

Einladung und Aufruf zur aktiven Teilnahme

Thema

"K(l)eine Katastrophen"

- Was lernt man über die Fachgrenzen hinweg, aus der Analyse von
- kritischen Situationen aus anderen Bereichen ?-

Arbeitstreffen der

"Plattform Menschen in komplexen Arbeitswelten e.V."

am

30. August 1999 um 10.00 Uhr

in Tübingen

Geplant ist folgendes Vorgehen:

Noch **vor dem Arbeitstreffen** stellt ein Teilnehmer einen ihm persönlich bekannten Fall schriftlich dar. Als Anhaltspunkt kann die im Anhang beigefügte Checkliste "Hinweise für Fallstudien" dienen.

Diese schriftliche Darstellung soll an **andere Plattformmitglieder verschickt** werden, die dann Rückfragen oder Kommentare zurückmailen können. So kann der Betroffene weitere Informationen zum Fall zur Verfügung stellen.

Dieses Vorgehen hat den Vorteil, daß am Arbeitstreffen dann gezielt und vorbereitet auf die Fälle eingegangen werden kann und **genügend interessierende Fakten** vorhanden sind, die der Betroffene zunächst vielleicht gar nicht für wesentlich hielt.

Die Fälle brauchen explizit **keine schweren Zwischenfälle** darstellen. **Kritische Situationen** und **Beinahe-Zwischenfälle** eignen sich zur Analyse der Abläufe eher besser und treten auch viel häufiger auf.

Es ist nicht mehr zu viel Zeit bis zum Treffen, wir hoffen aber trotzdem auf eine rege aktive Teilnahme und freuen uns schon jetzt auf interessante Diskussionen und spannende Falldarstellungen. Freilich sind auch "passive" Teilnehmer herzlich willkommen !

Bis bald in Tübingen,

Marcus Rall

Organisation für die Plattform:

Dr. Marcus Rall

Universitätsklinikum Tübingen, Klinik für Anaesthesiologie

Hoppe-Seyler-Str.3, D-72076 Tübingen

Tel.: 07071 / 2986564 Fax: 07121 241377

Email: **Dr.Rall@t-online.de**

Vorprogramm und Zeitplan

Arbeitsstreffen MIKA 30.8.1999 in Tübingen

Zeit	Thema	Referenten
10:00	"Get together" bei Kaffee und kleinem Frühstück	
10:30	Einführung	Unertl / Rall
10:45	Fallvorstellung Nr.1: Narkosezwischenfall	Rall / Guggenberger
11:00	Diskussion	
11:30	Fallvorstellung Nr. 2: Fall aus dem Simulator	Buerschaper
11:45	Diskussion	
12:15	Fallvorstellung Nr. 3: Fall aus der Chemie ?	Horn
12:30	Diskussion	
13:00	Mittagessen	
13:45	Fallvorstellung Nr. 4:	
14:00	Diskussion	
14:30	Fallvorstellung Nr. 5:	
14:45	Diskussion	
15:15	Pause / Kaffee, Snacks	
15:45	Fallvorstellung Nr. 6:	
16:00	Diskussion	
16:30	Zusammenfassung / Lerntransfer	Hofinger, Buerschaper, Rall, von der Weth
17:30	Ausklang, Sekt und open end	

Organisatorisches

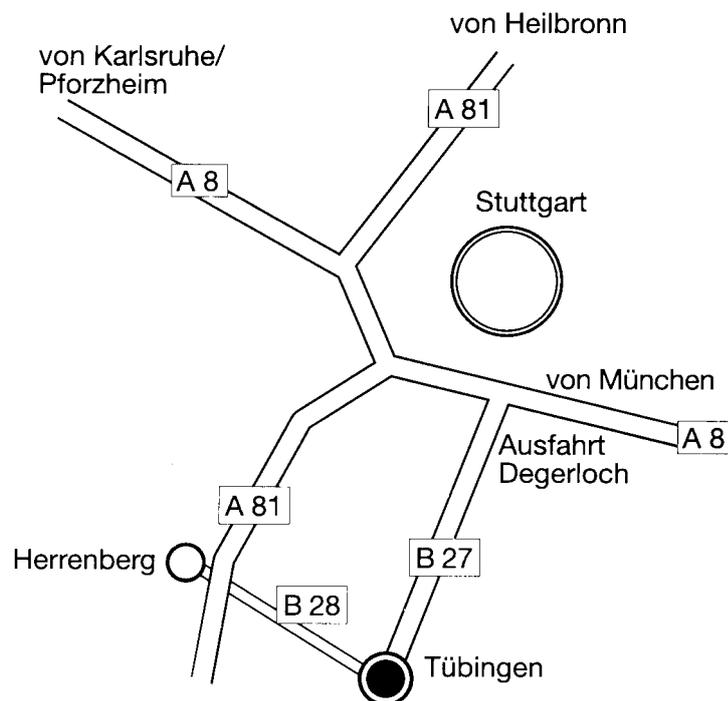
Arbeitstreffen MIKA e.V.
30. August 1999 um 10.00 Uhr
in Tübingen

Ort:
Universitätsklinikum Tübingen
CRONA-Kliniken Schnarrenberg
Ebene 4 (Haupteingangsebene)
Raum B4-220
(Telefon für Anfahrtshilfe: 07071/2986611)

Zimmerreservierungen

Verkehrsverein Tübingen
An der Neckarbrücke
72070 Tübingen
Tel. 07071/91360
FAX 07071/35070

Anreise



In Tübingen ist der Weg zum CRONA-Klinikum (Schnarrenberg) ausgeschildert.

