepte, sondern als innere Architektur, die deren situativen Einsatz erst reflektiert möglich macht.

Dieses Kapitel will daher keinen neuen Führungsstil propagieren. Es will ein tieferes Verständnis dafür ermöglichen, was ärztliche Führung heute tatsächlich bedeutet: psychologisch, strukturell, ethisch. Es verbindet organisationspsychologische Erkenntnisse, moderne Führungskonzepte und den spezifischen Kontext des Gesundheitswesens zu einem kohärenten Orientierungsrahmen – und zeigt, warum die Verbindung von Führungshandwerk und innerer Haltung kein theoretisches Konstrukt ist, sondern eine tägliche Notwendigkeit.

## 1.2 Das Triple-A-Modell[1] moderner ärztlicher Führung

Wer heute ärztliche Führung im Klinik- oder Praxisverbund übernimmt, wird schnell feststellen: Die eigentliche Herausforderung liegt nicht in fehlendem Wissen, nicht in mangelnder Erfahrung und auch nicht in unklaren Zuständigkeiten. Sie liegt vielmehr in der **Gleichzeitigkeit widersprüchlicher Anforderungen**, die sich weder zeitlich entkoppeln noch sachlich auflösen lassen.

Moderne ärztliche Führung ist demzufolge kein Problem der Entscheidung an sich, sondern ein Problem der **Dauerentscheidung unter Spannung**. Das Triple-A-Modell beschreibt diese Realität nüchtern und ohne moralischen Anspruch. Es benennt drei Spannungsfelder, die den Führungsalltag dauerhaft prägen (s. Abb. 1).

### 1.2.1 Ambidextrie – Wenn der Betrieb laufen muss und Veränderung dennoch erwartet wird.

**Ein typisches Szenario:** Der OP-Plan ist voll, die Belegschaft angespannt, Krankheitsausfälle häufen sich. Gleichzeitig fordert die Geschäftsführung die Einführung eines neuen OP-Management-Systems, um Effizienz und Transparenz zu steigern. Die medizinische Leitung weiß: Der laufende Betrieb duldet kaum Störungen. Und doch ist klar, dass Stillstand langfristig keine Option ist.

Hier zeigt sich Ambidextrie (Gibson u. Birkinshaw 2004; Mom et al. 2015) in ihrer konkretesten Form. Ärztliche Führung muss **Stabilität gewährleisten**, während sie **Veränderung ermöglicht**. Beides gleichzeitig, beides mit begrenzten Ressourcen.

In der Praxis scheitert diese Balance häufig nicht an mangelndem Willen, sondern an einer impliziten Entscheidung: Entweder wird Innovation vertagt „bis es ruhiger wird" – was selten eintritt. Oder Veränderung wird mit hohem Tempo durchgesetzt, ohne den betrieblichen Alltag ausreichend zu berücksichtigen.

Ambidextrische Führung verlangt eine andere Herangehensweise. Sie trennt bewusst **operative Sicherung** und **entwicklungsorientierte Räume**. Sie erlaubt, dass nicht alles gleichzeitig verändert wird – und dass nicht alles gleichzeitig stabil bleibt.

1 Das in diesem Beitrag dargestellte Triple-A-Modell wurde von Herrn Jens Hollmann (medplus-kompetenz) speziell im Kontext ärztlicher Führung entwickelt. Es bietet einen praxisorientierten Orientierungsrahmen für Chefärztinnen und Chefärzte sowie leitende Ärztinnen und Ärzte, um Führungsverantwortung zwischen medizinischer Exzellenz, Teamsteuerung und organisatorischen Anforderungen wirksam auszubalancieren.



Auszug aus: Hager | Selg (Hrsg.)
Die ärztliche Führungskraft.
ISBN: 978-3-7753-0083-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

