



Katja Windisch

Überblick: Der grosse Vorteil mediativer Konfliktbearbeitung liegt im konstruktiven und Gesicht wahrenden Umgang mit Differenzen und dem Finden von Lösungen, die für alle Beteiligten umsetzbar und beziehungsfördernd sind. Daher liegt es nahe, Mediationen vor allem auch im Gesundheitswesen einzusetzen, in dem Menschen in sehr verschiedenen professionellen Rollen, aber auch als Anspruchsgruppen aufeinandertreffen und in dem durch knappe personelle und zeitliche Ressourcen der Druck enorm hoch ist. Der Arbeitskontext ist von systemischer Komplexität geprägt. Anhand von Praxisbeispielen aus dem Alltag multidisziplinärer Teams wird aufgezeigt, wie dringlich und aussichtsreich Mediation gerade im Gesundheitsbereich ist, aber auch welche Hürden bestehen.

Keywords: Mediation, Konfliktlösung, Gesundheitswesen, Gesichtswahrung, Versorgungsempässe, Krisenmodus, Kommunikation, Rollenklärung, Pflegendе, Ärzt*innen, multidisziplinäre Teams, stationärer Bereich, Pflegeheime, ambulanter Bereich.

<https://doi.org/10.25364/35.23:2026.1.5>

Mut zum Hürdenlauf!

Konstruktive Konfliktbearbeitung im Gesundheitswesen

Mit explodierenden Kosten, Fachkräftemangel und Versorgungsempässen ist der Gesundheitsbereich immer wieder Gegenstand politischer und öffentlicher Debatten¹. Das Konfliktpotential ist dementsprechend hoch: Durch personelle Unterbesetzung und den Einsatz von Aushilfen steigt die Arbeitslast für das Stammpersonal, welches zusätzlich zur Verantwortung für die Abläufe die Einarbeitung von Aushilfekräften stemmen muss. Kurzfristiges Einspringen und häufige Änderungen von Dienstplänen tragen bei zu Unzufriedenheit, Burnouts, Kündigungen und hoher Fluktuation. Für einzelne Teams führen die strukturellen Mängel zu einem permanenten Krisenmodus².

Der technologische Fortschritt führt zu sehr komplexen Arbeitsumgebungen und hohen Anforderungen an das medizinische und pflegerische Personal. Hinzu kommen die hohe Arbeitsdichte, laufende Veränderungsprozesse, administrativer Aufwand, die Verschränkung mit komplexen sozialpolitischen Strukturen, sowie die vielfältigen Facetten der Patient*innen-Beziehungen, mit Anspruchshaltungen und ethischen Fragen.

In Mediationen zeigen sich diese Gegebenheiten in kontext-spezifischen Varianten von Themen, die systemisch auch in anderen Bereichen, Teams und Organisationen auftauchen. So geht es z.B. um Visiten als spezifische

Arbeitsprozesse und Abläufe, um das interprofessionelle Zusammenwirken von Ärzt*innen, Pflegenden und anderen Therapeut*innen und den Umgang mit verschiedenen fachlichen Perspektiven und Meinungen zur Gestaltung medizinischer Therapiesettings, darüber hinaus um Fragen der Personalführung, Rollenklärung und interprofessioneller Zusammenarbeit mit Verwaltung und anderen Dienstleister*innen.³

1) Vgl. Kistler, A. (2025): Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen: Wie das System zum Patienten wird, Schwabe Verlag, Basel.

2) Vgl. Thiessen, B., Weicht, B., Rerrich, M.S.; Luck, F., Jurczyk, K., Gather, C., Fleischer, E.

& Brückner, M. (2020). Großputz! Care nach Corona neu gestalten. Ein Positionspapier zur Care-Krise aus Deutschland, Österreich, Schweiz, <http://care-macht-mehr.com>.

3) Der Artikel fokussiert gemäss dem Erfahrungsbereich der Autorin auf Mediationen in den Arbeitsumgebungen, d.h. mit und in medizinischen Teams. Seit über 15 Jahren führen sie sowohl Mediationsfälle als auch ihre unterrichtenden und supervisorischen Tätigkeiten immer wieder auch ins Gesundheitswesen, sowohl in ambulante als auch stationäre Bereiche. Dabei handelt es sich mehrheitlich um Mediationen mit den Teams.

