

HEALTH & SOCIAL CARE MEDIATION

MARTINA PRUCKNER

Ein Fachgebiet stellt sich vor

Health & Social Care Mediation (HSC-Mediation) ist Mediation im und für den Gesundheits- und Sozialbereich. Diese Möglichkeit der Konfliktregelung ist speziell auf die Fragestellungen in diesen Bereichen zugeschnitten und trägt den Herausforderungen, vor die Konflikte im Gesundheits- und Sozialbereich die dort handelnden Personen stellen, in besonderer Weise Rechnung. Wie anderswo auch schafft formelle, klassische Mediation mit ihrer strukturierten Vorgehensweise einen geschützten Rahmen für konstruktive Verhandlungen. Ein guter Prozess zeichnet sich nicht durch Formeln und starres Vorgehen aus. Daher passt HSC-Mediation den Prozess und die Methoden der klassischen Mediation auch an die jeweiligen (dringlichen) Gegebenheiten im Gesundheits- und Sozialbereich frei und flexibel an. Solche Beweglichkeit ist angesagt, wenn sofortige Problemlösungen gefragt sind: bei alltäglichen Personalunstimmigkeiten, interprofessionellen Streitigkeiten, in bioethischen Konflikten, politischen Fragen und in Angelegenheiten, die zwischen Angehörigen, PatientInnen und ProfessionistInnen entstehen.

Nicht nur das Vorgehen, auch Mediationsstile werden in der HSC-Mediation bedarfsorientiert eingesetzt: So kann der Mediator oder die Mediatorin einem weiten oder engen Konfliktverständnis folgen und gestaltend und steuernd auf der Verfahrensebene oder evaluativ auch inhaltlich Stellung beziehen und sich mit Lösungsvorschlägen einbringen.



Yuri Arcurs / Shutterstock.com

Und – wo dies der Sache dient – werden MediatorInnen auch vom einen oder anderen Grundsatz der Mediation bewusst abweichen müssen.

Grundannahmen

In allen Mediationen geht es darum,

- › die Stakeholder zu identifizieren und die richtigen Leute an einen Tisch zu bringen,
- › die Ziele des Treffens und die Erwartungen der Beteiligten zu klären und im Falle, dass ein gemeinsames Arbeiten an einer gütlichen Lösung nicht von allen gewünscht wird, gemeinsam alternative Wege der Problemlösung zu finden,
- › die Rollen und Verantwortlichkeiten der Beteiligten zu klären,

- › sämtliche für eine für alle Beteiligten zufriedenstellende Lösung relevanten Informationen zu sammeln und auf den Tisch zu legen,
- › für ausgeglichene Machtverhältnisse zu sorgen,
- › rechtliche Aspekte nicht außer Acht zu lassen, vor allem aber vorerst nicht überzubewerten und an den Wünschen und Interessen der Beteiligten zu arbeiten,
- › die private, vertrauliche Natur der Mediation zu wahren.

Es ist weiter wichtig,

- › dass die den Prozess leitende Person den Beteiligten gegenüber offen und wertschätzend kommuniziert, empathisch handelt und ein ehrliches Interesse an den Anliegen der Gesprächsteilnehmer hat,

- › dass sie professionelle Gesprächstechniken, vor allem die des aktiven Zuhörens, aber auch all die anderen Techniken der Mediation beherrscht und mit negativen Gefühlen wie Zorn, Konfusion, Trauer, Frust und ähnlichen Emotionen gut umgehen kann,
- › dass sie die Ängste und Sorgen der Beteiligten erkennt, ihre Interessen ernst nimmt und ihnen zu einer Berücksichtigung in der Konfliktlösung verhilft,
- › dass sie ein Vertrauensverhältnis aufbaut und eine vertrauliche, offene Atmosphäre schafft, eine „sichere Zone“, die es jedem erlaubt sich auszudrücken, ohne Vergeltung befürchten zu müssen,
- › dass sie mit den Beteiligten eine gemeinsame Lösung sucht, die Bereiche einer Lösung ans Tageslicht bringt und Lösungen zu finden hilft, die zu einem besseren Handeln in der Zukunft führen.

Warum ein Spezialgebiet?

Was aber sind die Besonderheiten im Gesundheits- und Sozialwesen, die ein Spezialgebiet der Mediation rechtfertigen? Das Gesundheits- und Sozialwesen mit seinen Fragen rund um ein gutes Leben in Gesundheit, Krankheit, mit Behinderung und mit einem Auskommen, das ein solches gutes Leben erlaubt, ist ein zutiefst sensibler Bereich.

