

Frank Mathwig, Torsten Meireis,
Rouven Porz (Hg.)

Fehlbarkeit und Nichtschadensprinzip

Ein Dilemma im
Gesundheitswesen



TVZ



Fehlbarkeit und Nichtschadensprinzip

T V Z

Frank Mathwig, Torsten Meireis, Rouven Porz (Hg.)

Fehlbarkeit und Nichtschadensprinzip

Ein Dilemma im Gesundheitswesen

T V Z

Theologischer Verlag Zürich

Der Theologische Verlag Zürich wird vom Bundesamt für Kultur mit einem Strukturbeitrag für die Jahre 2016–2018 unterstützt.

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Umschlaggestaltung
Simone Ackermann, Zürich
unter Verwendung einer Fotografie vom AOK-Mediendienst

Druck
Rosch Buch GmbH, Schesslitz

ISBN 978-3-290-17861-1
© 2017 Theologischer Verlag Zürich
www.tvz-verlag.ch

Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Vorwort	7
<i>Torsten Meireis/Frank Mathwig</i>	
Einleitung: Fehlbarkeit und Nichtschadensprinzip	
Ein Dilemma im Gesundheitswesen	9
I. MENSCHLICHE FEHLBARKEIT IM KONTEXT VON KRANKHEIT UND GESUNDHEIT: ZUGÄNGE	
<i>Frank Mathwig</i>	
Fehler als Chance und Risiko	15
<i>Regula Schmitt</i>	
Fehlerfreundlichkeit – Gedanken und Erfahrungen aus ärztlicher Perspektive. Ein Versuch der Kategorisierung von Fehlern und ihren Folgen.....	35
II. PERSPEKTIVEN UND INTERESSEN IM GESUNDHEITSWESEN	
<i>Michelle Salathé</i>	
Fehler und Haftungsrecht. Die juristische Sicht.....	43
<i>Konstantin Beck</i>	
Krankenversicherer und systematische Behandlungsfehler Das Fallbeispiel Yasmin	53
<i>Eva-Maria Jordi Ritz</i>	
Fehlererfassung und -vermeidung im Organisationskontext	79
<i>Cornel Schiess/Settimio Monteverde</i>	
Second Victims im Pflegealltag	
Überlegungen am Beispiel der Sturzprävention	87

**III. FEHLER, IRRTUM, SCHULD: PHILOSOPHISCHE, THEOLOGISCHE UND
PSYCHOLOGISCHE SICHTWEISEN***Monika Bobbert*

Verantwortung, Fehler und Schuld in Medizin und Pflege.....107

Isabelle Noth

Die Fehler der anderen und die eigene Schuld

Perspektiven aus Spiritual Care und Praktischer Theologie125

Autorinnen und Autoren.....131

Vorwort

Mit dem vorliegenden Band liegt die mittlerweile dritte Veröffentlichung der Berner Arbeitsgemeinschaft Ethics and Care vor. Wie im Falle der beiden vorhergehenden Ausgaben stand auch an ihrem Beginn eine Forschungstagung, die Theoretikerinnen und Praktiker verschiedener Disziplinen zusammenführte – die Beiträge der Tagung wurden durch weitere Texte ergänzt.

Der erste der vorhergehenden Sammelbände war durch das medizin- und pflegeethische Prinzip der Autonomie (*respect for autonomy*) inspiriert und fragte kritisch nach, wie sich die Menschenwürde, als deren bevorzugte Konkretisierung dieses Prinzip des Respekts gilt, im Kontext des vierten Lebensalters ausnimmt, in dem oft genug gerade eine faktische Beeinträchtigung der Selbstbestimmung durch Demenzkrankheit oder Fragilität vorliegt.

Der zweite Band war durch das normative Prinzip der Fürsorge und des Wohltuns (*beneficence*) angeregt und versammelte interdisziplinäre Beiträge zu der Frage, wie Fürsorge und Macht sich zueinander verhalten und ein destruktiver Paternalismus der Behandelnden, Pflegenden oder Angehörigen ebenso vermieden werden kann wie die Auslagerung jeder Verantwortung an die Patientinnen und Klienten.

Die aktuelle Publikation geht dem schon im hippokratischen Eid repräsentierten Prinzip der Schadensvermeidung (*nonmaleficence*) im Kontext der menschlichen Fehlbarkeit nach, ein nächster Band wird sich dem Gerechtigkeitsprinzip unter der Leitfrage nach der Möglichkeit, Ungleichheit zu rechtfertigen, widmen.