» **Gemeinsam ist allen Konflikten, dass den Beteiligten je nach den jeweiligen Eskalationsstufen Lösungen immer schwerer zugänglich sind.**⁴

Nimmt die Eskalationsdynamik zu, kann Hilfe von außen eingeschaltet werden. Im Folgenden soll dies an typischen Beispielen des Arbeitsalltags verdeutlicht werden.

Beispiel 1: Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Pflegenden bei Visiten

Im Gesundheitswesen ist, analog zu anderen komplexen Arbeitsumgebungen, die Kommunikation zwischen verschiedenen Rollenträger*innen häufig Thema, wie in diesem Beispiel der Mediation auf einer Klinik-Station zwischen Ärzt*innen und Pflegenden. Es geht gemäss den Beteiligten u.a. um den Umgang mit Informationen und Anliegen der Pflegenden, die sie den Assistenzärzt*innen während der Visite entgegenbringen, auch um die Visiten selbst und generell um Informationsfluss und Kommunikation.

Bei der Visite geben die Pflegenden vor der Tür und/oder in Anwesenheit der Patient*innen aktuelle Informationen zum Zustand der Patient*innen, manchmal auch Fragen an die Ärzt*innen weiter. Wenn Assistenzärzt*innen diese nicht beantworten können, werden diese dann oft mitgenommen, wobei offen ist, ob und wann die Anliegen/Fragen beantwortet werden. Die Pflegenden werden am Patient*innen-Bett möglicherweise schnell wieder auf dahinter stehende Themen und Fragen angesprochen.

Herausfordernd an der Visite ist grundsätzlich, dass die Pflegenden nicht bei der ganzen Visite dabei sind und die Diskussion der Ärzt*innen resp. die Entscheide nicht direkt mithören. Es ist für sie unbefriedigend, wenn sie Nachfragen der Patient*innen nicht beantworten können. Im Fall später Anordnungen ist es eine weitere Herausforderung, diese so „mitzukriegen“, dass die Medikamente noch entsprechend gerichtet werden können.

Beispiel 2: Gerüchteküche und schlechte Stimmung im Team

Im Team eines Pflegeheims heizt eine gut qualifizierte und erfahrene Mitarbeiterin die Gerüchteküche an, indem sie im Team über angebliche Fehler und Defizite der neuen Stationsleitung redet, diese schlecht macht und mit vorwurfsvoller und problemorientierter Kommunikation im Team Zwiespalt sät. Dieses führt zu vielen si-

tuativen Auseinandersetzungen und Konflikten mit dem Vorgesetzten, hat aber auch eine schlechte Stimmung, Stress und Probleme der Zusammenarbeit im Team zur Folge.

Beispiel 3: Eigenmächtiges Verkürzen der Spätschicht

Die Mitarbeiterin eines stationären Pflegeheimes im ländlichen Bereich verlässt regelmässig die Spätschicht früher als in der Planung vorgesehen. Das führt nach einiger Zeit zu Unruhe im Team. Einzelne Kolleg*innen kommen der Kollegin entgegen, indem sie früh genug zu ihrer anschliessenden Nachtschicht kommen. Der Dienstplan-Schreibende kommt unter Druck, da er einerseits mit der individuell starken Forderung nach Vermeidung der Abendschichten konfrontiert wird, andererseits aber die Gleichbehandlung der Teammitglieder sicherstellen möchte.

Beispiel 4: Frust durch permanent verspätete Patient*innen

In einem psychiatrisch-forensischen klinischen Setting entsteht bei einer Musiktherapeutin Frust, weil die Patient*innen an bestimmten Tagen nach manchen anderen Therapien permanent mindestens 10 Minuten verspätet erscheinen. Damit wird ihre ohnehin knapp bemessene Therapiezeit von 30 Minuten noch stärker verknappt. Da die Patient*innen sagen, sie gingen direkt im Anschluss und ohne Verzug vom Psychotherapeuten zu ihr, hegt sie den Verdacht, dass dieser chronisch überziehe. Das wird auch als bewusste Benachteiligung und Herabsetzung gesehen und trägt zunehmend zu den „Schwierigkeiten“ im Team bei.

