© Owl Illustration Agency – unsplash.com

„Abhängigkeiten wirken über alle Karrierestufen hinweg“

Ein Beitrag von Dr. Caroline Gewiß und Dr. Nina Hector

wir sagen] **Es braucht tiefgreifende, strukturelle Veränderungen, jenseits individueller Coachingangebote für Chefärzte, um inadäquate Führung offenzulegen und falsche Abhängigkeiten tatsächlich zu reduzieren.**

was wir damit meinen] Abhängigkeiten in Klinikbetrieben sind in der Weiterbildung am stärksten ausgeprägt, wirken aber über alle Karrierestufen hinweg. Nötig sind transparente Entscheidungsprozesse im Recruitment für Einstellungen und Aufstieg, Projektvergabe und Autor/-innenschaften. Meldesysteme existieren, greifen jedoch zu kurz, wenn die psychodynamischen Mechanismen der Betroffenen und des Umfelds nicht mitgedacht werden. Das Kernproblem ist die starke Abhängigkeit von Weiterbildungsbefugten, die zugleich ökonomischem Druck unterliegen und je nach Arbeitsumfeld zusätzlich über wissenschaftliche Karriereschritte entscheiden. Diese Kon-

[GESUNDHEITSWESEN]

In einem kürzlich geführten *ZEIT*-Gespräch[A] zum Thema Machtmissbrauch und diskriminierende Arbeitsatmosphäre in medizinischen Klinikeinrichtungen ging es zwischen den vier Gesprächspartner/-innen[B] heiß her. Denn während ein Teil der Teilnehmenden strukturelle Missstände und kompromittierende Hierarchien für die systematische Einschüchterung und das Kleinhalten von Ärzt/-innen durch Vorgesetzte verantwortlich sah, verneinte die andere Seite derartige Phänomene und Systemfehler. Eine der Gesprächspartnerinnen, Dr. Nina Hector, ist Ärztin in Weiterbildung für Innere Medizin an einer Universitätsklinik, Delegierte in der Ärztekammer Hamburg in der Marburger Bund-Fraktion und hat zusammen mit Dr. Caroline Gewiß das Start-up doc:resource gegründet. Außerdem podcasten beide in „Sektion der Macht“ über Machtstrukturen in der Medizin. Im vorliegenden Beitrag erläutern sie ihre Sichtweisen zu vorherrschenden Praktiken.

[A] „Die Medizin wird absolut hierarchisch gesteuert, wie die Armee“, Interview von Anant Agarwala und Hanna Grabbe, *ZEIT am Wochenende*, Ausgabe 05/2026

[B] Zu den vier Gesprächspartner/-innen der *ZEIT*-Runde gehörten: Prof. Dr. Thorsten Schlomm, Dr. Kai Pieritz, Dr. Nina Hector und Dr. Susanne Johna

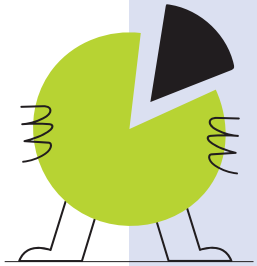
stellation verstärkt eine Kultur, in der Ressourcenbewusstsein als Schwäche gilt. Veränderbar ist das, beginnend mit individueller Selbstreflexion, aber zum Beispiel auch realistischen Personalbemessungssystemen. Strukturell braucht es Arbeitsmodelle, die intensive soziale Verantwortung geschlechterunabhängig mit beruflicher Kontinuität verbinden. Dafür steht unser Pendelmodell.

„Es braucht umfangreiche innerliche und **äußerliche Haltungs-, Struktur- und Kulturveränderungen,** damit Kliniken und Praxen als Arbeitswelt sicherer werden."

