

Dr. Bettina Hailer

# Mediation im Gesundheitswesen

## Heilung durch Mediation?

Mediation und Medizin liegen bereits sprachlich eng beieinander. Sie leiten sich beide aus der lateinischen Sprachwurzel „mederi“ ab, die für heilen und kurieren steht. Damit wird Vermitteln in Konflikten definitionsgemäß als eine Form von Heilung betrachtet. Heilung im Verhältnis zwischen Arzt und Patient, Heilung von innerbetrieblichen Konflikten im Gesundheitswesen und Heilung von Auseinandersetzungen mit denjenigen, die institutionell Gesundheit finanzieren<sup>1</sup>

Mediation im Gesundheitswesen bietet die Chance zum Mentalitätswechsel:  
In einer schuldorientierten Kultur kann die Kraft der Entschuldigung erkannt werden<sup>2</sup>.

## Leitsätze

- Es gibt eine Vielzahl von Konfliktherden im Gesundheitswesen
- Das deutsche Gesundheitssystem per se begründet Konflikte
- Bestimmte Eigenschaften der Dienstleistung Gesundheit sind besonders konfliktträchtig
- Auch das besondere Arzt-Patienten-Verhältnis trägt zu Konflikten bei
- Die Mediation hat ein hohes Potential zur Lösung von medizinrechtlichen Haftungsfällen
- Mediation kann bereits präventiv zur Vermeidung von Haftungsfällen eingesetzt werden
- Mediation kann ein Schlichtungsstellen- oder Gerichtsverfahren ersetzen
- Der typische Arbeitsprozess im Krankenhaus führt zu einer Vielzahl von Konflikten
- Externe Konfliktberatung und Mediation können die Arbeitsfähigkeit wieder herstellen
- Auch im Sozialrecht ist Mediation rechtlich möglich
- Bei Streitigkeiten zwischen Krankenkasse und Patient kann Mediation helfen
- Budgetstreitigkeiten zwischen Krankenkassen und Krankenhaus sind ein Zukunftspotential für Mediation

## Es gibt eine Vielzahl von Konfliktherden im Gesundheitswesen.

Das Gesundheitswesen ist geprägt durch „kontroverse Diskussionen und andauernde Aushandlungsprozesse“<sup>3</sup>, da aufgrund von begrenzten Ressourcen und engen gesetzlichen Regelungen nur ein eingeschränkter Handlungs- und Gestaltungsspielraum besteht<sup>4</sup>. Die zunehmende Ökonomisierung führt zu dem Grundkonflikt, dass es nicht darauf ankommt, was machbar und möglich ist, sondern darauf, was leistbar und bezahlbar ist<sup>5</sup>. Ärzte erleben sich in einem Konflikt zwischen dem Primärinteresse auf der einen Seite, das dem Wohlergehen des Patienten und der Weiterentwicklung des medizinischen Wissens dient. Auf der

<sup>1</sup> Vgl. Trossen, Arthur, Vorwort, in: Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen –Ein

<sup>2</sup> Vgl. Hope (European Hospital and Healthcare Foundation), Mediation in Healthcare, Dezember 2012, Quelle: [http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/91\\_mediation/91\\_HOPE\\_Publication-Mediation\\_December\\_2012.pdf](http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/91_mediation/91_HOPE_Publication-Mediation_December_2012.pdf), aufgerufen 21.2.2015, 12: 38 Uhr, hier S. 6

<sup>3</sup> Simon, Ina, Mediation im Gesundheitswesen, in: Spektrum der Mediation, Nr. 35/III. Quartal 2009, S. 4-7, hier S. 4

<sup>4</sup> Vgl. Böhm, Bernhard, Gibt es „die Mediation“ im Gesundheitswesen?, in: Spektrum der Mediation, Nr. 35/ III. Quartal 2009, S. 8-11, hier S. 8

<sup>5</sup> Vgl. Weber, Aleksandra und Pilartz, Heinz, Einleitung, in: Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen–Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, 1. Auflage 2011, S. 15-22, hier S. 28

anderen Seite sind sie mit ökonomischen, intellektuellen und sozialen Sekundärinteressen konfrontiert<sup>6</sup>.

Durch den ständigen Kontakt mit existentiellen Themen wie Leben und Tod sind Auseinandersetzungen oft besonders emotional aufgeladen<sup>7</sup>, körperliche oder seelische Verletzungen durch medizinische Maßnahmen werden häufig als unvorstellbar oder skandalös erlebt<sup>8</sup>.

### **Das deutsche Gesundheitssystem per se begründet Konflikte**

Das deutsche Gesundheitswesen ist dadurch geprägt, dass für die meisten Patienten ein Großteil der Leistungen kostenlos abgegeben und durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert wird. Dies führt dazu, dass Leistungen, zu mindestens aus finanziellen Gründen, nicht eindeutig zwischen Arzt und Patient definiert werden (müssen). Ein Umstand der zu Missverständnissen, Unzufriedenheit, Enttäuschung und auch zu Konflikten führen kann<sup>9</sup>.

Die Finanzierung der Leistung unterliegt jedoch relativ engen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Dies führt dazu, dass häufig unterschiedliche Einschätzungen von Versicherten und Krankenkassen darüber bestehen, ob bei Entscheidungen ein Ermessen besteht oder nicht. Auch die noch immer weit verbreitete hierarchische Struktur in Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens trägt ein enormes Konfliktpotential in sich. Austausch- und Abstimmungsprozesse werden durch diese Struktur verhindert oder verlangsamt<sup>10</sup>. In hierarchischen Strukturen verbreitete Tabus, Regeln und Normen erschweren situationsadäquates Handeln<sup>11</sup>. Jüngere Mitarbeiter verweigern sich einer Einbindung in solche traditionellen Strukturen<sup>12</sup>. Diese Aspekte können sowohl zu Konflikten mit Patienten als auch zu innerbetrieblichen Konflikten führen.

### **Bestimmte Eigenschaften der Dienstleistung Gesundheit sind besonders konfliktträchtig**

Wie alle Dienstleistungen sind auch die Dienstleistungen im Gesundheitswesen davon geprägt, dass die Leistungen direkt und unmittelbar am Kunden/Patienten ausgeführt werden und, einmal erbracht, nicht mehr rückgängig gemacht werden können. Dies führt dazu, dass höchste Qualitätsansprüche an die primäre Leistungserbringung gestellt werden müssen, und bei einer suboptimalen Leistungsqualität die Entschuldigung und Wiedergutmachung eine herausragende Rolle spielt.

Die Qualität der Leistungserbringung wird auch daran gemessen, dass der persönliche Kontakt und die Kommunikation gelingt. Hier besteht im Gesundheitswesen die besondere Herausforderung darin, dass es häufig ein starkes Informations- und Machtgefälle zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger gibt, das feinfühlig wahrgenommen und ausgeglichen werden muss.

Die Dienstleistung Gesundheit ist zudem dadurch geprägt, dass der Patient im Leistungserstellungsprozess einerseits Subjekt, das heißt Gestaltender, und andererseits das Objekt ist, an dem die Leistung erbracht wird. Dies kann zu Ambivalenzen und Ohnmachtsgefühlen führen, die einen potentiellen Konflikt in sich tragen.

