Dr. med. Eik Niederlohmann

Von Meldekanälen zu Prozessintegrität

Whistleblower-Gaslighting als Prüfstein für Governance, Qualitätsmanagement und Aufsicht im Gesundheitswesen

Der erste MVF-Beitrag (02/26) zu Whistleblower-Gaslighting hat Mechanismen, Belastungsfolgen und Unterstützungsoptionen beschrieben (Niederlohmann, 2026). Dieser Folgebeitrag fragt enger: Woran erkennt eine Organisation, ob ihr Hinweisprozess tatsächlich funktioniert? Im Zentrum stehen damit nicht individuelle Belastungsdynamiken, sondern Governance, Qualitätsmanagement und Aufsicht. Im Gesundheitswesen sind Beschäftigte häufig die Ersten, die Abweichungen zwischen Leitbild und Versorgungspraxis bemerken: Hygienemängel, Medikationsrisiken, Unterbesetzung, Dokumentationslücken oder dysfunktionale Abläufe. Solche Hinweise sind sicherheitsrelevante Information. Zugleich beschreibt die Speak-up-Literatur seit Langem, dass Probleme oft nicht angesprochen werden, wenn negative Konsequenzen erwartet oder Hinweise als wirkungslos erlebt werden (Morrison & Milliken, 2000; Okuyama et al., 2014).

Zusammenfassung

Einleitung: Hinweiskanäle schützen die Patientensicherheit nur dann, wenn Meldungen sachlich geprüft, fristgerecht rückgemeldet und ohne Abschreckung bearbeitet werden. Der vorliegende Folgebeitrag zu Whistleblower-Gaslighting verschiebt den Fokus daher von Belastungsfolgen auf Prozessintegrität. Entwickelt werden ein enger Begriffsgebrauch, ein prüffähiger Governance-Pfad und wenige anschlussfähige Indikatoren für Klinik, Qualitätsmanagement und Aufsicht.

Methoden: Narrativer Konzeptbeitrag mit Literatursynthese zu Speak-up/Whistleblowing, Gaslighting, epistemischer Ungerechtigkeit, Patientensicherheit, Governance-Standards sowie zu Rechtsquellen (u. a. HinSchG, ArbSchG, SGB V, QM-RL, ISO 37002, ISO 37301).

Ergebnisse: Whistleblower-Gaslighting wird im engeren Sinne als Muster gefasst, in dem ein sicherheits- oder compliancebezogener Hinweis personenzentriert entwertet, die Sachprüfung blockiert oder verzögert und weiteres Hinweisverhalten abschreckend beeinflusst wird. Entscheidend ist weniger die Eigentumsform als die Art, wie Zielkonflikte bearbeitet werden. Robuste Gegenmaßnahmen sind rollenklar getrennte Melde- und Prüfpfade, dokumentierte Triage, unabhängige Prüfung, Schutz vor Repressalien, alltagsnahe Audits und sichtbare Lernschleifen.

Diskussion: Für die Versorgungspraxis genügt es nicht, Meldekanäle vorzuhalten. Prüffähig werden Hinweisprozesse erst, wenn ihre Prozessintegrität, Schutzwirkung und Lerneffekte regelhaft beobachtet werden.

Schlüsselwörter

Whistleblowing; Speak-up; Gaslighting; Patientensicherheit; Qualitätsmanagement; Hinweisgeberschutz; Governance; Organisationslernen

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2835

Erkenntnisinteresse und enger Begriffsgebrauch

>> Für diesen Beitrag ist eine enge begriffliche Fassung entscheidend. "Speak-up" bezeichnet das situationsnahe Ansprechen sicherheitsrelevanter Risiken im Team oder in der Hierarchie; "Whistleblowing" meint formalisierte interne oder externe Meldungen an Stellen, die handeln können (Near & Miceli, 1985; Van Dyne et al., 2003). Von Whistleblower-Gaslighting wird hier nur gesprochen, wenn vier Elemente zusammenkommen: (1) ein Hinweis mit Sicherheits-, Qualitäts- oder Compliance-Bezug, (2) eine Reaktion, die den Fokus vom Sachverhalt auf die Person verlagert, (3) eine blockierte, verzögerte oder nicht nachvollziehbare Sachprüfung und (4) ein Abschreckungs- oder Sanktionseffekt für weiteres Hinweisverhalten. Nicht jede harte, verspätete oder kommunikativ schlechte Reaktion erfüllt diese Kriterien.

