

25.01.2021 **Karriere**

# Konflikte als Katalysator für Selbstorganisation – Der CoToCo-Prozess©

S. Ostermann, S. Passow



## Vorwort

*Liebe Kolleginnen und Kollegen,*

*denken wir an unsere wechselhaften Jahrzehnte im Krankenhausalltag zurück, so gibt es eine emotionale Konstante, die uns trotz aller System-, Struktur-, Positions- und sonstigen Veränderungen leider nie verlassen hat: Streit. Das Gerangel um Ressourcen und Autarkie, aber auch Einfluss und Bedeutung scheint dem Arztsein so fest inne zu wohnen, dass man meinen könnte, darin eine vergessene Zeile des Hippokratischen Eids zu erkennen. Im Studium wird es nicht gelehrt, und das ist wahrscheinlich auch gut*

*so. Aber an Tag eins im Arbeitsalltag geht es los, und dann hört es mit steigender Erfahrung und Position nicht mehr auf, sondern wird immer schlimmer. Nicht nur viele Neuanfänger sind schockiert, wenn leitende Ärzte und Krankenhausmanager sich wie im Sandkasten die Eimer wegnehmen oder die Schuppe auf den Kopf schlagen. Konfliktfrei im Krankenhaus zu arbeiten erscheint allein wegen der ökonomischen Drucksituation ein hehrer Wunschtraum. Doch Effektivität sollte in der sachlichen Auseinandersetzung Prinzip bleiben. Konflikte als Katalysator für verbesserte Selbstorganisationen zu nutzen wäre sogar ein Fortschritt. „Audiatur et altera pars“ ist dabei nur der erste Teil – die nächsten Schritte kann man lernen. Und vielleicht klappt ´s dann ja auch mit dem Nachbarn...*

*Spannende, erhellende Lektüre wünschen*

*Prof. Dr. med. C. J. Krones und Prof. Dr. med. D. Vallböhmer*

## Konflikte als Entwicklungschance?

„Konflikte löst man am besten, indem man sie gar nicht erst entstehen lässt.“, formuliert Jerome Anders, ein 1975 geborener Philosoph und Künstler. Insbesondere Beziehungen tragen häufig das Qualitätsprädikat „man streite sich

nie“. Kurzum: für persönliche soziale Beziehungen ist die Abwesenheit von Konflikten ein Gütekriterium, dessen Berechtigung sich zu einer verlockenden und zugleich unrealistischen Vorstellung transformiert. Wie ist Ihre Perspektive auf Konflikte? Haben Sie Angst oder zumindest starken Respekt vor Konflikten? Vermutlich ja, denn sonst wären Sie vermeintlich nicht menschlich, formulierte Kohlrieser (2016; S.1). Tendenziell löst der Begriff „Konflikt“ eher Unbehagen als das Gefühl der Möglichkeit aus, sich gemeinsam entwickeln zu können. Dennoch steckt gerade im Zweitgenannten eine inhärente Kraft, die genutzt werden kann, wenn der Rahmen es zulässt und Konfliktparteien (noch) bereit sind, sich auf einen gemeinsamen Weg einzulassen. Doch warum sollte jemand diesen Weg eigentlich gehen?

## **Konflikte im organisationalen Kontext Krankenhaus sind unvermeidbar**

Gerade der professionelle Kontext in Organisationen ist idealer Nährboden für Konflikte, die sowohl auf der organisational-systemischen, der personal-interindividuellen oder einer Mischung beider Ebenen verortet sind.

Auf organisationaler Ebene entstehen i. d. R. Zielkonflikte durch knappe Ressourcen und den Zugriff auf letztere. Ressourcenknappheit betrifft hierbei nicht nur finanzielle Mittel, sondern auch Zeit, Aufmerksamkeit, die Verfügungsmacht über kompetente MitarbeiterInnen oder Gerätschaften oder auch den Zugang zu EntscheidungsträgerInnen. Im OP-Bereich kann das bspw. der Anspruch auf Saalzeiten, die Nutzung von (besonders kompetenten) OTAs oder auch der Zugang zum OP-Koordinator für die Programmplanung sein.

