



Monika Hartges, Sabine Zurmühl

Überblick: In Krankenhäusern hat Mediation inzwischen einen selbstverständlichen Platz. Monika Hartges berichtet von ihren Erfahrungen bei Mediationen zwischen hierarchisch unterschiedlichen Mitarbeitenden, von den Schwierigkeiten, für Menschen im Schichtdienst einen gemeinsamen Termin zu organisieren, und von der Besonderheit, Tod und Leben täglich zu gewärtigen. Das Krankenhaus auch als „krankes Haus“, als System, das mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen hat und dennoch funktioniert.

Keywords: Krankenhaus-Mediation, Hierarchien, Gesundheitsbereich, das System Klinik, Abhängigkeitsverhältnisse, Leistungsdruck, *worst case*, *permanent failing organization*, positive Ethik, Selbstreflektion, temporäre Anwesenheit.

<https://doi.org/10.25364/35.23:2026.1.3>

Klinikalltag, Hierarchien und zwischenmenschliche Spannungen

Mediationen in Krankenhäusern

Wenn wir von Mediation im Gesundheitswesen sprechen, ist das ja ein sehr weiter Begriff. Über welchen Sektor sprechen wir?

Meine praktischen Erfahrungen – und nach denen fragen Sie – beziehe ich aus der Arbeit in unterschiedlichen Krankenhäusern.

Wie verbreitet ist denn in Krankenhäusern die Kenntnis davon, dass es ein Verfahren wie Mediation gibt und wie häufig wird das schon angewendet?

In den Krankenhäusern, in denen ich tätig bin, werde ich mehrfach monatlich angefragt und ich bin vermutlich nicht die einzige externe Mediatorin dort. Bei allen meinen Auftraggebern gibt es auch ausgebildete Mediatorinnen und Mediatoren, z.B. in der Personalabteilung, in der Rechtsabteilung, bei den Gleichstellungsbeauftragten, in der Personalvertretung, bei den Antidiskriminierungsbeauftragten usw. Motiviert über diese internen Personen bzw. Institutionen, wird sinnvollerweise auch externe Mediation vorgeschlagen.

Nicht selten sind die Anfragen aber in anderem Vokabular „versteckt“: Supervision, Coaching, Gespräch, Unterstützung, Vermittlung ...

Wie häufig es tatsächlich im gesamten Gesundheitsbereich oder auch bei meinen Auftraggebern zu Mediationen kommt, weiß ich nicht; denn es gibt meines Wissens keine Erhebungen darüber.

Auf welchen Ebenen entstehen denn da Konflikte? Was ist da Ihr Einblick?

Das, was ich sage, ist nicht wissenschaftlich begründet, sondern praktische Erfahrung aus – sagen wir – 10, 15, 20 Einzelfällen. Die Anlässe, Themen Konflikt- und Regelungspunkte sind so bunt wie sonst in der Mediation auch.

Es gibt immer eine mehr oder weniger große, vermeintlich sogar manchmal ausschließlich zwischenmenschliche Komponente. Tatsächlich, finde ich, kann man diese zwischenmenschlichen Themen nicht betrachten, ohne auch die Einflüsse aus dem System Klinik mit hineinzuholen. Die Einflüsse aus dem System sind stark wirksam.

Meinen Sie damit den Arbeitsdruck oder den Leistungsdruck?

Ich meine die Struktur, wie ein Krankenhaus funktioniert. Da sind so viele Einflüsse, viele Druckkonstellationen.

Allein schon die Situation, dass es „die Pflege“ gibt, dass es „die Ärzte“, dass es „die Betriebswirtschaft“ und ggf. wissenschaftliche Forschung / Profilierung gibt. Das sind erstmal nur vier Wirkmächte aus dem System.

»» **Alle funktionieren nach unterschiedlichen Kriterien.**

Die Ärzte z.B. funktionieren primär gemäß medizinisch/wissenschaftlicher Erkenntnis und ein Stück auch nach technisch Möglichem. Die Pflegekräfte „ticken“ innerlich vor allem Richtung Stabilisieren, Kümmern, Pflegen. Und die Ökonomie funktioniert danach, dass das Krankenhaus insgesamt und jede einzelne Handlung darin effektiv und effizient sein muss. Das gilt mal mehr mal weniger stark – ist aber überall spürbar. Von außen kommen weitere Einflüsse: Also die Patientinnen und Patienten, deren Angehörige, Familien oder auch Institutionen, die berechnete oder ggf. unberechnete Anliegen haben. Und falls die Krankenhäuser auch einen wissenschaftlichen Anspruch haben, dann ist diese Dynamik stark: „Wie entwickle ich mich als Wissenschaftlerin / Arzt?“ „Wie ist meine Reputation als wissenschaftliches Institut?“

Eine relativ neue Herausforderung, die insbesondere für die Ärzteschaft greift, ist KI. Die Anwendung wächst schnell, das Potential ist riesig, die dadurch neu auftauchenden Unstimmigkeiten lassen nicht auf sich warten. Auch im Verhältnis Ärztin und Patient kann sich KI konfliktuell auswirken, bspw. wenn die KI-generierten Arztbriefe „perfekt, weil alle Daten auswertend“, auch alte Diagnosen (bspw. psychische Krankheiten, Suizidversuche, ...) benennen, die die Patienten nicht in ihrem aktuellen Arztbrief lesen und zur Weiterleitung an den extern behandelnden Arzt geben wollen.