Konzeptionell ist diese enge Fassung anschlussfähig an Arbeiten zu Gaslighting, epistemischer Ungerechtigkeit und institutionellem Verrat (Abramson, 2014; Fricker, 2007; Smith & Freyd, 2014; Ahern, 2018). Für die Versorgungspraxis ist der Begriff nur dann nützlich, wenn er nicht als klinische Diagnose oder moralischer Kampfbegriff verwendet wird, sondern als beobachtbares Muster aus epistemischer Entwertung, blockierter Klärung und organisationaler Abschreckung. Methodisch handelt es sich um einen narrativen Konzeptbeitrag. Der Text beansprucht weder eine systematische Evidenzsynthese noch kausale Zuschreibungen zur Ownership-Frage; sein Mehrwert liegt in der Übersetzung verteilter Literatur in eine auditierbare Governance-Logik. Repressalie und institutionelles Gaslighting können zusammenfallen, sind aber nicht deckungsgleich. Repressalie bezeichnet den nachtei-

Abgrenzung für die Praxis: Wovon hier genau die Rede ist

Begriff	Woran erkennbar?	Primäre Antwort
Institutionelles Gaslighting nach Hinweisgabe	Sicherheits- oder Compliance-Hinweis wird personenzentriert umgedeutet; Klärung bleibt blockiert, verzögert oder intransparent; weiteres Hinweisverhalten wird abgeschreckt.	Person und Sache trennen; unabhängige Prüfung; Schutz und dokumentierte Rückmeldung.
Konflikt / Dissens	Sachlicher Streit ist beidseitig benennbar; Metakommunikation und Verhandlung sind grundsätzlich möglich.	Moderation, Rollenklärung, Vereinbarungen mit Follow-up.
Bullying / Mobbing	Wiederholte negative Handlungen, Ausgrenzung oder Sabotage; Hinweisbezug ist möglich, aber nicht zwingend.	Beschwerdeweg, Schutzmaßnahmen, Anti-Bullying-Intervention.
Faire Leistungsrückmeldung	Transparente Kriterien, konkrete Beispiele, Korrekturmöglichkeit; nicht an einen Hinweisfall gekoppelt.	Standardisiertes Performance-Management.
Repressalie (HinSchG)	Nachteilige Maßnahme wegen Meldung, z. B. Versetzung, Degradierung oder Projektentzug.	Rechtliche und interne Prüfung; Dokumentations- und Begründungspflicht.

Tab. 1: Abgrenzung für die Praxis: Wovon hier genau die Rede ist. Eigene Darstellung.

Hinweis zur Sprache: Aus Gründen der Lesbarkeit werden überwiegend geschlechtsneutrale Begriffe (z. B. Hinweisgebende, Mitarbeitende, Führungskräfte) verwandt.

ligen Folgeakt; Gaslighting die kommunikative und prozessuale Entwertung, die einen solchen Akt vorbereiten, begleiten oder auch ohne formale Sanktion einen Chilling Effect erzeugen kann.

Wo Prozessintegrität bricht

Ein prüffähiger Hinweisprozess umfasst mindestens sechs Schritte: Zugang zum Kanal, Eingangsbestätigung, Triage, Sachprüfung, Rückmeldung und organisatorisches Lernen. An jeder dieser Stellen kann ein Shift von der Sache zur Person einsetzen. Typische Bruchstellen sind Einzelfall-Framing, Personalisierung ("Mindset", "Teamfähigkeit"), Vermischung mit disziplinarischen Routinen, interessenkonfliktbelastete Prüfung und ritualisierte Bearbeitung ohne nachvollziehbare Folgemaßnahmen. Dann bleibt der Kanal formal intakt, funktional aber verliert er seine Schutzwirkung. Dass organisationaler Kontext für Retaliation besonders bedeutsam ist, wurde für Whistleblowing früh beschrieben (Mesmer-Magnus & Viswesvaran, 2005).