Wie stets sei allen Mitgliedern des Arbeitskreises Ethics and Care gedankt, ebenso den Beitragenden dieses Bandes und Frau Briner vom TVZ für die stets freundliche und zuverlässige verlegerische Begleitung.

Bern, im Januar 2017

Frank Mathwig
Torsten Meireis
Rouven Porz

Torsten Meireis/Frank Mathwig

Einleitung: Fehlbarkeit und Nichtschadensprinzip

Ein Dilemma im Gesundheitswesen

Das Nichtschadensprinzip gehört zu den ältesten Prinzipien der medizinischen Kunst: Auf Scribonius Largus wird der Merksatz zurückgeführt, der in seiner vollständigen Gestalt Schadensfreiheit und Vorsicht, noch vor der Heilung priorisiert. *Primum nil nocere, secundum cavere, tertium sanare*: Das Erste sei es, dem Patienten nicht zu schaden, das Zweite, sich vorzusehen, das Dritte, zu heilen. Insofern gehört das Nichtschadensprinzip zum Kernbestand der klassischen Ethik der gesundheitsbezogenen Berufe.¹

Doch Fehlbarkeit und Nichtschadensprinzip konstituieren ein Dilemma: Denn einerseits machte nur der keine Fehler, der sowohl auf Tun wie auch Unterlassen verzichtete – aber das ist keine menschliche Möglichkeit. Und andererseits soll ja gerade das Schaden vermieden werden, selbst um den Preis der Heilung. Beide, die Fehlbarkeit wie das Nichtschadensprinzip, gewinnen angesichts der enormen Effektivität moderner Technologien an Bedeutung.

Das Prinzip «in dubio pro malo» – frei übersetzt: im Zweifel für den Fehler – empfahl Hans Jonas der Technologiegesellschaft als leitendes Entscheidungskriterium.² Dass menschliches Handeln irrtums- und fehleranfällig ist, weiss schon der Volksmund: «Wo gehobelt wird, fallen Späne.» Je umfassender die Eingriffstiefe und Reichweite technologischen Handelns, desto folgenreicher zeigen sich auch seine Fehler und Missgeschicke. Dass eine Menge schiefgehen kann, wenn Menschen am Werk sind, ist trivial.

Im Gesundheitswesen sind «Fehler» – wie überall im menschlichen Leben – an der Tagesordnung, gleichwohl können sie leicht hochdramatische Folgen haben. Zur gleichen Zeit wächst mit der Ökonomisierung im Kontext

1 Vgl. Harro Albrecht, *Primum nil nocere*, Die Zeit vom 06.04.2005; www.zeit.de/2005/15/M-Hypokrates (04.01.2016).

2 Hans Jonas, *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*, Frankfurt/M. 1984, 391.

des New Public Management der Effizienzdruck und der Spielraum für absichernde doppelte Prüfkreisläufe und Ähnliches schwindet. Die zunehmende Verrechtlichung vergrößert ausserdem den Anreiz, mit dem Hinweis auf die Patientenautonomie Verantwortung zu externalisieren.

Der Band untersucht, welche ethisch verantwortbaren, strukturellen Massnahmen sich in diesem Kontext anbieten und wirft einen Blick auf die individuelle und existenzielle Belastung der Behandelnden. Denn ob es auch Schuld bedeutet, wenn Fehler unterlaufen, und ob angesichts ökonomischer und juridischer Zwänge überhaupt noch Raum für Schuldeingeständnisse und Vergebung besteht, bedarf der Klärung. Zu diesem Zweck werden drei Schritte vollzogen. In einem ersten Teil geht es um grundsätzliche Zugänge. *Regula Schmidt* erläutert die Problemlage an einem Beispiel aus der ärztlichen und pflegerischen Praxis. *Frank Mathwig* beschäftigt sich mit der Frage, was genau unter einem Fehler zu verstehen sei und sucht dazu das relevante Begriffsfeld zu erhellen. Er unterscheidet zunächst die in einem für folgenschweren Fehler anfälligen Umfeld bedeutsamen Haltungen der Zuversicht und des Vertrauens, erläutert dann die Differenz von Gefahr und Risiko und gelangt schliesslich zu einer Definition des Fehlerbegriffs. Unter dem Begriff der Fehlerfreundlichkeit bzw. der Fehlerkultur fasst er das Programm eines Umgangs mit Fehlern, der die menschliche Fehlbarkeit berücksichtigt und nicht der Illusion vollständiger Fehlervermeidbarkeit aufsitzt – allerdings beurteilt er diese Strategien kritisch, weil sie ihrerseits Beherrschbarkeit suggerieren.

