

Im Turm von Babel: Spital-Mediationen  
Klinikalltag, Hierarchien und  
zwischenmenschliche Spannungen

Konfliktkompetenz in der Klinik

Mut zum Hürdenlauf!

Das Krankenhaus, eine professionelle  
Dienstleistungsorganisation

Konfliktlösung im Spital

Kritik als Ressource

Erkrankung macht Mediation notwendig!?

Gehört und respektiert werden

Um Verstetigung ringend: Neue Befunde  
zum Berufsfeld Mediation in Österreich

# Gesundheitswesen







**Heftverantwortliche:** Yvonne Hofstetter Rogger und Iwan Raschle

<https://doi.org/10.25364/35.23:2026.1.1>

## Liebe Leserinnen und Leser

Gesundheit! Wir wünschen sie uns zum Geburtstag, an Neujahr oder im Alltag, wenn jemand niest, und ob schon wir alle gesund sein wollen, tun wir oft zu wenig für unsere eigene Gesundheit. Ähnliches ließe sich auf einer höheren Ebene konstatieren: Wir wünschen uns ein funktionierendes Gesundheitswesen, ein gesundes, und am meisten tun wir das, wenn wir selbst Teil dieses „Gesundheitswesens“ sind: als Patientin, als Patient. Dann spüren wir, dass Gesundheit verhandelt wird. Im Gespräch zwischen der kranken Person und der Ärztin, dem Arzt. Im Austausch zwischen Pflege und Medizin. In Sitzungen, im Austausch mit Betroffenen und Angehörigen, und oft unter hohem Zeitdruck. In Situationen mithin, in denen wir auch ohne eigene Entscheidungen an unsere Grenzen kommen.

Das Gesundheitswesen ist ein Ort hoher Kompetenz. Und zugleich ein Ort hoher Spannung. Unterschiedliche Professionen treffen aufeinander, unterschiedliche Logiken, unterschiedliche Sprachen. Medizin, Pflege, Verwaltung, Politik, Ökonomie – jeder Bereich kommuniziert für sich plausibel, in eigener Sprache und mit eigener Perspektive. Und doch nicht immer anschlussfähig. Wer hier zusammenarbeitet, muss nicht nur viel wissen. Sondern auch übersetzen – und verstehen wollen.

Vielleicht liegt genau darin eine der zentralen Herausforderungen: Verständigung in einem System, das von Spezialisierung lebt. In dem Entscheidungen in Extremsituationen getroffen werden müssen. In dem Hierarchien Orientierung geben und gleichzeitig Reibung erzeugen.

Konflikte bilden in einem solchen Umfeld keine Ausnahme. Sie sind strukturell angelegt. Und doch werden sie häufig individualisiert. Als persönliches Problem gelesen, als Kommunikationsstörung, als Defizit einzelner Personen. Dabei zeigen viele Konflikte etwas anderes: Sie verweisen auf widersprüchliche Erwartungen, auf unklare Zuständigkeiten und auf unerfüllte Bedürfnisse nach Orientierung, Unterstützung und Gehörtwerden.

Was bedeutet das für die Mediation? Vielleicht zunächst dies: Dass sie im Gesundheitswesen nicht einfach ein zusätzliches Angebot darstellt. Sondern dass sie einen notwendigen Raum schafft. Damit Menschen gehört werden. Damit Menschen sich verstehen. Einen Raum, in dem ausgesprochen werden kann, was im Alltag keinen Platz hat. In dem Erfahrungen, Sorgen und Erwartungen sichtbar werden. Und in dem unterschiedliche Perspektiven nebeneinander stehen dürfen, ohne sofort bewertet werden zu müssen.

In dieser Ausgabe der „perspektive mediation“ richten wir den Blick auf das Gesundheitswesen. Auf seine Dynamiken, seine Spannungsfelder, seine Widersprüche – und auf die Frage, wie Konflikte in einem solchen Umfeld verstanden und bearbeitet werden können.

Denn eines wird deutlich: Verständigung im Gesundheitswesen ist kein Luxus. Sie ist eine Voraussetzung dafür, dass dieses System trägt.

*Yvonne Hofstetter Rogger, Iwan Raschle*





Yvonne Hofstetter Rogger, Tomáš Klimann, Walter H. Letzel, Katharina Oberbichler, Iwan Raschle, Katarzyna, Schubert-Panecka, Sabine Zurmühl

„perspektive mediation“ – Mitteilung der Herausgeber:innen

## Liebe Leserinnen und Leser

Passend zum Schwerpunktthema „Transformation“ der letzten Ausgabe haben sich die Herausgeber:innen der „perspektive mediation“ in den vergangenen Monaten intensiv mit der Weiterentwicklung unserer Zeitschrift beschäftigt. Die bisherigen und die neuen Mitglieder der Herausgeber-schaft führten in kurzer Zeit Verhandlungen mit dem bisherigen Verlag und loteten gleichzeitig neue publizistische Möglichkeiten aus.

Mit der Ausgabe 1/26 zum Thema „Gesundheitswesen“ haben wir die erste Phase dieses Transformationsprozesses abgeschlossen: Die „perspektive mediation“ erscheint ab sofort als unabhängige wissenschaftliche Open-Access-Publikation im Zeitschriftenprogramm der Universität Graz. Sie wird Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, künftig also unentgeltlich zur Verfügung stehen. Unsere Fachzeitschrift versteht sich weiterhin als interdisziplinäre Publikation für Mediation und konstruktive Konfliktbearbeitung. Als solche verbindet sie theoretische Grundlagen mit praxisbezogenen Zugängen und eröffnet internationale Perspektiven auf Entwicklungen in der Konfliktkultur.

Die „perspektive mediation“ erscheint weiterhin vierteljährlich. Neu können wir auf der Onlineplattform ergänzende Beiträge zu aktuellen Themen sowie Hinweise auf Veranstaltungen und Publikationen veröffentlichen. Das Archiv der bisherigen fast 100 Ausgaben wird im Sommer 2026 an die Universität Graz übertragen und soll ab Herbst ebenfalls frei zugänglich sein. Bis dahin steht das bisherige Archiv auf bibloscout.net weiterhin zur Verfügung, die Ausgaben sind dort jedoch kostenpflichtig.

Für die wissenschaftlichen Beiträge der „perspektive mediation“ wird neu ein Peer-Review-Verfahren durchgeführt. Es dient der Qualitätssicherung und stellt sicher, dass wissen-

schaftliche Standards im universitären Kontext eingehalten werden. Diese Umstellung ist im Gang. In den kommenden Monaten werden wir auch die redaktionellen Prozesse entsprechend anpassen – inhaltlich, technisch und organisatorisch. Unsere Onlineplattform wird auf Basis der international verbreiteten Open-Source-Software „Open Journal Systems“ (OJS) betrieben und von der Universität Graz gehostet.

Wir danken unseren neuen Publikationspartner:innen an der Universität Graz herzlich für ihre Unterstützung und ihr Engagement: Lisa Schilhan (Universitätsbibliothek Graz), Karl Rizzoli (IT der Universität Graz) und Sascha Ferz (Rechtswissenschaftliche Fakultät der Universität Graz).

Dem Verlag Österreich – Geschäftsführer Johannes Schultze, Verlagsleiterin Barbara Raimann und Jörg Steiner, Leiter Zeitschriften – danken wir ebenfalls herzlich für die Unterstützung auf dem Weg in die publizistische Eigenständigkeit.

Bei Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, bedanken wir uns für Ihr Interesse an der „perspektive mediation“. Wir führen die Zeitschrift mit Unterstützung der Universität Graz auf einer soliden Basis weiter, und wir tun dies weiterhin mit Leidenschaft und Freude.

Die „perspektive mediation“ finden Sie ab 20. Juni 2026 – dem „Tag der Mediation“ – unter:

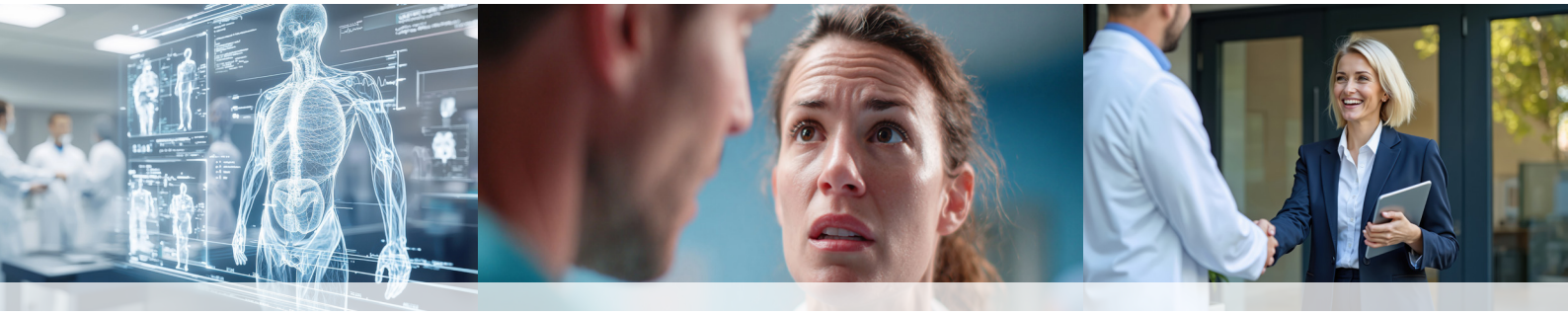
**[perspektive-mediation.eu](https://perspektive-mediation.eu)**

Wir freuen uns, wenn Sie uns weiterhin begleiten.

Die Herausgeber:innen

*Yvonne Hofstetter Rogger, Tomáš Klimann, Walter H. Letzel, Katharina Oberbichler, Iwan Raschle, Katarzyna, Schubert-Panecka, Sabine Zurmühl*

# Inhalt



8 Im Turm von Babel:  
Spital-Mediationen

30 Mut zum Hürdenlauf!

45 Konfliktlösung im Spital

**Editorial** 3

**Vorwort** 5

Perspektive | **Schwerpunkt** **Im Turm von Babel: Spital-Mediationen** 8  
Peter Krepper

**Klinikalltag, Hierarchien und zwischenmenschliche Spannungen** 14  
Mediationen in Krankenhäusern  
Monika Hartges und Sabine Zurmühl

**Konfliktkompetenz in der Klinik** 23  
Gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen  
Bianca Kreiter und Consolata Peyron

**Mut zum Hürdenlauf!** 30  
Konstruktive Konfliktbearbeitung im Gesundheitswesen  
Katja Windisch

**Das Krankenhaus, eine professionelle Dienstleistungsorganisation** 36  
Friedrich Glasl

**Konfliktlösung im Spital** 45  
Ombudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern  
Angela Ullmann und Ursula Theiler



52 Kritik als Ressource

60 Gehört und respektiert werden

64 Um Verstetigung ringend

Perspektive | **Schwerpunkt**

**Kritik als Ressource**

52

Beschwerdemanagement als Treiber für Qualität  
Matthias Bäuerlein und Tosca Hrnjak

**Erkrankung macht Mediation notwendig!?**

54

Heinz Pilartz

**Gehört und respektiert werden**

60

Erfahrungen einer Mediatorin als Patientin  
Gerda Ruppi-Lang

Perspektive | **Weitere Beiträge**

**Um Verstetigung ringend: Neue Befunde zum Berufsfeld Mediation in Österreich**

64

Hemma Mayrhofer und Martina Neuwirth

**Zur Zeitschrift**

72

Die Redaktion der *perspektive mediation* vertritt in ihren Heften die gendersensible Schreibweise. In welcher Weise dies geschieht, wird der Autorin / dem Autor überlassen. Es sind alle Formen zulässig (z.B I, \*, \_, : ...) sodass sich in jedem Heft unterschiedliche Varianten der gendersensiblen Sprache finden lassen. Ebenfalls tritt die Redaktion dafür ein, länder- beziehungsweise regionenspezifische Sprachvarianten und Schreibweisen in Texten möglichst zu erhalten.



## Peter Krepper

**Überblick:** Der Beitrag beleuchtet Mediation im Spital als Arbeit in einem hochkomplexen, hierarchisch geprägten und ökonomisch unter Druck stehenden System. Ausgehend von der Metapher des Turmbaus zu Babel beschreibt der Autor die vielfältigen Verständigungsprobleme im Gesundheitswesen – zwischen Fachsprachen, Professionen, Hierarchien und organisationalen Logiken.<sup>1</sup> Er beschreibt Spitäler als Expertenorganisationen mit oftmals strukturellen Führungsdefiziten und zeigt auf, wo und warum Konflikte systemisch entstehen, sich zuspitzen und eskalieren. Der Beitrag verbindet systemische Analyse, rechtliche Einordnung und erfahrungsbasierte Reflexion und leitet daraus zentrale Erkenntnisse für Konfliktmanagement, Führung und Organisationsentwicklung im Spital ab.

**Keywords:** Mediation im Spital, Spital als Expertenorganisation, Systemische Konflikte, Führung und Hierarchie, HR und Allparteilichkeit, Fachkräftemangel und Spitalökonomie, Direktive Mediation, Organisationsentwicklung.

<https://doi.org/10.25364/35.23:2026.1.2>

# Im Turm von Babel: Spital-Mediationen

## Am Anfang war das Machtwort

Es war einmal, zu einer Zeit, als alle Menschen noch dieselbe Sprache hatten. Da kamen sie darauf, einen Turm zu bauen so hoch, dass sie den Göttern näher wären. Eine schöne Idee, eigentlich. Buchstäblicher Hoch-Mut herrschte vor. Ihrem einen Gott jedoch kam ein solches Projekt zu nahe, oder genauer, das Menschenkind damit. Also reframte er dessen Tun zu Hochmut und intervenierte so: Gott bringt den Turmbau unblutig zum Stillstand, indem er eine Sprachverwirrung hervorruft, die wegen unüberwindbarer Verständigungsschwierigkeiten zur Aufgabe des Projektes zwingt und die Erbauer aus dem gleichen Grunde über die ganze Erde zerstreut.<sup>2</sup> Unblutiger Stillstand: Macht das diesen Akt tolerierbar? Unfairplay!, ist man geneigt, Gott zuzurufen.

Und wundert sich im Übrigen nicht mehr über das Sprachgebabbel, das sich im Gesundheitswesen seither breit macht. Von der Definition von „Gesundheit“ durch die WHO bis zum volkstümlichen Verständnis in Ratgebern weiss der zerstreute Erdling kaum noch, was ihm wie bekommt. Was vermag da Meditation, äh nein, Mediation, oder halt, doch Meditation?

## Halbgötter in Weiss?

Nicht allein mit den Begrifflichkeiten der Medizin sind wir am Ende unseres Lateins. Viele Patient\*innen leiden in der Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten, wenn es darauf ankommt. Und sind, auch ohne dass die Profis sich selbst so sehen, vor ärztlicher Autorität allzu eingeschüchtert. – Versteht sich wenigstens die Berufszunft selbst noch: Psycholog\*innen, PsychiaterInnen, Therapeut:innen, die Fachmitarbeitenden Gesundheit? (Das Gendern wäre ein weiteres Sprachabbildungsbums, doch bleibe man beim Thema.<sup>3</sup>)

1) Die kritische Durchsicht dieses Artikels und wertvolle Hinweise dazu verdanke ich Simone Wandfluh (Stv. Leiterin HR Klinik Hirslanden), Marc Widmer (Spitaldirektor Stadtspital Zürich) und André Zemp (Präsident Spitalrat Universitätsspital Zürich und Präsident Stiftungsrat Kliniken Valens).

2) Wikipedia 26.11.2025, m.V.a. die Genesis 11,7–8.

3) In diesem Artikel verwende ich bei unbestimmten Personen mal nur die weibliche oder die männliche Form sowie immer wieder den Asterisk \*: eine gute Übung in Genderlockerheit.

Im Laufe meiner vielen Jahre Praxis der Mediation in Gemeinschaftspraxen habe ich manch beredete Verwirrung miterlebt. Mit oder ohne „Elfenbein“ (sprich Wissenschaft) wird auch im „Turm“ von Spitälern aneinander vorbeigeredet, was die Fachsprachen so hergeben, soweit es um Verständigung und nicht nur um Fachkompetenzen geht. Im Organisationsgewirr zudem von Linien, Stäben, Matrizen, Instituten, Kliniken und Teams zerstiebt Verständigung vielfach bis zum Gesprächsabbruch.

»» **Die ganze Palette kalter und heisser Konflikte spielt sich hierbei ab.**

Damit zur Kernfrage: Was braucht es, damit Mediation im Spital erfolgreich ist? Welche Möglichkeiten hat die Mediatorin im Hinblick auf das Wohl der Belegschaft im Kontext systemische Komplexität und Fachkräftemangel, Fallzahlen und Kostendruck, Konkurrenz, kurz: Spitalökonomie?

### Unser Krankheitswesen

Älter werdende Menschen, neue Behandlungsmöglichkeiten und die Zuwanderung lassen das Gesundheitswesen hierzulande stetig wachsen. Anders als bei Industrie, Banken und Versicherungen erlebte das Gesundheitswesen bislang keine disruptive Phase. Es musste sich bislang nicht neu erfinden. Strukturbereinigungen aufgrund zu vieler Spitäler finden bis dato noch kaum statt.

In der Spitallandschaft herrscht darob ein Anreizsystem der Menge. Wo die Preise für das Angebotene nicht steigen, die Kosten indes schon (Teuerung, technische Weiterentwicklungen, regulatorische Anforderungen), finanziert sich das Spital durch das Behandeln möglichst vieler Kranker, die Kompensation durch die Menge, die Fallzahlen.

Spitäler betreiben in diesem Zielkonflikt im Grunde nicht das Geschäft der Gesundheit, sondern ein „Krankheitswesen“. Der Wettbewerb der Anbieter darum wird verschärft durch staatliche Spitalisten und Leistungsaufträge.

»» **Hinzu kommen eklatante Führungsprobleme einer für Führungsaufgaben kaum ausgebildeten Ärzteschaft.**

Spitäler sind damit, anders als die meisten Unternehmen anderer Branchen, vorab Expertenorganisationen. Ob eine Chefärztin darin auch etwas von Management

versteht, ist eine der offenen Fragen; ob ein Chefarzt versteht, dass er aufgrund der Entwicklungen in der Medizin selbst nicht mehr up-to-date arbeitet, eine weitere. Dies birgt häufig Konfliktstoff am Arbeitsplatz.

### Systemische Konfliktspiralen

Das Arbeits- oder Personalrecht, der akute Fachkräftemangel, politische Erwartungshaltungen und Einflussnahmen lassen das Führen eines Spitals zum Spiessrutenlaufen im Hinblick auf dessen Performance werden. Verantwortlich zeichnen businessorientierte CEO an der Spitalspitze<sup>4</sup>, darunter die Medizinische Direktion<sup>5</sup>, eine vielköpfige Geschäftsleitung mit Departementen<sup>6</sup> wie Medizinisches, Pflege, Geräte- und Haustechnik, Finanzen, IT und als Stabstellen die Personalführung, Human Resources (HR) und eine Rechtsabteilung.

Konflikte branden dann insbesondere bei den beiden letzteren Stellen an.<sup>7</sup> In der Praxis wird das HR oft erst spät von der Linie in einen Konflikt am Arbeitsplatz involviert, steht häufig auf Seiten der hierarchisch höheren Person und wird darob nicht als allparteilich wahrgenommen.<sup>8</sup> Im öffentlich-rechtlichen Bereich kommt vor, dass ein Spital neben dem HR eine Ombudsstelle hat, die auf Beschwerde hin den Umgang mit Arbeitsplatzkonflikten der Spitalleitung zurückspielt. Was nun, was tun?

4) Sie sind in ihrem Tun nicht frei, sondern selbst wiederum einem Strategie-Organ unterstellt.

5) Systemische zumeist kalte Konflikte sind vorprogrammiert: Der zweitmächtigste Mann und höchste Arzt im Haus „führt inoffiziell“.

6) Organisationale Konfliktfälle: Gerangel um Einfluss, nicht funktionierendes Kollegialsystem (CEO und Medizinische Direktion sind doch „noch etwas höher“); ChefärztInnen in den Departementen bleiben führungslos oder spielen die Mitglieder der GL gegeneinander aus, mit Folgen für das gesamte Departement und sogar Spital.

7) Wird das Spital als Dienstabteilung der öffentlichen Verwaltung geführt, ist zudem oft quasi-institutionalisiert, dass das HR konfliktlösend kündigen will und die Rechtsabteilung sich rechtsweg-avers quer dagegen stellt.

8) Modernes HR versteht sich über administrative Personalverwaltung hinaus als Beratung und oder Coach der Linie, befasst sich mit hausinterner Team- und Organisationsentwicklung und setzt seine mediativen Skills zur Konfliktarbeit selbst ein oder vergibt solche Arbeit an externe Profis in Mediation.

Generell wissen wir Mediator\*innen, dass Konflikte umso besser konstruktiv bearbeitet werden können, je rascher dies geschieht. Das gilt auch in Spitälern. So dann ist uns erfahrungsbasiert klar, dass ein präventives Konfliktmanagement Sinn macht, also: Die Kultur des Unternehmens im Umgang mit Streitigkeiten ist allen Beteiligten klar, die in solchen Situationen zu beschreitenden Wege sind es ebenso, die zuständige Stelle ist informiert, kompetent, available.

### Elevator Pitch zur Mediation

Bei aller Konfliktarbeit im konkreten Fall, ob intern oder extern vergeben, gilt: Mediation im Spital funktioniert zunächst einmal so wie andernfalls auch. Es braucht eine sorgfältige Auftragsklärung sowie Konfliktanalyse, ein strukturiertes Vorgehen bei der Arbeit, Ergebnisoffenheit, konkret vereinbarte Vertraulichkeit und profigelassene Zielstrebigkeit.

» **Wie in anderen Unternehmen auch sind die arbeitnehmenden Konfliktparteien qua Weisung verpflichtet, an der Mediation teilzunehmen – ein wertvoller Vorzug der Mediation für die angestrebte einvernehmliche Lösung des Konflikts.**

Wird dies bei der Mandatsanfrage kurz und klar so kommuniziert, öffnet es der Mediation Tür und Tor in den „Spitalturm“.

Im Übrigen erscheint es gerade bei den häufigen Konfliktfällen mit Kadern Chef\*in-Sache, diese Weisung auf gute Art persönlich zu erteilen. In der Regel findet bei mir dazu ein Briefing statt mit CEO, HR-Chef\*in, dem Mediator und den Mediand\*innen. Das durch den CEO vertretene auftraggebende Spital macht den Letzteren die Erwartungen ins Mediationsverfahren hinein deutlich und motiviert sie zu einer aktiven und konstruktiven Teilnahme.

Während die Einleitung des Mediationsverfahrens bottom down erfolgt, führt die Konfliktbearbeitung oftmals dann bottom up zum Bedarf nach systemischen Klärungen, dem Beheben von Führungs-Vakua sowie nach Team- und gelegentlich Organisations-Entwicklung ganzer Institute, Kliniken, Bereiche im Spital. Auch das klärt der Mediator gleich zu Beginn schon mit seiner Auftraggeberin und bindet sie im Voraus darin mit ein. Mediation schafft hiermit echten Mehrwert.

### Erfolgreiche Praxisbeispiele

Bei Beachten der genannten Präliminarien kann Mediation im Spital Gutes tun. In meiner Praxis enden sieben von zehn Mediationen vollständig<sup>9</sup> erfolgreich. Die Parteien verstehen sich (wieder), haben Arbeitsvereinbarungen miteinander geschlossen, werden von ihren Vorgesetzten in deren Umsetzung unterstützt, gehen zuversichtlich wieder an ihre Arbeit – das Debriefing nach einiger Zeit bestätigt diesen Erfolg und erlaubt da und dort als notwendig erkannte Anpassungen der Abläufe.

#### Fallbeispiele:

*Kampf um Fallzahlen.* Die rund zehnköpfigen Ärzteteams in anverwandten medizinischen Bereichen greifen via Notfallaufnahme, zuweisende Spitälern und Arztpraxen beim Eintritt auf Patient\*innen des anderen Bereichs zu. Die Chefärzt\*innen der Bereiche geraten darob zunehmend lautstark in Streit. Sie legen, auf Weisung der CEO in die Mediation gesandt, in zunächst vertraulichen Einzelgesprächen offen, dass der eine Bereich höheres Prestige als „cashcow des Spitals“ genießt und der andere Bereich die patientenschonend modernere Medizin der Zukunft mit indes geringerem Umsatz bietet.

Zwischen den gemeinsamen Mediationsgesprächen zieht der Mediator die Medizinische Direktion und die CEO des Spitals bei, und die vier Personen klären die Prioritäten auch im Hinblick auf den kurz vor der Erneuerung stehenden staatlichen Leistungsauftrag (bei zu geringen Fallzahlen droht dem Spital, für den Prestigebereich von der Spitalliste gestrichen zu werden). Dies ermöglicht den Medianden, sich auf ein konkretes Vorgehen beim Patienteneintritt zu einigen.

Anschliessend versammeln die beiden Chef\*innen unter Leitung des Mediators ihre Teams und instruieren sie gemeinsam darüber, wie ab sofort miteinander die Eingangstriage gemacht wird. Der kommunikative Umgang miteinander wird neu etabliert und es werden neu regelmässige Zusammenkünfte aller Beteiligten organisiert. – Neun Monate später bestätigt das Debriefing mit CEO, Medizinischer Direktion und den Chefärzt\*innen, dass der Konflikt nachhaltig beigelegt werden konnte.

Die Nachhaltigkeit gewährleistete auch, dass die neue Spitalliste der Regierung die betreffenden Bereiche des

9) Zwei Fälle führen einvernehmlich zur Trennung, ein Fall bleibt offen bzw. autoritativ zu lösen.

Spitals bestätigte, ein enormer Druck von Bereichen und Menschen mithin abfiel.

Als Erfolg der Mediation kann auch gelten, dass eine Konfliktpartei das Spital verlässt:

**Führungsschwäche.** Ein im Hightechbereich hochspezialisiert erfolgreicher Chefarzt (CA) sieht über ein Jahr lang hilflos zu, wie sich seine Kader aus den Bereichen Medizin (Ärzt\*innen) und Gerätefachtechnik vor Patient\*innen anbrüllen und ihre Arbeiten verweigern mit Hinweis darauf, dass die andere Seite vorleistungspflichtig sei (Dienst je angeblich nach Vorschrift). Sie lassen ihren Chef, der das hinnimmt, bis tief in die Nächte hinein ihre Protokolle selbst schreiben, was diesen bis kurz vor seinen Zusammenbruch führt. Der Mann selbst verbrämt das mit Leistungsfähigkeit: „Auch Napoleon sei mit 4–5 Stunden Schlaf ausgekommen“.

In der Mediation legen die Kader dar, dass es gelte, autoritativ gewisse Abläufe zu bestimmen, die Stellenbeschriebe an den Schnittstellen den Realitäten anzupassen und dass sie sich mehr Präsenz und Führung durch den CA vor Ort wiederholt erfolglos erbeten hätten. Der CA sieht das im Einzelgespräch ein, zuckt indes bei der Optionensuche die Schultern und meint, dass sein Chef da gefragt sei – zugleich wirft er diesem Mikromanagement, Eingriffe in seinen Bereich ohne Rücksprache mit ihm, vor.

Auf Wunsch des HR und im Einverständnis mit den Mediatoren führe ich mit dem CA ein Coaching durch. In der ersten Arbeitssitzung frage ich den Coach, ob er gerne führe, was er tapfer bejaht. Bis und mit zweite Sitzung erarbeiten wir, was das „C“ in seinem Titel Chefarzt von ihm alles abverlangt. In der dritten Sitzung teilt der Coach mit, dass er seinen Lohn künftig in einer Privatklinik ohne Führungsfunktion werde erhalten können. Das Spital und er vereinbaren sein einvernehmliches Ausscheiden aus dem Spital.

» **Nicht nur im Spital zeugt es von Grösse, zu erkennen, dass fachliche Kompetenz und Leistungsstärke nicht automatisch zur Führung befähigen.**

Gerade in Spitälern besteht im Hinblick auf Hierarchien und „Chefarzt“-Titel meines Erachtens diesbezüglich noch immer viel Personalentwicklungsluft nach oben. Wer führen möchte, kann und muss es in aller Regel erlernen. Das Medizinstudium vermittelt dies nach dem Hören-Sagen auch heute noch kaum.

In einem besonders delikaten Streitfall fand die Mediation nur unter grösstem Aufwand und Einsatz von Me-

diator und beteiligten Konfliktparteien zur scheinbar salomonischen Lösung:

**Fachliches Gefahrenpotential.** Einem Mitglied der Spitalleitung wurde vom Kader vorgehalten, als Klinikdirektorin medizinisch nicht mehr auf der Höhe zu sein und die Patient\*innen ernsthaft zu gefährden. Die kurz vor ihrem offiziellen Pensionsalter stehende CA stritt das ab und drohte ihrem Kader offen mit Karriereknicken, wenn sie solches weiter behaupteten.

