

# Bio.Ethik.Praxis

Zeitschrift für Medizin und Menschenbild

2026

## Heilsames Vertrauen

Die unsichtbare Kraft in Medizin  
und Pflege



# Heilsames Vertrauen

## Die unsichtbare Kraft in Medizin und Pflege



## Inhalt

- 5 **Editorial**
- Fachartikel**
- 7 Vertrauen als Fundament der therapeutischen Beziehung  
*Thomas Fuchs, Daniel Broschmann*
- 17 Die Bedeutung von Vertrauen für den Therapieerfolg am Beispiel Krebserkrankung  
*Andrea Kobleder*
- 22 „Wie soll das denn weitergehen?“ Wenn Zuversicht nicht mehr trägt  
*Elisabeth Medicus*
- 29 Wie professionelle Nähe gelingen kann: Kritische Reflexion zum Begriff der „Distanz“  
*Susanne Kränzle*
- 36 Fehlerkultur und Patientensicherheit im Krankenhaus: Zwischen Angst, Vertrauen und systematischem Risikomanagement  
*Rainer Heider*
- Freies Thema**
- 43 Selbstbestimmung ohne Gegenüber? Social Egg Freezing, Single Mum by Choice und die Grenzen der Autonomie  
*Susanne Kummer*

# Editorial



**V**ertrauen ist die beste Medizin. Doch wo es fehlt, ist der Preis hoch. Denn Vertrauen ist keine Nebensache. Es bildet die Grundlage jeder erfolgreichen therapeutischen Beziehung, in der Menschen sich in Momenten größter Verletzlichkeit „anvertrauen“. Diese unsichtbare Kraft entsteht nicht von selbst: Sie will verdient, gepflegt und geschützt werden. Doch wie entsteht Vertrauen – und wie lässt es sich schützen, wenn es unter Druck gerät?

## **Verletzlichkeit gemeinsam annehmen**

„Ich fühle mich wie in einer Maschinerie, der ich mich ausliefern muss.“ So beschreiben Krebspatientinnen ihre Erfahrung – präzise therapiert, aber nicht als Mensch wahrgenommen. Krankheit erschüttert das Vertrauen in den eigenen Körper, in Pläne, in die Zukunft. Wer krank ist, braucht ein Gegenüber, das ihn in all seinen Ängsten ernst nimmt. Vertrauen ist oft nicht die Voraussetzung, sondern das Resultat gelungener Begegnung.

## **Der Pakt des Vertrauens**

Der Philosoph Paul Ricœur spricht vom „Pakt des Vertrauens“, der jeder medizinischen Behandlung zugrunde liegt. Vertrauen lässt sich nicht verordnen. Es muss immer wieder neu gewonnen werden. Und wo es erschüttert wurde, muss es mühsam wiederhergestellt werden. Eine Kultur des offenen Umgangs mit Fehlern im Team und in der Institution muss gepflegt werden. Sie schafft Sicherheit – für Patienten und Mitarbeitende gleichermaßen.

## **Vertrauen ist die beste Medizin**

„Worauf sollen wir noch hoffen?“ Diese Frage stellt sich, wenn die großen Perspektiven wegbrechen. Die Antwort der Palliativmedizin: Wenn die großen Ziele nicht mehr erreichbar sind, werden die kleinen Spielräume umso wichtiger. Heilung ist ein Ziel – aber nicht das einzige. Wo Vertrauen gelingt, verbessern sich Beschwerden, Zufriedenheit und Lebensqualität. Es gibt keine gute Therapie ohne gute Beziehung. Wie dies gelingen kann, beleuchten die Beiträge dieser Ausgabe.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!

Ihre

A handwritten signature in blue ink that reads "Susanne Kummer". The signature is fluid and cursive.