---

<sup>6</sup> Vgl. Weber, Aleksandra, Gesundheit & Kommunikation als Drehpunkt, in: Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen–Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, 1. Auflage 2011, S. 25-44, hier S. 39

<sup>7</sup> Vgl. ebenda, S. 43

<sup>8</sup> Vgl. Pilartz, Heinz, Mediation in Institutionen des Gesundheitswesens, in: Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen–Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, 1. Auflage 2011, S. 47-88, hier S. 78

<sup>9</sup> Vgl. Pilartz, Heinz, Mediation in Institutionen des Gesundheitswesens, am angegebenen Ort (a.a.O.), S. 47

<sup>10</sup> Vgl. ebenda, S. 52

<sup>11</sup> Vgl. ebenda, S. 56f

<sup>12</sup> Vgl. ebenda

## Auch das besondere Arzt-Patienten-Verhältnis trägt zu Konflikten bei

„In unserem Gesundheitswesen haben ÄrztInnen mit Anbetung und Verachtung zu tun, mit Macht und deren Demontage, mit hohem Status und tiefem Fall. Kein anderer Berufsstand sieht sich so vielen Erwartungen ausgesetzt und ruft so viele ambivalente Emotionen hervor wie der der Mediziner“<sup>13</sup>.

Dieses Zitat spiegelt wider, wie stark sich das Arztbild und das Verhältnis von Arzt zu Patient in den vergangenen Jahrzehnten verändert haben<sup>14</sup>. Sowohl traditionelle Ansichten als auch moderne Erwartungen sind in dieser Aussage verankert. Ausgangspunkt ist ein paternalistisches Arztbild, in dem der Arzt über einen enormen Wissensvorsprung gegenüber dem Patienten verfügt. Der Patient ist relativ wenig informiert, ergibt sich in sein Schicksal und hat kaum den Wunsch „mitzureden“. Inzwischen hat sich dieses Bild massiv verändert. Dies ist nicht nur der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu zuschreiben. Der Patient ist, auch durch die Angebote des Internets und einer Vielzahl von Ratgebern, sehr gut informiert und verlangt eine intensive Kommunikation und Information. Vertrauen ist nicht mehr automatisch gegeben, da die Angst vor Fehlbehandlung immer latent vorhanden ist und auch durch die öffentliche Diskussion unterstützt wird. Vertrauen muss durch fortlaufende intensive, transparente und treffsichere Kommunikation<sup>15</sup> und nachvollziehbare Abläufe erarbeitet werden. Probleme in der Kommunikation sind eine häufige Ursache für Klagen<sup>16</sup>. So kann zum Beispiel dann ein Konflikt entstehen, wenn, entgegen den Wünschen eines Patienten, der Arzt in einer Krise „nicht zu sprechen ist“.

Zudem muss beachtet werden, dass sich die Patienten vor und während ihrer medizinischen Behandlung häufig in einer extremen, zuweilen existentiellen Lebenssituation, mindestens in einem Stresszustand befinden, in dem Perspektivwechsel, abstraktes Verstehen und kommunikative Fertigkeiten eingeschränkt sind<sup>17</sup>.

Das nachfolgende Schaubild<sup>18</sup> macht deutlich, wie Verunsicherung und Vertrauensverlust zu einem kritischen und konfliktträchtigen Kreislauf von Aktivismus, Angst und schwieriger Kommunikation führen.

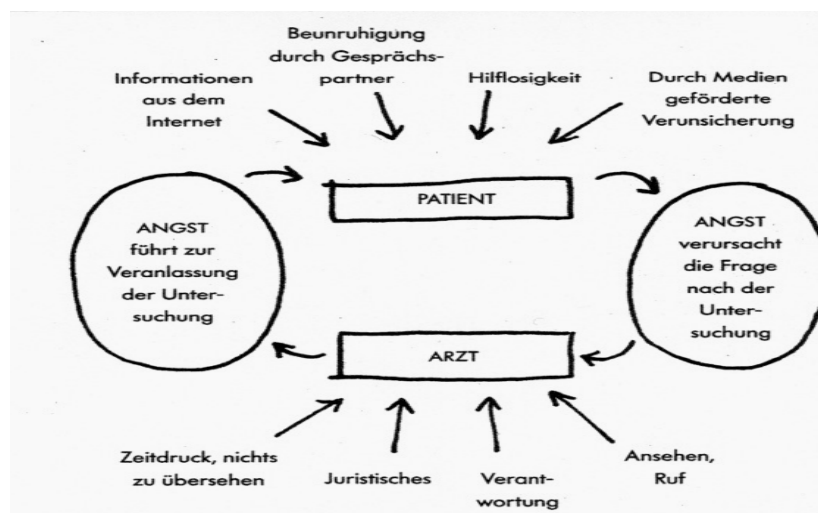


Abbildung 1: Die Beziehung zwischen Arzt und Patient

<sup>13</sup> Simon, Ina, a.a.O., S. 7

<sup>14</sup> Vgl. hier und im folgenden Weber, Aleksandra, Gesundheit & Kommunikation als Drehpunkt, a.a.O., S. 36ff

<sup>15</sup> Ebenda, S. 33

<sup>16</sup> Vgl. ebenda, S. 35

<sup>17</sup> Vgl. Pilartz, Heinz, Mediation auf der Ebene Arzt / Patient, in: Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen—Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, 1. Auflage 2011, S. 91-149, hier S. 97

<sup>18</sup> Ebenda, S. 96

## **Die Mediation hat ein hohes Potential zur Lösung von medizinrechtlichen Haftungsfällen**

Wenn ein Patient sich dazu entschließt, gegenüber dem Krankenhaus oder dem Arzt eine Klage einzureichen, geht es vordergründig darum, das Recht des Patienten durchzusetzen. Dahinter steht jedoch oft der Verdacht oder die persönliche Überzeugung „ungerecht behandelt oder beraten worden zu sein“<sup>19</sup>. Die Klage relativiert die Verluste, da das letzte Wort noch nicht gesprochen ist<sup>20</sup>. Der Patient ist in der Situation, dass er Verzweiflung, Schmerzen und das Gefühl, ein „unverdientes Opfer zu sein“ bewältigen muss<sup>21</sup>. Doch auch beim Arzt entstehen eine Vielzahl von Gefühlen und Bedürfnissen, die von der Angst vor Reputationsverlust, über verletzten Stolz bis hin zur Angst vor persönlichen und beruflichen Konsequenzen reichen.

Medizinische Haftungsfragen sind damit von einer Vielzahl ausgeprägter Gefühle und Bedürfnisse bestimmt, die weit über die eigentlichen Sachfragen hinausreichen. Sie sind, vor allem zur Klärung der zugrunde liegenden Beziehungsebene, besonders für Mediation geeignet.