Via Ombudsperson und CEO des Spitals ergab die Auftragsklärung mit mir, dass aus Sicht des CEO sich in der überschaubaren Schweiz (wo jeder jede kenne) keine Fachperson finden lasse, die die CA für etwaig aufgefundenen Versagen schriftlich fachlich kritisieren werde, „eine Krähe hacke der anderen kein Auge aus“. Zudem würde eine solche Untersuchung unweigerlich zu existenzgefährdend negativer Publizität für das Spital führen.<sup>10</sup>

CA und Kader wurden in die Mediation verwiesen. Dort erarbeiteten wir gemeinsam ein ausgeklügeltes Raster zur Bewertung von 15 Fällen aus den letzten 18 Monaten (was allein drei längere Sitzungen benötigte). Die Kader bereiteten die Fälle untereinander vor so, dass

- i) die jeweilige Anamnese für alle erinnerbar bzw. erkennbar vorgestellt wurde,
- ii) alle anwesenden Kaderärzt\*innen inkl. CA ihr Votum abgaben, wie der Fall nach den Regeln der ärztlichen Kunst („state of the art“) zu behandeln (gewesen) sei (wäre).
- iii) Ein wechselndes Mitglied des Kaderns präsentierte, wie der Fall effektiv behandelt worden ist und welche Rolle die CA dabei (durch Protokolle, Zeugen usw. ggf. zu belegen) genau (nicht) gespielt hatte;
- iv) woraufhin alle Anwesenden ihre persönlich-fachliche Einschätzung darüber abgaben,
  - a) ob die Chefin voll und ganz performt hatte (inkl. Selbsteinschätzung CA selbst),
  - b) man es hätte anders machen können oder (nach Diskussion offen) gar müssen,
  - c) das Wohl des/der Patient\*in durch die CA leicht gefährdet worden sei, oder

<sup>10)</sup> Das macht den Mediator stutzig: Ärzt\*innen sind keine Krähen. Was führt zu so drastischen Metaphern? Wohl auch der ungeheure Druck, unter dem diese Mitarbeitenden tagtäglich stehen – ihre Fehler können zu schlimmsten Folgen führen, was ihr Tun und Lassen im Spital fraglos von den meisten anderen Berufen wesentlich unterscheidet.

- d) mit hoher Wahrscheinlichkeit gravierend in Gefahr gebracht worden war.

Die Chefin stimmte diesem Vorgehen in einer Mail an den Mediator und ans Team ausdrücklich zu und verpflichtete sich damit informell, das Ergebnis der Untersuchung zu respektieren.

Nach zehn unter der Leitung des Mediators erarbeiteten Fällen brach die CA „diese Übung“ erbot ab, nachdem das gesamte Kader einstimmig sechs Fälle mit d) und zwei Fälle mit c) bewertet hatte.<sup>11</sup> In der folgenden Pendelmediation gab die CA den Kadern nach hartem Ringen dennoch das Versprechen, ihre Tätigkeit in der Praxis (sie hatte noch andere wichtige Tätigkeitsbereiche im Spital ohne Gefährdungspotential für die Patient\*innen) nur und immerhin per Ende Jahr vollständig aufzugeben. Dabei gewärtigte die CA auch, dass mehrere leitende Kader für den anderen Fall mit ihrem Weggang aus dem Spital drohten – was nicht nur zum herben Knowhow-Verlust für dieses, sondern wohl auch zur medial-öffentlich verhandelten Frage geführt hätte, was da unter dieser Chefin in dieser Klinik falsch laufe. Die Mediation konnte in diesem Sinne als erfolgreich abgeschlossen werden.

Im Debriefing im ersten Quartal des Folgejahres stellte sich allerdings heraus, dass die CA weiterhin praktizierte mit Verweis darauf, dass das im Interesse des Spitals liege, da ihre Patient\*innen dies dringend sich so wünschten. CEO und Medizinische Direktion mussten ihr Tun per sofort unter Kündigungsandrohung untersagen. Ein leitender Arzt des Teams, seines Vertrauens in die Vorgesetzte unwiderruflich verlustig gegangen, verlies in der Folge das Spital.

Dieser Fall dürfte eher ungewöhnlich gewesen sein und brachte die Mediation an ihre Grenzen. Erst im wiederholten Einzelgespräch hatte die CA überhaupt dem geschilderten Ablauf der Mediation zugestimmt. Am Ende der Mediation hatte die CA dem Mediator mit Verweis auf die Vertraulichkeit der Mediation verboten, das auf einer Flipchart festgehaltene Ergebnis der Untersuchung dem Auftraggeber CEO vorzulegen – woraufhin dieser es via seine Position von ihr direkt einforderte und dann auch erhielt. Die zunächst „einvernehmlich“ gefundene und vereinbarte Lösung des Konfliktthemas konnte letztlich nur autoritär gegen den Willen der Mediandin durchgesetzt werden.

Diese Mediandin scheint das Mediationsverfahren für ihre Hidden Agenda (weiter zu praktizieren) missbraucht

zu haben – welche Möglichkeit bereits in der Auftragsklärung dazu zwischen CEO und Mediator erörtert worden war, und dennoch ein schales Gefühl zurückliess. Grundsätzlich zu diskutieren wäre der Bogen von weisungsgebundener Teilnahme bis und mit verordnetem Ergebnis der Mediation; hier hoffte die Mediandin selbst auf ein für sie gutes Ergebnis und machte darob mit.

Gesagt werden kann, dass die bundesgerichtlich formulierte Unterworfenheit in der fremden Arbeitsorganisation m.E. die Pflicht des Arbeitnehmers enthält, sich konstruktiv um Lösungen eigener Arbeitsplatzkonflikte mit zu bemühen. Zeigt sich dabei sein Ungenügen, hat er dafür gerade zu stehen.

### Lessons learned?!

Auftraggebende für Mediation in Unternehmen lieben im Debriefing zur beendeten Mediation die Frage, wer bei ihnen was aus dem Fall gelernt habe?! Als Erkenntnisse resultieren dabei etwa:

- Einrichten eines expliziten Konfliktmanagements: Es schult insbesondere Führungspersonen im Hinblick auf die Gesprächsführung bei konkreten Konfliktsignalen (Prävention) und weist Führung und Mitarbeitenden bei auftretenden Konflikten einen konstruktiven Weg<sup>12</sup>
- Unterstützung der Linie durchs HR in Sachen Klärungen inkl. regulärer Team-Supervisionen und Einrichten eines dem HR beigegebenen Mediator\*innen-Pool bei nicht mehr inhaus zu bewältigenden akuten und auch kalten Konflikten
- Proaktive Team- und Organisationsentwicklung als weiterer beliebter Ansatz mit Schulung intern und oder extern aller Mitarbeitenden in konstruktiver Kommunikation (vom aktiven Zuhören über gewaltfreie Kommunikation bis zur Selbstreflexion)

11) Die Kader waren sich, teilweise sogar mit Zustimmung der CA, darüber einig, dass in all diesen Fällen nur durch Zufall, Glück oder die besondere Aufmerksamkeit eines gerade anwesenden Kadermitglieds das Schlimmste gerade noch hatte verhindert werden können.

12) Zum Beispiel: Durchatmen und Überschlafen vor terminiertem Klärungsversuch miteinander – nötigenfalls Einbezug der vorgesetzten Person – wenn auch das nicht hilft, Kontaktnahme mit dem HR, das selbst vermittelt oder eine externe Mediationsperson bezieht.

Spitäler erscheinen weiterhin als besonders hierarchische Unternehmen. Darin ist der Autorität von Ärzt\*innen diejenige der Mediator\*innen gegenüberzusetzen, was eine gewisse Standfestigkeit der letzteren erfordert, die Bereitschaft zu auch direktivem Vermitteln und dem Risiko, dass eine Partei aus dem Verfahren läuft und dann der Stab wieder an die interne Führung zurückgeht.

Für Mediation im Spital wichtig erweist sich auch das Vorhandensein eines Budgets dafür. Ansonst schneidet der betroffene Bereich mit ungeplanten Kosten für die Mediation, die dann nicht tief genug sein können, im Wettkampf um die beste Performance schlecht ab. Ausreichende Ressourcen für das Konfliktmanagement sind Teil des systemimmanenten ökonomischen Zwangs jeden Spitals.

Es verbleibt die Einsicht, dass auch der intensivste Klärungsapparat gegen die enormen gesellschaftlichen Erwartungen ans Spital alleine nicht ankommt. Immerhin gereicht Mediation den im Spital tätigen Menschen zu zwischenmenschlichen Verständigungen, die streitbelastete „Herzen und Nieren“ im Alltag gesunden lassen können. Eine allseitig stete Bereitschaft zur berufsbe-

zogenen Selbstreflexion schadet dabei nicht<sup>13</sup> – sprich viel mediative Umsicht im gottfreien Hochdruckturm namens Spital.



### Kontakt

Peter Krepper, Mediator FSM/SAV & Dr. iur. Rechtsanwalt, lebt und arbeitet selbstständig in Praxisgemeinschaft in Zürich. Der Autor mehrerer Sachbücher vermittelt seit 1999 in Streitfällen in Wirtschaft, Verwaltung und Non-Profit-Organisationen sowie zwischen privaten Parteien wie Erbinnen, Nachbarn, Generationen und Angehörigen. Seit 2019 bietet er zudem systemische Supervision und Coaching für Konfliktarbeitende an.

**[peter.krepper@ksup.ch](mailto:peter.krepper@ksup.ch)**

13) Vgl. dazu auch Selbstreflexion und berufliche Identität, Peter Krepper, *perspektive Mediation* 3/2022 209; Zwischen Ego und Nirvana – kleine Mediation zum Selbst, Peter Krepper, *perspektive Mediation* 3/2024 184 ff.



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 Rolldesk 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.“ „Danke schön, 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.<sup>1</sup> 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 Führungsfortbildung; 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.*



© Mentajou

### Kontakt

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

[sabine.zurmuehl@gmx.de](mailto:sabine.zurmuehl@gmx.de)  
[www.sabine-zurmuehl.de](http://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](mailto:dr.hartges@imka.net)  
[www.imka.net](http://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 resultierten 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 mediierten, 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“. Schwuppdwupp 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*

## Bianca Kreiter, Consolata Peyron

**Überblick:** Konflikte zwischen Gesundheitsfachpersonen und Eltern gehören zum Alltag in der Kinderklinik – insbesondere in Situationen von Unsicherheit, Zeitdruck und emotionaler Belastung. Der Beitrag zeigt auf, wie die Haltung und Methode der Gewaltfreien Kommunikation (GfK) dazu beitragen kann, solche Konflikte besser zu verstehen, zu deeskalieren und konstruktiv zu bearbeiten. Ausgehend von typischen Situationen im klinischen Alltag wird erläutert, welche Rolle unerfüllte Bedürfnisse auf Seiten der Eltern spielen und wie Gesundheitsfachpersonen mithilfe der GfK empathisch und zugleich handlungsfähig bleiben können.

**Keywords:** Gewaltfreie Kommunikation, Gesundheitsfachpersonen, Kinderklinik, Konfliktmanagement, Empathie, Bedürfnisse, Kommunikation im Gesundheitswesen, Resilienz, Interprofessionelle Zusammenarbeit, Deeskalation, Patientensicherheit, Selbstempathie.



<https://doi.org/10.25364/35.23:2026.1.4>

# Konfliktkompetenz in der Klinik

## Gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen

Konflikte zwischen Gesundheitsfachpersonen und Eltern in der Kinderklinik gewinnen zunehmend an Bedeutung. Die Gründe dafür sind vielfältig: Einerseits liegen sie in der zunehmenden Komplexität der Erkrankungen und medizinischen Therapien, in unsicheren Prognosen sowie in der Involvierung diverser Disziplinen und Professionen, andererseits in teilweise negativen Erfahrungen sowie unterschiedlichen Erwartungen, Kulturen und Glaubensvorstellungen der Eltern.<sup>1 2 3</sup>

Verschiedene Studien beschreiben, dass sich von Angehörigen wahrgenommene Konflikte hauptsächlich auf die Kommunikation mit Gesundheitsfachpersonen beziehen.<sup>4 5</sup>

Das Konfliktgeschehen wirkt sich auf alle Konfliktparteien negativ aus. Für die Eltern bedeuten Konflikte eine ungenügende familienzentrierte Betreuung, Misstrauen, Missverständnisse und Unzufriedenheit. Es kann zu höheren Raten an Angstzuständen, Depressionssyndromen sowie erschwerten Trauerzuständen kommen.<sup>6</sup> Für die Gesundheitsfachpersonen sind Konflikte am Arbeitsplatz mit einer hohen Rate an Burnout sowie Personalabwesenheit assoziiert. Darüber hinaus haben Konflikte einen negativen Einfluss auf die Patientensicherheit und führen zu einer Zunahme der Gesundheitskosten.<sup>7 8</sup>

Die von einer Schweizer pädiatrischen Intensivstation durchgeführte Konfliktanalyse hat ergeben, dass 74 % der Mitarbeitenden während zweier Arbeitswochen min-

destens einen Konflikt selbst erlebt oder wahrgenommen haben. Dabei betrug der Anteil an Konflikten zwischen Gesundheitsfachpersonen und Eltern 35 %. Die am

- 1) Brierley, J., Linthicum, J., & Petros, A. (2013). Should religious beliefs be allowed to stonewall a secular approach to withdrawing and withholding treatment in children?
- 2) Fassier, Thomas & Azoulay, Elie. (2010). Conflicts and communication gaps in the intensive care unit.
- 3) Twiss S. B. (2006). On cross-cultural conflict and pediatric intervention.
- 4) Azoulay, E., et. al. Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine (2009). *American journal of respiratory and critical care medicine*, 180(9), 853–860
- 5) Forbat, L., Sayer, C., McNamee, P., Menson, E., & Barclay, S. (2016). Conflict in a paediatric hospital: a prospective mixed-method study. *Archives of disease in childhood*, 101(1), 23–27.
- 6) Brinkert R. (2010). A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of nursing management*, 18(2), 145–156.
- 7) Overton, A. R., & Lowry, A. C. (2013). Conflict management: difficult conversations with difficult people. *Clinics in colon and rectal surgery*, 26(4), 259–264.
- 8) Sevdalis, N., Hull, L., & Birnbach, D. J. (2012). Improving patient safety in the operating theatre and perioperative care: obstacles, interventions, and priorities for accelerating progress. *British journal of anaesthesia*, 109 Suppl 1, i3–i16.

häufigsten genannte Ursache für Konflikte mit den Eltern waren Kommunikationsstörungen.<sup>9</sup>

### **Gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen**

Marshall B. Rosenberg, ein US-amerikanischer Psychologe und Mediator, entwickelte in den 60er-Jahren die Gewaltfreie Kommunikation (GfK) mit dem Ziel eines verbindenden Umgangs miteinander und der konstruktiven Klärung von Konflikten. Im Mittelpunkt der GfK stehen das einfühlsame Zuhören und das ehrliche Ausdrücken – also das Lernen, auf die eigenen und fremden Bedürfnisse einzugehen, um so Mitgefühl zu entwickeln. Die primäre Absicht der GfK ist es, eine empathische und einfühlsame Verbindung zwischen den Menschen zu fördern.<sup>10</sup>

**>> Erst wenn sich Eltern verstanden und gehört fühlen, können Informationen auf der Sachebene ausgetauscht werden.**

Die Auseinandersetzung mit Gefühlen und Bedürfnissen begleitet Gesundheitsfachpersonen täglich in der Zusammenarbeit und in der Kommunikation mit Eltern im Spital. Rosenberg schreibt: „It allows us to realize that all forms of judgement, whether towards ourselves or others, as well as feelings such as anger or depression, are tragic expressions of unmet needs.“<sup>11</sup> Die Erkenntnis, dass hinter negativen Äußerungen, Angriffen, Forderungen und aggressivem Verhalten immer ein unerfülltes Bedürfnis steht, erleichtert es, auf diese unangenehmen Verhaltensweisen zu reagieren. Alles, was wir tun und sagen, zielt darauf ab, unsere Bedürfnisse zu befriedigen. Wir haben alle mehr oder weniger die gleichen Bedürfnisse, aber wir haben unterschiedliche Strategien, diese zu befriedigen. Sears beschreibt dies sehr treffend: „Wenn man im Gesundheitswesen arbeitet und diese Dynamik nicht versteht, kann die Pflege kranker Menschen zum Minenfeld werden. [...] wird man für Patienten und Angehörige zur Zielscheibe, wenn sie unbewusst versuchen, Empathie zu bekommen. Wenn man versteht, dass sie um Empathie bitten, indem sie Vorwürfe machen, hat man eine bessere Chance, ihren Bedürfnissen gerecht zu werden und ihr Verhalten nicht persönlich zu nehmen“.<sup>12</sup>

Bereits vor 27 Jahren formulierte Rosenberg die vielversprechenden Wirkungen der Gewaltfreien Kommunikation bei Ärztinnen, Ärzten und dem Pflegepersonal: „The purpose of this presentation is to offer to health care providers and patients some tools to deal with their feelings and restore effective, compassionate and fulfilling communication“.<sup>11</sup>

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die Gewaltfreie Kommunikation ein wirksames Mittel ist, um die Empathie für sich selbst und andere sowie die emotionalen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten von Gesundheitsfachpersonen zu fördern.<sup>13 14 15 16 17</sup> Die Fähigkeit, eigene und fremde Gefühle sowie Bedürfnisse zu erkennen und entsprechend empathisch zu handeln, ist ein Kernelement der Konfliktkompetenz.<sup>18</sup> Eine kürzlich auf einer Schweizer pädiatrischen Intensivstation durchgeführte Studie konnte aufzeigen, dass eine gezielte Schulung der Gesundheitsfachpersonen in Gewaltfreier Kommunikation massgeblich zur Stärkung ihrer Konfliktkompetenz beigetragen hat.<sup>9</sup>

### **Bedürfnisse – Diamanten der GfK**

Wenn ein Kind erkrankt und hospitalisiert wird, erfolgt die Betreuung in erster Linie durch Gesundheitsfachpersonen. Die Entscheidungen über Therapien und Massnahmen liegen vorwiegend in der Verantwortung

9) Kreiter, B. (2023). Einfluss der Gewaltfreien Kommunikation auf die Konfliktkompetenz von Gesundheitsfachpersonen auf der Abteilung für Pädiatrische Intensivbehandlung, Medizinbereich Kinder & Jugendliche, Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Inselspital Bern.

10) Rosenberg M. (2016). Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens.

11) Rosenberg, M., & Molho, P. (1998). Nonviolent (empathic) communication for health care providers. *Haemophilia*, 4(4), 335–340.

12) Sears, Melanie. (2011). Gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen.

13) Epinat-Duclos, et al. (2021). Does nonviolent communication education improve empathy in French medical students? *International journal of medical education*, 12, 205–218.

14) Kim, H. K., & Jo, H. K. (2022). Effects of a Nonviolent Communication Program on Nursing Students.

15) Nosek, M., Gifford, M., Kober, B. (2014). Nonviolent Communication (NVC) training increases empathy in baccalaureate nursing students: A mixed method study.

16) Sung, J., & Kweon, Y. (2022). Effects of a Nonviolent Communication-Based Empathy Education Program for Nursing Students: A Quasi-Experimental Pilot Study. *Nursing reports* 12(4), 824–835.

17) Wacker, R., & Dziobek, I. (2018). Preventing empathic distress and social stressors at work through nonviolent communication training: A field study with health professionals. *Journal of occupational health psychology*, 23(1), 141–150.

18) Runde C. & Flanagan T. (2010). Developing your conflict competence.

von Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden. Dadurch bleibt das Bedürfnis der Eltern nach Autonomie, Freiheit und Selbstbestimmung häufig unerfüllt. Auch ihr Streben nach Sicherheit ist beeinträchtigt, da sie nicht wissen, was der nächste Tag bringt und wie sich der Gesundheitszustand ihres Kindes entwickeln wird. Zudem werden ihre grundlegenden körperlichen Bedürfnisse wie Schlaf, Rückzug, Privatsphäre, Gesundheit, Heilung und Lebenserhaltung täglich beeinträchtigt. Da viele Eltern Tag und Nacht am Krankenbett wachen, ist ein erholsamer Schlaf kaum möglich. Auch die Krankenhausumgebung erschwert es erheblich, Distanz zu wahren und Privatsphäre zu schützen.

» Die GfK hilft uns, unerfüllte Bedürfnisse zu erkennen.

Die Bedürfnisse nach Empathie, Verständnis, Unterstützung, Ehrlichkeit, Respekt, Kontakt, Akzeptanz, Offenheit, Vertrauen, Toleranz und Zusammenarbeit prägen die Interaktion der Eltern mit Gesundheitsfachpersonen, bleiben jedoch teilweise unbefriedigt. Eltern möchten mit ihren Ängsten und Sorgen verstanden werden und bei der Verarbeitung der belastenden Situation unterstützt werden. Sie wünschen sich eine ehrliche und offene Kommunikation sowie einen kontinuierlichen Kontakt zu den betreuenden Gesundheitsfachpersonen und ihrem Kind. Ebenso erwarten sie, dass ihre Gefühle von Wut und Trauer anerkannt und akzeptiert werden. Sie möchten, dass Verständnis dafür gezeigt wird, dass sie nicht immer alles sofort nachvollziehen zu können, was ihnen erklärt wird. Schliesslich wünschen sie sich Toleranz für ihre Emotionen und möchten bei medizinischen Entscheidungen einbezogen werden.



Abbildung 1: Mögliche unerfüllte Bedürfnisse von Eltern, deren Kind hospitalisiert ist

Wenn man sich all diese unerfüllten Bedürfnisse bewusst macht, ist es nicht verwunderlich, dass Eltern ängstlich, besorgt, unzufrieden, wütend, aggressiv, belastet oder frustriert sind. Gelingt es uns, hinter dem

negativen Verhalten der Eltern deren unerfüllte Bedürfnisse zu erkennen, haben wir die Möglichkeit, auf diese einzugehen und sie anzuerkennen. Die Eltern fühlen sich gehört und verstanden, und Vertrauen kann entstehen. Dadurch können Spannungen und Konflikte konstruktiv bearbeitet werden, Dialoge unter herausfordernden Bedingungen werden wieder möglich, und es entsteht eine engere Verbindung mit den Eltern. Leider ist es oft nicht möglich, ihre unerfüllten Bedürfnisse zu erfüllen. Gelingt es uns jedoch, diese zu erkennen, zu akzeptieren und anzusprechen, erfüllen wir eine grosse Sehnsucht der Eltern nach Verständnis und Zuhören.

Gewaltfreie Kommunikation macht Bedürfnisse sichtbar und fördert Empathie. Sie unterstützt Gesundheitsfachpersonen nicht nur in der Kommunikation und Zusammenarbeit mit Eltern, sondern auch im interprofessionellen und interdisziplinären Team. Gerade im Spitalumfeld mit hoher Komplexität, Zeitdruck, ethischen Herausforderungen, Krisen, Trauer und Tod kann die GfK als Haltung und Methode wertvolle Orientierung geben. Durch eine achtsame und wertschätzende Kommunikation mit sich selbst stärkt sie mittels Selbstempathie die Resilienz – ein Aspekt, der angesichts des Fachkräftemangels zunehmend an Bedeutung gewinnt. Auf organisatorischer Ebene können Konflikte effizienter bewältigt, Ressourcen geschont und das Risiko von Beschwerden oder rechtlichen Auseinandersetzungen verringert werden.

**Wie funktioniert die GfK?**

Der Kern der Gewaltfreien Kommunikation besteht in einer empathischen Haltung. Mithilfe der folgenden vier Schritte der GfK lässt sich diese Haltung sprachlich ausdrücken.

**Im ersten Schritt** beobachten wir, was in einer Situation passiert. Dabei ist es von grosser Bedeutung, Beobachtungen von Bewertungen zu trennen. Rosenberg schreibt: „Wenn wir die Beobachtung mit einer Bewertung verknüpfen, vermindern wir die Wahrscheinlichkeit, dass andere das hören, was wir sagen wollen. Sie neigen dann eher dazu, Kritik zu hören, und wehren so ab, was wir eigentlich sagen wollen“.<sup>10</sup>

**Im zweiten Schritt** bringen wir unsere eigenen Gefühle oder jene zum Ausdruck, die wir bei unserem Gegenüber wahrnehmen, je nachdem,

ob wir uns selbst ehrlich mitteilen oder unserem Gegenüber empathisch begegnen wollen.

**Im dritten Schritt** benennen wir die vermuteten Bedürfnisse. Dabei helfen uns die Gefühle, die zugrundeliegenden Bedürfnisse zu erkennen. Angenehme Gefühle weisen auf erfüllte, unangenehme auf unerfüllte Bedürfnisse hin.

**Im vierten Schritt** formulieren wir eine Bitte, die die Bedürfnisse aller Beteiligten berücksichtigt.

Diese vier Schritte bilden einen klaren Ablauf, um Gefühle und Bedürfnisse wertfrei auszudrücken und gemeinsam Lösungen zu finden.



Abbildung 2: Die 4 Schritte der Gewaltfreien Kommunikation

freien Kommunikation auf die Äusserungen und Verhaltensweisen der Eltern reagieren?

### Beispiele aus dem Alltag in der Kinderklinik

**Beispiel 1:** Die Assistenzärztin geht im Aufwachraum vorbei, um nach den Kindern zu sehen, bei denen heute eine Narkose durchgeführt wurde. Die Mutter von Jonas ist sichtlich aufgebracht. In einem aggressiven Tonfall macht sie deutlich, dass der Eingriff, der an ihrem Kind durchgeführt worden sei, offenbar von dem abweiche, worüber sie zuvor aufgeklärt worden war. Die zuständige Chirurgin befindet sich noch im OP und ist momentan nicht erreichbar, um Fragen zu beantworten...

**Beispiel 2:** Die Pflegefachfrau kommt ins Zimmer von Paula, um dem Vater mitzuteilen, die geplante Operation von Paula verzögere sich um eine Stunde. Der Vater zeigt wenig Verständnis für die Situation. In einem aufgebrachtsten Ton äussert er, das Warten sei eine Zumutung, insbesondere da es sich um ein Kind handle, das bereits längere Zeit nichts gegessen und getrunken habe...

Unsere Automatismen führen meist dazu, dass wir uns angegriffen fühlen, die Aussagen der Eltern persönlich nehmen und uns erst einmal verteidigen. Es ist schliesslich nicht unsere Schuld, wenn die Chirurgin etwas anderes gesagt hat oder sich die OP verzögert und Paula deshalb noch etwas warten muss. In den beiden beschriebenen Situationen würden wir uns wahrscheinlich verteidigen. Im ersten Beispiel würden wir darauf hinweisen, dass wir selbst dazu keine Auskunft geben können. Wir würden jedoch die Chirurgin informieren, damit sie möglichst zeitnah in den Aufwachraum kommt, die Situation klärt und die Fragen der Mutter beantwortet. Auch im zweiten Beispiel würden wir vermutlich darauf hinweisen, dass bei Operationen manchmal etwas dazwischenkommt und Paula sich daher etwas gedulden muss. Wie die Eltern auf solche Äusserungen reagieren, kann man sich vorstellen – sie werden vermutlich nicht besänftigt sein, weil sie sich nicht wirklich gehört fühlen.

Wie soll in einer solch angespannten Situation reagiert werden? Wie kann die Kommunikation deeskalierend gestaltet werden? Und wie können die Assistenzärztin und die Pflegefachfrau mithilfe der Haltung der Gewalt-

Mit der Haltung der Gewaltfreien Kommunikation versuchen wir, die Gefühle und die dahinterliegenden unerfüllten Bedürfnisse zu erkennen, die sich in den negativen Äusserungen widerspiegeln:

Die Mutter scheint besorgt und verärgert, weil nicht der Eingriff durchgeführt wurde, über den sie aufgeklärt worden war. Wahrscheinlich sind die Bedürfnisse nach Klarheit, Verbindlichkeit und Vertrauen nicht erfüllt. Sie benötigt Klarheit darüber, was genau operiert wurde und warum vom Plan abgewichen wurde. Verbindlichkeit, weil eben nicht der vereinbarte Eingriff durchgeführt wurde. Und Vertrauen, weil sich die Chirurgin nicht an die Abmachung gehalten hat und die Mutter auch nicht im Vorfeld darüber informiert hatte. Die Assistenzärztin könnte ihre Wahrnehmung zum Beispiel wie folgt äussern: „Ok, ich sehe, Sie sind etwas besorgt und verärgert. Brauchen Sie vielleicht Klarheit darüber, was genau operiert wurde und warum vom Plan abgewichen wurde? Haben Sie jetzt auch ein bisschen das Vertrauen verloren? Ist es in Ordnung, wenn ich der Chirurgin Bescheid gebe, dass sie möglichst bald bei Ihnen vorbeikommt?“

Der Vater scheint nervös und besorgt. Hier spielen Mangel an Kontrolle, Autonomie und Sicherheit eine grosse Rolle. Er muss die Fürsorge für sein Kind in fremde Hände geben und weiss nicht, wie die Narkose und Operation verlaufen werden. Dass er die Verzögerung nicht versteht, spiegelt eher seine Angst und Sorge um Paula wider. Die Pflegefachfrau könnte wie folgt reagieren: „Sind Sie besorgt und auch ein bisschen nervös, weil Sie Paula in fremde Obhut geben müssen und nicht wissen, wie es dort abläuft? Was würde Ihnen helfen, die Wartezeit etwas erträglicher zu gestalten?“

Diese wertschätzende und empathische Form der Kommunikation mit den Eltern unserer Patientinnen und Patienten habe ich (Bianca Kreiter) als ausgesprochen wirkungsvoll erlebt und auch für meine eigene berufliche Haltung zunehmend zu schätzen gelernt. Besonders deutlich zeigte sich für mich die deeskalierende Wirkung der Gewaltfreien Kommunikation in Situationen, in denen die Beziehung zwischen Eltern und Gesundheitsfachpersonen bereits belastet war oder ein Vertrauensverlust drohte. Aufgrund dieser positiven Erfahrungen im klinischen Alltag und in der Zusammenarbeit mit den Eltern hospitalisierter Kinder habe ich begonnen, gemeinsam mit Consolata Peyron Trainings in Gewaltfreier Kommunikation in unserer Kinderklinik durchzuführen.

### GfK Schulungen in der Kinderklinik

**2022/2023** wurde das gesamte Team der Kinderintensivstation in Gewaltfreier Kommunikation geschult. In vierstündigen Workshops wurden insgesamt 82 Mitarbeitende aller Hierarchie- und Ausbildungsebenen in

multiprofessionellen Gruppen (Chefarzt, Oberärztinnen und Oberärzte, Assistenzärztinnen und Assistenzärzte, Stationsleitungen Pflege, Intensivpflegende sowie Intensivpflegende in Ausbildung) in das Modell und die Grundsätze der GfK eingeführt. Um den Transfer und die Anwendung der GfK zu fördern, wurden den Teilnehmenden Vertiefungsübungen und Literatur zum Thema angeboten. Zusätzlich wurde die Anwendung der GfK durch Online-Refresher, Weiterbildungen und Diskussionsrunden weiter unterstützt. Das Projekt wurde durch die Stiftung KinderInsel Bern finanziell unterstützt.