Mediation fördert Gehört-Werden und angepasste Lösungen

Ein entscheidender Vorzug einer Mediation ist schon, dass sich die Beteiligten gegenseitig zuhören, was durch die Mediationsperson unterstützt wird, die das Gesagte loopt, paraphrasierend wiederholt, Interessen und Bedürfnisse positiv umformuliert und auf Flipcharts aufschreibt. Allein die Zeit, die man sich für das Ge-

4) Vgl. Glasl, Friedrich (2024): Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führung, Beratung und Mediation, 13. Aufl., Haupt Verlag, Bern.

sprach nimmt und die konstruktive, effiziente Nutzung der Zeit, begünstigen die Lösungsfindung erheblich⁵. Das wird an den Verläufen der genannten vier Beispiele deutlich.

Beispiel 1: Visite wird neu aufgesetzt

Die Ärzt*innen legen ihre Sichtweise dar, dass sie die Pflegenden nach ihren kurzen Reports jeweils schnell wieder auf die Station „entlassen“, da sie die grundsätzliche hohe Belastung der Pflegenden kennen und sie deshalb nicht länger als unbedingt nötig „aufhalten“ wollten.

In der Mediation werden vom gemischten Team als Interessen und Bedürfnisse zusammengetragen:

- Kommunikation auf Augenhöhe, als Wertschätzung und für das gegenseitige Vertrauen,
- Rückmeldung und Austausch über Therapieentscheide, damit ein Gefühl der echten Zusammenarbeit da ist und die Betreuung gut gemacht werden kann,
- Achtsamkeit und Sorgsamkeit bei der Verordnung (z.B. von Medikamenten, die zu bestimmten zeitlichen Abständen verabreicht werden müssen), damit die Pflege entlastet wird und Durchführung und Sicherheit gewährleistet sind⁶,
- Rückmeldung von Fehlern fördert institutionelles Lernen und gewährleistet Effizienz und Sicherheit,
- Entlastung der Pflege durch direkte Mitteilung der Therapieentscheide (der Ärzt*innen an Patient*innen), sowie Therapieübersicht/kurze Erklärung/Information an Pflegenden für Gesichtswahrung und Professionalität, damit Verordnung weiter erklärbar ist,
- Fokus und Zeit für Patient*innen stärken deren und die eigene Motivation,
- Gutes Einarbeiten neuer Ärzt*innen mit typischen/spezifischen Notwendigkeiten, um Effizienz zu sichern.

Das gemischte Stations-Team kam bei der Optionensammlung in einen positiven Flow und trug einiges an Lösungsideen zusammen:

- Geäußerte Anliegen von Pflegenden gegenüber Ärzt*innen sollen möglichst direkt mit einer Vereinbarung gesichert werden, wie und bis wann die Abklärung erfolgen kann (z.B. ideal: bis Mittag),
- Verfügungen könnten ggf. während der Visite direkt elektronisch eingegeben werden,
- Es sollten immer Oberärzt*innen bei der Visite anwesend sein,
- Zur Absicherung könnte man den Assistenzärzt*innen einen Notiz-Zettel mitgeben, der Stichworte zum Anliegen enthält,

- Späte Anordnungen (z.B. Medikamente nach 15 Uhr) könnten den die Medikamente richtenden, leitenden Pflegenden persönlich per Telefon mitgeteilt werden,
- Beim Vertreten von Patient*innen-Anliegen heisst es „Dranbleiben“⁷

Die Visite wird als Gesamtpaket umorganisiert: Es sollen tägliche gemeinsame Visiten der Ärzt*innen und Pflegenden stattfinden. Dazu wird an den Morgenbesprechungen festgelegt, welche Arbeiten an den Patient*innen von den pflegerischen Hilfskräften in der Zeit der Visite verrichtet werden können. Damit werden die Diplomierten freigestellt und können an der Visite tatsächlich teilnehmen.

Zudem wurde vereinbart:

- am internen gemeinsamen Qualitäts-Zirkel auch inhaltliche medizinische Fragen aufzunehmen, so dass der Austausch zum gegenseitigen Verständnis und Lernen erweitert werden kann;
- über Unsicherheiten zu sprechen; sie sollen geteilt werden dürfen;
- bewusst auch positive Feedbacks zu geben;
- die Dokumentation zu verbessern;
- Fehler (z.B. bei der Medikamentenverordnung) auf einer Liste zu sammeln, die als Fixpunkt in die Teambesprechungen aufgenommen werden.