Die interindividuelle Ebene ergänzt potenzielle Konfliktursachen. Menschen treten in Organisationen nicht als bloße Rollenträger auf, sondern bringen ihre persönlichen Ziele, Sozialisationshintergründe (was beurteile ich z. B. als gerecht?) und auch die daraus resultierenden Interessendurchsetzungsstrategien ein. So liegen bspw. häufig, je nach Fachdisziplin, unterschiedliche Ansichten über die Dringlichkeit von zu operierenden PatientInnen und damit deren Punkt auf dem morgigen OP-Programm vor.

Zudem gibt es in Organisationen Rollen, die regulierend wirken und spezifisches Praxishandeln vorgeben, wie z. B. Personalräte, die auf Arbeitszeitverletzungen hinweisen, wenn das Saalprogramm länger als die Regelarbeitszeit ausgereizt wird.

## **Das Problem ist nicht der Konflikt, sondern seine Tendenz zur Eskalation**

In der alltäglichen Arbeit ist zwischen Beziehungs- und Aufgabenkonflikten zu unterscheiden. Erstere gehen auf persönliche Differenzen der Beteiligten zurück. Aufgabenkonflikte entstehen durch unterschiedliche Sachperspektiven auf den Prozess der Aufgabenerledigung oder deren Rahmenbedingungen (Zuständigkeiten, Berechtigungen, Prioritäten) [4, S.120f.; 3]. Mit zunehmender Konfliktgeschichte vermischen sich Aufgaben- und Beziehungskonflikte zusehends und drohen potenziell zu eskalieren. So kann aus einer Streiterei um den Zugang zu einem Anästhesieteam (knappe Ressource) schnell ein persönlicher Konflikt werden, in dem sich die KontrahentInnen Egoismus, Inkompetenz und Rücksichtslosigkeit vorwerfen – und zwar (in einer weiteren Konfliktstufe) in allen Lebenssphären über diesen konkreten Fall hinaus.

Um den passenden Mechanismus zur Konfliktlösung zu wählen, ist es wichtig zu wissen, wie weit die Eskalation schon fortgeschritten ist. Hierbei kann das wohl bekannteste 9-stufige Modell zur Beschreibung der Konfliktodynamik Glasls [1] helfen: Demnach wohnt jedem Konflikt eine Win-Win-Situation inne, die erschlossen werden kann, wenn

innerhalb der Stufen 1–3 interveniert wird. Dieses kann moderierend aus dem Team heraus oder durch die Führungskraft erfolgen, da es sich hier NOCH um einen sachlichen Aspekt handelt, der innerhalb funktionierender Beziehungen geklärt werden kann.

In den Stufen 4–6 geht es um einen Beziehungskonflikt, der vermutlich einen sachlichen Ursprung hatte, nun aber eine Vielzahl an Beteiligten bindet und Positionierungen wichtiger sind als rationale Argumente.

Ab der Stufe 7- den sogenannten „begrenzten Vernichtungsschlägen“ – geht es nur noch darum „den Anderen“ zu schaden, auch unter Billigung eigener Verluste. Ab hier gilt es – aus organisationaler Perspektive – nur noch den Schaden zu begrenzen. Konkret bedeutet dieses die Auflösung von Strukturen, und/oder Umsetzung/Trennung von Konflikttreibern, um weiteren Schaden abzuwenden.

Kurzum lässt sich festhalten, dass Konflikte durch Ziele, Prioritäten und Ressourcenverfügbarkeit strukturiert sind. Werden sie nicht gemanagt, drohen sie zu eskalieren – häufig in Situationen in denen komplexe oder krisenhafte Fragen auftreten. Daher braucht es Mechanismen, um systeminhärente Konflikte (a) dauerhaft verhandelbar zu machen und (b) als Quelle systemischer/prozessualer Verbesserungen zu nutzen.