Susanne Kummer, Herausgeberin  
skummer@imabe.org

Rainer Heider

# Fehlerkultur und Patientensicherheit im Krankenhaus: Zwischen Angst, Vertrauen und systematischem Risikomanagement



## Zusammenfassung

Medizinische Fehler zählen in vielen Ländern zu den häufigsten vermeidbaren Todesursachen – ein Problem, das weniger in mangelnder Fachkompetenz als in Defiziten bei Kommunikation, Teamarbeit und Organisationskultur wurzelt. Dieser Beitrag beleuchtet die psychologischen, organisatorischen und systemischen Dimensionen von Fehlern im Krankenhaus. Im Mittelpunkt stehen Angst als strukturelles Begleitphänomen, das Konzept der psychologischen Sicherheit sowie erprobte Safety-Tools wie CIRS, Checklisten und SBAR. Die sichersten Abteilungen sind nicht jene mit den wenigsten gemeldeten Fehlern, sondern jene, die Fehler offen kommunizieren und systematisch bearbeiten.

**D**ie Patientensicherheit stellt eine der zentralen Herausforderungen moderner Gesundheitssysteme dar. Trotz erheblicher technischer Fortschritte und zunehmender Spezialisierung bleibt die Fehlerrate in der Medizin besorgniserregend hoch. In Österreich werden jährlich etwa 1.500 vermeidbare Todesfälle in Krankenhäusern verzeichnet, in den USA gilt „Medical Error“ bereits als dritthäufigste Todesursache.<sup>1</sup> Diese Zahlen werfen grundlegende Fragen nach den Ursachen medizinischer Fehler und den Möglichkeiten ihrer Vermeidung auf. Der vorliegende Beitrag beleuchtet aus der subjektiven Perspektive eines langjährigen Leiters einer geburts-hilflich-gynäkologischen Abteilung die

psychologischen, organisatorischen und systemischen Dimensionen von Fehlern im Krankenhausalltag. Basierend auf über 2.000 Nachtdiensten und der Verantwortung von etwa 20.000 Geburten und Operationen seit dem Jahr 2005 werden sowohl die emotionalen Belastungen des medizinischen Personals als auch konkrete Ansätze zur Verbesserung der Patientensicherheit diskutiert.

## 1. Angst als Grundphänomen im medizinischen Alltag

### Ängste des medizinischen Personals

Die Arbeit im Krankenhaus, insbesondere im Nacht- und Bereitschaftsdienst, ist von vielfältigen Ängsten geprägt. Medizinisches Personal berichtet von der Angst vor Überforderung, dem Nichterkennen kritischer Situationen, inadäquaten Reaktionen vorgesetzter Ärzte sowie der grundlegenden Sorge, Fehler zu begehen. Diese Ängste sind keine Randerscheinungen, sondern strukturelle Begleitphänomene eines Systems, das hohe Anforderungen an Kompetenz, Verfügbarkeit und Entscheidungsfähigkeit stellt.

Die physiologischen und psychischen Auswirkungen dieser chronischen Belastung manifestieren sich in vegetativen Störungen wie Herzrasen, Schlafstörungen und arterieller Hypertonie. Langfristig können Angststörungen, innere Abgrenzung und defensive Verhaltensweisen wie Sarkasmus oder Wurstigkeit entstehen – Bewältigungsstrategien, die zwar individuell protektiv wirken mögen, aber das Teamklima und letztlich die Patientensicherheit beeinträchtigen.<sup>2</sup>

### Das Bedürfnis nach Sicherheit

Aus der Angst vor Fehlern erwächst ein legitimes Bedürfnis nach Sicherheit. Diese Sicherheit kann jedoch nicht durch die Illusion der Fehlerfreiheit erreicht werden. Vielmehr geht es darum, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen Fehler erkannt, kommuniziert und korrigiert werden können, *bevor* sie zu Patientenschäden führen. Die Transformation von Angst in professionellen Respekt vor der

Komplexität medizinischer Entscheidungen stellt eine wesentliche Führungsaufgabe dar.

## 2. Fehler in der Medizin: Dimensionen und Ursachen

Die Datenlage zur Fehlerhäufigkeit im Gesundheitswesen ist alarmierend. Die bahnbrechende Studie „To Err is Human“ des Institute of Medicine aus dem Jahr 1999 dokumentierte erstmals systematisch das Ausmaß vermeidbarer medizinischer Fehler.<sup>3</sup> Nachfolgende Untersuchungen bestätigten, dass medizinische Fehler in vielen entwickelten Ländern zu den häufigsten vermeidbaren Todesursachen zählen.

