

Lernen aus Critical Incidents

Die Critical Incidents-Methode im Studium der Sozialen Arbeit

Wolfgang Widulle
2018



Problemorientierte und kasuistische Lernmethoden sind in der Sozialen Arbeit seit etlichen Jahren eine gängige Unterrichtsmethode. Studierende werden anhand von Fallgeschichten in theoretische Inhalte eingeführt (anchored instruction), erarbeiten sich Wissen und Problemlösungen anhand von problemorientierten Lernstrategien (problem-based learning) oder üben sozialkommunikatives Verhalten in Simulationen und Rollenspielen, die typischen Problemsituationen der Sozialen Arbeit entnommen sind. Die grosse Zahl solcher Methoden nimmt aber nur selten expliziten Bezug auf kritische Ereignisse, sog. „critical incidents“ oder auf ein explizites Fehlermanagement in Handlungssituationen in der Sozialen Arbeit.

Die Methode der „critical incident technique“ (CIT) wurde von Flanagan im Jahr 1954 erstmals publiziert (Flanagan 1954) und hat seither eine breite Verwendung gefunden: In der Ausbildung von zivilen und militärischen Piloten hat sie eine bereits mehr als 50-jährige Tradition (Leonhardt 2006). Sie wurde von der Personal- und Führungspsychologie wie auch von der Medizin, insbesondere der Anästhesie und Labormedizin adaptiert (Reuschenbach 2000); (Roth 2006); (Huber 2007); (Urbinielli 2006b) und wird in Assessments zur Personalauswahl von Führungskräften benutzt (Pelzmann 2001). Neuerdings wird sie auch in Trainings zur interkulturellen Sensibilität und in der Pflegedidaktik eingesetzt (Göbel 2003);(Reuschenbach 2000).

Hingegen scheint die Methode in der Sozialen Arbeit eher wenig bekannt, obwohl sie angesichts der Komplexitäten, Ungewissheitsbedingungen und Strukturdilemmata beruflichen Handelns in der Sozialen Arbeit eine Lehr-Lern-Methode sein könnte, die neue Perspektiven eröffnet. Critical Incidents sind konnotiert mit Fehlerprävention, positiver Fehlerkultur und mit dem Lernen aus kritischen Ereignissen. Diese Form kritischen und systematischen Reflektierens scheint zudem in hohem Masse anschlussfähig an den in der Sozialen Arbeit vorherrschenden Professionalisierungstypus reflexiven Handelns.

Um so erstaunlicher ist, dass sich in der Sozialen Arbeit kaum Hinweise auf die Verwendung des Ansatzes finden lassen: Wenn in der Sozialen Arbeit von „kritischen Ereignissen“ die Rede ist, sind meistens die von Klienten damit angesprochen und nicht die im Handeln der Fachkräfte. In Praxisinstitution der Sozialen Arbeit sind Fehlermanagement-Systeme wie das CIRS (critical Incident Reporting System) nach Recherche des Autors weitgehend unbekannt. Im Rahmen des Qualitätsmanagements in sozialen Organisationen scheint der Ansatz bei Sozialen Diensten eine erste Aufnahme zu finden (Evangelische-Fachhochschule-Berlin 2003). In der Forschung finden sich vereinzelt Arbeiten, die die CIT als Methode zur Erhebung kritischer Ereignisse bei Klienten und Fachkräften und in Organisationen verwenden (Rehberg 2004).

Im Folgenden wird die Critical Incident Methode vorgestellt und als Lehr-Lernmethode im Hinblick auf Themen in der Ausbildung und Unterrichtssettings im Studium der Sozialen Arbeit adaptiert.