## **Mediation kann bereits präventiv zur Vermeidung von Haftungsfällen eingesetzt werden.**

Nicht selten ist es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus bekannt und sichtbar, dass eine Behandlung, eine diagnostische Untersuchung oder ein Gespräch nicht professionell verlaufen ist. Sie erkennen dies an der Abweichung von festgelegten Qualitätsstandards, aber auch häufig an den Reaktionen von Patienten und Angehörigen. Zuweilen wird schon während eines Aufenthaltes mit einer Weitergabe von Informationen an die Boulevardpresse, mit der Einschaltung eines Anwaltes oder mit einer Klage gedroht. Auch im Rahmen eines Beschwerdemanagementsystems tauchen immer wieder Hinweise auf kritische Sachverhalte auf.

Hier bietet sich eine mehrstufige präventive Vorgehensweise an, um eine weitere Eskalation zu verhindern:

- Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darauf hin, dass bei sichtbaren Fehlern und Kommunikationsproblemen direkt und unmittelbar eine Korrektur und Entschuldigung angeboten wird. Hier können Formulierungen der Versicherungen verwendet werden, die im Klagefall nicht zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- Aufbau eines Beschwerdemanagementsystems, das auf mehreren Kommunikationswegen Beschwerden annimmt und einer sehr schnellen Bearbeitung zuführt. Hier ist es besonders wichtig, dass der Patient innerhalb sehr kurzer Frist eine erste Rückmeldung mit einem allgemeinen Bedauern und innerhalb von wenigen weiteren Tagen eine konkrete Rückantwort zum Sachverhalt erhält. Hier kann ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt, dem Beschwerdemanager oder der Geschäftsführung angeboten werden.
- Bei Eingang von konkreten Presse- und Anwaltsdrohungen sollte zunächst das persönliche Gespräch durch die Geschäftsführung oder den leitenden Arzt versucht werden. Führt dies zu keinem abschließenden und befriedigenden Ergebnis, kann eine Mediation angeboten werden. Hierbei sollte großer Wert auf die Unabhängigkeit des Mediators gelegt werden und eventuell von Anfang an der Einsatz von 2 Mediatoren (Co-Mediation) vorgeschlagen werden. Mit aller Sensibilität kann zudem die Kostenübernahme der Mediation durch das Krankenhaus angeboten werden. Ina Simon schildert im Spektrum der Mediation Nr. 35/2009 zwei sehr interessante und erfolgreiche Fälle einer präventiven Mediation<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> Tünnesen, Bernd, Plädoyer an die Vernunft, in: Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen—Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, 1. Auflage 2011, S. 10-13, hier S. 12

<sup>20</sup> Vgl. ebenda

<sup>21</sup> Vgl. hier und im folgenden Pilartz, Heinz, Mediation in Institutionen des Gesundheitswesens, a.a.O., S. 77

<sup>22</sup> Vgl. Simon, Ina, a.a.O.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich durch präventive Techniken wie Schulung des Personals, professionelles Beschwerdemanagement und „vorsorgliche“ Mediation einige Schlichtungsstellen- und Klageverfahren verhindern lassen.

### **Mediation kann ein Schlichtungsstellen- oder Gerichtsverfahren ersetzen**

Da die präventive Mediation im Gesundheitswesen noch nicht sehr verbreitet ist, werden eine hohe Anzahl von Fällen den Schlichtungsstellen beziehungsweise den Gerichten vorgelegt. Im Jahr 2012 gab es ca. 48.000 Arzthaftungsfälle, 12.200 Schlichtungsstellenfälle und ca. 10.300 Gerichtsfälle. Währenddessen oder nach der Schlichtungsstelle oder der Gerichtsverhandlung werden 60%-70% der Fälle in zweiseitigen Verhandlungen zwischen Versicherung und Patient geregelt<sup>23</sup>. In 80% der Gerichtsfälle schlägt das Gericht einen Vergleich vor, der meist angenommen wird<sup>24</sup>.

Die Regulierungen vor Gericht<sup>25</sup> dauern durchschnittlich 6 Jahre und sind meist sehr kostenintensiv. Interessen von Arzt und Patient nehmen nur einen geringen Anteil ein. Die Beziehung zwischen den Parteien ist meist zerstört. Das Verfahren neigt zur Eskalation, auch was die geforderte Schadenersatzsumme betrifft. Das Ergebnis ist unvorhersehbar. Alternativ können, bei Zustimmung aller Beteiligten, die Schlichtungsstellen der Ärztekammern angerufen werden<sup>26</sup>. Die Verfahren werden von den Versicherungen bezahlt und dauern im Durchschnitt ein bis zwei Jahre. Die Schlichtungsstellen bearbeiten meist klassische Behandlungsfehler und beurteilen nur „ob“ ein Haftungsfall vorliegt. Auf die Schlichtungsstelle folgen außergerichtliche Regulierungsverhandlungen zum „wie“. Da keine Zeugenanhörung und Beweisaufnahme vorgesehen ist, können sie nur nach Aktenlage beurteilen. Da sie sich zudem nur auf ärztliche Handlungsaspekte konzentrieren, können vor Schlichtungsstellen keine Fälle zu Organisationsverschulden, keine Aufklärungsfehler und keine Fehler anderer medizinischer Berufe (zum Beispiel Pflegekräfte, Hebammen) behandelt werden. Aus Patientensicht kann bei den Schlichtungsstellen problematisch sein, dass Schlichtungsstellen nicht völlig unabhängig sind, da sie der Ärztekammer angegliedert sind. Zudem erfolgt keine Kommunikation zwischen den Parteien<sup>27</sup>, es ist nicht nachvollziehbar, wie das Votum zustande kommt<sup>28</sup>.

Fraglich ist, ob alternativ zur Schlichtungsstelle die Entschuldigung des Arztes und „eine mehr oder weniger symbolische Wiedergutmachung die PatientInnen bereits für alles entschädigen“<sup>29</sup> würde. Ob dies, sicher auch ergänzt um monetäre Kompensationen, im Rahmen einer Mediation gelingen kann, hat ein mehrjähriges Pilotverfahren (Dezember 2011 bis März 2014) untersucht, das vom Munich Center for Dispute Resolution an der Ludwigs-Maximilians-Universität durchgeführt wurde<sup>30</sup>.

Vor Zustimmung zur Mediation gab es eine Vielzahl von Vorbehalten<sup>31</sup>. Anwälte waren daran gewöhnt, den finanziellen Erfolg für Ihre Patienten zu maximieren, zudem befürchteten sie eigene finanzielle Nachteile bei einem schnellen Erfolg der Mediation. Patienten waren häufig auf materielle Interessen fokussiert. Die Versicherungen sahen zunächst nur den kurzfristigen Mehraufwand und keine Erfolgsgarantie.