Die Bandbreite reicht von diagnostischen Verzögerungen über medikamentöse Verwechslungen bis hin zu chirurgischen Komplikationen. Drei beispielhafte Fallkonstellationen verdeutlichen die Problematik:

**1. Verzögerte Krebsdiagnose:** Eine Patientin mit tastbarem Brustknoten durchläuft aufgrund systemischer Verzögerungen (Wartezeiten für Diagnostik, Ambulanztermine, Tumorboard) einen Prozess von mehreren Monaten, bis die adäquate Therapie eingeleitet wird.

**2. Übersehenes Karzinom:** Bei einer Routinemammographie wird ein auffälliger Befund zur Verlaufskontrolle empfohlen, bei der Kontrolle dann als unauffällig beschrieben, ohne dass ein Vieraugenprinzip zum Einsatz kommt. Wenig später wird dieser Fehler über die Diagnose von Metastasen entdeckt.

**3. Fehldiagnose mit Therapieverzögerung:** Ein junger Patient mit akutem Abdomen wird in einer Notaufnahme symptomatisch behandelt, ohne dass eine adäquate klinische Untersuchung erfolgt. Die korrekte Diagnose (perforierte Appendizitis) wird erst nach mehreren Tagen gestellt, mit entsprechenden Komplikationen und schmerzhaften Langzeitbelastungen.

Diese Fälle illustrieren, dass Fehler selten auf einzelne grobe Fahrlässigkeit zurückzuführen sind, sondern häufig aus ei-

“  
*Assistenzärzte müssen zugeben dürfen, wenn sie sich überfordert fühlen.*”

ner Kette von Kommunikationsdefiziten, Systemschwächen und kognitiven Verzerrungen resultieren.

#### **Ursachenanalyse: Non-technical Skills**

Eine zentrale Erkenntnis der Fehlerforschung besteht darin, dass etwa 80 Prozent aller medizinischen Fehler auf sogenannte *Non-technical Skills* zurückzuführen sind.<sup>4</sup> Dies bedeutet, dass nicht mangelnde fachliche Kompetenz, sondern Defizite in Kommunikation, Teamarbeit, Situationsbewusstsein und Entscheidungsfindung die Hauptursachen darstellen.

Eine Analyse von 3.000 schwerwiegenden Ereignissen identifizierte folgende Hauptursachen:

- Kommunikationsdefizite (führend)
- Unzureichende Einschulung und Training
- Organisatorische Faktoren
- Fehlende oder mangelhafte Supervision
- Erst nachrangig: mangelnde fachliche Kompetenz

Diese Befunde widersprechen der verbreiteten Annahme, dass medizinische Fehler primär durch bessere Ausbildung und höhere fachliche Spezialisierung vermieden werden könnten. Vielmehr bedarf es einer systematischen Verbesserung der Teamkommunikation und der organisatorischen Rahmenbedingungen.

#### **Das Swiss Cheese Model: Systemische Perspektive**

James Reason entwickelte mit dem *Swiss Cheese Model* ein einflussreiches Modell zur Erklärung systemischer Fehler.<sup>5</sup> Demnach verfügen Organisationen über multiple Sicherheitsebenen, die jedoch jeweils „Löcher“ aufweisen können. Zu einem gravierenden Fehler kommt es erst dann, wenn sich diese „Löcher“ in mehreren Ebenen überlagern und somit die Sicherheitsbarrieren durchbrochen werden.

Dieses Modell impliziert, dass die Frage „Wer hat den Fehler gemacht?“ durch die Frage „Warum konnte dieser Fehler entstehen?“ ersetzt werden muss. Die systemische Perspektive lenkt den Blick auf strukturelle Schwachstellen: Sind Arbeits-

abläufe klar definiert? Existieren Redundanzen? Wird offen kommuniziert? Werden Beinahe-Fehler analysiert?

