

bedarfsorientiert  
Hochschulen  
Weiterbildung  
wissenschaftlich  
praxisnah  
Gesundheitsberufe

Lehr-/Lernmaterialien

## Organisations- und Sicherheitskultur: eine Einführung

---

Anja Giesecking, Andrea Braun von Reinersdorff

---

Diese Publikation wurde im , Neue Aufgabenprofile von Gesundheitsfachberufen für eine zukünftige Versorgung: Patientensicherheitsmanagement (PatSiM)‘ der Hochschule Osnabrück innerhalb des niedersächsischen Verbundvorhabens ,Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des lebenslangen Lernens (KeGL)‘ erarbeitet. Folgende Hochschulpartner sind an dem Verbund beteiligt:

- Hochschule Hannover, Fakultät V: Diakonie, Gesundheit und Soziales, Abteilung Pflege und Gesundheit
- Jade Hochschule, Institut für Technische Assistenzsysteme, Oldenburg
- Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
- Universität Osnabrück, Fachbereich Humanwissenschaften, Abteilung New Public Health
- Ostfalia Hochschule, Fakultät Gesundheitswesen, Wolfsburg

Das dieser Publikation zugrundeliegende Vorhaben wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 16OH22026 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den Autorinnen.

Osnabrück, Juli 2020

## **Inhaltsverzeichnis**

Abbildungsverzeichnis.....	1
1. Die personenbezogene Sichtweise auf kritische Ereignisse .....	2
2. Organisationskultur: Definition und Eigenschaften .....	3
3. Sicherheitskultur als Teil der Organisationskultur .....	5
Literaturverzeichnis.....	6

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Sicherheitskultur als Teil der Organisationskultur.....	5
--	---

## 1. Die personenbezogene Sichtweise auf kritische Ereignisse

„Chirurgen vergessen OP-Spatel im Bauch von Patientin“ So lautete der Titel eines Artikels der Bild-Zeitung<sup>1</sup>. Es liegt nahe zu fragen: Wer hat operiert? Wer hat Schuld?

Es wird die fehlerhafte Handlung gesucht, die zu einem vermeidbaren unerwünschten Ereignis geführt hat. Die Person, welche diese Handlung durchgeführt hat, wird in Folge als schuldige Person angesehen. In dem oben genannten Beispiel wird der Fehler bei den Chirurgen<sup>2</sup> gesucht. Diese Sichtweise auf die Entstehung von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen wird auch als **personenbezogene Sichtweise** bezeichnet (St. Pierre & Hofinger, 2014).

In Deutschland wird eine Kultur gelebt, in der der Umgang mit Fehlern allgemein schwierig ist. Im Gesundheitswesen ist aufgrund der hohen Verantwortung die Kommunikation von Fehlern erst recht eine Herausforderung. Die im Gesundheitswesen Tätigen neigen dazu, die eigene Fehlbarkeit zum eigenen Schutz zu verdrängen (Barth & Jonitz, 2015). Wenn dennoch ein Fehler gemacht wurde, besteht die Gefahr, dass die Person bloßgestellt, belehrt und bestraft wird. Dies beruht auf der (Fehl-)Annahme, dass eine Person, die kompetent ist und gewissenhaft ihre Aufgaben erledigt, keine Fehler macht (St. Pierre & Hofinger, 2014).

Doch die alleinige Frage nach der Schuld greift zu kurz. Menschen machen Fehler und häufig führen ähnliche Umstände zu ähnlichen Fehlern. Hinzukommt die besondere Situation im Gesundheitswesen, dass die Motivation und der Auftrag, darin bestehen, anderen Menschen zu helfen (Barth & Jonitz, 2015). In diesem Kontext ist es fragwürdig, inwieweit mittels Belehrung und/ oder Bestrafung die Wiederholung verhindert werden kann.

Dies bedeutet nicht, dass gänzlich auf Bestrafungen verzichtet werden sollte, jedoch muss eine klare Linie zwischen akzeptiertem und nicht akzeptiertem Verhalten gezogen werden (Reason, 2011)<sup>3</sup>. Die individuelle Verantwortung wird nicht aufgelöst, jedoch öffnet die Frage „Was ist passiert“ den Blick für Zusammenhänge und ermöglicht es, beitragende Faktoren zu identifizieren.

