



Deutsches
Jugendinstitut

Expertise

Kay Biesel

Konzepte zur Entwicklung einer Fehlerkultur/Reflexion von Fallverläufen im Kinderschutz

Band 3: Fachkonzepte und Qualitätssicherung

Forschung zu Kindern, Jugendlichen und Familien an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik und Fachpraxis

Das Deutsche Jugendinstitut e.V. (DJI) ist eines der größten sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitute Europas. Seit 60 Jahren erforscht es die Lebenslagen von Kindern, Jugendlichen und Familien, berät Bund, Länder und Gemeinden und liefert wichtige Impulse für die Fachpraxis.

Aktuell sind an den beiden Standorten München und Halle (Saale) etwa 470 Beschäftigte tätig, darunter rund 280 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler.

Finanziert wird das DJI überwiegend aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und den Bundesländern. Weitere Zuwendungen erhält es im Rahmen von Projektförderungen u.a. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), der Europäischen Kommission, Stiftungen und anderen Institutionen der Wissenschaftsförderung.

Die vorliegende Expertise entstand im Rahmen des DJI-Projekts "Qualitätsentwicklung im Kinderschutz in Baden-Württemberg". Das Projekt wurde vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg gefördert und erstreckte sich von Juli 2018 bis Dezember 2020. Die Expertise wurde im Zeitraum 2019–2020 verfasst. Nähere Informationen zum Projekt finden Sie auf der Projekthomepage: www.dji.de/QuaKi

Impressum



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Der Text dieser Publikation wird unter der Lizenz Creative Commons Namensnennung 4.0 International (CC BY 4.0) veröffentlicht. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.de>

© 2023 Deutsches Jugendinstitut e.V.

Deutsches Jugendinstitut
Nockherstraße 2
81541 München
www.dji.de

Grafik: graphodata GmbH

Datum der Veröffentlichung: 23.10.23

ISBN: 978-3-86379-483-5

DOI: 10.36189/DJI202330

Autor:

Prof. Dr. Kay Biesel
Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit
Professor für Kinder- und Jugendhilfe
mit dem Schwerpunkt Kinderschutz
Co-Leiter Institut Kinder- und Jugendhilfe
Hofackerstrasse 30
4132 Muttenz, Schweiz
Telefon: (+41) 61/228-5947
E-Mail: kay.biesel@fhnw.ch

Inhalt

1. Auftrag und Aufbau der Expertise	4
2. Fehlerkultur und Qualitätsentwicklung im Kinderschutz	5
2.1 Fehler im Kinderschutz	5
2.2 Zum Verhältnis von Risiko- und Fehlermanagement und Qualitätsentwicklung	8
2.3 Zum Begriff der Fehlerkultur im Kinderschutz	11
3. Fehlerkulturkonzepte für den Kindeschutz	14
3.1 Das drei Säulen-Fehlerkultur-Modell	14
3.2 Das Konzept der Sicherheitskultur	18
3.3 Das Konzept des achtsamen Organisierens	22
3.4 Das Konzept organisationalen Lernens	25
3.5 Das Konzept institutioneller Fachaufsicht	27
4. Empfehlungen für die Entwicklung offener, konstruktiver und positiver Fehlerkulturen im Kindeschutz	29
5. Literaturverzeichnis	34

1.

Auftrag und Aufbau der Expertise

Das Deutsche Jugendinstitut (DJI) führte 2018 im Auftrag des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg das Projekt „Qualitätsentwicklung im Kinderschutz in Baden-Württemberg“ durch. Im Kontext des Projekts hatten alle Jugendämter in Baden-Württemberg die Möglichkeit, mit Unterstützung des DJI ihre Strukturen und Prozesse im Kinderschutz selbst zu überprüfen und gegebenenfalls zu optimieren. Hierfür wurden die Mitarbeitenden der Jugendämter zunächst mit Hilfe eines Onlinefragebogens dazu aufgefordert, Einschätzungen über ihre Rahmenbedingungen sowie ihre Arbeit im Kinderschutz vorzunehmen. Darauf aufbauend wurde ihnen in sogenannten „Interpretationswerkstätten“ die Möglichkeit gegeben, zentrale Ergebnisse der Onlinebefragung zu kommentieren und zu diskutieren.

Mittels der „Interpretationswerkstätten“ konnten Themen lokalisiert werden, die sowohl von übergreifendem als auch lokalem Interesse für die Entwicklung und Sicherung von Qualität im Kinderschutz in Baden-Württemberg sind. Es wurde u. a. herausgearbeitet, dass es von Bedeutung ist, mehr darüber in Erfahrung zu bringen, wie es in der Praxis gelingen kann, eine offene, konstruktive und positive Fehlerkultur zu entwickeln und die kritische Reflexion von Fallverläufen voranzutreiben. Um die Jugendämter mit diesem Ansinnen zu unterstützen, hat das DJI das Institut Kinder- und Jugendhilfe (IKJ), namentlich, Prof. Dr. Kay Biesel, damit beauftragt, eine Expertise zum Thema „Konzepte zur Entwicklung einer Fehlerkultur/Reflexion von Fallverläufen im Kinderschutz“ zu erstellen.

In dieser Expertise wird der Begriff der *Fehlerkultur* unter Berücksichtigung von Sicherheitskonzepten aus Hochrisikobereichen wie der Luftfahrt oder der Medizin grundlegend erörtert und auf deren Bedeutung für den Kinderschutz eingegangen. Es wird dargelegt, welchen Einfluss eine offene, konstruktive und positive Fehlerkultur auf die Entwicklung und Sicherung von Qualität im Kinderschutz haben kann. Darauf aufbauend wird aufgezeigt, in welcher Weise die Entwicklung einer solchen Fehlerkultur auf Strategien sowohl des Risiko- und Fehlermanagements als auch der Qualitätsentwicklung im Kinderschutz angewiesen ist und wie diese sich zueinander verhalten (Kapitel 2). Im Anschluss daran werden in der Expertise verschiedene in der Literatur diskutierte Fehlerkulturkonzepte beschrieben und ihre Relevanz für den Kinderschutz herausgestellt (Kapitel 3). Abschließend wird anhand von konkreten Praxisempfehlungen aufgezeigt, was auf individueller, organisationaler und struktureller Ebene für die Entwicklung einer offenen, konstruktiven und positiven Fehlerkultur und zur Verbesserung der Reflexion von Fallverläufen im Kinderschutz getan werden kann (Kapitel 4).

Fehlerkultur und Qualitätsentwicklung im Kinderschutz

Der Umgang mit Fehlern und Irrtümern in Organisationen, Behörden und Einrichtungen, in denen Fachkräfte arbeiten, welche die Aufgabe haben, Kindeswohlgefährdungen zu erkennen und abzuwenden, hat entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung und Sicherung von Qualität und auf die Wirksamkeit von Interventionen im Kinderschutz. Insbesondere die in den Jugendämtern und in Einrichtungen von Trägern der freien Jugendhilfe aber auch in Organisationen des Gesundheitswesens und aus dem schulischen Bereich ausgebildeten Fehlerkulturen sind ausschlaggebend dafür, ob es gelingt, offen und konstruktiv über Fehler zu sprechen, aus diesen zu lernen und diesbezüglich nachhaltige Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und des Risiko- und Fehlermanagements zu ergreifen.

2.1 Fehler im Kinderschutz

Unter einem *Fehler* (error) im Kinderschutz kann ganz allgemein eine Handlung oder Unterlassung einer Fachkraft oder einer Organisation/Behörde/Einrichtung verstanden werden, die von fachlichen Zielen, Standards oder ethischen Verpflichtungen abweicht und zu einer Verletzung der Grundrechte und unzureichenden Befriedigung der Bedürfnisse von Kindern oder Eltern führt. Im Gegensatz dazu kann unter einem *Irrtum* (mistake), eine Handlung oder Untätigkeit einer Fachkraft aufgefasst werden, die auf einer Fehleinschätzung, einer falschen Vorstellung oder dem Missverständnis einer Situation beruht (vgl. Biesel/Cottier 2020).

Neben Fehlern und Irrtümern spielen im Kinderschutz auch *Zuwiderhandlungen* (violations) von Fachkräften eine Rolle, also Verstöße gegen bestehende Dienstanweisungen, Vorschriften, Regelungen oder Gesetze. Überdies kann es Fachkräften passieren, dass sie bestimmte Aufgaben versehentlich vergessen oder verkehrt ausführen, weil sie mental zu sehr abgelenkt oder nicht aufmerksam genug sind. Diese sogenannten *Ausrutscher/Patzer* (slips) und *Aussetzer/Schnitzer* (lapses) haben oftmals ein geringes Schadenspotenzial und sind leichter zu korrigieren (vgl. Biesel/Urban-Stahl 2018). Ihnen soll darum in dieser Expertise nicht weiter Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Abb. 1: Vier Typen von „Fehlern“ im Kinderschutz

Fehler (error)	Irrtum (mistake)	Zuwiderhandlung (violation)	Ausrutscher/Patzer (slip) und Aussetzer/Schnitzer (lapse)
eine Abweichung von fachlichen Zielen, Standards oder ethischen Verpflichtungen	eine Fehleinschätzung, ein Denkfehler, ein Missverständnis, eine Fehldeutung	ein Verstoß gegen bestehende Dienstweisungen, Vorschriften, Regelungen oder Gesetze	eine versehentlich vorgenommene falsche Handlung oder Entscheidung

Quelle: Eigene Darstellung

In der Fachdebatte gibt es auch andere Vorstellungen darüber, was ein Fehler im Kinderschutz ist. So hält Schrapper (2009) beispielsweise die folgenden drei Fehler für den Kinderschutz für bedeutsam: *handwerkliche Fehler* (Fehleinschätzungen, mangelnde Beziehungsgestaltung, Überreaktionen oder Unterlassungen bei der Wahl der Hilfe), *unzuverlässige Formen der Zusammenarbeit im lokalen Kinderschutzsystem* und *überlastete Kinderschutzorganisationen* (wie z. B. den Allgemeinen Sozialen Dienst). Treten diese drei Fehler in gehäufte Form auf, kann es dazu kommen, dass Gefährdungen des Wohls von Kindern oder Jugendlichen zu spät oder gar nicht erkannt werden. Die Folge können lebensbedrohliche oder -zerstörende Unterversorgungssituationen sowie schwere oder tödliche Verletzungen der davon betroffenen Minderjährigen sein.

Ob diese Fehlersystematisierung oder die weiter oben vorgeschlagene, es ist in der Praxis nicht leicht festzustellen, ob Handlungen oder Unterlassungen von Fachkräften tatsächlich einen Fehler, einen Irrtum oder eine Zuwiderhandlung darstellen. Denn diese Einschätzung ist abhängig von sich verändernden gesellschaftlichen Erwartungen, organisationalen und professionellen Werten, Normen und Haltungen und darauf basierenden fachlichen Standards (vgl. Biesel/Urban-Stahl 2018; Biesel 2011). Urteile darüber, ob Fachkräfte im Kinderschutz gut oder schlecht, richtig oder falsch gehandelt haben, sind immer historisch relativ und sozial konstruiert (vgl. Biesel 2011). Sie basieren auf der Annahme, dass Fachkräfte stets auf günstigere und umsetzbare Handlungsalternativen zurückgreifen können. Dieser Umstand ist im Kinderschutz jedoch nicht immer gegeben (vgl. Biesel/Urban-Stahl 2018; Weingardt 2004). Im Kinderschutz können die Fachkräfte die beabsichtigten und unbeabsichtigten Folgen und Nebenwirkungen ihrer Handlungen und Entscheidungen nicht immer vollständig überblicken und gut abschätzen. Sie wissen oftmals erst im Nachhinein, ob sie mit einer Einschätzung falsch gelegen haben oder eine Hilfe sich als ungeeignet oder unwirksam erweist. Hinzu kommt, dass viele Fehler und Irrtümer im Kinderschutz systemisch bzw. organisationskulturell bedingt sind. Einzelne Fachkräfte können nicht allein für deren Herausbildung verantwortlich gemacht werden (vgl. Munro 2005, 2009; Merchel 2007a, 2007b). Viele Faktoren sind dafür ausschlaggebend, wenn sich

kleinere, oftmals unbemerkte latente Fehler und Irrtümer zu fatalen und unaufhaltsamen Ereignissen im Kinderschutz aufschaukeln (vgl. Wolff u. a. 2013b, Biesel 2011; Reason 1997).

Bei Zuwiderhandlungen, die von Fachkräften wider besseres Wissen vorgenommen werden und überdies auch strafrechtlich relevant sein können, kann der Sachverhalt natürlich anders gelagert sein. Aber auch dann, wenn Fachkräfte gegen bestehende Dienstanweisungen, Vorschriften, Regelungen oder Gesetze verstoßen, muss anhand des Einzelfalls geklärt werden, was sie dazu veranlasst hat. Denn auch Zuwiderhandlungen sind – ebenso wie Fehler und Irrtümer – oftmals Ausdruck tiefgreifender organisationaler sowie intersystemischer Störungen, die es kritisch in den Blick zu nehmen, zu analysieren und zu beheben gilt (vgl. Dekker 2014). Zudem sind aufgrund der komplexen und unsicheren Praxisbedingungen des Kinderschutzes nicht alle Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen vermeidbar (vgl. Gerber/Lillig 2018 ; Munro 1996). Trotz aller Bemühungen, die Wirksamkeit und Qualität des Kinderschutzes zu verbessern, können Fälle nicht ausgeschlossen werden, bei denen Fachkräfte relevante Informationen vergessen, nicht rechtzeitig weitergeben, Vorschriften nicht befolgen (können) oder sich aufgrund von Zeitbeschränkungen und Handlungsdruck auf Einschätzungen Dritter verlassen müssen. Auch wird es immer wieder Ereignisse im Fallverlauf geben, die unvorhersehbar sind und bei denen es trotz aller Hilfebemühungen misslingt, leidvolle Verletzungen eines Kindes oder sogar dessen Tod zu verhindern. Solche tragischen und emotional aufwühlenden Einzelfälle sind es aber gerade, die Anlass dafür geben sollten, verstärkt darüber nachzudenken, wie es in Jugendämtern, in Einrichtungen von Trägern der freien Jugendhilfe, aber auch in Organisationen des Gesundheitswesens und aus dem schulischen Bereich gelingen kann, offene, konstruktive und positive Fehlerkulturen zu entwickeln und die Reflexion von Fallverläufen im Kinderschutz zu verbessern. Denn dadurch könnten Kindeswohlgefährdungen wirksamer verhütet, abgewendet und ihr Schädigungspotenzial minimiert werden.