Ein zweiter Teil ist den konkreten Problemlagen der Fehlbarkeit im Gesundheitswesen gewidmet. *Michelle Salathé* widmet sich der Fehlbarkeit in juridischer Sicht, indem sie zunächst die Differenz von Fehler und Schaden thematisiert. In einem zweiten Schritt erläutert sie die rückblickende Verantwortung, die sich in Haftungs- und Schadensersatzpflichten manifestiert, in einem dritten die prospektive Verantwortung zum Lernen aus Fehlern, wobei sie besonders auf das Dilemma eines allseits erwünschten offenen Umgangs mit Fehlern einerseits und der Furcht vor rechtlichen Folgen eines solchen Umgangs andererseits hinweist und in einem Fazit Strategien zur Bearbeitung dieses Dilemmas skizziert. *Konstantin Beck* beleuchtet die Versicherungsperspektive, indem er zunächst die grundlegenden Bedingungen dieser Sicht – ein eingeschränkter Informationszugang sowie eine statistische Perspektive – vorstellt, um dann Problemlagen an einem konkreten Fall zu erörtern. In diesem geht es vor allem um die Vollständigkeit der Herstellerinformation zu Risiken und Nebenwirkungen. Beck plädiert dann zur Informationsverbesserung für die Einpreisung dieser Risiken. *Eva-Maria Jordi* führt in die organisa-

torischen Instrumente der Fehlerbearbeitung ein, indem sie zunächst die Herausforderung der Fehlbarkeit und das Umdenken skizziert, das vom Versuch der Fehlervermeidung zum angemessenen Umgang mit – als unvermeidlich verstandener – menschlicher Fehlbarkeit geführt hat und sich im Begriff der Sicherheitskultur fassen lässt, um dann das *Critical Incident Reporting System* (CIRS) am Beispiel der Praxis des Universitätskinderspitals Basel zu erläutern. *Cornel Schiess und Settimio Monteverde* erläutern am Beispiel der *second victims*, der durch Fehlereignisse mit einer Patientenschädigung traumatisierten Pflegepersonen, was der Umgang mit Fehlbarkeit im Pflegekontext bedeutet und machen am Beispiel von Sturzereignissen deutlich, wie ein gedeihlicher Umgang mit Fehlbarkeit im Pflegeprozess gestaltet werden kann.

Im dritten Teil wird schliesslich der Umgang mit den Folgen der Fehlbarkeit in der Perspektive der Ethik und der Spiritual Care thematisiert. *Monika Bobbert* unternimmt eine Einschätzung der ethischen Problemlagen des Phänomens, indem sie zunächst die Strategie des Lernens aus Fehlern sowie die Konzentration auf das Handeln der Einzelnen am Ende der Verantwortungskette problematisiert. Insgesamt betont sie, dass die Problemzusammenhänge nicht nur individuelle ethisch, sondern vor allem strukturethisch zu bearbeiten sind. In einem zweiten Schritt stellt sie die Komponenten des ethischen Verantwortungsbegriffs dar, der als Zuschreibungskonzept verstanden wird, um dann die Verantwortungsproblematik in arbeitsteiligen Zusammenhängen zu beleuchten. Von der Unterscheidung zwischen retro- und prospektiver Verantwortung gelangt Bobbert zum Verhältnis von Schuld und Verantwortung, das den Blick auf die Vergebungsbedürftigkeit als anthropologischer Grundkonstante richtet. Das Problem des Umgangs mit Schuld stellt *Isabelle Noth* in den Mittelpunkt ihrer Ausführungen, in denen sie zunächst aufzeigt, dass und warum ein eigenes Fehlereingeständnis sehr schwer fällt, um dann den Schuldbegriff aus seelsorglich-psychologischer Perspektive zu erläutern. Dabei rückt sie besonders die erhebliche empirische Differenz zwischen zuschreibbarer und empfundener Schuld ins Zentrum der Aufmerksamkeit, zu deren Bearbeitung schliesslich die Verfahren und Sichtweisen der Spiritual Care vorgestellt werden.