Letztlich trägt das Zusammenspiel von Faktoren der Person (z.B. Übermüdung), von Rahmenbedingungen der Situation (z.B. fehlende Kommunikation) und von Einflussgrößen, die schon

---

<sup>1</sup> <https://www.bild.de/ratgeber/gesundheit/chirurgen-op-spatel-in-bauch-vergessen-11610460.bild.html> (abgerufen am 02.07.2018).

<sup>2</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text verallgemeinernd das generische Maskulin verwendet.

<sup>3</sup> Hilfreich ist es, dafür zwischen Fehlern und Regelverstößen zu unterscheiden. Um eine angemessene Reaktion zu identifizieren, ist aber auch im Falle eines Regelverstößes eine weitere Analyse empfehlenswert. Interessante Literatur zu dem Thema: Euteneier (2015) & St. Pierre und Hofinger (2014).

seit Jahren bestehen können (z.B. Ressourcenzuweisung), dazu bei, dass Fehler zu vermeidbaren unerwünschten Ereignissen führen können (St. Pierre & Hofinger, 2014).

Inwieweit in einer einzelnen Organisation ein vorurteilsfreier Umgang mit Fehlern gelebt wird, wird maßgeblich von der in dieser Organisation vorherrschenden Kultur beeinflusst. In dem folgenden Kapitel wird das Konzept der Organisationskultur deshalb genauer beleuchtet.

## 2. Organisationskultur: Definition und Eigenschaften

Edgar (Schein, 1997, S. 12) definiert Kultur als „ein Muster von grundlegenden Annahmen, welches eine Gruppe gelernt hat, als sie ihre Probleme der externen Adaption und der internen Integration gelöst hat und welches gut genug funktioniert hat, um als gültig zu gelten und deshalb neuen Mitgliedern als die richtige Art der Wahrnehmung, des Denkens und des Fühlens in Bezug auf diese Probleme gelehrt wird“<sup>4</sup>.

Die unterstrichenen Wörter sollen den Blick auf zwei wichtige Punkte dieser Definition lenken:

- Eine Kultur fußt laut dieser Definition auf einem Muster von grundlegenden Annahmen, welches in Bezug zur Wahrnehmung, zum Denken und zum Fühlen gesetzt wird. Die Definition enthält keinen Hinweis auf Verhaltensmuster, **obgleich sich Kultur u.a. in Verhaltensweisen manifestiert** (Schein, 1997). Dies hat den Grund, dass allein von dem beobachteten Verhalten einer Gruppe nicht auf die Kultur geschlossen werden kann, da es unterschiedliche Gründe für ein spezifisches Verhalten geben kann. Beispiel: Alle Mitglieder einer Gruppe ducken sich, wenn der Chef laut wird. Hier kann das beobachtbare Verhalten des Duckens z.B. einen biologischen Reflex oder individuell erlerntes Verhalten statt ein kulturelles Phänomen der Gruppe darstellen (Schein, 1997).  
  
Die Kultur beeinflusst das Verhalten. Sie ist aber nicht der einzige Einflussfaktor auf das Verhalten.
- Das angesprochene Muster von grundlegenden Annahmen wird von einer Gruppe gelernt. Das bedeutet, dass Kultur nicht starr ist, sondern sich im Prozess des Lernens

---

<sup>4</sup> Übersetzung und Hervorhebungen der Autorin

(weiter-)entwickelt. Zudem wird eine Kultur durch eine Gruppe entwickelt, gelebt sowie gestaltet und nicht durch ein Individuum.

Wenn die in dieser Definition angesprochene Gruppe in einer Organisation zusammenarbeitet, wird von der „**Organisationskultur**“ gesprochen.