---

<sup>23</sup> Vgl. Pilotprojekt: Mediation im Medizinrecht, wissenschaftlich betreut durch Munich Center for Dispute Resolution, Quelle: [http://www.mediation-im-medizin-recht.de/mediapool/121/1219772/data/Abschlussbericht\\_Mediation\\_im\\_MedizinrechtM\\_rz2014.pdf](http://www.mediation-im-medizin-recht.de/mediapool/121/1219772/data/Abschlussbericht_Mediation_im_MedizinrechtM_rz2014.pdf), aufgerufen 19.2.2015, 20:45 Uhr, S. 3

<sup>24</sup> Vgl. Tünnesen, Bernd, Plädoyer an die Vernunft, a.a.O., S. 12

<sup>25</sup> Vgl. Loeschner, Volker, Innovation-Mediation im Medizinrecht, Hat Mediation im Arzthaftungsrecht Potential zur Konfliktbewältigung? Quelle: [http://www.zahn-medizinrecht.de/app/download/5788570336/Volker\\_Loeschner\\_-\\_Vortrag\\_Mediation\\_im\\_Medizinrecht.pdf](http://www.zahn-medizinrecht.de/app/download/5788570336/Volker_Loeschner_-_Vortrag_Mediation_im_Medizinrecht.pdf), aufgerufen 19.2.2015, 21:10 Uhr, S. 18

<sup>26</sup> Vgl. hier und im folgenden ebenda, S. 14 ff

<sup>27</sup> Vgl. Oedekoven, Thomas, Mediation im Medizinrecht: Vorteile im Vergleich zum Rechtsstreit; Quelle: <http://www.daniel-hagelskamp.de/standpunkte/mediation-vorteile-rechtsstreit-medizinrecht>, aufgerufen 17.2.2015, 16:10 Uhr

<sup>28</sup> Vgl. ebenda

<sup>29</sup> Simon, Ina, a.a.O., S. 4

<sup>30</sup> Vgl. Pilotprojekt: Mediation im Medizinrecht, a.a.O.

<sup>31</sup> Vgl. ebenda, S. 7f

Aufgrund dieser Vorbehalte konnten in 3 Jahren nur 10 Fälle rekrutiert werden<sup>32</sup>. Hieran waren 3 der 4 großen Krankenhaushaftpflichtversicherer beteiligt, die R+V-Versicherung engagierte sich mit 4 Fällen.

Als mediationsgeeignet stellten sich in erster Linie Fälle heraus<sup>33</sup>, in denen nach Einschätzung der Haftpflichtversicherer mit Gewissheit oder hoher Wahrscheinlichkeit eine Haftung dem Grunde nach gegeben war und eine teure und langwierige Auseinandersetzung entweder von Beginn an vermieden oder in einer bereits bestehenden hohen Eskalationsstufe beendet werden konnte. Wichtig war zudem, dass die betroffenen Patienten persönlich (zumindest zeitweise) teilnehmen konnten. Eine ausschließliche Vertretung in der Mediationssitzung durch Angehörige und Rechtsanwälte war nicht ausreichend. Zudem war es sehr hilfreich, wenn Ärzte, nicht unbedingt der Behandler, am Verfahren beteiligt waren<sup>34</sup>.

Trotz anfänglicher Skepsis und Einschränkungen bei der Fallauswahl war die Beurteilung nach Abschluss der Mediation durchweg sehr positiv<sup>35</sup>. Zusammengefasst kommt die Beurteilung zu dem Schluss, dass das Ergebnis:

- den Interessen der Parteien entspricht,
- wirtschaftlich sinnvoll erscheint,
- Aussicht auf Umsetzung hat und
- positiven Einfluss auf die Beziehung zwischen den Parteien hat.

Es herrschte die Ansicht vor, dass mit Alternativverfahren eine Einigung später und mit schlechterer Qualität zustande gekommen wäre.

---

<sup>32</sup> Vgl. ebenda

<sup>33</sup> Vgl. hier und im folgenden ebenda, S. 5

<sup>34</sup> Vgl. ebenda, S. 6

<sup>35</sup> Vgl. ebenda, S. 10



**Insgesamt lassen sich aus der Mediation eine Vielzahl von Vorteilen für die Beteiligten generieren.**

Diese sind in der folgenden Tabelle zusammenfassend dargestellt.

Übergreifende Vorteile <sup>36</sup>	Vorteile für den Patienten <sup>37</sup>	Vorteile für Krankenhaus und Arzt <sup>38</sup>	Vorteile für die Versicherungen <sup>39</sup>
Konflikt wird als Ganzes beigelegt.	Verfahren kann frühzeitig und endgültig beendet werden.	Durch potenzielle Senkung der Schadenssumme wird die Versicherbarkeit sichergestellt.	(Transaktions-) Kosten werden eingespart.
Kommunikation wird durch unabhängigen Dritten geleitet.	Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird berücksichtigt <sup>40</sup> . Eine Fortsetzung der Behandlung ist möglich.	Fortsetzung der Arzt-Patienten-Beziehung wird möglich.	Instrument ist bereits im Rechtsschutzbereich bewährt.
Für Fälle und Sachverhalte geeignet, die für Schlichtung nicht zugänglich sind (zum Beispiel Höhe einer Entschädigung).	Eine schmerzhaftes Situation wird materiell und immateriell abgeschlossen.	Nicht-Öffentlichkeit und Vertraulichkeit verhindern die „Prangerwirkung“. <sup>41</sup>	Ein günstigeres, mündliches Gutachten-Konsilium ist möglich.
Die Verfahrenszeit wird verkürzt.		Ein Imageschaden wird vermieden.	Eine Klage kann eventuell ganz vermieden werden.
Einbezug Dritter, zum Beispiel Sozialversicherungsträger ist möglich.			Der Schaden wird begrenzt.

Tabelle 1: Vorteile der Mediation gegenüber einem Schlichtungsstellen- oder Gerichtsverfahren

In der Tabelle 1 wird als Vorteil des Mediationsverfahrens auch das Gutachten-Konsilium<sup>42</sup> genannt. Es ist besonders bei komplexen Haftungsfällen geeignet und dient dazu, die notwendigen medizinischen Beurteilungen und Feststellungen zu finden. Hierbei bestimmt jede Partei einen Gutachter. Die Gutachter stellen ihre Ergebnisse mündlich im Beisein der Parteien vor, diskutieren diese und beantworten Fragen. In der Regel wird kein schriftliches Gutachten erstellt. Im Bedarfsfall wird im Anschluss an die Mediation das erzielte medizinische Ergebnis schriftlich festgehalten. Durch dieses Verfahren lassen sich die Kosten begrenzen. Es lässt sich zudem erreichen, dass für alle Beteiligten das Ergebnis nachvollziehbar ist.

Alternativ hierzu kann auch ein Allparteiengutachten<sup>43</sup> beauftragt werden, wenn eine Einigung auf einen Gutachter möglich ist. Dann wird dieses Ergebnis ebenfalls im Rahmen des Mediationstermins diskutiert und häufig eine hohe Akzeptanz erreicht.