### **3. Lösungsansätze: Emotionale und rationale Ebene**

#### **Emotionale Ebene: Vertrauensbildung und psychologische Sicherheit**

Eine positive Fehlerkultur setzt voraus, dass Mitarbeitende Fehler und Beinahe-Fehler ohne Angst vor Sanktionen kommunizieren können. Das Konzept der *psychologischen Sicherheit*, maßgeblich durch Amy Edmondson geprägt, beschreibt ein Teamklima, in dem sich alle Mitglieder sicher fühlen, Risiken einzugehen, Bedenken zu äußern und Fehler zuzugeben.<sup>6</sup>

In der medizinischen Praxis bedeutet dies beispielsweise:

- Hebammen müssen Ärzte auch bei vermeintlich geringfügigen Auffälligkeiten anrufen können, ohne Zurückweisung befürchten zu müssen.
- Assistenzärzte müssen zugeben dürfen, wenn sie sich überfordert fühlen.
- Pflegepersonal muss ärztliche Anordnungen hinterfragen können, wenn diese nicht plausibel erscheinen.

Die Etablierung *psychologischer Sicherheit* ist primär eine Führungsaufgabe. Führungskräfte müssen durch ihr eigenes Verhalten signalisieren, dass das Eingestehen von Unsicherheit und das Ansprechen von Problemen erwünscht ist.

#### **Critical Incident Reporting System (CIRS)**

Das CIRS stellt ein systematisches Instrument zur Erfassung und Analyse von Beinahe-Fehlern dar.<sup>7</sup> Analog zur Luftfahrt, wo solche Systeme seit Jahrzehnten etabliert sind, sollen kritische Ereignisse gemeldet werden, und zwar bevor ein tatsächlicher Schaden entsteht. Die Auswertung dieser Meldungen ermöglicht die Identifikation von Risikomustern und die Entwicklung präventiver Maßnahmen.

Bemerkenswert ist der Befund, dass die sichersten Fluggesellschaften die höchsten Meldezahlen im CIRS aufweisen – ein Indikator dafür, dass nicht die absolute Fehlerfreiheit, sondern die systemati-

“  
Führungskräfte  
müssen durch ihr  
eigenes Verhalten  
signalisieren, dass  
das Eingestehen  
von Unsicherheit  
und das Ansprechen  
von Problemen  
erwünscht ist.

sche Fehlerbearbeitung das entscheidende Sicherheitsmerkmal darstellt.

### **Rationale Ebene: Konkrete Safety-Tools**

Parallel zur Verbesserung der Sicherheitskultur bedarf es konkreter struktureller und prozessualer Maßnahmen:

#### **1. Standardisierung und Protokolle**

Die Entwicklung evidenzbasierter Standards reduziert unerwünschte Variabilität und stellt sicher, dass bewährte Praktiken konsequent angewendet werden. Standards sollten jedoch nicht als rigide Vorschriften, sondern als Orientierungsrahmen verstanden werden, der situative Anpassungen erlaubt und ermöglicht.

#### **2. Checklisten**

Die Wirksamkeit von Checklisten wurde insbesondere durch die Arbeiten von Atul Gawande bekannt.<sup>8</sup> In der Medizin können Checklisten bei Routineabläufen (z.B. zentrale Venenkatheter, präoperative Vorbereitung...) die Fehlerrate signifikant senken. Widerstand gegen Checklisten resultiert oft aus der Befürchtung, diese würden ärztliche Autonomie einschränken, zu viel Zeit kosten oder ärztliches Handeln auf mechanische Abläufe reduzieren. Tatsächlich dienen Checklisten jedoch als *kognitive Entlastung* und ermöglichen es, in kritischen Situationen wesentliche Schritte nicht zu vergessen.

#### **3. Team-Timeout**

Das präoperative Team-Timeout ist ein strukturierter Kommunikationsprozess unmittelbar vor Operationsbeginn. Alle Teammitglieder bestätigen gemeinsam die Patientenidentität, den geplanten Eingriff und die Operationsseite. Eine im New England Journal of Medicine publizierte internationale Studie konnte eindrucksvoll nachweisen, dass durch diese simple Intervention Revisionen um 25 Prozent und perioperative Komplikationen um etwa ein Drittel reduziert werden konnten.<sup>9</sup>

Die Implementierung von Team-Timeouts erfordert allerdings einen Kulturwandel:

Hierarchische Strukturen müssen es zulassen, dass auch Berufsanfänger leitende Ärzte zur Bestätigung auffordern dürfen.