5) Vgl. Keydel, Birgit (Hrsg), 2021: Die Big Five in der Konfliktarbeit. Prinzipien – Mythos oder Wirklichkeit, Wolfgang Metzner Verlag, Frankfurt/M.

6) Hintergrund ist in dem spezifischen Fall, dass bestimmte, auf der Station oft eingesetzte Medikamente, die nur in gewissen Abständen eingenommen werden dürfen, immer wieder von je neuen Assistenz-Ärzt*innen auf die Mahlzeiten ausgerichtet verschrieben wurden, was den Abständen nicht Rechnung trägt. Das wurde das von diplomierten Pflegenden zwar häufiger korrigiert, aber als Fehlerquelle wahrgenommen.

7) Hinter dieser vergleichsweise nüchternen Option versteckt sich die von einem Oberarzt geäußerte, ermutigende Aufforderung an die Pflegenden, dass es sich bei vermeintlich von den Ärzt*innen nicht beantwortete oder nicht gehörten Anliegen nicht um ein Statement wie Abweisung oder ostentative Ignoranz handelt, sondern dass sie wahrscheinlich trotz besten Bemühens untergegangen sind. Eine Erinnerung und ein Dranbleiben wäre dann das, was man sich wünschte und wozu man die Pflegenden von Herzen ermutigen möchte.

Beispiel 2: Karriereplanung

In dem Team wird über das schwierige Kommunikationsverhaltens einer Mitarbeiterin geklagt. Gemäss Darstellung der Kolleg*innen ist die Kollegin frustriert, da ihre Bewerbung bei der Stellenbesetzung der Stationsleitung nicht berücksichtigt wurde und die Besetzung mit einer externen Bewerberin erfolgte. In diesem Fall werden nach einem grundsätzlichen gegenseitigen Verständnis konkrete Optionen entwickelt wie

- Gespräch der für die Stellenbesetzung verantwortlichen (Vor-) Vorgesetzten, mit der Mitarbeiterin,
- Reflexion von Interessen/Bedürfnissen der Teammitglieder in Bezug auf die eigene Weiterentwicklung, evtl. Massnahmen wie Fortbildung ermöglichen,
- Kommunikation und Umgang im Team thematisieren.

Beispiel 3: Unterstützung der Teamkollegin in ihrer schwierigen Situation

Der Hintergrund der eigenmächtigen Verkürzung der Spätschicht ist, dass die alleinerziehende Mutter abgelegen auf einem Hügel wohnt und der letzte Bus zu einer Zeit fährt, dass sie ihn mit dem ordentlichen Arbeitsende nicht mehr erreichen würde.

Der Vorgesetzte kann das Interesse der alleinerziehenden Mutter nach sicherem Arbeitsweg und der Wahrnehmung ihrer Betreuungspflichten und Verantwortung nachvollziehen, auf der anderen Seite muss der Vorgesetzte das ebenfalls valable Interesse (des Hauses) nach Versorgung der Bewohner*innen, Verlässlichkeit sowie Gleichbehandlung der Mitarbeitenden berücksichtigen. Es kommen verschiedene Optionen aufs Tapet:

- Die Mitarbeiterin könnte eher anfangen und früher gehen,
- transparente Berücksichtigung beim Dienstplan (nur Frühdienst),
- Job-Fahrrad,
- Unterstützung bei der Findung einer Kinderbetreuung,
- Bereitschafts-Erfragung für Abtausch auf anderen Stationen.

Beispiel 4: Aufdecken und Beheben von Planungsfehlern

Eine Musiktherapeutin litt darunter, dass Patient*innen permanent verspätet zu ihr kamen. In der Aussprache stellt sich als Grund heraus, dass die Patient*innen wo-

chenweise einen Plan erhielten mit verschiedenen Therapien wie Psychotherapie, Ergo- oder Musiktherapie, Aktivitäten in Gruppen und in Einzelgesprächen etc., und dabei auf dem grossen Gelände zwischen unterschiedlichen Gebäuden unterwegs waren. Längere Wege zwischen Therapieorten waren aber in den „Wechselzeiten“ nicht berücksichtigt, so dass zwischen bestimmten Therapien eine strukturelle Verspätung entstand.