Und entstehen die Konflikte dann eher innerhalb jeweils eines dieser Bereiche, – oder sind die hierarchisch verknüpft, übergreifend?

Ich werde immer dann gerufen und auch da sehe ich meine Aufgabe und Kompetenz, wo es „menschelt“. Das sind Konstellationen z.B. im Leitungsteam, egal ob pflegerisch oder ärztlich: Ko-Leitung, Leitung und Vertretung. Ich werde auch zu Konstellationen gerufen, die innerhalb eines Teams bestehen. Da sind Ärzte und Pflegenden gemeinsam tätig. Und ich mache Mediationen zwischen Führungskräften, Beurteilenden und Mitarbeitenden, also Hierarchie übergreifend: Chefs, Pflegepersonal, Verwaltung, Menschen, die mit irgendjemandem, mit dem sie kooperieren müssten, nicht klarkommen. Formal scheinbar freie und dennoch massive – Ab-

hängigkeitsverhältnisse existieren zum Beispiel, wenn jemand seinen Master oder Doktor oder weitere wissenschaftliche Forschung machen will. Hier kommt die Mediation manchmal gar nicht zu Stande.

Das sind oft besondere und unregulierte Konstellationen, die ich erlebe:

»» **Wer hat da eigentlich was zu tun? In welcher Funktion?**

Wie unterstützend, wie regulierend oder wie beurteilend sollte oder dürfte jemand seine Rolle ausfüllen? Und da das so unreguliert ist, ist es ein Bereich, wo sich gerne Macht austobt.

Und wo eine Mediation dann ordnend tätig sein kann, besteht wahrscheinlich eine wichtige Funktion in der Klärung der Hierarchie, wer welche Funktionen wahrzunehmen hat und wo Grenzen sind.

Ja, das habe ich ehrlich gesagt in fast allen meinen Mediationen, vielleicht, weil ich selber ordnungsliebend bin. Eine große Kraft in der Mediation liegt also durchaus schon in Phase 1 und 2 der Mediation. Also erstens einen klaren Auftrag (Phase I) zu erteilen, fällt den Menschen manchmal gar nicht so leicht, und die dazu zu regelnden Themen zu formulieren, nebst der notwendigen Sachverhaltsklärung im Sinne von Zahlen, Daten, Fakten, Verträgen, Organigrammen etc. (Phase II der Mediation) ebenso wenig.

Das ist dann schon der erste Schritt des Bedenkens.

Ja, einen klaren Auftrag zu bekommen, und zwar in einem Umfang, der auch von den Beteiligten, von den konkret beteiligten Personen im Prozess verhandelbar und lösbar ist.

Es gibt leider manchmal die Tendenz, gerade im ärztlichen und im oberen Verantwortungsbereich, dass sich dort tendenziell Menschen finden, die fast zu Zynikern geworden sind und die sich im System Krankenhaus ganz gut etablieren können, weil man alle Reibungspunkte schnell auf das gesamte „System“ schieben kann, also „die Politik“, „die Patienten“, „das fehlende Geld“, „die Überlastung“ usw.. Und ich finde eine große Chance in der Mediation – da wir als Mediatorinnen nicht dieses System ändern können/wollen –, den Fokus darauf zu setzen, wie Menschen miteinander in diesem System agieren, im Sinne ihrer eigenen oft zutiefst humanen Vorstellungen und im Sinne der Patientinnen.

»» **Da sind wir Mediatoren definitiv keine System-sprenger, sondern Systemstabilisatoren oder bestenfalls -entwickler.**

Darüber sollte sich jede Mediatorin im Klaren sein, wenn sie in diesem System tätig ist.

Den Fokus zu lenken und sozusagen herunter zu brechen auf die ganz konkrete Situation.

So sehe ich meinen Auftrag als Mediatorin.

Und vom Verfahren her, von Ihrer Methodik her, ist das zu unterscheiden von Familienmediationen oder Mediationen im Wirtschaftsbereich?

Ich finde nicht, ich mache das, was ich woanders auch mache. Ich bin nah an der Fragestellung derer, die mit mir arbeiten. Ich versuche genau herauszufinden, wo das Dilemma steckt. Und ich arbeite im Phasenmodell, so wie in jeder anderen Mediation auch. Und meine innere allparteiliche Haltung, der ich mir jedenfalls bewusst sein muss, die trägt mich im Krankenhaus genauso wie durch eine Familie oder durch einen Arbeitskontext, der nichts mit Krankenhaus zu tun hat.

