

Friedrich Glasl

Ethische Konflikte im Gesundheitswesen

In: Forum Supervision, „Ethik in Organisationen“ Herbst 2005

Seit ca. vierzig Jahren bin ich als Organisationsentwicklungs-Berater und Mediator in vielerlei Organisationen tätig, besonders oft in Krankenhäusern und anderen Institutionen des Gesundheitswesens. In dieser Zeit habe ich auch große Veränderungen im kulturellen, politischen und wirtschaftlichen Umfeld des Gesundheitswesens erlebt und zahlreichen Organisationen geholfen, sich diesen aktiv zu stellen. Im Laufe dieser Jahre haben auch die Spannungen und Konflikte in Krankenhäusern beträchtlich zugenommen. Neben den üblichen Querelen, die natürlicherweise bei jeder Zusammenarbeit immer wieder vorkommen, treten im Gesundheitswesen vor allem Konflikte auf, die sich aus Auseinandersetzungen mit ethischen Auffassungen ergeben. Ich versuche, an diese Konflikte aus zwei verschiedenen Richtungen heran zu gehen und zu einem ganzheitlichen Ansatz zu kommen: Mir geht es einerseits um den Blick auf die **Organisation** und andererseits um den Blick auf die in ihr tätigen **Menschen**.

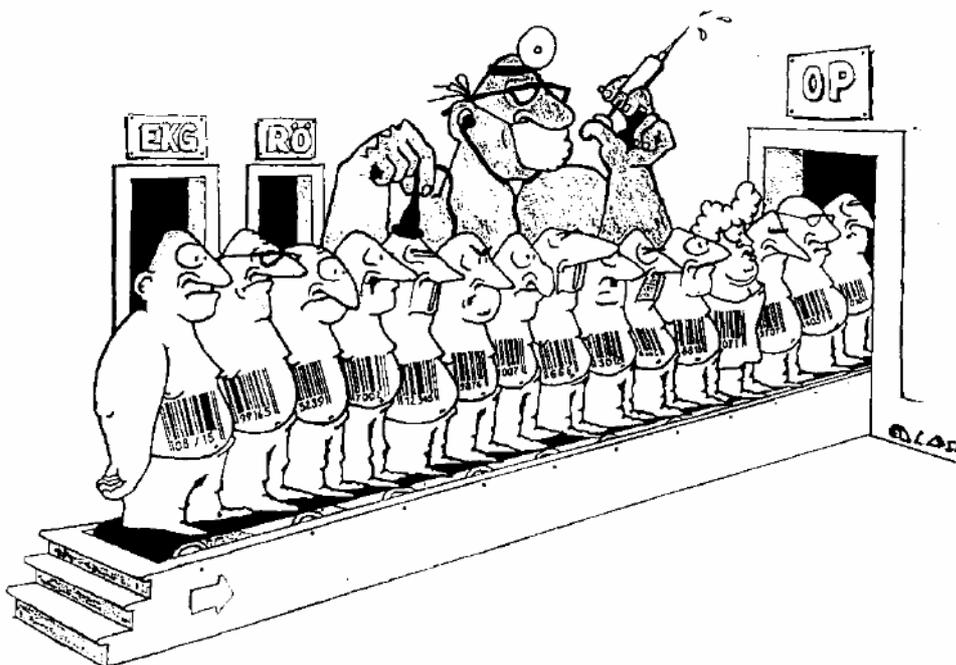
In den meisten Organisationen werden Konflikte, die sich aus Unzulänglichkeiten der Organisation ergeben, irgendwelchen Mängeln der beteiligten Personen zugeschrieben. Wenn auf diese Weise Konflikte **personifiziert** werden, wird nicht gefragt, ob die Probleme vielleicht durch unklare oder widersprüchliche Zielsetzungen der Organisation, oder etwas durch rigide Strukturen oder unzweckmäßige Arbeitsabläufe, die sich nicht am Patientennutzen ausrichten u.dgl.m., hervorgerufen worden sind.

Aber auch das Umgekehrte geschieht recht häufig: Wenn Konflikte zwischen Personen auftreten, die ihre Ideen anderen aufdrücken wollen oder die auf Status pochen, dann verweisen diese Menschen auf Sachzwänge der Organisation. Weil die Organisation ihrer Meinung nach Macht und Einfluss nicht richtig gegenseitig abgegrenzt hat, oder weil die Politik des Hauses durch zu allgemein formulierte Prinzipien dem Gegner im Konflikt einen zu großen Interpretationsspielraum lässt, müsse es automatisch zum Konflikt kommen. Und nicht selten wird heute beim Abwälzen der Verantwortung für das eigene Verhalten zur Begründung – oder besser: Entschuldigung! – auf systemisches Denken verwiesen, Hier werden Konflikte also nicht personifiziert, sondern, wie ich es nenne: **strukturifiziert**.

1. Der Blick auf die Organisation

Personifizieren wie auch Strukturifizieren von Konflikten führen nur zu einem endlosen Spiel der Schuldzuweisung. Deshalb geht es bei jeder Konfliktbearbeitung im Kontext einer Orga-

nisation um die grundsätzliche Frage, wie die konkrete Organisation und die in ihr arbeitenden Menschen zueinander stehen: Wie sehr determiniert eine Organisation die Menschen – und wie sehr können Menschen die Organisation aktiv mitgestalten? Diese Frage stellt sich in der sogen. „Mikro-Arena“ (z.B. innerhalb eines Teams), weiters in der „Meso-Arena“ (d.h. innerhalb der Organisation). Und schließlich muss auch innerhalb der „Makro-Arena“ (im Staat, im Gesundheitswesen überhaupt, in der Gesellschaft) gefragt werden, welcher Platz einem Krankenhaus in einer Stadt, in einer Region oder in einem Land zukommt. Denn Konfliktpotenzial kann in den Menschen und in ihren Kooperationsbeziehungen gegeben sein, aber auch in ihrer Organisation und in deren weiterer Umgebung, die den Rahmen für die Organisation absteckt, Spielregeln festlegt und über die Zuwendung von finanziellen und materiellen Ressourcen verfügt. Für das Aufkommen von Konflikten ist entscheidend, welchen Gestaltungsspielraum der kulturelle Bereich grundsätzlich im Rahmen der Politik und gegenüber der Wirtschaft besitzt. Heute erleben Institutionen im Kulturleben angesichts des wachsenden Spardruckes – vor allem im Bildungswesen sowie im Sozial- und Gesundheitswesen –, dass sie sich den Zwängen der herrschenden neoliberalen Wirtschaftsdoktrin zur Gänze unterwerfen müssen (dazu ausführlich Glasl 2005).



*Abb. 1: Die Arbeit im Krankenhaus darf nicht zur Fließbandarbeit verkümmern.
Cartoon: Eelco-Marius Glasl*

Gesundheit ist zur käuflichen Ware geworden, die sich nur die zahlungskräftigen Bürgerinnen und Bürger leisten können. Und es wird zumeist gefordert, dass jede Organisation selbstverständlich wie ein Industriebetrieb organisiert und geführt werden müsste.

1.1. Beachtung der Organisationstypen

Das Führen und Organisieren von Institutionen im Gesundheitswesen muss den Besonderheiten dieses Sektors in der Gesellschaft gerecht werden. Ein Krankenhaus sollte nicht wie eine Autofabrik gestaltet werden – aber eine Autofabrik auch nicht wie ein Krankenhaus. Denn es handelt sich bei beiden um ganz unterschiedliche Organisationstypen.

Wie lassen sich die Besonderheiten von Organisationen des Gesundheitswesens beschreiben?