Dr. Caroline Gewiß und Dr. Nina Hector

wir sagen] **Viele junge Ärzt/-innen äußern sich nicht zu Missständen, oft aus Angst vor ganz konkreten Karrierefolgen. Hier braucht es Schutzmechanismen, damit Whistleblowing oder Kritik im Klinikalltag, ohne informelle Sanktionen möglich sind.**

was wir damit meinen] Dabei geht es nicht nur um die direkten Betroffenen, sondern auch um die Personen, die im Raum sind, wenn Machtmissbrauch oder Übergriffe stattfinden. Also um diejenigen, die weder proaktive Täter/-innen noch die direkten Zielpersonen eines Übergriffs sind. Den Begriff „Opfer" vermeiden wir bewusst. Es gibt Situationen, in denen eine Täterrolle klar ist. Die Zielperson geht jedoch nicht in die Opferrolle. Diese Differenz ist wichtig. Um das habituelle Schweigen zu durchbrechen, braucht es ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren. Hierzu zählen juristische Konsequenzen mit klarer Signalwirkung. Ein formal offener Meldeweg allein reicht nicht aus. Ebenso ein Faktor: Das Sozialgefüge bzw. unsere Kultur im Miteinander. Wir stehen kurz davor, dass der Raum aufhört zu schweigen, aber für die Weiterentwicklung des sozialen Codes braucht es Sprachfähigkeit. Einfache, klare, aus Überzeugung direkt ausgesprochene Sätze, befähigen beispielsweise, Grenzen situativ zu markieren. Dabei ist es wichtig, dass diese Sprache von „so weit oben" wie möglich in der Situation vorgelebt wird. In diesen Kontext gehört auch das Bewusstsein, dass Schweigen Mittäter/-inschaft ist, auch wenn man innerlich widerspricht. Einfache Sätze können sein: „Wie meinen Sie das?", „Stopp. Hier findet eine Grenzüberschreitung statt." Oder im Nachgang: „Wie geht es dir? Ich habe den Übergriff wahrgenommen. Ich habe mich nicht getraut, etwas zu sagen. Ich schreibe ein Gedankenprotokoll und schicke es dir. Wenn du melden möchtest, bezeuge ich das." Genau hier setzt **doc:resource** an. Unsere Zielgruppe sind veränderungsaffine Personen und Organisationen im Gesundheitswesen. Menschen, die wissen, dass sich etwas ändern muss, aber noch nicht wissen, wie. Diese Haltung zu stärken und konkrete Handlungsmöglichkeiten sichtbar zu machen, ist Kern unserer Formate. Am Ende braucht es beides: konsequente Täter/-inverurteilungen und einen Kulturwandel. Dabei geht es um nichts Geringeres als eine zukunftsfähige Patient/-innenversorgung.



Umfragebeispiel
Hamburg

Im September 2025 stellte der Landesverband Hamburg des Marburger Bunds die ernüchternden Ergebnisse einer Mitgliederumfrage zu Machtstrukturen und Führungskultur in Kliniken vor. Dabei gaben **87 Prozent der Befragten an, Machtmissbrauch oder ungerechtfertigte Einflussnahme in der Klinik erlebt oder beobachtet zu haben,** 36 Prozent vereinzelt, 51 Prozent sogar mehrfach.

Quelle: www.marburger-bund.de/hamburg

Hier gehts zu den Ergebnissen der Mitgliederumfrage.

doc:resource
Medizin darf klüger werden

Pendelmodell by
doc:resource

Das Modell strukturiert soziale und berufliche Verfügbarkeiten neu. Ohne Teilzeitlabel, sondern mit Verantwortlichkeiten für Soziales und Erwerbstätigkeit. Karriereambitionen und soziale Zeittaktgebung gehen lebensphasenadaptiert und vollzeitnah integrativ zusammen. Die organisatorischen Voraussetzungen werden auf ein praxisnahes Prinzip vereinfacht, das seine Wirkung auch für schichtgebundene Betriebe wie zum Beispiel Kliniken entfaltet.