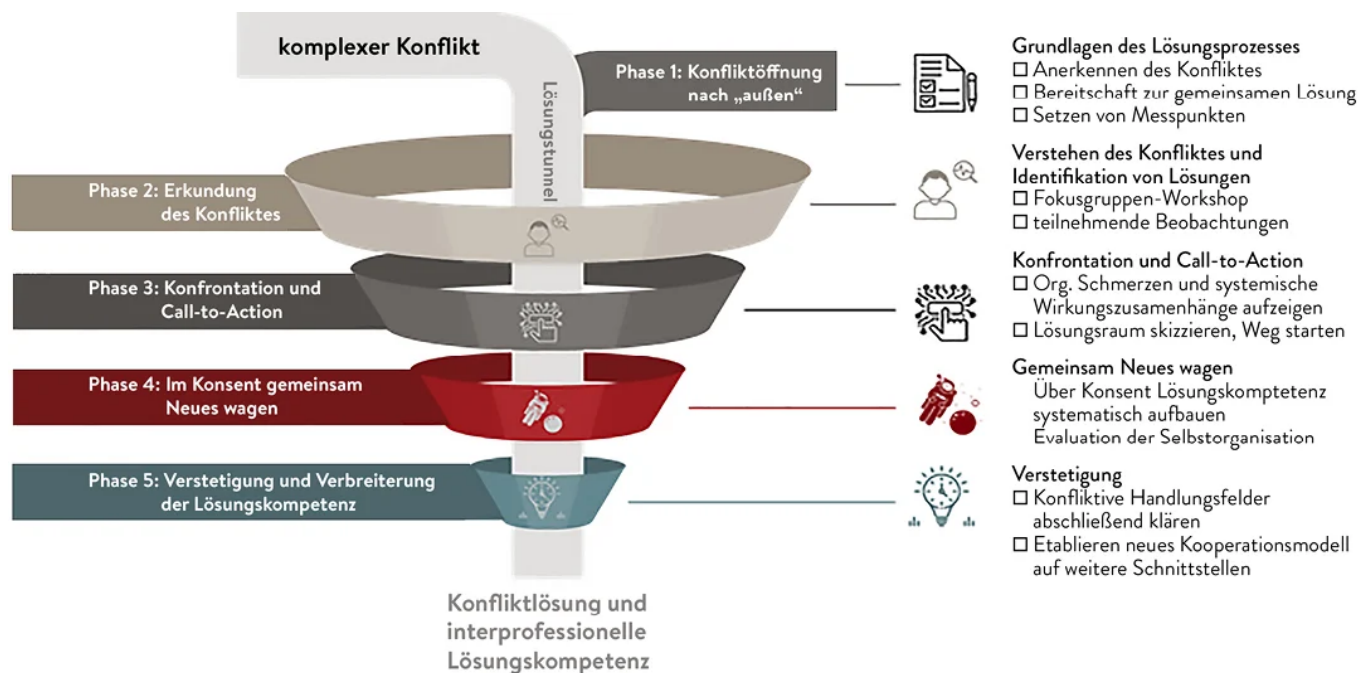


Abb. 1: 5-phasiger CoToCo-Prozess©

## Praxisperspektive: Gemeinsame Konfliktlösung als Sprungbrett zu Selbstorganisation – Der CoToCo-Prozess© (Conflict to Cooperation)

Gerade institutionelle Konflikte im Krankenhaus brauchen dauerhafte Bewältigungsmechanismen, die verhindern, dass bspw. der „Kampf um Intensivkapazität“ zu einem täglichen, energieraubenden Gefecht wird. Wir als externe Partner von Kundenstrukturen der Gesundheitsversorgung sind vielfach mit solch systemimmanenten Konflikten konfrontiert. Dabei kommt der Anruf in der Regel nicht von den Konfliktparteien selbst, sondern von einer dritten Partei, z. B. der Geschäftsführung, der Pflegedirektion oder auch der Personalentwicklung, die eine „Traditionalisierung“ des Konflikts mit Tendenzen zur Eskalation beobachten.

Erreichen uns solche Anfragen, ist dies für uns Gelegenheit, neben der konkreten Klärung des Konflikts Mechanismen der Selbststeuerung und Aushandlung zu stärken. Unser 5-phasiger CoToCo-Prozess© bietet die Chance, aus einem Konflikt eine konstruktive Zusammenarbeit zu entwickeln bzw. zu revitalisieren.

Anhand eines unserer Praxisfälle möchten wir diesen Prozess demonstrieren.

## **Phase 1: Den Konflikt sichtbar machen, Commitment abholen – Konfliktöffnung mit den Parteien**

Ziel der ersten Phase ist das Schaffen der passenden Grundlagen für den nachfolgenden Prozess – quasi die Definition der Basiskonfiguration.