Es ist allerdings auch zu beachten, dass mit der Mediation Nachteile aus Sicht der Beteilig-

<sup>36</sup> Vgl. Loeschner, Volker, a.a.O., S. 20ff

<sup>37</sup> Vgl. Pilotprojekt: Mediation im Medizinrecht, a.a.O., S. 6

<sup>38</sup> Vgl. ebenda

<sup>39</sup> Vgl. ebenda

<sup>40</sup> Vgl. Loeschner, Volker, a.a.O., S. 20ff

<sup>41</sup> Vgl. ebenda

<sup>42</sup> Vgl. Kindscher, Reinhard, Das gemeinschaftliche Gutachter-Konsilium, Abstract auf den Konfliktmanagementkongress 2012, Quelle: [http://www.km-kongress.de/konfliktmanagement/Module/Media/Kindscher-Abstract---Das-Gemeinschaftliche-Gutachter-Konsilium\\_155.pdf](http://www.km-kongress.de/konfliktmanagement/Module/Media/Kindscher-Abstract---Das-Gemeinschaftliche-Gutachter-Konsilium_155.pdf), aufgerufen 19.2.2015, 20:55 Uhr

<sup>43</sup> Vgl. Rechtsanwalts-Gesellschaft mbH Großpietsch und Zimmermann, Mediation im Medizinrecht, Quelle: <http://www.ra-gz.de>, aufgerufen 17.2.2015, 16:23 Uhr

ten verbunden sein können. Sie sind oben zum Teil bereits bei den Kriterien für die Fallauswahl dargestellt, die im Rahmen des Pilotprojektes ermittelt wurden. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass nach Abschluss der Mediation keine weitere Instanz zur Überprüfung des Ergebnisses mehr zur Verfügung steht<sup>44</sup>. Dies kann für unsichere oder entscheidungsschwache Personen ein Gegenargument sein. Auch ist es möglich, dass ein Patient nur einen sehr geringen materiellen Spielraum für die Mediation hat, da niedrigere Beträge ihn an existentielle Grenzen bringen. Zudem können sich im nicht optimalen Fall die ungleiche Verhandlungsmacht und das soziokulturelle Gefälle zwischen Arzt und Patient im Mediationsergebnis niederschlagen.

Damit wird deutlich, dass eine Vielzahl von Vorteilen für die Durchführung einer Mediation in medizinischen Haftungsfragen bestehen. Im Vordergrund stehen die schnelle Beendigung des Verfahrens, die umfassende Lösung des Konfliktes, die Vermeidung eines Imageschadens und die Chance auf eine niedrige Schadenshöhe für den Versicherer. Vorbehalte und Nachteile können durch eine sinnvolle Auswahl der geeigneten Fälle, die Anwesenheit von entscheidungsbefugten Vertretern und eine Sicherstellung des Machtgleichgewichtes in der Mediation kompensiert werden.

Neben einer Mediation als Ersatz für ein Schlichtungs- oder Gerichtsverfahren kann es auch sinnvoll sein, Mediation als Ergänzung für Schlichtungsverfahren anzuwenden. Wie oben bereits ausgeführt wurde, kann in einem Schlichtungsstellenverfahren nur geklärt werden, „ob“ ein Haftungsfall vorliegt. Die Verhandlung zum „wie“, konkret zur Höhe des Schadensausgleichs, erfolgt meist in bilateralen Verhandlungen zwischen Patient und Versicherung, bzw. zwischen deren Rechtsanwälten. Betrachtet man das Schlichtungsstellenverfahren als einen Weg, zu einem einvernehmlichen medizinischen Gutachten zu kommen, ist es sehr gut möglich, hieran eine Mediation anzuschließen. Dies bedeutet, dass auch bei einem bereits laufenden Schlichtungsstellenverfahren eine anschließende Mediation sehr sinnvoll sein kann und die mit einer Mediation verknüpften Vorteile erreicht werden können.

### **Der typische Arbeitsprozess im Krankenhaus führt zu einer Vielzahl von Konflikten**

Die Arbeitssituation im Krankenhaus ist vor allem durch hohe Komplexität, umfassende Arbeitsteilung, teilweise hierarchische Strukturen und eine mit Stress verbundene hohe Arbeitsbelastung gekennzeichnet.

Komplexität und hohe Arbeitsteilung bedingen notwendigerweise eine enge Abstimmung und eine intensive Kommunikation untereinander. Fast jede Leistung im Krankenhaus muss im Team erbracht werden und damit wird in der Alltagsroutine die „Mensch-Mensch-Schnittstelle“<sup>45</sup> zum wichtigen Kriterium. Die notwendige Abstimmung und Kommunikation wird jedoch durch mehrere Aspekte erschwert. Dies führt zu einer hohen Konfliktgefährdung<sup>46</sup>:

- Die Teams im Krankenhaus sind sehr differenziert zusammengesetzt. Von der Ärztin über die Pflegekraft bis zum medizinisch-technischen Assistent treffen sehr unterschiedliche Qualifikationen, Erfahrungen, Weltanschauungen aufeinander<sup>47</sup>.
- In der Medizin gibt es oft kein eindeutiges „richtig oder falsch“. Es gibt unterschiedliche Ansichten im Team und es ist wichtig die Kriterien für eine Entscheidung gemeinsam herauszuarbeiten und zu vertreten<sup>48</sup>. Unterschiedliche Auffassungen sind besonders schwer tolerabel, wenn es um Leben und Tod geht. Es gibt immer wieder Situationen, in denen nicht angemessen reagiert werden kann, wenn ausschließlich nach Regeln gehandelt wird<sup>49</sup>. Das Personal befindet sich „im Dilemma, adäquat die erkennbare Gefühlslage des Patienten zu beantworten und gleichzeitig fachliche, fo-

<sup>44</sup> Vgl. hier und im folgenden Loeschner, Volker, a.a.O., S. 23ff

<sup>45</sup> Pilartz, Heinz, Mediation in Institutionen des Gesundheitswesens, a.a.O., S. 70

<sup>46</sup> Vgl. Weber, Aleksandra und Pilartz, Heinz, a.a.O., S. 17

<sup>47</sup> Vgl. Pilartz, Heinz, Mediation in Institutionen des Gesundheitswesens, a.a.O., S. 70

<sup>48</sup> Vgl. Weber, Aleksandra und Pilartz, Heinz, a.a.O., S. 26

<sup>49</sup> Vgl. Pilartz, Heinz, Mediation in Institutionen des Gesundheitswesens, a.a.O., S. 54



- rensische und wirtschaftliche Vorgaben zu beachten<sup>50</sup>.
- Hohe Arbeitsbelastung, Überstunden, Nachtdienste und psychischer Stress führen dazu, dass aufkommende Konflikte und Meinungsverschiedenheiten nicht ausreichend beachtet werden oder ihre Lösung auf später verschoben wird.<sup>51</sup>
- Hierarchische Strukturen können darin resultieren, dass Entscheidungen nicht hinterfragt und zum Teil unverstanden umgesetzt werden. Dies kann zu inneren Konflikten führen. Und „wo im hierarchischen Aufbau sich die Entladung nach oben verbietet, entsteht eine kompensatorische Entladung: Sogenannte Unternehmenspathologien treten auf. Burn Out, innere Kündigung und Mobbing sind typische Fehlentwicklungen“<sup>52</sup>.