Die Organisationskultur wird durch folgende Eigenschaften charakterisiert (Schreyögg & Geiger, 2016):

- Eine Organisationskultur ist implizit, das heißt, dass die grundlegenden Annahmen in der Regel nicht reflektiert, sondern als gegeben angenommen werden.
- Charakteristisch sind die kollektiv geteilten Grundüberzeugungen. Diese bewirken, dass die Mitglieder einer Organisation zumindest bis zu einem gewissen Grad kulturorientiert handeln, indem sie das tun, was andere auch tun.
- Sie ist konzeptionell, da sie den Mitgliedern Orientierung bietet. Verhaltensweisen werden vorstrukturiert indem Muster für die Wahrnehmung, das Denken und das Fühlen vorgegeben werden, welche sich wiederum im Verhalten ausdrücken.
- Ihre interaktive Komponente zeigt sich, wenn die Organisationskultur neuen Mitgliedern vermittelt wird.
- Die Organisationskultur wirkt ganzheitlich. So werden die Organisationsmitglieder auch emotional durch die Kultur geprägt. Dies wird auch in der Definition von Schein über den Aspekt der richtigen Art des „Fühlens“ deutlich.
- Sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie historisch gewachsen ist. Die Organisationskultur hat sich mittels Lernprozessen über die Zeit entwickelt.

Zusammengefasst wird Kultur oftmals als „die Art, wie wir das hier sehen und machen“, wobei Weick und Sutcliffe (2015) noch ergänzen „und was wir erwarten“, da die Kultur beeinflusst, welche Einstellungen und Verhaltensweisen als angemessen angesehen und somit erwartet werden. Wird in einer Organisation der Gesundheitsversorgung z.B. erwartet, dass ihre Mitglieder offen über sicherheitsrelevante Fehler sprechen und dass sie diese als Lernchancen nutzen, ist die Sicherheitskultur angesprochen.

### 3. Sicherheitskultur als Teil der Organisationskultur

**Sicherheitskultur** bezeichnet den **Teil der Organisationskultur, der sicherheitsrelevant ist.**

**Patientensicherheit** ist dabei ein **Zielelement der Sicherheitskultur**, ein anderes ist beispielsweise die **Mitarbeitersicherheit** (siehe Abbildung 1).

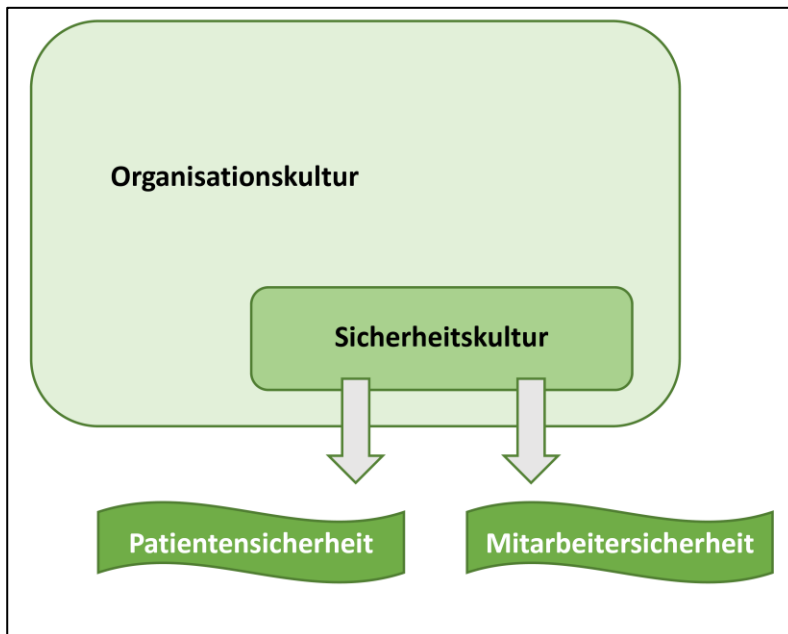


Abbildung 1: Sicherheitskultur als Teil der Organisationskultur (eigene Darstellung)

Mit Blick auf das Zielelement der Patientensicherheit kann Sicherheitskultur wie folgt definiert werden:

„Die Sicherheitskultur einer Versorgungsorganisation ist **jener gemeinsame Wissens-, Werte- und Symbolvorrat, der die Kapazität der Organisation erhöht, die Patientensicherheit zu verbessern**“ (Pfaff, Hammer, Ernstmann, Kowalski & Ommen, 2009, S. 494).

Pfaff et al. wählen hier mit dem Wort „erhöht“ eine positive Formulierung und unterstreichen somit das Ziel der Verbesserung der Patientensicherheit.