Ökonomische und reputative Drucklagen können solche Bruchstellen verstärken. Die Ownership-Literatur liefert dafür jedoch keine Grundlage für pauschale Schuldzuschreibungen. Für Deutschland werden nach Privatisierungen auch Effizienzgewinne beschrieben (Tiemann & Schreyögg, 2012). Internationale Reviews berichten zugleich Qualitätsrisiken unter bestimmten Formen von Privatisierung und insbesondere bei Private-Equity-Eigentum, allerdings bei heterogener Evidenz und ohne einfachen Rückschluss auf einzelne Einrichtungen (Devereaux et al., 2002; Borsa et al., 2023; Goodair & Reeves, 2024). Für den vorliegenden Beitrag genügt deshalb ein bescheidener Schluss: Je stärker Kennzahlen-, Finanzierungs- oder Reputationslogiken die Bearbeitung von Hinweisen dominieren, desto höher ist das Risiko, dass Sicherheitsinformation als Betriebsstörung statt als Lernanlass gerahmt wird.

Für Governance und Aufsicht ist deshalb weniger die Eigentumsform selbst entscheidend als vielmehr die Bearbeitungslogik von Zielkonflikten. Das gilt trägerübergreifend: Besondere Loyalitätsordnungen sowie Rendite- oder Reputationsziele dürfen Hinweise nicht als Illoyalität rahmen, wenn Gesundwerdung und Gesunderhaltung von Patientinnen, Patienten und Mitarbeitenden berührt sind.

Kritisch wird es, wenn Personalakte und Hinweisfall ineinanderlaufen, wenn die vom Hinweis potenziell betroffene Hierarchie zugleich die Prüfung kontrolliert oder wenn Audits nur Dokumente, nicht aber die gelebte Praxis überprüfen. Aus Patientensicherheitssicht ist das kein Kulturdetail, sondern ein Prozessrisiko.

Abbildung 1 verdichtet diese Bruchstellenlogik als Speak-up-Sicherheitskette: An jeder Stufe des Hinweiswegs stehen typischen Governance-Failure-Points konkrete Mindestgegenmaßnahmen gegenüber.

Mindeststandards für einen prüffähigen Hinweisprozess

Rechtliche Mindestanforderungen, Governance-Empfehlungen und Good Practice sollten sauber getrennt werden. Rechtlich relevant sind vor allem die Verfahrenspflichten des Hinweisgeberschutzgesetzes, die Berücksichtigung psychischer Belastungen im Arbeitsschutz sowie die qualitätsbezogenen Pflichten aus SGB V und QM-Richtlinie. Governance-seitig kommen rollenklar getrennte Prüfpfade, unabhängige Review-Strukturen und zusätzliche sichere Ansprechwege hinzu. Good Practice betrifft schließlich das konkrete Design von Sprache, Audits, Feedback und Lernroutinen.

Das Hinweisgeberschutzgesetz verlangt unter anderem eine Eingangsbestätigung binnen sieben Tagen und eine Rückmeldung grundsätzlich binnen drei Monaten (§ 17 HinSchG). Auf europäischer Ebene setzt die Richtlinie (EU) 2019/1937 Mindeststandards für interne und externe Meldewege, Vertraulichkeit und Schutz vor Repressalien. Das Arbeitsschutzrecht verlangt, psychische Belastungen in der Gefährdungsbeurteilung zu berücksichtigen (§ 5 ArbSchG). § 135a SGB V und die QM-Richtlinie des G-BA verankern die Pflicht, Qualität systematisch zu sichern und Risiken bearbeitbar zu machen. Diese Normen beantworten jedoch nicht von selbst die Frage, wie eine Einrichtung verhindert, dass Hinweise informell entwertet werden. Genau dort beginnt Governance.

Internationale Standards und Modelle liefern dafür eine nützliche Prozesssprache. ISO 37002 strukturiert Whistleblowing entlang von receive, assess, address und conclude; ISO 37301 bettet dies in ein umfassenderes Compliance-Management ein. Das Three Lines Model macht deutlich, warum operative Linie, Risiko-/Compliance-Funktion und unabhängige Prüfung nicht in derselben Entscheidungskette aufgehen sollten (International Organization for Standardization, 2021a, 2021b; Institute of Internal Auditors, 2020). Der britische Freedom-to-Speak-up-Ansatz zeigt darüber hinaus, welchen Wert sichtbare Schutzrollen und zusätzliche sichere Routen für Mitarbeitende haben können (Francis, 2015; Hughes, 2019).