Gibt es Situationen, in denen Sie medizinisches Wissen bei sich vermissen?

Ich sage allen von Anfang an, dass ich darüber nicht verfüge und dass sie das bitte auch nicht von mir erwarten mögen. Das ist schon immer gut. Und ich stelle an manchen Stellen durchaus auch „doofe“ Fragen, viele „doofe“ Fragen. Oder ich sage manchmal: „Ich würde jetzt an dieser Stelle eine fachliche Frage stellen, glauben Sie, dass das wichtig ist für den Prozess?“ Und dann sagen die meistens nein. Denn es ist oft so, dass der Konflikt zwischen den Menschen aus ganz anderen Gründen entstanden ist, sich verfestigt hat oder eskaliert ist.

Und wie kommen Sie zu Ihren Mediationen? Wer gibt den Auftrag? Wer bezahlt Sie? Sind Sie da sozusagen eine feste freie Mitarbeiterin?

Ich kriege den Auftrag immer vom Krankenhaus selbst, meistens von der Personalabteilung. Die haben einen Pool von Leuten, die sie extern beauftragen und von denen sie eine Vorstellung haben, zu welchem Thema sie sie gut beauftragen können. Da gibt es dann Supervisorin X für ein Team oder Coach Y für einen Mitarbeitenden oder Mediator Z wird benötigt. Dann rufen die z.B. mich an: „Frau Hartges, haben Sie Interesse, haben Sie Kapazität?“

Und gibt es dafür dann ein Pauschalhonorar oder geht das nach den Sitzungen?

Ich mache das so, dass es ein Zeithonorar ist. Ich schreibe nach Ende eine Rechnung, die immer bezahlt wird. Problematischer ist häufig das Organisatorische: Wo ist man wann?

»» **Gibt es 1–2 Stunden störungsfreie Zeit?**

Gibt es einen ruhigen Raum, der zudem einigermaßen freundlich ausgestattet ist? Ich bin nicht Herrin der Räume. Ich bin nicht Herrin des Zustands der Räume. Ich bin erst mal auch nicht Herrin der E-Mail-Adressen und Kontaktdaten der Beteiligten. Wie geht man mit Terminabsagen um, also mit Raumverschiebungen? Die Prioritäten im Krankenhaus sind andere. Das geht nicht smoothie.

Könnten Sie einige Konfliktkonstellationen beschreiben, die Ihnen begegnet sind?

Bei der Mediation, an die ich denke, war die Terminfindung im Krankenhaus wieder einmal nicht einfach. Endlich hatten wir den Termin, an dem ich und die beiden Ärzte Zeit hatten und es einen ruhigen Raum gab. Wir sahen uns da zum ersten Mal.

Es waren zwei Ärzte mit unterschiedlichen Fachgebieten, die aber am Patientenbett sowie davor und danach zusammen arbeiten und zwar auch in lebensbedrohlichen Situationen. Ich habe erfragt, was sie von der Mediation wissen und erwarten und erklärt, wie ich gerne arbeiten möchte. Beide waren einverstanden und dann sollte es also losgehen. Eine Seite holte dann einen Zettel heraus und referierte ausführlich ärztliche „Regelungen“, wie medizinisch mit „solchen“ Patienten, (über die der Ärger entstanden war,) umzugehen sei, die Person ließ sich kaum unterbrechen, um mir zu folgen und überhaupt erst einmal eine Themenliste zu erstellen, bevor wir in die Details einsteigen. Es gelang mit Mühe.

Bis zur nächsten vereinbarten Sitzung wurde mir aber durch die Personalabteilung mitgeteilt, diese Mediation würde gar nicht beginnen, da die betreffende Person „nicht im Dienst“ sei.

»» **Vielleicht ein Jahr später waren die beiden dann wieder da, mit der Fragestellung:**

Wie gehen wir als Ärzte mit unserer unterschiedlichen Fachlichkeit um, wie bei und vor den Patienten? Wie geht man damit um, wenn die Ärztinnen aus unterschiedlichen Abteilungen kommen und die Visite zusammen machen sollen, und der eine ist noch in der Morgenbesprechung und die andere sitzt/steht da und wartet. Also wie managt man das jetzt und in Zukunft?

Weil A sagt, diese Morgenbesprechung in seiner Abteilung sei das Zentrale für den ganzen Tag, da könne er nicht auf zwei oder drei oder fünf Minuten achten. Und B sagt: „Ich kann es mir nicht leisten, ungeplant 5 oder 15 Minuten zu warten.“ Nach der Formulierung des dahinter stehenden Interesses: „Planbarkeit des Tages“ (bei beiden) vereinbarten sie,

- erstens, dass grundsätzlich diese Visite täglich immer 15 Minuten später anfängt
- und zweitens, falls das so nicht funktioniert, er/A eine Ersatzperson für die zeitige Visite zusammen mit B fest namentlich benennt.