Jüngst saßen wir beispielsweise zusammen mit einem Geschäftsführer eines Maximalversorgers in einer mittelgroßen Stadt, der quasi als Sponsor des Themas fungierte sowie seinen ChefärztInnen der Anästhesie, der Allgemein- und Viszeralchirurgie, der Unfallchirurgie, der Gefäßchirurgie sowie der Thoraxchirurgie. Diese betrieben gemeinsam eine operative Intensivstation, die klassischerweise die Engstelle für die Frage bildete, welche und wie viele elektive Eingriffe für wann einbestellt werden können, die (potenziell) intensivpflichtig werden. Während die Anästhesie beklagte, dass der Station regelmäßig mehr PatientInnen, inkl. dem zwangsweisen Notfallgeschäft, zugeführt wurden, als eigentlich behandelbar, waren die ChefärztInnen der schneidenden Fächer wechselseitig darin verhaftet zu beklagen, dass sie keinen ausreichenden Zugriff auf die Betten hätten, ihre vorgesehenen Kontingente überschritten, und/oder elektive PatientInnen kurzfristig abgesagt würden. Es wurde von regelmäßigen Situationen berichtet, wo es auf der ITS hitzig wurde, weil plötzlich postoperative PatientInnen in der Tür standen.

In dieser Phase streben wir an, das Gespräch so sachlich wie möglich zu führen. Gegenseitige Vorwürfe entstehen rasch, sodass wir großen Wert und eine gewisse moderative Strenge legen, jeden Beteiligten sachlich die Situation aus seiner Perspektive schildern zu lassen und die Anderen gewissermaßen zu „zwingen“, einfach zuzuhören, um nicht direkt wieder in das Dramadreieck einzusteigen. Am Ende eines solchen Gesprächs steht für uns, Commitment von den Beteiligten in zwei Fragen abzuholen:

1. Wollen Sie den Konflikt gemeinsam angehen? – Nicht selten haben Konflikte auch (irrationale, emotionale) Vorteile und Beteiligte wollen daran festhalten.
2. Sind Sie bereit, sich dem Konflikt zu stellen? Letzteres ist wichtig, da wir jetzt beginnen, den Konflikt genauer auszuleuchten.

## **Phase 2: Den Konflikt ausloten – Fokusgruppen und teilnehmende Beobachtung**

In der zweiten Phase geht es darum den Konflikt, seine katalytischen Elemente sowie Auswirkungen möglichst weitreichend zu verstehen.

Wir gehen mit denen ins Gespräch, die auch Teil des Konfliktes, mindestens Betroffene sind. Dabei kann es durchaus Überraschungen geben, da oftmals die initialen „Streithähne“ gar keine Vorstellung davon haben, wer alles von den Auswirkungen eines Konflikts betroffen ist. Hier beginnen wir mit Fokusgruppeninterviews in den naheliegenden

Kerngruppen, in unserem Beispiel also mit den Pflegenden und ÄrztInnen der ITS. Von da arbeiten wir uns – auch nach deren Hinweisen – weiter vor. In diesem Fall sprachen wir auch mit KollegInnen der Holdingarea, ärztlichen KollegInnen der jeweiligen Ambulanzen aber auch mit der administrativen Patientenaufnahme elektiv. Ferner hospitierten wir (bspw. bei der chirurgischen Morgenrunde, bei der ITS-Visite), um unser Eindrucksset zu komplettieren. Ein positiver (Neben-)Effekt dieser Intervention ist, dass die Betroffenen das Gefühl haben, dass etwas getan wird. Auch sammeln wir in dieser Phase bereits Ideen der Betroffenen ein, was man anders machen könnte. Das hat den Vorteil, dass wir das Lösungspotenzial der Organisation aktivieren und erste Ansatzpunkte für Lösungen generieren, die von den Beteiligten als tatsächlich praktikabel wahrgenommen werden.