Das frühzeitige und konstruktive Austragen der Konflikte, die sich aus den oben beschriebenen Aspekten entwickeln können, wird zusätzlich dadurch erschwert, dass im Krankenhaus vor allem zwei Persönlichkeitstypen nach Eneagramm dominieren<sup>53</sup>, der aufopfernde und der gewissenhafte Typ. Die Varianz der Typen ist im Gesundheitswesen deutlich geringer als in anderen Wirtschaftsbereichen. Der aufopfernde oder Helfertyp ist sehr harmoniebedürftig und erlebt Missstimmung und Konflikte als bedrohlich. Der gewissenhafte Typ verdrängt oder verdeckt Konflikte eher, als dass er eine offene Auseinandersetzung sucht. Erzielte Ergebnisse sind voller Einschränkungen, Entscheidungsprozesse dauern lange. Das Zusammenkommen dieser beiden Persönlichkeitstypen führt dazu, dass Diskussionen vermieden werden und gegen dominante Personen nicht „aufgemuckt“ wird.

### **Externe Konfliktberatung und Mediation können die Arbeitsfähigkeit wieder herstellen**

Die oben beschriebenen Konflikte, die durch die krankenhaustypischen Arbeitsprozesse bedingt sind, werden durch externe Veränderungen noch verschärft.

Zunehmende Ökonomisierung und Wettbewerb zwischen den Einrichtungen aber auch eine Weiterentwicklung der bisherigen Helfer-Patienten-Beziehung führen zu Veränderungskonflikten. Dies kann insbesondere bei älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Folge haben, dass sie ihre Orientierung, ihre berufliche Heimat verlieren<sup>54</sup>.

Die Realisierung von oder der Wunsch nach flacheren Hierarchien, zunehmender Delegation von Entscheidungen und mehr Selbstverantwortung führt zu Irritationen und Rollen- und Aufgabenkonflikten<sup>55</sup>. Letztere können sich darin äußern, dass innere Konflikte zwischen neuen Anforderungen und bisheriger Arbeitsroutine entstehen. Es können jedoch auch Konflikte im oder zwischen Teams entstehen, wenn nicht alle gleich schnell nach dem neuen Muster arbeiten können oder wollen<sup>56</sup>.

Die typischen Konfliktauslöser unterscheiden sich auch zwischen dem ärztlichen und dem pflegerischen Bereich<sup>57</sup>. Typische Konfliktauslöser auf Arzzebene sind die Hierarchie im Krankenhaus, die Außenwahrnehmung, die wissenschaftliche Anerkennung oder die wahrgenommene Bevorzugung bestimmter Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter. Auf Pflegeebene entstehen Konflikte typischerweise durch Teamkonflikte und Überlastung.

In der beschriebenen Arbeitssituation und bei den dargestellten Konfliktpotentialen gibt es zwei Ansatzpunkte zur Verbesserung der Situation: Soziale Kompetenz erhöhen oder sich bei der Konfliktbearbeitung von außen unterstützen lassen<sup>58</sup>. Insbesondere auch bei der Häufung von wenigen Persönlichkeitsstilen kann externe Unterstützung sinnvoll sein und ein

<sup>50</sup> Ebenda, S. 53

<sup>51</sup> Vgl. ebenda, S. 54

<sup>52</sup> Ebenda, S. 71

<sup>53</sup> Vgl. hier und im folgenden ebenda, S. 59ff

<sup>54</sup> Vgl. ebenda, S. 55

<sup>55</sup> Vgl. Böhm, Bernhard, a.a.O., S. 8

<sup>56</sup> Vgl. Pilartz, Heinz, Mediation in Institutionen des Gesundheitswesen, a.a.O., S. 56

<sup>57</sup> Vgl. ebenda, S. 70f

<sup>58</sup> Vgl. ebenda, S. 54

Mediator das Grundbedürfnis nach Harmonie und Ausgleich befriedigen.

Bei Veränderungskonflikten sollte vor allem an der Selbstbehauptung der MediandInnen gearbeitet werden<sup>59</sup>. Bei Rollen- und Aufgabenkonflikten, die von inneren Konflikten und Ambivalenz geprägt sind, ist eine gründliche Auftragsklärung mit „Erfragen und Klären von Handlungsspielräumen, (von) Erwartungen und (der) Ergebnisoffenheit der Mediation“<sup>60</sup> besonders wichtig. Hierzu gehört auch die Klärung des Umgangs mit Hierarchien<sup>61</sup>.

Auch wenn die Rahmenbedingungen die Arbeitssituation im Gesundheitswesen erschweren und wenn erkannt wird, dass im Rahmen der Mediation das Gesundheitswesen nicht grundsätzlich verändert werden kann, besteht an der „Oberflächenstruktur“ ausreichend Spielraum für eine erfolgreiche Mediation<sup>62</sup>. Besonderer Wert sollte darauf gelegt werden, sich in einem, an die Mediation anschließenden transformatorischen Prozesses die generellen Konflikt- und Interaktionsmuster anzuschauen und diese ressourcenorientiert gemeinsam zu verändern<sup>63</sup>.

### **Auch im Sozialrecht ist Mediation rechtlich möglich.**

Streitigkeiten im Sozialrecht sind durch Bestimmungen des öffentlichen Rechtes und des Grundgesetzes geprägt. Im Zivilrecht herrscht Privatautonomie, das heißt, dass die Beteiligten selbstständig und souverän bestimmen und festlegen können, wie sie sich einigen<sup>64</sup>. Nach §31, Absatz 1, SGB I dürfen in den Sozialleistungsbereichen Rechte und Pflichten nur begründet, festgestellt, geändert oder aufgehoben werden, soweit ein Gesetz dies vorschreibt oder zulässt<sup>65</sup>.

Dies bedeutet, dass Gesundheitsleistungen nun erbracht werden können, wenn die gesetzlichen Krankenkassen durch Gesetz hierzu verpflichtet sind (gebundene Entscheidungen) oder ihnen durch das Gesetz eine Entscheidung über das ob und wie eingeräumt ist (Ermessensentscheidungen)<sup>66</sup>. Diese Rahmenbedingungen erschweren die Mediation beziehungsweise begrenzen ihr Einsatzgebiet bei sozialrechtlichen Auseinandersetzungen, auch bei denen zwischen Versicherten und Krankenkassen<sup>67</sup>. Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter in Krankenkassen haben eine geringe Bereitschaft zur Mediation, da sie befürchten, den gesetzlichen Rahmen zu verlassen. „Die Kosten für Gerichtsverfahren sowie die emotionalen und personellen Belastungen durch ein Beschwerdeverfahren spielen im Bewertungssystem der Krankenkassen wohl eine nachgeordnete Rolle“<sup>68</sup>.

Hinzukommt, dass Mediation die Distanz zwischen „Fall“ und Bearbeiter senkt und damit die Angst beim Bearbeiter erhöht, sich von einem Fall persönlich betroffen zu fühlen und dann eventuell emotional und nicht gesetzeskonform zu entscheiden. Hier kann ein möglicher Ansatzpunkt sein, in der Mediation keine Entscheidung herbei zu führen, sondern nur das Entscheidungsverfahren zu strukturieren.

