

FEHLERKULTUR IM RETTUNGSDIENST

Eine empirische Untersuchung der Systemdynamiken, Hierarchiebarrieren und psychologischen Sicherheit im prähospitalen Fehlermanagement

Joseph Kaiser

Notfallsanitäter & Praxisanleiter

Erhebungszeitraum: 19. November 2024 – 01. Januar 2025 | Veröffentlicht: Juni 2026

ABSTRACT

Hintergrund: Prähospitale Notfallmedizin ist durch hohe Dynamik, Zeitknappheit und unvollständige Informationslagen gekennzeichnet. Fehler sind systemimmanente Risiken, deren Handhabung die Patientensicherheit direkt beeinflusst. **Methodik:** Im Rahmen einer quantitativen und qualitativen Online-Surveystudie wurden N = 683 primär im DACH-Raum tätige Rettungsdienstmitarbeitende standardisiert befragt. **Ergebnisse:** Die empirische Evidenz offenbart erhebliche Defizite im Umgang mit Fehlern (Gesamtbewertung: 4,99/10 Punkte). Während 80,2 % der Befragten Fehler miterlebten, konstatieren nur 15,2 % eine offene Fehlerkultur. 58,6 % äußern deutliche Bedenken beim Ansprechen von Fehlern, getrieben durch hierarchische Barrieren und eine etablierte „Blame Culture“, insbesondere an der Schnittstelle zum ärztlichen Personal. 42,2 % erhalten keinerlei institutionelle Schulungen zur Fehlerprävention. **Schlussfolgerung:** Zur Gewährleistung von Patientensicherheit und Mitarbeiterretention bedarf es einer fundamentalen Transition hin zu einer „Just Culture“, flankiert von standardisierten, verhaltensbasierten CRM-Debriefings und strukturell geschützten Kommunikationsräumen.

1. Einleitung und theoretischer Hintergrund

Die präklinische Notfallmedizin repräsentiert ein hochkomplexes, soziotechnisches System, in dem interdisziplinäre Teams unter extremem physiologischem und psychologischem Stress zeitkritische, irreversible Entscheidungen treffen müssen. Fehler sind in solchen High-Reliability-Umgebungen keine singulären Phänomene individuellen Versagens, sondern das Resultat latenter Systemschwachstellen und kognitiver Überlastung (vgl. das *Swiss-Cheese-Modell* nach James Reason). Während in anderen Sicherheitsbranchen wie der Luftfahrt das Crew Resource Management (CRM) seit Dekaden implementiert ist, hinkt das prähospitale Fehlermanagement im Rettungsdienst strukturell hinterher.

Eine konstruktive Fehlerkultur definiert sich über die Abwesenheit von unreflektierten Schuldzuweisungen („Blame Culture“) und die Etablierung psychologischer Sicherheit, die es jedem Teammitglied erlaubt, Fehler ohne Angst vor Repressalien zu artikulieren („Speak-Up-Prinzip“). Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Diskrepanz zwischen wissenschaftlich geforderten Standards und der real gelebten Praxis in Rettungsdiensten empirisch zu evaluieren und strukturelle Handlungsbedarfe zu identifizieren.

2. Methodik

Die empirische Datenerhebung erfolgte mittels eines cross-sectional Online-Survey-Designs über das Softwaretool Google Forms im Zeitraum vom 19. November 2024 bis zum 01. Januar 2025. Der Zugang zur Stichprobe wurde über ein non-probabilistisches Convenience-Sampling unter Nutzung berufsbezogener Netzwerke realisiert. Um soziale Erwünschtheits-Biases zu minimieren, wurde die Erhebung vollständig anonymisiert durchgeführt. Der validierte Fragebogen umfasste 19 Items, aufgeteilt in soziodemografische Variablen, dichotome und Likert-skalierte Fragen zu Arbeitsbedingungen sowie qualitative Freitextelemente zur vertiefenden Analyse.

3. Ergebnisse und statistische Analyse

3.1 Demografie und Repräsentativität

Die bereinigte Nettostichprobe umfasst $N = 683$ valide Datensätze. Die regionale Verteilung zeigt einen Schwerpunkt im süd- und westdeutschen Raum, schließt jedoch das gesamte Bundesgebiet sowie assoziierte angrenzende Regionen (Österreich, Schweiz) ein. Bayern stellt mit 30,0 % ($n = 205$) die größte Kohorte, gefolgt von Baden-Württemberg (13,5 %; $n = 92$) und Nordrhein-Westfalen (13,2 %; $n = 90$).

