

BEITRÄGE ZUR QUALITÄTSENTWICKLUNG IM KINDERSCHUTZ

9

BERICHT

# Gemeinsam lernen aus Kinderschutzverläufen

Eine systemorientierte Methode  
zur Analyse von Kinderschutzfällen und  
Ergebnisse aus fünf Fallanalysen

## **ZITIERWEISE:**

**Gerber, Christine/Lillig, Susanna (2018):** Gemeinsam lernen aus Kinderschutzverläufen. Eine systemorientierte Methode zur Analyse von Kinderschutzfällen und Ergebnisse aus fünf Fallanalysen. Bericht. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 9. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln



BERICHT

BEITRÄGE ZUR QUALITÄTSENTWICKLUNG IM KINDERSCHUTZ

# **Gemeinsam lernen aus Kinderschutzverläufen**

**Eine systemorientierte Methode  
zur Analyse von Kinderschutzfällen und  
Ergebnisse aus fünf Fallanalysen**

Autorinnen:  
Christine Gerber & Susanna Lillig

## DANKSAGUNG

Das Vorhaben, eine Methode zur Analyse problematischer Fallverläufe zu entwickeln, wäre ohne die Unterstützung von Familien, Institutionen und Fachkräften nicht möglich gewesen. Wir möchten daher die Gelegenheit nutzen und uns auf diesem Wege nochmals ganz herzlich bei all diesen Personen bedanken!

Unser Dank gilt zunächst all den Eltern, die ihre Einwilligung gegeben haben, dass wir »ihren Fall« nutzen durften. Auch wissen wir sehr zu schätzen, dass sie und andere Familienangehörige uns im Rahmen von Interviews ihre Sicht auf die Arbeit der Fachkräfte zur Verfügung gestellt haben. Das hat nicht nur Zeit gekostet, sondern möglicherweise auch schwere und schmerzliche Zeiten in Erinnerung gerufen. Dafür unseren aufrichtigen Dank.

Wir möchten uns auch bei den Jugendämtern bedanken, die Interesse an dem Vorhaben hatten und die Initiative ergriffen haben, mit uns in Kontakt zu treten. Sowohl die Jugendämter als auch die kooperierenden Einrichtungen haben sich bereit erklärt, die eigene Arbeit einer kritischen Reflexion zu unterziehen. Dafür danken wir ihnen sehr. Ganz besonders wissen wir die Offenheit und die Bereitschaft der Fachkräfte zu schätzen, die wir in den Analyseprozessen erleben durften. Sie haben sich nicht nur beteiligt, sondern auch ihr eigenes Denken und Handeln zur Diskussion gestellt. In einem Arbeitsfeld, in dem die Auseinandersetzung mit Fehlern nach wie vor mit vielen Vorbehalten und Ängsten besetzt ist, ist dies keine Selbstverständlichkeit. Besonders hervorheben möchten wir die Kolleginnen und Kollegen vom Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD). Als federführende Fachkräfte in den Fällen hatten sie sicherlich den schwereren Part in den Analysen. Umso mehr möchten wir an dieser Stelle unseren Respekt und unsere Anerkennung dafür zum Ausdruck bringen.

Zudem möchten wir uns für die Unterstützung von Dr. Sheila Fish vom Social Care Institute for Excellence (SCIE), Dr. Heinz Kindler und Dr. Liane Pluto vom Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI) herzlich bedanken. Sheila Fish war uns eine große Hilfe bei der Entwicklung des methodischen Vorgehens. Sie hat uns nicht nur das Vorgehen von SCIE zur Verfügung gestellt, sondern war immer gerne und leidenschaftlich dazu bereit, mit uns auftretende Herausforderungen oder Schwierigkeiten zu diskutieren. Heinz Kindler, der im Auftrag des DJI das Gutachten im Fall Alessio erstellen sollte, hat uns die Gelegenheit gegeben, den Ansatz in einem »öffentlichen Fall« zu erproben. Liane Pluto, unsere Testleserin, hat einige Stunden mit dem Bericht verbracht und mit uns den Bericht reflektiert. Sie hat uns mit ihrem »Blick von außen« sehr geholfen, für uns Gewohntes verständlich zu Papier zu bringen.

Christine Gerber und Susanna Lillig

Nationales Zentrum Frühe Hilfen, DJI

# INHALT

<b>Einleitung</b>	<b>8</b>
<b>1 Aus Fehlern lernen im Kinderschutz</b>	<b>10</b>
<b>2 Entwicklung einer Methode zur Analyse problematischer Fallverläufe</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Konzeptionelle Grundlagen zur Entwicklung einer Methode</b>	<b>16</b>
Was sind problematische Fallverläufe im Kinderschutz?	16
Welches Fehlerverständnis liegt dem Projekt zugrunde?	16
Grundprinzipien für die Methodenentwicklung	18
<b>3 Ausgangspunkt der Methodenentwicklung: Das Modell des <i>Learning together to safeguard children</i> des Social Care Institute for Excellence</b>	<b>22</b>
<b>4 Gemeinsam lernen aus problematischen Fallverläufen die Etappen der Methodenentwicklung</b>	<b>28</b>
4.1 Die fünf analysierten Fälle im Überblick	29
4.2 Die Veränderungen im methodischen Vorgehen im Überblick	30
<b>5 <i>Gemeinsam lernen aus Kinderschutzverläufen – eine Methode zur systemorientierten Analyse von problematischen Fallverläufen im Kinderschutz</i></b>	<b>36</b>
5.1 Erkenntnisinteresse und Fallauswahl	37
5.2 Vorbereitung des Analyseprozesses	38
5.3 Durchführung des Analyseprozesses	39
5.4 Ermöglichung eines konstruktiven Lernklimas	44
5.5 Exkurs: Besonderheiten bei der Analyse eines medial und politisch skandalisierten Falles	45
5.6 Fazit und Zusammenfassung: Wesentliche Voraussetzungen und Arbeitsformen bei Fallanalysen	47

<b>6</b>	<b>Ergebnisse aus den bisherigen Fallanalysen</b>	<b>50</b>
<b>6.1</b>	<b>Interaktion/Kommunikation Fachkräfte – Familie</b>	<b>52</b>
	Der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zu den (Stief-)Eltern gelingt nicht	52
	Schwierige Themen werden vermieden/geschönt und Kompromisse in der Konzeption von Hilfe und Schutz eingegangen, die hinter den Bedürfnissen des Kindes zurückbleiben	54
<b>6.2</b>	<b>Konzeption von Hilfe und Schutz für das Kind und seine Familie</b>	<b>57</b>
	Wichtige Akteurinnen und Akteure im Familiensystem werden nicht als Klientinnen und Klienten identifiziert oder in geeigneter und notwendiger Form eingebunden	57
	Wichtige Anforderungen und Ziel von Hilfe und Schutz gehen verloren; Ziel und Konzeption von Hilfe und Schutz scheinen diffus	59
	Das Kind und seine Belastungen/Schädigungen und die Behandlung bereits entstandener Defizite geraten aus dem Blick	60
	Es werden Hilfen/Schutzmaßnahmen eingeleitet, die nicht ausreichend oder geeignet sind, um die notwendigen Veränderungen herbeizuführen oder um den Schutz des Kindes vor akuten Gefahren zu gewährleisten	62
<b>6.3</b>	<b>Prozess der Gefährdungseinschätzung</b>	<b>63</b>
	Kooperationsbereitschaft wird mit Veränderungsfähigkeit gleichgesetzt	63
	Die Gefährdungseinschätzung konzentriert sich insbesondere auf das Sammeln von äußerlich beobachtbaren und einfach zu bewertenden Informationen und Verhaltensweisen	65
	Die Gefährdungseinschätzung wird trotz neuer Informationen nicht oder sehr spät revidiert	66
	Ungeklärte Täterschaft bei körperlichen Verletzungen von Kindern führt zu Verunsicherungen	68
	Aktuelle Beobachtungen und familiäre Entwicklungen werden zu wenig in Bezug zur Hilfesgeschichte gesetzt	68
	Die Inhalte von Meldungen werden falsch interpretiert oder nicht in einem angemessenen Zeitraum bearbeitet	69
<b>6.4</b>	<b>Organisationsübergreifende Kooperation und Kommunikation</b>	<b>77</b>
	Es gibt keine gemeinsame und abgestimmte Einschätzung des Gefährdungsrisikos im Helfersystem; Unterschiede und Differenzen werden eher zufällig bekannt	71

Ein großes Netz von Helferinnen und Helfern vermittelt die Illusion von Schutz und Sicherheit für das Kind	74
Wie Fachkräfte mit Dissens in der Risikoeinschätzung umgehen, wird zum Risiko für das Kind	74
Mangelnde Kommunikation und Konflikte zwischen den Fachkräften beeinträchtigen die Arbeit mit der Familie	77
Viele Fachkräfte sind nicht unbedingt vernetzte Fachkräfte	78
Rollen- und Auftragsunklarheiten der Fachkräfte beeinträchtigen den Erfolg der Hilfe und die Effizienz des Schutzes für das Kind	80
<b>6.5 Arbeitsbedingungen, strukturelle Rahmenbedingungen und soziale Infrastruktur</b>	<b>81</b>
Familie und Kind erhalten die erforderliche Hilfe nicht in geeigneter Form, geeignetem Zeitraum oder geeignetem Umfang	81
Qualitätssichernde Verfahren und Regelungen entfalten keine Wirkung	82
<b>6.6 Kinderschutz und psychisch erkrankte Eltern</b>	<b>84</b>
(Schutz-)Bedürfnisse des Kindes geraten aus dem Blick, weil die erkrankte Mutter viel Fürsorge und Energie der Fachkräfte in Anspruch nimmt sowie »Schonung« benötigt	84
Unterschiedliche therapeutische und pädagogische Ziele für die Klientin sind den Fachkräften wechselseitig nicht bekannt und werden auch nicht miteinander ausgetauscht	85
Auswirkungen von psychischen Erkrankungen auf die Fürsorge- und Erziehungsfähigkeiten von Eltern werden falsch eingeschätzt	86
<b>7 Empfehlungen für die Qualitätsentwicklung</b>	<b>88</b>
<b>8 Ausblick</b>	<b>94</b>
<b>9 Anhang: Erfahrungen der beteiligten Fachkräfte</b>	<b>96</b>
<b>Abbildungsverzeichnis/Literatur</b>	<b>110</b>



# Einleitung

Im Jahr 2008 fassten die Regierungschefs der Länder und die Bundeskanzlerin beim zweiten Kinderschutzgipfel den gemeinsamen Beschluss, das Thema »Lernen aus Fehlern« als Strategie für die Qualitätsentwicklung im Kinderschutz stärker in den Fokus zu nehmen. Hierzu wurde das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI), beauftragt, eine »Plattform für einen regelhaften Erfahrungsaustausch zu problematisch verlaufenen Kinderschutzfällen« einzurichten.

Im Rahmen des seitdem bestehenden Projektbereichs »Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen« wurden vom NZFH verschiedene Projekte initiiert sowie Expertisen oder Leitfäden in Auftrag gegeben und veröffentlicht. Hierzu gehören z. B.:

- Forschungs- und Praxisentwicklungsprojekt: Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz (Wolff u. a. 2013)
- Rechtsgutachten: Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Analyse problematischer Kinderschutzfälle (DIJuF 2013)
- Leitfaden: Krise im Jugendamt – Leitfaden zur strategischen Krisenkommunikation für Kommunen (Schwarz u. a. 2016)
- Expertisen:
  - Qualitätsindikatoren für den Kinderschutz in Deutschland (Kindler 2013)
  - Kinder im Kinderschutz (Wolff u. a. 2013a)
  - Das dialogisch-systemische Fall-Labor. Ein Methodenbericht zur Untersuchung problematischer Kinderschutzverläufe (Biesel u. a. 2014)
  - Nationaler Forschungsstand und Strategien zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz (NZFH 2018)

Generelles Ziel des Projektbereiches ist es, die Qualitätsentwicklung im Kinderschutz zu befördern. Hierzu soll insbesondere mehr Wissen über Anforderungen, aber auch Risiken in der Kinderschutzarbeit generiert werden. Die praxistaugliche Aufbereitung des Wissens in Form von Empfehlungen oder Leitfäden soll einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Kinderschutzpraxis leisten.

In dem hier vorgelegten Bericht werden Erfahrungen und Ergebnisse vorgestellt, die im Rahmen eines Vorhabens zur Entwicklung einer Methode für die Analyse problematischer Fallverläufe im Kinderschutz gesammelt wurden.

Zudem werden die Ergebnisse aus fünf verschiedenen Fallanalysen vorgestellt, die im Rahmen der Methodenentwicklung mit unterschiedlichen Jugendämtern durchgeführt wurden.

# 1

## **Aus Fehlern lernen im Kinderschutz**

Risikoreiche Industriezweige wie z.B. die Luft- und Raumfahrt oder die Atomindustrie nutzen systematische Fehleranalysen, um Sicherheitslücken in ihrem Gesamtsystem zu erkennen. Mithilfe dieser Analysen werden Hinweise auf notwendige Verbesserungen von organisationsspezifischen Abläufen, Strukturen und erforderlichem Wissen der Mitarbeitenden herausgearbeitet. Es werden entsprechende Empfehlungen formuliert, die zu wichtigen Veränderungen in den jeweiligen Unternehmen führen. In der amerikanischen Luftfahrt haben solche systematischen Analysen von kritischen Ereignissen und Katastrophen einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, dass die Anzahl der Unfälle deutlich reduziert werden konnte.<sup>1</sup>

Mit dem Ziel des »Lernens für die Zukunft« werden in vielen Ländern auch Fälle, in denen Kinder zu Tode kamen oder verletzt wurden, routinemäßig untersucht. Die Auftraggeber solcher Untersuchungen, das Vorgehen und die jeweiligen Ziele sind dabei unterschiedlich (für eine Übersicht siehe Axford 2005). So sind in England sogenannte *Local Safeguarding Children Boards* (LSCB)<sup>2</sup> gesetzlich verpflichtet, in jedem Fall, in dem ein Kind zu Tode kam oder ernsthaft verletzt wurde und zudem bekannt ist (oder zumindest vermutet wird), dass Misshandlung oder Vernachlässigung eine Rolle gespielt haben, ein sogenanntes *Serious Case Review* (SCR) durchzuführen. Ziel eines SCR ist es, (1) aus den Erfahrungen der Fälle Lehren für die Arbeit und das Zusammenspiel der beteiligten Akteure im Kinderschutz zu ziehen; (2) daraus Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Praxis abzuleiten sowie (3) die Effektivität der interprofessionellen und Institutionen übergreifenden Zusammenarbeit zu fördern. Das LSCB muss innerhalb eines Monats nach Bekanntwerden des Falles entscheiden, ob eine Fallanalyse durchgeführt werden muss. Es benennt sodann einen oder mehrere Untersucherinnen und Untersucher, die die Fall-

analyse leiten. Diese müssen unabhängig vom LSCB und von sämtlichen am Fall beteiligten Organisationen sein. Zudem muss sichergestellt sein, dass die verschiedenen Fachkräfte und Organisationen, die mit dem Kind und seiner Familie gearbeitet haben, im Analyseprozess angemessen vertreten sind. Auslöser, Auftraggeber sowie wesentliche Merkmale eines SCR sind in dem vom Ministerium für Bildung veröffentlichten Leitfaden »*Working Together to Safeguard Children*« festgelegt (HM Government 2015). Die lokal erstellten Reviews müssen anschließend für mindestens zwölf Monate im Internet veröffentlicht werden, um sie einem breiten Fachpublikum zugänglich zu machen (siehe auch [www.nspcc.org.uk](http://www.nspcc.org.uk), Aufrufdatum 19.11.2018). Darüber hinaus werden die Ergebnisse der SCR regelmäßig von einer Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ausgewertet und veröffentlicht (Brandon u. a. 2016).

In den USA wiederum gibt es in allen Bundesstaaten sogenannte *Child Death Reviews* (CDR), in deren Rahmen multidisziplinäre Teams generell Todesfälle von Kindern untersuchen. Ziel dieser Untersuchungen ist die Verbesserung der Prävention. CDR werden bei Todesfällen in Folge von Krankheit oder Unfall ebenso wie bei ungeklärter Todesursache oder einem Tötungsdelikt ausgelöst. In 33 der 50 Bundesstaaten werden Todesfälle im Kontext von Misshandlung und Vernachlässigung in speziellen Reviews analysiert (CFRP 2016). Die durch die Reviews gewonnenen Daten werden vom *National Center for Fatality Review and Prevention* gesammelt und veröffentlicht.

In Belgien müssen seit 2005 alle tödlich verlaufenen Fälle im Kinderschutz der *Youth Care Inspectorate* gemeldet werden. Diese fordert in der Regel zunächst die beteiligten Organisationen auf, eine interne Untersuchung durchzuführen. Ist der Bericht aus der Sicht der Youth Care Inspectorate nicht zufriedenstellend, führt sie eine eigene Untersuchung durch.

1 Fegert u. a. (2010), S. 123

2 In England müssen in allen Städten und Kommunen LSCBs eingerichtet werden. Mitglieder sind alle Institutionen und öffentlichen Stellen, die mit Minderjährigen zu tun haben. Das Gremium besteht insbesondere aus Vertreterinnen und Vertretern der Gemeinde/Stadtverwaltung, der Polizei, der Bewährungshilfe, der Jugendgerichte und der Jugendvollzugsanstalten, des National Health Services, aus Krankenhäusern, Schulen sowie aus Verfahrensbeiständen. Neben den professionellen Institutionen werden außerdem auch Laien in das Gremium eingebunden. Die Aufgabe des LSCB besteht darin, (1) alle Aktivitäten der Mitglieder, die das Wohlergehen und den Schutz von Minderjährigen betreffen, zu koordinieren sowie (2) deren Wirksamkeit zu prüfen und sicherzustellen.

Parallel dazu können die Länder- und Provinzregierungen ebenso wie die Gemeinden eigene Untersuchungen in Auftrag geben. Eine systematische Veröffentlichung der Ergebnisse gibt es bisher nicht (Kuijvenhoven 2010).

Wie diese Beispiele zeigen, unterscheiden sich die Methoden und Konzepte zwischen, aber auch innerhalb der Länder hinsichtlich der Zielsetzungen<sup>3</sup>, der Datengrundlage<sup>4</sup>, dem methodischen Vorgehen sowie der Dokumentation und Verwertung der Ergebnisse erheblich (vgl. Axford 2005).

In der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland steht die Analyse von problematischen Fallverläufen im Vergleich zu anderen Ländern noch am Anfang. Zwar löst die mediale Aufmerksamkeit von Fallverläufen, in denen Kinder schwer verletzt wurden oder zu Tode gekommen sind, neben den straf- oder dienstrechtlichen Untersuchungen (vgl. Bremische Bürgerschaft 2007; Finanzbehörde Innenrevision 2012) zunehmend auch Analysen mit dem Ziel des »Lernens aus Fehlern« aus (vgl. Kindler u.a. 2008, Kindler u.a. 2016; Schrappner 2013). Eine Selbstverständlichkeit – z.B. als Bestandteil der Qualitätsentwicklung – ist die Analyse kritischer Ereignisse jedoch noch nicht.

