© Shutterstock/VILevi

Im besonderen Umfeld

Verfahren und Interventionen für Ärzt*innen, Pflegekräfte und Praxisteams

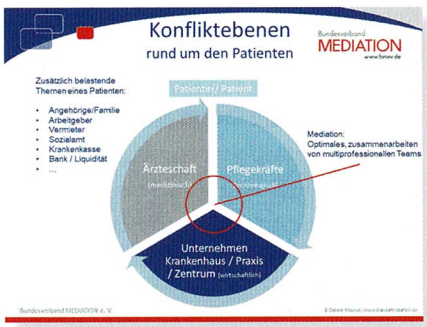
Sabine Krause

In der Zusammenarbeit von Verwaltung, Medizin, Pflege und Patient*innen herrscht ein Geflecht aus Wechselwirkungen, welches ein besonderes Spannungsfeld auf der emotionalen und der fachlichen Ebene darstellt. Mediationen in Kliniken und Praxen erfordern eine Spezialisierung auf diese besonderen Herausforderungen zu maßgeschneiderten Verfahren und wirkungsvollen Interventionen.

Folgender Seminaraustausch besteht aus 8 Teilnehmer*innenfragen und enthält in den Antworten die wichtigsten Seminarinhalte. Viel Freude mit der Zusammenfassung wünscht Sabine Krause (SK)!

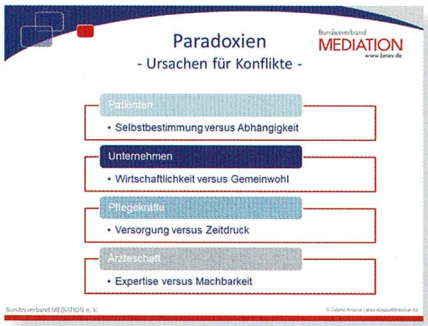
Frage 1: *Wo sind im Gesundheitswesen häufig Konflikte verortet?*

SK: Die Ärzteschaft arbeitet aufgrund ihrer Fachlichkeit medizinorientiert. Die Pflegekräfte sind beziehungsorientiert auch psychologisch stabilisierend tätig und das Krankenhaus- oder das Praxis-Management hat u.a. die wirtschaftlichen Aspekte im Blick. Diese teilweise divergierenden Ausrichtungen bergen komplexe Konfliktebenen und -dynamiken.
Die aktuelle Pandemie- und Krisenzeit wirkt zudem verstärkend auf die allgemeine Belastung. Für Corona gibt es keine Blaupause und der damit verbundene Kontrollverlust beschäftigt und beeinflusst uns alle. Somit sind die Konflikte im Gesundheitsbereich aufgrund ihrer Komplexität selten eindeutig z.B. in Ziel-, Werte-, Rollen-, Sach- oder Beziehungskonflikten zu verorten. In den Institutionen des Gesundheitswesens treffen multiprofessionelle Teams auf emotional belastete Menschen. Für die Patient*innen können neben dem Verlust von Gesundheit oder der Sorge um den Krankheitsverlauf weitere existenzielle Belastungen hinzukommen, wie Arbeitsverlust, Betreuung, Wohnungswechsel, finanzielle Not usw.



Frage 2: *Welche typischen Konfliktdynamiken und -themen tauchen in diesem Praxisfeld auf?*

SK: Konfliktdynamiken entstehen, wenn sich z.B. aus einem intrapersonellen Konflikt interpersonelle Konflikte entwickeln. Im Klinikalltag können Paradoxien die Ursachen für solche Herausforderungen sein. Patient*innen wünschen sich Selbstbestimmung, sind jedoch von der fachlichen Beratung abhängig. Hinter dem Irrglauben, dass Patient*innen dem Fachpersonal immer vollends vertrauen, erlebe ich oft Hilflosigkeit, z.B. ausgelöst durch Unwissen oder unverständliche Kommunikation. Viele Krankenhäuser etablieren Patientenfürspreche*innen, die u.a. bei Ärzt*innengesprächen unterstützen oder vermitteln. Die Geschäftsführung eines Krankenhauses oder einer Arztpraxis muss wirtschaftlich agieren. Besonders in Pandemiezeiten stellen neue Budgetierungen und