Vorbildgebend für einen solchen offenen und konstruktiven Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen sind die Luftfahrt oder die Medizin. Gleiches gilt für den hochzuverlässigen Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen in technisierten Hochrisikobereichen wie dem Energiesektor, der Chemiebranche oder dem Transportwesen (vgl. Weick/Sutcliffe 2016, 2015), in denen Störungen und Unfälle fatale Folgen für die Umwelt und für die menschliche Gesundheit haben können. In allen diesen Bereichen sind die Sicherheit- und Fehlerkulturen fortgeschrittener, ist es Standard, über Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen zu berichten, aus diesen zu lernen und darauf basierend Maßnahmen zur Entwicklung und Sicherung von Qualität und des Risiko- und Fehlermanagements zu ergreifen (vgl. Fegert/Ziegenhain/Fangerau 2010).

2.2 Zum Verhältnis von Risiko- und Fehlermanagement und Qualitätsentwicklung

In der Luftfahrt und in der Medizin sind Risiko- und Fehlermanagementansätze weit verbreitet. Mit ihnen soll die Sicherheit von Fluggästen und Patientinnen wie Patienten gewährleistet werden. Sie sind oft gekoppelt mit Qualitätsmanagementkonzepten und darin umfassend integriert. Im Gesundheitsbereich sind Krankenhäuser beispielsweise per Gesetz dazu verpflichtet, für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse Sorge zu tragen. Sie müssen einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement aufbauen und weiterentwickeln. Überdies müssen sie sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung beteiligen. Damit verbunden ist auch die Verpflichtung, ein *patientenorientiertes Beschwerdemanagement* zu betreiben. Zudem müssen sie über ein einrichtungsinternes *Risikomanagement* und *Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System)* verfügen. Damit soll sichergestellt werden, dass Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung rechtzeitig erkannt und zur Vermeidung von kritischen und unerwünschten Ereignissen sowie von Beinahe-Behandlungsschäden¹ herangezogen werden. Die auf diese Weise gesammelten und analysierten Informationen über Risiken und Fehlerquellen werden zusätzlich in ein einrichtungsübergreifendes Risikomanagement- und Fehlermeldesystem eingespeist (vgl. § 135a SGB V, § 136a Abs. 3 SGB V). Die Fehlermeldesysteme basieren auf den Prinzipien der *Freiwilligkeit, Sanktionsfreiheit, Vertraulichkeit, Anonymität² und Unabhängigkeit*. Mitarbeitende können von ihnen beobachtete oder selbst verursachte Fehler, Irrtümer oder Zuwiderhandlungen anonym melden, sind dazu aber nicht verpflichtet. Sie und ihre Kolleginnen und Kollegen erfahren dadurch keinerlei Nachteile. Die Identität der meldenden Personen und der in den Meldungen benannten Personen wird vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Es ist zudem sichergestellt, dass die Meldungen von unabhängigen Expertengremien zeitnah ausgewertet und zur Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen herangezogen werden (vgl. Löber 2017; Fegert/Ziegenhain/Fangerau 2010).

In der Luftfahrt müssen Fluggesellschaften ebenfalls über *Fehlermeldesysteme* verfügen. Auch sind sie dazu verpflichtet, *Gefahrenabwehrsysteme* und *Ermüdungsmanagementsysteme* vorzuhalten (siehe Verordnung (EU) 2018/1139, Anhang V, Abschnitt 8). Bei Flugzeugunfällen oder anderen sicherheitsrelevanten Ereignissen bzw. schweren Störungen³ müssen sie ferner an *Sicherheitsuntersuchungen* der Bundesstelle

- ¹ Unerwünschte Ereignisse sind Vorkommnisse, die eventuell, aber nicht zwingend, schädigend für Patientinnen bzw. Patienten sein können. Kritische Ereignisse sind Vorkommnisse, die potenziell schädigend sein können, sofern nicht sofort Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Beinahe-Behandlungsschäden hingegen sind Vorkommnisse, in denen es aufgrund glücklicher Umstände oder der rechtzeitigen Korrektur von Fehlern und Irrtümern nicht zu einer Schädigung von Patientinnen oder Patienten gekommen ist (vgl. ebd.).
- ² Löber (2017) merkt an, dass die Gewährleistung absoluter Anonymität eine umfassende Fehleranalyse erschwert und zugleich ein Indikator dafür ist, dass die Fehlerkultur verbesserungswürdig ist.
- ³ Als schwere Störungen in der Luftfahrt werden folgende Ereignisse angesehen: Fastzusammenstöße; knapp vermiedene Bodenberührungen; Starts oder Startabbrüche sowie Landungen oder Landeversuche auf gesperrten oder belegten Start- und Landebahnen; Brand- oder Rauchereignisse; Ereignisse, welche den Einsatz von Sauerstoffmasken erforderten; Schäden am Flugzeug; mehrfaches Versagen eines oder mehrerer Luftfahrzeugsysteme; Ausfall von Flugzeugbesatzungsmitgliedern während des Flugs etc. (siehe Verordnung (EU) 996/2010).

für Fluguntersuchung (BFU) oder anderen Sicherheitsuntersuchungsstellen teilnehmen (siehe Verordnung (EU) 996/2010). Hierfür können sie in den allermeisten Fällen auf Informationen von Flugdatenschreibern und Stimmenrekorden (umgangssprachlich Blackbox) zurückgreifen. Die Sicherheitsuntersuchungen dienen dem Lernen und sind auf die Verbesserung der Luftsicherheit ausgerichtet. Sie zielen nicht darauf ab, Schuld- oder Haftungsfragen zu klären (siehe Verordnung (EU) 996/2010 Art. 17 und 18). Neben diesen Maßnahmen sind es vor allem *realitätsnahe Trainings*, welche zu einer massiven Senkung der Rate von Flugzeugabstürzen geführt haben. Zu ihnen gehören insbesondere Flugsimulations-, Notfall- und Fehlermanagementtrainings. Sie sind darauf ausgerichtet, die Flugnavigation, die Kommunikation unter den Besatzungsmitgliedern, den Umgang mit Hierarchien, das Treffen von Entscheidungen, die Bewältigung von Stress und das Management von Fehlern und Irrtümern zu verbessern.⁴

Im Kinderschutz sind solche expliziten Ansätze des Risiko- und Fehlermanagements weder gesetzlich vorgeschrieben noch weit verbreitet, obwohl die Praxis ebenso risikoreich und fehleranfällig ist wie die Luftfahrt oder die Medizin (siehe hierzu Schreyögg 2015; Wolff 1997). Im Kinderschutz verändern sich die Praxisbedingungen stetig, müssen in der Zusammenarbeit zwischen Eltern, Kindern und Fachkräften wiederholt *Kommunikationshindernisse* überwunden, *Verstehensbarrieren* abgebaut und *Autonomieerfordernisse* ausbalanciert werden (vgl. Biesel 2011). Dies ist für die davon betroffenen Fachkräfte oftmals eine Sisyphusaufgabe, die mit zahlreichen, zum Teil unauflösbaren Zielkonflikten verbunden ist (vgl. Berrick 2018). Sie kann von diesen weder vollständig fehlerfrei realisiert noch hinreichend technisch kontrolliert oder standardisiert erbracht werden. Im Kinderschutz verlaufen die Dinge häufig nicht nach Plan. Hilfen greifen immer wieder nicht so, wie es ursprünglich angedacht war. In vielen Fällen haben es die Fachkräfte nicht allein in der Hand, Aufwuchsbedingungen von Kindern in Familien zu beeinflussen und Eltern dafür zu gewinnen, ihre Erziehungspraxen im Interesse des Wohls ihrer Kinder zu verändern. Sie sind auf die Mitwirkung der Familienmitglieder angewiesen. Hierfür sind im Kinderschutz prinzipiell vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen notwendig. Es bedarf aber auch entsprechender struktureller und organisationaler Rahmenbedingungen, um auf der Grundlage offener, konstruktiver und positiver Fehlerkulturen den Schutz von in ihrem Wohl gefährdeten Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten.

Zwar haben sich einzelne Jugendämter bereits verstärkt mit der Frage auseinandergesetzt, wie sie besser aus Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen bzw. aus problematischen Fallverläufen im Kinderschutz lernen können (vgl. z. B. Gerber/Lillig 2018; Wolff u. a. 2013b). Diesbezüglich gibt es sogar weiterführende konzeptuelle Überlegungen, die der Verankerung von qualitätssichernden Risikomanagementstrategien auf der Ebene von Organisationen im Kinderschutz dienen (vgl. Amt für Soziale Dienste Bremen in Kooperation mit dem Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V. 2010). Auch wurden mit dem Gesetz zur Koopera-

4 Siehe hierzu z. B. die Angebote der Lufthansa Aviation Training GmbH auf der Website: <https://www.lufthansa-aviation-training.com/>

tion und Information im Kinderschutz (KKG) wesentliche Grundlagen für den Umgang mit Hinweisen für Gefährdungen des Wohls von Kindern und den Aufbau verbindlicher Netzwerkstrukturen im lokalen Kinderschutzsystem geschaffen. Des Weiteren verfügen inzwischen viele Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in denen Kinder über Tag und Nacht untergebracht sind, über sogenannte *institutionelle Schutzkonzepte*, welche dem Schutz und der Sicherheit von Kindern und Jugendlichen in pädagogischen Organisationen dienen (vgl. Oppermann u. a. 2018). Und nicht zuletzt gibt es auch *unabhängige Ombudsstellen und -initiativen*, welche vor allem zur Entwicklung und Umsetzung von Beschwerdeverfahren bei freien Trägern der Jugendhilfe geführt haben (vgl. Grapentin 2018; Hansbauer/Stork 2017). In Jugendämtern sind kinder- und jugendhilfespezifische Ombuds- und Beschwerdestellen hingegen weitaus weniger verbreitet (vgl. Urban-Stahl 2011), weshalb es weiterführend wäre, wenn Qualitätsentwicklung, Risiko- und Fehlermanagement im Kinderschutz klarer aufeinander bezogen und eine stärkere konzeptuelle Verankerung in Jugendämtern und bei ihren Kooperationspartnern aus dem lokalen Kinderschutzsystem erfahren würden (vgl. Biesel 2012). Schließlich hängen die mit ihnen verbundenen Ziele eng miteinander zusammen.

- *Qualitätsentwicklung* im Kinderschutz zielt darauf ab, die Güte von Antworten (Leistungen und Eingriffen), welche von Jugendämtern und ihren Kooperationspartnern innerhalb und außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe gegeben werden, um Gefährdungen des Wohls von Kindern und Jugendlichen in Familien und Institutionen erkennen und abwenden zu können, kontinuierlich zu verbessern und zu überprüfen (vgl. Biesel/Urban-Stahl 2018). Insbesondere ist sie darauf ausgerichtet, den Zugang zu Hilfen zu erleichtern, den Prozess der Gefährdungseinschätzung fachlich zu fundieren, die Partizipation von Kindern und Eltern im Kinderschutz zu steigern, das Wissen und die Kompetenzen von Fachkräften im Kinderschutz auszubauen, für förderliche organisationale Rahmenbedingungen zu sorgen, die Wirksamkeit von Leistungen und Maßnahmen zu erhöhen und die Kooperationsbeziehungen im lokalen Kinderschutzsystem zu verbessern.
- *Risikomanagement* im Kinderschutz hat zum Ziel, in Jugendämtern und bei ihren Kooperationspartnern einen bewussteren und achtsameren Umgang mit den Risiken und potenziellen Fehlerquellen der Kinderschutzarbeit zu befördern. Es ist darauf ausgerichtet, Risiken und Fehlerquellen möglichst frühzeitig zu entdecken und zur Sprache zu bringen, deren Ursachen ausfindig zu machen und deren negative Folgen, soweit es geht, gering zu halten.
- *Fehlermanagement* im Kinderschutz ist darauf ausgerichtet, einen offenen und konstruktiven Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen zu fördern. Es dient dem Lernen aus Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen und der Ableitung von organisationsinternen und -übergreifenden Maßnahmen zur Entwicklung und Sicherung von Qualität.

Gemeinsames Ziel von Qualitätsentwicklung, Risiko- und Fehlermanagement im Kinderschutz ist es dementsprechend, das frühzeitige Erkennen und rechtzeitige

Abwenden von Gefährdungen des Kindeswohls zu verbessern und damit Kinder, Eltern und ihre Familien vor unnötigem Leid zu bewahren. Ob und in welcher Weise dies gelingt, hängt jedoch einerseits von den in Jugendämtern, ihren Kooperationspartnern und in den lokalen Kinderschutzsystemen vorherrschenden Fehlerkulturen ab. Andererseits bedarf es aber ebenso unabhängiger *Fachaufsichtsorgane*, die regelhaft überprüfen, welche Faktoren in Organisationen wie den Jugendämtern für die rechtmäßige und zweckmäßige Aufgabenerfüllung förderlich oder hemmend sind. Denn nur auf diese Weise können strukturelle und organisationale Rahmenbedingungen verbessert, Fehlerquellen beseitigt und gravierende Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen rechtzeitig erkannt sowie deren schädigende Potenziale im Kinderschutz reduziert werden.⁵

2.3 Zum Begriff der Fehlerkultur im Kinderschutz

Der Begriff der *Fehlerkultur* wird im Kinderschutz noch nicht lange verwendet. Er stammt ursprünglich aus der Hochrisikoindustrie (Atomkraft), in dem der Begriff der *Sicherheitskultur* oftmals geläufiger ist und mit dem erklärt wird, wie Strukturen und Prozesse sich förderlich oder hemmend auf die Sicherheit komplexer Systeme an der Schnittstelle von Mensch und Technik auswirken können (vgl. Pfaff u. a. 2009). Mit dem Begriff wird beschrieben, wie Gesellschaften, Organisationen und Menschen gegenüber Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen eingestellt sind und mit ihren Folgen umgehen. Die Fehlerkultur bestimmt darüber, ob und wie Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen wahrgenommen, über sie nachgedacht und gesprochen sowie auf sie reagiert wird (vgl. Löber 2017; Schüttelkopf 2008). Oft gibt es in Gesellschaften, Organisationen und in Feldern wie dem Kinderschutz unterschiedlich ausgeprägte Fehlerkulturen, da sie auf sich verändernde individuelle und kollektive Werte und Normen im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen beruhen. Insofern gibt es nicht *die* Fehlerkultur. Der Begriff kann vielmehr im Sinne eines analytischen Rahmens dafür herangezogen werden, zu bestimmen, wie in einer Gesellschaft, Organisationen oder in einem Handlungsbereich mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen umgegangen wird. Mit ihm kann nicht normativ festgelegt werden, wie ein erwünschter Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen auszusehen hat.