Jede Organisation ist auf ihre Art einmalig – wie jedes menschliche Individuum auch. Die Einmaligkeit ergibt sich aus den verschiedenartigen Gründungsimpulsen, aus ihrer Entstehungsgeschichte, aus den Persönlichkeiten ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aus der Positionierung in ihrer Umwelt und vielem anderem mehr. Aber trotz der Einmaligkeit jeder Organisation unterscheidet die moderne Organisationslehre einige Grundtypen (siehe Bos 1976, Glasl 2002 und 2004 A, 2004 C, Mintzberg 1979, von Sassen 1994). Drei Grundtypen müssen beim Führen und Organisieren beachtet werden, wenn man ein Optimum an Leistungs- und Lebensqualität erreichen will:

- (1) Produkt-Organisationen
- (2) Routine-Dienstleistungs-Organisationen
- (3) Professionelle (Dienstleistungs-)Organisationen.

Die Hauptmerkmale dieser drei Typen sind im wesentlichen folgende:

- (1) **Produkt-Organisationen** – beispielsweise ein Produzent von medizinischen Geräten, eine Kleiderfabrik u.dgl. – erzeugen einen *physischen Gegenstand*, der den Betrieb fertig verlässt und über den Handel überall hin geliefert werden kann. Das Produkt ist in der Regel im Voraus klar definierbar und die Produktion meistens zu 99% planbar, steuerbar und kontrollierbar.
- (2) **Routine-/Standard-Dienstleistungs-Organisationen** – etwa ein Reparatur-Service, ein Handelsunternehmen, ein Hotel, eine Fluggesellschaft u.dgl. – *verrichten* genau definierte *Arbeiten für Kunden*; die Kunden müssen sich zu diesem Zweck zumeist auf einen *Prozess* mit dem Dienstleistungsunternehmen einlassen. Die Leistung ist nicht ein Produkt sondern ein Prozess. Und weil der Prozess oft zusammen mit den Kunden verläuft ist es auch ein zwischenmenschlicher Prozess.
- (3) **Professionelle Organisationen** – wie z.B. eine Universität oder ein Forschungsinstitut, ein Krankenhaus oder Therapeutikum, eine psychotherapeutische Praxis oder eine Seelsorge-Stelle – liefern kein materiell greifbares Gut, das an einem anderen Ort geliefert werden könnte, sondern sie stiften im Wesentlichen einen *immateriellen Nutzen*. Und zwar in Form einer *Idee*, eines kreativen Konzepts, einer *Befähigung* der Klienten und ähnlichem. Mintzberg (1979) nennt die Professionelle Organisation auch „Know-how-intensive Dienstleistungs-Organisation“, weil von den Professionellen – man denke an

Ärztinnen und Ärzte – ein hoher Wissensstand gefordert wird, damit sie situativ richtig handeln können. Gute Leistung wird aber nur erbracht, wenn sich die Professionellen jedes Mal auf die Besonderheiten der Klienten einstellen und nicht bloß Standard-Leistungen abliefern.

Diese Unterscheidung habe ich oben für ganze Organisationen beschrieben, sie kann jedoch auch auf einzelne innerorganisatorische Bereiche angewandt werden. So gibt es in der professionellen Organisation eines Forschungsinstituts auch *Standard-Dienstleistungsbereiche*: u.a. die Personalabteilung und den technischen Dienst zur Wartung der Apparate etc. Und es gibt dort auch eine *Produkt-Organisation*: die Küche im Personalrestaurant, die Hausdruckerei etc. Deswegen ist für die Typenbestimmung einer Organisation oder Abteilung konkret zu erfassen, was ihr wesentlicher Leistungsauftrag ist. Ein Krankenhaus ist seinem eigentlichen Zweck nach keine Reparaturwerkstätte für beschädigte Leiber, sondern eine Kombination von Dienstleistungs-Organisation und Professioneller Organisation, die den Gesundungsprozess der Patientinnen und Patienten bezweckt. Und weil eine Erkrankung die ganze Person in ihrer geistigen, seelischen und leiblichen Existenz betrifft, ist auch das therapeutische Handeln ganzheitlich zu gestalten.

Jedes Krankenhaus tut also gut daran, sein Menschenbild und das daraus sich ergebende Verständnis von Krankheit und Gesundheit *zusammen mit den professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verbindlich auszuarbeiten*, periodisch zu hinterfragen und neuen Einsichten anzupassen.

1.2. Leistungsbedingungen der drei Organisationstypen

Da sich diese drei Organisationstypen in ihren „Outputs“ und „Outcomes“ unterscheiden, müssen auch Führung und Organisation, unter denen die Kernleistung am besten erbracht werden kann, wesentlich verschieden gestaltet sein.

Produkt-Organisation: Ob in der Autofabrik während der Produktion meines Autos ein gutes kollegiales Klima bestanden hat oder nicht, wird für mich als Kunde in der Regel nicht direkt erlebbar – nur manchmal kommt es dadurch zu bestimmten Qualitätsmängeln, wie das beim sprichwörtlichen „Montags-Auto“ der Fall ist. Ansonsten spüre ich als Kunde von den internen Verhältnissen der Produkt-Organisation direkt nichts, es sei denn, dass ich das Werk besuche.

Bei der Dienstleistungsorganisation wird die Leistung nach bewährten Standards und in wiederholbarer Routine erbracht und nur customized, d.h. in sehr begrenztem Maße den Kunden angepasst (siehe Biehal 1994). Doch weil ich als Kunde während der Leistungserbringung vorübergehend mit der Dienstleistungs-Organisation in Kontakt bin, merke ich direkt, wie es dort betriebsintern zugeht. Wenn in einem Restaurant das Service-Personal mit der Küche ständig streitet, trübt das meine Freude an dem Essen und ich gehe nicht gerne dort hin. Denn für Dienstleistungs-Organisationen gilt, dass neben der *Produktqualität* (z.B. der Speisen) auch noch die *Begegnungsqualität* während des Service für meine Kunden-

zufriedenheit bestimmend ist. Darum ist es in einem Dienstleistungsbetrieb gar nicht möglich, ungestraft zweierlei Moral zu leben: Die Leitung kann nicht den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einbläuen, dass sie die Kunden respektvoll behandeln sollen, während sie selbst mit dem Personal äußerst demütigend umgeht! Weil die Welt der Dienstleistenden und die Welt der Kunden für einige Zeit in Kontakt sind, straft sich eine derartige Doppelmoral von selbst Lügen.

Für die Professionelle Organisation gilt in verstärktem Maße, dass von denen, die eine professionelle Leistung erbringen, eine konsistente und wahrhaftig verinnerlichte Ethik gelebt werden muss. Wenn für die Leistungsqualität der Professionellen deren Achtung vor der Einmaligkeit der Lebenssituation der Klienten ausschlaggebend ist, müssen sie jederzeit von wahren Respekt für die Individualität ihrer Klienten geleitet werden. Und das geht nur, wenn sie auch für die Individualität ihrer Kolleginnen und Kollegen Respekt bezeugen. Darum muss im Krankenhaus unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Kultur aufrichtiger Achtung der Menschenwürde gepflegt werden. Sie können keine guten Leistungen erbringen, wenn ein miserables Klima besteht und wenn sie ihre Gestaltungsfreiheit nicht in Eigenverantwortung wahrnehmen können. Aus demselben Grund können auch die Lehrkräfte einer Schule nur dann pädagogisch gut handeln, wenn sie vom Ethos des Entwicklungsdenkens inspiriert sind.

Deshalb müssen in professionellen Organisationen innerbetrieblich die Voraussetzungen für weitgehend autonomes Arbeiten geschaffen, gepflegt und weiter entwickelt werden. Bevormundendes Führen sowie gängelnde Standardvorschriften und ähnliches verhindern Professionalität.