Investitionspläne unvorhergesehene Belastungen dar. Pflegekräfte sind für optimale Patient*innenversorgung ausgebildet. Aus Zeitdruck können Gewissensbisse entstehen. Ständig steigende Dokumentationen belasten die Ärzteschaft und die Pflegekräfte. Notwendige Arztberichte sind zeitnah zu erstellen. Unterschiede im Umgang und in der Priorisierung dieser Zusatzaufgaben unterstützen Konflikte z.B. zwischen Ärzteschaft und Verwaltung. Die Konfliktthemen sind vielfältig, ich erlebe folgende Konfliktthemen häufiger:

- Übereinander statt miteinander Reden
- Verweigerung der Zusammenarbeit mit bestimmten Kolleg*innen
- Empfundene Ungerechtigkeiten bzgl. Dienstplan
- Empfundene Ungerechtigkeiten bzgl. Entlohnung
- Überlastung einzelner Arbeitsgebiete und unklare Aufgabendelegationen
- Generationskonflikte
- Fehlende gegenseitige Unterstützung zwischen Stationen/Abteilungen
- Rollenkonflikte durch Beförderungen
- Akademisierte Pflegekräfte mit hoher Kompetenz

Frage 3: *Welche systembedingten Strukturen gibt es z.B. im Krankenhausalltag und wie beeinflussen sie die Mediation?*

SK: Das System Krankenhaus enthält Strukturen, die unsere Arbeit besonders beeinflussen:

1. Im Krankenhausalltag können Mediationssitzungen sehr selten mit allen Beteiligten gleichzeitig durchgeführt werden (24-Stunden-7-Tage-Betrieb).
2. Die Multiprofessionalität auf der Sachebene (Diagnostik / Therapie) ist eine starke System-Ressource. Wir Mediator*innen erweitern diese auf der Beziehungsebene.
3. Die pyramidenförmige Hierarchiestruktur (und in der Arzt-Praxis) liefert den notwendigen Orientierungsrahmen für Verantwortlichkeiten und Handlungsvollmachten. Obwohl diese häufig abgelehnt wird, wird sie gebraucht.
4. Emotionale Herausforderungen bestehen nicht nur rund um die Patient*innen, sondern auch am OP-Tisch oder in der Notfallambulanz. Die gewählte »Entlastungsstrategie« der Mitarbeiter*innen ist oft das sofortige »Übereinander- statt Miteinander-Reden«. Dadurch entsteht ein ausgeprägter Flurfunk mit hohem Konfliktpotential.
5. Im Krankenhausalltag mit seinem Schichtdienst sind längere, intensive, ruhige oder klärende Gespräche zeitlich oft nicht machbar. Wichtige soziale und bilaterale Gespräche finden dadurch gerne in Fahrstühlen oder auf Wegen statt.

»Mediation im Gesundheitswesen ist eine Lösung für das verbesserte Zusammenarbeiten der multiprofessionellen Teams (Verwaltung, Pflegekräfte und Ärzteschaft) und kann zudem alle belastenden Themen rund um die Patient*innen berücksichtigen.«

Unter Berücksichtigung dieser besonderen Gegebenheiten empfehle ich bei der Organisation und Durchführung von Mediationsprozessen u.a. folgende Punkte:

- Mediationssitzungen sollten möglichst nah am Arbeitsplatz organisiert werden. Ich habe oft in Besprechungsräumen neben den OP-Sälen gearbeitet.
- Die Aufmerksamkeit und Konzentration bleibt gesichert, wenn die Sitzungszeit max. 2-3 Std. beträgt. Wenn es sich um größere Gruppen handelt sind max. 4 Std. sinnvoll.
- Trotz Protokollen, Transfergesprächen oder Aushängen sind während des Mediationsprozesses Informationsschleifen oder Wiederholungen hilfreich und der Sitzungseinstieg umfasst mehr Zeit, um die wechselnden Teilnehmer*innen aufs Neue über Gesprächsregeln, Arbeitsbündnis oder Zielvereinbarungen zu informieren.