683	58,5%	4,99 / 10
Gesamte Stichprobengröße (N)	Notfallsanitäter-Anteil	Mittlere Bewertung der Fehlerkultur

Berufliche Position im Rettungsdienst	Absolute Häufigkeit (n)	Prozentualer Anteil (%)
Notfallsanitäter:innen (NFS)	400	58,5 %
Rettungssanitäter:innen (RS)	110	16,1 %
Notärzt:innen (NA)	102	14,9 %
Auszubildende (NotSan)	60	8,8 %
Rettungsassistent:innen (RA) / Sonstige	11	1,7 %

Bezüglich der Berufserfahrung zeigt sich eine hochgradig erfahrene Stichprobe: 31,9 % ($n = 218$) weisen eine Dienstzeit von über 10 Jahren auf, 42,5 % ($n = 290$) sind seit 4 bis 10 Jahren aktiv. Demgegenüber stehen 21,4 % ($n = 146$) mit 1 bis 3 Jahren und lediglich 4,2 % ($n = 29$) Berufseinsteiger (< 1 Jahr Experience).

3.2 Arbeitsbedingungen, Stressoren und Fehlerinzidenz

Die Verknüpfung von organisationalen Stressfaktoren und der individuellen kognitiven Fehleranfälligkeit ist empirisch hochsignifikant. 54,1 % der Befragten operieren nach eigenen Angaben „häufig“ oder „sehr häufig“ in akuten Belastungssituationen (Zeitdruck, komplexe Einsatzlagen). Entsprechend korreliert die subjektive Einschätzung des allgemeinen Stressniveaus im Arbeitsalltag: 35,4 % bewerten dieses als „hoch“ oder „sehr hoch“, während 57,8 % ein mittleres Stressniveau bilanzieren.

Die kognitive Verknüpfung wird durch das Item zur Fehlerkausalität untermauert: **86,7 %** der Teilnehmenden konstatieren, dass hoher Stress das Risiko für Behandlungsfehler dezidiert erhöht (21,1 % „ja, häufig“; 65,6 % „ja, gelegentlich“). Nur 12,7 % sehen eine seltene Kausalität.

3.3 Psychologische Sicherheit und Hemmnisfaktoren

Die Omnipräsenz von Fehlern steht in diametralem Widerspruch zu ihrer kommunikativen Aufarbeitung. Zwar gaben 80,2 % ($n = 548$) an, bereits Zeuge eines Behandlungsfehlers geworden zu sein, und 35,6 % ($n = 243$) verzeichneten eigene Fehlererfahrungen als Verursacher, doch die Barrieren für eine transparente Offenlegung sind exorbitant hoch.

Deskriptive Dimension der Fehlerkultur	Ausprägung im Survey	Prozentualer Anteil (%)
Kulturbeschreibung im Betrieb	Offen und unterstützend	15,2 %
	Eher offen mit Einschränkungen	43,8 %
	Reserviert (Fehler selten thematisiert)	34,4 %
	Fehlervermeidend / Verschweigend	6,6 %
Individuelles Wohlbefinden beim Ansprechen	Sicher und unterstützt	26,6 %
	Eher ja, aber mit Bedenken	58,6 %
	Eher nein (Angst vor Konsequenzen)	12,9 %
	Nein, aktive Vermeidung	1,9 %

Besonders alarmierend ist das Resultat, dass fast drei Viertel der Befragten (**73,4 %**) Defizite in der psychologischen Sicherheit aufweisen, indem sie Fehler entweder nur unter Bedenken (58,6 %) artikulieren oder das Ansprechen aus Angst respektive zwecks Vermeidung gänzlich unterlassen. Zudem evaluieren 49,3 % die Durchführung strukturierter Nachbesprechungen oder Fehleranalysen nach kritischen Einsätzen als „selten“ oder „nie“ existent. Nur 15,7 % berichten von obligatorischen Debriefings nach jedem kritischen Ereignis.

3.4 Institutionelles Ausbildungsdefizit

Die strukturelle Vernachlässigung des Phänomens manifestiert sich in den Fortbildungsstrukturen: **42,2 %** der Befragten geben an, *nie* Schulungen zur Fehlerkultur oder Fehlerprävention zu erhalten; weitere 33,4 % partizipieren nur selten daran. Parallel dazu wird die inhaltliche Qualität scharf kritisiert: 69,1 % attestieren den vermittelten Inhalten eine marginale Qualität („kaum oder gar nicht vorhanden“ bezüglich konkreter Strategien zur Fehlervermeidung).