1.3. Wie Professionelle Organisationen zu führen und zu organisieren sind

Damit die kreative ideelle Leistung ganz auf die Besonderheiten der Klienten abgestellt werden kann, müssen sich die Professionellen mit ihrer Aufgabe identifizieren können. Dazu einige Beispiele:

- Eine Therapeutin kann ihrem Klienten in einer Krisensituation nur helfen, wenn sie gut auf dessen biographische Situation eingeht
- Ein Forscher muss von ganzem Herzen Forscher sein, um einerseits den Erkenntnisfragen konsequent nach zu gehen und andererseits seine Forschungsergebnisse mit größter Wahrhaftigkeit kritisch zu hinterfragen – kritischer als die Fachkollegen dies tun könnten
- Bei Sozialarbeit ist es ähnlich. Um z.B. den Asylbewerberinnen und Asylbewerbern wirkungsvoll zu helfen, spielen Besonderheiten der Kultur und Geschichte ihrer Herkunftsländer eine Rolle, weiters ihre frühere soziale Stellung in der Gesellschaft, die gegenwärtigen familiären Strukturen, die persönlichen Lern- und Lebensgeschichten mit Idealen, Zielen und Ambitionen, die körperliche Verfassung usw. Erst wenn die Sozialarbeiterin dies ganz ernst nimmt, kann sie diesen Klienten wirkungsvoll helfen.

All das weist ganz deutlich darauf hin, dass Professionelle in ihrer täglichen Arbeit grundsätzlich *hohe Eigenverantwortung* tragen. Das verpflichtet sie moralisch, ihr Wissen und Können immer auf dem neuesten Stand zu halten. Weil bei der Leistungserbringung die Professionellen immer auf ihr Wissen, Können und Sein angewiesen sind, gilt für sie: „The person is the product!“

Deshalb haben sich die Professionen, die in der Gesellschaft hohes Ansehen genießen, immer einen eigenen Ehren-Kodex gegeben. Der Hippokratische Eid der Ärztinnen und Ärzte ist dafür das bekannteste Beispiel. Er gewährleistet, dass sich die medizinische Disziplin ausschließlich von ihren eigenen Normen leiten lässt. Dazu gehören das Berufsgeheimnis und die Standes-Justiz, die in Eigenverantwortung Fehler der Professionellen ahndet.

Ich finde, dass Ähnliches grundsätzlich für jede Profession entwickelt, gesellschaftlich anerkannt und gesichert werden müsste: Denn auch ein Tiefbau-Ingenieur entscheidet mit der Qualität der von ihm gebauten Brücke über Leben und Tod von Menschen, nicht nur das ärztliche Personal; eine Psychotherapeutin soll sich nur vom Streben nach dem Wohl ihres Patienten leiten lassen und darf auch in staatlicher Anstellung nicht von den politischen Vorgesetzten in ihrem professionellen Handeln gesteuert werden; Trainerinnen und Trainer, Supervisorinnen und Coaches müssen ihre Klienten in den Lernsituationen schützen und dürfen ihre Beobachtungen nicht zum Zweck der Personalbeurteilung bzw. Personalauswahl weiter geben. Als Mediator bin ich verpflichtet, keinerlei vertrauliche Information nach außen zu bringen; und ich darf nach österreichischem Recht im Falle eines Gerichtsverfahrens meiner Klienten auch nicht als Zeuge einvernommen werden. Alle Professionellen sind in erster Linie ihren Klienten verpflichtet. Zur Gewährleistung dieser Verantwortung müssen Professionelle einen geschützten *Autonomie-Raum* haben, in dem sie nach eigenem bestem Wissen und Gewissen entscheiden und handeln können.

Professionelle zu führen bedeutet deshalb in der Regel, dass die Führungskraft gute Leistungsvoraussetzungen schaffen muss. Dazu gehört vor allem die periodische Arbeit mit den Professionellen an den Zielen und Leitlinien, Leitwerten und Qualitätsstandards der Arbeit. Denn deren gemeinsame Erarbeitung gewährleistet erst, dass die Professionellen bei aller Selbständigkeit dieselben Werte und Normen beachten und leben. So kann die Identifikation mit den Leitwerten der Organisation erreicht werden. Ein ausformuliertes Leitbild ist nur dann wirkungsvoll, wenn es das Ergebnis einer intensiven Auseinandersetzung der Professionellen ist. Andernfalls verkümmert es zu einem Werbetext, mit dem sich niemand identifiziert.

Eine weitere wichtige Führungsaufgabe besteht im Organisieren und Gestalten von *Lernprozessen* in der Organisation, so dass diese eine *lernende Organisation* wird (siehe Gairing 1996, Garrat 1990, Geißler 2002). Dazu gehört ein offenes *kollegiales Klima*, in dem Fehler (und Beinahe-Fehler) ohne Angst vor Pressionen angesprochen werden können. Meine praktische Erfahrung hat mir jedoch gezeigt, dass in überwiegend Status-orientierten Krankenhäusern eine derartige offene „Fehlerkultur“ die Ausnahme ist; der Chefarzt lässt sich ungern von der Assistenzärztin auf einen Kunstfehler hinweisen; und die Krankenschwester wagt es selten, dem Arzt zu widersprechen, wenn dieser den Zustand von Patienten falsch einschätzt. Aus all diesen Gründen sind Supervision und Intervision ganz wichtige Instrumente zur

Qualitätssicherung und zur fachlichen Weiterentwicklung. Wenn eine professionelle Organisation Wissensmanagement nicht ernst nimmt, führt das bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu seelischem Verschleiß. Über kurz oder lang schwindet die Substanz der ganzen Organisation.

Gute Leistungsvoraussetzungen können nicht durch eine direktiv und streng hierarchisch agierende Führung (wie sie paradoxerweise in Krankenhäusern, Universitäten und Kirchen vorherrscht) erreicht werden. Bessere Wirkungen erzielt hingegen eine *kollegiale Führung*, weil sie zu sachlichen Auseinandersetzungen zwingt. Schließlich ist die Wahrheit nicht von vornherein der ausschließliche Besitz der Menschen mit dem höchsten Gehalt und dem höchsten Status.

1.4. Das 3-Chefln-Modell

Aus den genannten Gründen empfehle ich oft das „3-Chefln-Modell“ von A. Kampfrath (1985) von der Agraruniversität Wageningen (NL): Anstelle einer monokratisch-hierarchischen Führung werden drei Aufgabengebiete auf verschiedene Funktionen und Personen verteilt. Weil in der Regel die Kompetenz eines Chefarztes nicht im Management sondern in seinem medizinischen Spezialgebiet liegt, wird er in rechtlichen, wirtschaftlichen und organisatorischen Dingen nur als Amateur wirken und nicht wirklich nach dem „Stand der Kunst“ führen können. Deshalb unterscheidet Kampfrath 3 Kerngebiete, die am besten von je einer fachlich kompetenten Person geführt werden sollten:

- (1) Die *Fach-Leitung* („Professional Boss“) ist dafür verantwortlich, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf dem höchsten Stand des Wissens und Könnens sind. Sie werden zu Kongressbesuchen stimuliert und auf Fachpublikationen verwiesen, es wird für fachliche Intevision und Supervision gesorgt, Qualitätsstandards werden entwickelt und im Bewusstsein der Menschen verankert, Weiterbildungsaktivitäten werden verbindlich vereinbart usw. Die Leitung dieses Bereichs obliegt den Menschen, deren fachlich-wissenschaftliche Qualifizierung in der Organisationseinheit als beste anerkannt ist und deren Rat auch gerne gesucht wird.
- (2) Die *Arbeitsprozess-Leitung* („Work Boss“) ist verantwortlich für die Planung, Gestaltung, Leitung und Koordination der Arbeitsprozesse und sucht dafür ständig Verbesserungen. Sie sorgt für den Einsatz der personellen und materiellen Ressourcen, regelt die Dienstpläne der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, vereinbart Leistungsziele und führt Ergebniskontrollen durch usw. Diese Funktion wird von denjenigen ausgeübt, die für Prozessorganisation kompetent sind und Projekte gut organisieren können. In Kliniken ist das meistens das Pflegepersonal, weil dort beim Patienten medizinisches, pflegerisches und therapeutisches Handeln zusammenläuft.
- (3) Die *Ressourcen-Verwaltung* („Administrative Boss“) gewährleistet, dass die benötigten Menschen und Mittel überhaupt qualitativ und quantitativ vorhanden sind. Dafür stellt sie

die betriebswirtschaftlichen Instrumente zur Verfügung, übernimmt die Budgeterstellung und -kontrolle, betreibt Personalmanagement, plant und berechnet und beschließt Investitionen usw. Diese Funktion ist die Domäne betriebswirtschaftlich geschulter Menschen.