Der Begriff der *Fehlerkultur* hat erst mit der Problematisierung einer Reihe von gescheiterten Kinderschutzfällen in den 2000er-Jahren Einzug in die Fachdebatte gehalten (vgl. Biesel 2011, 2009). Insbesondere der „Saarbrückener Fall“ im Jahr 2003 (vgl. Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. 2004), der Fall „Kevin“ im Jahr 2006 (vgl. Bremische Bürgerschaft 2007) und der Fall „Lea-Sophie“ im Jahr 2007 (vgl. Verwaltungsinterne Arbeitsgruppe 2008) gaben Anlass dazu, ver-

⁵ Siehe hierzu folgende Beiträge: Biesel/Messmer (2015); Wiesner (2015); Schrappner (2015); Merchel (2015); Redmann/Gintzel (2015).

stärkt über Möglichkeiten und Grenzen der Vermeidung und Reduzierung von Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen im Kinderschutz nachzudenken.⁶ Die Fälle machten darauf aufmerksam, wie komplex und schwierig es ist, Gefährdungen des Wohls von Kindern in Familien abzuwenden. Sie wiesen darauf hin, dass Kinderschutz ähnlich wie Luftfahrt oder Medizin ein fehleranfälliger Hochrisikobereich ist (vgl. Wolff 2007). Sie zeigten auf tragische Weise, wie komplex und schwierig es für Fachkräfte ist, Fehleinschätzungen und Fehlhandlungen rechtzeitig zu erkennen und in ihrer Arbeit intersystemischen Fehlerkreisläufen effektiv entgegenzuwirken (vgl. Biesel 2011). Solche Fehlerkreisläufe ereignen sich „im Kinderschutz immer dann, wenn milieubedingte und feldspezifische Macht- und Statusunterschiede potenziell vorhandene Handlungsmöglichkeiten einschränken. Sie verhindern, dass die Förderung und der Schutz eines Kindes im Mittelpunkt der verantwortlichen Personen und Organisationen aus den formellen und informellen Unterstützungssystemen stehen und diese miteinander in Kontakt kommen, um einen offenen Dialog über Schwierigkeiten, Probleme und Fehler zu führen“ (Biesel/Wolff 2013a, S. 41).

In diesen, aber auch in anderen problematisch verlaufenen Fällen haben sich trotz ihrer Einzigartigkeit ähnliche Einschätzungs-, Interaktions-, Behandlungs-, Kommunikations- und Kooperationsfehler, aber auch strukturell bedingte Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen ereignet, die, wären sie frühzeitig erkannt worden, vermutlich weniger schwerwiegende Folgen für die davon betroffenen Kinder gehabt hätten (siehe hierzu auch Gerber/Lillig 2018; Schmutz/de Paz Martinez 2018; Biesel/Wolff 2013b; Fegert/Ziegenhain/Fangerau 2010).

Abb. 2: Typische Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen des Kinderschutzes im Überblick

Typische Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen des Kinderschutzes im Überblick

- Misslungene tragfähige Arbeitsbeziehungen
- Fehlende Beziehungskontinuität aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen
- Vermeidung, Beschönigung von schwierigen Themen zu Lasten der Schutz- und Entwicklungsbedürfnisse des Kindes
- Ungenügende Kenntnisse im Umgang mit psychisch erkrankten und/oder alkohol- und drogenabhängigen sowie widerständigen bzw. schwer erreichbaren Eltern
- Fehlender Einbezug des erweiterten Familienumfeldes
- Nicht-in-Augenscheinahme und Einbezug von Kindern
- Unzureichende Berücksichtigung der Familien- und Hilfesystemgeschichte
- Ungeeignete und unzureichend überprüfte Hilfe- und Schutzziele
- Ungenügender Fokus auf den Abbau von bereits vorhandenen Belastungen und Schädigungen des Kindes
- Mangelnder Einbezug von (Stief-)Vätern (bei häuslicher Gewalt)
- Einsatz von ungeeigneten und unwirksamen Hilfen und Schutzmaßnahmen
- Falsche Interpretation oder zu späte Bearbeitung von Hinweisen auf Kindeswohlgefährdungen
- Zu späte oder nichterfolgte Überprüfung und Revidierung von Gefährdungseinschätzungen trotz neuer Informationen
- Zu starker Fokus auf äußerlich beobachtete Gefährdungsfaktoren zuungunsten der Wahrnehmung weniger eindeutig sichtbarer
- Gleichsetzung der Kooperationsbereitschaft der Eltern mit ihrer Veränderungsfähigkeit
- Unklare Zuständigkeiten, Rollen und Aufträge
- Unabgestimmte und uneinheitliche Gefährdungseinschätzungsergebnisse zwischen den Fachkräften

- Illusionen von Sicherheit und Schutz des Kindes bei Involviertheit vieler Fachkräfte bzw. bei Existenz eines großen Hilfenetzwerks
- Mangelnde Kommunikation und ungelöste Konflikte zwischen den Fachkräften im lokalen Kinderschutzsystem
- Mangelnde Falldokumentationen
- Einseitige Fallreflexionen und -beratungen

Quelle: Gerber/Lillig 2018; Schmutz/de Paz Martinez 2018; Fegert/Ziegenhain/Fanergau 2010

Für den Kinderschutz unterscheidet Biesel (2011) drei idealtypische Fehlerkulturen (siehe auch: Munro 2019; Biesel/Urban-Stahl 2018):⁷

- *Die pathologische Fehlerkultur:* In dieser Kultur wird ein *inaktiver Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen* gepflegt. Was ein Fehler, ein Irrtum oder eine Zuwiderhandlung ist, entscheidet die Führungsebene. Ihre Entdeckung und Thematisierung werden als störend und verunsichernd erlebt. Entsprechend möchte die Führungsebene für deren Verhütung, Entstehung und Vermeidung keine Verantwortung übernehmen. Wenn überhaupt, werden Einzelne für deren Vorhandensein zur Rechenschaft gezogen.
- *Die bürokratische Fehlerkultur:* In dieser Kultur wird ein *reaktiver Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen* gepflegt. Man ist sich auf der Führungsebene zwar darüber im Klaren, dass im Kinderschutz Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen vorkommen. Sofern sie entdeckt und thematisiert werden, ist man entsprechend darum bemüht, deren Folgen möglichst gering zu halten. Anstrengungen zur Verhütung, Entstehung und Vermeidung von Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen werden jedoch nicht unternommen.
- *Die generative Fehlerkultur:* In dieser Kultur wird ein *proaktiver Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen* gepflegt. Man setzt sich auf allen Ebenen offen und konstruktiv mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen des Kinderschutzes auseinander. Sie sollen möglichst frühzeitig erkannt und vermieden sowie ihr Schadenspotenzial abgeschwächt werden. Auch soll aus ihnen gelernt, und entsprechend sollen Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung von Qualität im Kinderschutz abgeleitet werden.

Diese drei Fehlerkulturen können als analytisches Modell dazu herangezogen werden, um zu bestimmen, wie Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. Jugendämter, welche als Kernorganisation des Kinderschutzes angesehen werden können) mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen umgehen, auch wenn in der Praxis vermutlich noch weitaus differenziertere und schwer voneinander zu unterscheidende Fehlerkulturen existent sind. Gleiches trifft auf andere Einrichtungen der lokalen Kinderschutzsysteme zu, in denen ebenfalls unterschiedlich herausgebildete Fehlerkulturen anzunehmen sind. Sie sind das Ergebnis unbewusster organisationaler Basisannahmen und Routinen, die oftmals unhinterfragt bleiben und für selbstverständlich gehalten werden. Sie zu entziffern und zu verändern, ist alles andere als leicht, da sie organisationskulturell tief verwurzelt und unter ihren Mitgliedern oftmals unverhandelbar sind (vgl. Schreyögg 2012.; Schein 2003; Neubauer 2003).

⁷ Ursprünglich sind diese drei Fehlerkulturen (Organisationskulturen im Umgang mit sicherheitsrelevanten Informationen) von Ron Westrum (1993) identifiziert worden. Sie wurden auch von James Reason aufgegriffen, der für seine Forschungen über den Umgang mit Fehlern in hochsicherheitsrelevanten Organisationen weltweit bekannt ist (siehe z.B. Reason 1997).

3.

Fehlerkulturkonzepte für den Kinderschutz

Im Kinderschutz kommt es nicht nur darauf an, für qualitativ hochwertige Antworten in Reaktion auf mögliche oder sich bestätigende Gefährdungen des Kindeswohls mittels Maßnahmen der Qualitätsentwicklung in Jugendämtern und bei ihrem Kooperationspartner zu sorgen. Es muss ebenso darum gehen, Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen des Kinderschutzes möglichst frühzeitig zu entdecken und zur Sprache zu bringen, deren Ursachen ausfindig zu machen und deren negative Folgen, soweit es geht, gering zu halten. Die entscheidende Frage ist nur, wie es gelingen kann, die dafür erforderlichen offenen, konstruktiven und positiven Fehlerkulturen im Kinderschutz in Jugendämtern und bei ihren Kooperationspartnern im lokalen Kinderschutzsystem zu etablieren.

3.1 Das drei Säulen-Fehlerkultur-Modell

Nach Schüttelkopf (2008, S. 234) besteht die Fehlerkultur einer Organisation aus drei Säulen:

1. Den *Normen und Werten* einer Organisation, welche ihren Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen beeinflussen.
2. Den *Kompetenzen*, über die Mitarbeitende einer Organisation verfügen, um Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen rechtzeitig erkennen, diese untereinander ansprechen, miteinander analysieren und aus diesen lernen zu können.
3. Den *Instrumentarien* (Methoden, Techniken, Instrumente), welche in einer Organisation für den Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Fehlern vorhanden sind.

Diese drei Säulen beeinflussen, ob in einer Organisation *konstruktiv* oder *destruktiv* mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen umgegangen wird. In einer dekonstruktiven Fehlerkultur werden Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen verleugnet und vertuscht. Im Fall ihrer Entdeckung kommt es zu Sanktionierungen einzelner Mitarbeitender, zu einer Zunahme von Angst und der Herausbildung eines lernfeindlichen Organisationsumfeldes. Im Gegensatz dazu ist eine konstruktive Fehlerkultur dadurch gekennzeichnet, dass in ihr Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen offen angesprochen und im konstruktiven Austausch gemeinsam verarbeitet werden können. In dieser Kultur bestehen weniger Ängste im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen. Es ist möglich, aus Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen zu lernen, die Kompetenzen der einzelnen Mitarbeitenden auszubauen und die Qualität der Kinderschutzpraxis weiterzuentwickeln (vgl. ebd.).

Zur Entwicklung einer konstruktiven Fehlerkultur müssen gemäß Schüttelkopf (ebd.) folgende vier Dimensionen in den Blick genommen werden: *Vertrauen, Fehlerfreundlichkeit, Fehlervermeidung* und *Entwicklung*. In der Organisation sollte entsprechend in Erfahrung gebracht werden, ob die Mitarbeitenden darauf vertrauen, dass mit ihren und den Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen anderer konstruktiv umgegangen wird. Denn in organisationalen Umfeldern, in denen vorwiegend Schuldige für Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen gesucht werden und Mitarbeitende allein für das Fehlermachen verantwortlich gemacht werden, sind offene Fehlerdiskurse und Lernprozesse kaum möglich. In diesen Kontexten vertrauen Mitarbeitende nicht hinreichend darauf, dass in ihrer Organisation offen und konstruktiv mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen umgegangen wird. Sie befürchten stattdessen von ihren Leitungspersonen sanktioniert, bestraft und öffentlich diffamiert zu werden. Aus diesem Grund vertuschen sie lieber ihre Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen. Sie berichten nicht darüber, wenn sie oder andere gegen bestehende Regeln und Vorschriften verstoßen oder sich geirrt haben und was ihrer Meinung nach dafür ausschlaggebend war (*Dimension Vertrauen*). Stattdessen schweigen sie lieber und haben Angst davor, als inkompetent wahrgenommen oder von Strafverfolgungsbehörden für ihre Handlungen und/oder Unterlassungen verfolgt zu werden. In einer solchen Straf- und Schuldkultur bzw. „Culture of blame“ ist ein Lernen aus Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen und die Weiterentwicklung von Qualität im Kinderschutz nur bedingt möglich (vgl. Löber 2017; Schüttelkopf 2008). Im Gegensatz dazu ist ein systemorientiertes Fehler-Ursachen-Verständnis für die Entwicklung offener und konstruktiver Fehlerkulturen in Organisationen weiterführend (vgl. Biesel/Urban-Stahl 2018; Dekker 2014).

Tab. 1: Kontrastierung altes und neues Fehler-Ursachen-Verständnis

Altes Fehler-Ursachen Verständnis (personeller Ansatz der Fehlerentstehung)	Neues Fehler-Ursachen-Verständnis (systemischer Ansatz der Fehlerentstehung)
Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen sind der Grund für Störungen und Schwierigkeiten in einer Organisation	Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen sind ein Symptom für grundlegende Störungen und Schwierigkeiten in einer Organisation
Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen sind dem menschlichen Verhalten geschuldet	Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen sind Zuschreibungen; Urteile, die gefällt werden, nachdem etwas passiert ist
Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen sind gefürchtet und müssen bekämpft werden	Menschliches Verhalten wird systematisch beeinflusst durch Organisationen und umgekehrt
Menschliches Verhalten muss kontrolliert werden	Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen sind Hinweise darüber, wie Menschen gelernt haben, mit komplexen und widersprüchlichen Arbeitsbedingungen umzugehen
Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen sind simpel abzustellen – irgendwann werden alle Systeme so aufgestellt sein, dass sie sich nicht mehr ereignen	Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen können nicht einfach abgestellt werden, sie sind organisationalkulturell und systemisch bedingt

Mit stringenteren Prozeduren, einem erhöhten Maß an Pflichtbewusstsein, technologischer Innovation und Supervision können Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen reduziert werden

Mit einem besseren Verständnis für die tägliche Arbeit von Menschen ist es besser möglich, Wege zu finden, organisationale Rahmenbedingungen zur Vermeidung von schwerwiegenden Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen zu entwickeln

Quelle: Dekker 2014 in Biesel/Urban-Stahl 2018, S. 334

Ein systemorientiertes Fehler-Ursachen-Verständnis trägt dazu bei, den Fokus stärker darauf zu richten, warum sich Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen ereignet haben und nicht, wer an deren Entstehung Schuld hat (vgl. Gerber/Lillig 2018). Mit diesem Zugang ist es besser möglich, eine Kultur zu etablieren, in der akzeptiert wird, dass Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen im Kinderschutz unvermeidlich sind (*Dimension Fehlerfreundlichkeit*). Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass man Mitarbeitenden das Machen von Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen zugesteht und ihnen glaubhaft vermittelt, dass Fehlerfreundlichkeit bzw. -offenheit der Fehlervermeidung (vgl. Weingardt 2004) und der kontinuierlichen Weiterentwicklung von Qualität im Kinderschutz dient. Denn um Kinderschutz wirksam zu gestalten, bedarf es auch unkonventioneller Maßnahmen. Diese erfordern Risikobereitschaft und die Inkaufnahme von Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen, welche sich im Fallverlauf oftmals erst im Nachhinein als solche herausstellen. Nur auf diese Weise können das Wissen und der Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen im Kinderschutz ausgebaut und organisationale Lernprozesse angeregt werden, die im besten Fall qualitätssteigernden und praxisverändernden Charakter haben (*Dimension Entwicklung*). Zugleich sollte aber auch Wert daraufgelegt werden, bei den Mitarbeitenden die Sensibilität für die prinzipielle Fehleranfälligkeit der Kinderschutzarbeit zu steigern und sie dabei zu unterstützen, schwerwiegende Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen zu vermeiden. Hierfür bedarf es aufeinander abgestimmter Maßnahmen der Fehlerprävention, der Fehlerantizipation und der Fehlerkorrektur (*Dimension Fehlervermeidung*).