»Frau Krause, kommen Sie durch die Schleuse. Bitte komplett in Grün, mit Haube, in OP-Schuhen und mit Mund-Nasen-Schutz.«

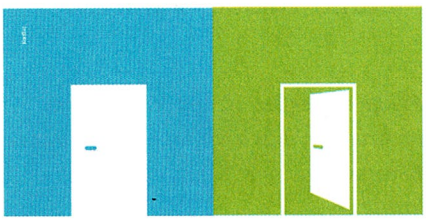
Frage 4: *Wer beauftragt Mediationen im Krankenhaus und gibt es Tipps bei der Beratung von Ärzt*innen oder Pflegekräften?*

SK: Für Mediationen unter den Pflegenden beauftragt mich zumeist die Pflegedienstleitung, bei Konflikten unter den Ärzt*innen ist die ärztliche Leitung oder die Geschäftsführung häufig mein Erstkontakt. Bei der Beratung von Ärzt*innen oder Pflegekräften haben sich Unterschiede beim Einstieg in den Prozess bewährt: In Sitzungen mit Pflegekräften wähle ich meistens einen beziehungsorientierten Ansatz (psychologische Orientierung) mit Gefühlskarten, vertrauensstiftenden Gesprächen oder strukturierten Kommunikationsleitfäden. Bei der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen wähle ich meistens einen sachorientierten Prozesseinstieg, mit kurzen theoretischen Inputs oder strukturierten Interviews. Die strukturierten Interviews werte ich für die Konfliktanalyse oft grafisch aus.

Ein weiterer Tipp ist das **Shuttle-Verfahren**, welches sich bei der Bearbeitung von Konflikten unter Ärzt*innen bewährt hat. Ich beachte dabei, dass in jeder Shuttle-Runde die zu vermittelnden Themen in der Form von Angebot und Wunsch ausgewogen sind. Nach der Klärung entscheide ich situativ, ob eine gemeinsame Endsitzung durchgeführt wird oder nicht.

Frage 5: *Welche wirksame Interventionsmethode empfehlen Sie?*

SK: Gerne wende ich die Piktogrammtechnik mit einem Überraschungseffekt an (Artikel KonfliktDynamik, Heft 2, 2016). Diese Methode ist schnell umsetzbar, wirkungsvoll und oft nachhaltig: Plötzlich lege ich die Bildkarten oder Buchseiten auf den Tisch, welche Botschaften grafisch aufbereitet auf den Punkt bringen. Die Beteiligten sind überrascht: »man« wundert sich, ist oft neugierig und verlässt kurz- oder auch längerfristig die vorherigen Gedankenstrukturen.



Meine Anleitung lautet: »Unabhängig von Ihrem Gespräch eben. Ganz kurz, was sehen Sie auf den Bildern, fällt Ihnen etwas auf? Welche Unterschiede erkennen Sie, wenn Sie die blaue mit der grünen Seite vergleichen?« Über diese Metaebene wechsle ich anschließend auf den konkreten Konflikt.

Frage 6: *Welches Verfahren wenden Sie bei Teammediationen mit Mischgruppen (Ärzteschaft und Pflegekräfte) an?*

SK: Wenn ich mit größeren Mischgruppen arbeite, dann nutze ich gern die **Fish-Bowl-Methode** Personen, die häufiger mit den Beteiligten zusammenarbeiten, bilden einen Innenkreis und die, die nicht so oft mit den Beteiligten zusammenarbeiten, bilden als unterstützende Beobachter*innen einen äußeren Kreis. Durch die Gestaltung der Kreise können mögliche Machtungleichgewichte ausgeglichen werden, wie z.B. die Anzahl der Ärzt*innen zu der Anzahl der Pflegekräfte.