Manche Autoren verwenden den Begriff der **Fehlerkultur** und meinen damit entweder

- a) eine Kultur der Schuldzuweisung, wie Sie in Kapitel 1 beschrieben wurde (z.B. Barth & Jonitz, 2015) oder
- b) wertneutral die Art und Weise der Auseinandersetzung mit Fehlern (z.B. Löber, 2017)

Damit keine Missverständnisse entstehen wird im Folgenden der Begriff der Sicherheitskultur verwendet. Denn die Patientensicherheit zu verbessern, bedeutet nicht nur Fehler zu reduzieren, sondern die Versorgung insgesamt sicherer zu gestalten.

Die Sicherheitskultur ist entsprechend der o.g. Definition eine **Eigenschaft einer Organisation** (nicht eines Individuums). Sie **manifestiert sich aber in dem sicherheitsrelevanten Verhalten und den Einstellungen der Mitglieder der Organisation** (Pfaff et al., 2009), S. 494).

Das bedeutet, dass die Art und Weise wie im Gesundheitswesen tätige Personen miteinander kooperieren, wie sie miteinander kommunizieren und welches Verhalten sie von anderen erwarten, von der Sicherheitskultur beeinflusst wird. Konkret wird die Sicherheitskultur beispielsweise mit Blick auf das „Speak-up“-Verhalten. „Speak-up“ umfasst „das Äußern einer Idee, einer persönlichen Meinung oder Sorge und das Nachfragen bei Zweifeln“ (Kolbe & Grande, 2016, S. 13). Optimalerweise werden das Nachfragen bei Zweifeln und das Äußern einer Idee zur Verbesserung der Patientensicherheit erwartet sowie in der Praxis gelebt.

Wenn jedoch Personen (insbesondere in Leitungsfunktionen) auf Zweifel oder Nachfragen ungehalten reagieren und sich persönlich angegriffen fühlen, wird „Speak-up“-Verhalten nicht gefördert, sondern behindert. Die vorherrschende Sicherheitskultur bestimmt somit, inwieweit ein offener Austausch über Fehler und latente Bedingungen erfolgt.

Gleichzeitig wirkt sich die Sicherheitskultur auf die konkrete Umsetzung von Maßnahmen aus. Sie beeinflusst z.B. wie aufgeschlossen Mitarbeiter gegenüber sicherheitsbezogenen Checklisten oder der Anwendung von Kommunikationstools sind. Dies ist im Rahmen von patientensicherheitsorientierten Veränderungsprojekten zu beachten.

## Literaturverzeichnis

- Barth, S. & Jonitz, G. (2015). Von der Fehlerkultur zur Sicherheitskultur. In P. Gausmann, M. Henninger & J. Koppenberg (Hrsg.), *Patientensicherheitsmanagement* (S. 127–131). Berlin: de Gruyter.
- Euteneier, A. (2015). Regelverstöße. In A. Euteneier (Hrsg.), *Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen, medizinisch, ökonomisch, juristisch* (S. 147–162). Berlin: Springer Verlag.
- Kolbe, M. & Grande, B. (2016). Sag ichs oder sag ichs lieber nicht? - Unser alltägliches Speak-Up Dilemma. In Stiftung für Patientensicherheit (Hrsg.), *Speak up. Wenn Schweigen gefährlich ist: Speak up für mehr Sicherheit in der Patientenversorgung* (Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz, Nr. 8, S. 13–19). Zürich.
- Löber, N. (2017). *Patientensicherheit im Krankenhaus. Effektives klinisches Qualitäts- und Risikomanagement*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Pfaff, H., Hammer, A., Ernstmann, N., Kowalski, C. & Ommen, O. (2009). Sicherheitskultur. Definition, Modelle und Gestaltung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(8), 493–497.
- Reason, J. T. (2011). *Managing the risks of organizational accidents*. Farnham, Surrey: Ashgate.
- Schein, E. H. (1997). *Organizational culture and leadership* (The Jossey-Bass psychology series, 2. Aufl.). San Francisco: Jossey-Bass.



- Schreyögg, G. & Geiger, D. (2016). *Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung : mit Fallstudien* (Lehrbuch, 6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Wiesbaden: Springer Gabler.
- St. Pierre, M. & Hofinger, G. (2014). *Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin* (3., überarb. Aufl.). Berlin: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-55420-9>
- Weick, K. E. & Sutcliffe, K. M. (2015). *Managing the Unexpected. Sustained Performance in a Complex World* (3rd ed.). Somerset: Wiley.