Löber (2017) ist ebenfalls der Auffassung, dass die Schaffung einer konstruktiven Fehlerkultur in Organisationen wie z. B. Krankenhäusern nur möglich ist, wenn es gelingt, die Mitarbeitenden davon zu überzeugen, dass eine offene Auseinandersetzung mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen der Verbesserung *ihrer Praxis* und nicht des Ausmachens von Schuldigen dient. Hierfür sind allerdings Vertrauen und ein positives emotionales Umfeld die Basis. Die Mitarbeitenden müssen die Erfahrung machen, dass gerecht, flexibel und lernorientiert mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen in ihrer Organisation umgegangen wird. Sie müssen die Gewissheit haben, dass nur beabsichtigte und aus Fahrlässigkeit heraus resultierende Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen sanktioniert werden und nicht solche, für deren Entstehung sie nicht allein ursächlich verantwortlich sind. Um eine solche konstruktive Fehlerkultur zu entwickeln, bedarf es gemäß Löber (ebd.) *aktiver Führungsarbeit*. Es müssen von den Führungskräften entsprechende Normen und Werte verkündet und in der Praxis implementiert werden. Diese sollten für die Etablierung lernanregender Strukturen, Räume und Rituale sowie praxistauglicher Instrumente, mit denen eine offene und konstruktive Auseinanderset-

zung mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen befördert werden kann, Sorge tragen. Denn nur auf diese Weise können Wissensbestände und Kompetenzen im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen aufgebaut werden. Folgende Stufen der fehlerkulturellen Entwicklungsarbeit sind nach Löber (ebd.) dabei von Relevanz:

- *Die Stufe des Wollens:* Die Führungskräfte müssen die Schaffung einer offenen, konstruktiven und positiven Fehlerkultur als Organisationsziel ausgeben und im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen als Vorbilder vorangehen. Sie müssen gegenüber Kritiken und Veränderungsvorschlägen ihrer Angestellten offen eingestellt sein und organisationale Wandlungsbereitschaft zeigen.
- *Die Stufe des Könnens:* Die Führungskräfte müssen Ressourcen und Anreizstrukturen für das bessere Erkennen von Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen und zur Weiterentwicklung von Qualität zur Verfügung stellen. Sie müssen für die Etablierung sowie Implementierung der dafür erforderlichen Verfahren, Methoden und Instrumente Sorge tragen.
- *Die Stufe des Wissens:* Die Führungskräfte müssen ihre Mitarbeitenden dabei unterstützen, offen und konstruktiv gegenüber Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen eingestellt zu sein. Sie müssen ihre Kompetenzen im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen erhöhen, die dafür erforderlichen Schulungen, Weiterbildungen ermöglichen und Reflexions- und Dialogräume schaffen.

Folgt man diesen Überlegungen, dann sollten in einer Organisation nur Werte und Normen im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen proklamiert werden, die wirklich ernst gemeint sind und nicht nur reine Rhetorik darstellen. Insbesondere Führungskräfte sollten für eine klare, miteinander geteilte und offengelegte Normen- und Werte-Basis im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen sorgen und sich aktiv für die Verankerung einer *konstruktiven* Fehlerkultur einsetzen. Das bedeutet:

- Führungskräfte dürfen nicht nur behaupten, man würde in der Organisation offen und lernorientiert mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen der Kinderschutzarbeit umgehen.
- Sie sollten dafür Sorge tragen, dass niemand allein für deren Entstehung und deren Folgen verantwortlich gemacht wird.
- Sie sollten den Fachkräften an der Basis Empathie und Verständnis entgegenbringen und sie bei der Thematisierung und Bearbeitung von Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen unterstützen.
- Sie sollten ihnen die Angst vor dem Machen und dem Reden über Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen nehmen.
- Sie sollten sie dazu ermutigen, Fälle auf ihre Fehlerpotenziale hin neugierig und kritisch miteinander zu reflektieren.

Zum Aufbau einer solchen konstruktiven Fehlerkultur bedarf es gut ausgebildeter, kompetenter und emotional stabiler Fachkräfte. Diese müssen von ihrer Organisa-

tion dabei unterstützt werden, Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen erkennen und aus diesen lernen zu können. Hierfür ist ein Mindestmaß an Kritikfähigkeit, Reflexions- und Lernbereitschaft erforderlich. Es bedarf aber auch der dafür erforderlichen Rahmenbedingungen, damit die Fachkräfte über ihre Praxis und ihre Fälle mit Ruhe und Bedacht nachdenken und sprechen können. Denn es ist alles andere als leicht, sich selbst und von anderen in Frage stellen zu lassen und die mit der Entdeckung und Thematisierung von Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen aufkommenden negativen Gefühle (Trauer, Wut, Angst etc.) produktiv verarbeiten zu können. Vor allem Angst kann als eines der größten Hindernisse für die Herausbildung offener, konstruktiver und positiver Fehlerkulturen im Kinderschutz angesehen werden. Sie hindert Fachkräfte daran, sich selbstbewusst auf die moralischen Risiken der Kinderschutzarbeit einzulassen (vgl. Hollis/Howe 1987). Diese sind immer gegeben, da problematische Fallverläufe mit Schadens- oder Todesfolge im Kinderschutz nicht vollends ausgeschlossen werden können. Solche Ereignisse zu verarbeiten, ist eine herausfordernde und emotional belastende Herausforderung, nicht nur, weil die daran beteiligten Fachkräfte in der Folge oftmals im Fokus medialer und juristischer Aufarbeitungsprozesse stehen, sondern auch, weil sie mit höchst persönlichen Schuldfragen konfrontiert werden. Fachkräfte bedürfen darum eines breiten Rückgrats, um ihre Ängste vor dem Fehlermachen zu bewältigen, mögen sie folgenschwerer Natur sein oder nicht.

Fachkräfte benötigen zudem das erforderliche Handwerkszeug, um mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen der Kinderschutzarbeit offen, konstruktiv und positiv umgehen zu können. Dieses muss ihnen von ihren Organisationen zur Verfügung gestellt werden. Sie müssen in ihrer Organisation auf praktikable und nützliche Methoden, Techniken und Instrumente zurückgreifen können, die geeignet dazu sind, Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen besser erkennen, untereinander ansprechen, miteinander analysieren und gemeinsam aus diesen lernen zu können. Ohne dieses Handwerkszeug ist es kaum möglich, eine Fehlerkultur zu entwickeln, in der offen, konstruktiv und produktiv mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen der Kinderschutzarbeit umgegangen wird.

3.2 Das Konzept der Sicherheitskultur

In technisierten Hochrisikobereichen wird spätestens seit der Reaktorkatastrophe von Tschernobyl im Jahr 1986 intensiv darüber nachgedacht, wie man die Sicherheit von Kernkraftwerken und anderen Hoch-Risiko-Systemen verbessern und aus Beinahe-Unfällen sowie Unfällen lernen kann (vgl. Perrow 1992). Impulsgebend hierfür war die Erkenntnis, dass es darauf ankommt, wie es gelingt, das Verhalten von Mitarbeitenden derart zu beeinflussen, dass sie bestehenden Regeln und Standards hinreichend Beachtung schenken oder aber situativ von diesen abweichen, wenn sie sich in der konkreten Praxissituation als untauglich erweisen (vgl. Reason 2008, 1997).

Nun ist die Praxis des Kinderschutzes nur bedingt vergleichbar mit der Arbeit in einem Atomkraftwerk oder einer Chemiefabrik. Dennoch lohnt es, sich mit dem Modell *sicherheitsförderlichen Verhaltens* auseinanderzusetzen, welches nicht nur in technisierten Hochrisikobereichen, sondern inzwischen auch in Krankenhäusern und Arztpraxen Beachtung findet (vgl. Pfaff u. a. 2009). Es macht ebenso wie das Drei-Säulen-Konzept (vgl. Kap. 3.1), in denen Normen und Werte ebenfalls eine wichtige Rolle spielen, darauf aufmerksam, dass organisationkulturell tief verwurzelte Basisannahmen das Verhalten von Mitarbeitenden beeinflussen. Sie bestimmen darüber, in welcher Weise diese der Einhaltung von Sicherheitsstandards Aufmerksamkeit schenken oder nicht. Sicherheitsförderliches Verhalten wird nach diesem Modell als Produkt zwischenmenschlicher Sozialisations- und Lernprozesse innerhalb einer Organisation angesehen. Es wird implizit und explizit unter den Mitarbeitenden weitergegeben. Diese haben gewissermaßen von- und miteinander erlernt, welche Ereignisse sicherheitsrelevant sind und welche risikoarm – unabhängig davon, was die Standards ihnen eigentlich vorschreiben.

Um die Sicherheitskultur einer Organisation zu befördern und das Verhalten von Mitarbeitenden zum Positiven zu beeinflussen, gibt es in Anlehnung an Pfaff u. a. (ebd.) zwei Wege: den der *hierarchischen Kontrolle* oder den des *kollegialen Vertrauens*.

- *Der Weg der hierarchischen Kontrolle* setzt auf eine verstärkte Wahrnehmung von Dienst- und Fachaufsicht und auf die Durchsetzung von disziplinarischen Maßnahmen im Fall von Standardverletzungen.
- *Der Weg des kollegialen Vertrauens* setzt auf die Förderung und Verbesserung der Beziehungen unter den Fachkräften und Leitungspersonen, auf die Etablierung offener und hierarchieübergreifender Kommunikations- und Fehlerkulturen.

Der Weg der hierarchischen Kontrolle habe nach Pfaff u. a. (ebd.) keinen positiven Einfluss auf die Verinnerlichung von Sicherheitsstandards und auf ein sicherheitsförderliches Verhalten der Mitarbeiterschaft. Er könne laut den Autorinnen und Autoren unabhängig davon, welche gemeinsamen Werte und Normen unter den Mitarbeitenden geteilt werden, durchgesetzt werden, ist aber mit erheblichen sozialen Folgekosten verbunden. Im schlimmsten Fall führt er zu einem schlechten Betriebsklima, zu Demotivation und zu einem Anstieg von Burnouts. Aufgrund dieser negativen Folgekosten wird in vielen sicherheitsrelevanten Hochrisikobereichen eher auf den zweiten Weg gesetzt, auf den des kollegialen Vertrauens.

Angesichts dieser Tatsache sehen Pfaff u. a. (ebd.) den Weg des kollegialen Vertrauens als vielversprechender an, um die Basis für eine Sicherheitskultur im medizinischen Sektor zu bereiten. Entsprechend schlagen sie folgende Maßnahmen vor (ebd., S. 496):

- Verbesserung der Beziehungsqualität und der Unterstützungsbereitschaft (des Sozialkapitals) unter den Mitarbeitenden,
- Förderung offener, ehrlicher und transparenter Kommunikation und Fehlerdialoge unter den Mitarbeitenden durch eine vorbildgebende Führungskultur,

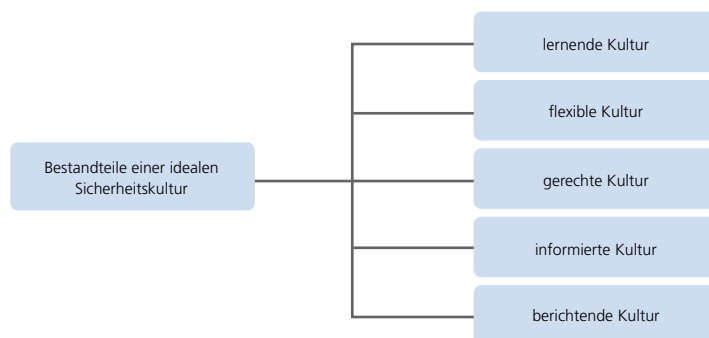
- Konzeptuelle Verankerung der Bedeutung der Gewährleistung von Patientinnen- und Patientensicherheit (z. B. im Leitbild eines Krankenhauses),
- Vermittlung von Sicherheitswissen unter den Organisationsmitgliedern,
- Schaffung von sicherheitsbezogenen Symbolen und Ritualen,
- Aufdeckung und Bearbeitung von organisationskulturell bedingten sicherheits-schädigenden Basisannahmen.

Ähnliche Grundgedanken lassen sich auch in den Arbeiten von Reason (1997, S. 17) ausfindig machen, in denen es darum geht, wie es besser gelingen kann, Beinahe-Unfälle und Unfälle in der Luftfahrt oder dem Energiesektor zu verhindern. Vor allem sein sogenanntes *Schweizer-Käse-Modell* hat in vielfältiger Weise Eingang in die Fachdebatte des Kinderschutzes gefunden (siehe z. B. Gerber/Lillig 2018; Deegener/Körner 2011; Munro 2009, 2005). Es basiert auf der Annahme, dass Katastrophen durch eine Häufung und Verkettung von vielen kleineren aktiven menschlichen Fehlern, Irrtümern, Zuwiderhandlungen bzw. unsicheren Handlungen ausgelöst werden. Diese ereignen sich zumeist dann, wenn die eigentlich vorgesehenen Sicherheitsvorkehrungen und -standards aufgrund mangelhafter organisationaler Faktoren und sich in der Folge ungünstig entwickelnder lokaler Arbeitsbedingungen ins Leere laufen. Für den Kinderschutz haben Deegener und Körner (2011) die folgenden „Sicherheitslöcher“ auf der Ebene der Organisationen unter Heranziehung des Schweizer-Käse-Modells hervorgehoben, durch die kleinere Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen ungehindert passieren und sich zu problematischen Fallverläufen hochschaukeln können: *mangelnde Vernetzung, fehlende Supervision und kollegiale Fallberatung, fehlende Verfahrensstandards und mangelnde Fehlerkontrolle*. Wolff u. a. (2013b), die sich im Rahmen des Projekts „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ ebenfalls mit den Arbeiten von Reason befasst haben, sprechen im Gegensatz dazu von Fehler- und Gefahrenebenen, die, sofern ihnen nicht mittels Verfahren und Maßnahmen der Qualitätsentwicklung und des Risiko- und Fehlermanagements begegnet wird, zur Ausbreitung von latenten Fehlerbedingungen und zur Zuspitzung von lebensbedrohlichen Situationen für die davon betroffenen Kinder führen können. Für sie sind vor allem die Ebenen der Fachkräfte, der Teams, der Organisation und der interorganisationalen Zusammenarbeit bei der Vermeidung von schwerwiegenden Kinderschutzfehlern von Relevanz.