Zwei Aspekte könnten dies mitbegründen:

(1) Qualitätsentwicklung im Kinderschutz ist seit einigen Jahren hoch im Kurs. Im Mittelpunkt steht jedoch die Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität. Der Ergebnisqualität wurde dagegen bisher nur wenig Aufmerksamkeit zuteil. Bislang scheint es kaum gemeinsame Vorstellungen oder konkrete Indikatoren in der Kinder- und Jugendhilfe für den Erfolg oder Misserfolg in der Kinderschutzarbeit zu geben. In der Folge werden Fälle zuweilen erst dann als problematisch erkannt und gekennzeichnet, wenn ein Kind massiven Schaden erleidet. Wiederholte Gefährdungsmeldungen oder erneute Gefährdungsergebnisse während der Arbeit mit der

Familie scheinen beispielsweise nicht »automatisch« zu Irritationen und einem Hinterfragen der bisherigen Schutz- und Hilfestrategie bei den Fachkräften zu führen.

(2) Fehler, kritische Ereignisse und unerwünschte Ergebnisse im Kinderschutz werfen schnell – und häufig begleitet von großem öffentlichen Interesse – Fragen nach der Verletzung von Garantienpflichten und damit strafrechtlich relevantem Tun oder Unterlassen von Fachkräften auf. In der Folge scheint mit der Analyse von problematischen Fällen die Suche nach den Schuldigen untrennbar verbunden zu sein. Zugleich besteht für Forscherinnen und Forscher gegenüber den Strafverfolgungsbehörden weder ein Zeugnisverweigerungsrecht i. S. d. §§ 52 bis 53a Strafprozessordnung (StPO), noch gibt es einen entsprechenden Schutz vor strafrechtlichen Maßnahmen im Rahmen der Forschung, wie er z.B. für Mitarbeitende in Presse und Rundfunk vorgesehen ist (DIJuF 2013). Zum Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Presse und privaten Informantinnen und Informanten besteht für Journalistinnen und Journalisten nicht nur ein ausdrückliches Zeugnisverweigerungsrecht in § 53 Abs. 1 Nr. 5 StPO, sondern in Entsprechung dazu auch ein spezielles Beschlagnahmeverbot in § 97 Abs. 5 StPO (DIJuF 2013). Unter diesen Voraussetzungen die Analyse von problematischen Fallverläufen im Kinderschutz offensiv anzugehen und eine selbstkritische und offene Kultur im Umgang mit Fehlern zu entwickeln, ist möglicherweise besonders schwierig. Kinderschutzarbeit ist meist Arbeit in einem komplexen Risikokontext. Insofern lassen sich Fehler oder Fehleinschätzungen nicht gänzlich verhindern. Systematische Fallanalysen können einen wertvollen Beitrag zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz leisten, indem sie helfen, riskante Denk- und Handlungsmuster sowie fehlerbegünstigende institutionelle Rahmen-

3 Ziele können z. B. sein: Lernen aus Erfahrung und Verbesserung des Kinderschutzes, öffentliche Aufklärung eines Falles, Klärung von Verantwortung und Schuld.

4 Zum Teil basieren die Untersuchungen allein auf Akten oder schriftlichen Berichten, z. T. werden ergänzend Interviews mit den Fachkräften und/oder Eltern geführt oder die Analyse selbst unter Beteiligung der Fachkräfte durchgeführt.

bedingungen zu erkennen und zu verändern. Die Erkenntnisse aus problematischen Fallverläufen ermöglichen es, sowohl Organisationen risiko- und fehlersensibler zu gestalten als auch Fachkräfte für Risiken ihres eigenen Handelns zu sensibilisieren. Dadurch werden Fehlentwicklungen u. U. früher erkannt und können korrigiert werden, bevor Schaden für das Kind und/oder seine Familie entsteht. Darüber hinaus können Fallanalysen einen offenen und konstruktiven Umgang mit Fehlern innerhalb einer Organisation und zwischen unterschiedlichen Professionen und Organisationen fördern und so die Entwicklung einer Fehlerkultur im Kinderschutz unterstützen.

Vor diesem Hintergrund waren für die hier vorgestellte Methodenentwicklung zur Analyse problematischer Kinderschutzfälle vor allem zwei Aspekte konzeptionell leitend:

- (1) Entwicklung einer Kultur der selbstkritischen und offenen Auseinandersetzung mit problematischen Fallverläufen: Die Rekonstruktion und Analyse von problematischen Fallverläufen sollen Fehler, Risiken und Stolpersteine in der praktischen Arbeit deutlich machen.
- (2) Partizipative Qualitätsentwicklung: Damit die Ergebnisse der Fallanalysen von der Praxis im Sinne einer Weiterentwicklung verarbeitet werden können, müssen Fachkräfte bei der Erarbeitung dieser Ergebnisse durchgängig beteiligt sein. Zudem sollten die verwandten Konzepte und Methoden von Fachkräften und Institutionen im Kinderschutz akzeptiert und anerkannt werden.

Um diesen beiden Anforderungen gerecht zu werden, wurde das Vorhaben der Entwicklung einer Methode zur Analyse von Fallverläufen in enger Zusammenarbeit mit der Praxis durchgeführt. Hierzu wurde das Vorgehen in Anlehnung an partizipative Forschungsansätze (von Unger 2014) sowie partizipative Qualitätsentwicklung (Wright 2010) entwickelt und gestaltet (vgl. 2.1).

# 2

## **Entwicklung einer Methode zur Analyse problematischer Fallverläufe**

Ausgangspunkt für das Vorhaben der Entwicklung einer Methode zur Analyse problematischer Fallverläufe war ein Workshop, der im Rahmen des Projektbereichs »Lernen aus problematischen Fallverläufen im Kinderschutz« vom NZFH am 9. und 10. Juli 2010 in München veranstaltet wurde. Der Titel des Workshops lautete »Lernen aus Fehlern – nationale und internationale Erfahrungen im Kinderschutz«.<sup>5</sup>

Ziele des Workshops waren

- (1) der Austausch über internationale und nationale Methoden und Konzepte des Lernens aus Fehlern sowie
- (2) die Diskussion von Strategien und Eckpunkten für die Weiterentwicklung einer Methode zur Analyse von Fallverläufen in Deutschland.

Neben Prof. Roger Bullock<sup>6</sup>, der einen Überblick über internationale Konzepte zur Untersuchung von problematisch verlaufenen Kinderschutzfällen gab, wurde von Prof. Eileen Munro<sup>7</sup> und Dr. Sheila Fish<sup>8</sup> der sogenannte »multy-systems approach for case reviews« vorgestellt. Neben diesen internationalen Konzepten wurden schließlich auch verschiedene zum damaligen Zeitpunkt in Deutschland angewandte oder diskutierte Ansätze vorgestellt.<sup>9</sup>

Folgende Empfehlungen für die Weiterentwicklung des »Lernens aus problematischen Kinderschutzverläufen« in Deutschland wurden abschließend zusammengefasst (Ausschnitt aus dem unveröffentlichten Workshop-Protokoll):

- Die Konzepte und Methoden des Lernens aus Fehlern müssen gemeinsam zwischen Praxis und Wissenschaft entwickelt werden. Ohne einen Ein-

bezug der Jugendämter laufen die Initiativen Gefahr, von der Praxis nicht akzeptiert zu werden.

- Das Gelingen oder Scheitern von Kinderschutzfällen wird nicht von einer Institution oder Person alleine verursacht. In der Regel handelt es sich um ein Helfersystem, das aus einer Vielzahl an Institutionen und Professionen besteht. Die Analyse von Fällen sollte sich daher nicht alleine auf die Praxis des Jugendamtes beziehen.
- Die Analyse von Einzelfällen sollte sich nicht nur auf spektakuläre Einzelfälle beschränken. Die Impulse zum »Lernen aus Fehlern« müssen auch aus den Organisationen (z. B. Jugendämtern) selbst kommen. Fallanalysen können nicht gegen den Willen oder über die Köpfe der Jugendämter hinweg »verordnet« werden. Die Einrichtung einer Kommission, an die Fälle »gemeldet« werden, wird sehr kritisch gesehen.
- Gesetzliche Verpflichtungen zur Durchführung von Fallanalysen werden abgelehnt.
- Vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen im Projekt »Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz«<sup>10</sup> sollten auch die Klientinnen und Klienten in geeigneter Form in den Analyseprozess eingebunden werden.

Im Anschluss an diesen Workshop wurden in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom NZFH personelle und finanzielle Ressourcen bereitgestellt, die die Durchführung des hier vorgestellten Vorhabens möglich gemacht haben.

5 Teilnehmer/-innen: Vertreter/-innen von Jugendämtern, Wissenschaftler/-innen, die sich mit dem Thema bereits beschäftigt hatten, sowie Politiker/-innen auf Bundes- und Landesebene

6 Fellow des Center for Social Policy in der Warren House Group in Dartington. Emeritierter Professor für Jugendhilfeforschung der Bristol University

7 Damals Professorin of Social Policy an der London School of Economics

8 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Social Care Institute for Excellence (SCIE)

9 Prof. Dr. Christian Schrapper: »Qualitätsentwicklung für den Kinderschutz in Jugendämtern in Rheinland-Pfalz«; Prof. Dr. Reinhart Wolff: »Aus Fehlern Lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz«; Stefan Cinkl: »Expertise/ Machbarkeitsstudie für eine unabhängige Kommission zur Untersuchung von gravierenden Kinderschutzfällen«; André Altermann: »Vergleichsring Kinderschutz – Risikomanagement qualifizieren«; Dr. Thomas Meysen: »Rechtliche Rahmenbedingungen für die Analyse von Fallverläufen in Deutschland«

10 Wolff u. a. 2013

## 2.1 Konzeptionelle Grundlagen zur Entwicklung einer Methode

Folgende konzeptionellen Fragen waren für den Entwicklungsprozess des methodischen Vorgehens leitend:

- Was sind problematische Fallverläufe – welche Art von Fällen könnten/sollten einen Analyseprozess auslösen?
- Welches Fehlerverständnis bildet die Grundlage der Methode?
- An welchen Grundprinzipien soll sich das methodische Vorgehen orientieren?

### Was sind problematische Fallverläufe im Kinderschutz?

Es ist ein berechtigtes Interesse der Öffentlichkeit, dass Fälle mit tragischem Verlauf, in denen Menschen Schaden genommen haben und öffentliche Institutionen tätig waren, aufgearbeitet und analysiert werden. Hierzu gehören beispielsweise Todesfälle in Kliniken, die in Zusammenhang mit ärztlichem Handeln gebracht werden, oder verletzte Personen im Kontext eines Polizeieinsatzes. Insofern sollten auch problematische Kinderschutzverläufe mit tragischem Ausgang (Tod oder erhebliche Verletzung des Kindes) in geeigneter Form aufgearbeitet werden. Da das Ziel der zu entwickelnden Methode jedoch nicht alleine die Aufarbeitung eines Falles ist, sondern auch das *Lernen aus Erfahrung*, ist es sinnvoll, die Kriterien für die Fallauswahl nicht allzu eng zu fassen.

Insofern wurde für dieses Vorhaben folgende Definition gewählt: Als »problematische Fallverläufe« im Kinderschutz werden Fallverläufe oder deren Ergebnisse bezeichnet, die aus Sicht von Fach- und Leitungskräften, aber auch aus der Sicht von Eltern, Kindern oder Jugendlichen nicht zufriedenstellend waren. Verletzte oder zu Tode gekommene Kinder oder eine unnötige Herausnahme eines Kindes aus der Familie sind dabei die massivsten Formen eines unerwünschten Ergebnisses.

Grundsätzlich soll die Fallauswahl den an einem Analyseprozess interessierten Jugendämtern und ihren Kooperationspartnern überlassen bleiben. Wichtig erscheint jedoch, dass der Auswahl ein selbstkritischer

Prozess vorausgeht, der nicht die Problematik der Familie (z. B. besonders schwierige Familie), sondern die Problematik der Fallbearbeitung in den Vordergrund stellt. Insofern empfiehlt es sich, Fälle auszuwählen, deren Bearbeitungsverlauf oder deren Ergebnis von den Fach- und Leitungskräften kritisch bewertet wird, und bei denen zudem erkennbar ist, dass es sich um wiederkehrende problematische Arbeitsverläufe oder Entscheidungsprozesse handelt, die nicht nur auf einen Einzelfall beschränkt sind.

In die Fallauswahl nicht aufgenommen wurden sogenannte »gut gelaufene Fälle«. Grund hierfür ist vor allem, dass dies das Vorhaben der Methodenentwicklung überfrachten würde. Die Entwicklung einer Methode zur Analyse problematischer Fallverläufe setzt andere Akzente und sieht methodische Schritte vor, die bei der Analyse gut gelaufener Fälle vermutlich anders gestaltet werden müssten. Für beide Fallarten eine Methode zu konzipieren, würde das Projekt überfordern. Darüber hinaus soll das Projekt, wie in Kapitel 1 beschrieben, einen Beitrag zur (selbst-)kritischen Auseinandersetzung der Praxis mit problematischen Fallverläufen sowie zur Entwicklung einer Fehlerkultur leisten.

### Welches Fehlerverständnis liegt dem Projekt zugrunde?

Kritische Entscheidungen oder Fehler sind – auch im Kinderschutz – alltägliche Phänomene. In den meisten Fällen werden sie jedoch weder als solche identifiziert, noch führen sie zu katastrophalen Ergebnissen oder verursachen Schäden. Der Grund dafür ist, dass sie in aller Regel – oft auch unbemerkt oder zufällig – korrigiert werden. Katastrophen oder Schäden sind insofern meist die Folge einer Verkettung und des Zusammenspiels vieler unterschiedlicher kritischer Ereignisse, die dazu führen, dass sich Fehler fortsetzen oder kumulieren, anstatt korrigiert zu werden (vgl. Fegert u. a. 2010).

Ein Fehler in Organisationen wird entsprechend als Kette von Systemproblemen und nicht als das persönliche Versagen des Letzten in der Kette gesehen. Der britische Psychologe James Reason, der sich mit der Erforschung menschlicher Fehler befasst hat, hat dieses Phänomen bereits 1990 anhand des »Schweizer-Käse-Modells« grafisch dargestellt (Reason 1990).

ABBILDUNG 1

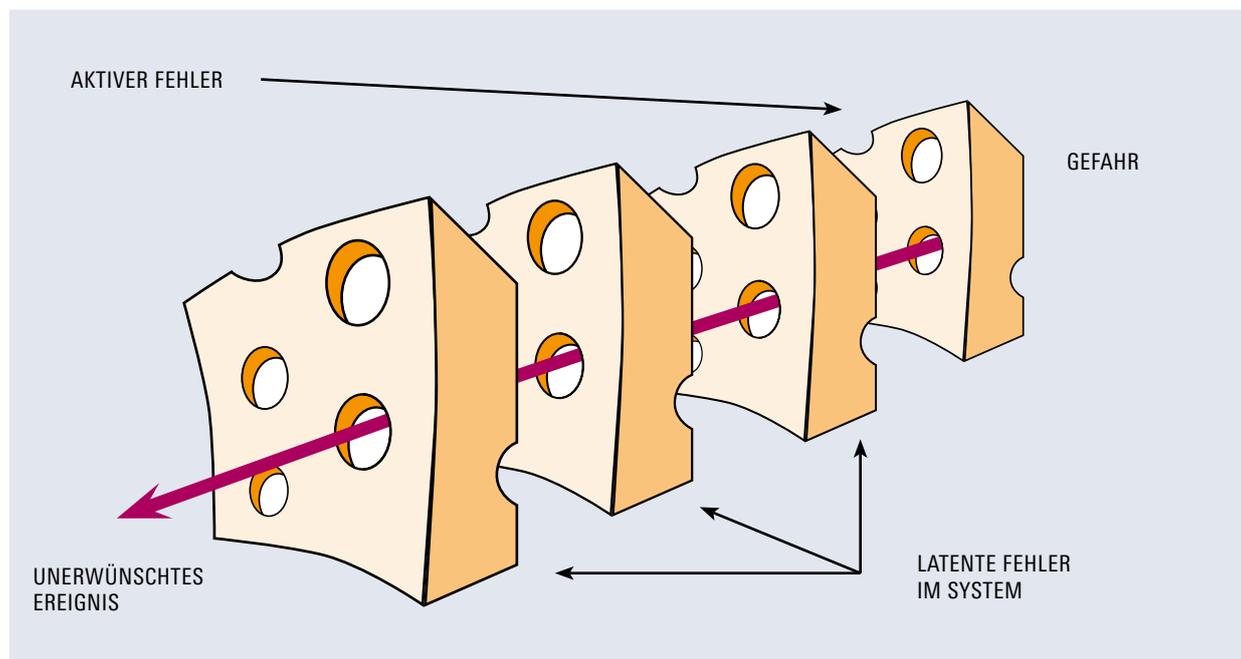


Abbildung adaptiert nach Reason, James. »Human error: models and management«, BMJ 2000; 320:768

Das Modell zeigt, dass es in der Regel mehrere Punkte im Bearbeitungsverlauf gibt, an denen eine kritische Entwicklung erkannt und/oder ein unerwünschtes Ereignis abgewendet werden könnte. Jede einzelne dieser Stellen ist für das Lernen aus Fehlern relevant, da sich dahinter jeweils Hinweise auf latente Risiken im System oder in der Arbeitsweise einer Organisation verbergen können.

Im Rahmen einer Fallanalyse müssen somit vielfältige Einflussfaktoren und Ereignisse im Bearbeitungsprozess rekonstruiert werden, die letztendlich zu dem unerwünschten Ereignis (z.B. Verletzung eines Kindes oder übereilte Herausnahme) beigetragen haben. Wie sind kritische Entscheidungen und Handlungen entstanden? Was hat sie begünstigt? Was hat dazu beigetragen, dass eine kritische Entwicklung nicht frühzeitig aufgefallen ist und korrigiert wurde?

Gelingt es, solche Prozesse zu rekonstruieren und zu verstehen, haben die Ergebnisse in zweierlei Hinsicht Bedeutung für die Qualitätsentwicklung im Kinderschutz:

(1) Lernen aus Fehlern: Kritische Entscheidungen oder Handlungsweisen weisen auf Schwachstellen im System und damit auf Möglichkeiten der Qualitätsentwicklung hin.

(2) Sensibilisierung für Risiken: Nicht alle Fehler Risiken lassen sich durch qualitätsverbessernde Maßnahmen beseitigen. Je sensibler die Akteure in einem System jedoch für Risiken sind, umso größer ist die Chance, dass Fehler frühzeitig erkannt und größere Schäden verhindert werden können.

### Vermeidbare und unvermeidbare Fehler

Grundsätzlich kann unterschieden werden zwischen »unvermeidbaren« und »vermeidbaren« Fehlern (Munro 1996).