Diese drei Gebiete sind als Führungsfunktionen grundsätzlich gleichwertig. Zwischen ihnen müssen sachliche Auseinandersetzungen geführt werden, um die Gesichtspunkte untereinander abzustimmen. Es ist aber oft aus rechtlichen Gründen notwendig, dass im Falle einer Pattstellung eine Person dieser Troika die ausschlaggebende Entscheidungsgewalt hat. Das lässt sich je nach Thema untereinander regeln.

Wenn die Besonderheiten der professionellen Organisation missachtet werden, entsteht in den Organisationen Konfliktpotenzial. Das merken ziemlich schnell die Kunden, Klienten oder PatientInnen. Und es spüren dies in erster Linie die Dienstleistenden und Professionellen selbst. Es schmälert sowohl die *Qualität ihres Arbeitslebens* als auch die *Qualität ihrer Leistungen*. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Dienstleistungsorganisation, die mehr zum professionellen Typus tendiert, sowie für die Professionellen zeigen sich die Wirkungen der unangemessenen Führung und Organisation früher oder später am *Burn-out-Syndrom*. Denn das Gefühl, innerlich den Sinnbezug der eigenen Arbeit nicht mehr zu erleben, entsteht vor allem in professionellen Organisationen, in denen unrichtig organisiert und falsch geführt wird.

1.5. Positionierung im makro-sozialen Umfeld

Diese Typenunterscheidungen dienen auch praktisch dazu, eine professionelle Organisation in ihrem Umfeld richtig zu positionieren. Vorgeordnete Stellen oder Aufsichtsorgane können so den Besonderheiten der Organisation gerecht werden, für die sie politisch verantwortlich sind. Denn das Wissen um die unterschiedlichen Leistungsbedingungen ermöglicht es den Aufsichtsorganen sowie den Geldgebern, Steuerungen und Kontrollen so anzulegen, dass sie nicht die Funktionsbedingungen der professionellen Organisation zerstören.

Aber es genügt heute nicht, dass sich eine Organisation im kulturellen Bereich nur mit den – zumeist staatlichen oder kommunalen – Aufsichts- oder Geldgeber-Stellen befasst. Bei meinen Mediationen im Gesundheitswesen hat sich oft gezeigt, dass sich diese Organisationen zu wenig mit den verschiedenen Erwartungen und Anforderungen ihrer anderen „Stakeholders“, d.h. der Gruppen und Institutionen, die Ansprüche an das Krankenhaus haben, auseinandergesetzt haben. Denn die relevanten Anspruchsgruppen (d.h. „stakeholders“) eines Krankenhauses sind nicht nur die PatientInnen und die Geldgeber (öffentliche Trägerorganisationen, Versicherungen und Kassen), sondern noch andere: Die Angehörigen der PatientInnen, die hausärztlichen und therapeutischen Praxen sowie die Niedergelassenen in der Region, Reha-Institute, Laboratorien, Gesundheits-Beratungszentren, Heilmittelhersteller, Institute der medizinisch-therapeutischen Forschung und Lehre, Seelsorger-Stellen, Fitness- und Wellness-Zentren, die Kommunalverwaltungen, Berufsverbände und Gewerkschaften und

noch andere mehr. All die genannten Stellen haben Erwartungen an das Krankenhaus – und wegen der Vielfalt ihrer Interessen sind ihre Ansprüche oft zueinander widersprüchlich. Und gerade deshalb sind Professionelle gefordert, mit den Ziel-Orientierungen ihrer Organisationen dazu von vornherein eine klare Positionierung einzunehmen. Denn diese muss ihren weiteren Beschlüssen zugrunde liegen und ermöglicht dezentralisierte Entscheidungsstrukturen.

Seit der systematischen Demontage der sozialen Marktwirtschaft in Mittel- und Westeuropa als Ausfluss der neoliberalen Wirtschaftsdoktrin wird auch für das Gesundheitswesen das Diktat der Finanzen immer stärker spürbar. Dadurch gerät vielfach die Patienten-Orientierung unter Druck. Die Effizienz (wie die Leistung wirtschaftlich erbracht wird) kann für das wirtschaftliche Überleben eines Krankenhauses wichtiger werden als die Effektivität (welche Leistung den Patienten hilft). Kein Haus kann vor diesen Rahmenbedingungen die Augen verschließen.

Aber ich sehe dreierlei Möglichkeiten, als Organisation darauf zu antworten. Die erste ist, ständig mit den Methoden der Organisationsentwicklung bisher verborgene Ineffizienz-Faktoren zu entdecken und durch konsequentes Patient-gerichtetes Organisieren der Kernprozesse Prozessoptimierungen vorzunehmen. Die zweite Möglichkeit ist, darüber hinaus als Krankenhaus für sich zu definieren, welche Werte-Entscheidung die Organisation bezüglich der Spannung zwischen Patient-Orientierung und Finanz-Orientierung trifft. Diese muss sie dann auch mit den üblichen Marketing- und PR-Instrumenten öffentlich sichtbar machen, so dass potenzielle PatientInnen und Versicherungen etc. das selbst definierte Profil der Klinik erkennen und würdigen können. Es liegt dann an den PatientInnen, ob sie sich für eine ganzheitliche und aufwändigere Therapieform entscheiden oder ein chunck-Krankenhaus im Sinne der McDonaldisierung (siehe Ritzer 1995) vorziehen. Die dritte Möglichkeit ist das bewusste gesundheitspolitische Wirken in der Öffentlichkeit. Das bedeutet, dass die Leitung eines Krankenhauses bei anderen Institutionen partnerschaftliche Unterstützung sucht und pflegt, um gemeinsam mehr Gewicht in die Waagschale der politischen Auseinandersetzung zu werfen. Denn wenn sich Organisationen des Gesundheitswesens für die Interessen ihrer PatientInnen in die politischen Auseinandersetzungen aktiv einbringen, können sie erreichen, dass die Leistungen des Gesundheitswesens nicht nur als käufliches Gut ein Privileg der besonders Kaufkräftigen in der Gesellschaft sind.

Aus meiner eigenen Beratererfahrung im Gesundheitswesen weiß ich nur zu gut, dass dieser dritte Weg besonders geduldiges, umsichtiges und auf langfristige Wirkungen ausgerichtetes Denken und Handeln erfordert. Aber ich durfte auch wiederholt erleben, dass dies Wirkungen haben kann. Beispiele dafür sind u.a. das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe in Berlin und Referenda über das Gesundheitswesen in der Schweiz. Die Betroffenen müssen sich nur immer wieder ins Bewusstsein rufen, dass sie organisationsintern mit den Konfliktpotenzialen aus der makro-sozialen Umwelt konfrontiert werden, die nie und nimmer durch mikro- und meso-soziale Maßnahmen allein aus der Welt geschafft werden können. Sie erfordern makro-politisches Handeln.