### **Bei Streitigkeiten zwischen Krankenkasse und Patient kann Mediation helfen.**

Die Gespräche zwischen Krankenkasse und Patient finden meist nicht auf Augenhöhe statt, da sie hoch spezialisiertes Sozialrecht zum Gegenstand haben, in dem sich der Patient nicht auskennt<sup>69</sup>. Die Gefühlslage kann dadurch gekennzeichnet sein, dass die Krankenkassen-

---

<sup>59</sup> Vgl. Böhm, Bernhard, a.a.O., S. 10

<sup>60</sup> Ebenda

<sup>61</sup> Vgl. ebenda

<sup>62</sup> Vgl. ebenda, S. 11

<sup>63</sup> Vgl. ebenda, S. 10

<sup>64</sup> Vgl. Günther, André, Mediation bei sozialrechtlichen Streitigkeiten, in: Spektrum der Mediation, Nr. 35/III. Quartal 2009, S. 12-14, hier S. 12

<sup>65</sup> Ebenda

<sup>66</sup> Ebenda

<sup>67</sup> Ebenda

<sup>68</sup> Pilartz, Heinz, Mediation in Institutionen des Gesundheitswesens, a.a.O., S. 81

<sup>69</sup> Vgl. hier und im folgenden ebenda, S. 83

mitarbeiter sich durch aus ihrer Sicht ungerechtfertigte Anliegen persönlich getroffen und beleidigt fühlen, sie sind empört. Der Versicherte kann der Ansicht sein, berechnete Forderungen gestellt zu haben und ist ebenfalls beleidigt und fühlt sich missachtet.

Aufgabe der Mediation ist es hier, die Gesprächssituation positiv zu beeinflussen und das Verhandelbare vom Unvermeidlichen zu trennen. So kann sich der Versicherte geachtet fühlen, die Anteilnahme der Krankenkassen wahrnehmen und auch deren Einbindung in öffentlich-rechtliche Vorgaben akzeptieren. Die Krankenkasse kann erkennen, um was es dem Patienten wirklich geht, ihre Kundenzufriedenheit verbessern und gleichzeitig Kosten sparen. So erfolgt ein guter Ausgleich im Hinblick auf die Interessenslage<sup>70,71</sup>.

Die Sozialgerichte in Bayern und ein Modellvorhaben in Niedersachsen zeigen, dass „die Rechtsbindung für kreative Lösungen mehr Möglichkeiten zulässt als manche denken. Dies gilt insbesondere für das Verhandeln von Verträgen, für die gesetzlich kein Schiedsverfahren vorgesehen ist“<sup>72</sup>. In der bayrischen Sozialgerichtsbarkeit wurden im Jahr 2011 beispielsweise 171 Mediationen mit einer Erfolgsquote von 78% durchgeführt. Dies war eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr um 7,5%<sup>73</sup>. Alle Mediationen wurden grundsätzlich auf dem Wege einer Co-Mediation durchgeführt<sup>74</sup> und hatten sowohl gerichtlichen als auch außergerichtlichen Charakter<sup>75</sup>. Im Modellvorhaben „Gerichtsnaher Mediation in Niedersachsen“ wurden in den Jahren 2006/2007 150 Mediationen an je einem Verwaltungs- und Sozialgericht mit einer Erfolgsquote von 80% durchgeführt<sup>76</sup>. Hier waren folgende Bereiche der gesetzlichen Krankenversicherung involviert: Leistungserbringung, Kostenerstattung und Abrechnungsmodalitäten. Beteiligt waren zwei Versicherungen, zwei Betriebskrankenkassen und eine Mediatorin<sup>77</sup>.

---

<sup>70</sup> Vgl. ebenda, S. 83f

<sup>71</sup> Vgl. Günther, André, a.a.O., S. 13

<sup>72</sup> Forum 4, Geht nicht, gibt's nicht – Mediation im Sozialrecht, Einladung zum Konfliktmanagement Kongress 2008, Quelle: [http://www.km-kongress.de/konfliktmanagement//Module/Media/2008\\_flyer\\_km-kongress\[1\]\\_145.pdf](http://www.km-kongress.de/konfliktmanagement//Module/Media/2008_flyer_km-kongress[1]_145.pdf), aufgerufen 21.2.2015, 11:17 Uhr

<sup>73</sup> Vgl. Mediations-Statistik der Sozialgerichtsbarkeit 2011, Pressemitteilung des Bayrischen Landessozialgerichtes, 2.2.2012, Quelle: [http://www.km-kongress.de/konfliktmanagement//Module/Media/2008\\_flyer\\_km-kongress\[1\]\\_145.pdf](http://www.km-kongress.de/konfliktmanagement//Module/Media/2008_flyer_km-kongress[1]_145.pdf), aufgerufen 21.2.2015, 11:34 Uhr

<sup>74</sup> Vgl. Günther, André, a.a.O., S. 13

<sup>75</sup> Vgl. ebenda, S. 14

<sup>76</sup> Vgl. Forum 4, a.a.O.

<sup>77</sup> Vgl. Günther, André, a.a.O., S. 13

## **Budgetstreitigkeiten zwischen Krankenkassen und Krankenhaus sind ein Zukunftspotential für Mediation.**

Das Krankenhausentgeltgesetz sieht in § 4 vor, dass zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ein prospektives und einheitliches Budget gebildet wird. Für den Fall, dass eine Einigung nicht zu Stande kommt, wird nach § 114 SGB V eine Schiedsstelle eingerichtet, die zu gleichen Teilen aus Vertretern der Krankenhaus- und Krankenkassenseite und von einem unparteiischen Vorsitzenden gebildet wird. Der Vorsitzende wird abwechselnd von der einen oder der anderen „Bank“ vorgeschlagen.

In den Budgetverhandlungen sind eine Vielzahl von Einzelentgelten und das Gesamtbudget zu verhandeln. Bei größeren Krankenhäusern dauern diese Verhandlungen oft bis zu 10 Verhandlungstage und sind auf beiden Seiten mit je 6-10 Personen besetzt. Sie sind von unterschiedlichen Einschätzungen zur Bewertung der vergangenen und zukünftigen Leistungsentwicklung des Krankenhauses, von verschiedenen Vorgaben und Positionen der einzelnen beteiligten Krankenkassen und von der Diskussion über die Vergleichbarkeit von Leistungen und Preisen zwischen verschiedenen Krankenhäusern geprägt. Sehr häufig handelt es sich nicht um Verhandlungen im klassischen Sinne, sondern um die Entgegennahme von Positionen, die interne Diskussion und die erneute Abgabe von Positionen. Diese Vorgehensweise ist sehr aufwendig und ermöglicht kaum, sich über die tatsächlichen Interessen des Krankenhauses beziehungsweise die Interessen der Krankenkassen für das Bundesland bzw. das Krankenhaus auszutauschen oder zu einigen. Oft ähnelt die Verhandlung einem relativ inhaltsleeren „orientalischen Basar“.

In dieser Situation könnte Mediation in festgefahrenen Verhandlungssituationen für eine Klärung der Interessenslage sorgen und so einen schnelleren Fortgang der Verhandlungen ermöglichen. Theoretisch könnte auch im Rahmen einer Mediation ein Verhandlungsabschluss erzielt werden, wenn alle Beteiligten abschließend entscheidungsbefugt sind. Meist steht ein Verhandlungsergebnis jedoch unter dem Vorbehalt der Zustimmung der jeweiligen Landesverbände. So könnten sachgerechtere Gesamtlösungen erreicht werden und Schiedsstellentermine, deren Vorbereitung sehr aufwendig ist, vermieden werden.