»Unvermeidbare Fehler« stellen ein aufgabenimmanentes Risiko der Kinderschutzarbeit dar, das unabhängig von der Institution, den handelnden Personen und den strukturellen Gegebenheiten besteht. Zur Verdeutlichung ein Beispiel: Im Kinderschutz basieren Prognosen und Entscheidungen häufig auf sehr begrenzten Informationen. Dieser Umstand ist ein wesentliches Charakteristikum der Arbeit, da das Denken und Handeln von Eltern und Kindern ebenso wie Beziehungen und Familiensysteme meist nur eingeschränkt zu erfassen und begrenzt durchschaubar sind. Insofern kann es sein, dass umfangreiche Informationen erhoben, professionell abgewogen

und bewertet werden und sich am Ende die Einschätzung dennoch als falsch erweist und das Kind erneut misshandelt wird, da beispielsweise die erzieherische Überforderung des Vaters oder der Mutter in Ausnahmesituationen nicht erkennbar war. In solchen Fällen kann man von einem sogenannten unvermeidbaren Fehler sprechen. Erkenntnisse über unvermeidbare Fehler sind für die Qualitätsentwicklung im Kinderschutz vor allem deshalb interessant, weil sie dazu genutzt werden können, die Fehlersensibilität der Fachkräfte und der Abläufe zu erhöhen sowie das Risikomanagement organisationsintern und zwischen Kooperationspartnern zu qualifizieren. Denn je fehlersensibler und risikobewusster sowohl die beteiligten Akteure als auch die Abläufe und Verfahren sind, umso eher können Fehlentwicklungen frühzeitig erkannt und weitere oder noch größere Schäden verhindert werden.

»Vermeidbare Fehler« sind hingegen Fehler bzw. Strukturen, die unter dem Einfluss fehlender Qualifikation oder mangelhafter Instrumente zustande gekommen sind und damit – prinzipiell – vermeidbar gewesen wären. Dass ein Fehler vermeidbar gewesen wäre, bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Beteiligten schuldhaft oder absichtlich gehandelt haben. Fachkräfte riskieren nicht absichtlich oder fahrlässig Leib und Leben von Kindern. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Entscheidungen zu dem Zeitpunkt, zu dem sie getroffen wurden, den Fachkräften sinnvoll und richtig erschienen. Ein Beispiel für vermeidbare Fehler sind falsche Prognosen zum Gefährdungsrisiko des Kindes. So kann es zum Beispiel sein, dass zwar wesentliche Informationen bekannt sind, diese jedoch aufgrund fehlenden Fachwissens, unzureichender Instrumente zur Risikoeinschätzung oder ineffektiver Fallbesprechungsmethoden falsch interpretiert und bewertet werden. Ebenso kann es sein, dass Fachkräfte bei der Gestaltung des Schutzkonzeptes davon ausgehen, dass eine ambulante Erziehungshilfe mit einmaligem wöchentlichen Kontakt zur Familie in einem Vernachlässigungsfall ausreichend ist, obwohl genug empirisch gesichertes Wissen zur Verfügung steht, das Zweifel an dieser Annahme auslösen könnte. Das Erkennen von vermeidbaren Fehlern mithilfe der Analyse von Fallverläufen kann Führungskräften unmittelbare Hinweise für Qualitätsentwicklungsbe-

darfe auf den Ebenen von Organisations- und Kooperationsstrukturen, der Angemessenheit eingesetzter Instrumente sowie der erforderlichen Qualifizierung von Fachkräften geben.

## Grundprinzipien für die Methodenentwicklung

### A) Systemorientierung

Eine personenorientierte Analyse eines Falles endet meist mit dem Finden eines Fehlers und dessen Verursachers. Eine systemorientierte Analyse nimmt dagegen den identifizierten Fehler als Ausgangspunkt für den Analyseprozess. Wird beispielsweise rückblickend festgestellt, dass die Entscheidung der Rückführung des Kindes in die Herkunftsfamilie »ein Fehler« war, wird bei einem systemorientierten Vorgehen diese Entscheidung zum Ausgangspunkt einer detaillierten Analyse genommen. Ziel ist es, nachzuvollziehen, wie die Entscheidung zustande gekommen ist und warum sie zum damaligen Zeitpunkt richtig erschien. Welche Informationen waren handlungsleitend? Welche Informationen wurde ggf. weniger Bedeutung beigemessen – und weshalb? Wichtig ist folglich, die verursachenden Faktoren zu finden und daraus Lehren für die Qualitätsentwicklung und/oder das Risikomanagement zu ziehen. Strukturelle Rahmenbedingungen, Instrumente und Verfahren spielen dabei ebenso eine Rolle wie fachliche Kompetenzen, Denk- und Handlungsmuster oder Formen menschlicher Kommunikation (vgl. Munro 2005). Insofern geht es bei einer systemorientierten Fallanalyse nicht nur um menschliche Denk- und Handlungsprozesse, sondern auch um Managemententscheidungen, Ressourcenallokation und Organisationsfragen (Fegert u. a. 2008).

### Ausgangshypothesen einer systemorientierten Fallanalyse

Die systemorientierte Analyse kritischer Ereignisse und Verläufe ist geprägt von einem systemischen Verständnis der Fehlerentwicklung. Entscheidungen und Handlungen Einzelner werden dabei im Kontext komplexer Zusammenhänge gesehen und verstanden. Für die systemorientierte Analyse lassen sich folgende Ausgangshypothesen formulieren, die die

Haltung der Beteiligten im Untersuchungsprozess prägen sollten:

- ***In der gleichen Situation verhalten sich unterschiedliche Menschen gleich oder ähnlich. Menschen haben nicht immer die freie Wahl, wie sie sich verhalten.***  
Konzepte, Dienstanweisungen und Verfahren werden eingeführt, um das Denken, Handeln und Entscheiden von Fachkräften zu steuern. Darüber hinaus beeinflussen die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen sowie die Organisationskultur die Arbeit der Fachkräfte. Insofern muss das Handeln der Personen im Kontext des Systems und seiner Rahmenbedingungen gesehen werden, um Fehler verstehen und Risiken erkennen zu können.
- ***Fachkräfte machen nicht willentlich oder absichtlich Fehler und riskieren Leib, Leben und Gesundheit von Kindern.***  
Zum Zeitpunkt der Entscheidung gehen Fachkräfte davon aus, dass ihre Entscheidung richtig, verhältnismäßig und angemessen ist. Im Mittelpunkt des Untersuchungsinteresses stehen daher all jene Faktoren, die die Einschätzung der Fachkräfte zum damaligen Bearbeitungszeitpunkt geprägt haben. Ziel ist es, das Zustandekommen von Entscheidungen und Handlungen zu verstehen. Was hat das Denken und Handeln der Beteiligten zum damaligen Zeitpunkt beeinflusst? Was stand im Fokus und was, ggf. weshalb, nicht? Warum dachten sie damals, dass sie auf dem richtigen Weg sind? Was hat verhindert, dass sie gemerkt haben, dass sich der Fall in eine »falsche Richtung« entwickelt?
- ***Entscheidungen in der Vergangenheit unter Einbezug des aktuellen Wissens zu bewerten, führt zu Verzerrungen (»hindsight bias«).***  
Kritische Entscheidungen (»Fehler«) können nur dann verstanden und rekonstruiert werden, wenn man ihre Entstehung chronologisch und unter ausschließlicher Einbeziehung des zum entsprechenden Zeitpunkt verfügbaren Wissens über die Familie und ihre Problemlagen

betrachtet. Der Einbezug des erst später hinzugewonnenen Wissens würde zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen. Darüber hinaus muss die Bearbeitung des analysierten Falles im Kontext des Arbeitsalltags der Fachkräfte betrachtet werden. So können Einflussfaktoren erkannt werden, die relevant waren, aber nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Fall standen. Beispiele hierfür sind: Welche anderen Fälle hatte die Fachkraft in Bearbeitung? Gab es ggf. persönliche Belastungen oder Krisen? Wie waren die Arbeitsatmosphäre und die Arbeitsbelastung im Team?

- ***Fehler können nur im Dialog mit den beteiligten Fachkräften verstanden und nachvollzogen werden.***  
Akten bilden das Denken und Entscheiden der Fachkräfte nur ungenügend ab. Um verstehen zu können, was Fachkräfte zum damaligen Zeitpunkt gedacht haben und was ihr Denken beeinflusst hat, müssen die fallbearbeitenden Fachkräfte am Analyseprozess beteiligt werden.
- ***Die Befragung der beteiligten Akteure in der Familie ermöglicht es, die professionelle Arbeit und das Zusammenspiel der Akteure aus der Perspektive der Klientinnen und Klienten zu sehen.***  
Im Mittelpunkt der Kinderschutzarbeit stehen die Kinder und ihre Familien. Insofern sollten auch bei der Rekonstruktion und Analyse von problematischen Fallverläufen die Sichtweisen und Wahrnehmungen wesentlicher Akteure der Familie (z. B. leibliche Eltern, Stiefeltern, Lebenspartnerinnen bzw. Lebenspartner, Großeltern, Onkel und Tanten sowie ab einem gewissen Alter die Kinder) einbezogen werden. Gerade weil es sich um Hilfe im Zwangskontext handelt und sich damit der Erfolg oder Nutzen nicht alleine an der »Hilfe-Nachfrage« ablesen lässt, sollte den Klientinnen und Klienten Raum und Zeit eingeräumt werden, damit sie sich äußern und die Arbeit der professionellen Akteure vor dem Hintergrund ihrer Wünsche und Vorstellungen bewerten können.

## B) Beteiligungsorientierung

Die Rekonstruktion und kritische Analyse von Arbeitsprozessen kann bei den betroffenen Fachkräften, aber auch in ihren jeweiligen Institutionen viel Misstrauen und Sorge auslösen. Was kommt bei der Analyse heraus? Bin ich schuld an dem, was passiert ist? Welche Folgen haben die Ergebnisse – für mich und die Institution? Gelingt es nicht, diesen Sorgen angemessen Rechnung zu tragen, kann der Prozess der Analyse dadurch beschränkt werden, dass die Fachkräfte der verschiedenen Institutionen aus Angst vor negativen, selbstschädigenden Konsequenzen nur zurückhaltend Informationen preisgeben.<sup>11</sup> Die Folge ist, dass z.B. wichtige Denk- und Handlungsmuster oder fehlerhafte Verarbeitungsprozesse von Informationen, die gegebenenfalls typisch für die Arbeit oder die Organisation sind, nicht deutlich werden. Die Rekonstruktion von Fehlentwicklungen und das Nachvollziehen von falschen Entscheidungen sind damit erheblich beeinträchtigt. Damit es trotzdem gelingt, in einen kritischen Dialog einzutreten, braucht es daher innerhalb der betroffenen Institutionen sowie zwischen den beteiligten Akteuren im Hilfesystem eine offene und konstruktive Fehlerkultur. Die am Analyseprozess beteiligten Fachkräfte brauchen die Sicherheit und das Vertrauen, dass alle Beteiligten und ihre Organisationen sich offen und kritisch dem Analyseprozess stellen und zugleich respektvoll und wertschätzend miteinander umgehen. Je enger eine falsche Entscheidung mit individueller Schuld verknüpft wird, umso schwerer wird es, die Ursachen und Hintergründe problematischer Verläufe zu erforschen.

Eine weitere Folge von Misstrauen und Vorbehalten von Fachkräften und Institutionen gegenüber einer Analyse ihrer Arbeitsweisen und Strukturen ist, dass die Ergebnisse, die mit Kritik an dem fachlichen Handeln oder vorhandenen Strukturen verbunden sind, als Angriff erlebt und daher herabgewürdigt und abgetan werden. Damit die Ergebnisse jedoch

im Sinne der Qualitätsentwicklung verarbeitet werden können, muss diese Kritik von den Betroffenen konstruktiv aufgenommen und verarbeitet werden können.

Da das hier vorgestellte Projekt der Entwicklung einer Methode zur Analyse problematischer Fallverläufe beabsichtigt, selbstkritische Prozesse im Arbeitsfeld des Kinderschutzes zu fördern und Erkenntnisse im Sinne des Lernens aus Erfahrung zu ermöglichen, ist eine hohe Akzeptanz und Unterstützung durch die Institutionen und ihre Fachkräfte eine wichtige Voraussetzung für sein Gelingen. Insofern ist die enge Beteiligung der mit »dem Fall« befassten Institutionen und Fachkräfte ein wesentlicher Bestandteil dieser Art der Analyse von Fallverläufen.

Das methodische Vorgehen wurde daher in Anlehnung an partizipative Forschungsansätze und partizipative Qualitätsentwicklung entwickelt und gestaltet. In beteiligungsorientierten Forschungsansätzen sollen soziale Wirklichkeiten (wie z.B. die Kinderschutzarbeit) partnerschaftlich – von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie handelnden Akteuren erforscht und verändert werden. Auf diese Weise werden in Kinderschutzfällen beispielsweise die Fachkräfte der Jugend- und Gesundheitshilfe zu Co-Forscherinnen und –forschern im Hinblick auf Verbesserungsmöglichkeiten im Kinderschutz. Die teilnehmenden Personen mit ihren Sichtweisen, ihren Lernprozessen und dem Ziel einer individuellen und kollektiven Befähigung stehen im Mittelpunkt. Sie stellen nicht nur Daten und Informationen zur Verfügung, sondern beteiligen sich aktiv an dem Analyseprozess und der Erarbeitung der Ergebnisse. Insofern werden sowohl die Fallanalyse als auch der Prozess der Entwicklung einer Methode als Gemeinschaftsprojekt von Fachkräften unterschiedlicher Professionen und wissenschaftlichen Akteuren verstanden.<sup>12</sup> Partizipative Qualitätsentwicklung adressiert ebenfalls Praktikerinnen und Praktiker, die lernen, mithilfe beteiligungsorientierter Methoden

11 In sog. Critical Incident Reporting Systems (CIRS) werden beispielsweise in der Luftfahrt oder in der Medizin Beschäftigte aufgefordert, Fehler oder kritische Ereignisse zu melden, um sie der Möglichkeit des Lernens und der Verbesserung des Systems zugänglich zu machen. Damit die Betroffenen offen über ihre Fehler sprechen, wird ihnen Sanktionsfreiheit, Anonymisierung und De-Identifikation zugesichert.

12 Unger 2014, S. 1f.

ihre eigene Arbeit qualitativ weiterzuentwickeln.<sup>13</sup> Auch hierbei stehen Mitarbeitende und Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppen im Zentrum von Verbesserungsbemühungen. Dies erzeugt eine Kultur der Qualitätsentwicklung »von unten und innen«.<sup>14</sup> Veränderungsnotwendigkeiten können auf diesem Weg idealerweise von allen Beteiligten nachvollzogen und unterstützt werden.

### C) Interdisziplinarität

Kinderschutzfälle werden in der Regel nicht von einer Person alleine bearbeitet. Vielmehr setzt sich das Helfersystem im engeren und weiteren Umfeld der Kinderschutzarbeit aus einer Vielzahl von Akteuren unterschiedlicher Fachrichtungen zusammen: Fachkräfte des Jugendamtes/ASD; die »meldende Stelle«; die am Prozess der Risikoeinschätzung zu beteiligenden Akteure, die mit der Familie in Kontakt stehen (z. B. KiTa, Schule); die speziell zur Abwendung der Gefahr hinzugezogenen Fachdienste (z. B. Familienhilfen, Suchtberatung, Erwachsenenpsychiatrie, Gesundheitsfachkräfte); die Akteure im Rahmen eines familiengerichtlichen Verfahrens (z. B. Richterinnen und Richter, Gutachterinnen und Gutachter, Verfahrensbeistände) und viele mehr. Um Hintergründe, Ursachen aber auch Lösungen für Schwierigkeiten an den Schnittstellen zwischen den Institutionen bzw. den Systemen verstehen bzw. bearbeiten zu können, ist es sinnvoll, die unterschiedlichen Perspektiven der verschiedenen Fachkräfte zusammenzubringen und institutions- und professionsübergreifend zu diskutieren.

Voraussetzungen für einen interdisziplinären, institutionenübergreifenden Analyseprozess sind:

- (1) Die betroffenen Institutionen stellen zeitliche und personelle Ressourcen für die Beteiligung am Analyseprozess bereit und wollen den Prozess sowie die Ergebnisse auch für die eigene institutionsinterne Qualitätsentwicklung nutzen.
- (2) Das Jugendamt und die betroffenen Kooperationspartner sind einem kritischen Diskurs gegenüber offen und bereit, ihre Arbeitsweisen, ihr Handeln und ihre Entscheidungen gegenüber Fachkräften anderer Institutionen transparent zu machen.

<sup>13</sup> Wright 2010, S. 20

<sup>14</sup> Rosenbrock 2008, zitiert in Wright 2010, S. 28

# 3

**Ausgangspunkt der  
Methodenentwicklung:  
Das Modell des *Learning  
together to safeguard children*  
des Social Care Institute  
for Excellence**

In England werden Kinderschutzfälle seit den 1940er Jahren analysiert. Bis 1988 handelte es sich dabei meist um Untersuchungen, die durch die öffentliche Aufmerksamkeit für einen Fall initiiert wurden. 1988 wurde die Durchführung von sogenannten Serious Case Reviews (SCR) erstmals in die nationalen englischen Kinderschutzleitlinien *Working Together* aufgenommen. Bis heute wurden die Leitlinien und die darin enthaltenen Vorgaben für die Durchführung von SCR mehrfach überarbeitet.

Das Social Care Institute for Excellence (SCIE) in London wurde 2001 als unabhängige Wohlfahrtsorganisation gegründet und unterstützt in ganz England soziale und gesundheitsbezogene Organisationen bei der Verbesserung ihrer Dienstleistungen für Kinder, Erwachsene und Familien. Unter anderem befasst sich das Institut seit vielen Jahren mit der Analyse von Fallverläufen. 2009 veröffentlichte SCIE die Leitlinie *Learning together to safeguard children: developing a multi-agency systems approach for case reviews* (SCIE 2009). Neben Dr. Sheila Fish und Sue Bairstow von SCIE war auch Dr. Eileen Munro von der London School of Economics an der Entwicklung der darin vorgestellten systemorientierten Methode zum organisationalen Lernen beteiligt. Die Methode setzt an der von SCIE in 2005 anlässlich des tragisch verlaufenen Kinderschutzfalles »Victoria Climbié« veröffentlichten Leitlinie *Managing risk and minimising mistakes* an (Bostock u. a. 2005). Für die Methodenentwicklung wurden Veröffentlichungen aus dem Bereich des Sicherheitsmanagements systematisch ausgewertet. Die auf dieser Grundlage entwickelte Methode wurde in Zusammenarbeit mit den zuständigen LSCB in zwei Fällen erprobt und auf der Grundlage der Rückmeldungen der Beteiligten entsprechend überarbeitet. Die Methode des *Learning together to safeguard children* wurde seither in einer Vielzahl von Fällen angewandt und weiterentwickelt. Darüber hinaus bildet sie die Grundlage für die von SCIE durchgeführten Schulungen von Netzwerkpartnerinnen und -partnern, die Fallanalysen im Auftrag von LSCB durchführen.