Dann ging es darum, wer denn in der Visite mehr vorne und mehr hinten steht. Man muss sich das so vorstellen: Die Ärzteschaft kommt als Schwarm herein in das Patientenzimmer. Und wenn man als aufstrebender Arzt weit hinten steht, dann wird man nicht wahrgenommen von den Ober- oder Chefärzten. Für die wissenschaftliche, medizinische, berufliche Profilierung ist das aber durchaus von Bedeutung, das berichteten die beiden übereinstimmend. Hier konnte – anders als bisher – Übereinstimmung geloopt werden.

Daher wurde vereinbart,

- dass der eine nicht mehr mit einem Rollstuhl hineingeht und damit Platz wegnimmt, sondern,
- dass beide sich per Blick verständigen, sodass jede Person ihren angemessenen Platz kriegt.

Ich möchte nicht, dass die Fallschilderung so gelesen wird, speziell Ärzte würden sich um solche scheinbaren Kleinigkeiten streiten. Wir sind alle so, wenn es ums „Eingemachte“ geht!

Ja, und es gehört wahrscheinlich ein großer Mut der beiden dazu, diese kleinen Schritte anzusprechen, damit herauszurücken.

Ja genau! Wichtig war zusätzlich, dass sie sich beide in ihrer Fachlichkeit durchaus schätzten, nur in ihrer Zusammenarbeit nicht. Und so gab es später auch das „Dankeschön, dass du mir das gesagt hast.“ „Dankeschön, dass du das so siehst.“ „Vielen Dank, dass das bei der letzten Visite geklappt hat.“ Das war ziemlich schön.

Ich habe den Eindruck, letztlich sind die Konflikte, die im Krankenhaus entstehen, vergleichbar mit sonstigen Mediationsanlässen. Gibt es aber nicht auch etwas Spezielles? Etwas, das – so stelle ich mir vor – mit Krankheit zu tun hat, mit Schmerzen, mit Ängsten, mit Überforderung in vielerlei Hinsicht.

Ein Spezielles ist, unter welchem enormen Druck dieses System steckt mit seinen unterschiedlichen Interessen. Es gibt Theoretiker, die dazu sagen, dass es eigentlich dauernd nicht funktioniert. Auf Englisch heißt das dann *permanent failing organization*.

➤➤ **Das Krankenhaus ist so ein System, das eigentlich nie funktioniert, – es funktioniert aber trotzdem.**

Das ist ja das Interessante. Es bleibt trotzdem bestehen.¹ Hinzu kommt: die innere Ethik ist häufig eine sehr hohe, der hohe Anspruch macht auch Druck. Natürlich muss die Ethik wirken dürfen und sogar noch entwickelter werden – das ist nicht einfach unter so hoher Arbeitsbelastung.

Wieweit hat die ethische Ausrichtung etwa der Ärzte, des helfenden Personals oder die eines konfessionellen Krankenhauses eine Chance, im Berufsalltag zu bestehen?

Das Erhalten einer positiven Ethik, eines positiven Umgangs ist kompliziert. Wenn man Pech hat, wird man vielleicht sogar zum Zyniker oder zum Sarkasten. Man wird im Krankenhaus nicht so schnell entdeckt, wenn man diese Eigenschaften entwickelt oder auslebt.

Entdeckt?

Verstöße werden nicht so schnell sanktioniert, entdeckt. Man kann sich arrangieren in diesem Gesamtnetz, weil man immer alles auf den anderen schieben kann: Da ist dann „der Vorstand“, da sind die „blöden Patienten“, da ist „die Technik, die nicht funktioniert“, da ist „die wirtschaftliche Vorgabe“ usw., auf die man eigenes Unvermögen schieben kann. Und es ist wenig Selbstreflexives eingebaut: Was lebst du denn im Alltag eigentlich für eine Kommunikation? Es geht immer alles schnell, es gibt im 3 Schichtsystem wenig Zeit, in der alle gemeinsam da sind.

Stichwort Kommunikation.

Ja. Ich mache auch Teamsupervisionen, da geht es immer wieder um Konflikte. Und allein zu erreichen, dass diejenigen, die etwas miteinander zu besprechen haben, zur selben Zeit, am selben Ort, mit einer maßvollen Zeit da sein können, – und maßvoll heißt irgendetwas mehr als drei Minuten, fünf Minuten, zehn Minuten, 15 Minuten, eine halbe Stunde Zeit, also eine halbe Stunde geht nie, um überhaupt miteinander zu reden. Das kommt im normalen Alltag nicht vor.

1) Vgl. den Kasten auf S. XXX zur Theorie der permanent failing organization.

Dann hat also jemand einen Konflikt mit irgendjemandem. Beide sind in Teilzeit tätig. Einer ist im Urlaub, eine ist krank, einer ist auf Fortbildung. Die sehen sich möglicherweise ein halbes Jahr gar nicht. Der Konflikt hat aber schon ins Team gewirkt und brodelt weiter. In einer Supervision dann geordnet, strukturiert, geleitet, moderiert, mediiert, miteinander zu reden, erfordert ein hohes Maß an Bereitschaft und Engagement.