Im Rahmen der SIWF-Projektförderung (Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung) konnten **2024/2025** alle Assistenzärztinnen und Assistenzärzte sowie weitere Gesundheitsfachpersonen der Kinderklinik des Universitätsspitals Bern in Gewaltfreier Kommunikation geschult werden. Insgesamt nahmen 71 Assistenzärztinnen und Assistenzärzte der Kinderklinik an einem eintägigen GfK-Workshop teil. Auch Kader- und Chefärztinnen und -ärzte sowie Pflegefachpersonen und Mitarbeitende aus der Administration waren beteiligt. Insgesamt konnten somit 118 Personen in 13 Workshops in Gewaltfreier Kommunikation geschult werden. Ergänzend wurden monatliche Online-Refresher durchgeführt sowie den Teilnehmenden Vertiefungsübungen über die Plattform Padlet im Abstand von jeweils vier Wochen über einen Zeitraum von einem halben Jahr zur Verfügung gestellt.

Die Teilnahme an den Schulungen war obligatorisch, und die Mitarbeitenden der Intensivstation sowie die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte der Kinderklinik wurden durch die Dienstplanung in die Workshops eingeteilt. Die Teilnahme galt zudem als Arbeitszeit. Es bestand die Möglichkeit, nicht an den Trainings teilzunehmen, doch diese wurde nicht beansprucht. Die übrigen Personen nahmen auf eigene Initiative an den Trainings teil.

Das Departement Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule begleitete das SIWF-Projekt wissenschaftlich. Im Fokus der Untersuchung stand die Frage, welche Auswirkungen das Training in Gewaltfreier Kommunikation auf die Gesprächskompetenz sowie das Stressempfinden der Teilnehmenden hat. Zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Beitrags lagen die Forschungsergebnisse noch nicht vor.

Nachfolgend sind ausgewählte Rückmeldungen von Teilnehmenden der GfK-Workshops aufgeführt, die im Rahmen einer Online-Evaluation der Schulungen erhoben wurden:

Was nimmst Du mit?
Bedürfnisse anerkennen und kommunizieren kann in schwierigen Situationen einen grossen Unterschied machen, und es gibt „eine gute Art“, diese anzusprechen.
Impulse nicht als anstrengend zu kontrollierende Ereignisse zu sehen, sondern als Einladung meine Bedürfnisse wahrzunehmen.
Mehr auf Gefühle und Bedürfnisse von mir selbst und meinem Gegenüber zu schauen.
Konflikte benennen und eigene Bedürfnisse erkennen und akzeptieren.
In Gesprächen mit Eltern mehr Empathie zu haben.
Versuchen (versteckte) Bedürfnisse zu erkennen, hilft beim Verständnis der Eltern.
Seine eigenen Bedürfnisse erkennen und benennen. Mich nicht verantwortlich fühlen für die Gefühle anderer.
Selbstempathie geht immer. Empathisches Zuhören. Hinter jedem negativen Gefühl steht ein ungestilltes Bedürfnis.

Was hat Dich überrascht?
Wie alltagstauglich die Haltung/Methode ist und man damit „sich selbst näherkommen kann“, was letztlich Resilienz, Empfinden von Sinn und Freude fördert.
Wie wichtig es ist, sich der eigenen Gefühle und Bedürfnisse bewusst zu werden, Stichwort Selbstempathie.
Wie viel die GfK mit Bedürfnissen zu tun hat. Wie schnell man die Technik üben kann.
Wirksamkeit. Tiefe der Diskussionen. Interdisziplinäre Gruppe (sehr positiv).
Wie breit der Kurs angelegt ist: auch wenn es ums Arbeitsumfeld geht, wird eine Grundhaltung auch für andere Lebensbereiche vermittelt.
Unterschiedliche Strategien für dieselben Bedürfnisse.
Über eigene Emotionen/Bedürfnisse nachzudenken – kommt im Klinikalltag oft viel zu kurz.
Der Austausch. Das angenehme Lernklima. Sehr brauchbare Soft-Skills zu erwerben.

Aufgrund dieser Antworten wird sehr klar, welchen qualitativen Nutzen das Training in Gewaltfreier Kommunikation auf die Teilnehmenden hatte. Weitere Rückmeldungen aus unterschiedlichen Trainings sind bei [www.medi4medi.ch](http://www.medi4medi.ch) abrufbar. Zudem ist im Klinikalltag spürbar, dass die GfK vermehrt ein Thema geworden ist – Gesundheitsfachpersonen machen sich in herausfordernden Situationen häufiger Gedanken zu den Bedürfnissen der Eltern und gehen mit einer reflektierten Haltung in Gespräche.

Es müsste eine umfassende Konfliktanalyse der gesamten Kinderklinik vor und nach den Trainings durchgeführt werden, um eine Aussage darüber machen zu können, wie genau sich das Training der Gesundheitsfachpersonen auf die Häufigkeit von Konflikten mit den Eltern aber auch im Team interdisziplinär und interprofessionell auswirkt.

### Ausblick

Derzeit wird geprüft, inwiefern eine Ausweitung der Schulungen in Gewaltfreier Kommunikation auf weitere Mitarbeitende der Kinderklinik Bern realisierbar ist. Ziel dieser Evaluation ist es, die bisher gemachten positiven

Erfahrungen breiter zu verankern und den Ansatz der GfK nachhaltig im klinischen Alltag zu etablieren. Falls eine Schulung aller Mitarbeitenden umsetzbar wäre, würde eine zusätzliche Konfliktanalyse und Aufzeigen von möglichen Veränderungen vor und nach den Trainings sinnvoll sein.

Darüber hinaus bietet das Universitätsspital Bern ab 2026 viermal jährlich Trainings in Gewaltfreier Kommunikation an, die sich an Mitarbeitende mit direktem Patientinnen- und Patientenkontakt richten. Mit diesem Angebot soll die Kommunikationskompetenz im interprofessionellen Setting weiter gestärkt und ein Beitrag zur Förderung einer wertschätzenden und empathischen Kommunikationskultur im gesamten Spital geleistet werden.

### Literatur

Azoulay, E., Timsit, J. F., Sprung, C. L., Soares, M., Rusinová, K., Lafabrie, A., Abizanda, R., Svantesson, M., Rubulotta, F., Ricou, B., Benoit, D., Heyland, D., Joynt, G., Français, A., Azevedo-Maia, P., Owczuk, R., Benbenishty, J., de Vita, M., Valentin, A., Ksomas, A., ... Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the

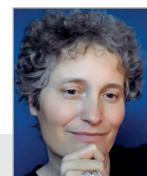
- European Society of Intensive Care Medicine (2009). Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 180(9), 853–860. <https://doi.org/10.1164/rccm.200810-1614OC>
- Brinkert R. (2010). A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of nursing management*, 18(2), 145–156. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01061.x>
- Brierley, J., Linthicum, J., & Petros, A. (2013). Should religious beliefs be allowed to stonewall a secular approach to withdrawing and withholding treatment in children? *Journal of medical ethics*, 39(9), 573–577. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100104>
- Epinat-Duclos, J., Foncelle, A., Quesque, F., Chabanat, E., Duguet, A., Van der Henst, J. B., & Rossetti, Y. (2021). Does nonviolent communication education improve empathy in French medical students? *International journal of medical education*, 12, 205–218. <https://doi.org/10.5116/ijme.615e.c507>
- Fassier, Thomas & Azoulay, Elie. (2010). Conflicts and communication gaps in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, 16, 654–665. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e32834044f0>
- Forbat, L., Sayer, C., McNamee, P., Menson, E., & Barclay, S. (2016). Conflict in a paediatric hospital: a prospective mixed-method study. *Archives of disease in childhood*, 101(1), 23–27. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-308814>
- Kim, H. K., & Jo, H. K. (2022). Effects of a Nonviolent Communication Program on Nursing Students. *SAGE Open*, 12(3). <https://doi.org/10.1177/21582440221096139>
- Kreiter, B. (2023). Einfluss der Gewaltfreien Kommunikation auf die Konfliktkompetenz von Gesundheitsfachpersonen auf der Abteilung für Pädiatrische Intensivbehandlung, Medizinbereich Kinder & Jugendliche, Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Inselspital Bern, Berner Fachhochschule. [https://files.www.soziothek.ch/source/MA\\_Kreiter\\_Bianca.pdf](https://files.www.soziothek.ch/source/MA_Kreiter_Bianca.pdf)
- Nosek, M., Gifford, M., Kober, B. (2014). Nonviolent Communication (NVC) training increases empathy in baccalaureate nursing students: A mixed method study. *Journal of Nursing Education and Practice*, Vol. 4, No. 10. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n10p1>
- Overton, A. R., & Lowry, A. C. (2013). Conflict management: difficult conversations with difficult people. *Clinics in colon and rectal surgery*, 26(4), 259–264. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1356728>
- Rosenberg, M., & Molho, P. (1998). Nonviolent (empathic) communication for health care providers. *Haemophilia: the official journal of the World Federation of Hemophilia*, 4(4), 335–340. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2516.1998.440335.x>
- Sears, Melanie. (2011). Gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Padeborn: Junfermann Verlag.
- Rosenberg M. (2016). Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens (12. Aufl.). Padeborn: Junfermann Verlag.
- Sevdalis, N., Hull, L., & Birnbach, D. J. (2012). Improving patient safety in the operating theatre and perioperative care: obstacles, interventions, and priorities for accelerating progress. *British journal of anaesthesia*, 109 Suppl 1, i3–i16. <https://doi.org/10.1093/bja/aes391>
- Sevdalis, N., Hull, L., & Birnbach, D. J. (2012). Improving patient safety in the operating theatre and perioperative care: obstacles, interventions, and priorities for accelerating progress. *British journal of anaesthesia*, 109 Suppl 1, i3–i16. <https://doi.org/10.1093/bja/aes391>
- Sung, J., & Kweon, Y. (2022). Effects of a Nonviolent Communication-Based Empathy Education Program for Nursing Students: A Quasi-Experimental Pilot Study. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 12(4), 824–835. <https://doi.org/10.3390/nursrep12040080>
- Runde C. & Flanagan T. (2010). Developing your conflict competence: A hands-on guide for leaders, managers, facilitators and teams (1. Aufl.). Jossey-Bass. A Wiley Imprint.
- Twiss S. B. (2006). On cross-cultural conflict and pediatric intervention. *The Journal of religious ethics*, 34(1), 163–175. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9795.2006.00262.x>
- Wacker, R., & Dziobek, I. (2018). Preventing empathic distress and social stressors at work through nonviolent communication training: A field study with health professionals. *Journal of occupational health psychology*, 23(1), 141–150. <https://doi.org/10.1037/ocp0000058>



## Kontakt

Dr. med. Bianca Kreiter, Mediatorin FSM, FMH-Intensivmedizin, FMH-Anästhesiologie, Oberärztin Abteilung für Pädiatrische Intensivbehandlung, Kinderklinik, Universitätsspital Bern.

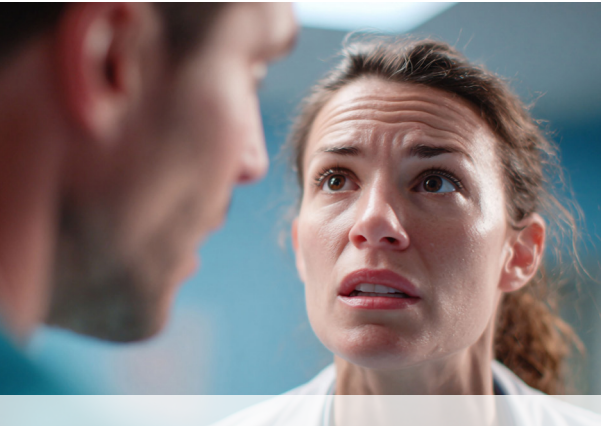
[bianca.kreiter@insel.ch](mailto:bianca.kreiter@insel.ch)  
[www.medi4medi.ch](http://www.medi4medi.ch)



## Kontakt

Consolata Peyron, Ausbilderin BM, CNVC-zertifizierte Trainerin in Gewaltfreier Kommunikation, Dozentin an der BFH und SUPSI.

[peyron@be-co-me.de](mailto:peyron@be-co-me.de)  
<http://www.be-co-me.de>



## 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, Pflegenden, 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 Debatten<sup>1</sup>. 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 Aushilfe Kräften 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 Krisenmodus<sup>2</sup>.

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.<sup>3</sup>

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.**<sup>4</sup>

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 erheblich<sup>5</sup>. 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 sind<sup>6</sup>,
- 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“<sup>7</sup>

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](mailto:katja.windisch@perspectiva.ch)**  
**[www.perspectiva.ch](http://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'écoutent 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



## Friedrich Glasl

**Überblick:** Der Beitrag analysiert das Krankenhaus als professionelle Dienstleistungsorganisation mit hoher fachlicher Spezialisierung, ausgeprägten Rollendifferenzen und strukturell angelegten Spannungsfeldern. Aus organisations- und konfliktsoziologischer Perspektive wird gezeigt, wie unterschiedliche professionelle Logiken, Hierarchien und Verantwortlichkeiten im Spitalalltag systemisch zu Konfliktpotenzialen werden können. Der Text macht deutlich, dass Konflikte im Krankenhaus sowohl auf individuelles Fehlverhalten als auch auf organisationale Strukturen, Führungsmodelle und institutionelle Rahmenbedingungen zurückzuführen sind.

**Keywords:** Adhocracy, agile Teams, autonome Teams, Berufsethos, Beziehungsqualität, Daseinszweck der Organisation, Dienstleistung, Drei-Chefin-Modell, Entwicklungsphasen der Organisation, Führung, Kontrollformen, Leitbild, Leitsätze, Organisationskultur, Organisationstypen, Professionals, Projektmanagement, Soziokratie, Standard-Dienstleistung, teilautonome Teams, Wertorientierung.

<https://doi.org/10.25364/35.23:2026.1.6>

# Das Krankenhaus, eine professionelle Dienstleistungsorganisation

Im Gesundheitswesen gibt es unterschiedliche Organisationen, zum Beispiel eine hausärztliche Praxis, ein Laboratorium, ein Krankenhaus, einen mobilen Rettungsdienst usw. Bei dieser Vielfalt bietet die Organisationswissenschaft eine Orientierung mit der Unterscheidung verschiedener Organisationstypen. Für Organisationsentwicklung und Mediation hat sich die Typologie nach Alexander Bos (1974) und Hans von Sassen/Martina Scheinecker (1995) als sehr nützlich erwiesen. In den folgenden Abschnitten stehen drei Typen im Fokus:

- A. *Produktorganisation:* zum Beispiel eine Fabrik für Verbandmaterial oder Injektionsspritzen.
- B. *Standard-Dienstleistungsorganisation:* zum Beispiel eine Cafeteria oder Taxibetrieb; „Standard“ einer Dienstleistung bedeutet, die KundInnen können darauf vertrauen, dass die Leistungen anerkannten Gütekriterien entsprechen und nicht beliebig sind.
- C. *Professionelle Dienstleistungsorganisation*, oft „Experten-Organisation“ oder „Know-how-intensive Organisation“ genannt: zum Beispiel ein Sanatorium, Therapeuticum.

Jeder Organisationstypus kann im Markt eine selbstständige Firma oder auch nur Abteilung eines komplexen Unternehmens sein.

Eine Organisation kann ihre typenspezifische Leistung optimal nur erbringen, wenn das Wesentliche ihrer Leistung richtig erkannt und anerkannt wird, so dass die Arbeitsprozesse dem Typus entsprechend gestaltet werden und die Art des Führens dazu passend ist. Beim Bestimmen des Typus muss auch beachtet werden, in welcher Entwicklungsphase sich eine Organisation gerade befindet, da sich die Paradigmen für das Organisieren und Führen ändern<sup>1</sup>.

Ein Krankenhaus als professionelle Dienstleistungsorganisation besteht auch aus Organisationseinheiten der beiden anderen Organisationstypen, Produktorganisation und Standarddienstleistung. Wesensbestimmend sind aber die *Kernprozesse*, die auf den primären Leistungszweck ausgerichtet sind: die Heilung der PatientInnen zu fördern. Das wird erreicht durch die Synergie der professionellen Dienstleistungen des medizinischen, pflegerischen und paramedizinischen Personals, unterstützt durch Standard-Dienstleistungen. Das Krankenhaus als Gesamteinstitution wird wegen des primären Zwecks als professionelle Dienstleistungsorganisation verstanden.

---

1) Glas/Lievegoed, 2021

Zur Bestimmung des Organisationstypus sind folgende Dimensionen wichtig:

#### Leistungszweck der Organisation und Beziehung zu KundInnen:

1. Output oder Outcome als Essenz des primären Leistungszwecks.
2. Art der Bedürfnisse des Kunden bzw. der Klientin, deren Befriedigung der Existenzgrund ist.
3. Vorherbestimmbarkeit des Outputs/Outcomes, d.h. wie genau im Voraus das Arbeitsergebnis definiert werden kann.
4. Beziehung zu Kunden bzw. Klientinnen während des Erbringens der Leistung.

#### Leistungsprozesse und Arbeitsteilung:

5. Arbeitsablauf im Ganzen, primär des Kernprozesses, der den essenziellen Output bezweckt und dabei sekundär von Supportprozessen unterstützt und von Managementprozessen gestaltet bzw. geleitet wird.
6. Arbeitsteilung im Kernprozess.
7. Formen der Kontrolle.

#### Führungskonzepte:

8. Führungsphilosophie, Führungsstile, Führungstechniken.
9. Beurteilen der Leistungsqualität, das heißt wie und nach welchen Kriterien die Leistung bewertet bzw. beurteilt wird.

Die Erläuterungen dieser Dimensionen werden in Abb. 1, Abb. 2 und Abb.3 schematisch zusammengefasst.

#### Leistungszweck der Organisation (output/outcome) und Beziehung zu KundInnen:

*Output* heißt das konkrete Ergebnis eines Arbeitssystems, während mit *Outcome* eine Wirkung gemeint ist, die über den konkreten Output hinausgeht: Zum Beispiel vereinbart die Stadtregierung mit der Abteilung für Grünanlagen, dass bis Ende des Monats in allen Parks X Papier- und Abfallkörbe aufzustellen sind (*Output*), damit es keine Klagen mehr gebe über Verschmutzung (*Outcome* ist Zufriedenheit über Sauberkeit).

**Ad A:** Die *Produktorganisation* wird aktiv, wenn Menschen bestimmte physisch-materielle Gegenstände benutzen (zum Beispiel Drucker) oder verbrauchen wollen (Papier). Die Kundin hat zumeist konkrete Vorstellungen bezüglich der Maße, der Eigenschaften und Menge der gewünschten Objekte. Dadurch kann das Endprodukt für die Erzeugung im Voraus genau festgelegt werden

und das dient der Produktionssteuerung. Die Kundinnen erwarten, dass das fertige Produkt den geltenden technischen Standards entspricht und problemlos genutzt (oder konsumiert) werden kann. Zwar steht die Funktionstüchtigkeit an erster Stelle, doch können auch psychische Bedürfnisse eine Rolle spielen, wenn etwa durch ein modisches Produkt Prestige gewonnen werden kann. Gewöhnlich gibt es zwischen der Produktionsstätte und den Kundinnen keine Beziehung, denn das fertige Produkt verlässt die Fabrik und gelangt über den Handel (selten via Direktverkauf) zur Nutzerin. Die Kundin nimmt also nicht wahr, was in der Fertigung geschieht.

**Ad B:** In einer *Standard-Dienstleistungsorganisation* geht es um die Befriedigung materieller und/oder psychischer Bedürfnisse. MitarbeiterInnen führen den Arbeitsprozess oft in Gegenwart des Kunden und in direkter Beziehung zu ihm durch. Als Kunde trete ich dabei vielleicht für einige Zeit in den Betrieb ein und erlebe das soziale Klima. Vielleicht beanspruche ich die Leistung, weil ich mir eigenes Arbeiten ersparen will oder dafür besonderes Wissen und Können bräuchte, das ich nicht habe. Wenn ich den Service eines Reisebüros nicht nutze, müsste ich Fahrpläne studieren, mir alle nötigen Tickets selbst besorgen und ein Hotel suchen, aber das renommierte Büro nimmt mir zeitraubende Arbeiten ab. Mein materielles Interesse ist, zuverlässige und günstige Reisemöglichkeiten und Unterkünfte zu finden, mein psychisches Bedürfnis ist das nach Sicherheit und Bequemlichkeit. Das konkrete Ergebnis einer Dienstleistung ist oft nicht im Voraus genau zu bestimmen, weil es durch die Interaktion mit den Kunden gestaltet werden kann. Dabei sind Dienstleistende bemüht, alle Verfahrensvorschriften, die rechtlich definiert oder durch einen Prozess-Prototyp vorgegeben sind, korrekt einzuhalten. Beim Friseur wird die Leistung *am Kunden* erbracht und er bittet mich um Mitwirkung, das heißt meine Kopfhaltung etwas zu ändern, um ihm das Arbeiten zu erleichtern. Wenngleich hier die sachlichen Aspekte vordergründig sind, gestaltet sich die Beziehung zum Kunden mehr oder weniger persönlich. Ich bevorzuge ein bestimmtes Café, weil ich dort die Serviererin sympathisch finde und prominente Leute treffe. In Banken kann die Kundenberatung für anspruchsvolle KundInnen zu einer professionellen Dienstleistung werden. Das muss dann die Führung entsprechend berücksichtigen.

**Ad C:** In einer *professionellen Dienstleistungsorganisation* sind die „Professionals“ zur Befriedigung primär geistiger Bedürfnisse der KlientInnen tätig und stiften immateriellen Nutzen (der auch materiellen Nutzen ab-

werfen kann). In Abstimmung mit dem Klienten liefern sie Ideen bzw. spezielle Problemlösungen, die der Klient selbständig nutzen oder weiter verwerten kann. Oder Lehrende tragen mit ihrem Wissen und Können zum Entwickeln neuer Erkenntnisse, Fähigkeiten und Haltungen der Klienten bei, deren Wirkungen sich *im Klienten* vielleicht nicht sofort, sondern erst später zeigen, wie das zum Beispiel beim Studium, bei Coaching oder Training, bei Therapie oder Mediation meistens der Fall ist.

Professionals identifizieren sich persönlich mit dem Berufsethos ihres Faches und mit einem expliziten Berufscode, der wie der Hippokratische Eid für ihre Profession verpflichtend ist. Die Achtung der Einzigartigkeit der KlientInnen steht dabei immer zentral. Deshalb muss im Krankenhaus unter den Ärztinnen und Ärzten, zwischen den Pflegenden und TherapeutInnen und allen, die direkt mit den PatientInnen (und deren Angehörigen) zu tun haben, eine Kultur aufrichtiger Achtung der Menschenwürde gepflegt werden.

» Wenn in der Klinik ein miserables Klima herrscht, können Mängel in der Kommunikation auch Fehler in Diagnose und Therapie zur Folge haben.

Das ist bei Konflikten in Krankenhäusern leider schon öfters geschehen. Da es bei einer vertrauensvollen Beziehung zu KlientInnen auch zu Einblicken in Privates kommt, gilt für Professionals das Berufsgeheimnis. Deshalb dürfen auch Professionals im Angestelltenverhältnis, zum Beispiel interne MediatorInnen, PsychologInnen, TrainerInnen etc., ihren Vorgesetzten keine Auskunft über KlientInnen geben. Weil die Werterhaltung der Professionals für ihre Leistung essenziell ist, drücken Krankenhäuser, Schulen, Beratungsfirmen etc. in einem Leitbild ihre Wertorientierung aus, die sie regelmäßig überprüfen und neuen Ansprüchen und Erkenntnissen anpassen<sup>2)</sup>. Ein „Mission-Statement“ zu leben wird aber niemals durch Indoktrination erreicht, sondern nur, wenn es im Denken, Fühlen und Wollen der Menschen wurzelt. Seriöse Professionals sind motiviert, ihre Leistung nach bestem Wissen und Können zu erbringen und gehen nötigenfalls mit ihrer Zeit und Energie großzügig um (bis zur Selbstaubeutung). Wenn sie sich von „Best-Practice-Cases“ inspirieren lassen, streben sie bei ihrer Leistung doch danach, der Einzigartigkeit des Klienten gerecht zu werden.

Abb. 1 stellt die Besonderheiten der Organisationstypen nebeneinander.

<b>Produkt-Organisation</b>	<b>Standard-Dienstleistungs-Organisation</b>	<b>Professionelle Dienstleistungs-Organisation</b>
<b><u>1. Output/Outcome:</u></b>		
Physisches Produkt, technisch einwandfrei und gut nutzbar, produziert <i>für</i> die Kundin, Produkt gelöst von Produzentin, wird zur Nutzerin befördert.	Leistung <i>am</i> Kunden, der sich darauf verlässt, dass Regeln eingehalten werden; manchmal ist Mitarbeit des Kunden erforderlich.	Immaterielle wertbezogene Leistung / kreative Problemlösung, die des Klienten Einmaligkeit würdigt und <i>im</i> Klienten Wirkung hat.
<b><u>2. Art der Bedürfnisse der KundInnen:</u></b>		
Primär materielles Nutzungs- bzw. Verbrauchsbedürfnis.	DL erspart eigene Arbeit, materielle und psychosoziale Bedürfnisse.	Primär immaterielle Güter bzw. geistige Bedürfnisse, Wissen / Können mehren.
<b><u>3. Vorherbestimmbarkeit des Outputs/Outcomes:</u></b>		
Produkt in Maß, Zahl, Menge, Eigenschaft vom Kunden und Produzenten im voraus bestimmbar, reproduzierbar.	Output nicht zur Gänze vorher bestimmbar, nur Prototyp des Prozesses im voraus bestimmbar.	Outcome nicht im voraus bestimmbar, ist im Prozess kreativ auf Besonderheiten des Klienten abzustimmen.
<b><u>4. Beziehung zu Kunden/KlientInnen:</u></b>		
Unpersönlich/sachbezogen möglich.	Mischform: persönlich bis unpersönlich/sachlich.	Persönliche Vertrauensbeziehung, Schweigepflicht.

Abb. 1: Leistungszweck der Organisation und Beziehung zu KundInnen

2) Siehe G. Hartinger 2019, S. 68

### Leistungsprozesse und Arbeitsteilung in den drei Organisationstypen

Zum Optimieren des Outputs/Outcomes ist bei den Kernprozessen eine zum Typus passende Gestaltung der Arbeitsteilung und Zusammenarbeit notwendig.

**Ad A:** Die *Produktorganisation* nannte Mintzberg<sup>3</sup> „*Machine Bureaucracy*“, weil die Führung das Ingenieurdenken nicht nur für Fragen der Technik anwendet, sondern auch auf soziale Systeme überträgt, als müssten Menschen wie Maschinen gesteuert werden. Darum werden Abläufe rational geplant und zentral top-down gesteuert. Aufgaben werden gemäß den technologischen Erfordernissen und nach dem Taylorismus aufgeteilt und standardisiert, wobei Planung, Ausführung, Kontrolle und Koordination strikt getrennt werden. Wenn sich Produktorganisationen in der zweiten Entwicklungsphase, der Differenzierungsphase<sup>4</sup>, befinden und eine rigide top-down Steuerung und Kontrolle ausgeübt wird, spricht Mintzberg<sup>5</sup> von „obsession with control“. Das ändert sich in der Integrationsphase<sup>6</sup>, wenn durch „Job-Enrichment“ zur Gestaltung der Funktionen psycho-soziale Erfordernisse berücksichtigt werden, so dass auch Planung, Koordination und Selbstkontrolle und nicht nur Ausführung zu den Aufgaben gehören. Kontrollen werden von vornherein in jeden Produktionsabschnitt eingebaut, um im laufenden Prozess durchgeführt zu werden. Bei der Endkontrolle kann ein mangelhaftes Produkt gesperrt und ersetzt bzw. verbessert werden.

**Ad B:** In einer *Standard-Dienstleistungsorganisation* wird der Arbeitsprozess entweder nach gesetzlichen Vorgaben oder gemäß einem Prototyp-Prozessmodell geplant, in dem das Wie des Vorgehens beschrieben ist und ein Eingehen auf Kundinnen ermöglicht. Bei der Arbeitsteilung wird möglichst darauf geachtet, dass nicht ständig andere spezialisierte MitarbeiterInnen mit den KundInnen zu tun haben. Denn diese erleben ihre Bedürfnisse als ein Ganzes, das durch Spezialisierung unmenschlich zerstückelt wird. Deshalb gilt zur Beschränkung der Arbeitsteilung möglichst das Motto „One face to the customer“. In Krankenhäusern sorgt eine kompetente Pflegefachfrau neben spezialisierten Pflegekräften als „Bezugsperson“ für Sicherheit der PatientInnen. Wenn die Patientin hauptsächlich von einer Person betreut wird, entsteht eine Vertrauensbeziehung, und durch Feedback der Patientin während des Prozesses wird gute Betreuungsqualität gewährleistet.

Manchmal kann nach fehlerhafter Dienstleistung (zum Beispiel beim Friseur) nur eine Entschädigung angeboten werden, da eine „Reparatur“ nach falschem Schnitt nicht mehr möglich ist.

**Ad C:** In einer *professionellen Dienstleistungsorganisation* gibt es für den Kernprozess globale Vorstellungen, wie nach den Regeln der Kunst zu handeln sei. So kann zum Beispiel eine Behandlung im Unfallkrankenhaus nicht im voraus detailliert festgelegt werden. Der konkrete Prozess muss während der notwendigen Interaktion mit der Patientin und den anderen Professionals grundsätzlich der sich verändernden Situation angepasst werden.