Darüber hinaus ist das Gesundheits- und Sozialsystem ein hoch komplexes mit Interdependenzen zwischen PatientInnen, BewohnerInnen, KlientInnen, ihren Angehörigen, unter AnbieterInnen sowie zwischen LeistungserbringerInnen und LeistungsempfängerInnen, die in diesem Ausmaß in keinem anderen Bereich vorkommen.

Patientenrechte, Medizin-, Pflege- und Betreuungsrecht sowie Standards, die ProfessionistInnen in ihrem Handeln festlegen, bestimmen den formellen Rahmen medizinischen, pflegerischen und betreuenden Handelns.

Daneben steuern informelle Regeln den Alltag dann und wann auch in andere Richtungen.

Konflikte im Gesundheits- und Sozialbereich ereignen sich selten ausschließlich in einem System (Arbeitsplatz, Familie). Das PatientInnen-/KlientInnenwohl mit seinen sozialen, rechtlichen und ethischen Aspekten ist fast immer Thema – mitunter im Hintergrund, mitunter in einer Dominanz, die den Blick auf die Gesamtdimension des Konflikts verstellt, mitunter aber auch mit seinen moralischen Ansprüchen an alle Beteiligten als der ausschließliche Streitpunkt des Konflikts. Und obwohl der PatientInnen, BewohnerInnen oder KlientInnen oft Hauptpersonen im Konflikt sind, stehen sie als eigenverantwortliche VertreterInnen ihrer Anliegen im Rahmen der Konfliktbeilegung oft nicht zur Verfügung.

Der Faktor Zeit hat in Konflikten im Gesundheits- und Sozialbereich eine andere Bedeutung als anderswo. Die richtigen Entscheidungen in Bezug auf PatientInnen, BewohnerInnen und KlientInnen müssen oft schnell oder in vertretbaren Zeiträumen getroffen werden. Und auch in Arbeitskonflikten ist Zeit eine knappe Ressource. Die Liste der Besonderheiten ließe sich weiter fortsetzen. Ausführlicher gehe ich darauf und auf entsprechende Spezialisierung in der Mediation in meinem Beitrag „Anwendung der Mediation im Gesundheitswesen“ im eben erschienenen Buch von Harald Pühl (Hrsg.) mit dem Titel „Mut zur Lösung. Konflikte in Kliniken, Praxis und Altenpflege“ ein. Die Liste macht jedenfalls deutlich, dass klassische Mediation vielfach nicht passt.

Einige Besonderheiten der HSC-Mediation

Unter Bezugnahme auf die oben beschriebene Grundannahmen der Mediation mag bereits aufgefallen sein,

- › dass es in Konflikten, in die Krankheit, Alter, Behinderung, die Herausfor-

derungen der Pflege und Betreuung etc. hineinspielen, gar nicht so einfach ist, die relevanten Interessenträger zu identifizieren und noch schwieriger, sie an einen Tisch zu bringen, und

- › dass es angesichts asymmetrischer Beziehungsgeflechte besonderer Methodik und Prozessgestaltung bedarf, um Machtverhältnisse auszugleichen.
- › Dies wiederum erfordert eine transparente Rollen- und Auftragsklärung, die von der in klassischen Mediationen durchaus abweichen kann, beispielsweise im Hinblick auf eine teilweise Aufgabe der Neutralität und evaluative Prozessführung, wenn der/die MediatorIn auch für die Einhaltung von Regeln und Standards mitverantwortlich sein und rechtliche und/oder ethische Entscheidungsspielräume abstecken soll, wie dies typischerweise in bioethischen Mediationen¹⁾ der Fall ist.
- › Aus diesem Grund ist Ergebnisoffenheit in Health & Social Care Mediationen oft nicht oder nicht in dem Ausmaß wie in klassischen Mediationen möglich.
- › Zu bedenken ist auch, dass Privatheit bei HSC-Mediationen im familiären Bereich etwas anderes bedeutet als in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, die auch einen öffentlichen Gesundheitsauftrag zu erfüllen haben. Informationen aus der Mediation werden hier wie da unter Umständen zum Wohl der PatientInnen, BewohnerInnen oder KlientInnen den Rahmen der Mediation verlassen müssen – eine besondere Herausforderung an die Balance von Allparteilichkeit, Transparenz und Erhalt der Vertrauensbasis.
- › Gefühle zu erkennen und zu benennen, ist das eine. Krankheit, Alter und Einschränkungen welcher Art auch immer sind jedoch mit Stress verbunden; nicht nur für den auf Hilfe angewiesenen Menschen, sondern auch für sein Umfeld. Das bringt eine besondere Art der Verletztheit und Verletzlichkeit in die Konfliktbearbeitung ein, was – nebenbei bemerkt – wiederum Asymmetrien