So sicher Schadensvermeidung (*nonmaleficence*) und eine Haltung der Verantwortung zum Ethos von Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden gehören, so gewiss organisatorisch Möglichkeiten des Lernens aus und der Vermeidung von Fehlern genutzt werden sollten, so unhintergebar ist menschliche Fehlbarkeit. Der Band macht darauf aufmerksam, dass nicht nur die strukturelle

und kostenintensive Berücksichtigung solcher Fehlbarkeit gegen allgegenwärtige Effizienzimperative zählt, sondern auch die – ebenfalls keineswegs billige – Vergebungsbitte und die ihr korrespondierende Vergebungsbereitschaft für eine humane Kultur des Gesundheitswesens zentral sind.

I. Menschliche Fehlbarkeit im Kontext von Krankheit und Gesundheit: Zugänge

Frank Mathwig

Fehler als Chance und Risiko

«Macht mehr Fehler und macht sie schneller, denn woraus sonst wollt ihr etwas lernen», lautete die Aufforderung, von der viele nicht verstanden, dass ihr zu folgen bereits der erste Fehler war, aus dem etwas zu lernen ist.»

Dirk Baecker¹

«Der Irrtum, der uns gleichgültig macht oder irrtumsimmun – es könnte leicht der letzte sein!»

Bernd Guggenberger²

I. Einleitung

Aus Schaden wird man klug – jedenfalls sofern der eingetretene Schaden den Genuss des späteren Lernerfolges nicht beeinträchtigt oder gar unmöglich macht. In der Medizin stösst die Alltagsweisheit schnell an ihre Grenzen, denn was nützt der Patientin der Erkenntnisgewinn des Arztes, wenn dieser aus einem Schaden resultiert, der sie ihre Gesundheit oder ihr Leben kostet? In der Regel sind die Leidtragenden eines fehlerhaften Verhaltens in der Medizin – wie in technologischen Zusammenhängen überhaupt – nicht die

-
- 1 Dirk Baecker, Plädoyer für eine Fehlerkultur: ders. (Hg.), *Organisation und Störung*. Aufsätze, Berlin 2011, 55–65 (55). Baecker zitiert aus dem Managementbestseller von Thomas J. Peters/Robert H. Waterman, *Auf der Suche nach Spitzenleistungen. Was man von den bestgeführten US-Unternehmen lernen kann*, München³1991 (im Original erschienen 1982: *In Search of Excellence*).
 - 2 Bernd Guggenberger, *Das Menschenrecht auf Irrtum. Anleitung zur Unvollkommenheit*, München/Wien 1987, 134.

Handlungssubjekte selbst, sondern die Menschen, an denen gehandelt wurde oder die die Folgen zu spüren bekommen, obwohl sie in der Regel für die Entscheidungen und Handlungen weder zuständig noch verantwortlich waren. Insofern verstehen sich die Ausdrücke «Fehlerfreundlichkeit», «Fehler», «Chance» und «Risiko» nicht von selbst. Was haben sie mit einem medizinischen Verständnis von «Schaden» oder dem bioethischen Prinzip des «Nicht-Schadens» zu tun? Alltagssprachlich sind die genannten Begriffe eindeutig normativ konnotiert: Schäden und Fehler negativ, Chancen und Freundlichkeit positiv, Risiken mal so, mal so. Die Begriffssammlung könnte noch beliebig ergänzt werden, etwa um die Ausdrücke «Sicherheit» und «Unsicherheit», die als Metakategorie den erkenntnistheoretischen Rahmen von Fehler- und Risikodiskursen abstecken oder den Ausdruck «Krise», der – seit Hippokrates zentral für das medizinische Krankheitsverständnis – zunehmend durch technische Risikokonstrukte abgelöst wird. Ungeachtet dieses Schattendaseins bilden Krisenvorstellungen nach wie vor eine Art unsichtbaren Reflexionshintergrund für die aktuellen Risiko- und Fehlerdebatten: «Es liegt im Wesen der Krise, dass eine Entscheidung fällig ist, aber noch nicht gefallen. Und es gehört ebenso zur Krise, dass offenbleibt, welche Entscheidung fällt. Die allgemeine Unsicherheit in einer kritischen Situation ist also durchzogen von der einen Gewissheit, dass – unbestimmt wann, aber doch bestimmt, unsicher wie, aber doch sicher – ein Ende des kritischen Zustandes bevorsteht. Die mögliche Lösung bleibt ungewiss, das Ende selbst aber, ein Umschlag der bestehenden Verhältnisse – drohend und befürchtet oder hoffnungsfroh herbeigewünscht – ist den Menschen gewiss. Die Krise beschwört die Frage an die geschichtliche Zukunft.»³