Frage 7: *Welche Prozesschritte empfehlen Sie für Teammediationen in Arztpraxen?*

SK: In der Arztpraxis, mit dem Apothekenteam oder im Gesundheitszentrum ist es leichter machbar, dass alle Teammitglieder gleichzeitig anwesend sind. Mit Organisationstalent und der Bereitschaft, zeitlich flexibel zu sein, arbeite ich in diesem Umfeld oft auch am Wochenende. Für eine Teammediation mit bspw. 15 Personen (4 Ärzt*innen und 11 Helfer*innen) hat sich folgendes Vorgehen bewährt:

1. Informationsveranstaltung
2. Konfliktanalyse
   - Anonymer Fragebogen oder
   - Strukturierte Einzel-Interviews oder
   - Shadowing verschiedener Schichtdienste
3. Auswertung und Präsentation der Analyseergebnisse inkl. gemeinsame Zielformulierung
4. Teamsitzung Ärzteschaft
5. Teamsitzung Pflegekräfte
6. Gemeinsame Teamsitzung (Handlungsempfehlungen/ Vereinbarungen)
7. Gemeinsame Teamsitzung (Reflexion/Optimierung)

Frage 8: *Welche Ressourcen brauchen Mediator*innen, um in diesem Praxisfeld erfolgreich zu sein?*

SK: Der/die Mediator*in im Gesundheitswesen kann mit seinen/ihren Erfahrungen folgende Ressourcen aktivieren und steigern: Zunächst unterstützt eine spezielle **Reflexion** über das eigene Erleben z.B. als Patient*in oder Angehörige*r. Zur Vorbereitung der speziellen Allparteilichkeit können folgende Impuls-Fragen weiter unterstützen:

- Welche persönliche Erfahrung/Erlebnisse hat der/die Mediator*in mit Ärzt*innen oder Pflegenden erlebt?
- Welcher Krankheitstyp mit welchem Krankheitsverständnis ist der/die Mediator*in? (Dr. med. Heinz Pilartz, Mediation für mehr Gesundheit am Arbeitsplatz, Seite 12, essentials, Springer Fachmedien Wiesbaden 2017)

Flexibilität und **Kreativität** kann gefordert werden, wenn der/die Mediator*in:

- sich anpassen möchte, indem er/sie z.B. die Ärzt*innen mit »Herr« oder »Frau Doktor« und die Pflegekraft mit »Schwester« anspricht,
- selbst OP-Kleidung trägt, um in den Stationen in engen Besprechungsräumen zu arbeiten,
- »unübliche« Arbeitszeiten mit dem privaten Kalender vereinbaren möchte.

Konsequenz und **Beharrlichkeit** unterstützten Situationen, z.B. wenn Ärzt*innen in Beorachter*innenrollen gebeten werden. Ein **»kleines medizinisches Vokabular«** stiftet Vertrauen und sichert Akzeptanz sowie Respekt. Regelmäßige Wiederholungs- und Informationsschleifen erfordern **Ordnung** und **Stabilität**. Divergentes Arbeiten ist durch Zeitdruck, Störungen und Unterbrechungen nur eingeschränkt möglich. Die Eigenschaft der **mentalen Stärke** unterstützt das eigene Leistungspotenzial und bringt Geist, Gefühl und Seele in Einklang.

Sabine Krause
Diplom-Ökonomin, Mediatorin, Trainerin und Coach mit Basisberuf Zahnarzthelferin. Seit 12 Jahren berät sie im Gesundheitsbereich. Als Autorin hat sie zwei Empathie-Spiele, Gefühlskarten sowie die Piktogrammtechnik (Buch und Karten) entwickelt.
E-Mail: Krause@KrauseMediation.de