Meine bisherigen Ausführungen sollten zeigen, dass es für eine professionelle Organisation im öffentlichen Raum kein Luxus ist, wenn sich ihre MitarbeiterInnen periodisch verbindlich mit den eigenen Werten, den eigenen ethischen Auffassungen, Zielen und Konzepten beschäftigen. Verbindlich heißt, dass sie sich nicht nur mit dem Kopf sondern mit dem Herzen mit diesen ethischen Richtungen identifizieren und diese zur Inspirationsquelle sowie zur Richtschnur ihrer Qualität machen. Es kann vielmehr gesagt werden, dass diese Arbeit an der Organisationskultur für Professionelle immer eine der wichtigsten Leistungsvoraussetzungen ist. Das Organisieren des permanenten Lernens in einem Klima der Offenheit ist ein weiterer wichtiger Aspekt des Führens in professionellen Organisationen. Nur so können die Professionellen mit einem hohen Autonomiegrad eigenverantwortlich und authentisch motiviert handeln. Und nur so können sie das Beste an Qualität liefern – zum Nutzen ihrer PatientInnen und ihrer sonstigen Stakeholders.

2. Der Blick auf die Menschen

2.1. Konfliktfähigkeit der Menschen im Umgang mit Ethik-Fragen

In den Streitthemen der Konfliktparteien innerhalb einer Organisationen kommen die organisatorische und die menschliche Seite so gut wie immer durchmischt an die Oberfläche. Nun liegt es an den Streitenden und an der Organisationskultur, ob es zum Strukturifizieren oder zum Personifizieren kommt. Im Erleben der Beteiligten mag es sich bei ihrem Streit um einen Wertekonflikt handeln, der in den persönlichen Auffassungen der gegnerischen Menschen wurzelt. Aber nicht alles was von den Konfliktparteien als Wertekonflikt erlebt und so behandelt wird, beruht tatsächlich primär auf unterschiedlichen Werte-Orientierungen.

Ich bringe dazu ein Beispiel, wie sich das in einem Konflikt in einer westeuropäischen Kinderklinik sehr deutlich gezeigt hat. In der Klinik waren rund um ethische Orientierungen intensive interkollegiale Konflikte entstanden. Als Kernprobleme erschienen ethische und praktische Differenzen, weil verschiedene Organe von unheilbar kranken Kindern für andere Kinder als Organspenden benötigt wurden. Wer durfte entscheiden, einem Kind Organe zu entnehmen und es danach sterben zu lassen, um das Leben eines anderen Kindes durch Organtransplantation zu retten? Die Entscheidung der betreuenden Ärzte und Ärztinnen desjenigen Kindes, das als Organspender dem Tod preisgegeben werden sollte, führte zu einem äußerst schweren Gewissenskonflikt. Aufgrund welcher Kriterien soll das eine Kind sterben und das andere überleben? Wie konnten sie mit dem Druck der ChirurgenInnen umgehen, die ein Organ dringend benötigten? Und wer überbrachte den Eltern des Kindes, das sterben sollte, die schwierige Botschaft und holte sich deren Einverständnis?

Jede der beteiligten Personen war ethisch maßlos überfordert. Auch wenn die Krankenhausleitung zu solchen Fragen generelle Kriterien formuliert hatte, so war es in jedem einzelnen Fall schwierig, die Verantwortung für die Entscheidung auf sich zu nehmen. Deshalb wurden diese Entscheidungen möglichst auf andere abgeschoben. Und wenn dann aufgrund der emotionalen Reaktionen der Eltern der moralische Druck auf die EntscheiderInnen zunahm, kam es wiederholt zu Klagen der behandelnden Ärzte und Ärztinnen, dass sie falsch oder einseitig informiert worden seien, dass sie von den anderen Disziplinen unter Druck gesetzt worden seien usw. Immer wieder klagten die Eltern bei der Ethik-Kommission bestimmte Ärztinnen und Ärzte an und beschuldigten die eine oder den anderen, dass sie ihnen falsche Informationen gegeben oder Fehldiagnosen gemacht hätten, die zu Ungunsten ihres Kindes ausgelegt worden wären. Häufig hatten die Eltern vom Personal rechtfertigende Darstellungen des Entscheidungsprozesses bekommen und nutzten diese Information – weiter verzerrt – zur Untermauerung ihrer Klage. Dadurch wurde der Ruf verschiedener Professioneller erheblich so weit beschädigt, dass ihnen sogar ein Berufsverbot drohte. All dies führte unter dem Personal ständig zu heftigen Konflikten. Immer wieder wurde von den Betroffenen auf ethische Differenzen hingewiesen.

Bei der Arbeit an diesen Konflikten zeigte sich später, dass durch die ständigen Gewissenskonflikte unter den Professionellen eine Kultur des gegenseitigen Misstrauens, Kontrollierens und Anklagens entstanden war, die eigentlich von den eigenen Ohnmachts- und Schuldgefühlen ablenken sollte. Jeder beteiligten Person fiel es schwer, sich mit dem eigenen innerseelischen Dilemma konstruktiv auseinander zu setzen. Desto stärker war sie sensibilisiert, kleine ethische Verfehlungen bei den KollegInnen zu erkennen und ihnen anzukreiden. Es war bequemer, die gewissensberuhigende Seite für sich zu beanspruchen, während die problematische und beunruhigende Seite von sich abgespalten und der Kollegin oder dem Kollegen zugeschrieben wurde. Jede Seite sah von sich nur die positiven Seiten der Lichtpersönlichkeit und von der Gegenseite die dunklen Aspekte der Schattenpersönlichkeit (Glasl 2004 B). Das geschah gegenseitig.

Die Konfliktbehandlung brachte auch an den Tag, dass viele Abläufe – z.B. die Informations- und Entscheidungsprozesse, die Verfahren zur Sicherung der Qualität, die Beschwerdeverfahren der Familienangehörigen etc. – sehr unpräzise geregelt waren. Dies ergab viele Graubereiche, die in problematischen Situationen divergierend interpretiert werden konnten. Und auch das bot viele Möglichkeiten der eigenen Entlastung und der gegenseitigen Schuldzuschreibung und Schuldabwälzung. Lange Zeit widersetzten sich aber einige Professionals, an einer Klärung und Verbesserung der Verfahren mitzuarbeiten. Und ich vermutete, dass sie auf diese Graubereiche nicht verzichten wollten, weil ihnen nach Jahren der Konflikte die ethischen Fluchtmöglichkeiten lieber waren als die Eindeutigkeit. Denn diese konnte sie auch angreifbar machen.

2.2. Das Zusammenspiel persönlicher und organisatorischer Konfliktpotenziale

Durch die Konflikteskalation scheinen sich die Streit-Positionen immer weiter voneinander zu entfernen, bis die Beteiligten meinen, dass sie völlig unvereinbar seien. Dies ist aber nur in der gegenseitigen Wahrnehmung der Konfliktparteien so. Es kann gewiss in dem einen oder anderen Fall auch diametral entgegengesetzte Werte-Positionen geben, aber in meiner Erfahrung ist das Erleben der Unvereinbarkeit zum größten Teil durch die psychischen Mechanismen der Eskalation (Glasl 2004 A, S.207 ff) bedingt.