## **Phase 3: Konfrontation und Call to action – Schmerz in Handlung übersetzen**

In der dritten Phase verdichten wir die Analyseergebnisse und konfrontieren die initiale Gruppe. Häufig erleben wir großes Erstaunen, welche Kreise der Konflikt zieht und welche Blüten er im Alltag treibt

Beispielsweise waren die ChefärztInnen sehr überrascht, in welchem Umgangston die Pflegenden auf der ITS zuweilen angegangen wurden. Auch hier ist große Aufmerksamkeit von uns gefordert, ein Schuldzuweisungsspieler oder eine Ursachenanalyse auf persönlicher Ebene zu vermeiden. Vielmehr gilt es, gezielt nach vorne gerichtetes Commitment für Veränderung zu erzeugen. Dafür ist es übrigens unerheblich, noch mal die genauen Ursachen, und evolutischen Entwicklungen des Konflikts aufzuarbeiten. Wichtig ist nur, den gemeinsamen Willen nach vorne zu haben.

Wir stellen daher die Frage: Wer kann dieses Thema eigentlich lösen? Und wer muss beteiligt werden? Hier geht es darum, den Konflikt nicht wieder dahin zu verlagern, wo er eigentlich nicht gelöst werden kann, also in unserem Beispiel kann der Konflikt nicht dauerhaft gelöst werden zwischen den Pflegenden der ITS und den Anästhesiepflegekräften der Holdingarea (die sich aber immer wieder wechselseitig Druck machen), genauso wenig wie zwischen den AssistentInnen der ACH, UCH und GCH.

## **Phase 4: Gemeinsam Neues wagen – Aushandlung im Konsentverfahren als neuer Modus der Selbstorganisation**

Sind Verantwortlichkeiten festgestellt und Veränderungswille erreicht, steigen wir mit der Gruppe in einen moderierten Prozess ein, der gewissermaßen die Nagelprobe für einen neuen Modus der Zusammenarbeit ist. In dem hier eine Zusammenarbeit, straff gesteuert und moderiert, eingeübt wird, sollen die Beteiligten lernen, künftig selbst in diesem Modus zu arbeiten. Das beginnt damit, dass wir initial Spielregeln festhalten (z.B. „Wir reden nicht im kategorischen Imperativ.“, „Wir tragen nur Ideen vor, auf die wir selbst Einfluss haben.“), auf die wir rigoros verweisen. Wichtig ist dabei die Einführung des sogenannten Konsentprinzips, dem Entscheidungsmodus der Soziokratie, in dem alle Entscheidungsträger als gleichberechtigt begriffen werden. Konsent bedeutet dabei, dass Entscheidungen getroffen werden, wenn keiner der Beteiligten einen schwerwiegenden Einwand hat.

Im zweiten Schritt entwickeln wir mit den Beteiligten eine gemeinsame Landkarte von Handlungsfeldern. In unserem konkreten Beispiel waren das u. a. die Themen „Interdisziplinäre Belegung der ITS – Verteilungsmodus“, „Abflussgestaltung aus OP/Holding Area/Aufwachraum“, „Disziplinübergreifendes Einbestellungsmanagement“, „Interdisziplinäre prästationäre und präoperative Vorbereitung“ etc.

Dann loten wir aus, wen die Gruppe als interne ExpertInnen dazu ziehen will. Insgesamt arbeiten wir in einem agilen Modus, d. h., wir nehmen uns ein Handlungsfeld vor und erarbeiten in Lösungssprints Ideen für seine Veränderung. Input hierfür sind, neben den Lösungsideen der Fokusgruppen aus Phase 2, der Input der internen ExpertInnen, die erarbeitete Lösungsideen gleich einem Realitycheck unterziehen. Gibt es eine konsentfähige Lösung, d. h. eine Lösung, die zunächst ohne schwerwiegende Einwände testbar ist, wird diese erprobt. Nach vier Wochen wird evaluiert und ggf. nachgeschärft und dann das nächste Handlungsfeld mit dem nächsten internen ExpertInnenkreis bearbeitet. Nicht nur werden durch diesen Modus, sprichwörtlich, Betroffene zu Beteiligten gemacht. Auch lernen die Konfliktparteien, konstruktiv, natürlich auch durch die Gesprächsregeln, gemeinsam Lösungen zu finden. Wertvoll ist dabei der Modus des „agilen Arbeitens“, also das Arbeiten in „gut genügenden Lösungen zum Ausprobieren“. Durch die jederzeitige Reversibilität lassen sich Brücken bauen, Dinge auszuprobieren, selbst wenn sich einzelne Beteiligte damit zunächst unwohl fühlen mögen.