Illustration oben: © Owl Illustration Agency – unsplash.com

wir sagen **Der zunehmende wirtschaftliche Druck auf ärztliche Entscheidungen belastet den Klinikalltag dramatisch. Dies hat auch Folgen für die Patientensicherheit.**

was wir damit meinen Das zentrale Problem liegt in der heutigen Diskrepanz zwischen Abrechnungslogik und Krankheits- und Behandlungsrealitäten. Sie sind nicht organisch zusammengewachsen. Ärztliche Leitungspersonen, deren Existenz auch nur indirekt an kaufmännische Vorgaben gekoppelt ist, können Interessenskonflikte in der Patient/-innenorientiertheit haben. Diese können dann über Abhängigkeiten über die Weiterbildung wie durch ein Ventil an die Patient/-innen durchgereicht werden. Standardisierte, klare Krankheitsbilder sind weniger anfällig. Komplexe, diagnostisch offene Verläufe geraten hingegen unter Verweildauerdruck. Gleiches gilt für komplexe Indikationsstellungen oder Situationen, in denen der reine Patient/-innenwunsch eine medizinische Abweichung erfordern würde. Die kaufmännische Perspektive spürt ökonomische Risiken, ohne die konkreten Auswirkungen der eigenen Entscheidungen am Krankenbett direkt zu erleben. Gleichzeitig verfügt sie über erhebliche Umsetzungsmacht. Die Ärzt/-innen, die dann das Patient/-innengespräch durchführen, erleben die unmittelbaren Folgen. Für die Patient/-innen und für sich selbst. Ärztliche Leitungspositionen stehen häufig dazwischen. Daraus entsteht eine strukturelle und persönliche Spannung, die auch fachlich berechtigte Einwände erschwert. Zudem wird genau in diesen Spannungssituationen auf Weiterbildung verzichtet oder sie wird oberflächliches Beiprodukt. In der Breite und langfristig gesehen, entsteht so ein tiefgreifender Verlust an Behandlungsqualität. Dabei fällt uns auf, wie still die kaufmännische Sicht in dieser Debatte ist. Die direkten menschlichen Konsequenzen von Entscheidungen müssten gerade in diesem Berufsfeld von großem Interesse sein.

„Die Menschen in diesem System, die am meisten behaupten, dass es dieses Problem nicht gibt, obwohl mittlerweile als Strukturproblem in Umfragen belegt, **sind häufig die Menschen, aus deren Handeln heraus die Probleme auftreten,** über die wir reden."

Dr. Caroline Gewiß und Dr. Nina Hector

Gelistet in den Apple Management Charts!*

*Top-Platzierungen in DE und AT laut Podscan.fm (Stand: Februar 2026).

Mehr zu doc:resource

Wir arbeiten bei doc:resource systemisch. Unsere Einschätzungen beruhen auf jeweils zehn Jahren Berufserfahrung an unterschiedlichen Kliniken und einem ebenso langen Leben im ärztlichen Umfeld. Wir greifen auf vielfältige Lebensrealitäten und sogenannte Einzelsituationen zurück. Sie sind nicht Ausdruck unserer direkten Erlebnisse an unseren Arbeitsplätzen. **Die Tragweite von Machtmissbrauch hat uns zur Gründung geführt und wird zudem seit Sommer 2025 durch Umfragen des Marburger Bundes belegt**.[1,2] Eine bundesweite Umfrage ist am 6. Februar 2026 gestartet. Der Marburger Bund hat eine eigene Rubrik auf seiner Website eingeführt.[3]

In unserer Arbeitsweise lassen wir bewusst konkrete Personen, Abteilungen und Kliniken außen vor. Dadurch entsteht trotz der Schwere des Themas ein unerwartet offener Gesprächsraum. Wir sprechen über Dynamiken, nicht über Personen. So werden die Umstände öffentlich besprechbar und damit veränderbar. Umstände, über die man sonst nur schwer oder gar nicht, oder eben im Kontext von Whistleblowing, sprechen kann.

doc:resource wurde initial durch ein Female Accelerator Programm der Universitätsklinik sowie durch das EXIST Women Stipendium des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz gefördert. Das Stipendium richtete sich an Gründungsideen zur Transformation des Gesundheitswesens.