Checkliste "Hinweise für Fallstudien"

Arbeitstreffen der Plattform am 30.8.99 in Tübingen

K(l)eine Katastrophen

- Was lernt man über die Fachgrenzen hinweg, aus der Analyse von kritischen Situationen aus anderen Bereichen ?-

Damit die besprochene Fälle /Ereignisse von allen verstanden werden und weiter analysiert werden können, sollten folgende Informationen in der Darstellung enthalten sein.

Das Ereignis /die Ereigniskette:

- ◆ Ort, Zeit, Beteiligte
- ◆ Vorgeschichte /Rahmenbedingungen
 - Was geschah zuvor?
 - Latente Fehler im Management
 - Arbeitsbedingungen
- ◆ Geschehen in der Kritischen Situation
 - Situationsverlauf mit Kommunikation, Entscheidungen, Reaktionen anderer usw
 - Fehler: falsche Handlungen und unterlassene richtige Handlungen; verschiedene Fehlerklassen; was ging schief?
 - Ressourcen: richtige Handlungen, gute Entscheidungen, wurde die Situation zum Guten gewendet?
- ◆ Auswirkungen des Ereignisses
 - unmittelbarer Schaden
 - kurz- und langfristige Auswirkungen auf Sachebene (Arbeitsprozesse, Management, Sicherheitssysteme, ...)
 - Soziale Ebene (Beziehungen, Kommunikation, Führung, Teamstrukturen)
 - Selbstregulation der Beteiligten (Kompetenz, Lernen)
- ◆ Wie wurde das Ereignis erfaßt und ausgewertet /aufgearbeitet?
- ◆ Was wurde von wem gelernt / welche Veränderungen wurden durch das Ereignis veranlaßt?

Gründe / Hintergründe

- ◆ - aktuelle Auslöser
- ◆ - latente Fehler
- ◆ - untypische /belastende Rahmenbedingungen

- ◆ Aussagen der Beteiligten
- ◆ Aussagen von Untersuchern /Gutachtern u.ä.
- ◆ eigene Hypothesen über Gründe

Ein paar "Suchraster" für die Falldarstellung:

Habe ich angesprochen:

- ◆ Individuum
 - ◆ Team /Gruppe
 - ◆ Organisation
 - ◆ Sonstige Rahmenbedingungen
-
- ◆ Sachebene (Inhalte, Arbeitsprozesse)
 - ◆ Soziale Ebene (Kommunikation, Führung /Macht, Zuwendung /Nähe, Akzeptanz,)
 - ◆ Selbstregulation (Motive, Kompetenzgefühl, Emotionen, Stress, Angst, Unsicherheit, Stolz....)

Hilfreich kann das Schema von J. Reason sein: was waren die "Löcher" in den verschiedenen "Scheiben"? Was hätte diese verstopfen können ? Was wird getan, dass sie in Zukunft kleiner werden?

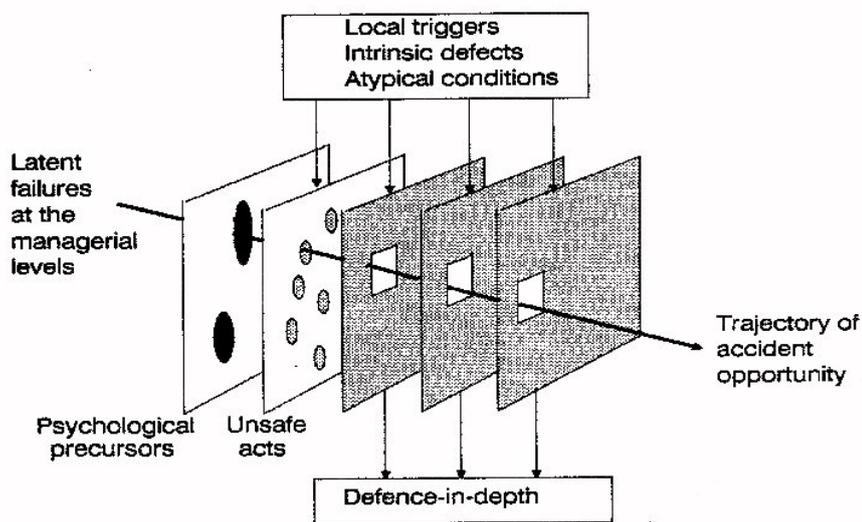


Abbildung aus Reason (1990): Latent errors and systems disasters