Gleiches gilt auch für mich als Mediator, denn ich habe mir zwar eine passende Vorgehensstrategie überlegt, doch der Mediationsprozess ist, wie jeder Leistungsprozess von Professionals, etwas Organisches, dessen Eigenleben ich respektieren muss. Obwohl ich schon viele einfache und komplexe Mediationen durchgeführt habe, gilt für mich:

» **Jeder Konflikt ist für die Betroffenen und für mich einmalig, weshalb seine Bearbeitung neu erfunden werden muss.**

Wenn ich bei einer Mediation mit KollegInnen zusammenarbeite, haben wir gleiche Anteile an Planung, Koordination und Kontrolle wie auch an der Gesamtverantwortung, auch wenn es zweckmäßig sein kann, für bestimmte Phasen unterschiedliche Beiträge zu vereinbaren.

Kontrolle heißt für Professionals wegen der persönlichen Identifikation mit dem Berufs-Code immer Selbstkontrolle. Sie kann mit methodischer Selbstreflexion und begleitender Supervision oder Intervision unterstützt werden. Denn in einer professionellen Dienstleistungsorganisation ist der wahre Schlüssel zum Qualitätsmanagement lebenslanges Forschen, Reflektieren und Lernen.

In Abb. 2 werden diese Elemente schematisch einander gegenübergestellt.

3) Mintzberg, 1979, S. 314-347

4) Glasl/Lievegoed, 2021, S. 79 ff.

5) Mintzberg, 1979, S. 334)

6) Glasl/Lievegoed, 2021, S. 96 ff.

<b>Produkt-Organisation</b>	<b>Standard-Dienstleistungs-Organisation</b>	<b>Professionelle Dienstleistungs-Organisation</b>
<b>5. Vollständiger Arbeitsablauf:</b>		
Kompletter rationaler Ablaufplan grundsätzlich möglich.	Prozess-Prototyp im voraus, laufendes Prozessfeedback durch Kundin nötig/hilfreich.	Wenig im voraus festlegbar, ist durch Klienten-Feedback situativ anzupassen.
<b>6. Arbeitsteilung im Kernprozess:</b>		
Feingliedrige Arbeitsteilung nach technologischen Gesichtspunkten so weit das psycho-sozial vertretbar ist.	Einheit und Ganzheit des Kunden bedingt Begrenzung der Arbeitsteilung, ideal: „One face to the customer!“	Im direkten Kontakt mit der Klientin: Wie weit ist spezialistische Arbeitsteilung für die Klientin zu vertragen?
Planung-Ausführung-Kontrolle trennbar, Koordination top down pro ante und ex post möglich.	Ausführung enthält immer Anteile von Planung und Kontrolle, pro ante Koordination.	Planung + Ausführung + Koordination + Kontrolle möglichst ganzheitlich bei der beteiligten Mitarbeiterin.
<b>7. Formen der Kontrolle:</b>		
Primär top-down pro ante, im laufenden Prozess und ex post durch Produkt zu sperren, auszubessern.	Im Leistungsprozess begleitende Verfahrenskontrolle, bei Kontrolle ex post ist oft nur Entschädigung möglich.	Internalisierter Berufs-Code ist Basis für gewissenhafte Selbstkontrolle; Supervision, Intervention, Evaluation.
Abb. 2: Leistungsprozesse und Arbeitsteilung		

**Führungskonzepte**

In jedem Organisationstypus kann der Daseinszweck nur gut verwirklicht werden, wenn die praktizierten Führungskonzepte hinsichtlich Führungsphilosophie, Führungsstil und Führungstechnik typengemäß sind. *Führungsphilosophien* gehen von Annahmen über den Sinn der Leistung für KundInnen aus – und der ist für jeden Typus etwas Eigenes. *Führungsstile* gehen zum Ausüben von Einfluss und mit dem Gestalten von Beziehungen mehr oder weniger direktiv oder kooperativ vor. *Führungstechniken fördern oder hindern die Arbeit und wirken sich auf die Resultate aus. Auch hierbei ist zu beachten, in welcher Entwicklungsphase sich die Organisation gerade befindet. So wird in der Pionierphase in allen drei Typen mehr personenbezogen und intuitiv geführt, während in der Differenzierungsphase rationale Ansätze dominieren; erst in der Integrationsphase wird eine Balance menschlicher und sachlicher Aspekte angestrebt, was in der Assoziationsphase zur Grundlage einer verbindenden Kultur wird*<sup>7</sup>.

**Ad A:** In *Produktorganisationen* ist die Führung in der Regel hierarchisch strukturiert und die Produktion wird nach technischen Erfordernissen zentralistisch top-

down gesteuert. Das wird in der Pionierphase durch das Charisma der Führungsspitze gemildert, wodurch die MitarbeiterInnen direktives Führen akzeptieren. In der Differenzierungsphase bemüht sich die Führung mit einem sachorientierten Stil und mit Führungstechniken des „Scientific Management“ um die Effizienz einzelner Bereiche. In der Integrationsphase werden vertikale und horizontale Verbindungen geschaffen und ein kooperativer Führungsstil sorgt für eine Ausrichtung auf gemeinsame Ziele. Teamarbeit und Projektmanagement fördern als Führungsinstrumente die Entwicklung zur Assoziationsphase, in der wirtschaftlich und rechtlich selbständige Organisationen als Partner in einem organisationsüberschreitenden Wertschöpfungsprozess kooperieren. Dann ändert sich die Art, wie Output- und Prozesskontrollen gemanagt werden, nämlich weg von top-down Fremdkontrollen im Nachhinein hin zu Selbstkontrollen. Trotz solcher Akzentverschiebungen in den Entwicklungsphasen bleibt die sachorientierte Steuerung des sozio-technischen Produktionsprozesses die eigentliche Herausforderung jeder Produktorganisation.

<sup>7)</sup> ausführlich in Glas/Lievegoed, 2021

**Ad B:** In der *Standard-Dienstleistungsorganisation* ist fürs Führen sowohl Kundinnen-Nähe als auch ein gutes internes Klima wichtig. Denn eine gute Beziehung mit Kundinnen wie auch unter den MitarbeiterInnen wirkt sich auf das Image der Organisation positiv aus: „Wie es drinnen tönt, so hört man es draußen!“

So ist es zum Beispiel in einem Restaurant kontraproduktiv, MitarbeiterInnen einzubläuen, dass sie die Gäste aufmerksam und freundlich bedienen müssen, während die Führung mit dem Personal respektlos und demütigend umspringt! Zweierlei Moral straft sich selbst Lügen.

Eine möglichst flache Hierarchie sowie relativ weite Gestaltungsspielräume und teilautonome Gruppen fördern selbstsicheres Auftreten der MitarbeiterInnen, und das weckt bei den Kundinnen Vertrauen. Vorgesetzte bleiben in der Regel im Hintergrund, bieten jedoch bei Bedarf Unterstützung oder greifen bei Schwierigkeiten mit Kundinnen vermittelnd oder vielleicht entscheidend ein. Beim Beurteilen der Leistungsqualität wird gleichermaßen auf korrektes Arbeiten nach den geltenden Leistungsstandards und auf gute Begegnungsqualität im Kundin-Kontakt Wert gelegt. Ein gutes Betriebsklima hat auch zur Folge, dass MitarbeiterInnen nicht bloß „Dienst nach Vorschrift“ machen, sondern Ideen zum Verbessern ihrer Arbeitsabläufe und zum schonenden Umgang mit Ressourcen beisteuern – d.h. sich über ihre Routinearbeit hinaus auch kreativ einbringen.

**Ad C:** In der *professionellen Dienstleistungsorganisation* fördert eine sehr flache formale Hierarchie selbstständiges Arbeiten. Daneben gibt es immer auch eine informelle Status-Pyramide, da hervorragende Fähigkeiten und Leistungen von den KollegInnen – trotz mancher Konkurrenz – implizit anerkannt werden und untereinander Einfluss begründen.

Professionals entscheiden grundsätzlich eigenverantwortlich und lassen sich von Vorgesetzten nichts dreinreden.

» **Konflikte unter KollegInnen werden am liebsten durch Aushandeln gelöst, oder ihre Bearbeitung wird anerkannten ExpertInnen übertragen.**

Aus diesem Grund werden in Krankenhäusern, Universitäten und anderen professionellen Organisationen vielerorts KollegInnen zusätzlich zur eigentlichen Funktion als „Konfliktlotsen“ bzw. Konfliktbeauftragte bestellt. Koordination wird gleichfalls kollegial bottom up organisiert. Auch Innovationen gedeihen am besten aus Ini-

tiativen der Professionals und werden anschließend von KollegInnen in Kommissionen beschlossen. Für operatives Führen bewähren sich Formen der Selbststeuerung, die aufgrund situativer Anforderungen als „Adhocracy“ zu temporären Mandatierungen führt. Ein besonderes Führungssystem ist das „Drei-ChefIn-Modell“<sup>8</sup>: Hier ist nicht eine Führungsperson monokratisch für alle anfallenden Fragen zuständig, sondern an drei KollegInnen werden wegen ihrer besonderen Fähigkeiten verschiedene Funktionen für einen definierten Zeitraum mandatiert. Konkret: Eine Person wird wegen ihrer hervorragenden Kenntnisse und Erfahrungen als „Fach-Chefin“ in Fachfragen angesprochen; eine zweite Person ist als „Prozess-Chefin“ befugt für das Planen, Organisieren und Steuern von Leistungsprozessen; einer dritten Person wird als „Ressourcen-Chefin“ das Management der benötigten Ressourcen übertragen. Im Krankenhaus besteht ein dreiköpfiges Top-Management für Medizin, Krankenpflege und Verwaltung. Das Top-Team ist gesamtverantwortlich für Entwicklung und Pflege der Organisationskultur und Strategie im Umfeld. Unterhalb des Top-Managements kommt in den einzelnen Kliniken gleichfalls das „Drei-ChefIn-Modell“ zur Anwendung. So wurde zum Beispiel in der Kardiologie von den KollegInnen ein Arzt gebeten, als „Fach-Chef“ zur Verfügung zu stehen, um bei medizinischen Problemen Rat zu geben; auf Vorschlag der ärztlichen, paramedizinischen und pflegerischen KollegInnen wurde eine sehr erfahrene Pflege-Fachfrau als „Prozess-Chefin“ mandatiert; und eine Pflege-Fachfrau mit zusätzlicher betriebswirtschaftlicher Ausbildung wurde „Ressourcen-Chefin“. Die drei sind die Ansprechpersonen für die anderen Kliniken und Bereiche. Auch eine soziokratische Organisationsform, welche die Führungskreise der Bereiche horizontal mit den Führungsebenen vertikal vernetzt, ermöglicht Selbststeuerung und Integration.

Es ist eine Besonderheit der Leistungen vieler professioneller Dienstleistungen, dass oft erst einige Zeit nach Abschluss der Therapie, Beratung oder Mediation die Wirkungen richtig wahrnehmbar und beurteilbar sind. Deshalb empfehlen sich systematische Evaluationen, die dem Lernen, der Fachentwicklung – und somit dem Qualitätsmanagement<sup>9</sup> dienen.

Abb. 3 stellt die Besonderheiten der Führung in den drei Organisationstypen dar.

8) In den Niederlanden von A. Kampfraath entwickelt und erwähnt von A. Bos, 1974a.

9) W. Deming, 1982

<b>Produkt-Organisation</b>	<b>Standard-Dienstleistungs-Organisation</b>	<b>Professionelle Dienstleistungs-Organisation</b>
<b>8. Führungsphilosophie, Führungsstile, Führungstechniken:</b>		
Hierarchie nach Erfordernis technologischer Steuerbarkeit – bei Berücksichtigung psycho-sozialer Kriterien.	Führung ist gleichermaßen um Kundennähe und Klimapflege intern bemüht, Kundenbeziehung bewirkt Image.	Kollegiales Führen, Innovative Impulse bottom up, Konflikte untereinander lösen durch Aushandeln.
Führungsstellen für top down Koordination/Kontrolle, eventuell agile Teams, Projektmanagement.	Teilautonome Teams für Kundengruppen, gestalten Teaminternes Leben weitgehend selbst, flache Hierarchie.	Primär Selbststeuerung, autonome Teams, Führen eventuell (informell) nach dem „Drei-ChefIn-Modell“.
Primär Prozess-Steuerung, top down, entwicklungsorientierte kontingente Führung.	Primär Menschenführung: externe (Kunden-) und interne Beziehungspflege.	Hierarchie sehr flach, Top-Management pflegt und entwickelt Organisationskultur, damit Wertorientierung lebt.
<b>9. Beurteilen der Leistungsqualität:</b>		
Die Produkteigenschaften müssen den im voraus definierten Qualitätskriterien entsprechen.	Leistungsstandards und gute Begegnungsqualität, Kundenzufriedenheits- und Image-Befragungen.	Wirkung oft erst einige Zeit nach Leistungserbringung sichtbar / beurteilbar, systematische Evaluation bringt Erkenntnisgewinn / Lernen.
Abb. 3: Führungskonzepte		

Trotz dieser Erkenntnisse sind gegenwärtig die meisten Universitäten und Krankenhäuser traditionell sehr hierarchisch organisiert. Die Geschichte der Organisationslehren zeigt, dass anfangs Heer, feudale Herrschaftsformen und die katholische Kirche als Vorbilder für Führung und Struktur aller Arten von Organisationen betrachtet wurden. Mit dem Entstehen des Kapitalismus haben die EigentümerInnen an der Spitze das Hierarchiemodell auf alle Arten von Organisationen, die sich später entwickelten, übertragen. Da in Krankenhäusern Spezialisierungen in den medizinischen, pflegerischen und paramedizinischen Disziplinen weiter zunehmen werden und mehrere professionelle Organisationseinheiten zusammenwirken müssen, erweist sich das monokratisch-hierarchische Modell als Konfliktpotenzial. Die Transformation von der einen Führungskonzeption zur anderen erfordert deshalb Kompetenzen in Mediation und Organisationsentwicklung.

**Konsequenzen für Organisationsmedationen in einem Krankenhaus**

Die Organisationstypologie ist für eine Organisationsmediation hilfreich:

- (a) es leiten sich daraus Anregungen für das *Process-Providing* einer Mediation ab, so dass sich die Konfliktparteien bewusst auf eine Mediation einlassen;
- (b) es können *organisationale Konfliktpotenziale* diagnostiziert werden;
- (c) es ergeben sich Hinweise für *Interventionen*, wie mit den Betroffenen an den organisationalen Konfliktpotenzialen so gearbeitet werden kann, dass sie den Anforderungen einer professionellen Dienstleistungsorganisation entsprechen.

**Ad (a): Gesichtspunkte für ein Process-Providing**

Durch ein umsichtiges Process-Providing kann für eine Mediation ein Vorgehen entwickelt werden, das die Konfliktparteien motiviert mitzumachen. In der Fallbeschreibung „Process-Providing für Mediation in einer Universität“<sup>10</sup> zeige ich detailliert, wie ich in Abstimmung mit den Konfliktparteien ein Prozessdesign entwickelt habe, das die Studierenden, die wissenschaftlichen und administrativen MitarbeiterInnen und die ProfessorInnen zur aktiven Mitwirkung motivierte. Ein ähnlicher Ansatz emp-

10) pm 1/2025, S. 57-65

fehlt sich für ein Krankenhaus, das als professionelle Dienstleistungsorganisation Bereiche des Typus A, Produktorganisation (zum Beispiel Küche) und des Typus B, Standard-Dienstleistungsorganisation (zum Beispiel Geräteservice, Gebäudereinigung) mit umfasst. Wesensbestimmend für das Ganze ist aber die professionelle Dienstleistung, die von den Bereichen des Typus A und Typus B als Leitkultur anerkannt wird. Professionals erwarten von MediatorInnen etwas Ähnliches wie von der eigenen Führung im Haus:

»» **Keine Fremdsteuerung und keine Gängelung – sondern Kooperation! Keine Standardlösungen – sondern aufrichtige Würdigung der Besonderheiten der verschiedenen Berufsgruppen! Keine erstickenden Regulierungen – sondern situatives Anpassen des Vorgehens!**

Allerdings erwarten MitarbeiterInnen in Produktorganisationen und in Standard-Dienstleistungsorganisationen – abhängig von der Entwicklungsphase, in der sie sich befinden – oft mehr richtungweisende Orientierung, manchmal auf mehr direkte Art, wie sie es von ihrer Führung gewohnt sind.

MediatorInnen sind Professionals und arbeiten mit Professionals, sie haben eine Führungsfunktion für die Gestaltung der Mediationsprozesse. Dabei geben die Konfliktparteien als Situations-ExpertInnen Empfehlungen, mit wem Mediationsgespräche in welcher Konstellation relevant wären; und sie melden zurück, wie die Interventionen für die Betroffenen und darüber hinaus im ganzen System wirken.

#### **Ad (b): Gesichtspunkte zur Diagnose**

Zusätzlich zu einer ganzheitlichen Konfliktanalyse<sup>11</sup> sind beim Fokus auf die Organisationstypologie folgende Diagnosefragen wichtig:

- Wie sehr lebt der Daseinszweck im Bewusstsein der Menschen? Wie sehr identifizieren sie sich damit?
- Geben Leitbild, Leitsätze und Zielvereinbarungen wirklich Orientierung über den ganzen Wertschöpfungsprozess?
- Werden die Kernprozesse sowie die Support- und Managementprozesse typengerecht gestaltet und geführt?
- Wie sehr sind Führungsstile und Führungstechniken sach- und menschbezogen?
- Wie verhalten sich Fremdkontrolle und Selbstkontrolle zueinander?
- Wie wird mit Fehlern und Lernen umgegangen?

In einer Universität waren Konflikte entstanden, nachdem der erfolgreiche Finanzchef eines Industrieunternehmens Kanzler geworden war und nun sein bisher gewohntes Führungskonzept auf die Hochschule übertrug. Nach einiger Zeit stieß er bei den Professionals auf Ablehnung und Widerstand. Was für die Produktorganisation passend war, erwies sich in der professionellen Dienstleistungsorganisation als kontraproduktiv und demotivierend. Aufgrund der Einsicht in die Organisationstypologie wurde nach der Mediation sein Vertrag nicht verlängert.

#### **Ad (c): Interventionsansätze**

Da sich Professionals als Person mit ihrer Funktion weitgehend identifizieren, gilt für sie „The person is the product“. Das macht verständlich, dass Professionals Kritik an ihrer Leistung manchmal so verletzend empfinden wie einen Gesichtsangriff auf Eskalationsstufe fünf<sup>12</sup>. Darum ist beim Einschätzen der Eskalationsstufe gut darauf zu achten, ob einer Person wirklich die moralische Integrität und Vertrauenswürdigkeit abgesprochen worden sind (Gesichtsverlust), oder ob nur Wissen und Können kritisiert wurden. Bei tatsächlichem Gesichtsverlust wären tiefer gehende Interventionen geboten als bei Kritik an Kompetenzmängeln.

Wenn die Betroffenen durch mediative Interventionen wieder problemlösefähig geworden sind und sie Konfliktpotenziale in Organisation und Führung miteinander konstruktiv bearbeiten, sind die spezifischen Leistungsbedingungen des Organisationstypus zu beachten.

Das Herausfordernde einer Mediation in einem Krankenhaus ist eigentlich, dass hier Professionals *für* Professionals und *mit* Professionals arbeiten. Und so wie „artgerechte Tierhaltung“ bedeutet, dass ein Vogel nicht im Aquarium und ein Fisch nicht im Vogelkäfig gehalten werden kann, so ist eine „artgerechte Mediation“ eine Voraussetzung für nachhaltige Konfliktlösungen in Organisationen.

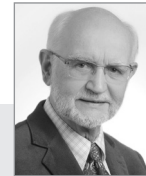
#### **Literatur**

- Ballreich, R./Glasl, F.: Praxisbuch Konfliktmanagement und Mediation in Organisationen. Göttingen 2025.  
Bos, A.H.: Oordeelsvorming in groepen. Wageningen 1974a.

11) Ballreich/Glasl, 2025

12) Glasl 2024, S. 278 ff.

- Bos, A.H.:* Dreigliederung im Mesosozialen. In: *Bos, A./Brüll, D./Henny, A. (Hrsg.):* Gesellschaftsstrukturen in Bewegung. Achberg 1976a, S.129–142.
- Bos, A.H.:* Organisationstypologie. In: B. Lievegoed: Organisationen im Wandel. Bern/Stuttgart 1974b, S. 116–119 („Produktorganisation“ wird hier „industrielle Organisation“ genannt).
- Deming, W. E.:* Quality, productivity, and competitive position. Massachusetts 1982.
- Glasl, F.:* Konfliktmanagement. Bern/Stuttgart 2024, S. 145–157.
- Glasl, F./B. Lievegoed:* Dynamische Unternehmensentwicklung. Bern/Stuttgart 2021.
- Hartinger, G.:* Change Management in Gesundheitseinrichtungen. Wien 2019.
- Mintzberg, H.:* The structuring of organizations. Englewood Cliffs 1979.
- Sassen, H. von/M. Scheinecker:* Organisationstypen. Triгон-Basiskonzept. Graz 1995.



## Kontakt

Prof. Dr. Dr.h.c. Friedrich Glasl, studierte Politikwissenschaften und Psychologie an der Uni Wien, arbeitete in Druckereien, Verlagen, UNESCO und Stadtverwaltung. 1967 bis 1985 Senior Consultant am NPI-Institut für Organisationsentwicklung (NL). 1983 Habilitation an der Uni Wuppertal zu Konfliktmanagement in Organisationen. 1985 Mitgründer der „TrigonEntwicklungsberatung“ in Österreich, Lehrte OE und Konfliktmanagement bzw. Mediation an diversen Universitäten in Europa, Afrika und Asien. Autor von Standardwerken zu Organisationsentwicklung, Konfliktmanagement und Mediation. 2014 Sokrates-Mediationspreis, 2015 WinWinno-Mediationspreis, 2017 internationaler Life-Achievement-Award.  
[friedrich.glasl.mediation@posteo.de](mailto:friedrich.glasl.mediation@posteo.de)

## Angela Ullmann und Ursula Theiler

**Überblick:** Die Autorinnen stellen die Arbeit der allparteilichen Ombudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern vor. Die Ombudsstelle unterstützt die Bedürfnisse der Patient:innen und ihrer Angehörigen, sowie der Gesundheitsfachpersonen der Spitäler. Seit 2008 ist die Anzahl der Anfragen an die Ombudsstelle stetig gestiegen. Deren mediative Arbeit stärkt das Vertrauen in die medizinische Versorgung sowie die Mitwirkung zur Genesung. Oft können auch Massnahmen zur Qualitätsentwicklung angestossen werden.

**Keywords:** Ombudsstellen, Gesundheitsversorgung, Bedürfnisse von Patient:innen und medizinischem Fachpersonal, Allparteilichkeit, gesetzliche Verankerung, Vertrauen.



<https://doi.org/10.25364/35.23:2026.1.7>

# Konfliktlösung im Spital

## Ombudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern

Die in diesem Beitrag als Beispiel beleuchtete Ombudsstelle hat gestützt auf Artikel 5 des Spitalversorgungsgesetzes<sup>1</sup> in Verbindung Artikel 8 bis 10 der Spitalversorgungsverordnung [https://www.belex.sites.be.ch/app/de/texts\\_of\\_law/812.112/versions/1204](https://www.belex.sites.be.ch/app/de/texts_of_law/812.112/versions/1204) des Kantons Bern zum Ziel, das Vertrauen zwischen Patient:innen, ihren Angehörigen und den im Kanton Bern gelegenen somatischen und psychiatrischen Listenspitälern, den Listengeburtshäusern und den Leistungserbringenden im Rettungswesen (nachfolgend Spitäler) als spitalunabhängige Stelle zu stärken.

Der Zugang zur Ombudsstelle ist für Patient:innen und deren Angehörige kostenlos und niederschwellig, sei es per Telefon oder E-Mail. Ziel der Ombudsstelle Spitalwesen ist es, Fragen, Anliegen oder Beanstandungen von Patient:innen entgegenzunehmen, Orientierung zu schaffen, sie über weitere Schritte zu beraten und dadurch allfällige Konflikte zu klären und wenn immer möglich zu befrieden.

### Hintergrund: Hohe Komplexität der Konflikte im Spitalwesen

Gesundheit ist ein sensibles Gut. Von schweren Krankheiten oder Unfällen Betroffene geraten oft in einen Ausnahmezustand, geprägt von Hoffnung, Unsicherheit,

Angst und existenziellen Fragen: Wird die Behandlung erfolgreich sein? Bleiben Schäden zurück oder droht gar der Tod? Wer kümmert sich um die Kinder, das Haustier? Welche finanziellen Konsequenzen drohen? In dieser verletzlichen Lage und emotionalen Belastung ist das Bedürfnis nach Orientierung, Unterstützung und Vertrauen besonders gross.

Konflikte zwischen Patient:innen und deren Angehörigen mit Gesundheitsfachpersonen sind charakterisiert von emotionaler Intensität, hohen Erwartungen in besonders vulnerablen Situationen, der Komplexität der Medizin und des Spitalsystems und vom Aufeinandertreffen von medizinischen Laien als Kund:innen und Gesundheitsfachpersonen als Leistungserbringenden. Verletzlichkeit und Verletztheit in Kombination mit Abhängigkeit vom Fachpersonal können die Belastung für Patient:innen und deren Angehörige verstärken. Gleichzeitig bleiben medizinische Fachbegriffe, differenzierte Hierarchien und Funktionen sowie organisatorische Abläufe im Spital komplex und manchmal schwer zu verstehen.

---

1) Siehe den Link zum Bernischen Spitalversorgungsgesetz [https://www.belex.sites.be.ch/app/de/texts\\_of\\_law/812.11/versions/2688](https://www.belex.sites.be.ch/app/de/texts_of_law/812.11/versions/2688) oder [https://www.belex.sites.be.ch/app/de/texts\\_of\\_law/812.112/versions/1204](https://www.belex.sites.be.ch/app/de/texts_of_law/812.112/versions/1204).

### **Faktische Grenzen gesetzlich vorgesehener Selbstbestimmung**

Obwohl Patient:innen heute von Gesetzes wegen nach angemessener Aufklärung eigenverantwortlich entscheiden können, in welche Behandlungen sie einwilligen oder was sie ablehnen möchten, bleibt eine grundsätzliche Informationsasymmetrie bestehen. Dabei können Missverständnisse auch aus unvollständigen Informationen aus dem Internet oder dem Bekanntenkreis oder schlicht aus grossen Hoffnungen entstehen. Bröckelt das Vertrauen in das medizinische Fachpersonal, sind unzutreffende Selbstdiagnosen nur schwer zu berichtigen. Medizin bleibt in vielen Situationen eine hochkomplexe Wissenschaft und die offizielle Diagnosestellung liegt in ärztlicher Kompetenz. Deshalb können Patient:innen, die mit einer Diagnose nicht einverstanden sind, grundsätzlich nicht mitbestimmen, sondern bloss einen Bestreitungsvermerk nach Datenschutzgesetz anbringen.

Gleichwohl kennen manchmal Patient:innen sich selbst am besten und spüren intuitiv, dass etwas nicht in Ordnung ist. Werden sie mit ihren Schmerzen oder Gefühlen nicht ernst genommen oder mehrfach vertröstet, kann dies zu Ohnmachtsgefühlen führen. Die Ombudsstelle kann daher, ohne sich in medizinische Beurteilungen einzumischen, in Einzelfällen eine Überprüfung der Situation anregen.

Besonders schwierige Situationen können aus der anspruchsvollen Unterscheidung von Komplikationen und Sorgfaltspflichtverletzungen entstehen – seitens Laien und manchmal auch seitens Fachpersonen. Jeder Eingriff birgt Risiken, die sich im Einzelfall verwirklichen können. Unabdingbar ist, dass Ärzt:innen über die im konkreten Einzelfall wichtigsten Risiken in verständlicher Form aufklären (und dies dokumentieren). Nachdem die informierte Zustimmung (*informed consent*) der Patient:in vorliegt, hoffen beide Seiten, dass sich diese Risiken nicht verwirklichen. Doch können Komplikationen eintreten, die sich trotz Einhalten der wissenschaftlich anerkannten Regeln nicht abwenden liessen. Werden hingegen Verletzungen der ärztlichen Sorgfaltspflicht vermutet, welche einen Gesundheitsschaden kausal verursacht haben könnten, zieht dies im Streitfall eine komplexe Beweisthematik nach sich, für welche nicht die Ombudsstelle, sondern die Gutachterstelle der FMH<sup>2</sup> oder andere spezialisierte Gutachtende zuständig sind. Solche jahrelang andauernden Rechtsstreitigkeiten binden zeitliche, finanzielle und emotionale Ressourcen für alle Beteiligten. Ausserdem können sie das Vertrauen

der Patient:innen und deren Angehörigen ins Gesundheitswesen nachhaltig schädigen und die Motivation der ohnehin hohen Anforderungen ausgesetzten Gesundheitsfachpersonen beeinträchtigen.

### **Arbeitsweise und Wirkung der Ombudsstelle**

Die Ombudsstelle ist mandatiert, gütliche Lösungen zu unterstützen und übernimmt keine anwaltliche Interessenvertretung. In den meisten Ombudsverfahren klärt jedoch bereits eine beim Spital eingeholte Stellungnahme wichtige Hintergründe und Zielsetzungen. So kann beispielsweise nachvollziehbar werden, weshalb trotz aller Bemühungen ein Gesundheitsschaden nicht abgewendet werden konnte. In anderen Fällen ergeben sich diese Erkenntnisse aus einer Mediation vor Ort. Nach einer solchen Sachverhaltsklärung können sich die meisten Betroffenen wieder hoffnungsvoll an die Gesundheitsfachpersonen wenden, um Unterstützung für ihre Genesung zu erhalten oder noch vorhandene Alternativen gemeinsam abzuwägen. Die steigenden Fallzahlen der Ombudsstelle zeigen den Bedarf an allparteilicher Vermittlung: Im Jahr 2008 gingen 33 neue Anfragen und Beanstandungen bei der Ombudsstelle ein; im Jahr 2025 waren es 207.<sup>3</sup>

» **Konflikte und spannungsgeladene Missverständnisse sind im Gesundheitswesen kein Randphänomen, sondern ein strukturelles Thema, das Aufmerksamkeit und professionelle Bearbeitung erfordert.**

Durch die Bearbeitung dieser Anliegen entlastet die Ombudsstelle auch die Beschwerdeinstanzen und Verwaltungen der Spitäler, Geburtshäuser und Rettungsdienste.