© doc:resource

„Machtstrukturen verstehen und Medizin neu denken: Der Podcast **Sektion der Macht** liefert die Lösungsansätze für den kulturellen Wandel im Gesundheitswesen.

Illustration: © Owl Illustration Agency – unsplash.com

wir sagen **In Medizinstudium und Fachärzt/-in-ausbildung ist eine Mitentwicklung von Führungsskills nicht vorgesehen. Insbesondere betrifft dies die Persönlichkeitsentwicklung. Der gekonnte Umgang mit den eigenen blinden Flecken fehlt häufig. Auch das kreiert eine unsichere und undurchlässige Arbeitswelt, vor allem für Frauen, Menschen mit Migrationsgeschichte und unterschiedlicher sozialer Klassen.**

was wir damit meinen Die Menschen in diesem System, die am meisten behaupten, dass es dieses Problem nicht gibt, obwohl mittlerweile als Strukturproblem in Umfragen belegt, sind häufig die Menschen, aus deren Handeln heraus die Probleme auftreten, über die wir reden. Und diese Menschen sitzen viel in Entscheidungs- und Deutungspositionen, von ihnen gehen Abhängigkeiten aus. Der blinde Fleck liegt in der ärztlichen Sozialisation oft bei Empathie. Und zwar zuerst bei Empathie mit sich selbst. Wenn jemand keinen Zugang zu den eigenen Grenzen hat, kann Überlastung kaum kommuniziert werden. Es findet kein souveräner Umgang damit statt, obwohl eigentlich dieses Störgefühl sehr wichtig sein kann. Es kann Optimierungsbedarf und Entwicklungspotenzial anzeigen. Statt sich selbst und die Situation zu reflektieren und frühzeitig einen Ressourcenabgleich und eine Prozessanpassung vorzunehmen, wird Überlastung kategorisch als persönliche Schwäche bewertet. Dann wird nicht gehandelt, sondern durchgehalten. So stauen sich Dinge auf. Und genau da stehen wir jetzt. Beim Thema Machtmissbrauch. Und einem großen Wunsch, aus dem Be-

Mentalitäts-Shift

Illustration: © Owl Illustration Agency – unsplash.com

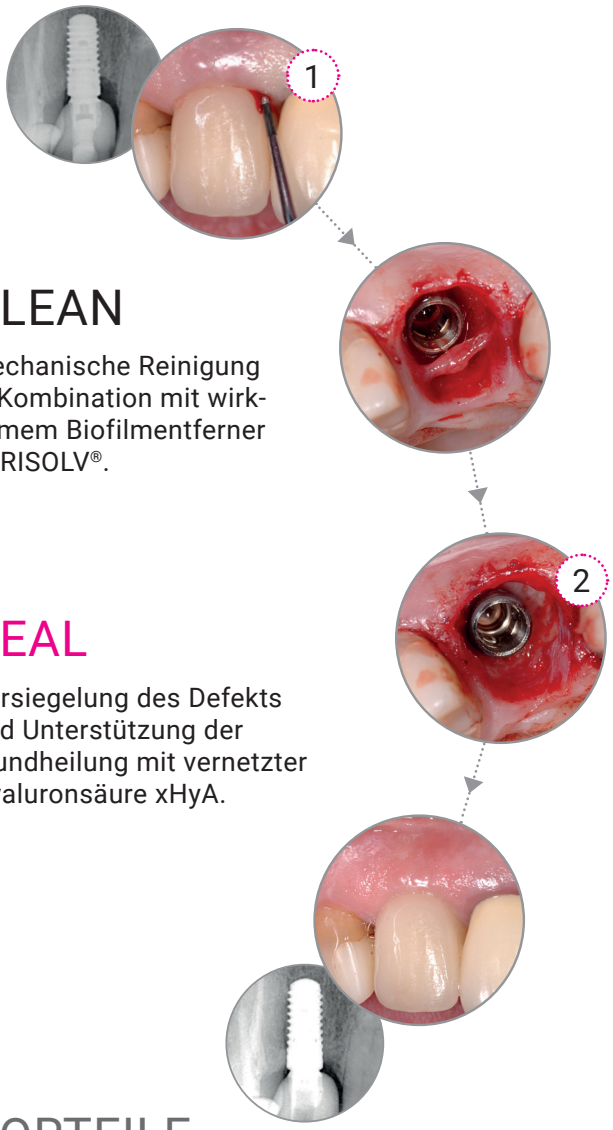
Das Festhalten an monokulturellen Leistungsbegriffen und toxischen Abhängigkeiten ist „mit Ansage gegen die Wand".