Die Ergebnisse und Erfahrungen aus diesem Prozess der Methodenentwicklung flossen 2011 auch in den sogenannten *Munro Report* ein (Munro 2011). Eileen Munro, die 2010 vom Bildungsministerium beauftragt worden war, eine unabhängige Bewertung

des englischen Kinderschutzsystems vorzunehmen, empfiehlt in ihrem Abschlussbericht, systemorientierte Ansätze zum methodischen Standard für die Analyse von Kinderschutzfällen zu erheben. In 2013 wurde die Kinderschutzleitlinie *Working Together* vom Bildungsministerium schließlich geändert und eine systemorientierte Vorgehensweise in den Serious Case Reviews verpflichtend vorgegeben. Die Methode *Learning together to safeguard children* ist seither Grundlage und Vorbild für viele der in England durchgeführten Fallanalysen. Darüber hinaus stellte das Bildungsministerium SCIE Mittel zur Verfügung, um ein Trainingsprogramm für Personen zu entwickeln und anzubieten, die Serious Case Reviews im Auftrag von LSCB durchführen.

Da es sich bei *Learning together to safeguard children* um ein theoretisch fundiertes und methodisch erprobtes und ausgereiftes Konzept handelt, das in den wesentlichen Teilen den in Kapitel 2 beschriebenen Kriterien entspricht, bot es sich an, es auch als Ausgangsbasis für eine Methode zur Analyse von Kinderschutzfällen in Deutschland zu nutzen.

In der Folge wurde die Zusammenarbeit zwischen dem Social Care Institute for Excellence (SCIE) und dem NZFH intensiviert, die im Rahmen des Workshops in 2010 (vgl. Kapitel 2) bereits begonnen hatte. Neben persönlichen Austauschtreffen in München und London folgte ein intensiver telefonischer und schriftlicher Austausch. Darüber hinaus wurden gemeinsam Ergebnisse und Erfahrungen auf der ersten und zweiten European Conference for Social Works Research in Oxford (2011) und Basel (2012) vorgestellt und mit den Teilnehmenden diskutiert. Hieran beteiligte sich auch das Niederländische Jugendinstitut (NJI), das sich zu dieser Zeit mit der Übertragbarkeit des *Learning together to safeguard children* auf das niederländische Kinderschutzsystem befasste. Auf der Tagung *Kinderschutz – Handeln mit Risiko* des NZFH 2014 in Berlin wurden schließlich die Ergebnisse aus den ersten drei Fallanalysen in Deutschland und Ergebnisse aus Fallanalysen von SCIE in England in einem gemeinsamen Vortrag präsentiert. Im Mittelpunkt des Vortrages stand die Frage, inwieweit – trotz unterschiedlicher Kinderschutzsysteme – die Ergebnisse ähnlich bzw. vergleichbar sind.

Der intensive Austausch mit Dr. Sheila Fish sowie die bereitgestellten Materialien zu dem SCIE-Modell waren die Ausgangspunkte für die Entwicklung von *Gemeinsam Lernen aus Kinderschutzverläufen*. Die gemeinsame Diskussion und Reflexion des Prozesses haben das vorliegende Ergebnis stark geprägt. Nicht zuletzt weil sich sowohl die zeitlichen, finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen als auch der Stellenwert von Fallanalysen in den Kinderschutzsys-

temen Englands und Deutschlands erheblich unterscheiden, weicht die vom NZFH entwickelte Methode dennoch erheblich von der Methode des *Learning together to safeguard children* ab.

Um jedoch den Entwicklungsprozess nachvollziehbar zu machen, wird in dem folgenden Abschnitt die Methode des *Learning together to safeguard children* in Stichpunkten vorgestellt.<sup>15</sup>

### Drei Arbeitsphasen strukturieren das Vorgehen:

#### 1. VORBEREITUNG DER FALLANALYSE (PREPARATION)

- **Fallauswahl durch das Local Safeguarding Children Board (LSCB)<sup>16</sup>;**
- Klärung der **zentralen Untersuchungsfragen im Zusammenhang mit diesem Fall** durch das LSCB und das Senior Management der am Fall beteiligten Institutionen mit Unterstützung von SCIE<sup>17</sup>;
- **Zusammenstellung des sog. *review-teams* (Untersuchungsteams) durch das LSCB in Kooperation mit SCIE;** das *review-team* sollte aus Vertreterinnen und Vertretern aller am Fall beteiligten Professionen bestehen. Wichtig ist, dass sie in dem zu analysierenden Prozess keine entscheidende Rolle hatten. Die Mitglieder des *review-teams* werden vor Beginn des Analyseprozesses über dessen Ablauf informiert und in ihre Aufgaben und Verantwortlichkeiten eingeführt.
- **Zusammenstellung der sog. *case-group* (des Fall-Teams) durch das *review-team* in Kooperation mit SCIE;** die *case-group* sollte einerseits nicht zu groß sein und andererseits aus möglichst vielen der am Fall beteiligten Fachkräfte unterschiedlicher Organisationen und Professionen bestehen. Die Mitglieder der *case-group* werden in einer Sitzung vor Beginn des Analyseprozesses über dessen Ablauf informiert. Sollten aus der Sicht der Mitglieder der *case-group* wichtige Akteure fehlen, werden diese noch einbezogen.
- **Information der Familie;** vor Beginn des Analyseprozesses werden die Familienmitglieder über die Durchführung der Fallanalyse informiert.

15 Social Care Institute for Excellence (Hrsg.) 2009, S. 13-38

16 Fälle, bei denen Kinder zu Tode gekommen sind oder schwer verletzt wurden und der Verdacht besteht, dass Vernachlässigung oder Misshandlung hierbei eine Rolle gespielt haben könnten, müssen entsprechend der englischen Kinderschutzleitlinie Working together verpflichtend untersucht werden. Ob weniger gravierende Fälle einer Analyse unterzogen werden, bleibt den lokalen Institutionen überlassen. Auftraggeber einer Fallanalyse ist das Local Safeguarding Board (LSCB) (vgl. Kapitel 1).

17 In England gibt es inzwischen im Umfeld von SCIE ein Netzwerk sogenannter »lead reviewer« (leitende Gutachter), die von SCIE ausgebildet wurden und die die Fallanalysen freiberuflich im Auftrag der LSCB durchführen. Die lead reviewer werden im Hintergrund von SCIE beraten und unterstützt. Der Einfachheit halber wird in der folgenden Darstellung des Ablaufs von »SCIE« gesprochen, um deutlich zu machen, dass es sich um lead reviewer handelt, die nach der von SCIE entwickelten Methode arbeiten.

## 2. SAMMLUNG VON INFORMATIONEN (DATA COLLECTION)

- Die Daten werden von den Mitgliedern des *review-teams* in Kooperation mit SCIE erhoben.
- Hierzu werden
  - die wichtigsten Akten und schriftlichen Dokumente ausgewertet;
  - sog. *Conversations*<sup>18</sup> mit wichtigen Fachkräften und bedeutsamen Bezugspersonen des betroffenen Kindes geführt. Im Mittelpunkt der Gespräche steht die persönliche Erinnerung an das damalige Fallgeschehen und deren Darstellung aus der jeweiligen individuellen Perspektive («Wie habe ich den Fallverlauf erlebt?»; «Was ging mir damals durch den Kopf?»; «Was hat mir Angst gemacht?» etc.).

## 3. STRUKTURIERUNG UND ANALYSE DER DATEN (ORGANISING AND ANALYSING DATA)

Mehrere Arbeitsschritte kennzeichnen diese Phase der Fallanalyse:

### a) Erstellung einer Fallgeschichte durch die Mitglieder des *review-teams* in Kooperation mit SCIE

Es wird eine Art Nacherzählung dessen erstellt, wie sich der Fall aus den unterschiedlichen Perspektiven der Fachkräfte entwickelt hat. Der Text enthält die konkreten Beschreibungen von Situationen, wie sie von den Fachkräften in den *Conversations* geschildert wurden. Die Fallgeschichte wird im Präsens geschrieben, um das Risiko einer rückblickenden Verzerrung<sup>19</sup> zu verringern (vgl. 2.1) (z. B. »Die Sozialarbeiterin geht auf das Haus zu, und als sie sieht, dass das Fenster eingeschlagen ist, bekommt sie Angst.«). Die jeweilige Informationsquelle (z. B. aus Akte von wem?, Interview mit wem?) muss angegeben werden. Sollte sich bei der Erstellung der Fallgeschichte herausstellen, dass wichtige Unterlagen oder Perspektiven fehlen, können diese ergänzend eingeholt werden.

### b) Darstellung des Falles in Form von sog. *key practice episodes* durch die Mitglieder des *review-teams* in Kooperation mit SCIE

In diesem Arbeitsschritt wird der gesamte Fallverlauf in einzelne Phasen (*key practice episodes*) untergliedert. Die Untergliederung des Falles orientiert sich an den Themen, die in den jeweiligen Phasen im Vordergrund standen (z. B.: »In der Klinik veranlasste Untersuchungen aufgrund der beobachteten Verletzungen des Kindes«). Die Länge der Phasen bzw. Episoden kann sehr unterschiedlich sein, z. B. einige Stunden, einen Tag oder mehrere Monate. Die von den Mitgliedern des *review-teams* und SCIE erarbeiteten *key practice episodes* werden von SCIE schriftlich dokumentiert.

Die einzelnen Episoden werden (noch in der gleichen Sitzung oder in einer folgenden Sitzung) von den Mitgliedern des *review-teams* in Kooperation mit SCIE systematisch und

<sup>18</sup> Die Informationen werden nicht in Form klassischer Interviews, sondern vielmehr in offenen Gesprächen gewonnen.

<sup>19</sup> Die Erinnerung an frühere Vorhersagen oder Abläufe wird durch die Kenntnis des Ausgangs eines Ereignisses verfälscht. Dies wird als »rückblickende Verzerrung« (»hindsight bias«) oder Rückschaufehler bezeichnet.

im Detail analysiert. Hierzu werden die unterschiedlichen Arbeitsschritte innerhalb der Episode zunächst beschrieben und bezüglich ihrer fachlichen Qualität bewertet (sowohl positiv als auch negativ). Im Mittelpunkt dieser Bewertung steht die Perspektive des Kindes: »Welche Folgen hatte das Tun für das Kind?« »War die Entscheidung/die Aktivität aus der Perspektive des Kindes geeignet und ausreichend?«

Anschließend werden die das Denken und Handeln der jeweiligen Fachkraft beeinflussenden Faktoren (contributory factors) rekonstruiert. Hierbei wird unterschieden zwischen den Ebenen »Fachkraft«<sup>20</sup>, »lokale Rahmenbedingungen«<sup>21</sup> und »nationale Rahmenbedingungen«<sup>22</sup>. Die Ergebnisse dieses Arbeitsschrittes werden nach der Sitzung von SCIE in standardisierter Form schriftlich festgehalten.

#### **c) Reflexion innerhalb von SCIE zur Qualitätskontrolle**

Die Ergebnisse der analysierten Episoden werden zum Zweck der Qualitätskontrolle innerhalb von SCIE mit einer bisher nicht beteiligten und in dieser Arbeit sehr erfahrenen Kollegin bzw. einem Kollegen reflektiert.

#### **d) Gemeinsame Sitzung des *review-teams* und der *case-group* unter Leitung von SCIE**

In einer gemeinsamen Sitzung werden den Fachkräften, die am Fall gearbeitet haben, die Ergebnisse des bisherigen Analyseprozesses vorgestellt. Hierbei haben die Fachkräfte die Möglichkeit, Fehler (z. B. falsche Darstellungen in der Fallgeschichte) zu korrigieren. Darüber hinaus dient diese Sitzung dazu, den Fachkräften sowohl die Beurteilung ihrer Arbeit nachvollziehbar zu erläutern als auch mit ihnen die ihre Arbeit beeinflussenden Faktoren zu diskutieren und ggf. zu ergänzen.

#### **e) Prüfung der Übertragbarkeit/Generalisierbarkeit der Ergebnisse (*patterns of systemic factors*)**

Die Mitglieder des *review-teams* prüfen, inwieweit es Hinweise darauf gibt, dass es sich bei den an diesem Fall deutlich gewordenen Schwierigkeiten und Fehlern um wiederkehrende und damit für das lokale Kinderschutzsystem grundsätzlich relevante Probleme handelt.

Hierzu werden die herausgearbeiteten Probleme zunächst entsprechend der folgenden Typologien geordnet:

- *human-tool operation*: Einfluss und Anwendung von Instrumenten und Verfahren;
- *human-management system operation*: Einfluss von Strukturen und Vorgaben der Leitungsebene, die sich auf das fachliche Handeln im Einzelfall auswirken;
- *communication and collaboration in multi-agency working in response to incidents/ crises*: die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Organisationen und Professionen in Krisen;
- *communication and collaboration in multi-agency working in assessment and longer-term work*: Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Organisationen und Professionen bei der Risikoeinschätzung und längerfristigen Fallbearbeitung;

20 »Front line factors«: z. B. Persönlichkeit, Rolle, Qualifikation, Arbeitsbedingungen allgemein und im Team

21 »Local strategic level factors“: z. B. Organisationskultur, Führung, finanzielle Ressourcen, Verfahren und Abläufe

22 »National/Government Level Factors«: z. B. landesweit geltende Regelungen und Gesetze

- *family-professional interactions*: die Interaktion von Familie und Fachkräften in Kinderschutzfällen;
- *human judgement*: menschliches Denken und Beurteilen.

Anschließend sammeln und sichten die Mitglieder des *review-teams* sowohl statistisches Material und frühere Fallanalysen als auch Berichte, die im Rahmen der Qualitätssicherung oder anlässlich von Organisationsuntersuchungen erstellt wurden.<sup>23</sup> Das Material wird ausgewertet im Hinblick auf die Frage, ob und wenn ja in welchem Umfang und mit welcher Verbreitung das an dem Fall deutlich gewordene Problem bereits früher aufgetreten ist.

**f) Gemeinsame Sitzung des *review-teams* und der *case-group* unter Leitung von SCIE**

Gemeinsam mit den Mitgliedern der *case-group* wird die Verallgemeinerbarkeit der herausgearbeiteten Probleme diskutiert. Hierbei werden die Praktikerinnen und Praktiker v. a. gebeten einzuschätzen, ob – vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen – es sich um ein wiederkehrendes Problem handelt und welche Bedeutung dieses für das Kinderschutzsystem im allgemeinen hat.

**g) Reflexion innerhalb von SCIE zur Qualitätskontrolle**

Die herausgearbeiteten Muster werden zum Zweck der Qualitätskontrolle innerhalb von SCIE mit der bereits bei Schritt c) involvierten Kollegin bzw. dem Kollegen reflektiert.

**h) Erstellen des Abschlussberichtes**

Die Mitglieder des *review-teams* erstellen in Kooperation mit SCIE einen Abschlussbericht, der eine kurze und vom Fall abstrahierte Darstellung der herausgearbeiteten Schwierigkeiten und von deren Ursachen enthält. Darüber hinaus werden in dem Bericht nur die im Analyseprozess erarbeiteten generalisierbaren und wiederholt auftretenden Problemmuster aufgenommen, die aus der Sicht der Mitglieder des *review-teams* und von SCIE für die Qualitätsentwicklung durch das LSCB von besonderer Bedeutung sind. Konkrete Empfehlungen, welche Maßnahmen ergriffen werden sollten, werden nicht gegeben. Vielmehr soll der Bericht dem LSCB die Probleme und ihre Entstehung nachvollziehbar erläutern, sodass es auf dieser Grundlage selbst Strategien zur Lösung und Qualitätsentwicklung entwickeln kann.

**i) Präsentation der Ergebnisse**

Zum Abschluss der Fallanalyse präsentiert SCIE (sofern möglich mit Unterstützung einer Vertreterin bzw. eines Vertreters aus dem *review-team*) dem LSCB die Ergebnisse des Analyseprozesses.

<sup>23</sup> Die Kinderschutzleitlinie Working Together verpflichtet die im Kinderschutz tätigen Organisationen sowie die LSCB u. a., mithilfe von Audits oder Reviews die Qualität im lokalen Kinderschutzsystem laufend zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

# 4

## **Gemeinsam lernen aus problematischen Fallverläufen – die Etappen der Methoden- entwicklung**

Auf dem Hintergrund dieses *multi-agency systems approach* wurden im Zeitraum von November 2011 bis Dezember 2015 vier Fallverläufe analysiert. Ziel war dabei die Erprobung und Weiterentwicklung einer Methode zur Rekonstruktion und Analyse problematisch verlaufener Bearbeitungsprozesse im Kinderschutz. Ein wichtiger Aspekt bei der Auswahl der verschiedenen Arbeitsschritte war, ein zeit- und ressourcenökonomisches und gleichzeitig ergebnisreiches Vorgehen für das deutsche Fachkräftesystem im Kinderschutz zu entwickeln.

Da in Deutschland Fallanalysen problematischer Fälle – im Unterschied zu England – nicht obligatorisch sind und es bislang auch keine entsprechenden Leitlinien für Fallauswahl und Analyseprozess gibt, wurden aktiv Jugendämter gesucht, die bereit waren, prekär verlaufene Fälle sowie personelle und räumliche Kapazitäten für einen Analyseprozess zur Verfügung zu stellen. Schließlich konnten zwei Großstadtjugendämter gewonnen werden, die neben der Bereitschaft, das methodische Vorgehen gemeinsam mit dem NZFH zu erproben und zu reflektieren, v. a. Interesse daran hatten, Lehren aus den problematischen Fallverläufen zu ziehen, um ihre eigene Kinderschutzpraxis weiterzuentwickeln.

Die im Folgenden dargestellten Fälle wurden von den Jugendämtern eigenverantwortlich ausgewählt. Das vorrangige Auswahlkriterium war die Unzufriedenheit von Konzeptverantwortlichen und/oder Leitungskräften mit dem Verlauf oder mit dem Ergebnis einer Fallbearbeitung. Die Jugendämter wollten die Fallrekonstruktionen für ein vertieftes Verständnis ihrer Strukturen, Abläufe und Arbeitsweisen nutzen und Hinweise auf grundsätzlichen Veränderungs- und Verbesserungsbedarf ihrer lokalen Kinderschutzpraxis gewinnen.

Nach jeder Fallanalyse wurde mit allen Beteiligten der Arbeits- und Analyseprozess im Hinblick auf hilfreiche und verbesserungsbedürftige Elemente evaluiert. Auf diese Weise wurde das methodische Vorgehen von Fall zu Fall modifiziert und weiterentwickelt.

Die fünfte Fallanalyse, deren Verlauf und Ergebnisse ebenfalls in diesem Bericht berücksichtigt werden sollen, bezog sich auf einen öffentlich gewordenen Kinderschutzfall, der mediale und politische Aufmerksamkeit hervorgerufen hat. Die Kreisverwal-

tung hatte dem DJI einen Gutachtenauftrag mit dem Ziel einer wissenschaftlichen Aufarbeitung des Fallverlaufes erteilt. In dieser Fallanalyse, die in Zusammenarbeit mit dem NZFH durchgeführt wurde, fand die bis dahin entwickelte und an die Besonderheiten einer öffentlichen Untersuchung angepasste Methode Anwendung. Dieser Arbeitsprozess ergab wichtige Hinweise für die besonderen Anforderungen an einen Analyseprozess unter den besonderen Bedingungen hoher öffentlicher Aufmerksamkeit und machte einige Anpassungen im Vorgehen notwendig, die in Abschnitt 5.5 erläutert werden.