Um eine solche Verkettung von kleineren aktiven menschlichen Fehlern, Irrtümern, Zuwiderhandlungen zu verhindern, die sich im ungünstigen Fall zu Katastrophen ausweiten können, müssen Organisationen nach Reason (1997) den Anspruch haben, über eine *ideale Sicherheitskultur* verfügen zu wollen. Sie müssen über ein datenbasiertes Sicherheitsinformationssystem verfügen, mit dem es möglich ist, Informationen über Beinahe-Unfälle und Unfälle zu sammeln und systematisch auszuwerten. Nur so sei es möglich, eine *informierte Kultur* innerhalb einer Organisation aufzubauen und zu wissen, welche Faktoren für die Entstehung von Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen ursächlich verantwortlich sind. Um jedoch Informationen über Ursachen und Hintergründe von Fehlern, Irrtümern

und Zuwiderhandlungen systematisch auswerten zu können, bedarf es Mitarbeitender, die dazu bereit sind, diese zu melden (*berichtende Kultur*). Die Bereitschaft der Mitarbeitenden, von ihnen mitversursachte oder beobachtete Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen zu melden, ist wiederum abhängig davon, wie gerecht und fair in einer Organisation mit Fehlhandlungen oder Regelverstößen von einzelnen Fachkräften umgegangen wird (*gerechte Kultur*) – ob danach gefragt wird, was und nicht wer für deren Entstehung verantwortlich ist (vgl. Dekker 2012) und ob bestimmt ist, was akzeptable und unakzeptable Handlungs- und Verhaltensweisen sind. Denn Mitarbeitende trauen sich nur dann, Fehler, Irrtümer oder Zuwiderhandlungen offen anzusprechen, wenn sie in ihren Organisationen nicht Gefahr laufen, als Denunzianten verunglimpft zu werden und sich sicher sein können, dass ihnen oder ihren Kolleginnen bzw. Kollegen keine Sanktionen drohen. Um die Sicherheit in technisierten Hochrisikobereichen zu gewährleisten, sei es nach Reason (1997) in manchen Situationen überdies notwendig, von hierarchisch vorgegebenen Entscheidungswegen abzuweichen, um auf unerwartete Ereignisse flexibel und geistesgegenwärtig reagieren zu können (*flexible Kultur*).⁸ Ein solches Vorgehen ist in hochzuverlässigen Organisationen üblich, die es gelernt haben, achtsam gegenüber den Nebenwirkungen ihrer Handlungen und Entscheidungen zu sein (vgl. Weick/Sutcliffe 2016, 2015). Ferner müssen die Mitarbeitenden und ihre Führungskräfte dazu bereit sein, gemeinsam über Hierarchie- und Abteilungsgrenzen hinweg aus Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen zu lernen und sofern notwendig, Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit zu ergreifen (*lernende Kultur*).

Abb. 3: Bestandteile einer idealen Sicherheitskultur



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Reason (1997, S. 195f.)

Auf diese Weise ist es möglich, Kompetenzen im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen aufzubauen und Fehler mitverursachende und katastrophen-treibende Faktoren in einer Organisation abzubauen. Hierfür braucht es eine entsprechende organisationale Sicherheits- bzw. Fehlerpolitik, geeignete Verfahren, Methoden und Instrumente sowie auf zwischenmenschlicher Kommunikation und Begegnungen beruhende Austausch- und Lernpraktiken (siehe hierzu Reason 2008).

⁸ Organisationen, die flexibel auf sich verändernde Umweltbedingungen reagieren können, gelten heutzutage auch als agil (siehe hierzu Häusling 2018).

3.3 Das Konzept des achtsamen Organisierens

Ein für den Kinderschutz bedeutsamer Ansatz zur Etablierung von Kulturen, in denen offen und konstruktiv mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen umgegangen wird, basiert auf dem Konzept des *achtsamen Organisierens* (vgl. Brückner 2017, Böwer 2012). Es fußt auf umfangreichen empirischen Untersuchungen über sogenannte hoch zuverlässige Organisationen wie z. B. Atomkraftwerke oder Flugsicherungszentren (vgl. Weick/Sutcliffe 2016, 2015). Demnach seien diese Organisationen vor allem deshalb kaum störanfällig, weil es ihnen gelingt, das Unerwartete zu managen. Sie seien dazu in der Lage, Abweichungen von der Norm rechtzeitig zu erkennen, weil sie es gelernt haben, ihren eigenen Erwartungen zu misstrauen. Sie arbeiten aktiv daran, ihre Erwartungen zu überdenken, anzupassen und weiterzuentwickeln. Sie widmen sich den Prozessen des Organisierens und sind gegenüber ihrer Umwelt offen und dynamisch eingestellt. Sie konzentrieren sich 1) auf Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen, haben 2) eine Abneigung gegen vereinfachte Interpretationen, sind 3) sensibel gegenüber betrieblichen Abläufen, streben 4) nach Resilienz und haben 5) Respekt vor Expertise (vgl. Weick/Sutcliffe 2016).

Prinzip 1: Konzentration auf Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen

Mit diesem Prinzip wird betont, dass in hochzuverlässigen Organisationen die Aufmerksamkeit kontinuierlich auf Abweichungen von Erwartungen und auf schwache Hinweise für größere Störungen gerichtet ist. Die dort tätigen Fach- und Führungskräfte tun alles dafür, kleinere und weniger schwerwiegende Fehler, Irrtümer oder Zuwiderhandlungen zu erkennen und werden entsprechend darin geschult, gegenüber unerwarteten Ereignissen wachsam und achtsam zu sein. Ihnen ist bekannt, welche Folgen schwerwiegende Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen haben können und möchten diese unbedingt vermeiden. Sie arbeiten in einem organisationalen Umfeld, in dem Erwartungen ausgesprochen und angesprochen werden können und ein Bewusstsein dafür vorhanden ist, dass Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen unvermeidlich sind. Von Fachkräften wird es erwartet, und es ist auch ausdrücklich erwünscht, dass sie ihren Führungskräften sowohl schlechte als auch gute Nachrichten überbringen.

Prinzip 2: Abneigung gegen vereinfachte Interpretationen

Mit diesem Prinzip wird betont, dass die Welt komplexer ist, als sie vielen Menschen auf den ersten Blick erscheint. Es ist für hochzuverlässige Organisationen darum von Belang, über Strukturen und Rituale zu verfügen, die vereinfachten Interpretationen von unerwarteten Ereignissen entgegenwirken. Sie sorgen entsprechend dafür, dass die Mitarbeitenden Dinge nicht für selbstverständlich halten, Fragen stellen, Bedenken äußern und ihre Meinungen vertreten, auch dann, wenn auf den ersten Blick die Lösung für ein Problem klar auf der Hand zu liegen scheint. Skepsis und Bedenken sind in hochzuverlässigen Organisationen darum sehr willkommen – unabhängig davon, welchen Status oder welche Entscheidungsbefugnis die Personen haben, die

sie äußern. Sie sorgen für einen erweiterten Blick und für mehr Varietät, können aber auch für mehr Meinungsverschiedenheiten und Konflikte unter den Mitarbeitenden sorgen. Hochzuverlässige Organisationen verfügen darum über gemeinsam getragene Strategien und Regeln der Konfliktbearbeitung und wissen, wie sie mit Meinungsverschiedenheiten und Widersprüchen konstruktiv umgehen.

Prinzip 3: Sensibel gegenüber betrieblichen Abläufen

Mit diesem Prinzip wird betont, wie wichtig es für hochzuverlässige Organisationen ist, dass die Mitarbeitenden stets wissen, wer, mit wem, womit und warum er seine Arbeit erledigt und wie einzelne Arbeitsprozesse miteinander zusammenhängen. Die Mitarbeitenden werden entsprechend darüber informiert, was die Organisation erreichen will, welchen Beitrag sie selbst und andere für die Zielerreichung leisten und dass es darauf ankommt, sich in Krisen- oder Drucksituationen gegenseitig beizustehen.

Prinzip 4: Streben nach Resilienz

Mit diesem Prinzip wird betont, dass hochzuverlässige Organisationen darauf achten, mit widrigen Umständen und unvorhergesehenen Ereignissen (dem Unerwarteten) souverän umgehen zu können. Sie fördern entsprechend die Kompetenzen ihrer Mitarbeitenden, damit diese auch in Extremsituationen dazu in der Lage sind, ihre Arbeit stets zuverlässig zu vollbringen. Sie unterstützen sie bei der Entwicklung von Improvisationsfähigkeiten und setzen Ressourcen für Schulungen und Weiterbildungen ein, die darauf ausgerichtet sind, dass die Organisation über ein breites Handlungsrepertoire und eine hohe Improvisationsfähigkeit im Umgang mit dem Unerwarteten verfügt.

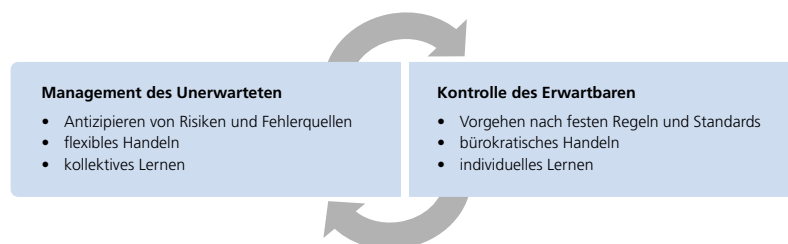
Prinzip 5: Respekt vor Expertise

Mit diesem Prinzip wird betont, dass in hochzuverlässigen Organisationen eine Kultur vorherrschend ist, in der die Mitarbeitenden wie die Führungskräfte keine Angst davor haben, um Hilfe zu bitten, wenn sie nicht mehr weiterwissen. Bei auftauchenden Problemen und sich zuspitzenden Krisen- und Drucksituationen wird zudem darauf geachtet, dass in der Organisation für die Lösungsfindung diejenige Person zuständig ist, welche über die größte Expertise im Umgang mit dem Problem verfügt. Insofern wird in hochzuverlässigen Organisationen mehr Wert auf Expertise und Erfahrung eines Mitarbeitenden im Umgang mit unerwarteten Ereignissen gelegt als auf die hierarchische Position. Dies bedeutet zugleich aber auch, dass in diesen Organisationen ein kritischer Umgang mit Expertenwissen gepflegt wird. Expertentum bemisst sich nicht nur daran, wieviel Verantwortung jemand für einen bestimmten Arbeitsbereich hat, sondern auch daran, ob die Person gegenüber ihren eigenen Wissens- und Erfahrungsbeständen selbstkritisch genug eingestellt ist. Zudem werden Personen, die in der Hierarchie weiter unten angesiedelt sind, dazu ermutigt, Fragen zu stellen und Bedenken zu äußern – erst recht, wenn sie auf Kolleginnen oder Kollegen treffen, die zu stark von ihren Ideen und Einschätzungen überzeugt sind.

Mit diesen Prinzipien tragen hochzuverlässige Organisationen dem Umstand Rechnung, dass sie ihre Arbeit zuverlässig in unsicheren, komplexen und turbulenten

Umwelten erbringen müssen. Hierfür sind Ansätze, die der Kontrolle des Erwartbaren oder der Aufrechterhaltung formaler Sicherheit dienen, nicht ausschließlich zielführend. Es sollten ebenso auch Ansätze herangezogen werden, mit denen den Unsicherheiten der Praxis in Echtzeit begegnet werden kann (vgl. Gebauer 2017). Böwer und Brückner (2015) haben für den Kinderschutz an diese Überlegungen Anschluss genommen und auf diese beiden Strategien im Umgang mit den Unsicherheiten und Risiken der Kinderschutzarbeit, die auch der Prävention von schwerwiegenden Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen dienen, aufmerksam gemacht. Sie plädieren dafür, dass Organisationen wie Jugendämter, die für die Sicherung des Wohls von gefährdeten Kindern zuständig sind, sowohl dazu in der Lage sein sollten, das Erwartbare zu kontrollieren, als auch das Unerwartete zu managen. Diese sollten einerseits über ein stabiles Fundament an Regeln, Methoden und Standards verfügen. Andererseits sollten sie im achtsamen Organisieren geübt sein, um rechtzeitig kleinere Fehler, Irrtümer oder Zuwiderhandlungen (sogenannte schwache Signale) erkennen und damit der Entwicklung von problematischen Kinderschutzverläufen entgegenwirken zu können. Hierfür sei es erforderlich, dass diese den Arbeitsprinzipien hochzuverlässiger Organisationen Folge leisten (vgl. Weick/Sutcliffe 2016) und anerkennen, dass Sicherheit kein Zustand ist, der für in ihrem Wohl gefährdete Kinder endgültig erreicht werden kann. Für Brückner (2017) zeichnet sich achtsames Organisieren vor allem dadurch aus, dass Fachkräfte aufmerksam gegenüber Besonderheiten in der Fallarbeit sind, sich unaufgefordert über neue Erkenntnisse informieren, sich gegenseitigen unterstützen und ihre Fälle kritisch reflektieren und ihre Erwartungen sowie Überzeugungen offenlegen.