Ich habe in solchen Konfliktsituationen die Konfliktparteien oft auf Skalen angeben lassen, welche Position sie selbst beziehen. Und ich habe sie einschätzen lassen, was sie als Positionen der gegnerischen Partei erleben. Damit konnte ich den Beteiligten zeigen, dass dies zum größten Teil auf gegenseitige Zuschreibungen zurückzuführen war. Jede Konfliktpartei empfand die Position, die ihr von der Gegenpartei als Standpunkt angedichtet worden war, als weit übertrieben. Solche Zuschreibungen konnten dann mit Methoden der „**Perzeptionsklärung**“ (Glasl 2004A, S.318 ff) von den Konfliktparteien als Perzeptions-Verzerrungen erkannt und dadurch richtig gestellt werden. Perzeptionsklärungen verschiedenster Art erfolgen, indem jede Partei zunächst beschreibt, wie sie – ganz subjektiv! – Sachverhalte, bestimmte Ereignisse und Personen wahrgenommen hat. Ich fordere dazu die eine Partei auf, „ihren Film“ der Ereignisse zu zeigen, und die andere Partei soll sich zunächst diesen Film einfach nur ansehen und anhören. Danach wird die andere Partei eingeladen, „ihren Film“ zu zeigen, den die erste Partei anschaut. So zeigen sich Wahrnehmungsunterschiede zu ein und demselben Sachverhalt, und die Konfliktparteien sprechen ihr Erstaunen darüber aus, wie unterschiedlich ihre Wahrnehmungen sind. Die unterschiedlichen Bilder erklären sich zum einen aus der Tatsache, dass jede Person nur bestimmte Ausschnitte der Wirklichkeit wahrgenommen hat, die sich von den Ausschnitten des anderen durch den anderen Zeitpunkt oder Standort unterscheiden; und zum anderen entstehen die Unterschiede durch die Deutungen, die jede Partei zu ihrer Wahrnehmung hinzufügt. In die Interpretationen fließen aber die Emotionen der deutenden Person mit ein, ihre Hoffnungen und Ängste, ihre Erfahrungen und Sichtweisen u.dgl.m. So werden dem irritierenden Handeln des Kollegen Absichten und Denkweisen zugeschrieben, die oft von den tatsächlichen Intentionen der handelnden Person weit entfernt sind. Dadurch scheinen grundsätzliche ethische Differenzen eine Rolle zu spielen, die sich bei einem Klärungsgespräch als extreme Zuschreibungen herausstellen können (siehe auch Thomann 1998). In Verbindung mit derartigen Klärungen kann mit den Methoden der „gewaltfreien Kommunikation“ von Marshall Rosenberg (2001) oder mit der Technik des Rollenverhandelns nach Roger Harrison (Glasl 2004 A, S.346) neues Verhalten vereinbart werden.

2.3. Der Umgang mit der „dämonisierten Zone“ eines Konflikts

Dass es zu extremen Zuschreibungen kommt erklärt sich u.a. aus den Mechanismen, die ich als „**dämonisierte Zone**“ (Glasl 2004 A, S.51) erforscht und beschrieben habe.

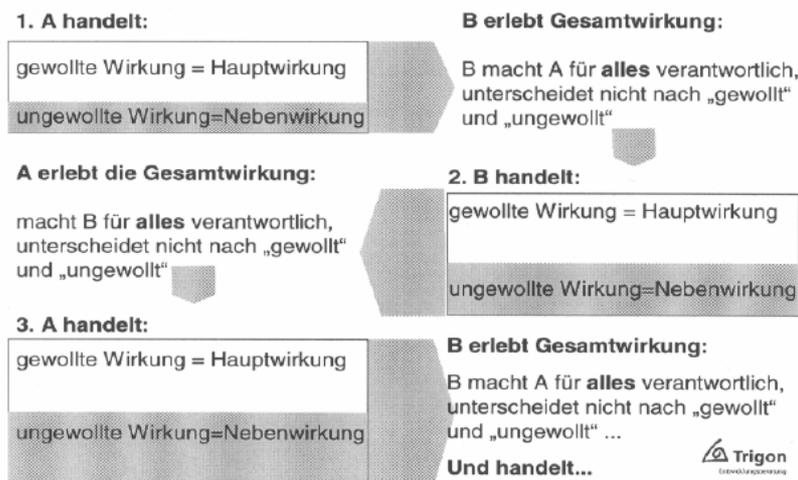


Abb. 2: Die dämonisierte Zone des Konflikts

Das Entstehen der dämonisierten Zone stelle ich vereinfacht im folgenden Absatz und schematisch in Abb. 2 dar. Die Ärztin Anna und der Arzt Bruno erleben seit kurzem einige Spannungen in ihren kollegialen Beziehungen, die bei der Einteilung der Dienstzeiten (Nacht- und Wochenenddienste) und der Urlaube aufgetreten sind. Kurze Zeit später hat Anna gegenüber einem Patienten eine kleine Nachlässigkeit begangen und ist dadurch ein wenig gestresst, weil sie sich selbst Vorwürfe macht, nicht sorgfältig genug gehandelt zu haben. Auch Bruno hat gerade einigen Stress mit einem Patienten erlebt und hat dabei zufällig etwas von Annas Nachlässigkeit bemerkt. In der anschließenden Besprechung im Ärzteteam der Station macht Bruno einige kritische Bemerkungen an die Adresse von Anna. Diese fühlt sich provoziert und reagiert darauf mit etwas emotionalen und spitzen Äußerungen. Bruno findet diese Reaktion auf seine Äußerungen unangebracht. Er kontert seinerseits etwas gereizt und erinnert an eine ähnliche Nachlässigkeit Annas, die er vor einiger Zeit festgestellt habe. Anna ärgert sich jetzt noch mehr, weil ihr der Kollege wegen solcher Bagatellfälle Vorwürfe macht. Folglich konfrontiert sie ihn damit, dass sie von ihm mehrere Kunstfehlern an seinen Patienten bemerkt habe. – So geht es Schlag auf Schlag weiter und beide steigern sich gegenseitig zu immer aggressiveren Äußerungen, in denen mehr und mehr grundsätzliche Auffassungsunterschiede in Bezug auf Diagnose und Behandlungskonzepte behauptet werden. In der Hitze des Gesprächs wirft Bruno auch ethische Fragen auf. Kurz danach springt Anna wütend auf und schreit, sie brauche sich hier von Bruno nicht fachliche Unfähigkeit und ethisches Versagen vorwerfen zu lassen. Deshalb fordert sie von Bruno eine sofortige Ent-

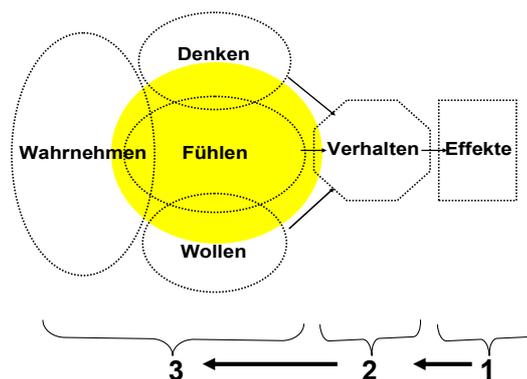
schuldigung. Aber weil dieser nicht einsieht, dass er sich entschuldigen müsse, läuft Anna demonstrativ aus dem Raum und lässt das Team in großer Betretenheit sitzen. Auf diese Weise ist zwischen Anna und Bruno Zug um Zug etwas Destruktives entstanden, das keine der beteiligten Personen so gewollt hat – und für das zunächst keiner die Verantwortung zu übernehmen bereit ist. Die Kränkung ist die Summe kumulativer destruktiver Effekte, die aus den *ungewollten Nebenwirkungen ihres Handelns* entstanden sind. Durch die Eskalationsmechanismen ziehen die ungewollten Nebenwirkungen mehr Aufmerksamkeit auf sich als die gewollten Hauptwirkungen. Weil sich aber keine der beteiligten Personen kränkender Absichten bewusst ist, weist jede eine Schuld an dem entstandenen Schaden – im obigen Beispiel: der Kränkung – entrüstet von sich. Ja noch mehr: Sie erlebt die Schuldzuweisung als den Gipfelpunkt der Unverschämtheit!

Auch hier hat sich die ethische Seite des Konfliktes erst durch die Art der Auseinandersetzung zu den Dimensionen ausgewachsen, die sie am Anfang überhaupt nicht hatten.