## 4.1 Die fünf analysierten Fälle im Überblick

### Anlässe für Fallanalysen

In vier der fünf Fälle kam es zu Misshandlung und Vernachlässigung der Kinder, obwohl das Jugendamt und andere Einrichtungen und Dienste der Jugend- und Gesundheitshilfe zur Beratung und Unterstützung der Familie sowie zum Schutz des Kindes tätig waren. In zweien der Fälle verstarb ein Kind an den Folgen von Misshandlung. In einem Fall wurde das Kind nach der Geburt mit erheblichen Auflagen und unter enger Kontrolle durch verschiedene Einrichtungen und Dienste nach Hause entlassen. Aus der Sicht des Jugendamtes ergaben sich aus dem Fallverlauf Zweifel daran, ob das umfangreiche Aufgebot an Hilfen und Kontrolle zum Schutz des Kindes und zur Unterstützung der Familie geeignet und verhältnismäßig war.

### Die Familien in den rekonstruierten Hilfeprozessen

In jeweils zwei Fällen lebten drei bzw. zwei Kinder in der Familie. In einem Fall lebte ein Kind in der Familie. Alle Kinder waren zwischen vier Monaten und vier Jahren alt. Der als »problematisch« identifizierte Zwischenfall bezog sich jeweils auf nur eines der Kinder in der Familie. Das Alter dieser Kinder lag zwischen zwei Monaten und drei Jahren. In zwei Fällen lebten die Kinder mit beiden leiblichen Eltern im Haushalt. In zwei Fällen war der Lebensgefährte der Mutter nicht der leibliche Vater aller im Haushalt le-

benden Kinder. Gewalt gegen das Kind richtete sich in zwei Fällen gegen das leibliche Kind des Mannes und in einem Fall gegen das Stiefkind. In den beiden Fällen, in denen es sich um (den Verdacht der) Vernachlässigung des Kindes handelte, lebte eine Mutter mit dem leiblichen Vater des Kindes zusammen, eine Mutter lebte alleine.

#### **Beteiligung von Eltern**

In vier der fünf Fallanalysen konnte die Perspektive der Eltern durch Interviews bei der Fallrekonstruktion berücksichtigt werden. Insgesamt wurden acht Interviews mit Eltern und Großeltern geführt. Soweit möglich, wurde mit den Eltern jeweils getrennt gesprochen.

#### **Beteiligte Fachkräfte und Institutionen**

Der rekonstruierte Bearbeitungszeitraum lag je nach Fall zwischen sechs Monaten und viereinhalb Jahren. An dem Fallanalyseprozess nahmen neben Fachkräften des Jugendamtes (ASD und Angebote des städtischen Trägers) in vier Fällen auch Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen (Familienhebamme, Kinderkrankenschwester, Gesundheitsamt, Kinderschutzgruppe einer Kinderklinik) und Freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe teil. In dem öffentlichen Fall mit Gutachterauftrag wurde der Analyseprozess ausschließlich jugendamtsintern, d.h. mit Beteiligung des Teams im Sozialdienst sowie der Führungskräfte auf unterschiedlichen Hierarchieebenen durchgeführt. Die Perspektiven der anderen fallbeteiligten Akteurinnen und Akteure konnten mithilfe von Interviews eingebracht werden.

## **4.2 Die Veränderungen im methodischen Vorgehen im Überblick**

Im Folgenden werden die Vorgehensweisen der ersten drei Fälle im Überblick kurz dargestellt, um Veränderungen und Anpassungen nachvollziehbar zu machen. Das Vorgehen in Fall vier entspricht dem in Kapitel 5.1 bis 5.4 vorgestellten Ablauf. Die wesentlichen Abweichungen in der Analyse des öffentlich gewordenen Falles werden in Form eines Exkurses in Kapitel 5.5 vorgestellt.

Die ersten drei Fallanalysen wurden mit einem Jugendamt durchgeführt. Die Ergebnisse dieser drei Analysen wurden zunächst gesammelt und in einer gemeinsamen Veranstaltung allen beteiligten Fachkräften sowie den Führungskräften vorgestellt.

## 1. FALL

- Fallauswahl und Auswahl der zu beteiligenden Institutionen mit dem Jugendamt;
- Einholung der Einwilligungserklärung der Klientinnen und Klienten;
- Vorbereitungstreffen mit Leitungskräften aus den am Analyseprozess beteiligten Institutionen.

Analyse der Akten der beiden zentralen Kooperationspartner: Allgemeiner Sozialer Dienst und Gesundheitshilfe (hier Fachkräfte der Frühen Hilfen).

Interviews mit sechs Fachkräften durch die Wissenschaftlerinnen.

Rekonstruktion des chronologischen Fallverlaufs auf einem Zeitstrahl durch die Wissenschaftlerinnen auf vier Ebenen:

- Familie;
- Hilfesystem;
- Hilfeprozessverlauf;
- Einschätzungen.

Grundlage bilden die Daten aus den Interviews und den Akten.

Auswahl von drei bedeutsamen Episoden oder Schlüsselmomenten im Fallverlauf, die aus der Sicht der Wissenschaftlerinnen für die Analyse besonders relevant sind (vgl. SCIE).

Zusammenfassung in einer Vorlage:

- Beschreibung der Episode;
- Weshalb wird die Episode als bedeutsam für den Analyseprozess gesehen?
- Hypothesen und weiterführende Fragen, die im Zusammenhang mit der beschriebenen Episode diskutiert werden sollen.

Analyse des Fallverlaufs mit den am Fall beteiligten Fachkräften.

Dauer: 6,5 Std.

Ablauf:

1. Präsentation des rekonstruierten Fallverlaufs auf Plakaten;
2. Fokussierte Diskussion der Episoden auf der Grundlage der Vorlagen; insbesondere geht es um die Rekonstruktion ihrer Entstehung sowie die Frage, welche Einflussfaktoren wirksam waren;
3. Dokumentation der Ergebnisse auf Karten.

Zusammenfassung der Ergebnisse durch die Wissenschaftlerinnen und Abstimmung der Ergebnisse per Mail mit den Teilnehmenden.

Nach einer eingehenden kritischen Reflexion des Vorgehens wurden v. a. folgende Aspekte deutlich:

1. Die Interviews mit den Fachkräften dienten der Informationsgewinnung; zudem halfen die Interviews den Fachkräften, sich den Fallbearbeitungsprozess wieder in Erinnerung zu rufen, und erleichterten den Vertrauensaufbau zu den Wissenschaftlerinnen.
2. Wünschenswert wäre die Ergänzung der Perspektive der Eltern auf den Fallverlauf.
3. Die Rekonstruktion des Falles auf einem Zeitstrahl wird einerseits als sehr wertschätzend und andererseits als sehr hilfreich für den Analyseprozess gesehen.
4. Die Ebenen »Hilfesystem« und »Hilfeprozessverlauf« können zugunsten einer übersichtlicheren Darstellung zusammengefasst werden.
5. Die Rekonstruktion des Falles durch die Wissenschaftlerinnen auf der Grundlage der Akten stellt einerseits sicher, dass der zeitliche Ablauf nicht durch Erinnerungslücken verzerrt wird, und hebt andererseits durch die externe, neutrale Perspektive Arbeitsschritte hervor, die intern in dieser Form nicht mehr so wahrgenommen werden.
6. Die Zeit für die Analysegruppe ist zu kurz. Es braucht mehr Zeit für den Vertrauensaufbau und die Einstimmung auf den Analyseprozess.
7. Die Auswahl von Episoden durch die Wissenschaftlerinnen scheint den Einstieg in den Diskussionsprozess eher zu erschweren und scheint verwirrend zu wirken. Insofern sollte dieser Schritt in den nächsten Analysen besonders kritisch beobachtet werden.

## 2. FALL

- Fallauswahl und Auswahl der zu beteiligenden Institutionen mit dem Jugendamt;
- Einholung der Einwilligungserklärung der Klientinnen und Klienten;
- Vorbereitungstreffen mit Leitungskräften aus den am Analyseprozess beteiligten Institutionen.

Analyse der Akten aller Kooperationspartnerinnen und -partner, sofern verfügbar. Hier: des Allgemeinen Sozialen Dienstes, der Gesundheitshilfe (hier Fachkräfte der Frühen Hilfen) sowie Freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe.

Interviews mit sechs Fachkräften und ein Elterninterview durch die Wissenschaftlerinnen.

Rekonstruktion des chronologischen Fallverlaufs auf einem Zeitstrahl durch die Wissenschaftlerinnen auf drei Ebenen:

- Familie;
- Hilfeprozessverlauf;
- Einschätzungen.

Grundlage bilden die Daten aus den Interviews und den Akten.

Auswahl von drei bedeutsamen Episoden oder Schlüsselmomenten im Fallverlauf, die aus der Sicht der Wissenschaftlerinnen für die Analyse besonders relevant sind.

Zusammenfassung in einer Vorlage:

- Beschreibung der Episode;
- Weshalb wird die Episode als bedeutsam für den Analyseprozess gesehen?
- Hypothesen und weiterführende Fragen, die im Zusammenhang mit der beschriebenen Episode diskutiert werden sollen.

Analyse des Fallverlaufs mit den am Fall beteiligten Fachkräften.

Dauer: 7 Std. auf zwei aufeinanderfolgende Tage verteilt

Ablauf:

1. Aufwärmphase, Annäherung, »Was sollte nicht passieren?«;
2. Präsentation des rekonstruierten Fallverlaufs auf Plakaten;
3. Auf der Grundlage des rekonstruierten Fallverlaufs Auswahl kritischer Themen/Entscheidungen durch die Fachkräfte;
4. Abgleich der Themen mit den von den Wissenschaftlerinnen erarbeiteten bedeutsamen Episoden;
5. Gemeinsame Rekonstruktion der Entstehung kritischer Entscheidungen und Diskussion der Hintergründe und Einflussfaktoren;
6. Dokumentation der Ergebnisse auf Karten.

Zusammenfassung der Ergebnisse durch die Wissenschaftlerinnen und Abstimmung der Ergebnisse per Mail mit den Teilnehmenden.

Nach einer eingehenden kritischen Reflexion des Vorgehens wurden v. a. folgende Aspekte deutlich:

1. Das Elterninterview liefert wichtige ergänzende Aspekte für die Fallanalyse.
2. Die Zeit für den Analyseprozess und die Verteilung auf zwei Tage hat sich bewährt, wobei noch mehr Zeit zur Diskussion wünschenswert wäre.
3. Die Episoden und deren Mehrwert für den Analyseprozess sind erneut zweifelhaft.
4. Im Hinblick auf Überlegungen, wie das Vorgehen ressourcenschonender gestaltet werden könnte, wurde vorgeschlagen, im nächsten Verlauf keine Einzelinterviews mit den Fachkräften zu machen und stattdessen nach der Vorstellung des rekonstruierten Fallverlaufs Raum für Ergänzungen und Korrekturen zu geben.

### 3. FALL

- Fallauswahl und Auswahl der zu beteiligenden Institutionen mit dem Jugendamt;
- Einholung der Einwilligungserklärung der Klientinnen und Klienten;
- Vorbereitungstreffen mit Leitungskräften aus den am Analyseprozess beteiligten Institutionen.

Analyse der Akten aller Kooperationspartner und -partnerinnen, sofern verfügbar. Hier: des Allgemeinen Sozialen Dienstes, der Gesundheitshilfe (hier Fachkräfte der Frühen Hilfen) sowie Freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe.

Zwei Elterninterviews durch die Wissenschaftlerinnen.

Rekonstruktion des chronologischen Fallverlaufs auf einem Zeitstrahl durch die Wissenschaftlerinnen auf drei Ebenen:

- Familie;
- Hilfeprozessverlauf;
- Einschätzungen.

Grundlage bilden die Daten aus den beiden Elterninterviews und den Akten.

Analyse des Fallverlaufs mit den am Fall beteiligten Fachkräften.

Dauer: 9 Std. auf zwei aufeinanderfolgende Tage verteilt

Ablauf:

1. Aufwärmphase, Annäherung, »Was sollte nicht passieren?«;
2. Präsentation des rekonstruierten Fallverlaufs auf Plakaten;
3. Auf der Grundlage des rekonstruierten Fallverlaufs Auswahl kritischer Themen/Entscheidungen durch die Fachkräfte;
5. Gemeinsame Rekonstruktion der Entstehung kritischer Entscheidungen und Diskussion der Hintergründe und Einflussfaktoren;
6. Dokumentation der Ergebnisse auf Karten.

Zusammenfassung der Ergebnisse durch die Wissenschaftlerinnen und Abstimmung der Ergebnisse per Mail mit den Teilnehmenden.

Nach einer eingehenden kritischen Reflexion des Vorgehens wurden v. a. folgende Aspekte deutlich:

1. Der Vertrauensaufbau und Einstieg in die Fallanalyse scheint durch die fehlenden Interviews mit den Fachkräften im Vorfeld nicht beeinträchtigt worden zu sein.
2. Mehr Zeit für den Analyseprozess hat sich bewährt.
3. Die Auswahl der kritischen Entscheidungen und Themen durch die Fachkräfte hat sich insofern bewährt, als es den Einstieg in die Diskussion erleichtert hat. Darüber hinaus haben die Fachkräfte die gleichen Themen als relevant benannt, die auch von den Wissenschaftlerinnen in Form von Episoden dargestellt worden wären. Insofern sind keine Themen »verlorengegangen«.
4. Die externe kritische Perspektive und ihre Fragen und Beiträge im Analyseprozess werden als sehr wertvoll angesehen, weil (1) Routinen infrage gestellt werden, (2) kritische Punkte benannt werden, die intern ggf. nicht benannt werden dürften, und (3) externe Perspektiven sowie ergänzendes Wissen einfließen.

Am Ende der drei Fallanalysen wurden die Ergebnisse aller Fallanalysen in einer gemeinsamen Veranstaltung allen an den Analyseprozessen beteiligten Fachkräften, den Führungskräften sowie den konzept- und steuerungsverantwortlichen Fachkräften vorgestellt.

Im Rahmen der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass v. a. die Führungskräfte, die an Analyseprozessen beteiligt waren, weil sie eine Rolle im Fall gespielt hatten, im Laufe des Prozesses sehr konkrete Vorstellungen von den die Fehler verursachenden Faktoren und ggf. sinnvollen Veränderungsmaßnahmen entwickeln konnten. Hingegen hatten die am Analyseprozess nicht beteiligten Führungskräfte erhebliche Schwierigkeiten, die Problemfelder nachzuvollziehen und konkrete Vorstellungen zu geeigneten Schritten zur lokalen Qualitätsentwicklung zu entwickeln. Insbesondere hat sich herausgestellt, dass das Spannungsfeld zwischen theoretisch und konzeptionell geregelten Abläufen sowie konkret auftretenden Problemen schwer aufzulösen ist, wenn ein vertieftes Verständnis der Schwierigkeiten fehlt. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich die Fallbearbeitung an manchen Stellen nicht eng an den in Verfahrensvorgaben geregelten Abläufen orientiert hat. Dann entsteht für die Konzeptverantwortlichen der Eindruck, dass eine verbindliche Einhaltung der Regeln die aufgetretenen Probleme verhindert hätte. Es fehlte ihnen die Erfahrung aus dem Fallanalyseprozess, welche Verfahrensvorgaben nur begrenzt alltagstauglich sind und was ggf. die »guten Gründe« waren, warum Fachkräfte von den Vorgaben abgewichen sind.

Sowohl für die Methodenentwicklung als auch für die Qualitätsentwicklung machen diese Erfahrungen deutlich, dass es keineswegs einfach ist, die Ergebnisse aus dem Analyseprozess in konkrete Maßnahmen zur Reduzierung des Fehlerrisikos und zur Verbesserung der Qualität zu übersetzen. Vielmehr scheint es sinnvoll zu sein, bereits während des Analyseprozesses Schritte vorzusehen, die es sowohl den Konzept- und Steuerungsverantwortlichen als auch den Führungskräften ermöglicht, ein vertieftes Verständnis für Probleme und kritische Abläufe zu entwickeln.

Da das »Lernen aus Fehlern« der gesamten Organisation zentrales Anliegen der Fallanalysen ist, wurde daraufhin das methodische Vorgehen nochmals

grundlegend überdacht und gemeinsam mit dem englischen Kooperationspartner SCIE reflektiert. Die daraufhin vorgenommenen Änderungen bestehen v. a. in einer intensiveren und kontinuierlichen Einbindung der Führungskräfte in den Analyseprozess.



# 5

## ***Gemeinsam lernen aus Kinderschutz- verläufen – eine Methode zur systemorientierten Analyse von problematischen Fallverläufen im Kinderschutz***

Nachfolgend wird die im Rahmen des Projektes entwickelte Methode »Gemeinsam lernen aus Kinderschutzverläufen« im Detail vorgestellt. Bei der Beschreibung der einzelnen Schritte werden alle Aspekte beschrieben, die sich aufgrund der bisherigen Erfahrungen als wichtig erwiesen haben. Dabei werden sowohl konkrete methodische Schritte als auch organisationskulturelle oder »atmosphärische« Rahmenbedingungen beschrieben.

Dieses methodische Vorgehen wurde in Fallanalyse 4 teilweise (siehe 5.5 Exkurs: Besonderheiten bei der Analyse eines Falles mit hoher medialer und politischer Aufmerksamkeit) und in Gänze in Fallanalyse 5 angewandt. Im letzten Abschnitt des Kapitels wird darüber hinaus kurz auf die methodischen Konsequenzen hoher medialer Aufmerksamkeit sowie staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen eingegangen, die im fünften Fall von Bedeutung waren.

## 5.1 Erkenntnisinteresse und Fallauswahl

Voraussetzung für die Durchführung eines Analyseprozesses mit dem Ziel des Lernens aus Erfahrung ist die grundsätzliche Entscheidung eines Jugendamtes und seiner Kooperationspartnerinnen und -partner, sich offen und selbstkritisch mit der konkreten Fallarbeit, den Konzepten und der Zusammenarbeit zwischen den Institutionen auseinanderzusetzen. Der zu untersuchende Fall dient hierfür als eine Art Fenster (Vincent 2004), das Einblicke in die Fallarbeit und das Kinderschutzsystem eröffnet und dadurch potenziellen Verbesserungsbedarf in der lokalen Kinderschutzpraxis erkennen lässt. In dieser Art von Untersuchung geht es insofern nicht um die Suche nach »dem Schuldigen« oder um die Klärung dienst- oder fachaufsichtlicher Fragestellungen. Diese Differenzierung ist wichtig, da die Befürchtung negativer Konsequenzen die Offenheit und Bereitschaft der beteiligten Fachkräfte beeinträchtigt, sich auf eine kritische Reflexion ihrer Arbeit einzulassen und offen über Schwierigkeiten und »Fehler« zu sprechen. Insofern müssen sich auch Institutionen, die diese Form der Fallanalyse wählen, um Fälle mit öffentlichem Interesse aufzuarbeiten, darüber im Klaren sein, dass die Ergebnisse Hinweise auf

Verbesserungsbedarf im Kinderschutzsystem, jedoch keine Aussagen zur Verantwortung oder gar zu Schuldfragen einzelner Personen liefern.