Die Musiktherapeutin wollte grundsätzlich ihren Job gut machen, sie erwartete Wertschätzung ihres Engagements, Planungssicherheit, Verlässlichkeit und gab ihr Bedürfnis nach Harmonie an. Es ging daher vor allem um die Wahrnehmung des Problems, damit die Wechselzeiten im Zeitplan angemessen berücksichtigt werden konnten. Zentral war also vorderhand der Austausch selbst zur Aufdeckung des Planungsfehlers.

Mut zur Überwindung der Hürden (Unkenntnis, Abschottung, Zeitnot)

Wie auch in anderen Konfliktbereichen besteht eine der Hürden darin, eine Mediation überhaupt in Erwägung zu ziehen. Bei aller Dringlichkeit und guten Erfolgsaussichten einer mediativen Konfliktbearbeitung ist entscheidend, dass jemand der Beteiligten (z.B. in einer medizinischen Praxis oder einer Klinik) Mediation als Verfahren oder sogar Mediator*innen kennt und die Idee einer Mediation zur Konfliktbewältigung einbringt. Eine weitere Hürde ist erfahrungsgemäss die Terminfindung. Gerade in klinischen Bereichen, seien es Stationen oder grosse Praxen, gibt es wenig Zeitfenster, die dem ganzen Team ausserhalb von Öffnungs- oder Patienten*innen-Zeiten zur Verfügung stehen. Die dritte Hürde ist die – nicht nur dem Gesundheitswesen eigene – Selbstwahrnehmung der scheinbaren Abgeschlossenheit des jeweiligen Mikrokosmos.

» Beobachtbar ist oft die recht fatalistische Überzeugung, dass vieles eben nicht lösbar resp. alles Mögliche schon versucht worden sei.

Auch wenn Hürden mit Blick auf das tägliche Erleben der hohen Komplexität verstehbar sind, sind sie doch überwindbar und stehen einer Mediation eigentlich nicht entgegen.

Mediation – Chance und Entlastung zur Konfliktregulierung

In Mediationen tritt oft bei den Beteiligten der schöne Überraschungseffekt auf, dass der konstruktive und er-

gebnisoffen moderierte Austausch auf Augenhöhe über Interessen und Bedürfnisse aus den jeweiligen Rollen heraus eine auffallend schnelle Verständigung und auch konkrete Lösungsideen bringt. In der Rückmeldung werden Mediationen oft als sehr wertschätzend und damit auch als Form der Anerkennung (durch die Leitung) erfahren.

Hierin liegen in einer Umgebung, in der Zeit grundsätzlich knapp ist, deshalb die grossen Chancen eines fokussierten Prozesses, der auf gegenseitiges Verstehen und fortwährende Anpassung gerichtet ist. Regelmässige Gefässe, z.B. in Form von Quartals-Supervisionen, in denen Team-Themen mediativ sowie beispielsweise Fall-Themen supervisorisch bearbeitet werden können, schaffen Vertrauen, Stabilität und ermöglichen schnell spezifische Lösungen. Vor allem aber gewinnen die Teams ein tieferes Verständnis untereinander, was insgesamt zu einer besseren Stimmung beiträgt, die wiederum Motivation und Resilienz der einzelnen stärkt.

Auch wenn grundlegende strukturelle Mängel durch Mediation nicht unmittelbar gelöst werden können, wie z.B. die monatelang hängige Anbindung an die IT nach der Eingliederung einer Station in ein anderes Haus, so kann durch das gegenseitige Gehört-Werden die Dringlichkeit auch von Leitenden wieder aufgenommen und erneut eingebracht werden und ein gemeinsames Überbrücken ermöglichen.

Wer die Bedürfnisse hinter vorgebrachten Positionen sehen kann, muss nicht mehr die Positionen als absichts-

volle „Treffer“ wahrnehmen und darauf reagieren. Allein dies kann in komplexen Kontexten mit vielfältigen Perspektiven schon ein substanzieller Gewinn sein.