Zur Bearbeitung solcher Konflikte gehe ich in den meisten Fällen anhand meiner Methode „Mikro-Analyse kritischer Episoden“ vor (Glasl 2004 B, S.159 ff), wie sie Abb. 3 zeigt.

Mikro-Analyse kritischer Ereignisse F. Glasl

1. Zyklus



1. Anna beschreibt **Wirkungen** (Ich-Botschaften). Bruno rekapituliert. A: Stimmt!
2. Anna beschreibt das **Verhalten** von Bruno, an das sie sich erinnert. Bruno rekapituliert. Anna bestätigt. Bei Mängeln: Drittpartei ergänzt. Bruno beschreibt sein **Verhalten**, an das er sich erinnert. Anna rekapituliert. Bruno bestätigt. Bei Mängeln: Drittpartei ergänzt.
3. Bruno erzählt, wie es bei ihm „**innen**“ ausgesehen hat, als er so handelte. Anna rekapituliert. Bruno bestätigt. Bei Mängeln: Drittpartei ergänzt.

Zweiter Zyklus A → B, B → A

Abb. 3: Mikro-Analyse kritischer Episoden (Glasl 2004 B, S.159 ff)

Die Logik dieser Methode ist, dass die Konfliktparteien beginnen, sich gegenseitig die Wirkungen zu beschreiben, die sie in der ausgewählten Episode erlebt haben. Danach be-

schreiben sie aus ihrer Erinnerung, wie sich die Gegenseite konkret in dieser Situation verhalten hat. Danach beschreibt die Gegenseite, wie sie sich selbst an ihr eigenes Verhalten in dieser Episode erinnert, und danach fügt sie hinzu, welche Gedanken, Gefühle und Absichten sie zu dem Verhalten getrieben haben. Dabei stellt sich klar heraus, welche Wirkungen bewusst gewollt und welche so überhaupt nicht gewollt waren. Das Entdecken dieser Diskrepanzen ist für die Beteiligten immer sehr erhellend und nimmt viel von vermeintlicher Schuld und unethischer Intention weg.

2.4. Absurde Übertreibungen der Unterschiede: Die „Gummibandmethode“

In ähnlichen Fällen konnte ich (im Sinne einer paradoxen Intervention, durch bewusste gegenseitige **absurde Übertreibung** der gegenseitigen Positionen durch die Konfliktparteien herausarbeiten, welche Positionen die Beteiligten tatsächlich einnehmen (siehe Glasl 2004 B, S.143 ff). Die Vorgehensweise und Wirkung dieser Methode der **absurden Übertreibung**, die ich „Gummibandmethode“ nenne, will ich vereinfacht im folgenden Absatz beschreiben.

Ich erläutere den Konfliktparteien die Methode und fordere sie auf, gegenseitig die als gegensätzlich erlebten Standpunkte Schritt für Schritt zu übertreiben. Anna soll sich vorzustellen, wie die Position Brunos noch etwas extremer sein könnte und wird aufgefordert, dies zu formulieren. Nun wird Bruno aufgefordert, die Position Annas noch extremer zu beschreiben. Weder Anna noch Bruno dürfen zunächst zu dieser Übertreibung Stellung nehmen, sondern werden von mir noch zu weiteren Übertreibungen aufgefordert. Dadurch steigt die Spannung zunächst noch weiter an. Erst nach zwei oder drei weiteren Übertreibungsrunden lade ich Anna ein zu erklären, was sie über die extremere Haltung denkt, die zu ihrem Standpunkt von Bruno phantasiert wurde. Bruno wird anschließend gebeten, sich zu der von Anna phantasierten extremen Überdehnung seiner Haltung auszusprechen. Die Wirkung dieser paradoxen Intervention ist immer wieder verblüffend, weil die Konfliktparteien engagiert erklären, dass sie nie und nimmer eine so extreme, ja absurde Position einnehmen würden. Und sie legen dar, warum sie das so nicht täten. Dabei stellen sie ihre Werte und Urteile klar dar. So zeigt sich, dass ihre Standpunkte in Wirklichkeit einander viel näher sind, als sie gegenseitig wahrgenommen haben. Die „Gummiband-Wirkung“ tritt auf, weil ich die Konfliktparteien erst einlade, den Abstand zwischen ihnen zu vergrößern, also das Band auszudehnen, so dass danach die Zugkraft der Annäherung umso stärker wirkt.

In der Praxis konnten die Gegensätze mit diesem Vorgehen auf ein Maß reduziert werden, das für die Betroffenen – bei etwas gutem Willen! – wieder hantierbar war. Wo dann immer noch Wertedifferenzen bestehen blieben, waren diese oft ein Hinweis auf Unschärfen oder Widersprüche in der Ausrichtung der Organisation oder des Umfeldes. Sie erforderten eine andere Bearbeitung, die jedoch erst mit Interventionen der Organisationsentwicklung (siehe Glasl/Kalcher/Piber 2005) möglich wird, indem miteinander verbindliche Positionierungen in Werte-Dilemmata oder Werte-Tetralemmata bezogen werden. Wo dies die Situation erlaubt,

kann auch mit „Repräsentanten“ mit Tetralemma-Aufstellungen nach Matthias Varga von Kibéd und Insa Sparrer (2003) sehr wirksam gearbeitet werden.

2.5. Der eigene Standort bestimmt die Perspektive auf den Konflikt

Schulz von Thun (2000) hat mit dem Werte-Quadrat ein klares Bild gegeben, wie es zwischen den Konfliktparteien zu Überzeichnungen in den Wahrnehmungen und somit zu negativen Zuschreibungen kommen kann. Denn es kommt darauf an, welche Position Person A und welche Person B einnimmt. A findet sich selbst sparsam, erlebt aber nach seinen Maßstäben Partei B als verschwenderisch. Und B erlebt sich selbst als großzügig, erlebt jedoch aus seiner Werte-Position den Sparsamen als geizig. Wenn der eigene Standort als der einzig richtige empfunden wird, dann erscheint der gegnerische Standort als eine krasse Einseitigkeit und bekämpft sie.

Die Konfliktbearbeitung bedingt, solche perspektivischen Verzerrungen genau anzusehen und dabei Bewusstsein für den eigenen Werte-Maßstab wie auch für die eigene „Brille“ zu schaffen. Bei Klärungsgesprächen kann dadurch Empathie für die Perspektive des Gegners geschaffen werden. Wenn dies einmal gelungen ist, relativieren sich die als unvereinbar empfundenen ethischen Positionen (siehe Thomann 1998 und das Beispiel von B. Hager 2004).

2.6. Das Prinzip der „Quellenvergiftung“

Als Folge der psychischen Mechanismen kann auch die Antipathie oder die professionelle Konkurrenzhaltung zwischen KollegInnen von der Beziehungsebene auf die Sachebene überspringen. Nach dem „Prinzip der Quellenvergiftung“ verfärbt nun die Beziehungs-Antipathie all das, was als inhaltliche Position der gegnerischen Partei wahrgenommen wird (Glasl 2004 A, S.214). Weil die „Quelle“, von der eine Aussage kommt, als vergiftet erlebt wird, muss auch all das, was aus dieser Quelle kommt, giftig sein und abgelehnt werden. Wenn aber mit Methoden der Konfliktbehandlung die Beziehungs-Antipathie geklärt und bearbeitet wird, dann können sich die vermeintlich gegensätzlichen Standpunkte wieder annähern.