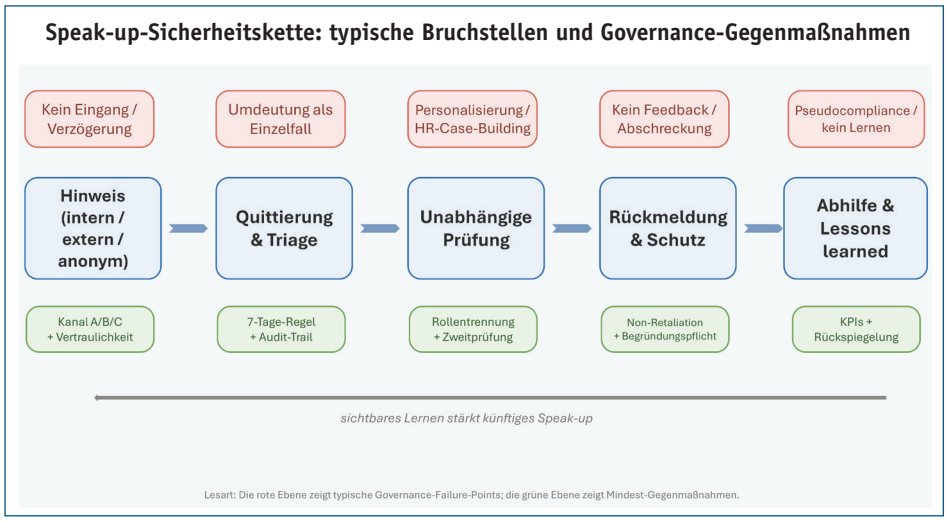


Abb. 1: Speak-up-Sicherheitskette: typische Bruchstellen und Governance-Gegenmaßnahmen. Eigene Darstellung.

Umsetzung in Klinik, Qualitätsmanagement und Aufsicht

Auf Träger- und Führungsebene beginnt ein wirksames Design mit expliziter

Prüffähiger Hinweisprozess: Prozessschritte, Failure Points und Nachweise			
Prozessschritt	**Häufige Entwertung**	**Mindeststandard**	**Auditierbarer Nachweis**
Zugang zum Kanal	Kanal ist unklar, nur über Vorgesetzte erreichbar oder faktisch abschreckend.	Mehrgleisige interne und externe Wege; bekannte Zuständigkeiten; Vertraulichkeit.	Policy, Intranet, Schulungsunterlagen, Mitarbeiterinterviews.
Eingangsbestätigung / Triage	Keine Reaktion; Hinweis wird als Einzelfall oder Konflikt abgebogen.	Bestätigung binnen 7 Tagen; fallbezogene Zuordnung und Priorisierung.	Zeitstempel, Fallnummer, Triage-Log.
Sachprüfung	Personalisierung, Interessenkonflikt, fehlende Evidenzbasis.	Definierte Prüfzuständigkeit, Rollentrennung, dokumentierte Belege.	Prüfplan, Rollenmatrix, Sachstandsdokumentation.
Schutz während der Klärung	Rotationen, Projektentzug, Bewertungsverschiebungen oder isolierende Maßnahmen.	Non-Retaliation; getrennte Freigabewege für personenbezogene Maßnahmen.	Freigabe- und Begründungslog; Monitoring auffälliger Maßnahmen.
Rückmeldung	Schweigen oder formelhafte Antwort ohne Bezug zur Prüfung.	Rückmeldung binnen 3 Monaten; Information über Maßnahmen und Gründe.	Rückmeldeschreiben, Case-Closure-Summary.
Lernen / Audit	Fall bleibt im Einzelfall; Papierlösung ohne Veränderung.	Dokumentierte Folgemaßnahmen, Lessons Learned, praxisnahe Review-Schleifen.	Maßnahmenlog, Teamrückmeldung, Auditbefunde.

Tab. 2: Prüffähiger Hinweisprozess: Prozessschritte, Failure Points und Nachweise. Eigene Darstellung.