## **Phase 5: Verstetigung**

Wenn dieser Arbeitsmodus erprobt und etabliert ist – und dabei darf es zwischendrin ruhig noch mal krachen, um dessen Belastbarkeit zu erproben – ziehen wir uns sukzessive zurück. Statt uns kommt immer eine der (ehemaligen) Streitparteien rotierend in die Verantwortung, den Aushandlungsprozess zu moderieren, auf die Einhaltung der Spielregeln zu achten und insbesondere das Konsentverfahren zu leiten. Wenn die identifizierten Handlungsfelder abgearbeitet sind, kann sich die Runde auflösen. Wir haben aber die Erfahrung gemacht, dass a) bei dieser Art von Konflikten immer mal wieder Reibungspunkte entstehen, sodass es empfehlenswert ist, die Runde – gewissermaßen im Standby-Modus – aufrechtzuerhalten. Und b) bewährt sich die Runde als generelles Entscheidungsmedium für strittige operative Alltagsfragen häufig so gut, dass die Zusammenarbeit in diesem Kreis einfach routinehaft aufrecht erhalten bleibt. Beispielsweise hat es sich in unserem Fall, allerdings zugegebenermaßen erst nach Wochen der Annäherung, etabliert, dass ACH, UCH, GCH und TCH einmal die Woche ein gemeinsames „Elektivboard“ machen, wo sie Kapazitäten für elektive Eingriffe im Konsentverfahren so verteilen, dass möglichst jeder in der kommenden Woche das Programm fahren kann, was – bei durchschnittlicher Notfallbelastung – möglich ist.

## **Ausblick: Der Konflikt als Ausgangspunkt für kooperativere, selbstorganisierte Zusammenarbeit?**

Zugegeben, aus einer – möglicherweise lange Jahre währenden – Konfliktkonstellation den Sprung in eine lösungsorientierte und selbstorganisierte Zusammenarbeit zu machen, ist kein Selbstläufer. Es braucht, allen Differenzen zum Trotz, Mut, grundsätzlichen Veränderungswillen und Frustrationstoleranz der Beteiligten. Rückschläge gibt es in diesem Prozess immer wieder und gerade das Übergehen der Verhaltensregeln in Fleisch und Blut der Beteiligten braucht Zeit. Langfristig bietet unser Verfahren die Chance, genau an die Punkte im Krankenhaus zu kommen, an denen es immer schon geschmerzt hat, um diese einem dauerhaften, effektiven Verhandlungsmodus zuzuführen. Wir sagen bewusst „Verhandlungsmodus“, denn institutionelle Konflikte bringen immer wieder Themen hervor. Sie lassen sich – per definitionem – nicht lösen, wohl aber zum Gegenstand von Verhandlung machen, in denen für Einzelsachverhalte Lösungen gefunden werden. Hierdurch entstehen im klinischen Alltag dauerhaft weniger Reibungsverluste.

## **Literatur**

- [1] Glasl, Friedrich (1999). Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater (6. Aufl.), Bern.
- [2] Kohlrieser, George (2018): How to manage conflict: Six essentials; From hostage negotiations to the boardroom, these tips work; in: Perspectives for Managers (2018) N 1-18.
- [3] Rüttinger, B., & Sauer, J. (2000): Konflikt und Konflikt lösen. Kritische Situationen erkennen und bewältigen (3. Aufl.), Leonberg.
- [4] Solga, Marc (2014): Konflikte in Organisationen; in Nerdinger/Blickle/Schaper: „Arbeits- und Organisationspsychologie“, Berlin; S. 119-132.

*Ostermann S, Passow S: BDC-Praxistest: Konflikte als Katalysator für Selbstorganisation – Der CoToCo-Prozess©. Passion Chirurgie. 2021 Januar/Februar; 11(01/02): Artikel 05\_01.*

## Autoren des Artikels



**Dr. Simone M. Ostermann**

Director  
Nordlicht Management Consultants GmbH  
Nürnberger Str. 14-15  
10789 Berlin  
[> kontaktieren](#)



**Sebastian Passow**

Geschäftsführer  
Nordlicht Management Consultants GmbH  
Zirkusweg 1  
20359 Hamburg  
[> kontaktieren](#)