Was müsste im Gesundheitsbereich da dringend geändert werden?

Das wäre z.B. eine Empfehlung

- zur Prophylaxe, eine Form von Selbsterfahrung oder Selbstreflektion anzuregen, bevor ein professionelles Setting durch uns Mediatorinnen notwendig wird,
- für obligatorische Führungsbildung; denn nicht jede sehr gut qualifizierte Fachkraft kann automatisch auch ein Team kooperativ leiten,
- zur Entwicklung eines Vokabulars für die Person, die das Problem einbringt, und für die, die zuhört, bevor sie erwidert,
- für die Etablierung eines geregelten fixen Besprechungstermins zum Thema „Kommunikation unter uns – und nach außen“ – ggf. extern moderiert/mediert.

Welche Rolle spielt es, dass in den Kliniken daneben auch viele Ehrenamtliche tätig sind?

Es gibt tatsächlich viele Ehrenamtliche mit unterschiedlichen Aufgaben. Als erstes denkt man vielleicht an die Vertreter der Konfessionen, also Muslime, Christinnen, Juden u.a., die glücklicherweise ehrenamtlich oder halbbezahlt in den Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Es gibt auch fast überall so etwas wie Besuchsdienste. Und es gibt möglicherweise auch Ombudsfrauen, Ombudsmänner, die auf der Homepage des Krankenhauses erscheinen, die vielleicht einen Flyer haben, die generell ansprechbar sind. Dahin kommen auch Mitarbeitende und sagen, in der und der Abteilung ist etwas nicht in Ordnung.

» **Und die Ehrenamtlichkeit hat den Vorteil, dass sie verschwiegen und gänzlich vertraulich ist.**

Da ist keine Akte dazwischen, keine Organisation. Da geht gar nichts raus. Es kann unkompliziert ein Termin am Bett vereinbart werden zwischen Patient und Ärztin oder Pflegekraft. Und es kommt bei der Ombudstätigkeit durchaus vor, dass Menschen nach einem Erstgespräch mit der Ombudsperson eine Mediation wollen.

Und sind Mediationen im Krankenzimmer, mit den Patient:innen, nach Ihrer Meinung durch ein besonderes Klima bestimmt?

Ja, ich glaube schon. Bei den Patienten macht die Dringlichkeit der Erkrankung Druck. Man muss schnell etwas tun. Die Patientinnen tauchen in das Krankenhaussystem in der Regel zeitlich kurz ein und gehen dann wieder weg. Das Krankenhaus und die dort Arbeitenden bleiben. Patienten – eventuell auch durch die Angehörigen – sind in der kurzen Zeit unter Umständen recht schnell mit Beschwerden dabei. Die Patienten sind ja per se eine vulnerable Gruppe, brauchen Hilfe. Das kann ungeduldig und manchmal wütend machen. Das helfende System hat dagegen das Wissen und die Erfahrung über Notwendende Abläufe, auch über Prioritätensetzung, über Engpässe, die von Patienten nicht gesehen werden (können).

Sind das notwendige Begleiterscheinungen, Auswirkungen eines Systems, das ein „krankes Haus“ ist?

Ich habe weder von Mitarbeitenden noch den Patientinnen den wissenschaftlichen Begriff des „krankes Hauses“ gehört. Ich weiß nicht, ob sie selbst das so sehen. Vielmehr sind alle Pragmatiker und ganz praktisch betroffen – nicht wissenschaftlich. Es hilft mir aber, als systemisch denkende Mediatorin, diese Sicht von oben, von der Metaebene, vor allem erfragend, strukturierend, auch normalisierend und analysierend mit in die Mediation einfließen zu lassen.

Ist da auch die Zukunft des Krankenhaussystems manchmal Thema?

Ja, es gibt auch Konstellationen für Mediationen, die sind fachlich komplexer, bei denen es zum Beispiel um neue Ausbildungszweige geht, neue Berufsbilder, um ganz neue Entwicklungspotentiale im und für das Krankenhaus. Dann geht es auch um bundesweite Auswirkungen, um viel Geld, so dass das Krankenhaus unter Umständen auf höchster Ebene ein Interesse daran hat. Das wäre eigentlich ein Projektmanagement. Wenn es aber persönlich zwischen Zweien oder zwischen Fraktionen zwackt, ist Mediation begleitend oder unterstützend sinnvoll. Es liegt vielleicht ein sachlicher Dissens unter den sichtbaren Emotionen. Auch so herum gibt es das, sonst schauen wir ja oft umgekehrt, welche Emotionen hinter einem sachlichen Dissens versteckt sind. Die Medianten haben unterschiedliche Ideen, wie die Wege sein sollten. Und dann kommt noch eine persönliche Anspannung oder persönliche Geschichte dazu. Die Lösungsfindung funktioniert nicht nur mit der Fokussierung auf die persönliche Ebene, das gemeinsame – ggf.

vorgegebene- Ziel muss auf unterschiedlichen Wegen trotzdem zu erreichen sein. Und eben auch dann, wenn es komplex ist und um „Viel“ geht, kann Mediation als gelebte Haltung und Methode helfen.