1 Was sind „Critical Incidents“?

In der Medizin und Luftfahrt gelten Critical Incidents als „Ereignisse, die gravierenden Schaden anrichten können, bevor diese Ereignisse eintreten“, sie werden auch als „kritische Zwischenfälle“ bezeichnet (Urbinielli 2006b). Huber zieht den Begriff des kritischen Ereignisses dem des Fehlers vor, da er wertneutral ist und Schuldzuweisungen ausschliesst: „Schäden können eintreten, ohne dass jemand persönlich eine Schuld trägt. Weiter gibt es Schäden infolge von systembedingten Irrtümern oder persönlicher Unaufmerksamkeiten, Unwissen, Schwächen, usw.“ (Huber 2007). In der Medizin wird der Begriff nur für gefährliche, bedrohliche und fehlerkonnotierte Zwischenfälle benutzt. In anderen Feldern wie der Forschung zur Kundenzufriedenheit oder Trainings zu interkulturellen Kompetenzen wird er auch für besonders gelungene Ereignisse benutzt (Göbel 2003). Beide Varianten von kritischen Ereignissen sollen zu Lernerfahrungen für Individuen und Organisationen und der Vermeidung von Fehlern in der Arbeit beitragen.

In der Industrie und Medizin liess sich durch Forschungen belegen, dass kritische Beinahe-Ereignisse und –schäden sich etwa 200mal häufiger ereignen als echte Schadensereignisse (Huber 2007, 1). Kritische Ereignisse im medizinischen Bereich sind nicht selten und haben dazu geführt, dass mit Verfahren wie dem Critical Incident Reporting System CIRS, einem anonymisierten Berichtssystem über kritische Ereignisse, aus Beinahe-Fehlern systematisch gelernt werden kann: Risikominimierung und Fehlerprävention stehen dabei im Vordergrund, die Suche nach Schuldigen ist in dem Modell nicht erwünscht und wird durch den Schutz der Anonymität informierender Personen in den elektronischen Meldesystemen strukturell verhindert.

„Dass vorbeugen besser ist als heilen, ist eine alte Binsenwahrheit aus der Medizin. Interessanterweise hat gerade die Industrie diesen Gedanken schon vor geraumer Zeit aufgenommen. Das Erfassen von Beinahe-Zwischenfällen (near misses) wurde schon in den 50er Jahren in der Luftfahrt eingeführt (...). Andere, heikle Industriebetriebe bei denen ein Zwischenfall verhängnisvolle Auswirkungen haben kann, folgten. So wurden in der Kernkrafttechnologie, der petrochemischen Herstellung, der Produktion von Stahl und auch in Armeeunternehmen solche Methoden entwickelt. In all diesen Bereichen wird wie in der Luftfahrt mit Fehlern proaktiv und nicht nur reaktiv umgegangen. Ein grosser Teil der Fehler ist auch dort letztlich auf menschliches Versagen zurück zu führen. Für eine weitere Risikominimierung spielt der Faktor Mensch daher eine immer wichtigere Rolle. Das Zusammenwirken von Mensch, Technik und Organisation wird in Abbildung 1 aufgezeichnet“ (Huber 2007, 1).

In komplexen Arbeitsumfeldern gehen Arbeitspsychologen immer von einem Zusammenwirken von Mensch, Technik und Organisation aus: Menschen verfügen über Fachwissen, methodisches Können und Schlüsselqualifikationen zur Bewältigung ihrer Arbeitsaufgaben. Der „Faktor Mensch“ beeinflusst Arbeitsergebnisse durch diese Kernkompetenzen, durch Führungs-, Team- und Vorgesetztenverhalten, durch die Sicherheitskultur in der Organisation und die institutionellen Lernprozesse. Auf technische Umgebungen nehmen Menschen direkt (durch Bedienung von Technik) und indirekt (durch technische Anweisungen, Verfahren, Anleitungen, Qualitätssicherung) Einfluss. Umgekehrt wirkt Technik durch die konkrete Arbeitsumgebung, Bedienungsvorrichtungen, Instrumentierung und die Ergonomie auf Menschen zurück. Die Organisation mit ihrer

Ereignisse ein. Arbeitspläne, der Ausbildungsstand des Personals, die interne und externe Kommunikation, die Sicherheitskultur, Arbeitspläne, der allgemeine Arbeitsdruck u.a. wirken auf Mitarbeitende und ihr Handeln in kritischen Situationen ein. Auf die technische Arbeitsumgebung wirkt die Organisation durch durch Qualitätssicherungs- und Prüfverfahren, Anleitungen und Ausbildung, sowie durch technische Innovationen. Folgendes Modell visualisiert die Zusammenhänge der drei Einflussbereiche auf kritische Ereignisse.