Der Krisenbegriff führt auf dramatische Weise die Realität menschlicher Kontingenzerfahrungen – diesseits naiver und/oder strategischer Machbarkeits- und Sicherheitsphantasien – vor Augen, die sich im Spitalbetrieb prägnant verdichten: Da wird geboren, gestorben, gehofft und gelitten, da liegen Verzweigung und Glück, Triumph und Niederlage hautnah beieinander, niemand kann voraussagen, ob, wann und wie etwas jemanden treffen wird oder verschont und niemand weiss, warum es die eine erwischt, aber nicht den anderen. Gerade im Krankenhaus wird über die «Karriere des nächsten Augenblicks» (Ernst Bloch) viel spekuliert und wenig gewusst. Die – medizinisch

3 Reinhard Koselleck, *Kritik und Krise. Eine Studie zur Pathogenese der bürgerlichen Welt*, Frankfurt/M. 1973, 105. Zum Krisenbegriff in der technologischen Zivilisation und den Wissenschaften vgl. Frank Mathwig, *Technikethik – Ethiktechnik. Was leistet Angewandte Ethik?*, Stuttgart 2000, 86–114.

gewendet – chronischen Unsicherheiten stecken unter jeder Patientendecke und in den Dienstkleidungen aller Beteiligten. Erträglich sind die ganzen Unwägbarkeiten und Ungewissheiten nur, weil sie im Rahmen professioneller Strukturen und Routinen begegnet und bearbeitet werden und die Hoffnung bestätigen, dort würde im Grossen und Ganzen schon alles richtig – d. h. professionell im Sinne eines definierten und mehr oder weniger in der *scientific-community*-konsensualen *state of the art* – laufen. Das *Pathos* des Helfens («wir tun unser Möglichstes und wollen nur das Beste für Sie») macht das *pathein* der Patientinnen und Patienten vielleicht nicht immer erträglich, aber zumindest plausibel und im günstigen Fall vertrauenswürdig.

II. Vertrauen und Zuversicht

Tatsächlich stellen Fehlerdiskurse in der Medizin nicht nur eine mit gehöriger sozialer Anerkennung und akademischer Reputation ausgestattete Berufsgruppe in Frage. Mindestens ebenso schwer wiegt die Konsequenz für die Gegenseite, dass die vertrauensvolle Hingabe des eigenen kranken Leibes einen durchaus riskanten Entschluss darstellt, der sich im Nachhinein als Fehler respektive Fehlentscheidung herausstellen könnte. Bereits an dieser Stelle zeigt sich, dass in medizinischen Zusammenhängen mindestens zwischen zwei Risiko- und Fehlerdiskursen unterschieden werden muss, einem der Akteurinnen und Akteure und einem der Patientinnen und Patienten. Dass aus Fehlern gelernt werden kann und muss, bedeutet für beide Seiten unter Umständen etwas völlig anderes.

Die lange Liste möglicher Zwischenfälle, Risiken und Nebenwirkungen, die jemand mit seiner Unterschrift billigend in Kauf nimmt, allein um die für die anstehende OP notwendige Anästhesie zu erhalten, lässt sich nur unter der stillschweigenden Voraussetzung akzeptieren, dass die Zustimmung ohne echte Alternative erfolgt (dass also die negativen Folgen einer Verweigerung als gravierender und wahrscheinlicher eingestuft werden), dass professionell gearbeitet wird und dass die Risiken angemessen kalkuliert werden. Die Patientinnen und Patienten können das Risiko ihrer Unterschrift – wenn überhaupt – nur in sehr begrenztem Umfang einschätzen. Sie werden ihre Amateurrelle im Spiel nicht los. Im Bewusstsein ihres Nichtwissens bleibt ihnen im Grunde nichts anderes übrig, als dem medizinischen Personal zu vertrauen. Dieses Vertrauen setzt in doppelter Hinsicht auf Fehlerfreundlichkeit: Wer vertraut, muss immer damit rechnen, dass seine Erwartungen nicht erfüllt werden, vor allem dann, wenn – wie in der Medizin üblich – Vertrauen

nicht an ein von der Gegenseite gegebenes Versprechen anschliessen kann. Medizin kommuniziert vieles, aber generiert keine Erfolgsversprechen – unabhängig davon, dass manche medizinische Rhetorik etwas Derartiges suggeriert.