ANZEIGE

REGEDENT smart regeneration

CLEAN & SEAL®

Frühe und wirksame Behandlung von periimplantären Infektionen



1. CLEAN

Mechanische Reinigung in Kombination mit wirksamem Biofilmentferner PERISOLV®.

2. SEAL

Versiegelung des Defekts und Unterstützung der Wundheilung mit vernetzter Hyaluronsäure xHyA.

VORTEILE

- Beschleunigte Wund- und Gewebeheilung
- Stabilisierung und Schutz des Wundraums
- Erleichterte Entfernung von Biofilm und Granulationsgewebe

CLEAN & SEAL®

Weitere Infos

www.regedent.de

© Owl Illustration Agency – unsplash.com

ruf auszusteigen.[4] Wir haben keinen gesunden Umgang mit unseren Ressourcen. Deshalb gelingt es uns auch nicht, im Zusammenspiel mit den anderen Akteuren im Gesundheitswesen realistisch unsere Verfügbarkeiten zu positionieren und in Prozesse einzuflechten. Neben Machtmissbrauch ist dafür beispielsweise auch die ärztliche Personalbemessung, der Umgang mit Überstunden und die unbeholfene, undurchdachte und häufig destruktive Diskussion um die sogenannte „Voll- und Teilzeit" symptomatisch. Diese Begrifflichkeiten schaffen wir in unserer Sprache ab und ersetzen sie durch „lebensphasenadaptierte Arbeitszeit", gekoppelt an die Wochenstundenzahl, die je Kontext wirklich gerade gemeint ist. Der Weg raus aus aufreibenden Diskussionen mit realitätsfernen Begriffen braucht ein inneres Bedürfnis beider Seiten, die Kausalität der jeweils anderen Perspektive nachzuvollziehen. Und dann hinzuzunehmen, welche Kontextfaktoren sich verändert haben und welche Emotionen eine Rolle spielen. So entsteht eine Brückenbildung und man kann anfangen, wieder zu atmen. Anschließend ist das Ziel, zu filtern, was nach vorn hin mit konstruktiver Grundhaltung am ehesten sinnvoll zu erhalten ist und was verändert werden muss. Damit sind konkret auch laterale Entscheidungswege, veränderte Personalpolitik, 360-Grad-Feedback und ähnliche Tools gemeint. Am Ende braucht es umfangreiche innerliche und äußerliche Haltungs-, Struktur- und Kulturveränderungen, damit Kliniken und Praxen als Arbeitswelt sicherer werden. Und auch das gilt branchenübergreifend. Für Frauen, für intersektional diskriminierte Menschen und in der Medizin noch für Jungmediziner/-innen. Letztlich für alle Menschen im System. Zentral wichtig ist, zu verstehen, dass dies gleichbedeutend damit ist, diesen Beruf endlich wieder leistungsorientiert, effizient und zukunftsfähig nach vorn hin aufzustellen. Weil so wirklich Talent, wacher Geist und Produktivität unabhängig aller sogenannten „Diversitätskriterien" zählen würde. Und eben nicht mehr primär Geschlecht, Vitamin B, Macht gekoppelt an lebenslange Vollverfügbarkeit, in der dann die bisher monokulturell entstandene „Leistung" stattfindet. Das bisherige System ist darauf angelegt, blinde Flecken zu züchten, die aus dem Inneren nicht reflektiert werden können. Das ist mit Ansage gegen die Wand.