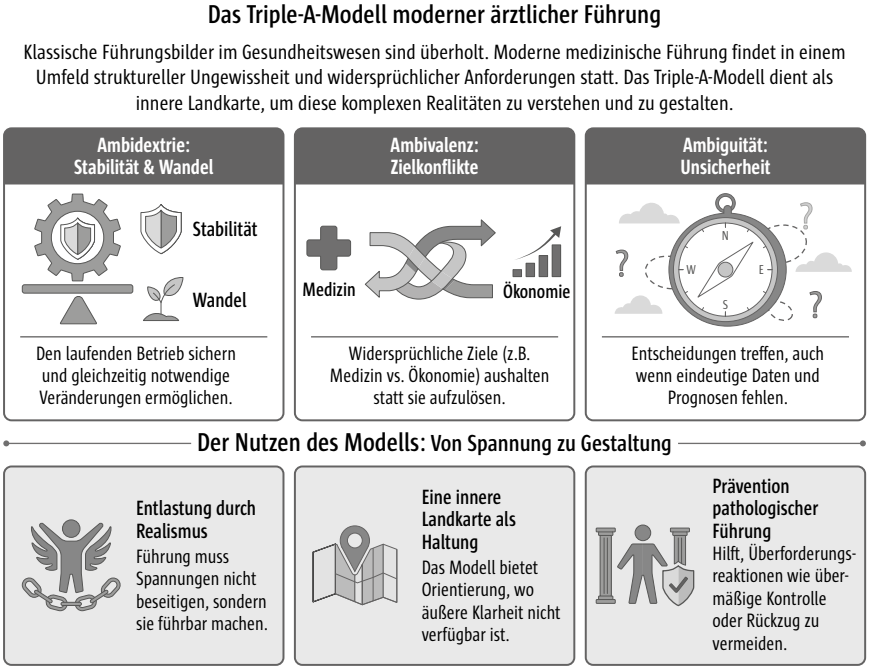


Abb. 1 Ambidextrie, Ambivalenz, Ambiguität – Führung im Spannungsraum des Alltags (Abbildung erstellt mit NotebookLM)

Für Führungskräfte bedeutet dies, Prioritäten nicht nur zu setzen, sondern **zu begründen**. Mitarbeitende erleben dann nicht Willkür, sondern Orientierung. Ambidextrie wirkt entlastend, weil sie nicht Perfektion fordert, sondern bewusste Differenzierung.

### 1.2.2 Ambivalenz – Zielkonflikte, die nicht verschwinden.

**Ein weiteres Alltagsszenario:** Eine Chefärztin steht vor der Entscheidung, ein neues Versorgungsangebot auszubauen. Medizinisch sinnvoll, regional bedeutsam, fachlich attraktiv. Gleichzeitig zeigen die Zahlen, dass der wirtschaftliche Spielraum begrenzt ist. Pflege und ärztlicher Dienst sind bereits hoch belastet.

Der Zielkonflikt ist offensichtlich. Doch häufig wird er nicht offen benannt. Stattdessen wird eine Seite überbetont: entweder das medizinische Ideal oder die wirtschaftliche Notwendigkeit. Beides führt zu Reibung, Frustration, bis hin zu Lagerbildung. Ambivalenzkompetenz (Ashforth et al. 2014; Rothman et al. 2017) bedeutet, **Zielkonflikte nicht zu verstecken**, sondern sie als Teil der Führungsrealität anzuerkennen. Führung wird dadurch nicht schwächer, sondern glaubwürdiger. Mitarbeitende spüren sehr genau, ob Spannungen realistisch benannt oder rhetorisch überdeckt werden.

Im Klinikverbund potenziert sich diese Ambivalenz. Standortinteressen treffen auf Verbundstrategien, Spezialisierung auf Grundversorgung, individuelle Exzellenz auf

Auszug aus: Hager | Selg (Hrsg.)
Die ärztliche Führungskraft.
ISBN: 978-3-7753-0083-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

kollektive Verantwortung. Wer versucht, diese Gegensätze aufzulösen, scheitert meist. Wer sie jedoch **aushält und moderiert**, gewinnt Vertrauen.

Ambivalenz bedeutet nicht Unentschlossenheit. Sie bedeutet, Entscheidungen zu treffen **ohne den Anspruch innerer Widerspruchsfreiheit**. Gerade das schützt Führung vor innerer Verhärtung und vor der Versuchung, Komplexität moralisch zu verkürzen.

### 1.2.3 Ambiguität – Entscheiden, wenn Klarheit nicht verfügbar ist.

Ein drittes Szenario: Ein Medizinisches Versorgungszentrum im Verbund steht vor strukturellen Veränderungen. Die langfristige Entwicklung des Standorts ist unklar. Politische Rahmenbedingungen verändern sich, während gleichzeitig Personalentscheidungen zu treffen sind. Es gibt keine belastbaren Prognosen.