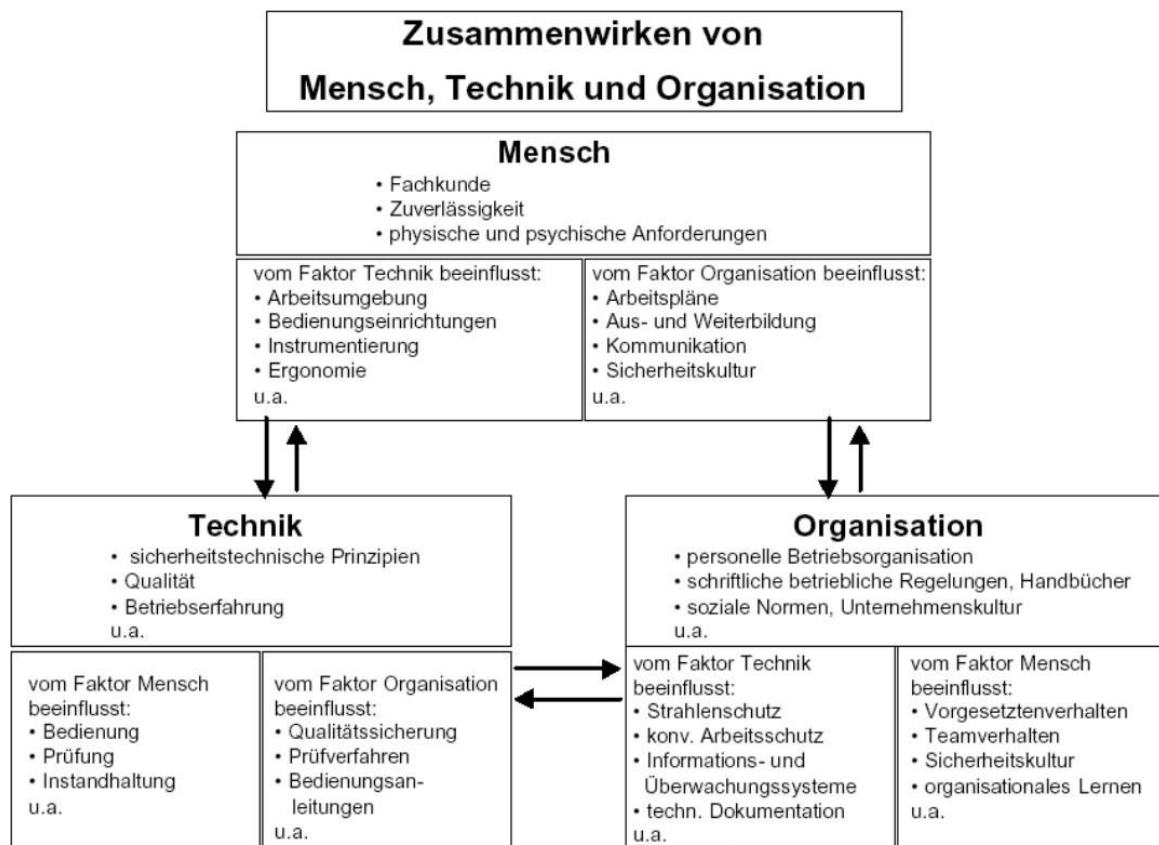
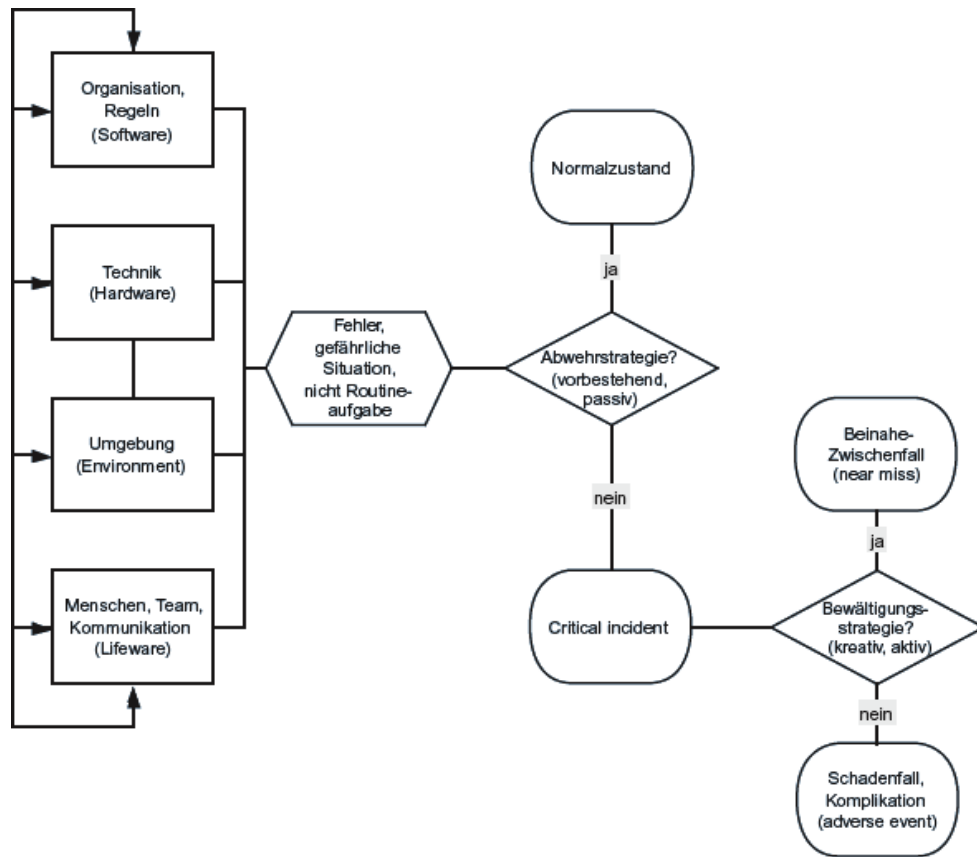


