



# **Handout: Teamwork, Fehlerkultur & Psychologische Sicherheit im Klinikum und in der Pflege**

Dieses Handout fasst zentrale Ergebnisse aus der Harvard-Forschung zu Psychologischer Sicherheit und Fehlerkultur zusammen (u. a. Amy Edmondson, Harvard Business School), mit Schwerpunkt auf Führungskräfte in Kliniken, Pflege und Verwaltung. Mit Ergänzungen von Andreas Sedlag (Kompetenztrainer und systemischer Coach) zu Fehlerkategorien, abgestimmt auf Klinik- und Pflegesituationen.

# Hintergrund

## Psychologische Sicherheit

Psychologische Sicherheit bedeutet, dass Teammitglieder keine Angst haben, Fehler oder Unsicherheiten anzusprechen. Sie fühlen sich sicher, Fragen zu stellen und Kritik zu äußern.

## Fehlerkultur

Fehlerkultur beschreibt den offenen Umgang mit Fehlern – nicht zur Schuldzuweisung, sondern zum Lernen und zur Verbesserung.



# Kernergebnisse aus den Studien



## Offene Kommunikation

Teams mit hoher psychologischer Sicherheit sprechen Fehler häufiger offen an.



## Weniger gravierende Fehler

Offene Kommunikation führt langfristig zu weniger gravierenden Fehlern.



## Lernchancen

Near Misses ("Beinahe-Fehler") sind wichtige Lernchancen.



## Schutzfaktor

In einer großen Studie (N=27.240, COVID-19-Kontext) wirkte psychologische Sicherheit als Schutzfaktor gegen Burnout und Fluktuation.

# Fehlerkategorien

Eine klare Sprache erleichtert den Umgang mit Fehlern. Vier hilfreiche Kategorien:



# 1. Beinahe-Fehler (Near Miss)

Fast wäre ein Fehler passiert, wurde aber noch rechtzeitig erkannt oder abgefangen.

## Beispiel:

Medikament vorbereitet, aber vor der Verabreichung bemerkt, dass es falsch war.



**Wichtig:** Near Misses sind wertvolle Lernchancen und sollten immer dokumentiert und besprochen werden.

## 2. Kleine Fehler

Geringe Abweichungen ohne nennenswerte Folgen, leicht korrigierbar.

### Beispiel:

Dokument falsch abgelegt, aber schnell wiedergefunden.



# 3. Bedeutsame Fehler

Fehler, die Abläufe stören, zu Verzögerungen oder Mehrarbeit führen.

## Beispiel:

- Befund kommt verspätet an
- "Stolperfalle" übersehen und Glück gehabt



## 4. Schwere Fehler

Fehler mit deutlichen Folgen für Patient\*innen, Mitarbeitende oder Organisation.

### Beispiel:

- Falsches Medikament wird verabreicht
- Fehlerhafte Patientendokumentation

❏ **Kritisch:** Diese Fehler erfordern sofortige Maßnahmen und eine gründliche Analyse zur Vermeidung zukünftiger Vorfälle.



# Empfehlungen für Führungskräfte

01

---

## Vorbild sein

Eigene Fehler eingestehen.

02

---

## Raum schaffen

Raum schaffen für Rückmeldungen und "Near Misses".

03

---

## Strukturen etablieren

Klare Strukturen für Feedback und Reflexion etablieren.

04

---

## Transparenz fördern

Offene Kommunikation stärkt Vertrauen.

# Quellen

- Edmondson, A.C. (1999): Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383.
- Edmondson, A.C. (2002): Managing the Risk of Learning: Psychological Safety in Work Teams. Harvard Business School Working Paper.
- O'Donovan, R. et al. (2020): Exploring psychological safety in healthcare teams. *BMC Health Services Research*, 20:810.
- Nemhard, I.M. & Edmondson, A.C. (2006): Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941–966.



Kontaktdaten:

Andreas Sedlag

Kompetenztrainer,  
Theaterpädagoge und  
systemischer Coach

[www.as-courage.de](http://www.as-courage.de)

[kontakt@as-courage.de](mailto:kontakt@as-courage.de)

Bilder KI-generiert