In solchen Situationen zeigt sich Ambiguität (Daft u. Weick 1984; Budner 1962) in ihrer ganzen Schärfe. Führung muss handeln, obwohl **Eindeutigkeit fehlt**. Daten helfen nur begrenzt. Erfahrung bietet Orientierung, aber keine Gewissheit.

Viele Führungskräfte erleben diese Situationen als besonders belastend. Der Wunsch nach Absicherung wächst. Entscheidungen werden vertagt oder mit hohem Regelaufwand abgesichert. Alternativ werden sie impulsiv getroffen – in der Hoffnung, Handlungsfähigkeit zu demonstrieren.

Ambiguitätstoleranz eröffnet einen anderen Weg. Sie erlaubt, Entscheidungen als **vorläufige Setzungen** zu verstehen. Sie macht es möglich, Unsicherheit zu benennen, ohne Autorität zu verlieren. Sie fördert eine Kultur, in der Kurskorrekturen nicht als Scheitern gelten, sondern als Zeichen professioneller Verantwortung.

Gerade im medizinischen Kontext ist dies eine anspruchsvolle Haltung. Sie widerspricht der Sozialisation vieler Ärztinnen und Ärzte, die auf Eindeutigkeit, Expertise und Kontrolle ausgerichtet ist. Und doch ist sie zentral für Führung in komplexen Systemen.

### 1.2.4 Das Triple-A-Modell als innere Führungsarchitektur

Was das Triple-A-Modell leistet, bleibt jenseits klassischer Führungsinstrumente. Es optimiert keine Prozesse – es ordnet das Innere. Es gibt Führungskräften ein Koordinatensystem für jene Spannungen, die ärztliche Verantwortung prägen: zwischen Anspruch und Realität, Ethos und Ökonomie, Rolle und Person.

Seine Stärke liegt nicht im Methodischen, sondern im Haltungsbildenden. Führung wird zur bewussten Selbstverortung im komplexen System. Diese Reife ist entwickelbar – etwa in den entsprechenden Programmen von medplus-kompetenz, die ärztliche Führung gezielt stärken.

Diese Einordnung ist kein Selbstzweck. Sie verhindert vorschnelle Vereinfachung. Sie schützt vor dem Reflex, Unsicherheit durch Kontrolle, Rückzug oder Aktionismus zu kompensieren. Führung bleibt dadurch **gestaltend**, auch wenn sie nicht alles lösen kann.

Im Alltag zeigt sich dies in kleinen, aber wirksamen Entscheidungen:

- in der bewussten Trennung von Stabilitäts- und Entwicklungsaufgaben,
- im offenen Benennen von Zielkonflikten,
- im transparenten Umgang mit Unsicherheit.



Auszug aus: Hager | Selg (Hrsg.)
Die ärztliche Führungskraft.
ISBN: 978-3-7753-0083-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

### 1.2.5 Entlastung durch Realismus

Vielleicht ist die größte Stärke des Triple-A-Modells seine entlastende Wirkung. Es nimmt Führungskräften die implizite Erwartung, alles auflösen zu müssen. Es legitimiert Unvollkommenheit – nicht als Mangel, sondern als Ausdruck realistischer Verantwortung.

Moderne ärztliche Führung bedeutet nicht, Spannungen zu beseitigen. Sie bedeutet, sie **führbar** zu machen. Für die Organisation. Für die Mitarbeitenden. Und nicht zuletzt für die eigene Rolle.

In diesem Sinne ist das Triple-A-Modell kein Führungsstil. Es ist eine **innere Landkarte**, die Orientierung bietet, wo äußere Klarheit fehlt. Und genau darin liegt seine Bedeutung für Führung im Krankenhaus- und Praxisverbund: nicht als Lösung – sondern als Haltung, die Lösungen möglich macht.

## 1.3 Pathologische Führung als Spiegel organisationaler Verhältnisse

Das Triple-A-Modell wirkt nicht nur orientierend, sondern auch **präventiv**. Wer Ambidextrie, Ambivalenz und Ambiguität als konstitutive Elemente ärztlicher Führung versteht, ist weniger geneigt, auf Überforderung mit Vereinfachung, Kontrolle oder Rückzug zu reagieren. Gerade diese Reaktionsmuster sind es jedoch, aus denen sich problematische Führungsdynamiken entwickeln.