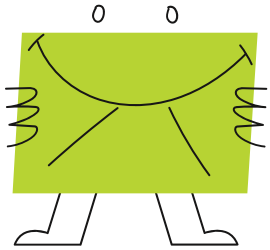
Selbstreflexion und das Wahren der eigenen Belastbarkeit sind Kernkompetenzen professionellen ärztlichen Handelns. Nur wer seine Ressourcen steuert, garantiert langfristige Patientensicherheit und Innovationskraft.

Quellen

ANZEIGE

wir sagen] **Wir möchten mit doc:resource die Transformation im Gesundheitswesen aktiv mitbegleiten.**

was wir damit meinen] Caroline und ich sind mittendrin in diesem System. Wir kennen es am Arbeitsplatz, wir kennen es im Freundeskreis. Wir erleben, welche Auswirkungen das aktuelle System auf die Ärzt/-innenschaft und die Patient/-innenversorgung hat. Wir haben unterschiedliche Arbeitskontexte kennengelernt. Stationär sowie ambulant. Als Frau ohne und als Frau mit Kindern. Wir haben beide über die Jahre hinweg sehr viel reflektiert, analysiert und besprochen. Häufig dachten wir: Das ist so unnötig, wieso machen wir es nicht einfach effizienter? Die Effizienz liegt häufig darin, menschlich und sozial nachhaltig mit uns selbst und unseren Patient/-innen umzugehen. Dafür ist das Berufsfeld gleichzeitig blind. Wir sind es gewohnt, uns das als Schwäche, fehlende Leistungsbereitschaft, gar fehlende Berufseignung selbst auszulegen, was uns eigentlich wieder belastbar, kreativ und anschlussfähig macht. Weil wir das Berufsfeld mitentwickeln würden. Die Energie dafür fehlt durch die massive Überbelastung und Arbeitsverdichtung ohne Infrastrukturinnovationen. Der Blick auf unsere Arbeitsvorstellungen ist zu kurz. Als die Ausschreibung mit der Gründungsambition zur Transformation im Gesundheitswesen kam, wussten wir: Das sind wir. Wir haben in Kürze unsere Gedanken in das Formular geschrieben. Nun sind wir hier. Unsere Formate sind Keynotes, Reverse Mentorings, Workshops und Coachings. Wir bieten Inhalt zu Transformationsprozessen im ärztlichen Beruf sowie zur Veränderungsdynamik an sich an. Außerdem halten wir branchenübergreifend Vorträge zum Pendelmodell. Zugang zu dem Thema verschaffen wir über unseren Podcast „Sektion der Macht". In die Tiefe gehen wir mit unseren buchbaren Formaten. ■



doc:resource
Medizin darf klüger werden

Für Kontaktanfragen an doc:resource – Transformationsagentur für ärztliche Kultur und Arbeitsstruktur: **docresource@outlook.com**. Eine Unterstützung des Start-ups ist auch mit **GoFundMe** möglich (Website im Aufbau).

Ähnlich in der Zahnmedizin?

Wie steht es um Machtstrukturen in der Zahnmedizin? Äußern Sie Ihre Meinung und Erfahrung, geben Sie uns Feedback unter **m.hartinger@oemus-media.de**.

Illustration oben: © Owl Illustration Agency – unsplash.com

ANZEIGE

Seien Sie dabei!

25.-27. Juni 2026
Göteborg, Schweden

Nehmen Sie teil am Implant Solutions World Summit, dem Treffpunkt für alle, die den Antrieb, den Ehrgeiz und das Engagement mitbringen, die Implantologie voranzubringen – für Sie, Ihre Praxis, Ihr Labor und Ihre Patienten.

Wir sehen uns in Göteborg, Schweden – 25.- 27. Juni 2026

Hier geht's zum wissenschaftlichen Programm, weiteren Informationen und zur Anmeldung

Dentsply Sirona

Copyright: House of Vision/Mediabank Göteborg & Co.