Die Ombudsstelle ist strukturell absolut unabhängig und ausserhalb der Spitalhierarchie und der Kantonsverwaltung positioniert. Sie wird durch eine selbständige Mediatorin FSM mit rund 30 Jahren Erfahrung als Rechtsanwältin im Gesundheitswesen geführt, die einzig dem vom Regierungsrat nach öffentlicher Ausschreibung erteilten Mandat und dem Recht verpflichtet ist. Dadurch

2) Die Abkürzung FMH steht für Foederatio Medicorum Helveticorum, den Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte.

3) Vgl. die Jahresberichte der Ombudsstelle Spitalwesen der Jahre 2024 und 2025 unter <https://ombudsstelle-spitalwesen.ch/pages/ueber-uns/>.

kann die Ombudsstelle allparteilich agieren und bei beiden Seiten Vertrauen generieren. Auch die gesetzliche Verankerung trägt wesentlich zum Funktionieren des Ombudssystems im Spitalwesen des Kantons Bern bei, da es die Ombudsstelle zu einem demokratisch legitimierten und gesellschaftlich anerkannten Instrument macht. Dank ihres Mandats als unabhängige Vermittlungsinstanz kann die Ombudsstelle auch in hohen Belastungssituationen Erwartungen klären und Brücken der Verständigung bauen, wo dies für die betroffenen Akteur:innen beider Seiten aufgrund von eskalierten Konflikten nicht mehr selbstständig möglich ist.

Dabei kommt es vor, dass Patient:innen und deren Angehörige die dadurch erfahrene emotionale Entlastung sogar wichtiger einstufen als die sachlich erzielte Lösung. Gehört und verstanden zu werden scheint eine wichtige Basis zu sein, um Schwieriges loszulassen und lösungsorientiert in die Zukunft blicken zu können. Nach Rückmeldungen der Patient:innen enden die Ombudsverfahren mit wenigen Ausnahmen einvernehmlich.<sup>4</sup>

### Typische Konfliktfelder

Die meisten Verfahren der Ombudsstelle basieren auf Missverständnissen und eskalierter Kommunikation. Zu den weiteren Hauptthemen zählen Fragen zu ärztlichen und pflegerischen Prozessen, zu Rechnungen (häufig wird die Höhe der Kosten, die Nachvollziehbarkeit der Beträge oder gar das Gesundheitssystem insgesamt in Frage gestellt), zum Umgang mit Daten, oder es geht um Beanstandungen hinsichtlich der medizinischen Organisation (hohe Wartezeiten, frühe Entlassungen, unterschiedliche Einschätzung von Notfallsituationen). Folgende Fallbeispiele sollen einen spezifischen Einblick ermöglichen:

#### Fallbeispiel 1: Vorwurf der Sorgfaltspflichtverletzung

Im Ombudsverfahren einer Patientin, die sich in einer lebensbedrohlichen Situation allein gelassen fühlte, wurde ein mediatives Gespräch geführt. Im Raum stand insbesondere die Frage, ob die behandelnden Ärzt:innen nicht früher hätten anders handeln können oder gar müssen mit entsprechenden haftpflichtrechtlichen Folgen. Ziel des Gesprächs war die Klärung der Vorwürfe und offenen Fragen sowie die Erläuterung medizinischer Entscheidungen. Der Oberarzt begründete die Zurückhaltung gegenüber invasiven Massnahmen mit fehlender Indikation zum damaligen Zeitpunkt und hohem Komplikationsrisiko. Der zuständige Assistenzarzt erläuterte die komplexen täglichen Abwägungen im Team und bedau-

erte die seitens der Patientin wahrgenommene Lücke in der Kommunikation trotz regelmässiger Arztvisiten und Gespräche im Beisein des Ehemanns. Die beiden Ärzte erkannten, dass zwischen ihren fachlich differenzierten und menschlich umsichtigen Bemühungen im Team zu Gunsten der Patientin und deren Wissensstand eine grosse Lücke bestanden hatte, die es in Zukunft zu überbrücken gelte. Aus der laienverständlichen und empathischen Kommunikation des Oberarztes, den detaillierten Erläuterungen der sorgfältigen Abwägungen des Assistenzarztes und der Bereitschaft der Pflegedienstleiterin, entwicklungsorientiertes Lernen in ihrem Team zu unterstützen, schöpften die Patientin und ihr Ehemann Kraft für die weiteren medizinischen Schritte.

#### Fallbeispiel 2: Rechnungsstellung gegenüber ausländischer Krankenkasse

Ein Patient hatte aufgrund seines fortgeschrittenen Alters und der Zusicherung seiner deutschen Krankenkasse, auch in der Schweiz volle Versicherungsdeckung zu geniessen, seine private Krankenkasse in Deutschland beibehalten. Nach einer Operation war diese jedoch trotz der erfolgten Kostengutsprache nicht bereit, die Fallpauschalen von rund Fr. 35'000 zu begleichen. Nach Intervention der Ombudsstelle (inkl. rechtlicher Risikoabwägung) begann das Spital, direkt mit der deutschen Krankenkasse zu verhandeln und ihr die pauschalen Tarife zu erläutern. Als sich ein langwieriges Verfahren abzeichnete, war das Spital sogar bereit, das Kostenrisiko zu tragen und sistierte die Rechnungen. Diese unterstützende Haltung des Spitals bedeutete für den Patienten nach eigener Aussage eine unschätzbare Entlastung.

#### Fallbeispiel 3: Stalking-Vorwurf des Personals führte zu einem Kontaktverbot

Aufgrund von diversen Kontaktaufnahmen in ihrem privaten Umfeld durch einen Patienten, erwog eine betroffene Ärztin gestützt auf die Empfehlungen einer Opferhilfe-Beratungsstelle eine Anzeige. Der Patient sendete zudem einerseits hunderte Emails pro Woche an die Klinik, und war andererseits bisherigen Gesprächseinladungen durch die Klinik nicht gefolgt. Er sah sich – möglicherweise aufgrund seiner Diagnose – selbst als Opfer. Die Ombudsstelle konnte einen Perspektivenwechsel

4) Vgl. ebd.

anregen und den rechtlichen Rahmen erläutern: Die Arbeitgeberin hat gestützt auf ihre Fürsorgepflicht das Personal zu schützen, obwohl der Patient nie etwas Unrechtes tun wollte. Für diesen Patienten endete das Ombudsverfahren nicht in einem einvernehmlichen Abschluss, da die von ihm vehement geforderte Wiederaufnahme in die Klinik und die weitere Betreuung durch seine Vertrauensperson nicht mehr möglich waren. Durch die durchgeführte Pendelmediation konnte immerhin ein unterbrochener Dialog zwischen Patient und Klinik wiederhergestellt werden, so dass es für den ärztlichen Direktor möglich wurde, dem Patienten therapeutische Alternativen zu erläutern.

### Professionelle Basis und Mehrwert für alle Parteien

Die Fallbeispiele zeigen, dass sich die Ombudsstelle in einem Spannungsfeld bewegt, das durch hohe emotionale Belastung der Beteiligten, den strukturellen Zeitdruck des Klinikalltags und ungleiche Wissens- und Erfahrungsbestände zwischen Laien und Fachpersonal geprägt ist. Diese Konstellation kann die gemeinsame Problemdefinition erschweren. Verlangt sind mediative Professionalität und profunde Kenntnis des Gesundheitssystems. Sprachliche und interkulturelle Kompetenz unterstützen den angemessenen Umgang mit vielfältigen Perspektiven.

Die Ombudsstelle kann einen Mehrwert auf verschiedenen Ebenen generieren. Patient:innen und Angehörigen bietet sie eine unabhängige, niederschwellige Anlaufstelle, die Sicherheit schafft und Orientierung über Gesundheitsrecht, -system und Prozesse vermittelt.

»» **Eine rasche Klärung von Fragen zu Behandlungsabläufen, Kommunikation oder Rechnungsstellung kann verhindern, dass sich „Fronten“ weiter verhärten.**

Sie ermöglicht es, belastende Erfahrungen in einem geschützten Rahmen anzusprechen und damit emotionale Entlastung zu erfahren und Vertrauen wiederherzustellen.

Spitäler, Rettungsdienste und Geburtshäuser sind gefordert, nicht nur medizinische, sondern auch kommunikative Herausforderungen sowie zeitlichen und finanziellen Druck effizient und effektiv zu meistern. Durch eine frühzeitige Aufnahme von Beschwerden, der Strukturierung der Rückmeldungen und der Prävention weiterer Eskalationen reduziert die Ombudsstelle bei den meisten Anfragen den spitalinternen Aufwand für das Beschwer-

demangement und spart Personalressourcen: Der überwiegende Anteil der Ombudsarbeit besteht in einer klärenden „Triage“ (welche Fragen sind an welche Stelle zu richten, welche Anliegen haben Aussicht auf Erfolg, welche Alternativen können in Erwägung gezogen werden etc.) und Kurzberatungen, die ohne Einbezug der Spitäler niederschwellig abgeschlossen werden können.<sup>5</sup>

Die individuell betroffenen Gesundheitsfachpersonen kann die Ombudsstelle durch Einholen von erläuternden Stellungnahmen oder mediativen Gesprächen entlasten. Eine wohlgesinnte und offene Kommunikation zwischen Spitaldirektionen oder Qualitätsmanager:innen und der Ombudsstelle schafft nicht nur eine Voraussetzung für nachhaltig zufriedenstellende Verfahrensabschlüsse, sondern stellt auch die Option zu kritischem Feedback seitens der Spitäler an die Ombudsstelle sicher. Wo beidseits Entwicklung Offenheit für Entwicklung besteht, wird Lernen auf Augenhöhe möglich. Zur eigenen Qualitätsentwicklung holt die Ombudsstelle zudem bei aufwändigeren Verfahren die Rückmeldung der Patient:innen ein und führt regelmässige Intervisionen durch (insbesondere zwischen der Ombudsfrau und der stellvertretenden Ombudsfrau).

Transparente, faire Verfahrensführung und eine lösungsorientierte, empathische Kommunikation fördern die Konzentration auf das Wohl aller Beteiligten.

### Mehrwert von Ombudsstellen im Spitalwesen – eine wissenschaftliche Perspektive

Durch ihre unabhängige Natur ermöglichen Ombudsstellen nicht nur die Bearbeitung individueller Beschwerden zwischen Patient:innen und Spitalpersonal. Sie schaffen auch eine Grundlage für die systematische Analyse von Konfliktmustern, die Rückschlüsse auf strukturelle Herausforderungen zulassen. Durch die Analyse von Beschwerdefällen und entsprechende Rückmeldungen, unterstützen sie die Spitäler in ihren Bestrebungen zu Qualitätsmanagement und strategischer Weiterentwicklung. Ihre externe, unabhängige Perspektive ermöglicht nicht nur die Anpassung von Handhabungen innerhalb bestehender Regeln und Normen, sondern eine kritische Reflexion bestehender institutioneller Strukturen und der ihnen zugrunde liegenden Annahmen, wodurch blinde Flecken innerhalb der Organisation sichtbar werden können.<sup>6</sup> Durch die externe Perspektive und die systemati-

5) Vgl. ebd.

6) Chatti, Jarke & Schroeder, 2012.

sche Analyse von Konfliktmustern können sie Spitalorganisationen dazu anregen, nicht nur operative Abläufe zu optimieren (*Single-Loop Learning*), sondern auch normative und strategische Grundannahmen zu überdenken (*Double-Loop Learning*).<sup>7</sup> Indem Ombudsstellen Transparenz und eine offene Kommunikationskultur stärken, schaffen sie Voraussetzungen für kollektives Lernen und die Entwicklung einer konstruktiven Konfliktkultur.

### » Ombudsstellen können zur Entwicklung von lernenden Spitalorganisationen beitragen.

Sie stossen Selbstreflexion und Anpassungsfähigkeit an.

Auf systemischer Ebene des Spitalwesens tragen Ombudsstellen darüber hinaus zu Partizipation bei. Sie stärken langfristig das Vertrauen in die Spitalversorgung, indem sie bei Bedarf die Stimme der Patient:innen im Gesundheitssystem verständlich machen oder Brücken der Verständigung schaffen. Durch kontinuierliche Rückmeldungen unterstützen sie lernorientierte Spitalorganisationen, die auf Patient:innenzufriedenheit und nachhaltige Qualitätsentwicklung ausgerichtet sind. Durch die Gewährleistung von Transparenz und Fairness in der Konfliktbearbeitung stärken Ombudsstellen auch das Vertrauen des Spitalpersonals ins Spitalsystem, was sich positiv auf die Kommunikationskultur und die Einhaltung professioneller Standards auswirken kann.

Damit Ombudsstellen jedoch diese Wirkungen entfalten können, sind eine Verankerung der Ombudsstellen bei den Entscheid-Tragenden und eine von Vertrauen geprägte Kommunikation zwischen den Spitalleitungen und den Ombudspersonen unerlässlich. Bei der in diesem Artikel beleuchteten Ombudsstelle dürfte zudem ihre gesetzliche Verankerung wesentlich zu ihrem Erfolg beigetragen haben. Mit dieser gesetzlichen Grundlage handelt es sich bei der Ombudsstelle für Spitalwesen des Kantons Bern um ein demokratisch legitimes, und damit gesamtgesellschaftlich anerkanntes System.

#### **Auswahl weiterführender Adressen spezialisierter Stellen im Gesundheitswesen**

Kantonal, national und international gibt es unterschiedliche Modelle, wie beispielsweise spezialisierte Ombudsstellen für Krankenversicherungen oder Pflegeheime. Gemeinsam ist ihnen die Funktion als vertrau-

ensbildende Instanz, die Transparenz schafft und Missverständnisse ausräumt. Sie tragen damit nicht nur zur Lösung konkreter Konflikte bei, sondern auch zur Qualitätssicherung und zur Stärkung einer dialogorientierten Konfliktkultur im Gesundheitswesen.

#### **Spezialisierte Ombudsstellen im Kanton Bern:**

- Ombudsstelle für Alters-, Betreuungs- und Heimfragen:  
<https://www.ombudsstellebern.ch>
- Ombudsstelle der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern betreffend privatniedergelassene Ärzt:innen:  
<https://www.berner-aerzte.ch/de/informationen/fuer-patientinnen-und-patienten/ombudsstelle.html>
- Ombudsstelle für das Spitalwesen:  
<https://ombudsstelle-spitalwesen.ch>  
E-mail: [ombudsstelle-spitalwesen@hin.ch](mailto:ombudsstelle-spitalwesen@hin.ch)  
Tel. 079 356 95 64 i.d.R. zu Bürozeiten (oder Rückruf).  
Ombudsfrau: Ursula Theiler,  
Stellvertretende Ombudsfrau: Ursula Schaufelberger

#### **Spezialisierte Ombudsstellen in der Schweiz:**

- Ombudsstelle Krankenversicherung:  
<https://om-kv.ch/>
- Ombudsmann Privatversicherungen und SUVA:  
<https://versicherungsombudsman.ch>

#### **Interessenvertretung für Patient:innen:**

- Dachverband Schweizerischer Patientestellen [www.patientestelle.ch](http://www.patientestelle.ch)
- SPO Patientenorganisation [www.spo.ch](http://www.spo.ch)

7) Argyris & Schön, 1978, 1996:21.

- Rechtsberatungsstelle für Unfallopfer und Patient\*innen:  
<https://www.rechtsberatung-up.ch/>
- Rechtliche Expertise in medizinischen Schadenfällen: [www.forummedjur.ch](http://www.forummedjur.ch)
- Rechtsanwäl:t:innen, die sich auf Versicherungsrecht spezialisiert haben:  
<https://versicherungsfachanwalt.ch/>

## Literatur

Chatti, M. A., Jarke, M., Schroeder, U.: Double-Loop Learning. In: Seel, N.M. (Hrsg.), *Encyclopedia of the Sciences of Learning*. Boston, 2012. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1428-6\\_635](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1428-6_635).

Argyris, C. & Schön, D. A.: *Organizational Learning II: Theory, method and practice*. MA: Addison-Wesley, 1978/1996.



## Kontakt

Angela Ullmann ist Dozentin an der Berner Fachhochschule und führt seit 2018 eine eigene Praxis als Mediatorin FSM, Organisationsentwicklerin und Supervisorin bso i.A. in Bern. Sie unterstützte die aktuelle Ombudsfrau zu Beginn ihres laufenden Mandats.

[www.ullmannmediationberatung.ch](http://www.ullmannmediationberatung.ch)



## Kontakt

Ursula Theiler, ILic.iur. Fürsprecherin, Mediatorin FSM, leitet die Ombudsstelle Spitalwesen des Kantons Bern, ist externe Vertrauensperson für diverse Institutionen, Präsidentin der Rekurskommission EDK GDK (Bildungs- und Gesundheitsberufe), Fachrichterin Arbeitsrecht und Gleichstellung, Dozentin für Rechtskunde am Zentrum für medizinische Bildung und sie führt ein Büro für Mediation & Recht.

[www.ursulatheiler.ch](http://www.ursulatheiler.ch)

**Conclusion personnelle en français:**

# L'efficacité par la médiation – un bénéfice pour tous et toutes

**Angela Ullmann / Ursula Theiler****Renforcer la confiance des patient(e)s**

Un service de médiation indépendant, impartial et neutre, qui prend au sérieux les questions, les soucis et les plaintes des patient(e)s, renforce la confiance dans le système de santé du canton de Berne. Clarifier rapidement les questions relatives au déroulement des traitements, à la communication ou à la facturation permet d'empêcher la formation de « fronts » ou l'escalade de conflits en litiges juridiques. En outre, la confiance que les patient(e)s accordent aux professionnels de la santé est essentielle à leur guérison. Les procédures de médiation, en apaisant les tensions, déchargent directement le système de santé :

**Décharger les hôpitaux**

Les hôpitaux, les services de secours et les maternités sont soumis à une pression croissante pour relever efficacement non seulement les défis médicaux, mais aussi les défis de communication. En dissipant les malentendus et en clarifiant les conflits à un

stade précoce, le service de médiation hospitalier exerce une fonction de désescalade. Dans la grande majorité des cas, cela réduit la charge de travail interne de l'hôpital pour la gestion des cas problématiques et permet d'économiser les ressources humaines. Sur le fond, les procédures de médiation peuvent apporter une contribution importante au développement de la qualité ou/et décharger les professionnels de la santé impliqués. De manière générale, elles favorisent la compréhension des parties prenantes pour les relations complexes et orientent les questions et les remarques des patient(e)s vers les bons interlocuteurs.

**Base légale dans la loi sur les soins hospitaliers**

La réglementation à l'article 5 de la loi sur les soins hospitaliers, en relation avec les articles 8 à 10 de l'ordonnance sur les soins hospitaliers du canton de Berne, constitue un élément clé du succès du service de médiation. En effet, ce système bénéficie d'une large légitimité démocratique et est reconnu par toutes les parties prenantes.



## Matthias Bäuerlein und Tosca Hrnjak

**Überblick:** Professionelles Lob- und Beschwerdemanagement im Gesundheitswesen hat sich vom reaktiven Notfallprozess zum strategischen Steuerungsinstrument entwickelt. Der Bundesverband Beschwerdemanagement (BBfG) betrachtet jede Beschwerde als eine wertvolle, wenn auch emotional aufgeladene, Ressource. Dieser Beitrag beleuchtet aus der Innensicht der Verbandsverantwortlichen welche Konfliktlinien häufig zu Beschwerden führen, wie Kliniken Rückmeldungen systematisch für die Qualitätsentwicklung nutzen und welche Rolle mediative Kompetenzen bei der Deeskalation und Konfliktlösung spielen. Der Artikel ist aus der Innensicht.

**Keywords:** Beschwerdemanagement, Patientenfeedback, Qualitätsentwicklung, Mediation, Deeskalation, Krankenhausreform, Risikomanagement, BBfG-Benchmark.

<https://doi.org/10.25364/35.23:2026.1.8>

# Kritik als Ressource

## Beschwerdemanagement als Treiber für Qualität

### Die häufigsten Konfliktlinien

Beschwerden im Gesundheitswesen sind selten ein isoliertes Ereignis, sondern das Ergebnis überlappender Konfliktlinien, die im hochkomplexen Krankenhausalltag entstehen. Das Spektrum reicht von der organisatorischen über die kommunikative bis zur interpersonellen Ebene.

**Organisatorische Mängel** wie lange Wartezeiten, mangelhafte Koordination zwischen Fachbereichen oder Unklarheiten bei der Terminvergabe bilden die häufigste Ursache für Unmut. Sie sind der „Hardware-Fehler“ im System.

Die eigentliche Eskalation wird jedoch oft durch **Kommunikationsdefizite** ausgelöst -- der „Software-Fehler“. Unzureichende Aufklärung über Behandlungspläne, das Gefühl, nicht gehört oder nicht ernst genommen zu werden, oder eine als wenig empathisch empfundene Gesprächsführung führen dazu, dass sich Patient:innen und Angehörige nicht als Partner:innen im Behandlungsprozess wahrnehmen.

Beschwerden sind der Lackmustrtest für die Patientenzentrierung: Sie zeigen, wo die gelebte Qualität von den definierten Standards abweicht.

### Systematischer Umgang mit Beschwerden

Ein professionelles Beschwerdemanagement versteht sich nicht als reiner „Schadenbegrenzer“, sondern als

strategische Schnittstelle zum **Qualitäts- und Risikomanagement**. Das Vorgehen muss strukturiert sein, wie es die Standards des BBfG und die Ergebnisse des jährlichen Benchmarks belegen.

### Von der Rückmeldung zur Maßnahme

Der systematische Prozess folgt vier Schritten:

- 1. Erfassung und Dokumentation:** Alle Rückmeldungen, auch informelle, werden zentral und vollständig erfasst. Der Benchmark zeigt, dass **88,9 Prozent** der teilnehmenden Einrichtungen gezielt Verbesserungsmaßnahmen ableiten (BBfG Benchmark 2024).
- 2. Analyse und Klassifizierung:** Die Beschwerdeinhalte werden nicht nur reaktiv bearbeitet, sondern nach Themenfeldern, Häufigkeit und Schweregrad klassifiziert. Hieraus werden die tatsächlichen *Verfahrensfehler* von den *Kommunikationsfehlern* getrennt.
- 3. Maßnahmenableitung für die Qualitätsentwicklung:** Die Analyse mündet in einen verbindlichen Prozess zur Ursachenbehebung. Dies ist der Kern der Nutzung als Ressource: Das Beschwerdemanagement generiert Steuerungswissen. Pro 100 Beschwerden wurden im aktuellen Benchmark durchschnittlich **41 konkrete Verbesserungsmaßnahmen** eingeleitet (BBfG Benchmark 2024).
- 4. Rückmeldung und Abschluss:** Ein zeitnahes Feedback an die Beschwerdeführer:innen (im Durchschnitt verkürzte sich die Bearbeitungsdauer im Langzeitver-

gleich auf **8,2 Tage**) schließt den Kreis und stärkt die Vertrauensbasis (BBfG Benchmark 2024).

### Mediative Techniken in der Beschwerdearbeit

Obwohl eine formale **Mediation** in Kliniken noch keine flächendeckende Standardmethode für alle Beschwerdefälle ist, spielen **mediative Techniken** eine zentrale Rolle. Sie sind essenziell für den professionellen Umgang mit hoch eskalierenden Konflikten.

### Deeskalation als Kernkompetenz

Gerade in Situationen, in denen die Belastung von Patient:innen hoch ist, kommt es zu stark emotionalisierten Reaktionen. Laut aktuellen BBfG-Erhebungen empfinden **17,5 Prozent der Beschwerdeverantwortlichen emotionsgeladenes Verhalten** (wie Drohungen, Angriffe oder Aggressivität) der Beschwerdeführenden als größte psychische Belastung im Berufsalltag (BBfG Benchmark 2024). Hier sind mediative Kernkompetenzen gefragt:

- **Allparteilichkeit:** Die Fähigkeit, die Perspektive aller Beteiligten (Patient:in, Personal, Ärzt:innenschaft) einzunehmen, ohne vorschnell zu urteilen.
- **Aktives Zuhören und Paraphrasieren:** Die Konfliktparteien fühlen sich verstanden, was deeskalierend wirkt und die Grundlage für die Lösungsfindung schafft.
- **Fokus auf Interessen:** Die Verlagerung von starren **Positionen** („Ich will eine Entschädigung“) hin zu den dahinterliegenden **Interessen** („Ich will, dass das nicht wieder passiert“ oder „Ich brauche Anerkennung für meine erlittene Angst“).

In Einzelfällen hochkomplexer oder potenziell haftungsrechtlicher Konflikte kann die Hinzuziehung externer oder interner Mediator:innen die **Beziehungs- und Lösungsebene wiederherstellen, ohne dass die Beteiligten** den juristischen Weg gehen müssen. Dies fördert eine offene Fehlerkultur.

»» **Die konsequente Nutzung mediativer Kompetenzen ist der Schlüssel, um emotionale Wunden zu heilen und Beschwerden nicht nur fachlich, sondern auch menschlich zu lösen.**

### Herausforderungen und Reformimpulse

Die Krankenhausreform unterstreicht die Notwendigkeit von Qualitätsentwicklung und Transparenz. Ein strukturiertes Beschwerdemanagement passt perfekt in diese Agenda, da es unmittelbar die Patientenzentrierung stärkt und als Frühwarnsystem für Risiken dient.

Die zentrale Herausforderung bleibt die systemische Verankerung. Beschwerdemanager:innen brauchen ein klares Mandat, ausreichende personelle Ressourcen und die institutionelle Anerkennung, um aus den Rückmeldungen abgeleitete Maßnahmen auch tatsächlich in der Organisation umsetzen zu können. Der BBfG setzt sich dafür ein, diese Standards im gesamten deutschen Gesundheitswesen zu etablieren. Wer die Versorgungsqualität im Sinne der Reform nachhaltig verbessern will, muss die Patientenstimme hören – und sie systematisch in messbare Veränderungen überführen.

### Über den BBfG

Der Bundesverband Beschwerdemanagement für Gesundheitseinrichtungen e.V. (BBfG) bündelt seit 2015 Expertise im Lob- und Beschwerdemanagement im deutschen Gesundheitswesen. Er fördert die Professionalisierung des Berufsfeldes, setzt Qualitätsstandards und dient als Plattform für den fachlichen Austausch zwischen Politik, Kostenträgern und Leistungserbringern.



### Kontakt

Matthias Bäuerlein ist 1. Vorsitzender des BBfG, Klinikum Stuttgart, Leiter Fachbereich Betriebsorganisation I Beschwerdemanager.  
<https://bbfg-ev.de/ueber-uns/>



### Kontakt

Tosca Hrnjak ist 2. Vorsitzende des BBfG, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinisches Qualitäts- und Risikomanagement I Beschwerdemanagerin.  
<https://bbfg-ev.de/ueber-uns/>

Beide Autoren stützen sich in ihrem Beitrag auf ihre eigene Tätigkeit, die Erfahrungen des BBfG und insbesondere die jährliche BBfG Benchmark-Erhebung.

### Literatur

Bundesverband Beschwerdemanagement für Gesundheitseinrichtungen e.V. (BBfG)/Inworks GmbH: Beschwerdemanagement Benchmark 2024 – Gesamtbericht. Evaluation der Beschwerdemanagementsituation 2023 in Krankenhäusern. Ulm, 15.10.2024.



## Heinz Pilartz

**Überblick:** Ist Mediation im Zusammenhang mit Erkrankungen sinnvoll? Dieser Artikel soll Mediator:innen motivieren, ihre Kompetenzen auch im Themenfeld Krankheit anzubieten. In der Regel hat eine Krankheit Auswirkung auf Betroffene und deren Sozialsystem, in Abhängigkeit von Schwere und Bedrohlichkeit. Die Neuausrichtung betroffener Systeme kann die kompetente Begleitung durch externe Fachleute notwendig machen. Die Aufgabe von Mediator:innen ist dann nicht die Behandlung bestimmter Erkrankungen, sondern deren verbesserte Besprechbarkeit. Mit Blick auf Veränderungen des Zusammenlebens und die damit verbundenen zwischenmenschlichen Dynamiken können die Bedürfnisse der Menschen im betroffenen System geschützt werden.

**Keywords:** Einschränkungen müssen integriert werden, da diese gleichermaßen Auswirkungen auf Betroffene und System haben. Ein neuer Mitspieler im System gehört jetzt dazu – die Krankheit sitzt mit im „Entscheidungsgremium“.

<https://doi.org/10.25364/35.23:2026.1.9>

# Erkrankung macht Mediation notwendig!?

## Definition von Gesundheit und die Salutogenese

Die Definition von Gesundheit der WHO (1948)<sup>1</sup> beschreibt *körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden und das nicht Vorhandensein von Erkrankung*. Daran orientieren sich medizinisches Handeln und die Kostenübernahme durch die Krankenkassen; Diagnostik und Therapie stehen im Vordergrund. Die Bedeutung des sozialen Wohlbefindens wird allgemein anerkannt, entsprechende Maßnahmen werden aber nur ausnahmsweise (Psychoonkologie) im Gesundheitssystem eingeleitet. Jeder kennt das Auftreten körperlicher Symptome im Zusammenhang mit Stress, Ängsten oder Konflikten. Arbeitsfähigkeit und körperliche Befindlichkeit können stark behindert sein. Eine Bearbeitung der „sozialen Verursachung“ (z.B. Arbeitsplatzkonflikt) ist im Gesundheitssystem selten vorgesehen. Körperliche und seelische Erkrankungen lösen oft einen ganzheitlichen Prozess aus, da das gesamte Sozialsystem sich anpassen muss. Auch dieser wird zu wenig beachtet.