Die Kenntnis des Triple-A-Modells schärft den Blick für die eigenen Grenzreaktionen und für organisationale Spannungen, bevor sie sich verfestigen. Führungskräfte lernen, Unsicherheit nicht reflexhaft zu kompensieren, sondern bewusst zu gestalten.

Das folgende Kapitel greift genau diese Dynamiken auf. Es beschreibt typische Verformungen von Führung, die entstehen, wenn Spannungen nicht mehr ausgehalten werden – und zeigt, warum das Triple-A-Modell eine zentrale Grundlage ist, um ihnen frühzeitig zu begegnen.

Diese Verformung von Führung ist leise. Sie äußert sich selten in offenen Zusammenbrüchen, vielmehr in subtilen Verschiebungen: im Tonfall von Besprechungen, in der Art, wie Kontrolle organisiert wird, in der zunehmenden Abwesenheit von Dialog oder im Drang nach scheinbarer Eindeutigkeit. Dort, wo Unsicherheit nicht mehr ausgehalten wird, beginnt Führung, sich zu verformen.

Der Organisationspsychologe Manfred Kets de Vries hat diese Phänomene nicht als moralisches Versagen beschrieben, sondern als **Pathologien organisationaler Kulturen**. Sein Zugang ist dabei ebenso unbequem wie erhellend: Organisationen, so seine Beobachtung, entwickeln unter chronischem Druck neurotische Muster – vergleichbar mit Individuen, die über längere Zeiträume Überforderung ausgesetzt sind. Führungskräfte sind dabei nicht nur Verursacher, sondern zugleich Träger und Verstärker dieser Muster.

Gerade im Krankenhaus, wo Unsicherheit strukturell angelegt ist, entfalten diese Pathologien eine besondere Wirkung. Medizinische Führung bewegt sich hier in einem Feld existenzieller Verantwortung, begrenzter Ressourcen und permanenter Bewertung. Wo diese Spannungen nicht reflektiert werden, entstehen kulturelle Fehlformen, die sich tief in den Alltag einschreiben.

Auszug aus: Hager | Selg (Hrsg.)
Die ärztliche Führungskraft.
ISBN: 978-3-7753-0083-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

### 1.3.1 Führungspathologien als Anpassungsleistung

Es ist entscheidend, pathologische Führung nicht vorschnell zu personalisieren. In den seltensten Fällen handelt es sich um bewusste Fehlentscheidungen oder mangelnde Integrität. Viel häufiger sind es **Anpassungsleistungen an ein überforderndes System**, die mit der Zeit ihre konstruktive Funktion verlieren.

Pathologische Führung ist damit kein Gegenentwurf zu „guter" Führung, sondern ihre Überdehnung. Kontrolle entsteht aus dem Wunsch nach Sicherheit. Rückzug aus dem Bedürfnis nach Selbstschutz. Dramatisierung aus dem Versuch, Bedeutung zu erzeugen, wo Orientierung fehlt. Depressive Passivität schließlich aus der Erfahrung wiederholter Ohnmacht.

Kets de Vries unterscheidet mehrere archetypische Kulturformen, die sich unter Druck ausbilden. Sie treten selten in Reinform auf, prägen jedoch als dominante Muster Wahrnehmung, Entscheidungslogik und Führungsverhalten. Im Krankenhaus- und Klinikverbund lassen sich diese Typen mit bemerkenswerter Klarheit wiederfinden.

### 1.3.2 Die paranoide Kultur – Kontrolle als Ersatz für Vertrauen

Die paranoide Organisationskultur ist von Misstrauen geprägt. Sie lebt in der Erwartung permanenter Bedrohung – durch äußere Akteure, interne Fehler sowie unvorhersehbare Entwicklungen. Führung reagiert darauf mit dem Ausbau von Kontroll-, Budgetierungs- und Berichtssystemen.

Im Krankenhaus und in großen MVZ-Strukturen äußert sich diese Kultur häufig in einer Überbetonung von Kennzahlen, Kostenstellenlogiken und Freigabeprozessen. Was als Transparenz beginnt, wird zur Dauerüberwachung. Medizinische Führungskräfte erleben, dass ihr fachliches Urteil zunehmend ersetzt wird durch formalisierte Nachweispflichten.

Das Misstrauen richtet sich dabei paradoxerweise weniger nach innen als nach außen: gegenüber politischen Rahmenbedingungen, Kostenträgern, Medien. Die Organisation wird reaktiv, ohne strategisch vorausschauend zu handeln. Innovation wird als Risiko erlebt, nicht als Chance.