Fehlerfreundlichkeit besteht also nicht nur im Blick auf den Gegenstand des Vertrauens (etwa dass eine Diagnose zutrifft, die gewählte Therapie angezeigt ist und im günstigen Fall auch anschlägt), sondern auch hinsichtlich der Tatsache, dass sich das entgegengebrachte Vertrauen als Irrtum herausstellen kann, nicht, weil keine Besserung der Gesundheitsbeschwerden eingetreten ist, sondern weil die falsche Diagnose gestellt, eine unangebrachte Therapie gewählt oder diese unsachgemäss durchgeführt wurde.⁴ Entscheidend ist, dass die Patientin oder der Patient nur zwischen der Alternative Fehlertoleranz oder Behandlungsverzicht wählen kann. Die dritte Option der Fehlertransparenz liefe auf die illusorische Forderung nach totaler Kontrolle des Medizinsystems durch die Patientinnen und Patienten heraus. Das Umstellen von Vertrauen auf Misstrauen bedeutete eine völlige Überforderung und Verunsicherung der Patientinnen und Patienten: Der inzwischen in den ärztlichen Sprechzimmern allgegenwärtige «Dr. Google» fördert nicht die durchaus wünschenswerte Fähigkeit der Patientinnen und Patienten zur Kritik, sondern nur deren Verunsicherung und Argwohn, die sich signifikanterweise regelmässig gegen die Aussagen konkreter Personen, aber nicht gegen anonyme Behauptungen auf einschlägigen Internetportalen richten. Aber wie soll jemand im Krankheitsfall unvoreingenommen reagieren, wenn sie oder er weiss, dass sich in den USA und Grossbritannien medizinische Behandlungsfehler in einer Grössenordnung zwischen 3,7–16 % bewegen und dass die Häufigkeit von Fehldiagnosen – gemäss neuerer Studien – bei 59–74 % liegt?⁵

—

- 4 Wichtig ist hier die Unterscheidung zwischen Erfüllungs- und Erwartungssicherheit. Keine Patientin kann erwarten, dass die Behandlung des Arztes erfolgreich ist, aber sie kann erwarten, dass sich der Arzt nach bestem Wissen und Gewissen darum bemüht. Vgl. dazu nach wie vor grundlegend Niklas Luhmann, Normen in soziologischer Perspektive: *Soziale Welt* 20/1969, 28–48.
- 5 Vgl. die aufgeführten Studien bei Matthias Briner, Organisationspsychologische Befunde zum klinischen Risikomanagement: Einführung und Überblick aus mehrjähriger Forschung: *Wirtschaftspsychologie* 2/2012, 81–87; David L. B. Schwappach/Dieter Conen, Patientensicherheit – wen kümmert es?: *Clinotel journal* Artikel-ID#006, 31.10.2012; grundlegend Nils Löber, Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus. Eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung, Wiesbaden 2012; ders.,

Die Unsicherheit der eigenen Gesundheitssituation scheint durch die Verunsicherung im Blick auf die naheliegende Inanspruchnahme medizinischer Hilfe in gewisser Weise verdoppelt zu werden.