#### **4. SBAR-Kommunikation**

SBAR (*Situation – Background – Assessment – Recommendation*) ist ein strukturiertes Kommunikationsschema, das insbesondere bei telefonischen Konsultationen oder Übergaben eingesetzt wird.<sup>10</sup> Es stellt sicher, dass alle relevanten Informationen übermittelt werden, und reduziert Missverständnisse.

#### **5. Scores zur Objektivierung**

Subjektive Einschätzungen („Der Patient macht einen kranken Eindruck“) sind anfällig für kognitive Verzerrungen. Validierte Scores (z.B. Early Warning Scores, Schmerz-Scores) ermöglichen hingegen eine strukturierte Beurteilung von Wahrnehmungen und Einschätzungen und erleichtern die Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen.

#### **6. Read-Back-Verfahren**

Bei mündlichen Anordnungen, insbesondere zur Verabreichung von Medikamenten, wird die Anordnung vom Empfänger wiederholt und vom Sender bestätigt. Diese Redundanz verhindert Verwechslungen und Übertragungsfehler.

#### **7. Simulationstraining**

Regelmäßige interdisziplinäre Simulationstrainings ermöglichen es, kritische Situationen in einer sicheren Umgebung zu üben. Dabei stehen nicht primär technische Fertigkeiten, sondern Teamkoordination, Kommunikation und Entscheidungsfindung unter Stress im Vordergrund.<sup>11</sup>

#### **Die Patientenperspektive:**

##### **Worauf Patienten achten können**

Auch Patienten können aktiv zur eigenen Sicherheit beitragen. Folgende Beobachtungen können Hinweise auf eine entwickelte Sicherheitskultur geben:

**Patientenidentifikation:** Wird konsequent nach zwei unabhängigen Merkmalen



*Patienten sollten ermutigt werden, bei Unklarheiten nachzufragen und Bedenken zu äußern. Eine Kultur, die solche Nachfragen als Störung empfindet, weist auf Sicherheitsdefizite hin.*

(Name, Geburtsdatum) gefragt, auch bei bekannten Patienten?

**Checklisten-Nutzung:** Werden bei Prozeduren Checklisten verwendet?

**Team-Timeout:** Erfolgt vor Operationen eine Sicherheitsabfrage im Team?

**Standardisierung:** Existieren erkennbare Standards (z.B. bei Gipsanlagen eine routinemäßige Thromboseprophylaxe)?

**Score-Anwendung:** Werden objektivierte Bewertungsinstrumente eingesetzt?

Patienten sollten ermutigt werden, bei Unklarheiten nachzufragen und Bedenken zu äußern. Eine Kultur, die solche Nachfragen als Störung empfindet, weist auf Sicherheitsdefizite hin.

#### 4. Implementierungsbarrieren: Warum Veränderung so schwer ist

Trotz überzeugender Evidenz für die Wirksamkeit der genannten Maßnahmen gestaltet sich deren flächendeckende Implementierung schwierig. Der Hauptgrund liegt nicht in fehlenden Ressourcen oder mangelndem Wissen, sondern in der mangelnden Bereitschaft zu einer erforderlichen Verhaltensänderung.

Während neue medizinische Technologien oder Medikamente rasch Eingang in die klinische Praxis finden, stoßen Maßnahmen, die etablierte Hierarchien und ihr Rollenverständnis oder Routinen infrage stellen, häufig auf erheblichen Widerstand. Die Einführung des *Team-Timeouts* beispielsweise erfordert, dass erfahrene Chirurgen sich von Pflegepersonal oder OP-Assistenz zur Bestätigung grundlegender Fakten auffordern lassen – eine Konstellation, die traditionelle Rollenverständnisse herausfordert.

Change-Management im Gesundheitswesen muss daher über reine Wissensvermittlung hinausgehen und die emotiona-

len, sozialen und kulturellen Dimensionen von Veränderungsprozessen adressieren.