Das Ziel, aus einem Einzelfall Lehren für das lokale Kinderschutzsystem zu ziehen, sollte auch bei der **Auswahl des Falles** bedacht werden. Je eher der Fall ein bekanntes, weil wiederkehrendes Phänomen aufzeigt, umso größer ist voraussichtlich der Erkenntnisgewinn und umso größer der Nutzen für die Bearbeitung der Kinderschutzfälle allgemein.

Über dieses Kriterium hinaus eignen sich für die Auswahl des Falles auch folgende Kriterien (vgl. Gerber 2011):

- Ein Kind wurde verletzt oder ist zu Tode gekommen, obwohl Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe mit der Familie gearbeitet haben.
- Der Hilfeverlauf ist von häufigen Brüchen und Wechseln gekennzeichnet, und die erwarteten Veränderungen stellen sich nicht ein.
- Der Fallverlauf bzw. das Ergebnis des Bearbeitungsprozesses entspricht nicht den Ansprüchen eines »gelungenen Kinderschutzes« des Jugendamtes bzw. gibt Anlass zu Zweifeln.
- Die Eltern haben sich über Entscheidungen oder das Vorgehen der Kinder- und Jugendhilfe beschwert.
- Es kommt zu nachhaltigen Differenzen und Konflikten zwischen Kooperationspartnern, die eine negative Wirkung im Fallverlauf entfalten.

Und:

- Das in dem Fall auftretende Phänomen tritt zum wiederholten Male auf, sodass davon ausgegangen wird, dass die Analyseergebnisse von allgemeiner Bedeutung sind.

Bei den bisher analysierten Fällen haben die Jugendämter sowohl solche ausgewählt, die aufgrund der tragischen Folgen für das Kind als Einzelfall von großer Bedeutung waren, als auch solche, anhand derer ein wiederholt aufgetretenes Problem untersucht werden sollte.

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass der Fall, bzw. das »kritische Ereignis«, **nicht länger als zwei Jahre** zurückliegen sollte. Andernfalls kann es sein,

dass aufgrund von Stellenwechsel oder Renteneintritt wichtige Akteurinnen bzw. Akteure im Analyseprozess fehlen und/oder es für die Beteiligten immer schwieriger wird, sich an Einzelheiten im Fall zu erinnern.

Zudem sollte der Fall entweder abgeschlossen sein oder sich zumindest nicht in einer »akuten« Bearbeitungsphase (z.B. Krise, hohe Entscheidungsdichte oder hoher Handlungsdruck) befinden. Damit soll verhindert werden, dass aktuelle Ereignisse im Fall die Rückschau überlagern und sich das Ziel der Analyse zunehmend auf die zukünftige Arbeit mit der Familie konzentriert.

Die Beratung eines Falles im Sinne einer Fallbesprechung ist grundsätzlich nicht das Ziel dieser Form von Fallanalysen.

## 5.2 Vorbereitung des Analyseprozesses

### Einwilligung der Eltern

Nach Abschluss der Fallauswahl müssen zunächst die Klientinnen und Klienten aus datenschutzrechtlichen Gründen ihre Einwilligung zu dem Analyseprozess geben. Da an dem Analyseprozess unterschiedliche Einrichtungen und Dienste beteiligt sind, werden (ggf. bisher noch nicht weitergegebene) Daten und Informationen ausgetauscht. Für diesen Austausch bedarf es einer rechtlichen Befugnis, welche durch die Einwilligung der Eltern im Sinne der informationellen Selbstbestimmung gegeben ist.

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass Betroffene, denen Anlass und Ziel der Fallanalyse nachvollziehbar erläutert wurden, bereit sind, ihre Einwilligung zu geben. Bei zwei geplanten Fallrekonstruktionen konnte die Analyse nicht durchgeführt werden, weil ein Elternteil seine Einwilligung verweigert hatte. Auf die Bereitschaft der Eltern einschränkend wirkte sich u.a. ein laufendes Strafverfahren gegen ein Familienmitglied im Zusammenhang mit dem Tod eines Kindes aus. In diesem Fall befürchte-

ten die Betroffenen, dass Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Analyseprozess im Rahmen des Strafverfahrens verwendet werden könnten. Obwohl diese Befürchtung unbegründet sein dürfte, weil im Rahmen der Fallanalysen das Handeln der Fachkräfte und nicht das der Eltern im Mittelpunkt steht, erscheint sie dennoch unter psychologischen Gesichtspunkten nachvollziehbar.

### Aktenlektüre und Auswahl der Analysebeteiligten

Sobald die Einwilligungen der betroffenen Familie vorliegen, werden die Akten des Jugendamtes – soweit noch erforderlich (z.B. anvertraute Daten Dritter) – geschwärzt und den Wissenschaftlerinnen<sup>24</sup> zur Verfügung gestellt.

Im Anschluss an die Aktenlektüre entscheidet das Jugendamt in Beratungen mit den Wissenschaftlerinnen, welche Fachkräfte aus welchen Institutionen an dem Analyseprozess beteiligt werden sollen. Dabei wird insbesondere differenziert zwischen Akteurinnen und Akteuren, bei denen Daten im Rahmen eines Interviews erhoben werden (z.B. weil sie nur punktuell oder für kurze Zeit in den Fall involviert waren), und denen, die zur Teilnahme an dem gesamten Analyseprozess eingeladen werden sollen.

Gemeinsam mit den Institutionen, die zu dem gesamten Analyseprozess eingeladen sind, muss anschließend entschieden werden, welche Leitungs-, Steuerungs- oder Konzeptverantwortlichen der verschiedenen Institutionen neben den im Fall arbeitenden Fachkräften einbezogen werden. Dies ist notwendig, da für den Analyseprozess ein **Fall-Team** und ein **Review-Team** gebildet werden. Im Fall-Team sind diejenigen Fachkräfte, die mit der Familie konkret gearbeitet haben. Im Review-Team sind dagegen die Leitungs- und Konzeptverantwortlichen, die für die Rahmenbedingungen der Kinderschutzarbeit verantwortlich sind und in deren Zuständigkeit die Umsetzung vereinbarter Verbesserungsvorschläge nach dem Analyseprozess liegen würde<sup>25</sup>.

24 Da diese Methodenentwicklung von zwei weiblichen Wissenschaftlerinnen erarbeitet wurde, wird in den folgenden Ausführungen immer die weibliche Formulierung »Wissenschaftlerin« genutzt.

25 Eine intensive Beteiligung der Leitungs- und Konzeptverantwortlichen wurde erst im Laufe des Analyseprozesses eingeführt, da die ersten Fallanalysen deutlich gemacht haben, dass die konkrete Beteiligung am Prozess hilfreich ist, um 1) problematische Dynamiken in der Fallbearbeitung nachvollziehen zu können und 2) konkrete Vorstellungen über geeignete Maßnahmen zur Verbesserung zu entwickeln.

## 5.3 Durchführung des Analyseprozesses

### Schritt 1: Kick-off-Veranstaltung

Zum Auftakt des Analyseprozesses lädt das Jugendamt sowohl die intern beteiligten Fachkräfte als auch die betroffenen Kooperationspartner zu einer **Kick-off-Veranstaltung** ein.

Die wesentlichen Ziele dieser Veranstaltung lassen sich wie folgt kurz umschreiben:

- Das Jugendamt stellt seine Motive für die Durchführung einer Fallanalyse, damit verbundene Ziele sowie die Gründe für die Auswahl des Falles vor.
- Die beteiligten Kooperationspartner werden über das Projekt sowie über den Analyseprozess informiert, können Rückfragen stellen oder Bedenken äußern. Sie erhalten damit die notwendigen Grundlagen, um entscheiden zu können, ob und wie intensiv sie sich beteiligen werden.
- Die Wissenschaftlerinnen, die den Prozess begleiten, stellen sich persönlich vor.
- Die Beteiligten verständigen sich über ihr Erkenntnisinteresse:
  - Zu welchem Zweck wollen sie das tun?
  - Was erwarten sie sich von diesem Analyseprozess?
  - Was interessiert sie besonders?
  - Welche Hypothesen über Schwächen im System gibt es eventuell bereits?
- Es wird vereinbart, welche schriftlichen Unterlagen (Akten, Aufschriebe) die Kooperationspartner des Jugendamtes (z. B. Gesundheitsamt, Freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe, freiberufliche Hebammen, Kliniken) den Wissenschaftlerinnen zur Auswertung zur Verfügung stellen.
- Die Zusammensetzungen von Fall- und Review-Team werden vereinbart.
- Die nächsten Schritte und Termine für den Analyseprozess werden verabredet.

### Schritt 2: Erhebung und Aufbereitung von Daten

Im nächsten Arbeitsschritt werden Daten und Informationen aus unterschiedlichen Quellen – Akten und

Interviews – gesammelt und mit dem Ziel aufbereitet, den Fallverlauf zu rekonstruieren.

Die **Akten und Aufschriebe** der Fachkräfte bilden eine wichtige Grundlage, um die Chronologie der Entscheidungen und einzelnen Arbeitsschritte nachvollziehen zu können. Hilfreich ist es, wenn hierzu mehrere Institutionen ihre Falldokumentation zur Verfügung stellen (Hinweis: Die Voraussetzung dafür ist, dass die Eltern im Rahmen der schriftlichen Erklärung ihre Einwilligung dafür geben.). Zum einen lassen sich anhand der Akten und Aufschriebe die Einsätze der unterschiedlichen Fachkräfte chronologisch zuverlässig nachvollziehen, und zum anderen werden u. U. am schriftlichen Material Widersprüche oder unterschiedliche Betrachtungsweisen der beteiligten Fachkräfte deutlich, die für den Analyseprozess von Bedeutung sind.

Die Rahmenbedingungen, unter denen Entscheidungen oder Einschätzungen getroffen wurden, lassen sich jedoch auf der Grundlage der Falldokumentationen häufig nur schwer nachvollziehen. Ebenso finden sich darin meist keine Informationen über Dynamiken innerhalb des Helfersystems oder gar über Strukturen oder Verfahren einzelner Institutionen. Diese Informationen sind jedoch für einen systemischen Analyseprozess von großer Bedeutung, da sie helfen, die einzelnen Arbeitsschritte und Entscheidungen in einem größeren Kontext zu sehen. Aus diesem Grund werden, ergänzend zur Auswertung des schriftlichen Materials, Interviews mit wichtigen Familienmitgliedern sowie wesentlich am Fall beteiligten Fachkräften durchgeführt.

Die **Interviews** werden jeweils **im Tandem** von einem Mitglied des Review-Teams und einer Wissenschaftlerin durchgeführt. Als hilfreich hat sich erwiesen, dass die Interviewerin bzw. der Interviewer aus dem Review-Team und die Interviewpartnerin bzw. der Interviewpartner jeweils aus unterschiedlichen Institutionen kommen (z. B. die Abteilungsleiterin des Gesundheitsamtes interviewt die Sozialpädagogische Familienhelferin; die Konzeptverantwortliche des Jugendamtes für die Frühen Hilfen interviewt die Familienhebamme, und die ASD-Fachkraft wird von der Team-Leitung des Freien Trägers interviewt). Auf diese Weise erhalten die Mitglieder des Review-Teams einen ersten Einblick in Denk- und Handlungslogi-

ken anderer Institutionen. Darüber hinaus können erste Unterschiede und Widersprüche zwischen den unterschiedlichen subjektiven Perspektiven deutlich werden.

Ziel des Interviews ist es, Informationen zum Fall, zur Zusammenarbeit im Helfernetz sowie zu Konzepten und Strukturen aus der Perspektive der jeweiligen Fachkraft zu erhalten. Insbesondere geht es um

- den Prozess der Fallbearbeitung;
- Dynamiken zwischen Familie und Helferinnen und Helfern und zwischen den Fachkräften;
- Entstehungsgeschichte und (Hinter-)Gründe von Entscheidungen;
- wahrgenommene kritische Stellen in der Fallbearbeitung;
- Abstimmung und Zusammenarbeit im Netz der Helferinnen und Helfer sowie
- Strukturen, Verfahren und Abläufe in den jeweiligen Institutionen.

Damit sich die Perspektive der Interviewpartnerin bzw. des Interviewpartners frei entfalten kann, müssen sich die Interviewenden jeglicher Einflussnahme enthalten, z. B. durch eine Kommentierung, Diskussion oder Infragestellung der Darstellung. Dies bedeutet insbesondere für Leitungs- und Konzeptverantwortliche, dass sie während der Interviewführung ihr eigenes Wissen zum Konzept oder zum Fall, ihre Einschätzungen sowie Bewertungen zurückstellen und stattdessen wertfrei Fragen stellen und aufmerksam zuhören müssen. Da diese Umstellung von der Logik der alltäglichen Gesprächsführung auf die Anforderungen einer Interviewführung nicht immer einfach zu meistern ist, hat es sich als sinnvoll und notwendig erwiesen, dass die Wissenschaftlerinnen vor dem Interview ihre Tandempartnerin oder ihren Tandempartner kurz in die **Regeln der Interviewführung** einführen.

Die Grundlage für den Aufbau und Ablauf des Interviews bildet ein **Leitfaden**. Dieser beinhaltet neben einer Aufforderung zur offenen Erzählung auch Nachfragen zu bestimmten Phasen der Fallbearbeitung sowie zu grundsätzlichen Schwierigkeiten oder zum Verbesserungsbedarf aus der Sicht der Fachkraft.

Die ca. anderthalb Stunden dauernden Interviews werden – sofern die Interviewpartnerinnen und -partner ihre Zustimmung geben – aufgezeichnet. Dies ermöglicht es, wichtige Sequenzen später nochmals anhören zu können. Ergänzend dazu machen sich beide Interviewende Notizen zu den aus ihrer Sicht wesentlichen Aussagen. Im Anschluss an das Gespräch tauschen sich die Interviewenden über den Verlauf, wesentliche Inhalte sowie ggf. während des Interviews entstandene Hypothesen oder bereits deutlich gewordene Schwierigkeiten im Fall aus und dokumentieren diese.

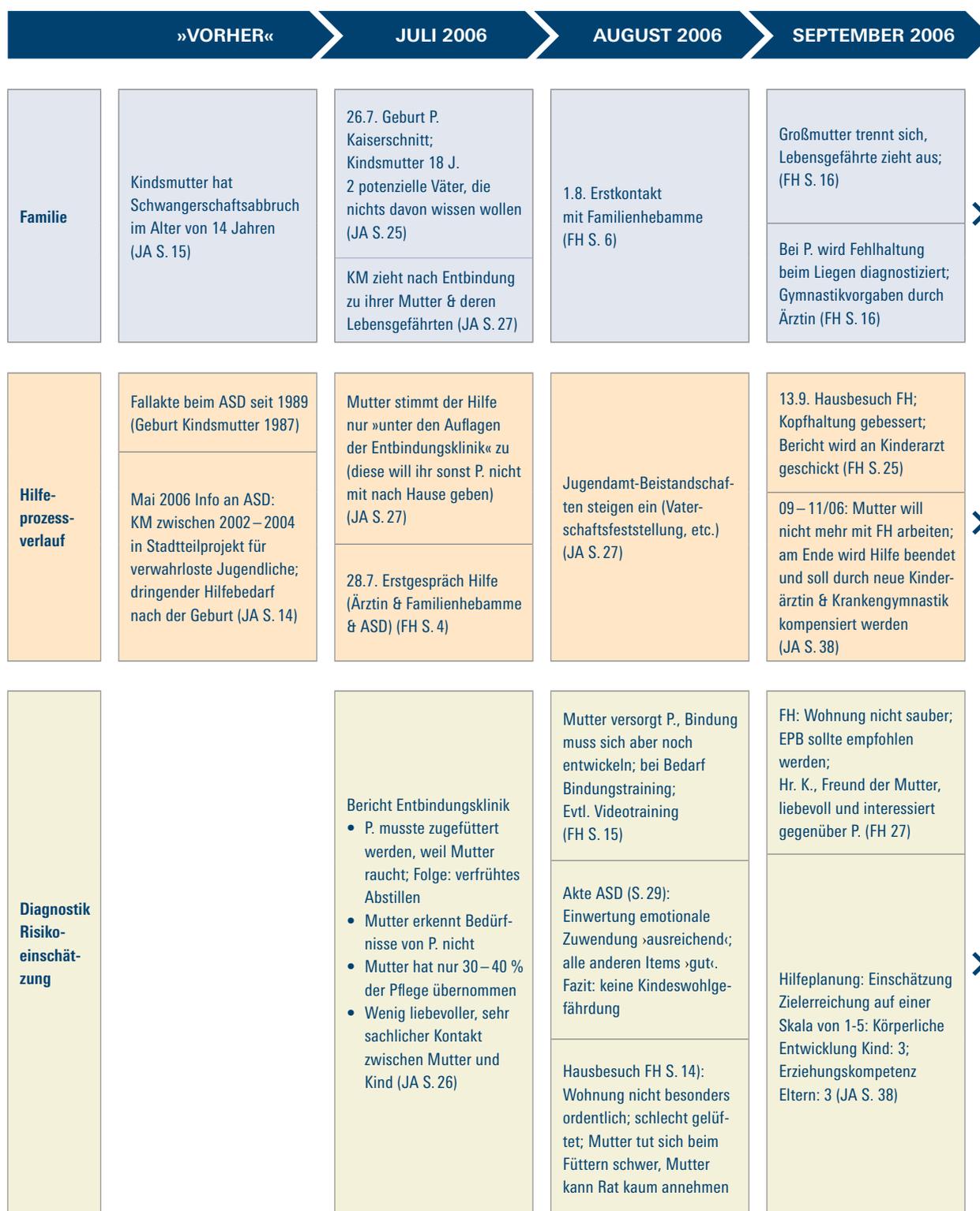
### Schritt 3: Schriftliche Chronologie des Fallverlaufs

Anschließend werden die schriftlichen Dokumente (z. B. Jugendamtsakte, Akte des Gesundheitsamtes, Aufschriebe der Familienhelferin oder der Familienhebamme) von den Wissenschaftlerinnen insbesondere im Hinblick auf Informationen zu folgenden drei Kategorien ausgewertet:

1. Relevante Daten zur **Familiengeschichte**: z. B. Trennung der Eltern, Geburt des Kindes, Klinikaufenthalt des Vaters etc.;
2. Relevante Daten für den **Hilfverlauf**: z. B. Helferkonferenz, Hilfepläne und Hilfeplangespräche, Runder Tisch in der Kinderklinik, telefonischer Austausch der Helferinnen und Helfer, Hausbesuche, wichtige Telefonate mit den Eltern, Kontakt zu anderen Familienangehörigen etc.;
3. Aussagen zur **Diagnostik und Risikoeinschätzung**, die z. B. aus Protokollen zu Helferkonferenzen, aus Aufschrieben nach Telefonaten, aus Hilfeplänen oder Risikoeinschätzungsbögen hervorgehen.