Liebe Frau Dr. Hartges, danke für dieses Gespräch.



© Menbijou

Kontakt

Sabine Zurmühl M.A., Journalistin, Autorin, Mediatorin (BAFM).

sabine.zurmuehl@gmx.de
www.sabine-zurmuehl.de



Kontakt

Dipl. Soz.-Wiss., Dr. jur. Monika Hartges, Mediatorin BAFM/QVM, Supervisorin und ab und zu auch Coach, Ausbildungsleitung bei IMKA-Hamburg, Institut für Mediation, Konfliktmanagement und Ausbildung.

dr.hartges@imka.net
www.imka.net

Krankenhäuser – eine *permanent failing organization*?

„Kranke Häuser“ – so betitelt die *Zeitschrift für Unternehmensentwicklung* ihr Heft 2/2025. Darin schreibt u.a. *Werner Vogd* auf S. 6–10: „Der medizinisch-technische Fortschritt erweitert ständig die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten – und damit auch die Kosten und den Personalbedarf „... „Vor diesem Hintergrund ist nicht verwunderlich, dass bereits *Meyer und Zucker* [1989] das Krankenhaus als Paradebeispiel einer *‘permanently failing organization’* betrachteten. Auch wenn es ökonomisch und funktional zu scheitern scheint, bleibt es als Organisationsform stabil.“

Vogd spricht auch von „Sisyphos im Krankenhaus“ und meint damit, dass alle Beteiligten ständig im Ausnahmezustand agieren würden, dass eine Problemlösung schon daran scheitere, dass Alter, Krankheit und Tod nicht auflösbar seien, wobei die Eigendynamik der Institution auf unbegrenztes Wachstum aus sei. Denn es gäbe keinen intrinsischen Grund, so schreibt er, nicht noch mehr Krankheiten zu heilen, noch präziser zu diagnostizieren, noch aufwändiger zu behandeln, noch intensiver zu pflegen. Allein die externen Ressourcen begrenzen

die Entwicklung. Rationalisierung helfe daher nicht, man müsse sich der Rationierung stellen, meint er unter Berufung auf *Porzolt* (1996).

Spürbar für Mediatorinnen, die in diesem System agieren: es fehlt an Personal. In deutschen Krankenhäusern seien das ca. 80.000 Pflegekräfte und ca. 14.500 Ärzte (*Thomas Schumacher*, in: *Zeitschrift für Organisationsentwicklung* 2/25, S.18). Er meint weiter, diese Erkenntnis helfe, die Beteiligten zu entlasten, weil sie entpersonalisiere und als strukturelle Herausforderung begriffen werden könne.

Dazu kontradiktorisch formuliert *Vogd* aus seinen Untersuchungen an der Universität Witten/Herdecke den Gedanken, dass solche Führungskräfte im Krankenhaus am besten mit der Unlösbarkeit der Ansprüche klarkämen, die entweder Zyniker oder ignorante Managerinnen seien und sich also als Persönlichkeiten um die sogenannte *Dark Triade* der Persönlichkeitsmerkmale gruppierten (*O’Boyle Jr.; Forsyth et al.*, 2021). Es sei ihnen so möglich, sich im Krankenhauskontext zu halten und quasi unentdeckt zu bleiben, weil es einfach sei, persönliches

Fehlverhalten stets auf das System im Dauerkrisenmodus zu schieben: „Zu wenig Geld“, „zu wenig qualifiziertes Personal“, „zu wenig Technik“ ... – jedenfalls ist immer etwas anderes schuld.

Da Mediatoren innerhalb von Systemen und insbesondere im System Krankenhaus tendenziell nicht an Strukturen arbeiten, sondern mit Menschen, die in den Strukturen agieren, hilft es, beide Denkansätze, also die Entpersonalisierung als Chance vor Überforderung und als Risiko für Nicht-Neu-Handeln zur Hypothesenbildung zu nutzen. So kann Mediation dem höchst subjektiven Erleben des individuellen Konfliktes durch die Betroffenen eher gerecht werden.

Meine Erfahrung ist es, als Mediatorin / Supervisorin / Coach gleich zu Beginn des jeweiligen Verfahrens deutlich zu kommunizieren, dass Mediation kein Allheilmittel ist für alles, was schief läuft. Vielmehr resultieren die Kraft und die Erfolgsmöglichkeiten der Mediation aus der Fokussierung auf die Individualität der daran beteiligten Personen, auf deren Gestaltungschancen und Potentiale im Konfliktgeschehen. Im Gesundheitsbereich gibt es viele Menschen mit hohem Berufsethos. Daran kann man als Mediator sehr gut positiv anknüpfen, ohne es zu hoch zu heben oder gar auszunutzen – manchmal kann man es entlastend benennen, ohne es als Schutzschild vor jeglicher Veränderung gelten zu lassen.