Non-Retaliation, Rollentrennung und einer klar zugeordneten Verantwortung der Träger- bzw. obersten Leitungs-ebene. Während laufender Prüfprozesse sollten Versetzungen, Bewertungsverschiebungen oder Projektentzüge nur mit dokumentierter, vom Hinweisfall getrennter Sachlogik möglich sein. Ethische Führung ist insofern kein bloßes Leitbild, sondern ein Prädiktor dafür, ob internes Whistleblowing überhaupt als sicher erlebt wird (Cheng et al., 2019).

Im Qualitätsmanagement sollte Speak-up nicht nebenher, sondern als Sicherheitsprozess geführt werden. Dazu gehören dokumentierte Triage, definierte Prüfzuständigkeiten, ein Audit-Trail, feste Rückmeldewege und eine Trennung von Sachprüfung und Personalverfahren. Hilfreich ist eine standardisierte, sachbezogene Formulierungspraxis: nicht „Wir müssen über Ihr Mindset sprechen“, sondern „Besprochen werden zwei konkrete Ereignisse und der zugrunde liegende Standard; die Stellungnahme kann mit Vertrauensperson erfolgen“. Solche sprachlichen Präzisierungen reduzieren Interpretationsspielräume und erschweren die Personalisierung des Falls. Teambasierte Maßnahmen wie Debriefs, standardisierte Eskalationsformeln und Routinen für psychologische Sicherheit bleiben wichtig, dürfen Governance-Lücken aber nicht ersetzen (Edmondson, 1999; Okuyama et al., 2014).

Für Aufsicht, Zertifizierung und externe Qualitätssicherung folgt daraus, dass nicht nur das Vorhandensein eines Meldekanals, sondern dessen Nutzbarkeit und Prozessintegrität geprüft werden sollten. Praxisnahe oder unangekündigte Prüfkomponenten können helfen, die Lücke zwischen Dokumentenlage und gelebter Praxis besser sichtbar zu machen als reine Aktenaudits; entsprechende Studien aus anderen Settings sprechen für zusätzliche Sensitivität unangekündigter Verfahren, auch wenn sie Hinweisprozesse nicht direkt untersuchen (Klerks et al., 2013; Ehlers et al., 2017; Barnett et al., 2017). Sinnvoll sind außerdem vertrauliche Mitarbeiterinterviews, Plausibilitätsprüfungen von Bearbeitungsfristen und die Sichtung aggregierter Lessons learned.

Ergänzend können in klar abgegrenzten, risikoarmen Prüffeldern Mystery-Patient- bzw. Mystery-Shopper-Verfahren erwogen werden, etwa zur Prüfung von Erreichbarkeit, Orientierung, Informationsqualität oder standardisierten Basisabläufen aus Nutzerperspektive. Ihre Aussagekraft ist jedoch begrenzt: Sie bilden punktuelle Erfahrungen ab, können Vertrauen belasten und ersetzen weder unangekündigte Audits noch die sachliche Aufklärung konkreter Hinweise. Für viele Fragestellungen sind patientenseitige Validierungen alltagsnäher und weniger eingriffsintensiv, etwa stichprobenartige Kurzbefragungen nach Entlassung, sichere digitale Feedbackkanäle oder der Abgleich angekündigter bzw. dokumentierter Leistungen mit tatsächlich erlebter Versorgung. Entscheidend ist, dass solche Instrumente nicht zur verdeckten Individualkontrolle von Mitarbeitenden dienen, sondern aggregiert, lernorientiert und mit klaren ethischen Leitplanken ausgewertet werden (Adams et al., 2015).

Die MVF-Leserschaft profitiert vor allem von anschlussfähigen Prüffragen: Wissen Beschäftigte, über welche Wege gemeldet werden kann? Wird der Eingang tatsächlich fristgerecht bestätigt? Ist die Prüf-

Kernindikatoren für Klinik, QM und Aufsicht	
Dimension	**Beispielindikator**
Zugang und Nutzung	Anteil der Beschäftigten, die einen Meldeweg benennen können; Verteilung der Meldungen nach Kanaltyp.
Prozessintegrität	Anteil der Fälle mit 7-Tage-Bestätigung, dokumentierter Triage, definierter Prüfzuständigkeit und vollständigem Audit-Trail.
Schutzwirkung	Anteil der Fälle ohne Repressaliensignal; Sentinel-Indikatoren wie Versetzung, Projektentzug oder auffällige Bewertungsverschiebung nach Meldung.
Lernen	Anteil der Fälle mit dokumentierter Folgemaßnahme, Prozessänderung oder Rückspiegelung an Teams.
Klima	Psychologische Sicherheit, Speak-up-Klima und wahrgenommene Futility, z. B. über SUPS-Q oder kurze Teamklima-Instrumente.
Praxisnähe des QM	Abweichungen zwischen Dokumentenlage und beobachteter Praxis, insbesondere in praxisnahen oder unangekündigten Prüfungen.