Abb. 4: Zwei Strategien im Umgang mit den Unsicherheiten und Risiken der Kinderschutzarbeit



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Böwer/Brückner (2015, S. 16)

Zur Unterstützung von Organisationen, die in der Kinder- und Jugendhilfe dem Konzept achtsamen Organisierens mehr Beachtung schenken wollen, kann auf ein MindSet (KartenSet) zurückgegriffen werden, mit dem die Entwicklung einer Kultur der Achtsamkeit für einen kompetenten Umgang mit den Unsicherheiten und Risiken im Kinderschutz gefördert werden kann. Es kann zur individuellen, teambezogenen und fachübergreifenden Reflexion von Praxissituationen und Fallkonstellationen herangezogen werden (vgl. Brückner 2017, Böwer/Brückner 2015). Insbesondere die Fragekarten zur achtsamen Fallarbeit, zu Rollenperspektiven und zum Lernen aus Erfahrungen sind nützlich für eine kritische Auseinandersetzung mit Fällen in der Kin-

derschutzarbeit, für das rechtzeitige Erkennen von problematischen Fallverläufen, für die Gewährleistung von Perspektivenvielfalt bei kollegialen Fallberatungen und Supervisionen sowie für den Aufbau und die Förderung individueller und organisationaler Fehlerwissensbestände und -kompetenzen. Es gibt aber auch andere Formen der Auseinandersetzung mit Fallverläufen im Kinderschutz, die dem Lernen sowie der Weiterentwicklung und Sicherung von Qualität dienen, wie z. B. die Fall-Werkstatt oder die Methode zur Erkennung von Risikomustern in Kinderschutzfällen (vgl. Heinitz/Claassen-Hornig 2013; Althoff 2012). Sie dienen der Herausarbeitung von förderlichen und hinderlichen Interaktionsdynamiken zwischen den an den Fällen beteiligten Familienmitgliedern und Fachkräften sowie den daraus resultierenden Fehlern und Irrtümern. Mit ihnen kann aber auch analysiert werden, was dabei geholfen hat, die Kindeswohlgefährdungen erfolgreich abzuwenden⁹ (siehe hierzu Wolff u. a. 2013a).

3.4 Das Konzept organisationalen Lernens

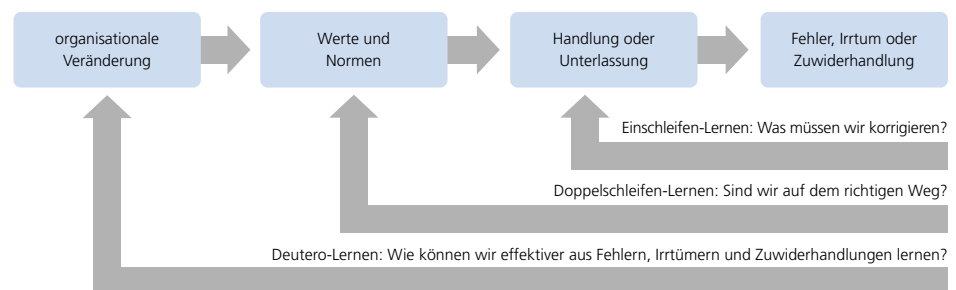
Ein weiteres Konzept, welches für den Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen im Kinderschutz zentral ist, ist das des *organisationalen Lernens*. Mit diesem Konzept wird die Wichtigkeit des Anstoßes und der Realisierung von Lernprozessen innerhalb von Organisationen betont. Es macht darauf aufmerksam, dass Fachkräfte in Organisationen nicht von sich aus, aus ihren und den Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen ihrer Kolleginnen bzw. Kollegen und fachlichen Partnerinnen bzw. Partnern lernen, sondern hierfür ein lernförderliches Umfeld benötigen. Entsprechend müssen ihre Lernbereitschaft und Lernfähigkeit angeregt und unterstützt werden. Ihnen muss einerseits die Angst vor dem Lernen aus Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen der Kinderschutzarbeit genommen werden. Andererseits müssen ihnen die für das Von- und Miteinander-Lernen erforderlichen organisationalen Freiräume und Methoden zur Verfügung gestellt werden. Es geht darum, Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass es den Mitgliedern einer Organisation möglich ist, ihre Erfahrungen ständig überprüfen und in allgemein zugängliches Fehler- und Erfolgswissen transformieren zu können (vgl. Ross u. a. 2004). Lernen wird in diesem Zusammenhang als ein kontinuierlicher Prozess verstanden, der sich sowohl auf individueller Ebene als auch organisationaler Ebene ereignet und mit hoch voraussetzungsvollen Lern-, Umlern- und Verlernaktivitäten verbunden ist (vgl. Ebner 2008).

Nach Argyris (1997, S. 13) findet Lernen in Organisationen immer dann statt, wenn ein Fehler (Irrtum oder eine Zuwiderhandlung) entdeckt und korrigiert wird. Für ihn stellt ein Fehler „die Diskrepanz zwischen dem, was wir von einer Aktion erwarten, und dem, was tatsächlich eintrifft, wenn wir diese Aktion umsetzen“ dar. Ausgehend von dieser Prämisse können drei Formen des organisationalen Lernens unterschieden werden: das Einschleifen-Lernen, das Doppelschleifen-Lernen und das Deutero-, Triple- bzw. Zweit-Lernen (das Lernen zweiter Ordnung oder wie man lernt zu lernen) (vgl. Argyris/Schön 2006, S. 35ff.).

⁹ Ferner gibt es spezielle Methoden, welche zur Aufarbeitung problematischer Kinderschutzverläufe entwickelt wurden (vgl. Gerber/Lillig 2018; Biesel/Wolff 2013a; Schrappner 2013). Auch diese dienen der Entwicklung und Sicherung von Qualität im Kinderschutz.

- *Einschleifen-Lernen* findet statt, wenn sich in der Organisation Dinge ereignen, die nicht den Erwartungen entsprechen und bestimmte Praxen deshalb korrigiert werden müssen.
- *Doppelschleifen-Lernen* ereignet sich hingegen, wenn in Reaktion von wahrgenommenen Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen Praxen nicht nur nachträglich korrigiert werden, sondern zugleich auch die handlungsleitenden Normen und Werte bzw. Basisannahmen der Organisationen in Frage gestellt werden.¹⁰
- Das *Deutero-Lernen* stellt die anspruchsvollste Form des Lernens für eine Organisation dar. Es findet statt, wenn in einer Organisation auch darüber nachgedacht wird, wie man aus Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen effektiver lernen kann.

Abb. 5: Die drei Formen organisationalen Lernens



Quelle: Eigene Darstellung

Lernen aus Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen im Kinderschutz stellt sich insofern nicht einfach ein. Es muss bewusst organisiert werden. Dies ist vor allem deshalb notwendig, weil in Organisationen häufig Abwehrmuster vorherrschend sind, welche ein tiefgreifendes Lernen aus Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen verhindern (vgl. ebd.; Argyris 1997). Sie führen dazu, dass in Organisationen nicht selten nur über jene Probleme und Herausforderungen nachgedacht wird, über die offen gesprochen werden kann. Tabuisierte Themen wie z. B. das Fehlermachen werden hingegen lieber umgangen, was jedoch nicht zum Anstoß von umfassenden Lernprozessen führt. Angesichts dieser Tatsache findet in Organisationen ein Lernen aus Fehlern, Irrtümern oder Zuwiderhandlungen zumeist erst im Nachgang von sich ereignenden Unfällen oder Katastrophen statt. Ein Grund dafür ist zum einen, dass Mitarbeitende zumeist negativ gegenüber Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen eingestellt sind und im Kontext ihrer Thematisierung die mit ihnen verbundenen Konfliktstrukturen und emotionalen Grabenkämpfe scheuen. Zum anderen weisen Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen darauf hin, dass die Praxis einer Verbesserung bedarf und ein Verlernen, Entlernen oder Umlernen erforderlich ist. Damit verbunden ist die Anforderung, eigene Haltungen, Praxen, Erfahrungen und Wissensbestände kritisch zu überdenken, aber auch sich neue Kompetenzen anzueignen, die nicht ohne Weiteres erworben werden können. Denn die Voraussetzung hierfür ist, dass in Organisationen oftmals eingefahrene Denk- und Verhaltensstrukturen auf den Prüfstand gestellt und überwunden werden müssen, um Neues erlernen und Altes verlernen zu können (vgl. Ebner 2008).

¹⁰ Argyris und Schön (2006) machen in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass in Organisationen zwei Arten von Aktions- oder Handlungstheorien vorherrschend sind: die vertretene bzw. offiziell propagierte Theorie (espoused theory) und die handlungsleitende Gebrauchstheorie (theory in use). Die erste Theorieart wird in Organisationen dazu herangezogen, bestimmte Praxen zu erklären oder zu rechtfertigen. Die zweite Theorieart ist jene, die tatsächlich in der Organisation Anwendung findet. Sie ist wirkmächtiger, da sie von den Mitarbeitenden zumeist unbewusst gebraucht wird und ihr Handeln implizit beeinflusst. Doppelschleifen-Lernen führt dazu, dass den Mitarbeitenden der Organisation die handlungsleitenden Gebrauchstheorien bewusstwerden und verändert werden können.

Senge (2008) schlägt deshalb vor, in Organisationen fünf zentrale Disziplinen umzusetzen, welche der Förderung der persönlichen und fachlichen Entwicklung der Mitarbeitenden (*personal mastery*), der kritischen Reflexion von Basisannahmen (*mentale Modelle*), dem Aufbau miteinander geteilter Ziele und Visionen (*gemeinsame Vision*), dem Von- und Miteinander-Lernen (*Team-Lernen*) und der ganzheitlichen Wahrnehmung systembedingter Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen (*Systemdenken*) dienen. Es geht demnach darum, die persönlichen und fachlichen Kompetenzen der Mitarbeitenden sowie ihr Kritik- und Reflexionsvermögen zu erhöhen. Hierfür ist ein organisationales Umfeld erforderlich, in dem Mitarbeitende sich persönlich begegnen und über ihre Erfahrungen und Bedenken kritisch austauschen sowie über notwendige Veränderungen der Praxis nachdenken können, ohne Angst vor Gesichtsverlust und Sanktionen haben zu müssen. Das dabei an die Oberfläche gespülte Fehlerwissen sollte überdies praxisnah aufbereitet und unter den Mitarbeitenden weitergegeben werden. Der Schlüssel hierfür sei nach Biesel (2011) eine spiralenartige und auf dialogischen Prinzipien beruhende Form des Wissensmanagements in Organisationen, mit der implizites Fehlerwissen in explizites Fehlerwissen hierarchie- und abteilungsübergreifend unter den Mitarbeitenden entwickelt, transformiert und weitergegeben wird. Erforderlich seien insofern offene Kommunikationsformen, flexible Entscheidungsregelungen, dialogische Settings sowie selbstreflexive und fehleroffene Führungs- und Fachkräfte (vgl. ebd.). Auf diese Weise seien organisationale Lernhemmnisse überwindbar und latente, systembedingte Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen besser aufspürbar (vgl. Kap. 3.2).

3.5 Das Konzept institutioneller Fachaufsicht

Ein bislang für den Kinderschutz und die Kinder- und Jugendhilfe einmaliges und umstrittenes Konzept ist das der institutionellen Fachaufsicht (vgl. Merchel 2015). Es hat mit der Gründung der Jugendhilfeinspektion in Hamburg Eingang in die Praxis gefunden (vgl. Biesel/Messmer/Schär 2014). Die Jugendhilfeinspektion wurde in Reaktion auf eine Reihe von problematischen Fallverläufen im Jahr 2012 ins Leben gerufen. Ziel ihrer Gründung war es, die Anwendung von rechtlichen, fachlichen und dokumentarischen Standards von Fachkräften in den Allgemeinen Sozialen Diensten (ASD) in den Bereichen erzieherische Hilfen und Kinderschutz im Rahmen von regelhaften Untersuchungen zu überprüfen und dafür Sorge zu tragen, dass die bestehenden Standards in den ASD umgesetzt und wenn nötig angepasst und weiterentwickelt werden. Zudem sollte mit ihrer Etablierung eine Instanz zur Aufarbeitung von problematischen Kinderschutzverläufen geschaffen werden (anlassbezogene Untersuchungen). Die Jugendhilfeinspektion verfolgt mit ihren Untersuchungen u. a. das Ziel, strukturelle Risiken und Fehlerquellen aufzufindig und (inter-)organisationale Störungen sichtbar zu machen. Ihre Arbeit hat überdies qualitätsfördernden Charakter.

Die Tätigkeit der Jugendhilfeinspektion wurde in den Jahren 2013 bis 2018 wissenschaftlich begleitet und evaluiert (vgl. ebd.; Biesel/Messmer 2018a). Dabei hat sich gezeigt, dass die erfolgreiche Aufdeckung von strukturellen Risiken und Fehlerquellen sowie von (inter-)organisationalen Störungen nur dann gelingt, wenn die dafür erforderliche offene, konstruktive und positive Fehlerkultur in den von den Untersuchungen betroffenen ASD vorhanden ist (vgl. Biesel/Messmer 2018b). Erforderlich hierfür sei nach Biesel und Messmer (ebd., S. 92) die Einsicht, dass eine solche Fehlerkultur nicht einfach von oben angeordnet, sondern höchstens angeregt werden kann. Es bedürfe zu ihrer Herausbildung „eine(r) gelebte[n] und situierte[n] Praxis (in der selbst wiederum Fehler möglich sind), bis sie als Bestandteil einer Erfahrung praktisch werden kann“ (ebd.). Es sei darum erforderlich, dass die Entwicklung einer solchen Fehlerkultur von allen gewünscht und bewusst unterstützt wird – von der Durchführungsebene bis zur politischen Spitze (vgl. ebd.).