Abb. Entstehung von Critical Incidents (Frieling&Sonntag 1999)

Urbinielli zeigt einen Prozessverlauf zu kritischen oder Schadensereignissen und verdeutlicht deren Entstehung durch das Scheitern oder Fehlen von Bewältigungsstrategien. Normalerweise richten Organisationen für gefährliche Situationen, Nicht-Routine-Aufgaben oder Risikosituationen Abwehrstrategien ein. Greifen diese, so tritt wieder der Normalzustand für einen Arbeitsprozess ein. Greifen sie nicht, so tritt ein sog. critical incident ein. Wenn die situativen kreativ-aktiven Bewältigungsversuche, die dann in der Regel versucht werden, gelingen, wird von einem Beinahe-Zwischenfall gesprochen, wenn nicht, kommt es zu einem Schadensfall, einer Komplikation oder einem Unfall (adverse event).



Modell zur Definition eines „critical incident“ (Urbinali 2006a, 7)

Ein weiteres Erklärungsmodell zur Entstehung von kritischen oder Schadensereignissen ist das „Käsemodell“ latenter Systemfehler, die organisations- oder technikhärent sind, und auf die aktuelle und situative Fehler oder Zwischenfälle treffen. Viele dieser Zwischenfälle werden durch strukturelle Systemeigenschaften aufgefangen oder durch aktives Bewältigungsverhalten von Arbeitenden entschärft oder bewältigt. Treten aber ungünstige Verkettungen oder Passungen von Systemfehlern und Zwischenfällen auf, kann es geschehen, dass ein Zwischenfall durch die drei Einflüsseebenen von Mensch, Technik und Organisation durchbricht und so ein Schadensereignis verursacht. Die drei Ebenen fungieren normalerweise als Schutzschilde gegen Fehler: Menschen sind ausgebildet, mit kritischen Situationen umzugehen, sie haben individuelle oder durch die Organisation festgelegte Handlungsstrategien, kritische Situationen zu bewältigen. Technische Einrichtungen sind durch vielfältige Sicherheitsmassnahmen geschützt, Unfälle, Fehler oder kritische Situationen zu produzieren und schliesslich muss jede Organisation strukturelle Massnahmen vorsehen, um Fehler und Schadensfälle zu minimieren oder zu verhindern (man denke an Tschernobyl und die Explosion des dortigen Kernkraftwerks 1986).