Salutogenese<sup>2</sup> bedeutet die Beschäftigung mit Bedingungen, die die Gesundheit stabilisieren und die Abwehrkraft gegen Krankheiten verbessern. Dabei stehen soziale Themen im Vordergrund. Gesundheit wird als fluktuierender Prozess beschrieben: Trotz bestehender Krankheit kann das subjektive Befinden gut sein, um-

gekehrt mag bei guter „messbarer“ aber Störungen im „sozialen System“, die Befindlichkeit schlecht sein und Menschen sich krank fühlen. Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass soziale Störungen einen massiven Einfluss auf das Immunsystem haben. Es spielen dann Stabilität der Beziehungen und Selbstanpassungsmechanismen eine große Rolle. (Eine Studie mit Witwen und Witwern zeigte, dass diese bei fehlender sozialer Anbindung und geringer Aktivität eine fast 10x höhere Sterberate hatten als die sozial eingebundenen Vergleichspersonen).

Sowohl die Definition der WHO als auch das Salutogenesekonzept können als Einladung zur Durchführung von Mediationen verstanden werden: Im sozialen System müssen mehrere Menschen einen neuen gemeinsamen Weg finden. Aus salutogenetischer Sicht wirkt Verstehen stabilisierend: Betroffene müssen die Abläufe, Denkweisen oder Empfindungen von Organisation und Mensch nachvollziehen können, um sich einlassen zu können. Bei zwischenmenschlichen Konflikten kann Mediation wechselseitig das Verständnis füreinander ermöglichen,

1) <https://who.int/about/governance/constitution>.

2) Aaron Antonovsky (1997) Salutogenese.

oft schon dadurch, dass die Konfliktbeteiligten (vielleicht erstmals) einander zuhören!

### Krankheitserleben von Betroffenen

Viele junge Erwachsenen machen sich noch keine großen Gedanken um Gesundheit, Gesunderhaltung und Vorsorge, sie halten sich für „unschlagbar“ und „unverletzlich“ („Helden“ im Lebensradmodell von CG Jung). Ernährungsgewohnheiten oder sportliche Aktivität haben kaum gesundheitsmotivierte Gründe. Krankheit ist nicht „vorgesehen“. Umso dramatischer wird der Verlust der Gesundheit erlebt. Für die in der Situation notwendigen Anpassungen gibt es kaum Erfahrungswissen.

Später gehört zur Vorstellung und Erwartung der Menschen ein Leben und Altwerden in Gesundheit und Autonomie. Es gibt Wünsche, Erwartungen, fast jeder hat eine Erzählung für sich erfunden, die in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft stimmig ineinander gefügt wird. Krankheiten sind nicht vorgesehen! Wenn sie auftreten, ist der Beginn nicht selten schleichend, immer wieder geht einer definitiven Krankheitsdiagnose eine Phase mit Beunruhigung und Verunsicherung Betroffener voraus: Irgendetwas stimmt nicht, das Gewicht nimmt ab, unbekannte Symptome fallen (einem selbst oder anderen) auf. Die Geschichte des eigenen Lebens (Erfolg, Leistungsfähigkeit, Erlebnisse, Abenteuer) mag durcheinander geraten.

» **Erwartungen und Wünsche erscheinen nicht mehr erfüllbar, es hat sich etwas Wesentliches geändert.**

Vielleicht erstmals wird es notwendig, Selbststeuerungsmechanismen<sup>3</sup> zu aktivieren: „Ich sollte kürzer treten, vielleicht sollte ich mir einen Arzttermin besorgen, ich muss meiner Familie oder meinen Kollegen etwas vorgaukeln oder diesen meine Befürchtungen mitteilen“. Die subjektive Wirklichkeit und die Erwartungen, die in der persönlichen Erzählung zum Ausdruck kommen, geraten mit der Realität in Widerspruch. Etwas lieb Gewonnenes, die Vorstellung des persönlichen „optimalen Lebens“, geht verloren. Für Erkrankte bedeuten die Veränderungen nicht selten eine narzistische Kränkung, für die es kaum eintrainierte Bewältigungsstrategien gibt. Das idealisierte Bild davon, wie das Lebensende aussehen soll (autonom, in der eigenen Wohnung, flexibel, kein langes Leiden, ...) muss möglicherweise neu formuliert werden und den Realitätscheck bestehen. Das Auftreten von ersten Krankheitssymptomen oder einer bedrohlichen Diagnose hat also einen dramatischen Effekt auf die Wunschvorstellungen: Die Krankheit gehört jetzt im-

mer (oder vorübergehend) dazu, ohne Einladung, ohne Ergebnisoffenheit, ohne Kompromisse (siehe Kasten Krankheitsskulptur). Die Änderung im Lebensverlauf, die sich erheblich vom idealisierten Wunschbild unterscheidet, hat großen Einfluss auf die Empfindungen: Erkrankte erleben die Auswirkungen bezogen auf alle Grundemotionen, typischerweise spielt sogar Scham eine wesentliche Rolle (weil man nicht mehr so kann, weil man erstmals um Hilfe bitten muss, weil die Krankheit mit unangenehmen Gerüchen oder anderen ekligen Veränderungen einhergeht, ...) Die Konsequenz kann der Verlust von Antrieb und Kraft sein, schon durch die betroffenen Grundemotionen begründet sich die Tendenz zum Rückzug, zum Verlust von Flexibilität, Kreativität und Entscheidungsfähigkeit. Angst (vor der ungeklärten Situation) und Trauer (um den Verlust der Gesundheit) behindern Entwicklung und Lösungsorientierung, lassen Betroffene vielfach in Erstarrung oder Hilflosigkeit fallen.<sup>4</sup>

Dabei stehen viele Aufgaben an: Sich innerhalb des Familiensystems in einer neuen Rolle einfinden – die veränderten Interaktionen der Zugehörigen richtig verstehen und jeweils in einen Kontext zu bringen, Missverständnisse vermeiden – eine neue Sichtweise der Zukunft (er)finden – neue Themen und Perspektiven finden – „Nein“ sagen lernen – wichtige Unterstützer im persönlichen und professionellen Kontext zulassen – Kritikfähigkeit und gesunde Skepsis behalten in einem Themenfeld, in der man kein Fachmann ist – Erlernen, Entscheidungen nicht spontan und panisch, sondern in Ruhe und mit Bewußtheit zu treffen, um keine Entwicklung oder Entscheidung zuzulassen, die man „eigentlich“ gar nicht will – Kultur und Sprache der „Krankheitswelt“ erlernen – Konsequenzen für Lebensführung und veränderte wirtschaftliche Möglichkeiten bearbeiten.

» **Tabus müssen zugelassen werden – neue Tabus entstehen.**

An Selbstkorrekturmassnahmen geht nichts vorbei.

Das Festhalten an alten Erwartungen funktioniert nicht. Die Krankheit verändert Vieles, man kann mit ihr nicht verhandeln. Werden die Erwartungen zu hoch angesetzt, sind Enttäuschungen (Ent-Täuschung) vorprogrammiert. Und die Konsequenz ist eine defizitäre Sichtweise („wenn doch nur ...“), die alles nur noch schlimmer macht: Ergebnis sind dann verbitterte, übel-launige, rechthaberische und zurückweisende Kranke.

3) Yuval Harari (2024) Nexus.

4) Vivian Dittmar (2014) Gefühle und Emotionen.

Ohne angepassten Lebenssinn haben Erkrankte kaum Aussicht auf eine vertretbare Lebensqualität.<sup>5</sup>

### Unterstützung Erkrankter

Medizin und Mediziner legen die Betonung auf Behandlung und Diagnostik der **Krankheit**. Das ist ihre Aufgabe. Sie beantworten die Fragen verunsicherter Erkrankter mit Blick auf die Krankheit ; „Da kann man“, „da sollte man“, „wir können versuchen...“. Vielfach bezieht sich die Verunsicherung Betroffener weniger darauf, dass die Krankheit beherrscht wird, als darauf, wie die große Zahl von Anpassungsleistungen zu bewältigen ist und wie auch bei schlechter Prognose ein neuer Platz im Leben zu finden ist. In der noch ungewohnten Rolle als Kranke fällt die Formulierung persönlicher Bedürfnisse noch schwer, ein Widerspruch gegen ärztliche Vorschläge wird vermieden oder ist noch nicht eintrainiert, da entsprechendes Erfahrungswissen fehlt.

Und wie kann Mediation helfen? Mediation setzt in der Regel an einem Konflikt mit anderen an; für Erkrankte allein erscheint das Verfahren somit nicht passend.

»» **Wird die Krankheit<sup>6</sup> selber zu einem Subjekt gemacht, wird eine Begleitung mit mediativen Techniken denkbar: Die Moderation zwischen Erkrankten und Krankheit.**

Ein solches Gespräch kann von Unbetroffenen begleitet werden, sie können Ideen einbringen, Hypothesen mitentwickeln und im Diskurs Lösungsideen mitgestalten. Anpassungsbedarf gibt es genug! Dieses Vorgehen kann einen großen Einfluss auf Erkenntnisgewinn, Klarheit und Verabschiedung von alten Vorstellungen haben. Grundsätzlich muss das Ziel Erkrankter lauten, eine Lebensgeschichte erzählen zu können, die nicht mit den Gegebenheiten in Widerspruch gerät, die durch das Schicksal vorgegeben ist. Diese Geschichte muss auch mögliche ärztliche Interventionen und persönliche Vorstellungen integrieren.

Mediative Gespräche unterstützen Erkrankte, die belastenden Veränderungen bewältigen zu können. Es geht um einen Lernprozess, um eine neue „Geschichte“ erzählen zu können. Die Perspektive in die Zukunft, die veränderten körperlichen Möglichkeiten, das Leben im sozialen Miteinander wird von einer alten in eine neue Zukunftsvision transformiert, möglicherweise gilt es auch den Gedanken an das nahende Lebensende zu integrieren. Wenn es gelingt, die neuen Gegebenheiten zu integrieren und (notgedrungen) anzunehmen, kann auch bei

starken Einschränkungen ein erfüllendes Leben möglich sein.<sup>7</sup> Austausch oder Begleitung finden meist innerhalb der Familie statt mit der Folge von Überforderung oder „Durcheinander“ von Rollen. Dem können Mediator:innen entgegenwirken. Die eigenen praktischen Erfahrungen mit diesem Vorgehen waren in der Regel positiv.

### Krankheit betrifft mehr als einen!

Grundsätzlich ist der Grund für eine Mediation das Auftreten von Konflikten. Obwohl in diesem Beitrag der eigentliche Grund durch Krankheit ausgelöst wird, kommt es im Familien- oder Sozialsystem Betroffener häufig zu schweren Konflikten. Angehörige und Zugehörige durchleben, mit anderen Schwerpunkten und persönlichkeitsabhängig, ähnliche Turbulenzen wie Betroffene. (Grund-) Emotionen, Konsequenzen und Perspektiven durch das Auftreten der Krankheit sind dann nicht selten sehr unterschiedlich und unterscheiden sich gegebenenfalls erheblich von denen Betroffener, was für alle Beteiligten verstörend wirken kann. Wenn es sich um existentielle Fragestellungen handelt, wirken die Themen belastend und angstausslösend. Das Themenfeld ist tabu-vermint. Und dazu gehört auch, dass „in einer solchen Situation nicht auch noch Konflikte“ auftreten dürfen. Werden Konflikte überhaupt wahrgenommen oder zugelassen, sind diese häufig sehr komplex, überfordernd, die Konfliktparteien haben häufig keine Expertise im Umgang mit dem Themenkomplex und reagieren sehr emotional, Werte und ethisch/moralische Fragen schwingen mit.

### Geschichten erzählen

Trifft das System schwere Krankheit, hat das natürlich auch Einfluss auf die Geschichtenerzählung aller, auch auf die „Familiengeschichte“. Betroffene müssen die persönliche Geschichte umdenken (s.o.). Die Vergangenheit einer solchen Geschichte mag unverändert bleiben, die Vorstellungen und Ideen in die Zukunft verändern sich manchmal dramatisch und differieren stark. Aber auch jedes Mitglied des Systems muss eine neue Erzählung wagen, schaffen oder konstruieren. Und diese unterschiedlichen, oft nur schlecht stabilisierten Gedanken müssen zu einem Ganzen zusammengebracht werden und funktionieren. Manch einer im System mag noch die neue Wirklichkeit verdrängen, bei anderen sto-

5) Tatjana Schnell (2016) Psychologie des Lebenssinns.

6) Sonja Radatz (2018) Einfach beraten.

7) Tobias Esch, Eckhard von Hirschhausen (2018) Die bessere Hälfte.

Ben praktische Fragen, Wertethemen oder Fatalismus aufeinander.

» **Das alles ist hochgradig konfliktgefährdet! Eine krankheitssensible Bearbeitung der entsprechenden Konflikte ist angezeigt.<sup>8</sup>**

Hinzu kommt, dass die gemeinsame „Familiengeschichte“ durch jahrelanges mehr oder weniger intensives Zusammenleben „einvernehmlich“ ist. Die unterschiedlichen Anpassungen aber führen nicht selten dazu, dass ein gemeinsames Verständnis in Krisenzeiten nicht existiert, noch nicht abgestimmt ist, noch nicht tragfähig ist! Das kann zu Missverständnissen, Enttäuschungen, natürlich auch zu Verständnislosigkeit oder Konflikten führen.

Da kann Mediation viel Gutes bewirken und Frieden schaffen.

### **Typische Konfliktfelder im Zusammenhang mit Krankheit**

#### **Abstimmung des Unterstützungsarrangements**

Die Einschränkungen der Gesundheit beispielsweise eines Elternteils führt dazu, dass erwachsene Geschwister in die Alltagsorganisation einbezogen werden. Nicht selten wurde dazu ein konkreter Auftrag nie ausgesprochen. Die Geschwister haben möglicherweise eine unterschiedliche Vorstellung vom weiteren Vorgehen: Welche medizinische Diagnostik und Therapie ist einzuleiten? Stationär oder ambulant? Maximalmedizin oder therapeutische Zurückhaltung? Wie ist die Einstellung im Sterbeprozess? Oder auch: Versorgung zu Hause oder in Seniorenheim oder Hospitz? Einzug in der Wohnung eines Kindes? Offenheit in der Kommunikation oder „gnadenreiches Verschweigen“? ... Die Geschwister vertreten die persönliche Überzeugung, die auf Werten und Erfahrung fusst. Nicht selten ist es wechselseitig *nicht vorstellbar*, dass Vorstellungen oder Ideen unterschiedlich sind. Jeder handelt in der festen Überzeugung, dass die Entscheidungen *selbstverständlich* im Einvernehmen mit den Geschwistern durchgesetzt wurden. Enttäuschung, Zurückweisungsempfindungen, Verletztheit, etc. sind Empfindungen, die mögliche Konflikte begleiten. Vielfach erleben unterstützungswillige Geschwister (vor allem bei großer Geschwisterzahl), dass andere Entscheidungen umgesetzt werden. Alleingänge einzelner Geschwister sind nicht selten und werden in fester Überzeugung durchgeführt, im Namen der Anderen tätig geworden zu sein. Ergebnis ist Enttäuschung auf der einen Seite und Empörung auf der anderen.

### **Beziehungs- und Lebensgestaltung**

Erkrankte und Hauptbetreuer sind dann in der Lage, eine gemeinsame neue Lebensform zu finden, die die Bedürfnisse aller/beider berücksichtigt. Die Krankheit kann zur Ursache für das Zelebrieren des „Opferstatus“ der/s Einen werden. Die andere Seite „wehrt“ sich aus Mitleid nicht und gerät in einen Mangelzustand, weil die eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund treten. Oft chronifiziert die Dynamik zum sogenannten Dramadriek<sup>9</sup>. Eine Mediation mit den Konfliktparteien, gerne unter „Hinzunahme der Krankheit als eigenständiger Gast“, ist meist in der Lage, das Zusammenleben etwas zu normalisieren und Tabus (der/die Kümmerer hat keine Wahl...) aufzulösen. Durch wechselseitig wachsendes Verständnis und die Anerkennung der Mangelsituation, der nicht erfüllten Bedürfnisse aller Beteiligten, läßt sich wieder der Austausch auf Augenhöhe gestalten und eine (neue) Grundlage für respektvollen Umgang miteinander schaffen.

#### **Rollen und Überforderung**

Die Rollenverteilung innerhalb der Familie gerät durcheinander. Langjährig eingespielte Zuständigkeiten funktionieren durch die krankheitsbedingten Einschränkungen nicht mehr. Ohne angemessene Anpassung des Narrativs mit Realitätscheck „verknotet“ sich das Familiensystem häufig: zum Teil findet Anpassung statt, zum Teil überlastet sich ein Familienmitglied durch Übernahme aller Aufgaben ohne Ausgleich, es gibt Missverständnisse und Konflikte. Die Mediation mit dem gesamten Familiensystem ist häufig sehr befriedigend, da es zu einem klassischen Ablauf mit Themensuche, Interessenarbeit, Lösungsoptionen und Lösungsvereinbarung kommt. Die beteiligten Menschen wollen in der Regel alle nur das Beste. Ohne Begleitung stehen aber manche Beteiligte nicht ausreichend zu ihren persönlichen Bedürfnissen: Das „Mitleid“ mit Betroffenen führt vielfach dazu, dass diejenigen, die unterstützen, sich selbst überfordern, falsch einschätzen oder eigene Bedürfnisse und Empfindungen negieren. Auf die Dauer läßt sich so keine gute Begleitung gestalten.

8) Marja Költzsch (2025) Krankheit als Konfliktlöser.

9) Sascha Weigel (2014) Theory und Praxis der Transaktionsanalyse in der Mediation.

### Schwierige Entscheidung am Lebensende

Besteht keine Einvernehmlichkeit über den Einsatz therapeutischer Maßnahmen (zum Beispiel am Lebensende)? Erkrankte selbst sind nicht in der Lage oder willens, sich mit ihrer Entscheidung einzubringen. Wenn in dieser dramatischen Phase beispielsweise zwischen Geschwistern nicht erreicht wird, die unterschiedlichen Überzeugungen zu integrieren, oder wenigstens zu hören, entwickelt sich nicht selten eine kaum heilbare Störung der Singular-Beziehung. Die Positionen reichen nicht selten von „eine Verlängerung des Lebens bedeutet doch am ehesten eine Verlängerung des Leidens“ oder „xx hätte das so nicht gewollt“ bis „das kann man doch nicht so lassen“, „da kann die Medizin doch noch etwas bewirken“! In einer solchen Konstellation hat die Mediation zunächst die Aufgabe, alle Anwesenden mit ihrer Vorstellung **in Ruhe** zu Wort kommen zu lassen. Wie Mediator:innen wissen, wächst durch Zuhören in der Regel das gegenseitige Verständnis.

### Unterschiedliche Krankheitsverständnisse

Das Konzept der Krankheitskonzepte geht davon aus, dass es vier Grundformen und Übergänge gibt, wie der Umgang, das Verständnis von Krankheit ist, wie darüber kommuniziert wird etc.:

- 1 – Fehlendes Interesse
- 2 – Selbstverantwortung
- 3 – Beunruhigung
- 4 – Interesse an den Zusammenhängen und Ursachen.<sup>10</sup>

Manchmal offenbaren sich entsprechende Unterschiede erst bei bedrohlichen Krankheiten und können dazu führen, dass wechselseitiges Unverständnis, Sprachlosigkeit, Verzweiflung oder Zurückweisung erlebt werden:

» In Zeiten der Krise werden sich Partner „unerklärlicher Weise“ fremd.

Bei der Begleitung in Konflikten kann die Aufgabe von Mediator:innen sein, die Sichtweisen zu „übersetzen“, Besprechbarkeit zu ermöglichen und dann „Verhandlungen“ zu führen. Bei anfangs fehlendem Interesse an der eigenen Gesundheit beispielsweise ist es sehr wohl denkbar, dass Erkrankte den Wunsch des Partners erfüllen und sich diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen stellen.

### Scham – ein Hindernis für die Kommunikation

Starke Empfindungen wie Scham und Beschämung beeinflussen das Zusammenleben. Auslöser kann zum

Beispiel sein, dass Betroffene nicht mehr leisten können, was sie selbst als notwendig erachten. Scham betrifft vielfach auch die Unterstützung der Hygienemaßnahmen durch den Partner / die Partnerin, was durch Hinzuziehen des Pflegedienstes leicht zu kompensieren ist, wenn erst mal Akzeptanz dafür geschaffen werden kann. Im Gegensatz zu den anderen konfliktverursachenden Themenfeldern bewirkt Scham Veränderungen des Betroffenen selbst und stört oder verhindert die Kommunikation. Die Umgebung nimmt das in der Regel wahr, weiß aber nicht, wie der Kontakt wieder aufgebaut werden kann. Das entsprechende Tabu belastet die Beziehung, Entlastung ist am ehesten „von aussen“ zu ermöglichen, auch hier kann Mediation unterstützen.

### Fazit

Bei Auftreten von Erkrankungen sind alle im Stress! Das macht Konflikte wahrscheinlicher, diese werden meist als beziehungsbelastend erlebt. Beratung und Unterstützung durch die anerkannten Fachleute, Mediziner, Pflegekräfte bezieht sich auf die Beeinflussbarkeit der Krankheit, Pflege Themen oder Ähnliches. Der soziale Aspekt von Krankheit ist selten Thema: weil die Kompetenz nicht ausreicht, weil es nicht interessiert, weil es Zeit kostet. Mediator:innen als Fachkundige für Kommunikation und Konflikte können hier ihre Kompetenzen zielführend einbringen. Die Kostenfrage könnte leicht geregelt werden, wenn das entsprechende Bewusstsein bei den Krankenkassen und politisch entsprechend geschärft wäre: Es ist erwiesen, dass ein Zuwachs an Zufriedenheit und (emotionaler) Sicherheit den Verbrauch von Medikamenten, stationären Aufenthalten und Interventionen reduziert.

Mediator:innen haben eine gute Aussicht, mit vergleichsweise geringem Aufwand viel Frieden und Einvernehmen zu erzielen. Damit ist dann die Krankheit nicht gebannt, aber das notwendige Miteinander wird in einer Ausnahmesituation wieder tragfähig.

Entsprechende Mediationen sind in der Regel hochkomplex und emotional. Die Mediator:innen haben normalerweise einen großen Einigungswillen und sehen typischerweise wenig Alternativen zur Einvernehmlichkeit. Das ist der Grund dafür, dass entsprechende Mediationen typischerweise angenehm sind und die Beteiligten

<sup>10</sup> Heinz Pilartz (2017) Mediation für mehr Gesundheit am Arbeitsplatz.

dankbar. Einigungsbereitschaft und Kreativität nehmen vielfach zu, wenn „die Krankheit“ mit am Tisch sitzt.

Krankheitsskulptur: Fallgeber:in berichtet von Inhalten und Personen rund um die Erkrankung. Die benannten Personen werden durch den:die Fallgeber:in als Stellvertreter im Raum aufgestellt. Auch die „Krankheit“ wird als eigenständiger Stellvertreter aufgestellt. Dann befragen Supervisor:innen alle Stellvertreter:innen dazu, wie sie sich am Platz fühlen und welche Veränderung ihrer Position Verbesserung erreichen kann. Zuletzt wird die „Krankheit“ befragt.

Der:die Fallgeber:in wird befragt, ob das neue „Bild“ zu Erkenntnisgewinn führt.

Unbedingt gründlich Entrollen (Krankheit!!)

## Literatur

<https://who.int/about/governance/constitution>

Aaron Antonovsky (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgV.

Yuval Noah Harari, Nexus 2024, München, Verlag Penguin S.178.

Vivan Dittmar, Gefühle & Emotionen – eine Gebrauchsanweisung, Sept. 2014, Verlag VCS Dittmar, Edition Est.

Tatjana Schnell Psychologie des Lebenssinns 2016 Verlag Springer Berlin.

Sonja Radatz, Einfach beraten, 2018, Wien, Verlag relationales Management.

Tobias Esch/ Eckhard von Hirschhausen Die bessere Hälfte 2018, Hamburg, Verlag Rowolt.

Marja Költzsch Krankheit als Konfliktauslöser: Mediation in Familiensystemen, Spektrum der Mediation Nr.100 2025 Gießen, Psychosozialverlag.

Sascha Weigel Theorie und Praxis der Transaktionsanalyse in der Mediation 2014 Baden-Baden, Verlag Nomos.

Heinz Pilartz Mediation für mehr Gesundheit am Arbeitsplatz 2017 Wiesbaden Verlag Springer.



## Kontakt

Dr. med. Heinz Pilartz, mit Grundberuf Facharzt für Allgemeinmedizin und Naturheilkunde, ist seit vielen Jahren Mediator mit den Schwerpunkten: Mediation in Familiensystemen, in denen die Krankheit Konflikte verursacht. Beschäftigung mit betrieblicher Gesundheit. Tätigkeiten als Referent, Autor, Netzwerker (imug: Initiative Mediation und Gesundheit).

[heinz.pilartz@forum-m-pilartz.de](mailto:heinz.pilartz@forum-m-pilartz.de)



## Gerda Ruppi-Lang

**Überblick:** Eine schwer verletzte Mediatorin, die nur dank großem Glück und den Errungenschaften der Medizin wieder genesen konnte, formuliert aus ihrer eigenen Erfahrung, wie wichtig es ist, dass ihre Bedürfnisse und Anliegen erkannt, respektiert und passende Lösungen gefunden werden. Die Stimme der Angehörigen, die die Bedürfnisse fragiler Patient:innen vertreten, muss gehört werden. Der Erlebnisbericht zeigt: Mediation und eine mediative Haltung der Fachleute im Krankenhaus, generell im Gesundheitswesen kann entscheidend sein, damit traumatische Erfahrungen überwunden und nicht noch zusätzliche erlebt werden.

**Keywords:** Eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, Interessenvertretung durch Angehörige, Gesundheitsbürokratie, fehlende Vermittlungsinstanz, Case Management, Genesung, Selbstbild erneuern, solidarisches Umfeld, Themenbereiche für Mediation im Gesundheitswesen.

<https://doi.org/10.25364/35.23:2026.1.10>

# Gehört und respektiert werden

## Erfahrungen einer Mediatorin als Patientin

### Erwachen in der Intensivstation

In meinem Urlaub im Mai 2023 hatte ich einen schweren Unfall mit meinem E-Bike. 14 Tage war ich im künstlichen Tiefschlaf. Links wurde mein Schädelknochen sofort entfernt, damit das Überleben gesichert war: schweres Schädel-Hirn-Trauma, Felsenbeinfraktur rechts, Gesichtsschädelfraktur rechts, 8 Rippenbrüche und Schlüsselbeinbruch war die fürchterliche Diagnose. Erst nach über 14 Tagen konnte der Aufwachvorgang aus dem künstlichen Tiefschlaf eingeleitet werden und ich wachte völlig desorientiert in einer Intensivstation auf. Erinnerung an den Unfall habe ich bis heute keine, meine Erinnerung setzt erst mit dem allmählichen Aufwachen ein: auf der rechten Seite völlig bewegungsunfähig, einbandagiert mit vielen Schläuchen und Intubierungen, nur in rudimentären Resten ausdrucksfähig. Zunächst konnte ich nicht begreifen, was geschehen war und wie mir gerade geschah. Mein Mann war mir in dieser Zeit ein wichtiger Anker in der Realität, da ich völlig verunsichert war, vor allem wegen der schweren Aphasie (Wortbildungsstörung), die am Anfang nur eine sehr eingeschränkte Artikulationsfähigkeit erlaubte. Ich konnte kaum reden – für eine Frau, deren berufliche Identität wesentlich aus Kommunikationstätigkeit besteht, eine furchtbare Erfahrung. Tatsächlich habe ich eine verschwommene Erinnerung an meine Zeit in der Aufwachphase aus dem Tiefschlaf, dass ich gar nicht aufwachen

wollte, weil ich schon ahnte, dass das Leben nicht mehr so sein würde, wie es mal war.

### Wie kommunizieren?

Besuche meiner Familie und enger Freund:innen halfen mir, den Mut zu finden weiterzuleben.

» Anfangs war Lächeln meine wichtigste Kommunikationsmöglichkeit, da mir nur wenige Worte zur Verfügung standen.

Mein Mann war oft mein Dolmetscher, da er die Fähigkeit hatte, aus meinen für mich sehr klaren aber für andere völlig unverständlichen Worten die Bedeutung herauszuhören und zu übersetzen. Er war an fast allen Tagen mein Kommunikationsassistent – mehrere Monate lang, wenn Freund:innen mich besuchten, die bisweilen hilflos auf meine Aphasie reagierten.

Nach längeren Spitalsaufenthalten kam ich zur Rehabilitation zunächst nach Hohegg und dann in das großartige Zentrum der Allgemeinen Unfallversicherung (AUVA) in Wien. In vielen Therapieeinheiten konnte ich meine körperlichen und geistigen Fähigkeiten teilweise wieder erlangen. Die vielen Besuche meiner Familie und des Freundeskreises halfen mir in dieser Zeit. Mein Mann kommunizierte mit den Ärzten, den Krankenhausverwaltungen und den diversen Sozialversicherungsabtei-

lungen, weil ich in den ersten Monaten kaum sprechen und nicht schreiben konnte und komplexe Sachverhalte schwierig zu bewältigen waren. Für meinen Mann war das eine steile Lernkurve, da er zwar theoretisch aus seiner Tätigkeit in einer großen Behindertenorganisation und im Kabinett des Gesundheitsministeriums vieles wusste, aber tatsächlich im praktischen Verlauf vieles neu war. Hier war die Kommunikationssituation durchaus komplex: mit den Ärzt:innen und dem Pflegepersonal, dem Entlassungsmanagement (Sozialarbeiter:innen), zwischen den Krankenhäusern bzw. Reha-Kliniken, der ÖGK (Österreichische Gesundheitskasse) bzw. der SVS (Sozialversicherung der Selbständigen), dem Hausarzt, den Versicherungen.