Tab. 3: Kernindikatoren für Klinik, QM und Aufsicht. Eigene Darstellung.

instanz unabhängig? Werden Folgemaßnahmen und Rückmeldungen dokumentiert? Und lassen sich Abschreckungssignale nach Hinweisgabe in aggregierter Form erkennen? Für Träger, Kostenträger und Patientenvertretung sind solche Prozessindikatoren anschlussfähiger als Einzelfallnarrative, weil sie Governance bewertbar machen, ohne Vertraulichkeit zu verletzen.

Indikatoren und Forschungsbedarf

Der Unterschied zwischen Appell und Governance liegt in der Messbarkeit. Für Klinikleitung, QM und Aufsicht reichen wenige robuste Kennzahlen.

Solche Kennzahlen ersetzen keine Fallanalyse. Sie ermöglichen aber Trendbeobachtung, Stationsvergleiche und Governance-Gespräche, ohne einzelne Meldungen offenzulegen. Für die Messung von Speak-up-Klima steht mit dem Speaking Up About Patient Safety Questionnaire (SUPS-Q) ein praxistaugliches Instrument zur Verfügung (Richard et al., 2021).

Für Forschung und Versorgungssteuerung sind vor allem drei Lücken relevant: Erstens fehlen Prävalenzstudien, die Gaslighting-spezifische Muster sauber von Konflikt, Bullying und rechtlicher Repressalie trennen. Zweitens braucht es Evaluationen von Ombud-/Guardian-Modellen, Rollentrennung und auditnahen Prüfdesigns. Drittens sollten Hinweisprozesse stärker mit Outcome-Daten aus Patientensicherheit, Personalbindung und Fehlzeiten verknüpft werden.

Schlussfolgerungen

Whistleblower-Gaslighting ist für die Versorgung vor allem dann ein nützlicher Begriff, wenn er eng und prüffähig verwendet wird. Der Mehrwert des Konzepts liegt nicht darin, schwierige Führung pauschal zu moralisieren, sondern darin, ein wiederkehrendes Muster sichtbar zu machen: Sicherheitsinformation wird personenzentriert entwertet, Sachprüfung verlangsamt oder blockiert und weiteres Hinweisverhalten abgeschreckt.