In Deutschland ist in der Literatur kein Fall bekannt, in dem ein Krankenhausbudget mediiert wurde. In den USA ist Mediation jedoch fester Bestandteil der Verhandlungen zwischen Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Arztpraxen, Krankenversicherungen und Industrie<sup>78</sup>. Auch in Frankreich, Luxemburg, Malta und Slowenien werden Konflikte zwischen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen und Versicherungen beziehungsweise dem öffentlichen Sektor über Mediation geregelt<sup>79</sup>.

---

<sup>78</sup> Vgl. Weber, Aleksandra, Mediation trifft Medizin, in: Spektrum der Mediation, Nr. 35/III. Quartal 2009, S. 19-21, hier S. 21

<sup>79</sup> Vgl. Hope (European Hospital and Healthcare Foundation), Mediation in Healthcare, Dezember 2012, Quelle: [http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/91\\_mediation/91\\_HOPE\\_Publication-Mediation\\_December\\_2012.pdf](http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/91_mediation/91_HOPE_Publication-Mediation_December_2012.pdf), aufgerufen 21.2.2015, 12:38 Uhr, S. 7

## Literaturverzeichnis

- Böhm, Bernhard, Gibt es „die Mediation“ im Gesundheitswesen?, in: Spektrum der Mediation, Nr. 35/III.Qu. 2009, S. 8-11
- Forum 4, Geht nicht, gibt's nicht – Mediation im Sozialrecht, Einladung zum Konfliktmanagement Kongress 2008, Quelle: [http://www.km-kongress.de/konfliktmanagement//Module/Media/2008\\_flyer\\_km-kongress\[1\]\\_145.pdf](http://www.km-kongress.de/konfliktmanagement//Module/Media/2008_flyer_km-kongress[1]_145.pdf), aufgerufen 21.2.2015, 11:17 Uhr
- Günther, André, Mediation bei sozialrechtlichen Streitigkeiten, in: Spektrum der Mediation, Nr. 35/III.Qu. 2009, S. 12-14
- Hope (European Hospital and Healthcare Foundation), Mediation in Healthcare, Dezember 2012, Quelle: [http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/91\\_mediation/91\\_HOPE\\_Publication-Mediation\\_December\\_2012.pdf](http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/91_mediation/91_HOPE_Publication-Mediation_December_2012.pdf), aufgerufen 21.2.2015, 12: 38 Uhr
- Kindscher, Reinhard, Das gemeinschaftliche Gutachter-Konsilium, Abstract auf den Konfliktmanagementkongress 2012, Quelle: [http://www.km-kongress.de/konfliktmanagement//Module/Media/Kindscher-Abstract--Das-Gemeinschaftliche-Gutachter-Konsilium\\_155.pdf](http://www.km-kongress.de/konfliktmanagement//Module/Media/Kindscher-Abstract--Das-Gemeinschaftliche-Gutachter-Konsilium_155.pdf), aufgerufen 19.2.2015, 20:55 Uhr
- Klipstein, Doreen und Pilartz, Anne, Konfliktmanagement im Krankenhaus – ein Erfahrungsbericht, in: Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen–Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, 1. Aufl. 2011, S. 151-172
- Loeschner, Volker, Innovation - Mediation im Medizinrecht, Hat Mediation im Arzthaftungsrecht Potential zur Konfliktbewältigung? Quelle: [http://www.zahn-medizinrecht.de/app/download/5788570336/Volker\\_Loeschner\\_-\\_Vortrag\\_Mediation\\_im\\_Medizinrecht.pdf](http://www.zahn-medizinrecht.de/app/download/5788570336/Volker_Loeschner_-_Vortrag_Mediation_im_Medizinrecht.pdf), aufgerufen 19.2.2015, 21:10 Uhr
- Mediations-Statistik der Sozialgerichtsbarkeit 2011, Pressemitteilung des Bayerischen Landessozialgerichtes, 2.2.2012, Quelle: [http://www.km-kongress.de/konfliktmanagement//Module/Media/2008\\_flyer\\_km-kongress\[1\]\\_145.pdf](http://www.km-kongress.de/konfliktmanagement//Module/Media/2008_flyer_km-kongress[1]_145.pdf), aufgerufen 21.2.2015, 11:34 Uhr
- Oedekoven, Thomas, Mediation im Medizinrecht: Vorteile im Vergleich zum Rechtsstreit, Quelle: <http://www.daniel-hagelskamp.de/standpunkte/mediation-vorteile-rechtsstreit-medizinrecht>, aufgerufen 17.2.2015, 16:10 Uhr
- Pilartz, Heinz, Mediation auf der Ebene Arzt / Patient, in: Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen–Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, 1. Aufl. 2011, S. 91-149
- Pilartz, Heinz, Mediation in Institutionen des Gesundheitswesens, in: Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen–Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, 1. Aufl. 2011, S. 47-88
- Pilotprojekt: Mediation im Medizinrecht, wissenschaftlich betreut durch Munich Center for Dispute Resolution, Quelle: [http://www.mediation-im-medizinrecht.de/mediapool/121/1219772/data/Abchlussbericht\\_Mediation\\_im\\_Medizinrecht\\_M\\_rz\\_2014.pdf](http://www.mediation-im-medizinrecht.de/mediapool/121/1219772/data/Abchlussbericht_Mediation_im_Medizinrecht_M_rz_2014.pdf), Aufgerufen 19.2.2015, 20:45 Uhr
- Rechtsanwaltsgesellschaft mbH Großpietsch und Zimmermann, Mediation im Medizinrecht, Quelle: <http://www.ra-gz.de>, aufgerufen 17.2.2015, 16:23 Uhr
- Simon, Ina, Mediation im Gesundheitswesen, in: Spektrum der Mediation, Nr. 35/III.Qu. 2009, S. 4-7
- Trossen, Arthur, Vorwort, in: Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen –Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, 1. Aufl. 2011, S. 6-9
- Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen–Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, 1. Aufl. 2011
- Tünnesen, Bernd, Plädoyer an die Vernunft, in: Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen–Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, 1. Aufl. 2011, S. 10-13
- Weber, Aleksandra und Pilartz, Heinz, Einleitung, in: Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen–Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, 1. Aufl. 2011, S. 15-22
- Weber, Aleksandra, Gesundheit & Kommunikation als Drehpunkt, in: Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen–Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, 1. Aufl. 2011, S. 25-44
- Weber, Aleksandra, Mediation trifft Medizin, in: Spektrum der Mediation, Nr. 35/III.Qu. 2009, S. 19-21
- Weber, Aleksandra, Mediative Führungskompetenz & eine Kultur des Vertrauens etablieren, in: Tünnesen, Bernd (Herausgeber), Mediation im Gesundheitswesen – Ein Plädoyer für neue Wege und konstruktive Lösungen, 1. Aufl. 2011, S. 175-189<sup>80</sup>