In der Krankenhausrealität begegnen solche Überlegungen allerdings eher selten und wenn, dann widersprechen sie der Art und Weise, wie Menschen ihren Alltag angehen und bewältigen. «Every day and in hundreds of ways we trust to do what they say, to play the rules and to behave reasonably. We trust other drivers to drive safely; we trust postal staff to deliver letters efficiently – more or less; we trust teachers to prepare our children for exams; we trust colleagues to do what they say; we even trust strangers to tell us the way.»⁶ Niklas Luhmann hat im Blick auf die Selbstverständlichkeiten, mit denen Menschen sich in ihrer Lebenswelt bewegen, unterschieden zwischen Zuversicht (*confidence*) und Vertrauen (*trust*). «Der Normalfall ist jener der Zuversicht. Der Mensch ist zuversichtlich, dass seine Erwartungen nicht enttäuscht werden: dass Politiker versuchen, Krieg zu vermeiden, dass Autos keine Panne haben oder plötzlich die Strasse verlassen, sodass man beim Spaziergang am Sonntagnachmittag überfahren zu werden droht. Man kann nicht leben, ohne Erwartungen in Bezug auf kontingente Ereignisse zu entwickeln, und man muss die Möglichkeit der Enttäuschung dabei mehr oder minder vernachlässigen. Man vernachlässigt diese, da sie eine sehr selten eintretende Möglichkeit ist, aber auch, weil man nicht weiss, was man sonst tun könnte. Die Alternative ist, in einer Welt permanenter Ungewissheit zu leben und seine Erwartungen zurückzuziehen, ohne irgend etwas zu haben, das sie ersetzen könnte.»⁷ Zuversicht betrifft das Zutrauen in die äusseren Umstände (bei uns besteht kein Anlass, die heimischen vier Wände nur schwer bewaffnet zu verlassen) und ist – zumindest in einer kontingenten Welt – völlig unverzichtbar. Vertrauen betrifft dagegen interne Faktoren und beruht auf einer

—

Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus – eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung: Sabine Fliess (Hg.), Beiträge zur Dienstleistungsmarketing-Forschung, Wiesbaden 2011, 221–251; Walter Merkle (Hg.), Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus, Berlin/Heidelberg 2014.

- 6 Onora O’Neill, *A Question of Trust*, Cambridge 2002, 23f.; vgl. dies., *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge 2003; Niklas Luhmann, *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*, Stuttgart 2000; Martin Hartmann, *Die Praxis des Vertrauens*, Berlin 2011; ders./Claus Offe (Hg.), *Vertrauen. Die Grundlage des sozialen Zusammenhalts*, Frankfurt/M. 2001.
- 7 Niklas Luhmann, *Vertrautheit, Zuversicht, Vertrauen: Probleme und Alternativen*: Hartmann/Offe 2001 (Anm. 6), 143–160 (148).

Abwägung der Risiken, die um eines Vorteils willen eingegangen werden. Die Aussichten auf einen Vorteil oder Gewinn motivieren zu riskanten Entscheidungen, die nicht erzwungen sind, weil auf den Vorteil oder Gewinn auch verzichtet werden kann. Wer eine Partnerschaft eingeht, riskiert, betrogen zu werden, wer das Risiko vermeidet, entgeht einer solchen Enttäuschung, verzichtet aber auch auf die Genüsse und Vorzüge, die eine Beziehung versprechen.

Vertrauen beruht auf einer «riskanten Vorleistung»⁸ der Person, die vertraut, gegenüber der Person oder Institution, der sie vertraut. Sie besteht nicht in der Erwartung, dass keine Fehler passieren, sondern darin, dass alles getan wird, um Fehler zu vermeiden. Vertraut wird somit den weitgehend anonymen Strukturen und Verfahren, in die die Entscheidungen und Handlungen konkreter, identifizierbarer Subjekte eingebettet sind. «Das Vertrauen in die Funktionsfähigkeit von Systemen schliesst Vertrauen in die Funktionsfähigkeit ihrer immanenten Kontrollen ein. Die Risikoneigung muss in diesen Systemen selbst unter Kontrolle gehalten werden.»⁹ Vertraut werden muss also nicht nur der behandelnden Ärztin oder dem betreuenden Pflegepersonal, sondern ebenso dem diese kontrollierenden Medizinsystem. An die Stelle eines personalen Vertrauensverhältnisses tritt ein Systemvertrauen, das «gewisse Funktionen und Züge der Vertraulichkeit in sich aufgenommen hat, also eigentlich jenseits von persönlich geleistetem Vertrauen und Misstrauen liegt».¹⁰

Dahinter steht die Einsicht, 1., dass eine präzise Vorhersage zukünftiger Zustände unmöglich ist, 2., dass eine lückenlose Kontrolle über die Folgen und Wirkungen von Handlungen und erst recht von Handlungssystemen unmöglich ist und 3., dass auch vollständige Transparenz – unterstellt, sie wäre möglich – nichts nützen würde, weil Fehler weder vollständig eliminiert werden können noch in einer kontingenten Welt heute in jedem Fall gewusst werden kann, was sich morgen als Fehler entpuppen wird.

8 Luhmann 2000 (Anm. 6), 27.

9 Luhmann 2000 (Anm. 6), 77.

10 Luhmann 2000 (Anm. 6), 78.