Die Daten zu den jeweiligen Kategorien werden chronologisch auf einem Zeitstrahl schriftlich dargestellt (siehe Abbildung 2). Sofern die Interviews weitere Informationen enthalten, die nicht aus den Akten hervorgehen oder die den Informationen aus den Akten widersprechen, werden diese ebenfalls auf dem Zeitstrahl ergänzt. Durch die Zusammenstellung dieses unterschiedlichen Datenmaterials auf einer Zeitachse entsteht ein Überblick darüber, wie sich »der Fall« chronologisch entwickelt hat und welche Informatio-

ABBILDUNG 2: Ausschnitt aus einer Fallchronologie



nen wann wem zur Verfügung standen. Diese schriftliche Fallrekonstruktion bildet später die Informationsgrundlage für den Analyseprozess im Fall- und Review-Team.

#### **Schritt 4: Review-Team (zwei halbe Tage von Mittag bis Mittag)**

Da die (selbst-)kritische Reflexion der (Zusammen-)Arbeit anhand eines konkreten Falls mit Kooperationspartnern in den meisten Jugendämtern nicht alltäglich ist, bedarf es zu Beginn des Review-Teams **einer Verständigung über die Grundhaltung und Idee**, mit der diese Fallanalyse angegangen werden soll.<sup>26</sup> Insbesondere dann, wenn in der Gruppe unterschiedliche Institutionen oder Hierarchieebenen vertreten sind, können Auftraggebende-Auftragnehmende-Verhältnisse, Machtkonstellationen, Konkurrenz oder Vorgesetzte-Mitarbeiter/-innen-Verhältnisse Themen sein, die unter Umständen das Verhalten und die Offenheit der einzelnen Teilnehmenden beeinflussen bzw. beeinträchtigen. Insofern ist es nötig, diese zu Beginn der Sitzung zu benennen und bei Bedarf zu besprechen, welche **Vereinbarungen** ggf. notwendig sind, um respektvoll, offen und kritisch auf den gemeinsamen Fall blicken zu können.

Die Unterzeichnung einer **schriftlichen Verschwiegenheitserklärung** aller Teilnehmenden am Review-Team erfüllt dabei nicht nur datenschutzrechtliche Erfordernisse, um die Daten der Klientinnen und Klienten zu schützen, sondern dient auch dazu, sich auf einen vertraulichen Arbeitsprozess zu verständigen. Damit wird auch verbindlich vereinbart, dass keine Detailinformationen aus dem Analyseprozess »nach außen« – etwa zu nichtbeteiligten Kolleginnen und Kollegen – oder in die eigene Institution getragen werden.

Nach einer »Aufwärmphase« und der Vereinbarung von Spielregeln für den gemeinsamen Arbeitsprozess beginnen die Mitglieder des Review-Teams mit der Analyse des rekonstruierten Fallverlaufs. Hierzu liest zunächst jede Person für sich den Fall in seiner chronologischen Reihenfolge durch. In einer ersten Arbeitsphase identifizieren und notieren

die Leitungs- und Konzeptverantwortlichen für sich **Zeitpunkte, Zeiträume, Entscheidungen oder Themen, die sie vor dem Hintergrund des heutigen Wissens über den Fallverlauf und dessen Ergebnis kritisch bewerten**. Dabei eröffnet die detaillierte Betrachtung der einzelnen Schritte der Fallbearbeitung sowie des Zusammenspiels von Fachkräften den Leitungs- und Konzeptverantwortlichen der einzelnen Institutionen auch Eindrücke von den Stärken und Schwächen von Strukturen und Verfahrensvorgaben.

Nach den Einzelbetrachtungen findet ein Austausch in **Kleingruppen** über die als kritisch identifizierten Themen oder Zeitpunkte statt. Um die Fülle möglicher Themen zu reduzieren und konkret bearbeitbar zu machen, halten die Kleingruppen die aus ihrer Sicht **drei wichtigsten Punkte** fest und stellen sie im Plenum vor. In den bisherigen Prozessen waren die Ergebnisse aus den verschiedenen Kleingruppen inhaltlich ähnlich. So gelang es, benannte Themen im Plenum zu **Problembereichen** zu verdichten.

Im Sinne der systemorientierten Analyse werden anschließend zu den jeweiligen Problembereichen **Hypothesen über Ursachen, Hintergründe und beeinflussende Faktoren aus der Sicht der Leitungs- und Konzeptverantwortlichen** diskutiert und schriftlich festgehalten.

#### **Schritt 5: Fall-Team (zwei halbe Tage von Mittag bis Mittag)**

Im nächsten Schritt vollzieht das Fall-Team, d.h. alle Fachkräfte, die konkret mit der Familie gearbeitet haben, die gleichen Arbeitsschritte wie das Review-Team.

1. **Aufwärmphase** und Verständigung über Spielregeln für die kommende Sitzung und Abgabe einer Verschwiegenheitserklärung.
2. Herausarbeiten in **Einzelarbeit** von Entscheidungen, Zeitpunkten, Zeiträumen oder Themen anhand des chronologisch rekonstruierten Fallverlaufs, die auf der Grundlage des heutigen Wissens über den Fallverlauf bzw. das Ergebnis als kritisch bewertet werden können.

<sup>26</sup> Im Projektzeitraum wurde deutlich, dass es für den Aufbau einer vertrauensvollen und konstruktiven Arbeitsatmosphäre ausreichend Zeit braucht. Dies war einer der Gründe, warum die Fallanalysegruppen von einer eintägigen Veranstaltung auf zwei Tage – mit ausreichend Zeit für die Verständigung über den Arbeitsprozess – verlängert wurden.

3. Diskussion der herausgearbeiteten Aspekte in **Kleingruppen** und Verständigung auf die wichtigsten drei Punkte.
4. Präsentation der Kleingruppenergebnisse im Plenum und **Verdichtung der Punkte zu Problemfeldern. Diskussion und Dokumentation von Hypothesen über Ursachen, Einflussfaktoren und Hintergründe aus der Sicht der fallbearbeitenden Fachkräfte.**

Die parallele Analyse des Fallverlaufs in getrennten Gruppen (Fall- und Review-Team) hat gezeigt, dass ein Teil der Problemfelder, die von den Fachkräften und den Führungskräften erarbeitet wurden, gleich oder ähnlich sind (z. B. Unsicherheiten bei der Risikoeinschätzung oder Rollen- und Auftragsunklarheit der Fachkräfte). Zugleich scheint es aber auch Unterschiede zu geben. So hat das Fall-Team beispielsweise Schwierigkeiten im Informationsaustausch und Konflikte im Netzwerk der Helferinnen und Helfer deutlich als Problem benannt. Das Review-Team dagegen hat gescheiterte Beratungsstrategien und Dynamiken zwischen den Eltern und den Helferinnen und Helfern als wichtige Problembereiche benannt. Obwohl man zum jetzigen Zeitpunkt auf der Grundlage der wenigen Erfahrungen keine gesicherten Aussagen zur Bedeutung dieser Unterschiede machen kann, so kann man sie dennoch als Bestätigung für die Gestaltung des Analyseprozesses als hierarchieübergreifende Untersuchung interpretieren. Aufgrund der unterschiedlichen Aufgaben von Leitungskräften und fallbearbeitenden Fachkräften haben beide verschiedene Perspektiven. Insofern ist zu vermuten, dass diese auch zu unterschiedlichen Erkenntnissen führen und damit die Integration beider Blickwinkel die Qualität der Analyse-Ergebnisse erhöht.

#### **Schritt 6: Gemeinsame Sitzung des Fall- und des Review-Teams (Mittag bis Mittag oder je nach Gruppengröße ggf. 1,5 Tage)**

Der diskursive Analyseprozess wird durch eine gemeinsame Sitzung des Fall- und Review-Teams abgeschlossen. **Problemfelder sowie Hypothesen über Ursachen und Hintergründe, die jeweils vom Review-Team und Fall-Team erarbeitet wurden, werden in einer gemeinsamen ganztägigen Sitzung vor-**

#### **gestellt, präzisiert und erste Schritte zur Qualitätsentwicklung diskutiert.**

Die als kritisch bewerteten Sachverhalte sowie die Hypothesen über deren Ursachen, die vom Review-Team, also den Leitungs- und Konzeptverantwortlichen erarbeitet wurden, werden hierzu zunächst gemeinsam mit den fallbearbeitenden Fachkräften diskutiert. Dabei geht es sowohl um den Austausch über die kritischen Punkte als auch und insbesondere um den gemeinsamen Blick »zurück in den Tunnel«. Was hat die Fachkräfte zum damaligen Zeitpunkt beschäftigt? Wie waren die Rahmenbedingungen bei den einzelnen Organisationen und in der Kooperation? Was wurde diskutiert? Was war entscheidungs- oder handlungsleitend? Weshalb erschien dieser Weg damals als der Richtige? Die Fachkräfte, die mit der Familie gearbeitet haben, sind die Expertinnen bzw. Experten, ohne die die Entstehungsgeschichte von Entscheidungen oder Ereignissen nicht rekonstruiert werden kann. Sie sind es, die »Licht in den Tunnel« bringen können, weil sie über Informationen und Eindrücke verfügen, die aus den Akten nicht hervorgehen. Insofern braucht es ihre Erinnerung, um die von den Leitungen herausgearbeiteten kritischen Stellen in der Fallbearbeitung zu analysieren und damit die damals sowohl positiv wie negativ wirksamen Einflussfaktoren herauszuarbeiten.

Die Ergebnisse des Fall-Teams zu kritischen Punkten in der Fallbearbeitung sowie den Hypothesen zu Hintergründen und Ursachen werden dem Review-Team ebenfalls vorgestellt und gemeinsam diskutiert. Anschließend verständigen sich alle Beteiligten auf die aus ihrer Sicht zentralen Schwierigkeiten im Bearbeitungsprozess, die an diesem Fall deutlich geworden sind und an deren Verbesserung weitergearbeitet werden soll. Für die Ableitung struktureller oder konzeptioneller Konsequenzen, die Auswirkungen auf das gesamte lokale Kinderschutzsystem haben werden, ist es dabei von erheblicher Bedeutung, ob es sich bei den herausgearbeiteten Problemen um **Phänomene eines Einzelfalls oder um häufiger auftretende Schwierigkeiten** handelt. Insofern ist es wichtig, zum Abschluss des Prozesses die Erfahrungen und Einschätzungen der Beteiligten hierzu einzuholen und/oder die Ergebnisse einem größeren Kreis vorzustellen und die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse zu diskutieren.

Nachdem ein wesentliches Ziel der Fallanalyse darin besteht, Hinweise für notwendige Verbesserungen im Kinderschutzsystem herauszuarbeiten, ist es wichtig, zum Abschluss der Sitzung **Vereinbarungen über die Gestaltung des weiteren Prozesses** zu treffen. Dabei geht es sowohl darum, den **Transfer der Erkenntnisse** in die einzelnen Institutionen zu sichern, als auch darum, konkrete **Konsequenzen für das lokale Kinderschutzsystem aus den erkannten Problembereichen abzuleiten**. Je nach Problembereich kann es sinnvoll sein, die weitere Bearbeitung einzelner Themen in die Verantwortung bzw. Gremien in einzelnen Institutionen zu geben, oder aber in gemeinsame Gremien zu delegieren. Um zu verhindern, dass die Erarbeitung geeigneter Konsequenzen für die Qualitätsentwicklung im Alltag untergeht, erscheint es auf jeden Fall als sinnvoll, **verantwortliche Personen zu benennen und konkrete Vereinbarungen zu treffen, wann und in welchem Rahmen ein Zwischen- oder Abschlussbericht erfolgt**.

Die Ergebnisse der Sitzung, d. h. sowohl die Problemfelder und die jeweiligen Hypothesen über Ursachen und Hintergründe als auch die Vereinbarungen zum weiteren Vorgehen, werden in einem schriftlichen **Protokoll** festgehalten, das mit allen Beteiligten abgestimmt wird und die Grundlage für zukünftige Arbeitsaufträge bildet.

#### 5.4 Ermöglichung eines konstruktiven Lernklimas

Die institutions- und hierarchieübergreifende gemeinsame Rekonstruktion und Erörterung eines problematischen Fallverlaufs gehören bislang nicht zur Alltagsroutine von Fachkräften aus Jugend- und Gesundheitshilfe. Daher ist es von besonderer Bedeutung, eine gemeinsame Arbeitsatmosphäre zu schaffen und auch zu erhalten, die von Respekt, Wertschätzung, Offenheit und konstruktiver Neugier geprägt ist. Als günstig hat sich aus diesem Grund erwiesen, für die Gruppendiskussionen in den verschiedenen Teamkonstellationen ausreichend Zeit für eine »Aufwärmphase« zu ermöglichen. Wichtig ist zu Beginn des gemeinsamen Arbeitsprozesses, etwaige Befürchtungen und offene Fragen zu klären sowie

Verabredungen zu Gruppen- und Gesprächsregeln zu treffen.

Nachdem alle Beteiligten mit dem heutigen Wissen über Verlauf und Ergebnis des Falles blicken, ist das Auftauchen von Gefühlen der Empörung, des Ärgers und des Unverständnisses nicht ungewöhnlich. Die Aufgabe der Moderatorinnen und Moderatoren, die den gesamten Analyseprozess strukturieren und begleiten, besteht in diesen Situationen v. a. darin, sensibel, aber klar darauf zu reagieren, um ein offenes und von gegenseitigem Respekt getragenes Lernklima zu erhalten. Hierzu kann es z. B. sinnvoll sein, an die Grundprinzipien einer systemorientierten Analyse zu erinnern sowie auf die Besonderheiten der bestehenden Laborsituation zu verweisen. Im Alltag, in dem viele Fälle gleichzeitig zu bearbeiten sind, ist es häufig nicht möglich, sich innerhalb kürzester Zeit und auf der Grundlage komprimierter Informationen einen Überblick über einen mehrjährigen Fallverlauf zu verschaffen, um kritische Entscheidungen zu erkennen.

Zugleich wird das Lernklima maßgeblich auch durch Sprache positiv oder negativ geprägt. Ein Beispiel: Fragen wie »Es ist mir ein Rätsel, wie der Kollege auf diese Idee kam und in dieser Weise entschieden hat. Warum hat er stattdessen nicht ... getan?« werden von den Moderatorinnen bzw. Moderatoren aufgegriffen und umformuliert: »Diese Entscheidung ist aus heutiger Sicht kritisch zu sehen. Ich würde gerne verstehen, wie sie damals zustande gekommen ist und weshalb sie den Kollegen damals vernünftig und »richtig« erschien.« Zentrales Merkmal der Herangehensweise sollte ein gemeinsamer »forschender Blick« sein, der ein vertieftes Verständnis für das Zustandekommen von Entscheidungen als Ziel verfolgt. Diese Absicht sollte sich auch in der Ausdrucksweise der Gruppe widerspiegeln. Die Suche nach »Schuldigen« spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle und muss – sofern erforderlich – an anderer Stelle geklärt werden.

Die besondere Herausforderung für alle Beteiligten und insbesondere die externe Begleitung besteht darin, ein Lernklima zu schaffen, das es sowohl möglich macht, kritische Punkte als solche zu benennen und damit die Arbeit, die geleistet wurde, auch zu bewerten, als auch, wertschätzend zu bleiben und sich mit einer offenen Haltung auf die Frage zu kon-

zentrieren, was das Denken und Handeln der Fachkräfte zum Bearbeitungszeitpunkt bestimmt hat und welche Einflussfaktoren damals wirksam waren. Angriffe, Empörung und Wut sind Zeichen dafür, dass die Schuldfrage aktuell wichtiger ist als der forschende und reflektierende Blick. Insofern sollten sie von den Moderatorinnen bzw. Moderatoren begrenzend und zugleich konstruktiv aufgegriffen werden.

### 5.5 Exkurs: Besonderheiten bei der Analyse eines medial und politisch skandalisierten Falles

Wie bereits erwähnt, handelte es sich bei einem der fünf Fälle um einen Fall, der – zumindest regional – öffentliches Aufsehen erregt hatte. Zu der Fallanalyse kam es, weil der Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald das DJI unter der Leitung von Dr. Heinz Kindler beauftragt hatte, einen örtlichen Kinderschutzfall, der mit dem Tod eines Kindes endete, wissenschaftlich aufzuarbeiten. In einem Abschlussbericht sollten im Anschluss an die Aufarbeitung die wissenschaftlichen Analyseergebnisse und Empfehlungen für das zukünftige Handeln des Jugendamts dargestellt werden.<sup>27</sup> Für die Analyse dieses Falles wurde die bis dahin vom NZFH entwickelte Methode *Gemeinsam lernen aus Kinderschutzverläufen* an die besonderen Bedingungen und den Auftrag angepasst und angewandt. Da die Erfahrung gezeigt hat, dass eine hohe mediale Aufmerksamkeit sowie parallel laufende strafrechtliche Ermittlungen Einfluss auf den Analyseprozess haben, werden in dem folgenden Abschnitt die wichtigsten Einflussfaktoren kurz benannt und die Konsequenzen für das veränderte methodische Vorgehen beschrieben. Da problematische Fallverläufe im Kinderschutz zu medialer Aufmerksamkeit führen können, wurden diese Erkenntnisse in den vorliegenden Bericht aufgenommen.

Zunächst die Besonderheiten in Stichpunkten:

- Über einen längeren Zeitraum bestand großes, mehrheitlich lokales, mediales Interesse, im Rahmen dessen das Landratsamt und insbesondere

das Jugendamt mit einer aversiven Presseberichterstattung und vorschnellen und vereinfachenden Schuldzuweisungen konfrontiert waren.

- Der institutionelle sowie der politische Aufklärungswille waren hoch, das Jugendamt wurde jedoch zusätzlich durch die Skandalisierung des Falles als »Versagen des Jugendamtes und der Politik« unter Druck gesetzt.
- Zur Aufklärung und Aufarbeitung des Falles wurden ein Begleitausschuss und eine Expertinnen- bzw. Expertenkommission gebildet sowie der Gutachterauftrag erteilt. Die Erwartungen an alle Gremien und den Auftragnehmer waren hoch.
- Sowohl gegen die Eltern als auch gegen verschiedene Mitarbeitende der öffentlichen Verwaltung lagen Strafanzeigen vor bzw. wurden Ermittlungsverfahren durch die Staatsanwaltschaft eingeleitet.
- Die Bereitschaft der Fachkräfte, sich auf einen dialogischen Analyseprozess einzulassen, wurde – verständlicherweise – dadurch beeinträchtigt, dass die den Analyseprozess durchführenden Wissenschaftlerinnen unter der Leitung von Dr. Heinz Kindler kein Zeugnisverweigerungsrecht hätten, falls die Staatsanwaltschaft eine Anhörung anberaumen würde.