Ausgehend von dieser Erkenntnis kann herausgestellt werden, dass der Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen im Kinderschutz vor allem auf Vertrauen basiert und auch Autoritätsfragen berührt. Gegenwärtig gibt es im Kinderschutz keine Fachaufsichtsinstanz, die – zweifelsfrei und ohne Widerspruch zu erzeugen – beurteilen kann, was im Kinderschutz richtig oder falsch, gut oder schlecht, wirksam oder unwirksam ist. Die Erfahrungen mit der Jugendhilfeinspektion belegen diesen Umstand. Als Fachaufsichtsinstanz ist sie bis heute stetig damit konfrontiert, insbesondere im Kontext anlassbezogener Untersuchungen nachweisen zu müssen, wie sie zu ihren Urteilen kommt und weshalb sie bestimmte Praktiken als fehlerhaft ansieht. Fachliche Autorität muss insofern stets aufs Neue verdient werden, egal ob von Fachkräften, Führungskräften oder Mitgliedern von Expertenkommissionen oder Fachaufsichtsorganen. Sie kann nicht allein per Rang und Funktion festgeschrieben und erworben werden. Sie ist gegeben, wenn die von Fehlerurteilen betroffenen Personen die Erfahrung machen, dass ihnen vertraut wird und ihnen nicht unterstellt wird, sie würden absichtlich Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen begehen. Zugleich muss ihnen aber auch nachvollziehbar aufgezeigt werden, welche alternativen Handlungsoptionen zum gegebenen Zeitpunkt möglich gewesen wären und die zur Fehlerreflexion und -korrektur erforderlichen Unterstützungen zur Verfügung gestellt werden. Ein alleiniger (fachaufsichtlicher) Fingerzeig reicht hierfür nicht aus. Es muss ebenso dafür Sorge getragen werden, welche Faktoren für die Gewährleistung guter Kinderschutzarbeit hemmend und förderlich sind, und darauf basierend müssen Maßnahmen zur Verbesserung der Kinderschutzarbeit getroffen werden. Aber selbst dann kann Fachaufsicht, wie sie von der Jugendhilfeinspektion betrieben wird, nicht dazu herangezogen werden, offene, konstruktive und positive Fehlerkulturen im Kinderschutz zu entwickeln. Sie kann mit ihren Ergebnissen lediglich den Anstoß für ein kritisches Nachdenken über Fehler und deren mögliche Ursachen geben. Je nachdem, welche Maßnahmen der Wertevermittlung, der Normendurchsetzung und der Praxisveränderung ihr zur Verfügung stehen, kann sie auch für bessere Rahmenbedingungen sorgen, allerdings keine substanziellen Fehlerkulturveränderungen bewirken (vgl. Biesel/Messmer 2018c). Daran müssen vielmehr alle Akteure in der Kinder- und Jugendhilfe interessiert sein.

Empfehlungen für die Entwicklung offener, konstruktiver und positiver Fehlerkulturen im Kinderschutz

Offene, konstruktive und positive bzw. generative Fehlerkulturen im Kinderschutz sind Kulturen, in denen man sich aufrichtig zu Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen bekennen kann, um aus ihnen zu lernen und die Qualität zu verbessern (vgl. Gigerenzer 2013). In ihnen existiert ein systemorientiertes Fehler-Ursachen-Verständnis. Es gibt in ihnen keine Angst vor der Offenlegung und Thematisierung von Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen. In ihnen wird kontinuierlich in die Qualität kollegialer Beziehung investiert und auf die Förderung der persönlichen und fachlichen Kompetenzen der Mitarbeitenden Wert gelegt. Es wird in ihnen darauf geachtet, dass bekannt ist, was Risiken und potenzielle Fehlerquellen der Kinderschutzarbeit sind und woran man kleinere, noch zu korrigierende Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen erkennen kann. Auch sind in diesen Kulturen Verfahren, Methoden und Instrumente etabliert, welche das Entdecken, Sprechen und Lernen aus Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen erleichtern und ihrer systematischen (unabhängigen) Auswertung sowie der Ableitung und verbindlichen Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Praxis dienen. Doch wie kann es gelingen, solche Kulturen im lokalen Kinderschutzsystem zu entwickeln? Die folgenden Empfehlungen sollen hierfür eine Anregung sein. Sie richten sich an Leitungspersonen und Fachkräfte in Jugendämtern und an ihre Kooperationspartnerinnen bzw. -partner im lokalen Kinderschutzsystem gleichermaßen.

1. *Empfehlung: Werte und Normen im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen bewusstmachen, hinterfragen und in einem Leitbild verankern*

In den Jugendämtern und bei ihren Kooperationspartnern und -partnerinnen im lokalen Kinderschutzsystem sollten die vorherrschenden Werte und Normen im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen bewusstgemacht und hinterfragt werden. Sie sollten dahingehend reflektiert werden, ob und auf welche Weise sie für einen offenen und konstruktiven Umgang mit Fehlern, Irrtü-

mern und Zuwiderhandlungen zuträglich sind und sofern notwendig, verändert werden. Anschließend sollten sie in einem Leitbild niedergeschrieben werden, welches für die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren und Organisationen im lokalen Kinderschutzsystem handlungsleitend ist.

2. Empfehlung: Führungsgrundsätze und -instrumente im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen erarbeiten und öffentlich machen

Es sollten in den Jugendämtern und bei ihren Kooperationspartnerinnen und -partnern Führungsgrundsätze und -instrumente im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen erarbeitet und unter den Akteuren und Organisationen des lokalen Kinderschutzsystems öffentlich gemacht werden. In den Grundsätzen sollte verankert sein, welche Einstellungen und Haltungen die Leitungskräfte in Bezug auf den Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen haben, bei welchen „Fehleranlässen“ sie wie reagieren, und welche Führungsinstrumente sie anwenden, um die Entwicklung einer offenen und konstruktiven Fehlerkultur im Kinderschutz zu fördern. Vor allem sollte in ihnen beschrieben sein, bei welchen „Fehleranlässen“ den Mitarbeitenden Sanktionen drohen, seien es arbeitsrechtliche und/oder strafrechtliche und wie diese im Kontext der Aufarbeitung von problematischen Kinderschutzverläufen unterstützt werden (z. B. durch Bereitstellung von Rechtsberatung, Einzel- oder Teamsupervision oder durch die zeitweilige Entlastung von der Fallarbeit).

3. Empfehlung: Handlungsstrategien im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen entwickeln und umsetzen

Es sollten in den Jugendämtern und bei ihren Kooperationspartnerinnen bzw. -partnern Handlungsstrategien im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen entwickelt und umgesetzt werden. Insbesondere sollte bekannt sein, welche (schwerwiegenden) Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen unbedingt vermieden werden sollten. Zu diesem Zweck sollte erarbeitet werden, welche Folgen Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen in der Kinderschutzarbeit haben können und wie mit diesen umgegangen wird, sollten sie auftreten. Entsprechend sollten Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen im Hinblick auf ihre möglichen Folgen fallbezogen kategorisiert werden (Fälle mit Problemen in der Zusammenarbeit, Fälle ohne erkennbare Verbesserungen und Wirkungen, Fälle mit ungeplantem Hilfeausgang, Fälle mit Schadensfolge, Fälle mit Todesfolge usw.), und davon abgeleitet das Fehlerereignis beschrieben und entsprechende Fehlermanagementmaßnahmen ergriffen werden (Fälle mit Problemen in der Zusammenarbeit, Fälle ohne erkennbare Verbesserungen und Wirkungen, Fälle mit ungeplantem Hilfeausgang -> kollegiale Fallberatung, Supervision, Fallanalysen und sofern indiziert: alternative Formen der Hilfeplanung, Ergreifung von unkonventionellen Hilfen etc.; Fälle mit Schadensfolge, Fälle mit Todesfolge -> (wissenschaftliche) Aufarbeitung und sofern indiziert: Information an die Fachaufsichts-

behörde und Anzeige bei der Polizei). Weiter sollte im Sinne einer verbesserten Fehlerprävention geklärt sein, wie es besser gelingen kann, strukturellen oder organisationsbedingten Ursachen von Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen auf die Spur zu kommen und diese zu beheben.

4. Empfehlung: Kompetenzen, Wissensbestände und Ressourcen von Mitarbeitenden für einen offenen und konstruktiven Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen fördern und ausbauen

Es sollten in den Jugendämtern und bei ihren Kooperationspartnerinnen bzw. -partnern die Kompetenzen und Wissensbestände der Mitarbeitenden im Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen gefördert und ausgebaut werden. Sie sollten dabei unterstützt werden, Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen besser erkennen und gegenüber Kolleginnen und Kollegen offen ansprechen zu können. Speziell sollten sie darin geschult werden, typische Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen der Kinderschutzarbeit zu kennen, konstruktiv mit Kritik umgehen und zwischenmenschliche Konflikte produktiv bearbeiten zu können. Weiter sollten ihnen ausreichend zeitliche und finanzielle Ressourcen dafür zur Verfügung gestellt werden, ihre Arbeit sowie ihre Fälle regelhaft kritisch reflektieren, kollegial beraten und supervidieren sowie in Bezug zu aktuellen Fachdiskursen und Forschungserkenntnissen setzen zu können. Diesbezüglich sollten sie eventuell zum Lesen aktueller Fachliteratur, zur Teilnahme an Weiterbildungen, kollegialen Fallberatungen und Supervisionen verpflichtet werden.

5. Empfehlung: Standards, Vorschriften und Abläufe bekannt und verbindlich machen

Es sollte in den Jugendämtern und bei ihren Kooperationspartnerinnen bzw. -partnern bekannt sein, welche Standards, Vorschriften und Abläufe im lokalen Kinderschutzsystem existieren, welchen Stellenwert diese haben und für deren verbindliche Umsetzung gesorgt werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die im lokalen Kinderschutzsystem vorhandenen Standards, Vorschriften und Abläufe überschaubar, nachvollziehbar und verständlich sind, nicht in einem Widerspruch zueinander stehen und hinsichtlich der ihnen innewohnenden Fehlerpotenziale regelhaft überprüft und weiterentwickelt werden.

6. Empfehlung: Kollegiale Formen der Zusammenarbeit unter den Mitarbeitenden anregen und einfordern

Es sollten in den Jugendämtern und bei ihren Kooperationspartnerinnen bzw. -partnern kollegiale Formen der Zusammenarbeit unter den Mitarbeitenden angeregt und eingefordert werden, unabhängig davon, welche Positionen diese haben und über welche Kompetenzen sie verfügen. Vor allem sollte der persönliche Kontakt und Austausch untereinander gefördert, eine Praxis der gegenseitigen Unterstützung etabliert und der Kenntnisstand über die unterschiedlichen, zum

Teil sich widersprechenden Aufgaben und Funktionen der Akteure und Organisationen im lokalen Kinderschutzsystem erhöht werden. Auch sollte bekannt sein, über welche Fähigkeiten und Kompetenzen die Akteure und Organisationen im lokalen Kinderschutzsystem verfügen.

7. Empfehlung: Lernförderliche Anreizstrukturen und Rituale für das Sprechen über Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen sowie das Lernen daraus schaffen und nutzen

Es sollten in den Jugendämtern und bei ihren Kooperationspartnerinnen bzw. -partnern lernförderliche Strukturen und Rituale für das Sprechen über Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen sowie das Lernen daraus geschaffen und genutzt werden. Speziell sollten neben den oftmals ohnehin stattfindenden Dienstbesprechungen, kollegialen Fallberatungen oder Klausuren neue dialogische Räume und lernanregende Anreizstrukturen für den Austausch und das Lernen aus Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen geschaffen werden. Diese sollten dazu dienen, sich darüber kritisch auszutauschen, ob und wie man die Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen hätte verhindern können. Zudem sollten die Mitarbeitenden durch Coaching, Training-on-the-jobs und Tandemmodelle darin unterstützt werden, von und miteinander aus ihren und den Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen ihrer Kolleginnen und Kollegen zu lernen und ihre Praxen zu verändern.

8. Empfehlung: Praxistaugliche Instrumente und Methoden für den Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen entwickeln und einführen

Es sollten in den Jugendämtern und bei ihren Kooperationspartnerinnen bzw. -partnern praxistaugliche Instrumente und Methoden für den Umgang mit Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen entwickelt und eingeführt werden. Einerseits sollten bereits genutzte und etablierte Instrumente und Methoden, wie z. B. Formen der kollegialen Fallberatung oder Methoden, die der Reflexion und dem Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen dienen, verstärkter genutzt werden. Andererseits sollten im Austausch zwischen Praxis und Wissenschaft neue Instrumente und Methoden entwickelt und umgesetzt werden wie z. B. realitätsnahe Trainingsformen, Praxissimulationen und Trockenübungen oder feldspezifische Falluntersuchungen sowie Fehlermelde- und -berichtssysteme. Vor allem aber sollte darauf geachtet werden, dass in den Organisationen verschiedene Instrumente und Methoden zur Fall- und Fehlerreflexion herangezogen werden, um sicherzustellen, dass Fälle regelmäßig aus verschiedenen Blickwinkeln und mit anderen Schwerpunktsetzungen kritisch unter die Lupe genommen werden. Dabei kann es sowohl sinnvoll sein, Fälle mit und ohne Einbezug der Leitung zu beraten und zu analysieren, als auch Fachkräfte von Kooperationspartnern aus der freien Jugendhilfe oder anderen Bereichen wie dem Gesundheitswesen an solchen Reflexionsprozessen zu beteiligen.

9. Empfehlung: Veränderungsbereitschaft in den Organisationen und im lokalen Kinderschutzsystem vorantreiben und erhöhen

Es sollten in den Jugendämtern und bei ihren Kooperationspartnerinnen bzw. -partnern die Bereitschaft für organisationale Veränderung in Reaktion auf entdeckte Fehler, Irrtümer und Zuwiderhandlungen der Kinderschutzarbeit vorangetrieben und erhöht werden. Speziell sollten Lernerkenntnisse, welche die Ebene der Organisationen und der Zusammenarbeit im Hilfesystem betreffen, verbindlich dokumentiert und für strukturelle, organisationale und konzeptionelle Veränderungen analysiert und herangezogen werden und die dafür erforderlichen zeitlichen sowie finanziellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

10. Empfehlung: Qualitätsentwicklung mit Ansätzen des Beschwerde-, Risiko- und Fehlermanagements konzeptuell verknüpfen und verankern

Es sollten in den Jugendämtern und bei ihren Kooperationspartnerinnen bzw. -partnern Strategien der Qualitätsentwicklung mit Strategien des Risiko- und Fehlermanagements zueinander in Bezug gesetzt, weiterentwickelt und kontinuierlich umgesetzt werden. Es sollte transparent sein, wie sich Qualitätsentwicklung sowie Risiko- und Fehlermanagement zueinander verhalten, welcher Zweck mit dem Lernen aus Fehlern, Irrtümern und Zuwiderhandlungen erfüllt werden soll und welchen Einfluss die dabei gewonnenen Erkenntnisse auf die Entwicklung und Sicherung von Qualität im Kinderschutz haben.

5.