Für leitende Ärztinnen und Ärzte bedeutet dies eine schleichende Entwertung ihrer professionellen Autonomie. Führung reduziert sich auf Absicherung. Verantwortung wird formalisiert, nicht getragen. Das Ergebnis ist eine Kultur, in der niemand mehr irrt – aber auch niemand mehr gestaltet.

### 1.3.3 Die zwanghafte Kultur – Perfektion als Stillstand

Eng verwandt, aber von anderer Qualität ist die zwanghafte Kultur. Sie richtet ihren Blick weniger nach außen als nach innen. Ordnung, Vollständigkeit und Regelkonformität werden zum höchsten Gut. Planung ersetzt Wahrnehmung.

Im Krankenhaus zeigt sich diese Kultur in ritualisierten Abläufen, überregulierten Entscheidungswegen und einer fast obsessiven Fixierung auf einzelne Steuerungsgrößen – häufig Kosten oder Prozesskennzahlen. Die Organisation verliert dabei ihre Fähigkeit zur Umweltanpassung. Wandel wird nicht bekämpft, sondern ignoriert.

Für ärztliche Führung entsteht hier ein paradoxes Spannungsfeld: Einerseits wird höchste Präzision eingefordert, andererseits jede Form von Spontaneität sanktioniert.



Auszug aus: Hager | Selg (Hrsg.)
Die ärztliche Führungskraft.
ISBN: 978-3-7753-0083-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

Innovation wird zum Regelverstoß. Führung verengt sich auf die Verwaltung des Bestehenden.

Diese Kultur wirkt auf den ersten Blick stabil. In Wahrheit jedoch ist sie fragil. Sie hält nur so lange, wie die Umwelt stillhält – was sie im Gesundheitswesen bekanntermaßen nicht tut.

### 1.3.4 Die schizoide Kultur – Führung durch Abwesenheit

Besonders folgenreich ist die schizoide Organisationskultur. Sie entsteht dort, wo sich Führung aus dem operativen Geschehen zurückzieht. Nicht aus Arroganz, sondern aus Überforderung. Nähe wird als Zumutung erlebt, Distanz als Schutz.

Im Krankenhaus zeigt sich diese Kultur in Führungsvakuum und Orientierungslosigkeit. Die oberste Leitung wirkt abwesend, wenig interessiert an Gegenwart und Zukunft. Entscheidungen werden vertagt oder delegiert, ohne klare Rahmensetzung.

Die zweite Führungsebene wird zum Austragungsort politischer Machtspiele. Karriere ersetzt Kooperation. Informationen zirkulieren nicht mehr entlang fachlicher Notwendigkeiten, sondern entlang persönlicher Interessen. Die Organisation richtet ihren Blick nach innen, nicht nach außen.

Für leitende Ärztinnen und Ärzte ist diese Kultur besonders zermürbend. Sie tragen Verantwortung ohne Rückhalt. Führung wird einsam. Die Organisation verliert ihre strategische Kohärenz.

### 1.3.5 Die dramatische Kultur – Führung als Inszenierung

Die dramatische Kultur schließlich ist laut, energiegeladen und riskant. Sie lebt von Impulsivität, Zentralisierung und dem Bedürfnis nach Aufmerksamkeit. Führung inszeniert sich als heroisch. Entscheidungen werden emotional aufgeladen, nicht selten überhastet getroffen.

Im Krankenhaus kann sich diese Kultur in permanenten Strukturreformen, ambitionierten Wachstumszielen oder spektakulären Projekten äußern, die mehr Symbolik als Substanz besitzen. Die Organisation schafft sich ihre eigene Realität – unabhängig von Markt-, Personal- oder Versorgungsbedingungen.

Für ärztliche Führung entsteht ein gefährliches Wechselspiel: Begeisterung wechselt mit Erschöpfung, Loyalität mit Zynismus. Nachhaltigkeit bleibt auf der Strecke.

### 1.3.6 Die depressive Kultur – Resignation als Normalzustand

Am Ende der Skala steht die depressive Organisationskultur. Sie ist geprägt von Passivität, Vertrauensverlust und dem Gefühl, den Lauf der Dinge nicht mehr beeinflussen zu können.