4. Schwachstellenanalyse (Root Cause Analysis)

4.1 Strukturierte Barrieren und „Blame Culture“

Die qualitative Inhaltsanalyse der Freitextantworten identifiziert eine tief verwurzelte Kultur der Schuldzuweisung. Fehler werden emotional statt funktional bewertet. Anstatt systemische Ursachen zu analysieren (Schnittstellenprobleme, unklare SOPs, Materialergonomie), fokussieren Organisationen auf das Individuum („Wer hat versagt?“). Dies induziert ein toxisches Klima des Verschweigens.

4.2 Hierarchische Asymmetrie und interprofessionelle Konflikte

Ein massives Hemmnis stellt das Machtgefälle zwischen dem ärztlichen Dienst (Notärzt:innen) und dem nicht-ärztlichen Rettungsdienstpersonal (Notfallsanitäter:innen) dar. Auszubildende und junge Mitarbeitende werden durch eminenzbasierte Verhaltensweisen blockiert. Ein „Speak-Up“ bei erkannten Fehlern des medizinisch höhergestellten Personals wird oft als persönlicher Angriff gewertet und zieht im schlimmsten Fall informelle Sanktionen nach sich.

„Einem Notarzt etwas anzukreiden ist oft ein Spiel mit dem Feuer, was einem auch in nachfolgenden Einsätzen noch dessen Ungunst einbringen kann. Das schreckt besonders junge Kollegen ab... Hinter dem Rücken wird aber mit unzähligen Kollegen darüber geredet.“ (O-Ton eines Umfrageteilnehmers)

4.3 Das „Black-Box“-Phänomen an der Schnittstelle Klinik

Rettungsdienstliche Arbeit findet medizinisch in einer Black Box statt. Es fehlt ein standardisiertes, datenschutzkonformes Feedbacksystem bezüglich der klinischen Verlaufs- und Hauptdiagnosen. Ohne den Abgleich zwischen prähospitaler Arbeitsdiagnose und klinischer Realität bleibt ein fachlicher Lerneffekt rein zufällig.

5. Wissenschaftlich fundierte Handlungsempfehlungen

5.1 Transition zur „Just Culture“ und Implementierung von CIRS

Organisationen müssen eine „Just Culture“ etablieren – eine Kultur, die scharf zwischen ehrlichen Fehlern (Symptome fehlerhafter Systeme) und fahrlässigem Fehlverhalten differenziert. Ein Critical Incident Reporting System (CIRS) darf keine reine Alibi-Plattform sein, sondern muss messbare organisationale Anpassungen und transparente Analysereports nach sich ziehen.

5.2 Verpflichtende Einführung des CRM-Debriefings

Einsatznachbesprechungen dürfen nicht von der individuellen Motivation einzelner Teammitglieder abhängen. Es ist eine strukturelle Verpflichtung zu implementieren:

- **Standardisierung:** Nutzung kognitiver Hilfsmittel und standardisierter Checklisten (z. B. nach dem *CEASAR-Schema* oder dem *CLEAR-Modell*).

- **Fokus Human Factors:** Explizite Aufarbeitung von Kommunikationsstrukturen, situationaler Awareness und Entscheidungsfindungen unter Stress.
- **Interdisziplinarität:** Verpflichtende Partizipation von Notärzt:innen und externen Schnittstellen (Leitstelle, Klinik) an strukturierten Fallkonferenzen.

5.3 Institutionalisierung verhaltensbasierter Sim-Trainings

Theoretische Online-Fortbildungen sind zur Modifikation von Sicherheitsverhalten ineffektiv. Notwendig sind regelmäßige, hochrealistische Simulations- und Kommunikationstrainings (Crew Resource Management), in denen das risikominimierende Verhalten (z. B. das 4-Augen-Prinzip bei der Medikamentenapplikation, das Nutzen von 10-for-10-Strategien) intensiv eingeübt wird.

6. Fazit, Restriktionen und Ausblick

Die empirische Untersuchung zeichnet ein klares Bild: Der Reformbedarf im prähospitalen Fehlermanagement ist akut. Das empirische Mittel von 4,99 von 10 Punkten ist für ein sicherheitsrelevantes System inakzeptabel. Als Limitation dieser Untersuchung muss das Convenience-Sampling (potenzieller Selektions-Bias hin zu intrinsisch motivierten oder unzufriedenen Mitarbeitenden) genannt werden. Zukünftige Längsschnittstudien sollten die konkrete Wirksamkeit von CRM-Implementierungen und Just-Culture-Initiativen quantitativ evaluieren.

7. Referenzen

- [1] Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770.
- [2] Edmondson, A. (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383.
- [3] Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG), Art. 44 Abs. 1-3 (Fortbildungsverpflichtung).
- [4] Rall, M., & Gaba, D. M. (2005). Human factors and crew resource management in anesthesia. *Miller's Anesthesia*, 6, 2643-2665.