#### 5. Fazit und Ausblick

Die Verbesserung der Patientensicherheit erfordert einen Paradigmenwechsel: weg von der Suche nach individuellen Schuldigen, hin zur Analyse systemischer Schwachstellen. Medizinische Fehler sind nicht primär Ausdruck mangelnder Kompetenz, sondern inhärenter Bestandteil komplexer Systeme, in denen Menschen unter Zeitdruck, Informationsunsicherheit und emotionaler Belastung Entscheidungen treffen müssen.

Die zentrale Herausforderung besteht darin, Fehler als unvermeidlich anzuerkennen, ohne in Resignation zu verfallen. Es geht nicht darum, Fehler zu akzeptieren, sondern darum, Systeme so zu gestalten, dass Fehler frühzeitig erkannt und korrigiert werden, bevor sie zu Schäden führen.

Die vorgestellten Instrumente – von der psychologischen Sicherheit über CIRS bis hin zu konkreten Kommunikationsprotokollen – bieten erprobte Ansätze zur Verbesserung der Patientensicherheit. Ihre erfolgreiche Implementierung setzt jedoch die Bereitschaft aller Beteiligten voraus, tradierte Hierarchien und ihr Rollenverständnis zu hinterfragen und eine Kultur des offenen Lernens zu etablieren.

Aus der Perspektive eines langjährigen Abteilungsleiters kann konstatiert werden: Die sichersten Abteilungen sind nicht jene, in denen die wenigsten Fehler gemeldet werden, sondern jene, in denen die meisten Fehler offen kommuniziert und systematisch bearbeitet werden. Diese Erkenntnis aus der Luftfahrt sollte auch im Gesundheitswesen zum Leitprinzip werden.



*Die zentrale Herausforderung besteht darin, Fehler als unvermeidlich anzuerkennen, zu akzeptieren und Systeme so zu gestalten, dass Fehler frühzeitig erkannt und korrigiert werden.*

## Referenzen

- 1 Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson (Hrsg.): *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press, 2000.
- 2 Tait D. Shanafelt, Charles M. Balch, Gerald Bechamps et al.: „Burnout and Medical Errors Among American Surgeons“, in: *Annals of Surgery* 251 (2010), H. 6, S. 995–1000.
- 3 Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson (Hrsg.): *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press, 2000.
- 4 Rhona Flin, Paul O'Connor: *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-Technical Skills*. Boca Raton: CRC Press, 2008.
- 5 James Reason: „Human Error: Models and Management“, in: *BMJ* 320 (2000), H. 7237, S. 768–770.
- 6 Amy C. Edmondson: *The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth*. Hoboken: Wiley, 2019.
- 7 Jonathan Benn, Louise Wallace et al.: „Feedback from Incident Reporting: Information and Action to Improve Patient Safety“, in: *Quality and Safety in Health Care* 18 (2009), H. 1, S. 11–21.
- 8 Atul Gawande: *The Checklist Manifesto: How to Get Things Right*. New York: Metropolitan Books, 2009.
- 9 Alex B. Haynes, Thomas G. Weiser, William R. Berry et al.: „A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population“, in: *New England Journal of Medicine* 360 (2009), H. 5, S. 491–499.
- 10 Matthias Müller, Jonas Jürgens, Marcus Redaelli et al.: „Impact of the Communication and Patient Handoff Tool SBAR on Patient Safety: A Systematic Review“, in: *BMJ Open* 8 (2018), e022202.
- 11 William C. McGaghie, S. Barry Issenberg, Elaine R. Cohen et al.: „Does Simulation-Based Medical Education With Deliberate Practice Yield Better Results Than Traditional Clinical Education? A Meta-Analytic Comparative Review of the Evidence“, in: *Academic Medicine* 86 (2011), H. 6, S. 706–711.



Prim. Dr. **Rainer Heider**

FA für Gynäkologie und Geburtshilfe, Notarzt, Leiter der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, BKH Kufstein, Risk Manager

[rainer.heider@bkh-kufstein.at](mailto:rainer.heider@bkh-kufstein.at)

Mit freundlicher Unterstützung von



**Raiffeisen-Holding  
Niederösterreich-Wien**





**IMABE**

Bio.Ethik.Praxis

Zeitschrift für Medizin und Menschenbild

Jahrgang 2026

ISSN: 3061-0346