Der eigentliche Prüfstein ist deshalb nicht der bloße Meldekanal,

Literatur

Abramson, K. (2014). Turning up the lights on gaslighting. Philosophical Perspectives, 28(1), 1-30. https://doi.org/10.1111/phpe.12046
Ahern, K. (2018). Institutional betrayal and gaslighting: Why whistle-blowers are so traumatized. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 32(1), 59-65. https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000306
Adams, S. A., Paul, K. T., Ketelaars, C., & Robben, P. B. M. (2015). The use of mystery guests by the Dutch Health Inspectorate: Results of a pilot study in long-term intramural elderly care. Health Policy, 119(6), 821-830. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.008
Barnett, M. L., Olenski, A. R., & Jena, A. B. (2017). Patient mortality during unannounced accreditation surveys at US hospitals. JAMA Internal Medicine, 177(5), 693-700. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.9685
Borsa, A., Bejarano, G., Ellen, M., & Bruch, J. D. (2023). Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: Systematic review. BMJ, 382, e075244. https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075244
Bundesministerium der Justiz. (o. J.-a). Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), § 5 Beurteilung der Arbeitsbedingungen. https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/__5.html (Zugriff am 26.03.2026).
Bundesministerium der Justiz. (o. J.-b). Hinweisgeberschutzgesetz (HinSchG), § 17 Verfahren bei internen Meldungen. https://www.gesetze-im-internet.de/hinschg/__17.html (Zugriff am 26.03.2026).
Bundesministerium der Justiz. (o. J.-c). Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__135a.html (Zugriff am 26.03.2026).
Cheng, J., Bai, H., & Yang, X. (2019). Ethical leadership and internal whistleblowing: A mediated moderation model. Journal of Business Ethics, 155(1), 115-130. https://doi.org/10.1007/s10551-017-3517-3
Devereaux, P. J., Choi, P. T.-L., Lacchetti, C., Weaver, B., Schunemann, H. J., Haines, T., Lavis, J. N., Grant, B. J. B., Haslam, D. R. S., Bhandari, M., Sullivan, T., Cook, D. J., Walter, S. D., Meade, M. O., Khan, H., Bhatnagar, N., & Guyatt, G. H. (2002). A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. CMAJ, 166(11), 1399-1406.
Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. Administrative Science Quarterly, 44(2), 350-383. https://doi.org/10.2307/2666999
Ehlers, L. H., Simonsen, K. B., Jensen, M. B., Rasmussen, G. S., & Olesen, A. V. (2017). Unannounced versus announced hospital surveys: A nationwide cluster-randomized controlled trial. International Journal for Quality in Health Care, 29(3), 406-411. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx039Europäisches Parlament und Rat. (2019). Richtlinie (EU) 2019/1937 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Oktober 2019 zum Schutz von Personen, die Verstöße gegen das Unionsrecht melden. Amtsblatt der Europäischen Union, L 305, 17-56. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32019L1937
Francis, R. (2015). Freedom to Speak Up: An independent review into creating an open and honest reporting culture in the NHS. London: Department of Health.
Fricker, M. (2007). Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. Oxford: Oxford University Press.
Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024). Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL). https://www.g-ba.de/richtlinien/87/ (Zugriff am 26.03.2026).
Goodair, B., & Reeves, A. (2024). The effect of health-care privatisation on the quality of care. The Lancet Public Health, 9(3), e199-e206. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00003-3
Hughes, H. (2019). Freedom to speak up - the role of freedom to speak up guardians and the National Guardian's Office in England. Future Healthcare Journal, 6(3), 186-189. https://doi.org/10.7861/fhj.2019-0031
Institute of Internal Auditors. (2020). The IIA's Three Lines Model: An update of the Three Lines of Defense. Lake Mary, FL: IIA.
International Organization for Standardization. (2021a). ISO 37002:2021 Whistleblowing management systems - Guidelines. Geneva: ISO.
International Organization for Standardization. (2021b). ISO 37301:2021 Compliance management systems - Requirements with guidance for use. Geneva: ISO.
Klerks, M. C. J. L., Ketelaars, C. A. J., & Robben, P. B. M. (2013). Unannounced, compared with announced inspections: A systematic review and exploratory study in nursing homes. Health Policy, 111(3), 311-319. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.001
Mesmer-Magnus, J. R., & Viswesvaran, C. (2005). Whistleblowing in organizations: An examination of correlates of whistleblowing intentions, actions, and retaliation. Journal of Business Ethics, 62(3), 277-297. https://doi.org/10.1007/s10551-005-0849-1
Morrison, E. W., & Milliken, F. J. (2000). Organizational silence: A barrier to change and development in a pluralistic world. Academy of Management Review, 25(4), 706-725. https://doi.org/10.2307/259200
Near, J. P., & Miceli, M. P. (1985). Organizational dissidence: The case of whistle-blowing. Journal of Business Ethics, 4(1), 1-16. https://doi.org/10.1007/BF00382668
Niederlohmann, E. (2026). Wenn Speak-up kippt: Whistleblower-Gaslighting als Risiko für Patientensicherheit und Organisationslernen. Monitor Versorgungsforschung, 19(2), 66-70.
Okuyama, A., Wagner, C., & Bijnen, B. (2014). Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. BMC Health Services Research, 14, 61. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-61
Richard, A., Pfeiffer, Y., & Schwappach, D. D. L. (2021). Development and psychometric evaluation of the Speaking Up About Patient Safety Questionnaire. Journal of Patient Safety, 17(7), e599-e606. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000415
Smith, C. P., & Freyd, J. J. (2014). Institutional betrayal. American Psychologist, 69(6), 575-587. https://doi.org/10.1037/a0037564
Tiemann, O., & Schreyögg, J. (2012). Changes in hospital efficiency after privatization. Health Care Management Science, 15(4), 310-326. https://doi.org/10.1007/s10729-012-9193-z
Van Dyne, L., Ang, S., & Botero, I. C. (2003). Conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional constructs. Journal of Management Studies, 40(6), 1359-1392. https://doi.org/10.1111/1467-6486.00384