In dem oben erwähnten, sehr heftigen Konflikt in der Kinderklinik war es sehr langwierig und mühsam, die verschiedenen Aspekte der Konflikte gemeinsam zu entflechten und für die persönlichen Anteile persönliche Lösungen zu finden. Darüber hinaus musste in Bezug auf die organisatorischen Anteile an organisatorischen Lösungen gearbeitet werden. Erst das ganzheitliche Ansetzen bei Mensch und Organisation konnte zu einer gegenseitigen Konsolidierung und tieferen Verankerung der erreichten Klärungen und Annäherungen führen. Vieles konnte geklärt werden, aber bei manchen Beteiligten blieben auch weiterhin bestimmte Erfahrungen mit den Konflikten als seelische Vernarbungen bestehen. Sie begannen aufs Neue zu schmerzen, sobald es wieder zu einer kritischen Situation kam. Und nicht immer

waren alle Beteiligten bereit, einander für erlittenes Unrecht zu verzeihen. Wenn durch eine Konfliktbehandlung die Bitte um Verzeihung nicht authentisch ausgesprochen und das Verzeihen nicht aus tiefstem Herzen gewährt wird, dann können auch die Konfliktlösungstechniken keine Wunder bewirken.

3. Zum Ausklang

In der Einführung meines Beitrages habe ich vor den Einseitigkeiten des Personifizierens und des Strukturifizierens von Konflikten gewarnt. Es geht nicht um ein Entweder-oder von Mensch und Organisation und ihrem Umfeld, sondern um ein Sowohl-als-auch. Für Professionelle Organisationen spielt eben die periodische und verbindliche Auseinandersetzung mit den Werten und Idealen der Profession und der Organisation eine entscheidende Rolle. Und es kommt auf die Verinnerlichung der Ethik an. Sie wird durch die Pflege einer positiven Fehler- und Lernkultur unterstützt, für die es einer Führung bedarf, die nicht die hierarchische Positionsmacht zum herrschenden Führungsprinzip macht. Durch den Aufbau schnell wirkender Verfahren und Funktionen als „*Konfliktregulatoren*“ (Glasl 2004 A, S.159 ff) können Differenzen und Spannungen in einem frühen Stadium erkannt und bearbeitet werden, so dass sie gar nicht erst ihre verheerenden Wirkungen auf die Organisation ausstrahlen. Überdies wird es erforderlich sein, sich nicht auf die meso-soziale Insel zurück zu ziehen, sondern in einer selbstbewussten und aktiven Weise die Auseinandersetzung mit den makro-gesellschaftlichen Fragen und Werten zu suchen. Dadurch kann gegen eine einseitige Positionierung des Gesundheitswesens als lästiger Kostenfaktor oder als profitables Anlage-Objekt agiert werden, bei der die Patienten-Interessen unter die Räder kommen. Durch die Beachtung der Anforderungen an eine professionelle Organisation kann ein guter Rahmen dafür geschaffen werden, dass die Professionellen in Eigenverantwortung beste Leistungen erbringen und dabei eine hohe Qualität des Arbeitslebens erfahren.

Die hier zusammenfassend genannten Aspekte machen insgesamt die **Konfliktfestigkeit einer Organisation** aus.

Diese muss getragen werden von der **Konfliktfähigkeit der Personen**. Damit ist gemeint, dass die Menschen geschult werden, Konfliktsymptome und -mechanismen in sich selbst und in der Interaktion mit anderen Menschen zu erkennen und zu verstehen. Und sie müssen auch praktische Methoden anwenden können, mit denen verzerrte Wahrnehmungen entzerrt werden können, oder mit denen einseitige Denkmuster reflektiert werden können. Und sie müssen geschult sein, mit ihren Emotionen und den darin sich offenbarenden Bedürfnissen konstruktiv und verantwortungsvoll umzugehen (Rosenberg 2001).

Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, werden zwar die Differenzen nicht verschwinden – denn sie sind ja nützlich und notwendig für jedes lebendige System –, aber die Menschen

werden mit den Differenzen kreativ und konstruktiv umgehen. Und das ist für alle Beteiligten ein Gewinn.

Literatur:

- Biehal, F. (Hrsg.): Lean Service. Bern/Stuttgart/Wien 1994
- Bos, A.H.: Dreigliederung im Mesosozialen. In: Bos, A./Brüll, D./Henny, A.: Gesellschaftsstrukturen in Bewegung. Achberg 1976, S.129-142
- Gairing, F.: Organisationsentwicklung als Lernprozess von Menschen und Systemen. Weinheim 1996
- Garrat, B.: Creating a learning organization. Cambridge 1990
- Geißler, H.: Neue Qualitäten betrieblichen Lernens. Frankfurt/Bern/New York/Paris 1992
- Glasl, F.: Konfliktmanagement. Bern/Stuttgart/Wien 2004 A
- Glas, F.: Selbsthilfe in Konflikten. Bern/Stuttgart/Wien 2004 B
- Glasl, F.: Von der Dienstleistung zur professionellen Arbeit. In: Fasching, H./Lange, R. Hrsg.): Sozial managen. Bern/Stuttgart/Wien 2004 C
- Glasl, F.: Gehört das Zukunftsdenken des Managements der Vergangenheit an? In: Fröse, M. (Hrsg.): Management sozialer Organisationen. Bern/Stuttgart/Wien 2005, S.27-57
- Glasl, F./Lievegoed, B.: Dynamische Unternehmensentwicklung. Bern/Stuttgart/Wien 2004
- Glasl, F./Kalcher, T./Piber, H. (Hrsg.): Professionelle Prozessberatung. Bern/Stuttgart/Wien 2005
- Hager, B.: Leitbildarbeit als identitätsstiftender Prozess bei Fusionen. In: Huber, A./Jansen, S. A./Plamper, H. (Hrsg.): Public Merger. Wiesbaden 2004, S.121-138
- Kampfrath, A.A.: New administrative and organizational concepts for projectmanagement. 8th World Congress on Project Management. Rotterdam 1985
- Mintzberg, H.: The structuring of organizations. A synthesis of research. Englewood Cliffs (N.J.) 1979

- Redlich, A. (1997): Konflikt-Moderation Hamburg 1997
- Ritzer, G.: Die McDonaldisierung der Gesellschaft. Frankfurt am Main 1995
- Rosenberg, M.: Gewaltfreie Kommunikation. Paderborn 2001
- Sassen, H. von: Die Bedeutung der Dienstleistung im menschlichen Zusammenleben. In: Biehal, F. (Hrsg.): Lean Service. Bern/Stuttgart/Wien 1994
- Schulz von Thun, F.: Miteinander reden. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Reinbek bei Hamburg 2000
- Sparrer, I./
Varga von Kibéd, M.: Systemische Strukturaufstellungen: Simulation von Systemen. In: Lernende Organisation 4, S.6-14
- Thomann, Ch. (1998): Klärungshilfe: Konflikte im Beruf. Reinbek bei Hamburg 1998
- Varga von Kibéd,
M./Sparrer, I.: Ganz im Gegenteil. Heidelberg 2003

Zum Autor:

Friedrich Glasl, Dr.rer.pol.habil., Univ.-Dozent der Universität Salzburg. Gastprofessuren innerhalb und außerhalb Europas. 1967–1985 am NPI-Institut für Organisationsentwicklung (NL), 1983 Habilitation an der Universität Wuppertal, 1984 Mitbegründer der TRIGON Entwicklungsberatung (A) und 1985 Rückkehr nach Österreich. Mediator BM (Deutscher Bundesverband Mediation), eingetragener Mediator (BMJ), Berater und Trainer für Unternehmensentwicklung; Konfliktmanagement in Wirtschaft, Verwaltung und Kultur.

Autor zahlreicher Publikationen zur Konfliktforschung, zur Führungs- und Organisationslehre, vor allem der Bücher „Konfliktmanagement“ (2004), „Selbsthilfe in Konflikten“ (2004), „Dynamische Unternehmensentwicklung“ (2004), „Professionelle Prozessberatung“ (2005).

E-mail: friedrich.glasl@trigon.at
www.trigon.at