Literatur

- Glasl, Friedrich (2024): Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führung, Beratung und Mediation, 13. Aufl., Haupt Verlag, Bern.
- Keydel, Birgit (Hrsg), 2021: Die Big Five in der Konfliktarbeit. Prinzipien – Mythos oder Wirklichkeit, Wolfgang Metzner Verlag, Frankfurt/M.
- Kistler, Andreas (2025): Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen: Wie das System zum Patienten wird, Schwabe Verlag, Basel.
- Thiessen, B., Weicht, B., Rerrich, M.S.; Luck, F., Jurczyk, K., Gather, C., Fleischer, E.
- & Brückner, M. (2020). Großputz! Care nach Corona neu gestalten. Ein Positionspapier zur Care-Krise aus Deutschland, Österreich, Schweiz, <http://care-macht-mehr.com/>



Kontakt

Dr. Katja Windisch ist Soziologin, praktizierende Mediatorin FSM und Supervisorin, Ausbildungsleiterin Mediation am Ausbildungsinstitut perspectiva in Basel, Dozentin an verschiedenen Hochschulen und Präsidentin des Verbands Mediation.

katja.windisch@perspectiva.ch
www.perspectiva.ch

Résumé en français

Obstacles à la gestion des conflits dans le secteur de la santé

Katja Windisch

Le grand avantage de la gestion des conflits par la médiation réside dans le traitement constructif et respectueux des différences et dans la recherche de solutions qui soient réalisables pour toutes les parties concernées et favorisent les relations. Il est donc logique de recourir à la médiation, en particulier dans le secteur de la santé, où des personnes occupant des rôles professionnels très différents, mais aussi appartenant à des groupes d'intérêt divergents, se côtoient et où la pression est énorme en raison du manque de personnel et de temps. À l'aide d'exemples pratiques tirés du quotidien d'équipes multidisciplinaires, cet article montre à quel point la médiation est urgente et prometteuse dans le secteur de la santé, mais aussi quels sont les obstacles qui s'y opposent.

Tous les conflits ont en commun le fait que, selon le degré d'escalade, les solutions sont toujours difficiles à trouver pour les parties concernées et que, lorsque la dynamique d'escalade s'intensifie, une aide extérieure peut être sollicitée.

L'un des avantages décisifs de la médiation réside dans le fait que les parties prenantes s'écoulent mutuellement, avec le soutien du médiateur qui résume les propos tenus, les reformule de manière positive en paraphrasant, reformule les intérêts et les besoins de manière positive et les note sur des tableaux à feuilles mobiles. Le simple fait de prendre le temps de discuter et d'utiliser ce temps de manière constructive et efficace favorise considérablement la recherche d'une solution.

Comme dans d'autres domaines conflictuels, l'un des obstacles consiste à faire en sorte que la médiation ait lieu. Malgré l'urgence et les bonnes

chances de succès d'une gestion conflictuelle par la médiation, il est essentiel qu'une des parties concernées (par exemple dans un cabinet médical ou une clinique) connaisse la médiation en tant que procédure, voire les médiateurs, et propose l'idée d'une médiation pour résoudre le conflit. L'expérience montre qu'un autre obstacle est la recherche d'une date. Dans les milieux cliniques en particulier, qu'il s'agisse de services hospitaliers ou de grands cabinets médicaux, il y a peu de créneaux horaires disponibles pour toute l'équipe en dehors des heures d'ouverture ou des heures de consultation. Le troisième obstacle est la perception – qui n'est pas propre au secteur de la santé – de l'apparente fermeture du microcosme concerné. À cela s'ajoute la conviction largement répandue et assez fataliste que beaucoup de choses ne peuvent tout simplement pas être résolues ou que tout ce qui était possible a déjà été essayé. Le secteur de la santé est en quelque sorte considéré comme un domaine chroniquement problématique. Même si cela est tout à fait compréhensible au vu de la grande complexité du quotidien, cela ne devrait pas empêcher le recours à la médiation.

C'est souvent ici que les participants ont la bonne surprise de constater que l'échange constructif et ouvert, mené d'égal à égal, sur les intérêts et les besoins liés à leurs rôles respectifs, permet d'aboutir très rapidement à une entente et à des idées de solutions concrètes. Dans les retours d'expérience, les médiations sont souvent perçues comme très valorisantes et donc comme une forme de reconnaissance (par la direction).

Katja Windisch