sondern die Prozessintegrität des gesamten Hinweiswegs. Wo Quittierung, Triage, unabhängige Prüfung, Schutz vor Repressalien, Rückmeldung und Lernen nachweisbar zusammenwirken, steigt die Chance, dass Hinweise in Verbesserungen übersetzt werden. Wo diese Kette bricht, entsteht Pseudocompliance. Für MVF-lesende relevante Akteure aus Klinik, Qualitätsmanagement, Aufsicht, Kostenträgerschaft und Patientenvertretung liegt der Gewinn des Beitrags in einer einfachen, auditierbaren Frage: Kann die Einrichtung zeigen, dass sie Hinweise nicht nur entgegennimmt, sondern fair, geschützt und lernwirksam bearbeitet? Für Kassen, Aufsicht und Zertifizierer sollte dabei weniger der Einzelfall als die aggregierte Prozessqualität des Hinweiswegs zum eigentlichen Steuerungsgegenstand werden. <<

From Reporting Channels to Process Integrity: Whistleblower Gaslighting as a Test Case for Governance, Quality Management and Oversight in Health Care

Introduction: Reporting channels protect patient safety only if concerns are reviewed on their merits, feedback is timely, and further speaking up is not deterred. This follow-up concept paper therefore shifts the focus from individual burden to process integrity and develops a narrow definition of whistleblower gaslighting, a testable governance pathway, and a small set of indicators for hospitals, quality management, and oversight.

Methods: Narrative concept paper synthesizing research on speak-up and whistleblowing, gaslighting, epistemic injustice, patient safety, governance standards, and relevant German and European legal sources.

Results: Whistleblower gaslighting is used here in a narrow sense for cases in which a safety- or compliance-related concern is redirected from the issue to the person, factual review is blocked or delayed, and future reporting is chilled. The key determinant is less ownership as such than the way organizations handle target conflicts. Robust countermeasures include separated reporting and review functions, documented triage, independent review, non-retaliation, practice-near audits, and visible learning loops.

Discussion: Reporting channels become meaningful only when their process integrity, protective function, and learning effects are routinely monitored.

Keywords

whistleblowing; speak-up; gaslighting; patient safety; quality management; whistleblower protection; governance; organizational learning

Statements

Data Availability Statement: Der Beitrag entwickelt einen konzeptionellen Rahmen und berichtet keinen neuen empirischen Datensatz.
Ethics Statement: Nicht anwendbar. Es wurden keine humanen Teilnehmenden, identifizierbaren Patientendaten oder sekundären klinischen Daten verwendet.
Author Contributions: EN konzipierte den Beitrag, führte die Literaturrecherche durch und verfasste das Manuskript.
Funding: Es wurde keine spezifische Förderung für diese Arbeit eingeworben.
Use of AI: KI wurde zur Literaturorganisation und sprachlichen Überarbeitung eingesetzt. Verantwortung für Inhalt, Bewertung der Evidenz und Endfassung liegt beim Autor.

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Niederlohmann, E.: „Von Meldekanälen zu Prozessintegrität: Whistleblower-Gaslighting als Prüfstein für Governance, Qualitätsmanagement und Aufsicht im Gesundheitswesen“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (MVF 03/26), S. 62–66. http://doi.org/10.24945/MVF.03.26.1866-0533.2835

Dr. med. Eik Niederlohmann ORCID: 0009-0005-6803-3399
ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit eigener Praxis in Leipzig. Neben seiner ambulanten Tätigkeit arbeitet er in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Klinik Erlabrunn. Er behandelt schwer psychisch erkrankte Menschen mit strukturellen Störungen unter Einbezug verhaltenstherapeutischer, tiefenpsychologischer und erlebnisorientierter Methoden, insbesondere Experiential Dynamic Therapy (EDT).
Kontakt: Kontakt@Praxis-Niederlohmann.de