Literaturverzeichnis

- Althoff, Monika (2012): Fallanalysen im Kinderschutz. Eine reflexionsbezogene Methode zur Erkennung von Risikomustern in Kinderschutzfällen. In: *Unsere Jugend*, H. 7–8, S. 302–311
- Amt für Soziale Dienste Bremen in Kooperation mit dem Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e. V (2010): *Qualitätssicherung und Risikomanagement in der Kinderschutzarbeit. Das Bremer Konzept*. Bremen
- Argyris, Chris (1997): *Wissen in Aktion. Eine Fallstudie zur lernenden Organisation*. Stuttgart
- Argyris, Chris/Schön, Donald A. (2006): *Die lernende Organisation. Grundlagen, Methode, Praxis*. 3. Aufl. Stuttgart
- Berrick, Jill Duerr (2018): *The impossible imperative. Navigating the competing principles of child protection*. New York
- Biesel, Kay (2009): Vom Fehlerverdruss zum Dialoggenuss in der Sozialen Arbeit. Ein Plädoyer für eine Organisationskultur der Fehleroffenheit. In: Krause, Hans-Ullrich/Rätz-Heinisch, Regina (Hrsg.). *Soziale Arbeit im Dialog gestalten. Theoretische Grundlagen und methodische Zugänge einer dialogischen Sozialen Arbeit*. Opladen/Farmington Hills, S. 203–216
- Biesel, Kay (2011): Wenn Jugendämter scheitern. Zum Umgang mit Fehlern im Kinderschutz. *Gesellschaft der Unterschiede*. Bd. 4. Bielefeld
- Biesel, Kay (2012): Das neue Bundeskinderschutzgesetz – Aufbruch zum Risiko- und Fehlermanagement im Kinderschutz unter Federführung der Jugendämter?! In: *Jugendhilfe*, H. 3, S. 131–202
- Biesel, Kay/Masson, Judith/Parton, Nigel/Poso, Tarja (Hrsg.). *Errors and mistakes in child protection: International discourses, approaches, and strategies*. Bristol, S. 17–34
- Biesel, Kay/Messmer, Heinz (2015): *Fachaufsicht in der Kinder- und Jugendhilfe – Fragen, Probleme und Voraussetzungen*. In: *Das Jugendamt*, H. 7-8, S. 346–349
- Biesel, Kay/Messmer, Heinz (2018a): *Jugendhilfeinspektion in Hamburg. Eine tragfähige Antwort zur Sicherstellung und Verbesserung sozialpädagogischer Kinderschutzarbeit?* In: *Sozial Extra*, H. 2, S. 15–18
- Biesel, Kay/Messmer, Heinz (2018b): *Schlussbericht. Konzeptentwicklung, wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der Jugendhilfeinspektion in Hamburg*. Institut Kinder- und Jugendhilfe, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz. Muttenz
- Biesel, Kay/Messmer, Heinz (2018c): *Metaanalyse. Berichte der Jugendhilfeinspektion*. Institut Kinder- und Jugendhilfe, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz. Basel

- Biesel, Kay/Messmer, Heinz/Schär, Clarissa (2014): Jugendhilfeinspektion in Hamburg: fachliche Innovation oder Ausdruck von Misstrauen. In: Das Jugendamt, H. 6, S. 297–299
- Biesel, Kay/Urban-Stahl, Ulrike (2018): Lehrbuch Kinderschutz. Weinheim/Basel
- Biesel, Kay/Wolff, Reinhart (2013a): Expertise. Das dialogisch-systemische Fall-Labor. Ein Methodenbericht zur Untersuchung problematischer Kinderschutzverläufe. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 4. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln
- Biesel, Kay/Wolff, Reinhart (2013b): Das dialogisch-systemische Fall-Labor. Eine Methode zur Untersuchung problematischer Kinderschutzfälle. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e. V (Hrsg.). Aufbruch – Hilfeprozesse gemeinsam neu gestalten. Köln, S. 115–141
- Böwer, Michael (2012): Kindeswohlschutz organisieren: Jugendämter auf dem Weg zu zuverlässigen Organisationen. Weinheim
- Böwer, Michael/Brückner, Fabian (2015): Das MindSet Achtsames Organisieren. Ein Methodenkoffer für das Einüben von Achtsamkeit im Kinderschutz und in der Hilfepraxis des Rauhen Hauses in Hamburg. In: Sozialmagazin, H. 5–6, S. 14–25
- Bremische Bürgerschaft (2007): Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienste. Drucksache 16/1381. 18. April 2007. Bremen
- Brückner, Fabian (2017): Kinderschutz achtsam und zuverlässig organisieren. Kartenset mit 116 Fragen. Weinheim/Basel
- Deegener, Günther/Körner, Wilhelm (2011): Risiko- und Schutzfaktoren – Grundlage und Gegenstand psychologischer, medizinischer und sozialpädagogischer Diagnostik im Kinderschutz. In: Körner, Wilhelm/Deegener, Günther (Hrsg.): Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Lengerich, S. 201–250
- Dekker, Sidney (2012): Just Culture. Balancing Safety and Accountability. 2. Aufl. Boca Raton
- Dekker, Sidney (2014): The Field Guide to Understanding «Human Error». 3. Aufl. Boca Raton
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V./Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V (2004): Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung. Saarbrücker Memorandum. Abschlussbericht. Saarbrücken
- Ebner, Gabriele (2008): Erfolgsfaktor Lernreife. Wie Sie die Zukunftsfähigkeit von Organisationen ausbauen. In: Ebner, Gabriele/Heimerl, Peter/Schüttelkopf, Elke M. (Hrsg.): Fehler. Lernen. Unternehmen. Wie Sie die Fehlerkultur und Lernreife Ihrer Organisation wahrnehmen und gestalten. Frankfurt am Main, S. 49–149
- Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Fangerau, Heiner (2010): Problematische Kinderschutzverläufe. Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes. Weinheim/München

- Gebauer, Annette (2017): Kollektive Achtsamkeit organisieren. Strategien und Werkzeuge für eine proaktive Risikokultur. Stuttgart
- Gerber, Christine/Lillig, Susanna (2018): Gemeinsam lernen aus Kinderschutzverläufen. Eine systemorientierte Methode zur Analyse von Kinderschutzfällen und Ergebnisse aus fünf Fallanalysen. Bericht. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln
- Gigerenzer, Gerd (2013): Risiko. Wie man die richtigen Entscheidungen trifft. 5. Aufl. München
- Grapentin, Henriette (2018): 15 Jahre Ombudschaft in der Kinder- und Jugendhilfe – Status quo eines Diskurses. In: Forum Erziehungshilfen, H. 2, S. 118–122
- Hansbauer, Peter/Stork, Remi (2017): Ombudschaften für Kinder und Jugendliche – Entwicklungen, Herausforderungen und Perspektiven. Materialien zum 15. Kinder- und Jugendbericht. In: Sachverständigenkommission 15. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum 15. Kinder und Jugendbericht. Zwischen Freiräumen, Familie, Ganztagschule und virtuellen Welten – Persönlichkeitsentwicklung und Bildungsanspruch im Jugendalter. München, S. 155–201
- Häusling, Andre (Hrsg.) (2018): Agile Organisationen. Freiburg
- Heinitz, Stefan/Claassen-Hornig, Britta (2013): Neue Wege im Umgang mit problematischen Fallverläufen: Die Fall-Werkstatt als Methode der Qualitätsentwicklung. In: Forum Erziehungshilfen, H. 2, S. 110–115
- Hollis, Martin/Howe, David (1987): Moral Risks in Social Work. In: Journal of Applied Philosophy. 4. Jg., H. 2, S. 123–133
- Löber, Nils (2017): Patientensicherheit im Krankenhaus. Effektives klinisches Qualitäts- und Risikomanagement. Berlin
- Merchel, Joachim (2007a): Mängel des Kinderschutzes in der Jugendhilfe. Zwischen individuellem Fehlverhalten und Organisationsversagen. In: Sozialmagazin, H. 2, S. 11–18
- Merchel, Joachim (2007b): Jugendamt und Organisationskultur: Gegen eine Vernachlässigung des Organisationskulturellen in der öffentlichen Jugendhilfe. In: Das Jugendamt, H. 11, S. 509–515
- Merchel, Joachim (2015). Fachaufsicht und Qualitätsmanagement in der Kinder- und Jugendhilfe: zwei divergente, doch zueinander in Bezug stehende Steuerungsmodalitäten. In: Das Jugendamt, H. 7–8, S. 358–362
- Munro, Eileen (1996): Avoidable and Unavoidable Mistakes in Child Protection Work. In: British Journal of Social Work, H. 6, S. 793–808
- Munro, Eileen (2005): A systems approach to investigating child abuse deaths. In: British Journal of Social Work, H. 4, S. 531–546

- Munro, Eileen (2009): Ein systemischer Ansatz zur Untersuchung von Todesfällen aufgrund von Kindeswohlgefährdung. In: Das Jugendamt, H. 3, S. 106–115
- Munro, Eileen (2019): Decision-making under uncertainty in child protection: Creating a just and learning culture. In: Child & Family Social Work, H. 24, S. 123–130
- Neubauer, Walter (2003): Organisationskultur. Stuttgart
- Oppermann, Carolin/Winter, Veronika/Harder, Claudia/Wolff, Mechthild/Schröer, Wolfgang (Hrsg.) (2018): Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen. Weinheim
- Perrow, Charles (1992): Normale Katastrophen. Die unvermeidbaren Risiken der Großtechnik. 2. Aufl. Frankfurt a. M.
- Pfaff, Holger/Hammer, Antje/Ernstmann, Nicole/Kowalski, Christoph/Ommen, Oliver (2009): Sicherheitskultur: Definition, Modelle und Gestaltung. In: Sicherheitskultur – das magic bullet der Patientensicherheit? In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), 103. Jg., H. 8, S. 493–497
- Pfeifle, Bruno (2011): Fünf Jahre danach. Der Fall "Jenny" und die praktischen Konsequenzen für das Jugendamt Stuttgart. In: Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik (Hg.): Kinderschutz. Berlin: Deutsches Institut für Urbanistik (Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe).
- Reason, James (1997): Managing the Risks of Organizational Accidents. Adlershot
- Reason, James (2008): The human contribution. Unsafe acts, accidents and heroic recoveries. Farnham
- Redmann, Björn/Gintzel, Ullrich (2015): Fachaufsicht oder fachliche Verantwortung zur Sicherung der Rechte von Mädchen, Jungen und Eltern in der Erziehungshilfe. In: Das Jugendamt, H. 7-8, S. 363–367
- Ross, Rick/Smith, Bryan/Roberts, Charlotte/Kleiner, Art (2004): Schlüsselkonzepte für das Lernen in Organisationen. In: Senge, Peter M./Kleiner, Art/Roberts, Charlotte/Ross, Richard B./Smith, Bryan J. (Hrsg.): Das Fieldbook zur Fünften Disziplin. 5. Aufl. Stuttgart, S. 54–67
- Schein, Edgar H. (2003): Organisationskultur. The Ed Schein Corporate Culture Survival Guide. Bergisch Gladbach
- Schmutz, Elisabeth/de Paz Martinez, Laura (2018): Nationaler Forschungsstand und Strategien zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Expertise. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln
- Schrappner, Christian (2009): Örtliche Fallpraxis, Risikomanagement und ein Bundeskinderschutzgesetz. In: Deutsches Institut für Urbanistik. Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe (Hrsg.). Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 73. Vom Willkommensbesuch zum verpflichtenden Hausbesuch. Veränderte Auftragslage für die Jugendhilfe (durch das Kinderschutzgesetz)? Dokumentation der Fachtagung. Berlin, S. 11–31

- Schrappner, Christian (2013): Betreuung des Kindes Anna. Rekonstruktion und Analyse der fachlichen Arbeitsweisen und organisatorischen Bedingungen des Jugendamts der Stadt Königswinter im Fall «Anna». In: Das Jugendamt, H. 1, S. 2–16
- Schrappner, Christian (2015). Fachaufsicht und Professionalität – ein kritisches Verhältnis. In: Das Jugendamt, H. 7–8, S. 355–358
- Schreyögg, Astrid (2015): Fehlerkultur im Kinderschutz – Sind wir schon gut aufgestellt? In: Organisationsberatung, Supervision, Coaching (OSC), H. 2, S. 223–233
- Schreyögg, Georg (2012): Grundlagen der Organisation. Basiswissen für Studium und Praxis. Wiesbaden
- Schüttelkopf, Elke M. (2008): Erfolgsstrategie Fehlerkultur. In: Ebner, Gabriele/Heimerl, Peter/Schüttelkopf, Elke M. (Hrsg.): Fehler. Lernen. Unternehmen. Wie Sie die Fehlerkultur und Lernreife Ihrer Organisation wahrnehmen und gestalten. Frankfurt am Main, S. 151–309
- Senge, Peter M. (2008): Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation. 10. Aufl. Stuttgart
- Urban-Stahl, Ulrike (2011): Ombuds- und Beschwerdestellen in der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter besonderer Berücksichtigung des möglichen Beitrags zum Lernen aus Fehlern im Kinderschutz. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz I. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln
- Verwaltungsinterne Arbeitsgruppe (2008): Bericht der verwaltungsinternen Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung des Jugendamtes Schwerin. Schwerin
- Weick, Karl E./Sutcliffe, Kathleen M. (2015): Managing the Unexpected. Sustained Performance in a Complex World. 3. Aufl. Hoboken, New Jersey
- Weick, Karl E./Sutcliffe, Kathleen M. (2016): Das Unerwartete managen: Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen. 3., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart
- Weingardt, Martin (2004): Fehler zeichnen uns aus. Transdisziplinäre Grundlagen zur Theorie und Produktivität des Fehlers in Schule und Arbeitswelt. Bad Heilbrunn/OBB.
- Westrum, Ron (1993): Cultures with Requisite Imagination. In: Wise, John A./Hopkin, David V./Stager, Paul (Hrsg.): Verification and Validation of Complex Systems: Human Factors Issues. Berlin/Heidelberg, S. 401–416
- Wiesner, Reinhard (2015): Wer kontrolliert die Jugendämter und die freien Träger? Rahmenbedingungen der (Fach-)Aufsicht in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Das Jugendamt, H. 7–8, S. 349–355
- Wolff, Reinhart (1997): Kinderschutz auf dem Prüfstand. Überlegungen zur Notwendigkeit von Qualitätssicherung. In: Sternschnuppe, H. 5, S. 1–16

Wolff, Reinhart (2007): Demokratische Kinderschutzarbeit – zwischen Risiko und Gefahr. In: Forum Erziehungshilfen, H. 3, S. 132–139

Wolff, Reinhart/Ackermann, Timo/Biesel, Kay/Brandhorst, Felix/Heinitz, Stefan/Patschke, Mareike (2013a): Praxisleitfaden. Dialogische Qualitätsentwicklung im kommunalen Kinderschutz. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 5. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Köln

Wolff, Reinhart/Flick, Uwe/Ackermann, Timo/Biesel, Kay/Brandhorst, Felix/Heinitz, Stefan/Patschke, Mareike/Röhnsch, Gundula (2013b): Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz. Konzepte, Bedingungen und Ergebnisse. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Opladen/Berlin/Toronto

Deutsches Jugendinstitut e. V.

Nockherstraße 2
D-81541 München

Postfach 90 03 52
D-81503 München

Telefon +49 89 62306-0

Fax +49 89 62306-162

www.dji.de