Die wesentlichen Veränderungen für den Analyseprozess, die sich daraus ergaben, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Aufgrund der Ermittlungen des späteren Strafprozesses ist es nicht gelungen, alle notwendigen Einwilligungserklärungen von Familienmitgliedern zu erhalten. Daher wurde es notwendig, beim entsprechenden Landesministerium eine Genehmigung zur Übermittlung von Sozialdaten gem. § 75 Abs. 2 SGB X zu Forschungszwecken einzuholen (vgl. dazu DJJuF 2013). Die Schaffung der datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für den Analyseprozess wurde dadurch sehr aufwendig und hatte einige zeitliche Verzögerungen zur Folge.

- Vor allem die Jugendamtsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, die massiven öffentlichen Angriffen ausgesetzt waren, hatten einerseits großes Interesse an der Aufarbeitung und Aufklärung des Falles, zugleich aber auch massive Zweifel daran, ob sie sich auf einen fairen Umgang mit den Ergebnissen verlassen konnten. Dies führte dazu, dass zwar alle bereit waren, Interviewfragen zu beantworten und damit zur Aufklärung des Falles beizutragen, einige jedoch die Einschränkung machten, die Fragen nur schriftlich zu beantworten. Diesem nachvollziehbaren Wunsch wurde nachgekommen; dies führte jedoch zunächst zu einer Beeinträchtigung des Datenmaterials, weil Rückfragen, die sich aus den Antworten ergaben, nicht unmittelbar geklärt werden konnten.
  - Im Laufe des Prozesses änderte sich die zurückhaltende Einstellung der Fachkräfte insbesondere dahingehend, dass sich alle mit großer Offenheit in die gemeinsame Diskussion über die Ursachen und Hintergründe eingebracht haben. Vermutlich gab es hierfür zwei Gründe. Zum einen betonte die Führungsebene die Bedeutung des Analyseprozesses und unterstrich ihren Wunsch nach Beteiligung der Fachkräfte. Zum anderen konnten die Fachkräfte erste Erfahrungen sowohl mit den beauftragten Personen als auch deren Arbeitsweise sammeln, wodurch vielleicht bestehende Vorbehalte oder Unsicherheiten ausgeräumt werden konnten. Durch diese Bereitschaft, sich trotz erschwelter Bedingungen an dem Analyseprozess zu beteiligen, leisteten die Fachkräfte einen erheblichen Beitrag dazu, Problemfelder zu erkennen und deren Ursachen und Hintergründe zu verstehen.
  - Fachkräfte anderer Institutionen und Professionen wurden »nur« im Rahmen von Interviews einbezogen. Die Interviews wurden im Tandem von zwei der am Analyseprozess beteiligten Wissenschaftlerinnen durchgeführt. Eine Aufteilung in interdisziplinäre und institutionenübergreifende Fall- und Review-Teams sowie gemeinsame Sitzungen gab es in diesem Analyseprozess nicht. Grund dafür war, dass sich der Auftrag auf die Untersuchung der Abläufe und Verfahren im Jugendamt bezog.
  - Die Ergebnisse des Analyseprozesses werden in dem bisher beschriebenen Verfahren in erster Linie von den Mitgliedern des Fall- und des Review-Teams erarbeitet. Die externe Begleitung kann ergänzende Anmerkungen einbringen oder auf kritische Sachverhalte hinweisen, die aus ihrer Außensicht auffallen. Die Ergebnisse bleiben jedoch Produkte des Fall- und des Review-Teams. In diesem besonderen Fall wurde ausschließlich ein Review-Team bestehend aus Führungskräften des Landratsamtes eingerichtet. Die Sitzung dauerte einen ganzen Tag. Im Unterschied zu den »normalen« Review-Teams wurden die Ergebnisse in dieser Sitzung nicht alleine von den Führungskräften erarbeitet. Vielmehr präsentierten auch die Wissenschaftlerinnen und der Wissenschaftler im Sinne eines klassischen gutachterlichen Auftrages ihre bis dahin gewonnenen Erkenntnisse. Eine gemeinsame Sitzung von Fall- und Review-Team konnte aus terminlichen Gründen nicht stattfinden. Stattdessen wurden in zwei Sitzungen den Fachkräften und Vertreterinnen bzw. Vertretern der mittleren Führungsebene die Ergebnisse des Review-Teams durch die Wissenschaftlerinnen und den Wissenschaftler vorgestellt. Im Mittelpunkt der Sitzung standen (1) die Präsentation der Ergebnisse gegenüber den fallbearbeitenden Fachkräften und die Beantwortung von Rückfragen, (2) die Reflexion und Überprüfung der erarbeiteten Problemfelder gemeinsam mit den Praktikerinnen und Praktikern, (3) die Diskussion von möglichen Ursachen und Hintergründen sowie die Erarbeitung möglicher Konsequenzen und Empfehlungen für die Verbesserung des Kinderschutzsystems.
- Die Ergebnisse dieses Analyseprozesses wurden aufgrundgemäß in einem Gutachten zusammengefasst, dem Landratsamt übergeben und dem Begleitausschuss vorgestellt. Das Landratsamt hat das Gutachten schließlich auf seiner Homepage veröffentlicht<sup>28</sup>

28 [www.breisgau-hochschwarzwald.de/pb/Breisgau-Hochschwarzwald,Lde/Start/Service\\_Seiten/Abschlussbericht+Fall+Alessio.html](http://www.breisgau-hochschwarzwald.de/pb/Breisgau-Hochschwarzwald,Lde/Start/Service_Seiten/Abschlussbericht+Fall+Alessio.html) (Zugriff am: 19.11.2018)

und somit der breiten (Fach-)Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

## 5.6 Fazit und Zusammenfassung: Wesentliche Voraussetzungen und Arbeitsformen bei Fallanalysen

Auf dem Hintergrund der Durchführung von fünf Rekonstruktionsprozessen und der stetigen Reflexion und Anpassung des methodischen Vorgehens können aktuell die wesentlichen Voraussetzungen und Arbeitsformen für ein erkenntnisreiches Gelingen systemorientierter Fallanalysen wie folgt zusammengefasst werden:

- **Motivation für den Analyseprozess auf der Leitungsebene:** Die Durchführung einer systemorientierten Fallanalyse muss auf den Leitungsebenen aller beteiligten Institutionen gewünscht und mit den entsprechenden zeitlichen Ressourcen für alle zu Beteiligende ermöglicht werden. **Im Mittelpunkt des Untersuchungsinteresses muss das Lernen aus Fehlern für die Zukunft und die Weiterentwicklung des Kinderschutzes stehen.** Nur wenn die Ergebnisse aufgegriffen und weiterbearbeitet werden können, lassen sich nachhaltige Effekte für die Qualitätsentwicklung generieren. Die Klärung der Schuldfrage sowie das Ergreifen disziplinarischer Maßnahmen als Ziele verhindern eine offene Auseinandersetzung und eignen sich daher nicht für dieses methodische Vorgehen.
- **Die Beteiligung möglichst aller relevanten Institutionen, die am Fallgeschehen beteiligt waren,** ermöglicht unterschiedliche Perspektiven auf das Fallgeschehen, die Bearbeitung von Kooperations- und Vernetzungsproblemen sowie die konkrete Planung von interinstitutionellen Veränderungsbedarfen. Darüber hinaus leistet

der gemeinsame Prozess der Fallanalyse bereits einen Beitrag zur Verständigung und Verbesserung der Zusammenarbeit. Insbesondere da die Ergebnisse ein gemeinsames Produkt darstellen, das in einem institutionen- und disziplinenübergreifenden Prozess entstanden ist, erleichtert dies den Weg für die Verständigung über weitere Maßnahmen zur Qualifizierung der Zusammenarbeit im Kinderschutz.

- **Die Beteiligung der Leitungs- und Konzeptverantwortlichen am Analyseprozess** hat sich als wichtig und vorteilhaft erwiesen:
  - Die Beteiligung an der Durchführung der Interviews ermöglicht ihnen wertvolle Einblicke in Arbeits- und Denkweisen anderer Institutionen und hilft, Schwierigkeiten in der Kooperation besser zu verstehen und konkrete Ideen über geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zu entwickeln.
  - Der Blick auf den rekonstruierten Fallverlauf und die gemeinsame Diskussion mit den Mitgliedern des Fall-Teams verschafft ihnen Einblicke in das Alltagshandeln der Fachkräfte und damit in die praktische Umsetzung theoretischer Vorgaben und Vereinbarungen aus Dienstanweisungen oder Kooperationsvereinbarungen. Dies erleichtert es, Schwierigkeiten und Schwachstellen zu erkennen sowie Ideen über geeignete Veränderungen zu entwickeln.
  - Mit ihrem falldistanzierten Blick können Leitungskräfte selbst Probleme im Bearbeitungsprozess identifizieren und Hypothesen über Ursachen und Schwachstellen entwickeln. Dies und die gemeinsame Diskussion mit den fallbearbeitenden Fachkräften erleichtert es ihnen, konkrete Vorstellungen über Maßnahmen zur Verbesserung des Kinderschutzsystems zu entwickeln.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> An den ersten drei Analyseprozessen wurden die Leitungen und Konzeptverantwortlichen nicht beteiligt. Stattdessen wurden ihnen die Ergebnisse nach Abschluss der Analyse präsentiert. Dabei hat sich gezeigt, dass diejenigen Leitungskräfte, die an der Fallanalyse beteiligt waren, weil sie unmittelbar an der Fallbearbeitung beteiligt gewesen waren, sehr viel schneller und einfacher Vorstellungen über Möglichkeiten für Veränderungen entwickelt haben als die Leitungen, die nicht beteiligt waren.

- Die Entwicklung eines hierarchieübergreifenden Verständnisses für Risiken und Fehler in der Kinderschutzpraxis ist sowohl für die Qualität der Ergebnisse des Reflexionsprozesses als auch für die Planung konkreter Schritte zur Qualitätsverbesserung von Bedeutung.
- **Die Fälle, die untersucht werden sollen, sollten möglichst nicht länger als zwei Jahre zurückliegen.** Andernfalls kann es sein, dass einige Akteurinnen bzw. Akteure im Fall nicht mehr zur Verfügung stehen oder die Erinnerungen an den Fall zu sehr verblasst sind.
- Der **Abschluss einer Verschwiegenheitserklärung** sichert nicht nur den teilnehmenden Fachkräften Vertraulichkeit zu, sondern schützt auch die Daten der betroffenen Familienmitglieder.
- **Die Visualisierung der Fallchronologie auf den drei Ebenen Familiensystem, Hilfesystem, Diagnostik bzw. Risikoeinschätzungen** ist zwar sehr arbeitsaufwendig, hat sich aber als sehr effektiv für den Analyseprozess erwiesen, weil sie
  - eine komprimierte Darstellung aller wichtigen Informationen und Daten aus Interviews und Aktenlektüre ermöglicht;
  - einen Überblick über das Fallgeschehen schafft und im Interesse des »Blickes zurück im Tunnel« zeigt, wem was zu welchem Zeitpunkt bekannt war;
  - die Identifikation von Schwierigkeiten und problematischen Schlüsselstellen im Bearbeitungsprozess sowie von Ursachen und Hintergründen erleichtert.
- Die **Nutzung unterschiedlicher Akten und Falldokumentationen als eine der Datengrundlagen für die chronologische Fallrekonstruktion** hat sich als wichtig erwiesen, da sich mit ihrer Hilfe die zeitliche Chronologie zuverlässig nachvollziehen lässt. Dies ist wichtig für den »Blick zurück im Tunnel«. Zugleich hat der Diskussionsprozess gezeigt, dass aus diesen schriftlichen Dokumentationen Informationen und Bewertungen hervorgehen, die in der Erinnerung der Fachkräfte nicht mehr präsent sind. Die **Interviews** wiederum **geben wichtige Hinweise zur Qualität der Zusammenarbeit, zu Diskussionsprozessen sowie denk- und handlungsleitenden Motiven.** In einem Analyseprozess wurde auf die Interviews verzichtet, und auch hier konnten gute Analyseergebnisse erzielt werden. Insofern könnte ggf. auf diesen Arbeitsschritt verzichtet werden. Wichtig ist dann jedoch, dass mehr Zeit für das Fall-Team und die gemeinsame Sitzung von Fall- und Review-Team bereitgestellt wird, weil die ergänzenden Informationen aus der Erinnerung der Fachkräfte dann hier einfließen werden.
- Der **Einbezug der Eltern oder weiterer Familienmitglieder durch Interviews** hat sich als sehr wertvolle und seltene Gelegenheit erwiesen, Informationen über subjektive Hilfevorstellungen und erfahrene Wirkungen von Hilfen aus der Sicht von Adressatinnen bzw. Adressaten zu erhalten. Die Aussagen der Eltern darüber, wie sie den Hilfeprozess erlebt haben, können Fachkräften und Leitungen neue und bislang unbekannte Perspektiven auf die Fallarbeit und Hilfearrangements eröffnen. Darüber hinaus enthalten sie wertvolle Feedbacks an die einzelnen Fachkräfte, aber auch an die Arbeit des Netzwerkes, die es erleichtern, Ursachen und Hintergründe zu verstehen, die Eltern ggf. daran gehindert haben, sich auf eine Zusammenarbeit einzulassen.
- Um einen befriedigenden Arbeitsprozess zu ermöglichen, braucht es **ausreichend Zeit sowohl für die Fall- und Review-Teams als auch für die gemeinsame Sitzung.** Als günstig haben sich Sitzungen erwiesen, die an zwei aufeinander folgenden Tagen von Mittag bis Mittag gehen. Dies gibt nicht nur genügend Zeit für die Aufwärmphase, die Klärung von Kommunikationsregeln und Verschwiegenheitsbedingungen, sondern unterstützt auch die Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsatmosphäre. Je nach Gruppengröße kann es auch sein, dass 1,5 Tage vorgesehen werden sollten.

- Die **Gesamtdauer des Analyseprozess sollte idealerweise drei Monate nicht überschreiten**, um die diskutierten Themen und Inhalte – neben der Alltagsarbeit – in den unterschiedlichen Gruppendiskussionen präsent zu behalten.
- Der Prozess braucht – so die Rückmeldung aus allen Analysen – eine **Begleitung und Moderation durch externe und damit »neutrale« sowie in der Durchführung solcher Analysen geschulte Personen.**<sup>30</sup>
  - Sie strukturieren und steuern den Analyseprozess. Sie moderieren in komplexen Gruppenprozessen.
  - Sie ermöglichen den Blick und Fragen von »Nicht-Systembeteiligten«. Externe dürfen darüber hinaus manchmal Fragen stellen, die »ein Interner/eine Interne« nicht stellen darf.
  - Sie ermöglichen eine unvoreingenommene Aktenanalyse.
  - Sie ermöglichen das Ansprechen von Problemlagen, die innerhalb und zwischen den Institutionen tabuisiert, unangenehm, konfliktuell oder angstbesetzt sind.
  - Sie sorgen für ein vorwurfsfreies, konstruktives, offenes und lernbereites Diskussionsklima.

Personen, die einen solchen Prozess leiten wollen, müssen über Wissen und Erfahrung im Umgang mit dem systemorientierten Ansatz der Rekonstruktion und Analyse von Fallverläufen verfügen. Dies ist nicht nur wichtig, um den Analyseprozess gut leiten zu können, sondern auch die Basis, um einen ggf. schwierigen und komplexen Gruppenprozess moderieren zu können. Insofern kann auch eine Supervisionsausbildung von Vorteil sein. Hilfreich ist auch Erfahrung im Feld der Kinder- und Jugendhilfe und insbesondere im Kinderschutz. Darüber hinaus sollte die moderierende Fachkraft Erfahrung in der Interviewführung und Aktenanalyse haben. Erfahrung im wissenschaftlichen Arbeiten, z. B. in der Anwendung qualitativer Forschungsmethoden, ist nicht zwingend erforderlich, sofern die Ergebnisse nicht im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit aufbereitet werden sollen.

30 In den dargestellten Analyseprozessen hatten diese Aufgaben die beiden Wissenschaftlerinnen.

# 6

## **Ergebnisse aus den bisherigen Fallanalysen**

Die in diesem Kapitel dargestellten Risiken in der Kinderschutzarbeit sowie deren Ursachen wurden in mehreren der fünf untersuchten Fälle in gleicher oder ähnlicher Form beobachtet. Das Wiederkehren der Schwierigkeiten und Schwächen in unterschiedlichen Fällen und Institutionen deutet darauf hin, dass es sich – entsprechend der Ausgangshypothese der systemorientierten Analyse – nicht um individuelles Versagen einzelner Personen oder Institutionen handelt, sondern vielmehr um grundsätzliche Herausforderungen und Risiken in der Kinderschutzarbeit. Diese Überlegung wird auch dadurch unterstützt, dass in anderen (nationalen wie internationalen) Studien ähnliche Risiken und Fehler beschrieben werden.<sup>31</sup>

Die Ergebnisse aus den fünf durchgeführten Analyseprozessen wurden in folgenden Kategorien zusammengefasst:

1. Interaktion/Kommunikation Fachkräfte – Familie;
2. Konzeption von Hilfe und Schutz für das Kind und seine Familie;
3. Prozess der Gefährdungseinschätzung;
4. Organisationsübergreifende Kooperation und Kommunikation;
5. Arbeitsbedingungen, strukturelle Rahmenbedingungen und soziale Infrastruktur;
6. Kinderschutz und psychisch kranke Eltern.

Grundlage für die Kategorie 6., »Kinderschutz und psychisch kranke Eltern«, bilden die beiden Fälle mit dieser Thematik. Die für die Arbeit mit psychisch kranken Eltern bedeutsamen Erkenntnisse werden in einer eigenen Kategorie dargestellt, weil durch die Einordnung dieser Erkenntnisse in die Kategorien 1–5 problemlagenspezifische Risiken nicht ausreichend deutlich werden. Die Kategorien 1–5 treffen auf alle fünf Fälle zu, wobei nicht jedes beschriebene Problemfeld in jedem der fünf Fälle zu beobachten war.

Entsprechend der in Kapitel 2 dargestellten systemorientierten Logik wird in der Überschrift der ›Fehler‹ oder das ›Risiko‹ benannt und sodann kurz erläutert,

aus welchen Gründen das Phänomen in Kinderschutzfällen kritisch betrachtet werden sollte. ›Fehler‹ ist in diesen Fällen nicht im Sinne von schuldhaftem Versagen von Fachkräften zu verstehen. Im Gegenteil – dies sollte zwingend davon abgegrenzt werden, da die Ursachen und Hintergründe zeigen, dass diese ›Fehler‹ durch strukturelle, systemimmanente oder organisatorische Faktoren begünstigt oder gar herbeigeführt wurden und es keinerlei Hinweise gibt, dass sie von Fachkräften vorsätzlich, wissentlich oder gar böswillig herbeigeführt wurden. Im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung im Kinderschutz können die ›Fehler‹ auch als »Risiken« oder »Konsequenzen« riskanter Dynamiken oder Arbeitsweisen verstanden werden.

Anschließend werden die »Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren« beschrieben. Dabei handelt es sich um die Hypothesen, die im Rahmen des Analyseprozesses über die Entstehungsgeschichte der ›Fehler‹ entwickelt wurden. