

## „Safety 2“ Ein essentieller Erfolgsfaktor im Sicherheitsmanagement komplexer Systeme

Univ. Prof. Dr. Norbert Pateisky

### Fakten und Hintergrund

Als 1999 in den vereinigten Staaten das Buch „To err is human“ (1) erschien wurde erstmals das Problem Patientensicherheit breit diskutiert. Während das Thema in Mitteleuropa zu dieser Zeit kaum Widerhall fand, begannen einige Zentren im angloamerikanischen Raum sich intensiv mit dem Thema zu beschäftigen. Alle nachfolgenden Studien zeigten, dass das Thema bis dato weit unterschätzt wurde und der Schaden an Patienten durch vermeidbare Fehler enorm war.

Konservativen Schätzungen zufolge erleiden demnach 3 von 1.000 im Spital aufgenommenen Patienten schwere vermeidbare Schäden bis hin zum Todesfall.

Der Hauptgrund für diesen Umstand lag und liegt jedoch nicht bei einzelnen Ärzten oder Pflegepersonen - die Ursache für das oftmalige Versagen mit negativen Folgen für die Patienten hat sich als Systemproblem herausgestellt.

Wie in vielen anderen Hochzuverlässigkeit Branchen Luftfahrt oder Kernenergie hat sich gezeigt, dass ein Mangel an strukturierter Teamarbeit und Kommunikation fast immer am Anfang von Katastrophen zu finden war.

Diese Tatsachen bildeten die Grundlage für die Aussage von Peter Pronovost -einem der prominentesten Vertreter in Sachen Patienten Sicherheit - „There is no debate about the evidence“.

Dem Beispiel hochsicherer Branchen zufolge wurden seither in vielen diesbezüglichen Studien Strategien und Instrumente dieser Branchen zur Anwendung gebracht um bessere Ergebnisse zu erzielen. Als erfolgreiche Beispiele seien hier die bahnbrechende Arbeit von Pronovost über die Prävention von Infektionen nach dem Setzen von Zentralvenenkathetern (2) sowie die Publikation der WHO im Hinblick auf das Team Time Out vor Operationen (3) genannt. In beiden Fällen brachte die Kombination aus Teamarbeit Kommunikation und entsprechenden Teamtrainings überragenden Erfolg.

Leider hat sich nach fast 20 Jahren der breite Erfolg nicht eingestellt. Obwohl evident ist, was zu tun wäre, waren Erfolge lediglich in einigen Zentren zu verzeichnen. Einer Publikation im BMJ aus dem Jahre 2016 ist zu entnehmen, dass der medizinische Fehler in hoch industrialisierten Ländern Krankenhaus noch immer an Stelle drei der Todesfallstatistik steht (4).

Darüber hinaus stellte die OECD in einem Papier aus 2017 fest, dass 15-20% jedes Krankenhausbudgets für die Korrektur vermeidbarer Fehler ausgegeben werden. (5)

## Der neue Zugang

Aus heutiger Sicht dürfte dies einige wenige Gründe haben. Einerseits sind viele Krankenhäuser mangels entsprechender Anreizsysteme nicht willens die für den Erfolg nötigen Teamtrainings durchzuführen. Andererseits hat sich die Situation in den Krankenhäusern in den letzten zwei Jahrzehnten hin zu einer hochkomplexen Organisation entwickelt. Gerade dieser Umstand ist es der einen anderen Zugang zum Thema Sicherheit erfordert.

Der heute als „**Safety 1**“ bezeichnete Zugang stellt ein rein reaktives Vorgehen in das Zentrum der Sicherheitsbemühungen. Sicherheit wird häufig noch mit der Abwesenheit von negativen Vorfällen und Unfällen definiert - also genau mit ihrem Gegenteil.

In anderen Worten wird erst dann reagiert bis entsprechend negative Vorfälle eingetreten sind.

In dieses alte Denkmuster fällt auch die Vorstellung, dass Sicherheit dadurch gewährleistet wird, wenn alle beteiligten Personen die entsprechenden Leitlinien und Vorschriften erfüllen.

Im Wesentlichen entspreche das einem „Dienst nach Vorschrift!“

Genau das kann aber gerade im Krankenhaus nicht funktionieren. Alle Mitarbeiter sind laufend mit hochvariablen Situationen konfrontiert, die eine entsprechende Anpassung erfordern um bewältigt werden zu können. Diese nötigen Anpassungen werden in der Fachliteratur mit dem Begriff „**Resilienz**“ oder „**Task-Adaptation**“ bezeichnet. Genau diesen Freiraum gilt es zu geben und zu trainieren um in oft unerwartet schwierigen Situationen bestehen zu können.

Komplexe Systeme wie die moderne Medizin leben heute größtenteils davon, dass gut ausgebildete Experten aufgrund ihres Wissens eine neue und bisher unbekannte Konstellation interpretieren können und auf der Basis ihrer Expertise eine Adaptation von bisherigem Verhalten vornehmen.

Dieses erfolgreiche Verhalten basiert auf der Erkenntnis, dass es einen deutlichen Unterschied zwischen „**Work-as-imagined**“ und „**Work-as-done**“ gibt.

*"In theory there is no difference between theory and practice. In practice there is." -Yogi Berra*

Sicherheitsmanagement sollte sich in diesem Sinne wegbewegen von der Definition

**„Sicherheit ist gegeben, wenn so wenig als möglich passiert“**

hin zur Sichtweise

**„Sicherheit ist dann gegeben, wenn jene Kapazität vorhanden ist die das Erreichen des angestrebten Ziels auch unter schwierigen Bedingungen ermöglicht“**

*Sicherheit sollte also nicht durch die Abwesenheit einer Eigenschaft, sondern durch die Anwesenheit sicherheitsfördernder Eigenschaften definiert werden.*

Diese Sichtweise bedingt, dass wir nicht nur aus den in Summe seltenen Katastrophen, sondern auch aus den unendlich vielen Gelegenheiten lernen in denen Spitzenleistungen erbracht werden und das Ziel auch unter widrigen Umständen erreicht wird.

All die geschilderten Gedanken und mehr sind unter dem Begriff

**„Safety 2“ bzw. „Safety differently“** zu verstehen.

Einer der prominentesten Vertreter der **Safety-2** ist Erik Hollnagel, vom dem es neben einem „White Papers“ dazu einiges an Schrifttum gibt. (6)

Die wesentlichsten Merkmale dieser ergänzenden proaktiven Dimension der Sicherheitsarbeit sind im Unterschied zur Philosophie des Safety-1 Denkens:

**Die Sicherheitsdefinition:** Sicherheit ist gegeben, wenn soviel als möglich gut geht

**Das Managementprinzip:** Proaktives handeln um Bedrohungen frühzeitig zu erkennen

**Das Menschenbild:** Menschen sind nicht die Gefahr, sondern die Lösung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass

die Implementierung und Verfestigung des Safety 2 Denkens zusätzlich zu den essentiellen Teamtrainings unter Einbeziehung des Trainings der Nichttechnischen Fähigkeiten

- Strukturierte Teamarbeit
- Sachliche Entscheidungsfindung
- Umgang mit Hierarchie
- Situationsbewusstsein und
- Strukturierte Kommunikation

Sicherheit in komplexen Organisationen wie dem Krankenhaus deutlich steigern wird. (7)

Am Ende ist nicht der Mensch das Problem, sondern der Lösungsweg.

Der Mensch mit seiner Fähigkeit sich rasch wechselnden Situationen anzupassen und bei Bedarf entgegen vorhandenen Regeln und Leitlinien zu agieren stellt den Erfolg in komplexen Arbeitswelten dar.

*Epilog: Der hier beschriebene aktuelle Zugang zum Thema Sicherheit ist auch unter dem Namen **„Safety Differently“** bekannt, dessen prominentester Vertreter Sidney Dekker ist (8).*

**1 To Err Is Human Building a Safer Health System**

National Academy Press

ISBN 0-309-06837-1

**2 An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU**

Peter Pronovost, M.D., Ph.D., Dale Needham, M.D., Ph.D., Sean Berenholtz et al

N Engl J Med 2006; 355: 2725-32

**3 A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population**

Alex B. Haynes, M.D., M.P.H., Thomas G. Weiser, M.D., M.P.H., William R. Berry, M.D. et al

N Engl J Med 2009; 360:491-9.

**4 Medical error—the third leading cause of death in the US**

Martin A Makary professor, Michael Daniel research fellow

Department of Surgery, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21287, USA

BMJ 2016; 353: i2139

**5 The Economics of Patient Safety** Luke Slawomirski, Ane Auraaen and Niek Klazinga

OECD 2017

<https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>

**6 From Safety-I to Safety-II: A White Paper.**

Hollnagel E., Wears R.L. and Braithwaite J.

Published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia

<https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf>

**7 Resilient health care: turning patient safety on its head**

Jeffrey Braithwaite, Robert L. Wears, Erik Hollnagel

International Journal for Quality in Health Care, 2015, 27(5), 418–420

**8 The Safety Anarchist**

Sydey Dekker

New York: Routledge 2018 – ISBN: 978-1-138-30044-6