In Krankenhaus- und MVZ-Strukturen äußert sich diese Kultur in strategischer Ziellosigkeit, fehlender Initiative und einer ausgeprägten Innenorientierung. Führung verwaltet, statt zu gestalten. Zukunft erscheint nicht als Raum von Möglichkeiten, sondern als Bedrohung.

Diese Kultur ist besonders gefährlich, weil sie selten Widerstand hervorruft. Sie wirkt ruhig, fast stabil. In Wahrheit jedoch ist sie Ausdruck kollektiver Resignation, was den Nährboden für schleichenden Qualitätsverlust bildet.

Auszug aus: Hager | Selg (Hrsg.)
Die ärztliche Führungskraft.
ISBN: 978-3-7753-0083-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

### 1.3.7 Ärztliche Führung zwischen Verantwortung und Pathologie

Was verbindet diese Kulturen? Sie alle sind Ausdruck eines ungelösten Umgangs mit Unsicherheit. Ärztliche Führung ist hiervon in besonderer Weise betroffen. Sie trägt Verantwortung für Leben und Gesundheit – unter Bedingungen, die vollständige Kontrolle grundsätzlich ausschließen.

Wo diese Spannung nicht reflektiert wird, sucht sich das System Ersatzlösungen: Kontrolle, Rückzug, Inszenierung oder Resignation. Pathologische Führung ist damit kein individuelles Versagen, sondern ein **Warnsignal**. Sie zeigt an, dass Führung mehr leisten soll, als ihr strukturell möglich ist.

### 1.3.8 Reflexion als Führungsaufgabe

Die zentrale Führungsleistung besteht daher nicht darin, Pathologien zu vermeiden – sondern sie zu erkennen. Reife ärztliche Führung fragt nicht: *Bin ich gut oder schlecht?* Sie fragt: *Welche Muster wirken hier – und welchen Anteil habe ich daran?*

Diese Form der Selbstreflexion ist anspruchsvoll. Sie verlangt Mut zur Ambivalenz und die Bereitschaft, eigene Schutzmechanismen zu hinterfragen. Doch sie ist unverzichtbar. Denn Organisationen verändern sich nicht durch Appelle, sondern durch veränderte Wahrnehmung an der Spitze.

### 1.3.9 Abschluss: Führung beginnt mit Erkenntnis

Die vielleicht wichtigste Einsicht dieses Kapitels ist eine unbequeme: Pathologische Muster sind keine Ausnahme, sie sind **bereits vorhanden** – in Organisationen wie in Führungspersönlichkeiten. Sie entstehen nicht erst im Scheitern, sondern im Alltag struktureller Überforderung. Entscheidend ist daher nicht, ob diese Aspekte existieren, sondern **ob sie erkannt, benannt und bearbeitet werden.**

Erfahrene ärztliche Führung zeichnet sich dadurch aus, dass sie ein Bewusstsein dafür entwickelt, welche kulturellen und psychodynamischen Muster im eigenen organisatorischen Kontext wirksam sind – und welche davon durch die eigene Führungs- und Persönlichkeitsstruktur eher verstärkt als abgefedert werden. Erst diese Kenntnis ermöglicht verantwortetes Handeln: nicht reaktiv, nicht moralisch, sondern reflektiert.

Im Rahmen unserer Projekte bei **medplus-kompetenz** arbeiten wir genau an dieser Schnittstelle. Auf der Basis evidenzbasierter Instrumente, diagnostischer Formate und erprobter Entwicklungsansätze unterstützen wir Führungspersönlichkeiten und Organisationen dabei, pathologische Dynamiken frühzeitig zu erkennen, einzuordnen und konstruktiv zu bearbeiten. Nicht mit dem Anspruch, Führung zu perfektionieren – sondern mit dem Ziel, sie **tragfähig, bewusst und wirksam** zu machen.

## 1.4 Transaktionale und transformationale Führung im Gesundheitswesen: Ordnung, Sicherheit und ihre Grenzen

Nach der Betrachtung problematischer Führungsdynamiken und der Einführung des Triple-A-Modells stellt sich eine zentrale Frage: **Wodurch bleibt Führung im Alltag tatsächlich wirksam?** Nicht als formale Steuerung, sondern als gelebte Gefolgschaft. Nicht als Anspruch, sondern als Praxis.



Auszug aus: Hager | Selg (Hrsg.)
Die ärztliche Führungskraft.
ISBN: 978-3-7753-0083-4. Urheberrechtlich geschützt.
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026