Reason meint, dass man den menschlichen Faktor nicht verändern kann, aber die Bedingungen, unter denen Menschen arbeiten und die Schadensfälle verhindern.

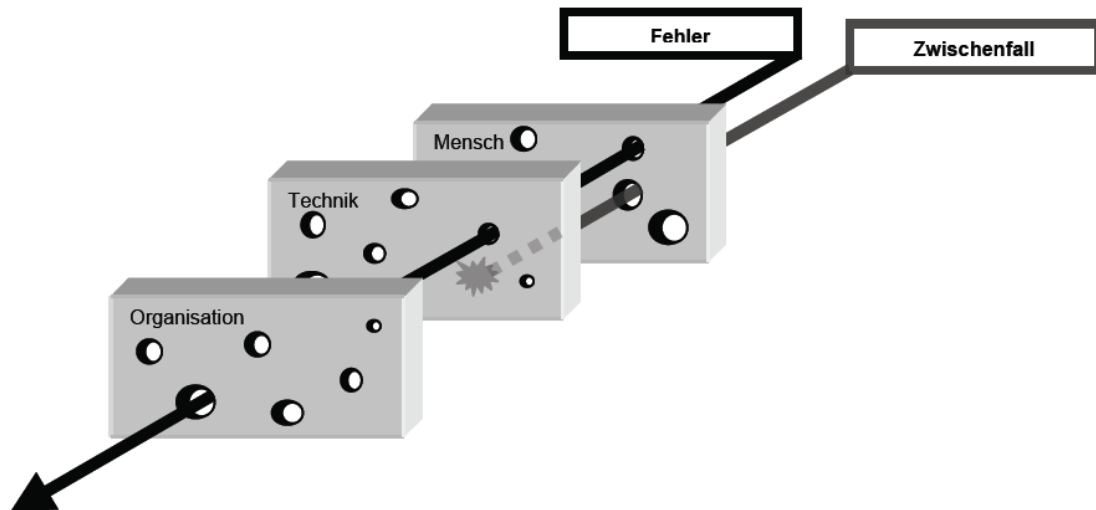


Abb 2: Reasons Chees Modell modifiziert ¹¹

Abb. „Käsemodell“ der Entstehung von critical Incidents nach Reason (Huber 2007)

2 Grundlagen der Critical Incident-Methode

Im Wörterbuch der Psychologie (Häcker&Stäpf 2004, 177f) wird die critical incident technique als arbeitspsychologische Forschungsmethode beschrieben, die Anforderungsprofile, Bildungsbedarf oder institutionellen Handlungsbedarf, z.B. im Rahmen eignungsdiagnostischer Verfahren wie Assessments erhellen kann. Sie dient der Beschreibung spezifischen Verhaltens in beruflichen Situationen zu aussergewöhnlich guten oder schlechten Leistungen. Es sollen dabei nur Situationen berichtet werden, die eine signifikante Auswirkung auf das Hauptziel der beruflichen Tätigkeit besitzen. Für jede Handlung sollen der Ort, die beteiligten Personen, die Randbedingungen und die Tätigkeiten geschildert werden, bei denen es zum kritischen Ereignis kam. Ein guter Bericht eines kritischen Ereignisses erfüllt nach Hacker & Stäpf folgende vier Kriterien:

- Er ist spezifisch für die Situation
- konzentriert sich auf beobachtbares Verhalten
- betrachtet den Arbeitskontext
- und zeigt die Konsequenzen des eigenen Verhaltens auf.

3 Die Critical Incident-Methode in der Sozialen Arbeit

Kritische Ereignisse in der Sozialen Arbeit sind häufig Gegenstand von Supervisionen, kollegialen Beratung oder Teamsitzungen, in denen sie reflektiert und Schlussfolgerungen für professionelleres Handeln gezogen werden. Dabei wird allerdings kaum mit der Methode der Critical incidents Technique gearbeitet, da diese in der Sozialen Arbeit kaum bekannt ist.