DIE ANWENDUNGSGEBIETE DER HSC-MEDIATION sind breit und umfassen Bereiche wie	
Konfliktfälle zwischen Gesundheitsdienstleistern und PatientInnen, KlientInnen, HeimbewohnerInnen und/oder deren Angehörige	
Elder Mediation	
Mediation in Fragen um Pflege und Betreuung von Angehörigen zu Hause	
Bioethische Mediation	
Konflikte zwischen PraxispartnerInnen	
Zwistigkeiten in der Kooperation zwischen niedergelassenen ÄrztInnen, Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheimen	
Innerbetriebliche Konflikte	
Konflikte zwischen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen und Kostenträgern	
Konflikte in Formen von Zusammenschlüssen von Gesundheits- und Sozialberufen	
HEALTH & SOCIAL CARE MEDIATION UNTERSTÜTZT DARÜBER HINAUS AUCH IN MASSNAHMEN DES/DER	
Stakeholder-Management	Mediativen Verhandeln
Beschwerdemanagement	Mediativen Beratung
Organisations- und Personalentwicklung	Case Management
Konfliktprävention	

in den Beziehungen zu den anderen Prozessbeteiligten verstärkt. Und: mit Emotionen zu arbeiten, heißt in HSC-Mediationen immer wieder auch, klassische Trauerarbeit zu leisten, die – wiederum nebenbei bemerkt – nach Erarbeitung einer Lösung nicht enden darf und daher zu organisieren ist.

- › Auch die mitunter knappe Zeit für Entscheidungsfindungen erfordert eine hohe Flexibilität in der Prozessgestaltung; ja manchmal fast den Einsatz des Mediators auf Abruf. Das mag mit ein Grund dafür sein, dass in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen Mediationen neben klassischen Settings zunehmend auch informell durch MitarbeiterInnen der Einrichtungen stattfinden, die eine Mediationsausbildung absolviert haben oder gar eine Spezialausbildung zum Health & Social Care Mediator, wie sie derzeit von der MedAK, der Medizinischen Fortbildungsakademie der Ärztekammer für Oberösterreich für Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe angeboten wird.
- › HSC-MediatorInnen sind heutzutage also immer wieder auch Teile ihrer jeweiligen Systeme. Das bringt zweifellos Vorteile (Verfügbarkeit, Kenntnis des Systems, qualitätssi-

chernde Aspekte, Image der Einrichtung etc.). Umgekehrt bedarf es einer sauberen Implementierung der HSC-Mediation in den Einrichtungen mit einer klaren Aufgaben- und Rollendefinition der internen MediatorInnen (inklusive (Neu-)Definition von Neutralität) sowie einer bewussten und erkennbaren Trennung oder Kombination ihrer verschiedenen Rollen, um Nachteile zu vermeiden.

Auch die hier thematisierten Spezifika der Health & Social Care Mediation haben rein demonstrativen Charakter. Aus Konflikten im Gesundheits- und Sozialbereich ergeben sich typische Besonderheiten. HSC-Mediation muss daher den herkömmlichen Prozess der Mediation situationsadäquat den Umständen des Einzelfalls anpassen. Das gilt dann und wann auch für die Grundsätze der Mediation. Wichtig ist, sowohl in klassischer Mediation als auch im Bereich der Health & Social Care Mediation, dass MediatorInnen, wenn sie vom Modell abweichen, sich darüber im Klaren sind, dass sie es tun. Und sie müssen wissen, warum sie es tun. Das Wichtigste: Sie müssen ihre Vorgangsweise und die Regeln, denen sie folgen, den Beteiligten darlegen.

Über Kontakt und Austausch mit Kolleginnen und Kollegen, die im Bereich der Health & Social Care Mediation aktiv tätig sind und die Erweiterung der bestehenden Plattform freue ich mich jederzeit.

¹⁾ Bioethische Mediation wendet Mediation und mediative Techniken unterstützend in bioethischen (hierzulande auch verkürzend „medizin-/pflegeethischen“) Entscheidungsfindungen an. Sie stellt vereinfachend dargestellt eine Kombination von Mediation und (klinischer) Ethikberatung dar, wobei die mediative Prozessgestaltung im Vordergrund steht.



AUTORINNENINFO

Mag.ª Martina Pruckner
Health & Social Care Mediatorin,
eingetragene Mediatorin,
ÖBM-Landessprecherin OÖ

T: +43 664 7367 9512

martina.pruckner@oebm.at