Was in der Gesamtbetrachtung auffällt: Ohne Unterstützung durch Angehörige oder ein starkes soziales Umfeld sind Patient:innen hilflos der Situation ausgeliefert. Und obwohl mein Mann in sozialrechtlichen und pflegerischen Dingen durchaus bewandert ist, kam er oft an seine Grenzen des Verständnisses und des Handlings mit der Sozial- und Gesundheitsbürokratie. Wie muss es Menschen gehen, die keine höhere Ausbildung oder strukturelle Erfahrung mit dem Sozial- und Gesundheitssystem haben?

### Ehemann als Case-Manager

Besonders auffällig war die fehlende Kommunikation zwischen den Krankenanstalten, da das Entlassungsmanagement an der Tür der Krankenanstalt endet. Hier musste mein Mann mein Case-Manager sein und den Link zwischen den Krankenanstalten und Betreuungssituationen herstellen. Was völlig fehlt, ist offensichtlich ein Gesamtansatz von Case-Management im öffentlichen Gesundheitssystem, das ein:e Patient:in von Anfang bis zum Ende begleitet. Das gibt es in Ansätzen in der SVS, in der ÖGK ist das nur eine bürokratische Einrichtung, die vor allem die Mitwirkung seitens der Patient:innen fordert. Aber für die Zeit in den Krankenanstalten ein Case-Management zu etablieren, das Patient:innen und ihre Angehörigen auf den komplexen Wegen der Gesundung tatsächlich begleitet und unterstützt, wäre eine extrem wichtige Verbesserung.

Und gerade solche Personen, sei es mit einer pflegerischen oder sozialarbeiterischen Ausbildung, sollten auch mediativ geschult sein oder zumindest um den Wert einer Mediation Bescheid wissen, da es durchaus zu Konfliktsituationen zwischen Patient:innen / Angehörigen und Gesundheitspersonal oder der Krankenhaus-

verwaltung kommen kann. Das ist nicht als Kritik am Gesundheitspersonal zu verstehen, das ich in der Regel als hoch engagiert und kompetent erlebt habe.

### Streitpunkt Reha

Die belastendste Situation war das beständige Drängen der Krankenhausverwaltungen im Land Niederösterreich, mich so rasch als möglich in die 24-Stunden-Betreuung zu entlassen – was zu einer katastrophalen Schlechterstellung meiner Therapiemöglichkeiten geführt hätte. So musste mein Mann beispielsweise grundsätzlich zusichern, für so eine Betreuung zu sorgen, damit ich überhaupt in das Reha-Krankenhaus des Landes aufgenommen wurde. Und kaum war ich 14 Tage dort, kam schon die Frage, wie es denn mit einer 24-Stunden-Betreuung aussähe. Nur durch Insistieren auf stationäre Rehabilitation gelang es meinem Mann, diese Konflikte durchzustehen. Und das gelang nur, weil er auf die schon genehmigte Folge-Reha verweisen konnte. Aber der Druck wurde zweimal seitens der Krankenhausverwaltungen (via Ärzt:innen oder Entlassungsmanager:innen) aufgebaut. Ich selbst habe das glücklicherweise in der Situation nicht so genau mitbekommen, da mein Mann mich mit den Details verschonte. Er selbst hat aber massive psychische Probleme bekommen, da in der ohnehin komplexen Situation die Sicherheit gefehlt hat, wie es denn weiterginge.

» In solchen Situationen wäre eine Vermittlungsinstanz - sei es in den Krankenhäusern selbst oder in der Patientenadvokatur angesiedelt – sinnvoll.

Grundsätzlich sei hier nur angemerkt, dass systemisch die 24-Stunden-Betreuung nur eine Hilfsmaßnahme wegen der fehlenden Kapazitäten in den Krankenanstalten ist und nicht eine Systemlösung um fehlende Kapazitäten durchgängig zu ersetzen, da ja auch nicht jede Familie eine solche finanzieren kann.

Die neurochirurgische Rückoperation der Schädelkalotte im Dezember 2023 hatte extrem positive Auswirkungen, da sich Sprach- und Bewegungsfähigkeit rasant verbesserten. Nach neun Monaten konnte ich aus der stationären Rehabilitation nach Hause in die ambulante Reha entlassen werden, in der ich mich noch immer befinde.





Ich hatte riesiges Glück, alles wieder und teilweise neu zu lernen! Vieles funktioniert nun wunderbar: Wandern, Turnen, Schwimmen, Schreiben, Hören, ... und mittlerweile kann ich wieder fast perfekt sprechen. Und einige Mediationen und Lehraufträge habe ich schon erfolgreich absolviert.

### Wer bin ich – was arbeitete ich gerne?

Durch die Krankheit musste ich neu herausfinden, wer ich war und jetzt wurde – daher musste ich meine eigene Geschichte recherchieren.

Ich hatte nach meiner Schule an der Wirtschaftsuniversität Wien studiert, einige Jahre in Firmen gearbeitet. 2006 wurde ich als Unternehmensberaterin und Mediatorin selbstständig tätig, später auch als LSB.

Seit 20 Jahren übe ich Mediation im Hauptberuf aus, erlebte die Entwicklung von Meditation in Österreich und gestaltete diese in der Praxis in der Mediationsausbildung und im ÖNM, Österreichischen Netzwerk Mediation (gegründet 2003) aktiv mit, ebenso wie internationales Netzwerk der österreichischen, deutschen und Schweizer Mediationsorganisationen<sup>1</sup>, bei dessen Aufbau ich mitwirkte. Mit Alexander Van der Bellen (derzeit Bundespräsident in Österreich) hatte ich vor 30 Jahren im Grünen Parlamentsklub gearbeitet und konnte ihn dadurch bitten, den *Tag der Mediation* des ÖNM zu unterstützen<sup>2</sup>.

### Erfahrung der Solidarität

Für mich war diese Verbandstätigkeit immens wichtig, da sie einerseits meine fachliche Kompetenz erweiterte aber auch Kontakte zu vielen Kolleg:innen im In- und Ausland ermöglichte.

» In der schwierigen Situation während und nach der stationären Rehabilitation erfuhr ich viel Solidarität aus den Reihen der Kolleg:innen – wofür ich sehr dankbar bin.

MediatorInnen, die mich aus den gemeinsamen Mediationen und aus der Verbandsarbeit (ÖNM etc.) kannten,

halfen mir in meiner Rehabilitationszeit regelmäßig, und wir trafen uns in vielen Mitgliederorganisationen und mediierten mittlerweile auch wieder zu zweit. Ich hatte früher in Mediations-Büchern und BGM-Büchern geschrieben - und nun habe ich dies auch wieder begonnen! In der UBIT (WKW) leite ich bereits den Arbeitskreis „Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Ich bin glücklich und – nach zweieinhalb Jahren - (fast) gesund!

### Zugang zu Mediation im Gesundheitswesen

Um all diesen Erfahrungen reicher, betrachte ich mein Engagement im Gesundheitswesen. Als Mediatorin war mir wichtig, dass Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) in Firmen strategisch implementiert und gut organisiert werden sollte. Ich leitete als Unternehmensberaterin ab 2013 in der Wirtschaftskammer Wien (WKW) mit einigen Unternehmensberater:innen eine Arbeitsgruppe mit zahlreichen Aktivitäten und Informationen<sup>3</sup>, da es in Österreich öffentlich erst ab 2023 in vielen Institutionen der öffentlichen Hand Impulse zu BGM gab. Dieses Wissen gab mir ein tiefes Verständnis für Abläufe im Gesundheitsbereich, aber auch für die Bedarfe von Arbeitnehmer:innen bzw Patient:innen und gab mir wichtige Impulse für meinen eigenen Reha-Verlauf. Gerade das langsam wiederkehrende Wissen um die Langwierigkeit von Heilungsprozessen, um die notwendige Unterstützung und um die systemische Verantwortung des sozialen Umfeldes gaben mir (Willens-) Kraft und die nötige Resilienz.

### Persönlicher Bezug zu Mediation im österreichischen Gesundheitswesen

Warum ist das Thema für Österreich interessant? Durch meinen Unfall war ich neun Monate im Spital und habe viele spannende und gleichwohl ungenutzte Mediationsmöglichkeiten gesehen. Gemäss meiner Beobachtung, wird im deutschen Gesundheitswesen ein Konflikt öfter als das erkannt und durch die Bearbeitung durch Fachleute der Medizin, der Pflege, der Medizintechnik, der Hilfsdienste oder der Verwaltung gelöst. Oft braucht es allerdings mehr, und da setzt das Praxisfeld der *Mediation im Gesundheitswesen an*. Einige meiner Kolleg:innen sind bei solchen Konflikten tätig – meist für die Unternehmen (z.B. Spitäler) selbst.

1) BAFM, BM, BMWA, ÖBM, ÖNM, SDM, SKWM, SVM

2) <https://www.netzwerk-mediation.at/content/tag-der-mediation>

3) [www.bgm-consultants.at](http://www.bgm-consultants.at)

### Es fängt schon in der Prävention an

Mir ist seit meinem Unfall eine Gesamtsicht von Gesundheit noch viel wichtiger geworden, und dazu gehört auch das betriebliche Gesundheitsmanagement. In den Firmen, die ich seit 20 Jahren beraten durfte, wurden auch oft Konflikte zwischen Geschäftspartnern, Führungskräften und zwischen Führungskräften und Mitarbeitern erkannt. Unternehmensberatung, betriebliches Gesundheitsmanagement und Mediation leisten Entscheidungen, um die Arbeitsfähigkeit und die Produktivität zu erhalten, Führung zu verbessern, manchmal auch Mobbing zu verändern und dabei zu unterstützen, dass sich die Arbeitsfreude künftig erhöht.

### Mediation stärker einbeziehen

Meine eigene Erfahrung bestärkt mich noch mehr in der Überzeugung, dass Mediation im Gesundheitswesen stärker etabliert werden soll. Wie oben gezeigt, ist es sowohl aus betriebswirtschaftlicher als auch aus ethischer Sicht sinnvoll, wenn Unternehmen konstruktiv Konflikte angehen und Mediation nutzen. Ich konnte oft beobachten, wie viele Krankheitsausfälle sich auf Konflikte zurückführen lassen. Und da geht es nicht nur um die in Euro ausweisbaren Kosten sowohl für die Unternehmung als auch für das Gesundheitswesen. Es geht auch um die indirekten, nicht monetären Kosten, die solche Ausfälle für die betroffene Person als auch oft für das Team bedeuten.

Mit meiner Erfahrung als Patientin und aufgrund der Auseinandersetzung mit dem Gesundheitssystem sehe ich folgende Einsatzbereiche für Mediation im Gesundheitswesen, die ich nur summarisch liste:

Im Bereich Gesundheit treten Konfliktkonstellationen

- in der Gesundheitsprävention
- während der Behandlung
- im Entlassungsvorgang
- in der Nachbehandlung auf.

In der Gesundheitsprävention sind Konflikte

- zwischen dem:r Einzelnen und der Familie,
- zwischen Arbeitnehmer:in und Betrieb / Management (siehe oben BGM)
- zwischen Gesundheitspersonal und Patient / Kund:in in der Vorsorge
- zwischen Gesundheitssystem (Kasse, Land, ...) und Arzt / Ärztin möglich.

In der Behandlungsphase treten Konflikte zwischen

- Einzelne:n und Angehörigen,
- Patient:in und Gesundheitspersonal,
- Patient:in und Krankenhausbetreiber:in sowie
- Patient:in und Sozialversicherungssystem auf.

Spezielle Situation können bei Entscheidungen über Operationen oder in Triage-Situationen auftreten. Auch hier wäre mediatives Know-how sinnvoll.

Besonders kritisch scheint mir der Entlassungsvorgang zu sein: Hier sind trotz hoch professionellem Entlassungsmanagement Konfliktsituationen zwischen

- Patient:innen und Familie,
- Patient:in und Gesundheitspersonal / Entlassungsmanagement
- Patient:in und Krankenhausbetreiber:in
- Patient:in und Sozialversicherung
- Entlassungsmanagement und SV-System / Krankenhausbetreiber möglich.

Wie schon oben erwähnt, wäre ein durchgängiges Case-Management sinnvoll, das zwischen Krankenhaus / Reha-Aufenthalt konstant für eine:n Patient:in zuständig bleibt, aber auch in der Nachbehandlung und Pflege daheim wirkt. Und dieses kann Hand in Hand gehen mit Mediation, wenn Konflikte zwischen Patient:innen und Familie, dem Sozialversicherungs-System aber auch zwischen Patient:innen und Pflegepersonal oder Therapeut:innen auftreten.

In all diesen Bereichen scheinen mir Mediation bzw. Schulungen in mediativen Haltungen für das Gesundheits- und Case-Management-Personal sehr sinnvoll.<sup>4</sup>



### Kontakt

Mag.<sup>a</sup> Gerda Ruppi-Lang, seit 2006 Mediatorin (BMJ), Unternehmensberaterin, Lebens- und Sozialberaterin. Mitglied der ExpertsGroup Wirtschaftsmediation der FG UBIT und im VMG - Verband für gerichtsnahe Mediation, 2008-2023 Vorstand im Österreichischen Netzwerk Mediation. Mediation in Unternehmen, gerichtsanhängige Verfahren, Familie, Gesundheit. Unternehmensberatung bei Konfliktsituationen, Unternehmensübergabe, Fusionen und Umstrukturierung, Teambegleitung, Betriebliches Gesundheitsmanagement  
[gerda@ruppi-lang.at](mailto:gerda@ruppi-lang.at)  
<https://www.ruppi-lang.at/>

4) Siehe dazu auch die Beiträge von Kreiter (S. ....) und Pilarz (S. ....) in dieser Nummer der Perspektive Mediation



Hemma Mayrhofer und Martina Neuwirth

**Überblick:** Wer Mediation als Beruf ausüben möchte, hat es nicht leicht, damit erfolgreich zu sein – jedenfalls nicht in Österreich. Das zeigen aktuelle Studienergebnisse, die niedrige Mediationszahlen und meist geringe Verdienstmöglichkeiten empirisch belegen. Daraus resultieren nicht zuletzt beachtliche Nachwuchsprobleme in der Berufsgruppe, die hohen Handlungsbedarf zum Ausdruck bringen.

**Keywords:** Mediation in Österreich, Forschung, Berufsgruppenbefragung, Berufsfeld, Berufsstrukturen, ZivMediatG, Ausbildung, Mediationszahlen, Zugangswege zu Mediator:innen, Mediationshonorar, Etablierung von Mediation, Nachwuchsförderung.

<https://doi.org/10.25364/35.23:2026.1.11>

# Um Verstetigung ringend: Neue Befunde zum Berufsfeld Mediation in Österreich

## 1. Einleitung

Die in der deutschsprachigen Mediationsszene häufig wahrzunehmende Ernüchterung über die zähe Entwicklung des Tätigkeitsfeldes ist nicht unberechtigt, wie aktuelle Daten zum Stand der Mediation in Österreich zeigen. Das zwischen 2023 und 2025 durchgeführte Forschungsprojekt MEDIAS<sup>1</sup> realisierte eine thematisch und methodisch breit angelegte empirische Untersuchung zu Anwendungspraxis, Qualität und Wirksamkeit von Mediation gemäß ZivMediatG. Die gewonnenen Daten ermöglichen zugleich eine Beschreibung des österreichischen Berufsfeldes der Mediation in einer Detailgenauigkeit, die bislang nicht zur Verfügung stand.

In diesem Beitrag werden jene Ergebnisse der Studie zusammengefasst, die Auskunft über die aktuellen Berufsfeld-Strukturen geben. Welche soziodemografischen Merkmale kennzeichnen die Berufsgruppe der Mediator:innen und auf welcher Ausbildungsgrundlage üben sie Mediation aus? In welchem Ausmaß sind sie als Mediator:innen tätig und wie viele Mediationen führen sie jährlich durch? Wie kommen sie zu Mediand:innen, welche Honorare verrechnen sie und inwieweit finden sie mit dem über Mediation lukrierbaren Einkommen ihr fi-

nanzielles Auslangen? In der empirischen Beantwortung dieser Fragen wird gleichzeitig herausgearbeitet, wie es in Österreich insgesamt um die berufliche Etablierung von Mediation steht. Über den Vergleich mit den teilweise zu Deutschland und der Schweiz vorliegenden Daten soll die österreichische Situation im deutschsprachigen Mediationsfeld verortet werden.

## 2. Datengrundlage

Das methodenplurale Studiendesign umfasste zum einen unterschiedliche quantitative Zugänge und kombinierte eine repräsentative Bevölkerungsbefragung (n = 1.724) mit standardisierten Berufsgruppenerhebungen unter Mediator:innen (Nettostichprobe: n = 318), Richter:innen (n = 223) und Rechtsanwält:innen (n = 171). Zum anderen konnten durch qualitative Fallstudien zu in Summe 25 durchgeführten Mediationen vertiefende Einblicke in die Praxis mediativer Konfliktlösung gewonnen werden.

---

1) Das Projekt MEDIAS wurde finanziert im Sicherheitsforschungs-Förderprogramm KIRAS des Bundesministeriums für Finanzen.

Die im Beitrag vorgestellten Studienergebnisse stammen überwiegend aus der Ende 2023 durchgeführten Mediator:innen-Befragung, zu der zunächst alle eingeladen wurden, die in der vom österreichischen Bundesministerium für Justiz gemäß ZivMediatG geführten Liste eingetragener Mediator:innen aufscheinen (N = 1.763, Stichtag: 7.7.2023). Zudem lud der Österreichische Bundesverband für Mediation (ÖBM) seine Mitglieder ein, an der Befragung teilzunehmen (N = 1.061, darunter allerdings mit Stand Ende 2023 auch 927 Personen, die zugleich in die BMJ-Liste eingetragen sind). Der Aufruf wurde auch über das Österreichische Netzwerk Mediation und seine Mitglieder an Mediator:innen weitergeleitet. Ergänzend wurde eine geschichtete Stichprobe aus 155 Mediator:innen ohne Listeneintragung aus der Online-Plattform [www.mediation.at](http://www.mediation.at) gezogen. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass auch ausreichend Personen ohne Eintragung in die BMJ-Liste befragt werden.

Da es keine gesicherten Daten zur Gesamtzahl an Personen gibt, die in Österreich als Mediator:innen tätig sind,<sup>2</sup> ließen sich Repräsentativitätsprüfungen der erzielten Stichprobe nur annäherungsweise durchführen. Mehrfache Vergleiche mit vorliegenden Daten aus der BMJ-Liste oder auch zu den Mitgliedern des ÖBM weisen die Stichprobenzusammensetzung als repräsentativ aus (s.u.). Die nachfolgenden Ausführungen zu Mediation als Beruf bzw. Tätigkeit bieten somit überwiegend aussagekräftige Einblicke in dieses Berufsfeld an. Allerdings muss ein nicht näher kontrollierbarer „non-response bias“ dahingehend angenommen werden, dass jene Mediator:innen schwerer zur Teilnahme motivierbar waren, die diese Tätigkeit aktuell weniger oder gar nicht ausüben. Dies wird bei spezifischen Ergebnissen entsprechend mitreflektiert.

Nach Möglichkeit werden die Berufsgruppen-Strukturen in Österreich in Bezug zu Zahlen aus Deutschland und der Schweiz gesetzt. Konkret finden fallweise Vergleiche mit Daten, die im Rahmen der Evaluierung des deutschen Mediationsgesetzes 2016 gewonnen wurden,<sup>3</sup> sowie mit Ergebnissen einer 2022 vom Schweizer Dachverband Mediation (SDM) durchgeführten Umfrage<sup>4</sup> statt. Die teils eingeschränkte oder auch ungewisse Vergleichbarkeit der Daten (dies trifft insbes. auf die Schweizer Daten zu) wird fallbezogen ausgewiesen.

### 3. Eine alternde Berufsgruppe? – Soziodemografische Strukturen

Die Studienergebnisse verdeutlichen, dass die Berufsgruppe der Mediator:innen in Österreich spezifische

Strukturen aufweist. Zunächst ist festzuhalten, dass sich die in diesem Berufsfeld tätigen Personen zu knapp zwei Drittel aus Frauen und gut einem Drittel aus Männern zusammensetzen. Dies zeigt die standardisierte Befragung von Mediator:innen (63,7% Frauen; n = 311) und bestätigt sich in der Liste eingetragener Mediator:innen (62,8% Frauen). Der Frauenanteil unter den eingetragenen Mediator:innen stieg gegenüber 60% im Jahr 2011 leicht an.<sup>5</sup> Das Berufsfeld ist also durch eine deutliche Genderasymmetrie geprägt – jedenfalls in Österreich, während sich in den zu Deutschland (57% Frauen) und der Schweiz (55,2% Frauen) vorliegenden Daten solch eine Differenz etwas weniger stark zeigt.<sup>6</sup>

Mediator:innen kommen aus unterschiedlichen Quell- bzw. Erstberufen, wobei psychosoziale Berufe (28,9%), Rechtsberufe (21,6%) und Unternehmensberater:innen (18,4%)<sup>7</sup> die mit Abstand stärksten Herkunftsberufe bilden. In den genannten Zahlen spiegelt sich in gewissem Ausmaß wider, dass in den Themenfeldern „Partnerschaft/Familie/Kinder/Erben“ und „Arbeits- und Unter-

2) Auf vorliegender Datenbasis erscheint eine Zahl von 2.000-2.500 Personen realistisch, die diese Tätigkeit jedoch überwiegend nur unregelmäßig ausüben. Eine Mediationsausbildung absolvierten allerdings deutlich mehr Personen. Dies lässt sich u.a. daran ablesen, dass seit Inkrafttreten des Zivilrechts-Mediationsgesetzes im Jahr 2004 bis Herbst 2024 insgesamt 6.278 Mediator:innen in die vom österreichischen Bundesministerium für Justiz geführte Liste eingetragen waren (Quelle: eigene Berechnungen auf Basis anonymisiert übermittelter Daten des BMJ).

3) Vgl. Masser, K./Engewald, B./Scharpf, L./Ziekow, J., Die Entwicklung der Mediation in Deutschland. Baden-Baden, 2018.

4) Vgl. Schweizer Dachverband Mediation (SDM), Mediation in der Schweiz, 2022 – [https://www.mediation-ch.org/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Taetigkeit/220823sw\\_d\\_01\\_zusammenfassung\\_mediation\\_befragung.pdf](https://www.mediation-ch.org/fileadmin/user_upload/Downloads/Taetigkeit/220823sw_d_01_zusammenfassung_mediation_befragung.pdf) (Stand: 19.12.2025). Da weder Vorgehen bei der Gewinnung der Stichprobe noch Stichprobengröße bekannt sind, lässt sich nicht hinreichend beantworten, inwieweit diese Daten vergleichbar sind.

5) Vgl. Scheuer, U., Zum Stand der Mediation in Österreich. zkm 2012, S. 24.

6) Vgl. Masser et al., 2018, S. 79; SDM, 2022, Folie 3.

7) Sie wurden nicht mit den Wirtschaftsberufen zusammengefasst, da sie in ihr Berufsbild (Wirtschafts-)Mediation integriert haben und zwischen Wirtschaftsberufen und anderen Berufsfeldern changieren können (z.B. Beratung öffentlicher Institutionen, Sozialer Dienste etc.).

nehmenskonflikte“ am häufigsten Mediationen realisiert werden.<sup>8</sup>

» Die Genderverteilung der Mediator:innen unterscheidet sich teils sehr stark nach diesen Herkunftsberufsfeldern.

So setzen sich etwa Mediator:innen mit psychosozialen Hintergrund zu 77% aus Frauen zusammen und jene aus Rechtsberufen zu 69%. Mediator:innen aus der Unternehmensberatung bestehen umgekehrt zu 57% mehrheitlich aus Männern und unter jenen mit Erstberuf Architekt:in bzw. Ziviltechniker:in liegt der Männeranteil bei 70%.

Das Durchschnittsalter der befragten Mediator:innen liegt laut Befragung mit 54 Jahren relativ hoch, dies entspricht ziemlich genau dem durchschnittlichen Alter der in der Liste eingetragener Mediator:innen geführten Personen (53,4 Jahre). Die Altersverteilung gemäß Mediator:innen-Befragung Ende 2023 lässt zudem erkennen, dass nur 27,7% der Mediator:innen jünger als 50 Jahre sind. Werden diese Zahlen mit einer für Ende 2011 vorliegenden Auswertung eingetragener Mediator:innen verglichen, der zufolge damals 54,1% der gelistete Mediator:innen jünger als 50 Jahre waren,<sup>9</sup> dann zeigt sich seither eine deutliche Alterung der Berufsgruppe in Österreich.

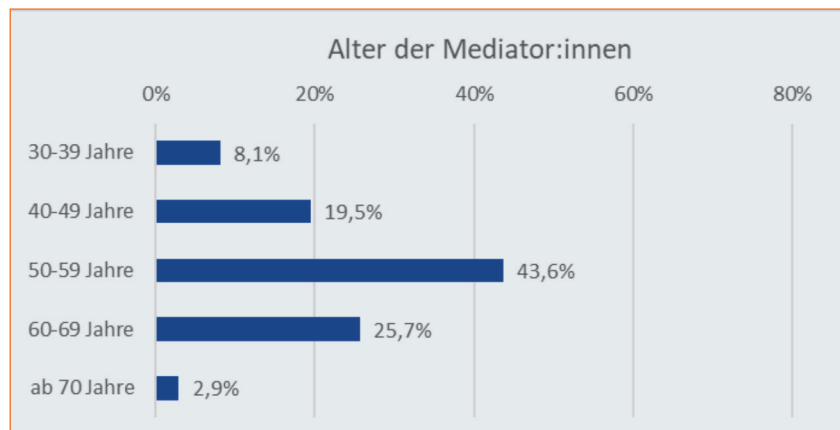


Abbildung 1: Altersverteilung; Datenbasis: Befragung Mediator:innen (n=307)

Im Vergleich zu Deutschland (ca. 40% sind jünger als 50 Jahre<sup>10</sup>) erweist sich die Altersstruktur der Berufsgruppe in Österreich als weniger jung. Die Schweizer Daten von 2022 (ungefähr 72% dürften über 50 Jahre alt sein<sup>11</sup>) deuten eine mit Österreich vergleichbare Altersstruktur an. Auf vorliegender Datenbasis lässt sich nicht näher prüfen, inwieweit der in Deutschland um sieben Jahre frühere Erhebungszeitpunkt zum Unterschied mit beitragen könnte – im Sinne einer auch dort insgesamt „al-

ternden“ Berufsgruppe, die mit Nachwuchsproblemen kämpft.

4. Mediationsausbildungen weitgehend nach ZivMediatG

Über 90% der in Österreich befragten Mediator:innen verfügen als höchste abgeschlossene Bildung über einen Hochschulabschluss (83,3%) oder eine andere weiterführende Ausbildung nach der Matura (7,4%). Die mediationsspezifische Ausbildung absolvierte der absolut überwiegende Teil von ca. 90% in einer in der Liste des BMJ gemäß ZivMediatG geführten Einrichtung. Sieben Prozent gaben an, in einer anderen Ausbildungseinrichtung ihre Mediationsausbildung abgeschlossen zu haben. Nur 2,2% absolvierten ihren Angaben zufolge gar keine spezifische Mediationsausbildung. Für so gut wie alle befragten Mediator:innen war diese Ausbildung eine Zweit- oder Zusatzausbildung.

Die Mediationsausbildung liegt im Durchschnitt aller befragten Mediator:innen bereits zehn Jahre zurück (Mittelwert), wobei es im Detail große Unterschiede gibt. Konkret schlossen 39,0% die Ausbildung erst in den letzten fünf Jahren ab, bei 19,5% liegt der Abschluss zwischen

sechs und zehn Jahre zurück. 26,6% gaben an, ihre Mediationsausbildung bereits vor zwischen elf und 20 Jahren abgeschlossen zu haben, und bei 14,9% liegt der Abschluss bereits mehr als 20 Jahre zurück. Werden diese Zahlen mit dem Alter der Befragten in Verbindung gesetzt, dann lässt sich erkennen, dass die Mediationsausbildung

8) Bivariate Analysen zeigen, dass Mediator:innen aus Rechtsberufen und psychosozialen Berufen hochsignifikant öfter Mediationen aus Konfliktfeldern zu Familie und Partnerschaft übernehmen, während Management-, Arbeits- und Teamkonflikte häufig von Unternehmensberater:innen mediiert werden.

9) Vgl. Scheuer, 2012, S. 24; eigene Berechnung auf Basis der in Abb. 2 publizierten Zahlen.

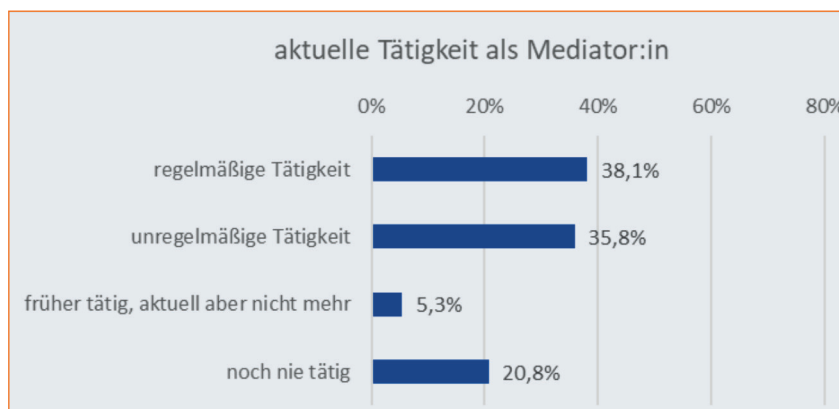
10) Vgl. Masser et al., 2018, S. 79.

11) Vgl. SDM, 2022, Folie 3 – die Zahlen für jüngere Mediator:innen bis inkl. 50 Jahre sind allerdings nicht explizit ausgewiesen.

(mittlerweile) oft erst relativ spät im Berufsverlauf als zusätzliche Qualifikation zu einem bereits vorhandenen Quellberuf absolviert wird. Möglicherweise „altern“ auch die Teilnehmer:innen von Mediationsausbildungen.