Monika Hartges

Krankenhaus-Mediation zwischen Hebammen und Ärzt:innen

Eine Konstellation für Mediation, die ein Kollege und ich gemeinsam medierten, betraf das unterschiedlich fachliche (Selbst-)verständnis und das persönliche Verhältnis zwischen der Ärzteschaft incl. des Chefarztes und der Gruppe der Hebammen.

Die Gruppe war groß, ca. 12–15 TN, aber „krankenhausbedingt“ wechselnd; denn u.a. Notdienste mussten weiterhin wahrgenommen werden. Die Krankenhausleitung saß nicht persönlich mit am Tisch, aber im Hintergrund – und sie war unser Auftraggeber.

Wir arbeiteten an 3 Terminen mit jeweils 2 halben Tagen streng nach dem Phasenmodell, was sich als sehr hilfreich erwies. Denn alle Beteiligten hatten offensichtlich keine Übung darin, Sachverhalte von Meinungen zu trennen, Meinungen von Emotionen bzw. überhaupt ein komplexes Feld systematisch – zudem hierarchieübergreifend – zu besprechen. Zu Beginn der Mediation moderierten wir, beeinflusst durch unsere mediative Grundhaltung, recht streng im Verfahren, aber wertschätzend und offen in der

Sprache und unserer körperlichen Präsenz. Eine/r von uns beiden moderierte und der/die jeweils andere visualisierte gleichzeitig und ausführlich. Nach jedem Meeting wurden von uns ausführliche Protokolle geschrieben, die auch für die Nichtanwesenden geeignet waren.

Das brachte – gegen den anfänglichen Widerstand des Chefarztes, der damit zu kämpfen hatte, seine Führungsrolle in dem Kontext der Mediation allein uns zu überlassen – viel Ruhe, deutlich mehr Klarheit und Überblick in das anfängliche Durcheinander von Inhalten und Empfindungen. Phase I und II der Mediation benötigten mindestens 2 halbe Tage. Wir hatten einen großen Raum, mit Zugang zum Außenterrain, ein kleines Catering von der Klinik gestellt, so dass sowohl Pausen als auch Sequenzen mit „walk and talk“ oder persönliche Nachfragen der Beteiligten an uns sehr unterstützend für das Gesamtverfahren umgesetzt werden konnten.

Fachlich ging es um nicht vorhandene oder nicht einverständlich getragene und praktizierte schriftli-

che oder mündliche Handlungsanweisungen im gynäkologischen Alltag – insbesondere im Umfeld von Geburtsvorbereitung, Geburt und Nachsorge.

Es ging damit auch um Arbeitsabläufe und Kommunikation unter Berücksichtigung von Hierarchien, mit diversen Sprachbarrieren und kulturellen Unterschieden, da ein nicht geringer Teil der Ärzteschaft eingewandert war, während die Gruppe der Hebammen einen vermeintlich homogeneren Eindruck machte und entsprechenden Ausdruck hatte. Daraus resultierten vielfache Vorwürfe, Ärgernisse, Frustrationen, Abwanderungstendenzen. Unser Mediationswerkzeug ermöglichte den Beteiligten dann aber die wichtige Erkenntnis, dass dieses subjektive Erleben durchaus quer zu den Hierarchien existierte und es kein „Die und Wir“ gab.

In Phase III der Mediation wurden intensiv die jeweiligen Berufsvorstellungen dargelegt und von uns darauf geachtet, dass diese auch wirklich von allen verstanden wurden. Das aktive Zuhören wurde durch unsere Übersetzung, durch unser Loopen, Paraphrasieren und Visualisieren ermöglicht und damit bei allen Beteiligten etwas trainiert. Den Hebammen fiel das u.a. berufsbedingt tendenziell leichter. Wir mussten deshalb hier besonders auf unsere Allparteilichkeit achten, was uns gelang.

Deutlich wurde durch unsere vorsichtigen Interventionen, dass weder die Gruppe der Hebammen noch die der Ärzte homogen waren in ihren Ansichten, in ihrem Status und in der Ausprägung ihres Berufsethos. Das half, aus einem Schwarz-Weiß-Wahrnehmen und – Denken herauszukommen und viele Gemeinsamkeiten zu entdecken.

Eine wechselseitige Grunderkenntnis wurde hilfreich, nämlich, dass Ärzte auf den *worst-case* hin ausgebildet und sozialisiert sind und ihre Fachlich-

keit rechtlich und tatsächlich unter extrem hohem Druck steht – „der Tod ist immer mit im Raum“. Die Hebammen hingegen vertrauen tendenziell deutlich mehr in die Kraft, auf das Wissen und die Zeitwünsche der gebärenden Mütter und ihres kommenden Kindes. Sie stehen unter weniger rechtlichem Druck – „das Leben ist primär im Raum“.