Kritische Vorfälle sind auch für Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit unangenehm oder

destruktiv oder gefährlich. Ihre Erfassung kann nur im Interesse der Dienstleistungsqualität einer Institution liegen. So könnte die Erfassung kritischer Ereignisse neben dem Beschwerdemanagement in Institutionen der Sozialen Arbeit ein Mittel der Qualitätssicherung werden. Die evang. Fachhochschule Berlin hat die CIT für einen Leitfadens zur Qualitätsentwicklung für die Sozialen Dienste Berlin angepasst und setzt ihn dort ein (Evangelische-Fachhochschule-Berlin 2003, 58f): Kritische Ereignisse werden dort wie folgt erfasst: Klientinnen oder Klienten werden im Rahmen von Auswertungsgesprächen oder Qualitätssicherungsbefragungen im direkten Gespräch aufgefordert, Situationen der unmittelbaren Anbieter-Nachfrager-Interaktion zu schildern, die mit besonders angenehmen oder unangenehmen Erinnerungen verbunden sind. Diese Ereignisse werden dann anhand standardisierter offener Fragen differenziert erfasst. Folgende Fragen kommen zur Anwendung:

1. Denken Sie an einen Vorfall, bei dem Sie einen besonders zufriedenstellenden bzw. unbefriedigenden Service erlebt haben.
1. Wann kam es zu diesem Ereignis?
2. Wie haben sich die Mitarbeiter in dieser Situation konkret verhalten?
3. Warum ist dieses Ereignis aus Ihrer Sicht besonders befriedigend oder besonders unbefriedigend?

Quelle: (Evangelische-Fachhochschule-Berlin 2003, 58)

Die kritischen Ereignisse werden gesammelt, wie es in Critical Incident Report Systems in der Medizin üblich ist, ihre Häufigkeit und die Zuordnung zu bestimmten Phasen oder Merkmalen des Hilfeprozesses werden erarbeitet. Typische kritische Ereignisse werden anschliessend aufbereitet und dargestellt und daraus konkrete Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

Als Kritik am System der EVFH muss allerdings angefügt werden, dass die Grundidee des CIRS nicht ein offizialisiertes Controlling ist, sondern ein anonymisierter Selbstbericht der Fachkräfte, aus dem die Community of Practice der Fachkräfte ohne Sanktionen lernen kann.

Literatur

- Evangelische-Fachhochschule-Berlin (2003) "Leitfaden zur Entwicklung von Qualitätsstandards für soziale Dienste Berlin." Download unter:
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. in: Psychological Bulletin 51: 327-358.
- Frieling, E.Sonntag, K. (1999). Lehrbuch Arbeitspsychologie. Bern: Huber.
- Göbel, K. (2003) "Critical Incidents - aus schwierigen Situationen lernen." Download unter:
- Häcker, H.Stapf, K.-H. (2004). Dorsch psychologisches Wörterbuch. Bern: Huber.
- Huber, A. R., Urbinelli (2007) "Critical Incident Reporting: Weshalb nicht von den Erfahrungen der Industrie und Luftfahrt lernen?" Download unter:
- Leonhardt, J., Vogt, J. (2006). Critical Incident Stress Management in Aviation. Aldershot, Hampshire: Ashgate.
- Pelzmann, L. (2001). Die Critical Incident Methode. St. Gallen: Malik Management Zentrum St. Gallen.
- Rehberg, W., Klingemann, H. (2004). Behinderung im Sozialstaat. Benachteiligung und Integration von drei Gruppen behinderter Menschen in er Schweiz. Endbericht des Instituts für Sozialplanung und Sozialmanagement ISS der Hochschule für Soziale Arbeit. Bern: Hochschule für Soziale Arbeit.
- Reuschenbach, B. (2000) "Grundlagen der Critical Incident Technique." Download unter:
- Roth, A. (2006). Fehlermanagement im Krankenhaus. Saarbrücken: VDM-Verlag.
- Urbinelli, R. (2006a). Vier Jahre Erfahrung mit dem laborspezifischen Critical Incident Reporting System (CIRS-Labor). in: Pipette - Swiss Laboratory Medicine 6.
- Urbinelli, R., Huber, A.R. (2006b) "Entwicklung eines laborspezifischen Critical Incident Reporting Systems (CIRS-Labor) als Teilkomponente eines umfassenden Qualitätsmanagement-Systems."