### 5. Tätigkeitsausmaß: Mediation als Zusatztätigkeit

Das erhobene Tätigkeitsprofil macht deutlich, dass nur der geringere Teil von 38,1% der befragten Mediator:innen diese Tätigkeit regelmäßig ausübt. Weitere 35,8% sind den Befragungsergebnissen zufolge unregelmäßig als Mediator:in aktiv. In der Grundgesamtheit der Personen mit Mediationsausbildung in Österreich dürfte der Anteil tatsächlich (regelmäßig oder unregelmäßig) aktiver Mediator:innen niedriger sein, da davon auszugehen ist, dass Personen, die trotz einschlägiger Ausbildung nicht als Mediator:in tätig sind, weniger oft an der Befragung teilnahmen.



**Abbildung 2: aktuelle Mediationstätigkeit; Datenbasis: Befragung Mediator:innen (n = 318)**

Die Befragungsdaten zeigen, dass der berufliche Einstieg in die Mediation, wenn er gelang, zumeist sehr rasch erfolgte; nur wenige benötigten zwei bis drei oder mehr Jahre dafür. Die einst oder aktuell aktiven Mediator:innen kommen zudem hochsignifikant häufiger aus psychosozialen Berufen, Rechtsberufen oder aus der Unternehmensberatung ( $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,278$ ), während jene Personen, die (bislang noch) nicht als Mediator:innen tätig waren oder sind, hochsignifikant häufiger in Wirtschaftsberufen oder als Architekt:innen bzw. Ziviltechniker:innen tätig sind ( $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,217$ ). Möglicherweise spielt in den letztgenannten Quellberufen das Mediations-Knowhow häufiger ausschließlich als Zusatzkompetenz für die Ausübung des Kernberufs eine Rolle.

Mediation stellt – vergleichbar mit Deutschland<sup>12</sup> – aktuell in Österreich vorrangig eine Nebentätigkeit bzw. ein ergänzendes Leistungsangebot im jeweiligen beruflichen Tätigkeitsspektrum dar: Der größte Teil der aktiven Mediator:innen bietet Mediation als Nebentätigkeit (45,3%) oder als eines von mehreren Angeboten im Rahmen der hauptberuflichen Tätigkeit an (41,5%). Nur 13,2% der aktuell aktiven Mediator:innen üben diese Tätigkeit hauptberuflich aus. Die Zahlen unterscheiden sich zugleich hochsignifikant nach Quellberuf der Mediator:innen ( $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,287$ ). Während Mediator:innen aus Rechtsberufen zu 26,9% hauptberuflich medieren, sind es unter Unternehmensberater:innen 11,8% und unter Mediator:innen aus psychosozialen Berufen lediglich 4,2%. Die letzteren beiden Berufsgruppen bieten mit 49,3% bzw. 64,7% diese Tätigkeit hingegen besonders oft als eines von mehreren Angeboten im Rahmen ihrer Haupttätigkeit an. Zudem lassen sich

(erwartbar) hochsignifikante Differenzen nach der Dauer der Mediationstätigkeit statistisch nachweisen: Wer bereits länger als Mediator:in tätig ist, übt diese Tätigkeit auch öfter hauptberuflich aus ( $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,261$ ).

Ein weiterer Tätigkeitsbereich stellt die Aus- und Fortbildung von Mediator:in-

nen dar: Unter allen befragten Mediator:innen nehmen 28,9% in mehr oder weniger großem Ausmaß solche Lehrtätigkeiten wahr, unter den aktuell regelmäßig aktiven Mediator:innen sind es 43,8% und unter den hauptberuflich als Mediator:innen tätigen Personen steigt der Anteil auf 54,8%, die ergänzend (in unterschiedlichem Ausmaß) im Aus- und Fortbildungssegment tätig sind. Die für Deutschland aus dem Jahre 2016 vorliegenden Daten deuten annähernd vergleichbare Ausmaße in diesem Tätigkeitsbereich an.<sup>13</sup> Die für die Schweiz zugänglichen Daten sind von ungewisser Vergleichbarkeit,

12) Die Frage- und Antwortformate der deutschen Studie waren etwas anders angelegt, im Wesentlichen zeigen die erhobenen Daten aber eine ähnliche Tätigkeitsstruktur wie in Österreich. Vgl. Masser et al., 2018, S. 97 ff.

13) Vgl. Masser et al., 2018, S. 104.

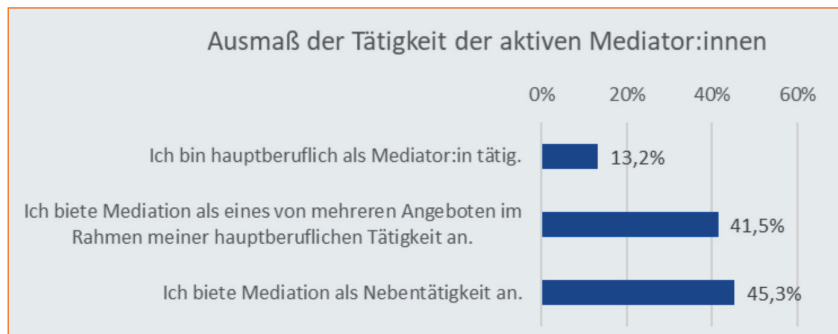


Abbildung 3: Ausmaß der aktuellen Tätigkeit; Datenbasis: Befragung aktuell aktiver Mediator:innen (n = 234)

könnten eventuell aber auf ein etwas höheres Ausmaß hinweisen.<sup>14</sup>

### 6. Geringe Anzahl an Mediationsverfahren

Auf Basis der bislang skizzierten Strukturen des Tätigkeitsfeldes überrascht es wenig, dass die mittlere Anzahl an jährlich durchgeführten Mediationen pro aktivem bzw. aktiver Mediator:in nur bei vier (Median) bzw. acht Fällen (Mittelwert) liegt. In Summe 78% der Mediator:innen übernehmen jährlich maximal zehn Fälle. Lediglich fünf Personen gaben an, jährlich im Schnitt um die 50 Mediationen durchzuführen.

In Häufigkeitskategorien unterteilt präsentiert sich folgendes Bild: 5,3% der an sich aktiven Mediator:innen gaben an, in den letzten ein bis zwei Jahren keine Mediationsverfahren durchgeführt zu haben. 25,4% führten jährlich durchschnittlich ein bis zwei Mediationen durch, knapp ein Drittel (32,9%) leitete zwischen drei und fünf Mediationen jährlich. 14,5% realisierten zwischen sechs und zehn Mediationen pro Jahr und weitere 15,4% bis

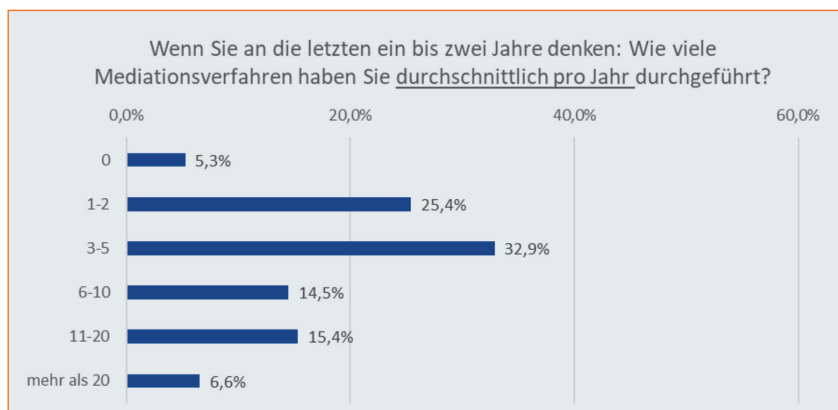


Abbildung 4: Anzahl durchgeführter Mediationsverfahren; Datenbasis: Befragung aktuell aktiver Mediator:innen (n = 228)

zu zwanzig Mediationen pro Jahr. Eine kleine Gruppe von 6,6% Prozent führte mehr als zwanzig Mediationen jährlich durch. Bivariate Berechnungen lassen erkennen, dass die Anzahl der Fälle mit zunehmender Dauer der Mediations-tätigkeit leicht ansteigt

( $p < 0,001$ ; Korrelationskoeffizient  $r = -0,214$ ).

Für die Schweiz liegen keine hinreichend vergleichbaren Daten vor. Die zu Deutschland publizierten Zahlen weisen gewisse Ungereimtheiten auf: Einerseits gaben mehr als zwei Drittel der befragten Mediator:innen an, im Jahr 2016 weniger als fünf (d.h. max. vier) oder auch gar keine Mediation durchgeführt zu haben. In der österreichischen Befragung liegt der Wert (gerundet) bei 52%, was auf etwas mehr Fälle pro Mediator:in in Österreich hindeuten würde. Andererseits zeigt sich in beiden Ländern mit jeweils durchschnittlich acht Mediationen pro Jahr der gleiche Mittelwert.<sup>15</sup>

Die Erhebung wurde mit Herbst 2023 zu einem Zeitpunkt durchgeführt, als die Corona-Pandemie eben wieder abgeklungen war.

» Den erhobenen Daten zufolge führte der größere Teil der (aktiven) Mediator:innen in den Jahren der Pandemie im Vergleich zu vorher etwas oder deutlich weniger Mediationsverfahren durch.

Aussagen darüber, inwieweit sich die Mediationszahlen danach wieder erholt haben oder nicht, lassen die vorliegenden Daten nicht zu.

Auf Basis der erhobenen Mediationszahlen wurde versucht, die in Österreich pro Jahr in Summe durchgeführten Mediationen

14) Demnach sind 36,5% der Stichprobe in der Grundausbildung und 46,4% in der Weiterbildung von Mediator:innen tätig.

15) Für Deutschland wurde der Mittelwert anhand der bei Masser et al., 2018, S. 116ff. publizierten Daten zu 2016 (7.405 Mediationen bei  $n = 943$ ) selbst berechnet.

nen hochzurechnen. Eine exakte Berechnung ist nicht realisierbar, weil erstens keine genaue Anzahl an Mediator:innen in Österreich insgesamt bekannt ist. Zweitens muss bei den im Rahmen der Studie MEDIAS erhobenen Daten zum Anteil inaktiver Mediator:innen von einem „non-response bias“ (s.o.) ausgegangen werden. Über Annäherungen im Sinne von „educated guesses“ erscheint realistisch, dass in Österreich die Gesamtzahl jährlicher Mediationen in einem Korridor zwischen 8.500 und 10.500 liegt. Im Vergleich zu ungefähr 15 bis 18 Jahre alten Schätzungen zur Anzahl an Mediationen in Österreich,<sup>16</sup> die (ohne Tatausgleichs-Zahlen) deutlich über 20.000 Mediationen jährlich nahelegen würden, wäre somit von einem merkbaren Rückgang auszugehen. Allerdings kann nicht näher geprüft werden, wie „belastbar“ die damaligen Zahlen sind.

### 7. Persönliche Weiterempfehlung als wichtigster Zugangsweg

Das soziale Umfeld der Konfliktbeteiligten zeigt sich nicht nur in der Bevölkerungsbefragung als besonders bedeutsam für den Weg zu Mediator:innen, sondern auch in der Befragung der Mediator:innen selbst. Am häufigsten gewinnen diese neue Mediand:innen durch Weiterempfehlung ehemaliger Klient:innen bzw. Mediand:innen (37,4% der Antworten bei „oft“ und 29,8% bei „manchmal“). Am zweithäufigsten ergeben sich die Zugänge aus dem Kontext einer anderen beruflichen Tätigkeit der Mediator:innen (23,9% „oft“, 26,1% „manchmal“). Die Mediator:innen sprechen zudem dem Internet sowie ihrer Homepage als Zugangsweg noch vergleichsweise oft Bedeutung zu, aber auch (in geringerem Ausmaß) der online geführten Liste eingetragener Mediator:innen. Zu erwähnen ist noch die Weiterempfehlung von anderen Mediator:innen, der die viertgrößte Bedeutung zukommt. Generell verweisen die Studienergebnisse darauf, dass für mediationswillige Personen die Suche nach entsprechend ausgebildeten und erfahrenen Mediator:innen nicht ganz einfach ist und auch öfters nicht gelingt.

Manche der abgefragten Zugänge spielen für Mediator:innen mit spezifischen Quellberufen eine signifikant wichtigere Rolle: Konkret nannten Mediator:innen mit einem rechtlichen Quellberuf signifikant häufiger die BMJ-Liste ( $p = 0,032$ , Cramers  $V = 0,220$ ) sowie die FLAG-Liste<sup>17</sup> als bedeutsam ( $p = 0,038$ , Cramers  $V = 0,217$ ). Von Mediator:innen mit psychosozialen Quellberufen wurde die Weiterempfehlung durch Beratungsstellen oder (psycho-)soziale Stellen ( $p < 0,001$ , Cramers  $V$

$= 0,299$ ) signifikant häufiger als Zugangsweg zu ihrem Mediationsangebot genannt. Bezeichnenderweise erreichen Letztgenannte auch signifikant mehr Menschen ohne Matura als beispielsweise Mediator:innen aus Rechtsberufen oder der Unternehmensberatung. Und bei Mediator:innen, die auch als Unternehmensberater:innen tätig sind, kommen die Mediand:innen signifikant häufiger über den Kontext ihrer anderen beruflichen Tätigkeit ( $p = 0,007$ , Cramers  $V = 0,247$ ).

Zur Liste eingetragener Mediator:innen ist zu ergänzen, dass ihr gemäß Bevölkerungsbefragung unter den nicht personengebundenen Wegen zu Mediator:innen die größte Bedeutung zukommt: 21% der Personen mit Mediationserfahrung gaben an, auf diesem Wege eine:n Mediator:in gefunden zu haben. Von den befragten Mediator:innen waren 90,9% zum Befragungszeitpunkt in die Liste eingetragen. Dies dürfte die allgemeine Berufsgruppenstruktur gut abbilden, wie ein Vergleich mit den ÖBM-Mitgliedern zeigt: Sie bestehen zu 90,6% aus eingetragenen Mediator:innen. Zugleich gilt es aber zu prüfen, wie über diese „BMJ-Liste“ noch besser qualitätsvolle Mediation sichergestellt bzw. sichtbar gemacht werden kann. Als problematisch wurde diesbezüglich in den qualitativen Interviews seitens der Fachpraxis regelmäßig thematisiert, dass in der Liste auch Personen mit Mediationsausbildung eingetragen sind, die faktisch noch keine praktische Mediationserfahrung vorweisen können, ohne dass dies für die Suchenden ersichtlich wäre. Diesem Erfahrungswissen wird aber große Bedeutung für die Qualität der Mediation zugesprochen. Ein Ansatz für eine größere Transparenz und Qualitätssicherung in dieser Hinsicht könnte ein dem Berufsfeld der Psychotherapie entlehntes Phasenmodell beim Einstieg in die Mediationstätigkeit sein, durch das neu ausgebildete Mediator:innen in einer zu definierenden Einstiegsphase als „in Ausbildung unter Supervision“ ausgewiesen würden. Dafür bräuhete es auch auf Ausbildungsebene entsprechende Anpassungen.

### 8. Zur Frage des Geldes: Einkommen und Honorarhöhe

Den bisherigen Befunden entsprechend finden nicht viele der aktiven Mediator:innen mit dieser Tätigkeit allein ihr finanzielles Auslangen: Nur 4,7% antworteten, dass Me-

<sup>16</sup>) Vgl. Scheuer, 2012, S. 25.

<sup>17</sup>) Liste von Mediator:innen für geförderte Familienmediation nach dem Familienlastenausgleichsgesetz (FLAG).

diation den überwiegenden Teil ihres Einkommens ausmache und sie davon leben können. Bei weiteren 23,5% trägt diese Tätigkeit in nennenswertem Ausmaß zum Einkommen bei; sie benötigen aber auch andere Einkünfte. Bei den meisten Befragten macht Mediation nur den geringeren Teil des Einkommens aus und ist eher ein überschaubarer Zuverdienst (45,7%) oder spielt für das finanzielle Auslangen nahezu keine Rolle (26,1%).

### » Die für Mediation verrechneten Honorare variieren erheblich.

Gemäß den erhobenen Daten verlangte zum Erhebungszeitpunkt Ende 2023 etwa ein Fünftel (20,6%) der Mediator:innen bis zu Euro 100,- und etwas mehr als zwei Fünftel (43,3%) zwischen Euro 101,- und 150,- pro Mediationsstunde. Jede:r vierte Mediator:in (24,0%) verrechnete zwischen Euro 151,- und 200,- pro Stunde und gut jede:r zehnte Befragte (12,0%) gab an, mehr als Euro 200,- für diese Zeiteinheit in Rechnung zu stellen.

Während die Preisgestaltung keinen signifikanten Zusammenhang mit der Länge der Berufserfahrung als Mediator:in aufweist, lassen sich in den bivariaten Analysen folgende signifikante Differenzen beobachten:

- Demnach verlangen Unternehmensberater:innen hochsignifikant mehr (bei großer Effektstärke) für eine Mediationsstunde als die anderen beiden hauptsächlichlichen Quellberufe „Rechtsberufe“ und „psychosoziale Berufe“ ( $p < 0,001$ ; Cohens  $d = 0,846$ ). Deskriptiv lässt sich erkennen, dass Mediator:innen aus dem psychosozialen Bereich tendenziell die niedrigsten Stundensätze in Rechnung stellen. Ob dies dadurch mitbeeinflusst wird, dass sie auch deutlich häufiger Personen mit niedrigerer Formalbildung (und vermutlich geringerem Einkommen) medieren, kann auf vorliegender Datenbasis nicht hinreichend beantwortet werden.
- Frauen verlangen hochsignifikant weniger als Männer ( $p = 0,006$ ; Cohens  $d = 0,343$ ), sind aber auch signifikant seltener Unternehmensberater:innen sowie signifikant häufiger in psychosozialen Berufen tätig. Bei einer multivariaten Analyse der Zusammenhänge wird einzig der Quellberuf Unternehmensberatung signifikant, die Variable „Geschlecht“ hingegen nicht, der Genderunterschied dürfte vom starken Effekt des Quellberufs „überdeckt“ werden. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass Branchen mit hohem Frauenanteil teilweise auch eine niedrigere Gehaltsstruktur aufweisen. Die Variable „Geschlecht“ muss dem-

nach bei der Diskussion von Honorarunterschieden sehr wohl mitbedacht werden.

- Die Höhe des Honorars hängt auch hochsignifikant mit dem Tätigkeitsausmaß zusammen ( $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,275$ ). Hauptberuflich tätige Mediator:innen verrechnen öfter höhere Stundensätze als solche, bei denen Mediation nur eins von mehreren hauptberuflichen Angeboten ist. Wer Mediation als reine Nebentätigkeit anbietet, verlangt vergleichsweise am wenigsten für diese Dienstleistung.
- Nach Alterskategorien zeigen sich nur teilweise signifikante Differenzen. Konkret verlangen Mediator:innen, die 60 Jahre oder älter sind, signifikant mehr als jene in der jüngsten Alterskategorie zwischen 30-39 Jahren ( $p = 0,01$ ; Cohens  $d = 0,396$ ). Allerdings zeigt sich in den beiden Alterskategorien dazwischen (40-49 und 50-59 Jahre) keine lineare Steigerung mit zunehmendem Alter.

Eine Zusatzfrage erhob, ob für bestimmte Personengruppen ermäßigte Tarife angeboten werden. 41,9% bejahten dies, ein ebenso großer Teil der Mediator:innen bietet an sich keine Ermäßigungen an, macht aber in Einzelfällen Ausnahmen. Und 16,2% der Befragten gewähren nie Ermäßigungen, auch nicht im Ausnahmefall. Die statistischen Analysen lassen keinen signifikanten Unterschied nach Quellberufen erkennen ( $p = 0,287$ ; Cramers  $V = 0,120$ ), auf deskriptiver Ebene zeigt sich aber, dass Mediator:innen aus psychosozialen Berufen am wenigsten oft ermäßigte Tarife anbieten, obwohl hier die gegenteilige Hypothese naheliegend schien. Daraufhin wurde geprüft, ob das Angebot ermäßigter Tarife mit der Höhe des Stundensatzes zusammenhängt – mit der dahinterliegenden Hypothese, dass jene mit hohem Stundensatz eher Ermäßigungen anbieten als jene, die ohnehin schon niedrige Sätze und dadurch weniger Notwendigkeit, aber auch weniger Spielraum für Ermäßigungen haben. Diese Hypothese kann im bivariaten Vergleich statistisch bestätigt werden: Mediator:innen, die einen höheren Stundensatz als 150 Euro verrechnen, geben deutlich häufiger ermäßigte Tarife (61,9%) als jene mit niedrigeren Tarifen (31,1%;  $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,304$ ).

## 9. Resümee

Die Studienergebnisse lassen Mediation als Tätigkeitsfeld erkennen, das um seine berufliche Verstetigung ringt. Dies kommt in vielen Facetten zum Ausdruck: Eine Mediationsausbildung wird oft relativ spät im Be-

rufsleben als Zusatzqualifikation erworben und nur selten hauptberuflich ausgeübt. Die Daten verweisen auf beachtliche Nachwuchsprobleme, die u.a. mit der anhaltend niedrigen Nachfrage nach Mediation<sup>18</sup> und den geringen Möglichkeiten, damit den eigenen Lebensunterhalt zu verdienen, zusammenhängen dürften. Erschwerend kommt hinzu, dass Mediation immer noch relativ wenig bekannt ist und „Mundpropaganda“ die mit Abstand größte Bedeutung bei der Suche nach Mediator:innen hat, was auf faktisch wenig überindividuell abgesicherte Zugänge zu Mediation hindeutet.

» Die empirischen Einblicke evozieren den Eindruck, dass das Tätigkeitsfeld in einer „Henne-Ei-Problematik“ verfangen ist.

Die anhaltend geringe Nachfrage erschwert eine nachhaltigere Etablierung von Mediation als Beruf, dies wirkt sich wiederum abschwächend auf die Nachfrage nach Mediation aus. Es fehlt gewissermaßen nach wie vor die „kritische Masse“, damit die Sache von alleine weiterläuft, weniger personenbezogenes Vertrauen mobilisiert werden muss und sich mehr Systemvertrauen bildet, sodass das Möglichkeitsfenster für Mediation zwischen alltagsweltlich-informellen Konfliktlösungen und anwaltlicher bzw. gerichtlicher Streitbeilegung größer wird.

Für ein Durchbrechen dieser Dynamiken gilt es auf vielen Ebenen anzusetzen.<sup>19</sup> Unmittelbar auf das Berufsfeld der Mediation bezogen besteht hohe Dringlichkeit, sich systematisch um Nachwuchsförderung zu bemühen. Der größte Hemmschuh dafür ist sicherlich die geringe Nachfrage nach Mediationsdienstleistungen und dieses Problem lässt sich nicht leicht aus der Welt schaffen. Umso wichtiger erscheinen beispielsweise Ansätze bzw. Initiativen auf Seiten der Mediationsvereinigungen zur Unterstützung frisch ausgebildeter Mediator:innen beim Einstieg in die Berufstätigkeit – gefragt ist Kooperation, nicht Konkurrenz. Den in diesem Berufsfeld engagierten Menschen bleibt zu wünschen, die überwiegend ernüchternden empirischen Befunde als Impuls für kreative Initiativen zur weiteren Förderung von Mediation nutzen zu können.

18) Detailergebnisse zu diesem Aspekt wurden publiziert in Mayrhofer, H./Koller, M., Das Mediationsparadoxon in Zahlen, Teil 1. Die Mediation IV/2025, S. 6-10 sowie in Mayrhofer, H./Koller, M., Das Mediationsparadoxon in Zahlen, Teil 2. Die Mediation I/2026, S. 72-75.

19) Vgl. ebd.

## Literatur

- Masser, K./Engewald, B./Scharpf, L./Ziekow, J., Die Entwicklung der Mediation in Deutschland. Baden-Baden, 2018.
- Mayrhofer, H./Koller, M., Das Mediationsparadoxon in Zahlen, Teil 1. Die Mediation IV/2025, S. 6–10.
- Mayrhofer, H./Koller, M., Das Mediationsparadoxon in Zahlen, Teil 2. Die Mediation I/2026, S. 72–75.
- Scheuer, U., Zum Stand der Mediation in Österreich. zkm 2012, S. 21–26.
- Schweizer Dachverband Mediation (SDM), Mediation in der Schweiz, 2022 – [https://www.mediation-ch.org/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Taetigkeit/220823sw\\_d\\_01\\_zusammenfassung\\_mediation\\_befragung.pdf](https://www.mediation-ch.org/fileadmin/user_upload/Downloads/Taetigkeit/220823sw_d_01_zusammenfassung_mediation_befragung.pdf) (Stand: 19.12.2025).



## Kontakt

Ass.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Hemma Mayrhofer ist Soziologin und leitet des Instituts für angewandte Rechts- und Kriminalsoziologie (IRKS) der Universität Innsbruck, das u.a. über jahrzehntelange Forschungsexpertise zu Formen alternativer Konfliktbeilegung (Tatausgleich/Diversion, Restorative Justice, Mediation bei Paarkonflikten, Konfliktarbeit im Gemeindebau etc.) verfügt.

[hemma.mayrhofer@uibk.ac.at](mailto:hemma.mayrhofer@uibk.ac.at)

<https://www.uibk.ac.at/de/irks/team/hemma-mayrhofer/>



## Kontakt

MMag.<sup>a</sup> Martina Neuwirth (geb. Koller), Soziologin und Historikerin, ist Projektmitarbeiterin am Institut für angewandte Rechts- und Kriminalsoziologie (IRKS), Universität Innsbruck, mit Schwerpunkt auf quantitativer Forschung und statistischer Datenanalyse.

[martina.neuwirth@uibk.ac.at](mailto:martina.neuwirth@uibk.ac.at)

# Zur Zeitschrift

## Perspektive | Linie

Die Zeitschrift „perspektive mediation – Beiträge zur Konfliktkultur“ ist eine interdisziplinäre Fachzeitschrift für Mediation und konstruktive Konfliktbearbeitung. Sie verbindet theoretische Grundlagen mit praxisbezogenen Zugängen und eröffnet internationale Perspektiven auf Entwicklungen in der Konfliktkultur.

Die Zeitschrift erschien von 2004 bis 2025 im Verlag Österreich und wird seit 2026 als unabhängige wissenschaftliche Open-Access-Publikation im Zeitschriftenprogramm der Universität Graz weitergeführt. Sie erscheint vierteljährlich.

Die „perspektive mediation“ versteht Mediation als Handlungsansatz in unterschiedlichen Konfliktfeldern – von zwischenmenschlichen über organisationale bis hin zu gesellschaftlichen Kontexten – und verfolgt dabei insbesondere folgende inhaltliche Leitlinien:

- einen interdisziplinären Zugang zu Mediation, Konfliktmanagement und Konfliktkultur
- die Verbindung von Theorie und Praxis
- ein offenes, methodisch breites Verständnis von Mediation
- die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Perspektiven und Kontroversen
- internationale und kulturübergreifende Zugänge zu Mediation und ADR

## Perspektive | Herausgeber:innen

### Herausgeber:innen

Mag. art. Dr. rer. nat. Tomaš Klimann, A-Graz, Walter H. Letzel, D-Wildau, Dr. Katharina Oberbichler, A-Innsbruck, Iwan Raschle, CH-Bern, Dr. iur. Katarzyna Schubert-Panecka, D-Karlsruhe, Sabine Zurmühl, M.A., D-Berlin, Yvonne Hofstetter Rogger, MAS, CH-Bern (Redaktionskoordinatorin)

## Perspektive | Redaktion

### Redaktion

**Deutschland:** Brigitte Balink, München; Swetlana v. Bismark, Berlin; Bernd Fechner, Frankfurt; Prof. Dr. Marlies W. Fröse, Darmstadt; Prof. Dr. Barbara Schellenhammer, München; Prof. Dr. Matthias Varga von Kibéd, München

**Österreich:** Univ.-Prof. Dr. Sascha Ferz, Graz; Univ.-Prof. Dr. Friedrich Glasl, Salzburg; Mag. Susanne Lederer, Graz; Dr. Christine Mattl, Wien; Prof. DDr. Wolfgang Dietrich, Innsbruck

**Schweiz:** Lic. phil. Karin Frei, Zürich; Urte Rekowski, M.Sc., Zürich; Dr. Noa Zanolli, Bern; Dr. Maura Wyler, Remetschwil

**International:** Univ.-Prof. Dr. Nadja Alexander, Singapur; Erika Deines, BA Jus, Calgary; Iris Filié-Utz, M.A., Irland; Christine Fürstenberg, Paris; Anja von Rosenstiel, MA LLM, Boston

## Perspektive | Gründer

### Gründer:innen:

Mag. Brigitte Roschger-Stadlmayer, Dr. Werner Steinacher, Salzburg

### Ehemalige Herausgeber:innen und langjährige Redaktionsmitglieder

Eine Liste aller Personen, die als Herausgeber:innen oder Redaktionsmitglieder die „perspektive mediation“, mitgeprägt haben, finden Sie in der Onlineversion unserer Zeitschrift unter [perspektive-mediation.eu](http://perspektive-mediation.eu)

## Perspektive | Autoreninfo

### Informationen für Autor:innen

In der „perspektive mediation“ erscheinen Beiträge zur Theorie und Praxis der konstruktiven Konfliktbearbeitung, insbesondere zur Mediation. Ergänzend werden Interviews, Tagungsberichte, Buchbesprechungen, Rezensionen sowie Beiträge zu aktuellen Entwicklungen veröffentlicht.

Ein Großteil der wissenschaftlichen Beiträge durchläuft ein Peer-Review-Verfahren. Daneben erscheinen Beiträge mit stärker praxisbezogenem oder journalistischem Charakter, die redaktionell geprüft und betreut werden.

Über die Veröffentlichung von Beiträgen entscheiden die Herausgeber:innen.

Hinweise für Autor:innen (Autor:innen-Informationen) erhalten Sie bei der Redaktionskoordination.

Korrespondenz: [redaktion@perspektive-mediation.eu](mailto:redaktion@perspektive-mediation.eu)

Alle Fotos auf den Seiten 8, 14, 23, 30, 36, 45, 52, 54, 60, 64 und Titelfoto sind AdobeStock