Diese Verschiedenheit wurde gesehen, anerkannt und sogar letztlich für gutgeheißen, wenn sie auch nicht immer einfach zu händeln sein würde. Es entwickelte sich erstmals Verständnis – im klassischen Mediationssinne.

Und aufgrund dieser Vorarbeit wurden nach der Optionenfindung in Phase IV in der letzten Ausprägung ohne uns, sondern in fachlicher Selbstverantwortung und dann auch unter Einbeziehung der Klinikleitung, neue Handlungsanweisungen (Phase V) geschrieben. Glücklicherweise liefen diese Richtungs-Vorbereitungs-Entscheidungen nicht konträr zu den wirtschaftlichen Interessen der Klinik. Wäre das der Fall gewesen, hätten wir rechtzeitig Vertreter dieser Gruppe mit in die Mediation geholt.

In den neuen Handlungsanweisungen, die von einer kleinen repräsentativen und persönlich benannten Gruppe formuliert wurden, ging es darum, das Primat der natürlichen Geburt festzulegen. Es ging darum, klare Zuständigkeiten zu regeln, z.B. welche Untersuchungen/Handlungen von wem durchgeführt werden, wer bis wann die primäre Verantwortung trägt und auch abgibt, wie die tägliche Übergabe ablaufen soll und wann gemeinsame Stationsgespräche stattfinden. Eher informell und dennoch wichtig wurde einvernehmlich geregelt, welche interne „*hotline*“ genutzt werden kann, wie mit Angehörigen kommuniziert wird und wie von allen das Krankenhaus nach außen vertreten wird.

Monika Hartges

Krankenhaus-Mediation zwischen Pflege und Krankentransport

Dieser Fall in ganz kleiner Konstellation ereignete sich im Bereich Pflege und Krankentransport. Ein Mann und eine Frau waren aneinandergeraten. Der Mann hatte einen Kranken transportiert, er schob ein Bett mit dem Patienten auf die Station. Bei der Übergabe gab es ein räumliches Problem, es stand irgendetwas im Weg, sodass er mit dem Bett nicht hineinkam. Und auf der anderen Seite sollte die Pflegerin den Patienten übernehmen. Es gab ein Gerangel und dabei Körperkontakt zwischen ihm und ihr, den sie als übergriffig empfunden hatte. Er hatte etwas Ähnliches gesagt wie: „Kann das nicht mal hier alles weg, hier steht ja alles voll!“

Die beiden konnten in der Mediation klären, dass das vom Mann nicht übergriffig gemeint war, dass es eine schwierige Situation war, die sich besonders für die Pflegenden noch komplizierte, weil sie für diese Bettübergabe gar nicht zuständig gewesen war. Und dann wurde sie, nach ihrer Wahrnehmung, noch irgendwie angemacht, dass da alles zu voll sei, und es gab diesen Körperkontakt. Es wären ihr einfach die Hutschnüre gerissen, sagte sie in der Mediation. Er hat sich entschuldigt im Sinne von „Ich bitte dich um Entschuldigung“ und sie hat dieser Bitte entsprochen und die Entschuldigung angenommen.

Ich als Mediatorin inszeniere bewusst eine solche Bitte um Entschuldigung, gucke, ob sie ankommt und ob sie auch erteilt wird. Das war der Fall. Es war

ein einfacher Fall für mich und hauptsächlich „nur“ mein Job, die Kommunikation zu strukturieren, wer wie wann was sagt und das intensiv zu loopen und zu paraphrasieren. Zum Konflikt hatte eine alltägliche aber für die beiden sehr unangenehme Situation geführt.

So etwas zu besprechen, scheitert im Berufsalltag an mangelnder Zeit, Aufmerksamkeit und/oder Kompetenz. Die beiden unterschiedlichen Vorgesetzten der beiden fühlten sich auch nicht im Stande, kompetent zu vermitteln, sondern waren schon fast selbst Konfliktbeteiligte.

In diesem Fall war zusätzlich von Bedeutung, dass es sofort nach dem Vorfall im Hintergrund eine WhatsApp-Kommunikation gab: „Stellt euch vor, was mir passiert ist, der XY ist mir an die Wäsche gegangen“. Schwuppdiewupp ist das bei Gott und der Welt auf dem Handy und wird immer doller, immer doller, immer doller. Deshalb wurde bei dieser Mediation auch eine Zusatz-Regelung vereinbart, der entsprechenden WhatsApp-Gruppe mitzuteilen, dass der Konflikt erledigt ist.

Meines Wissens gibt es generell wenig Bewusstsein und bisher keine ethischen Regeln, wie mit privat/beruflichen WhatsApps im Krankenhaus umzugehen ist.

Monika Hartges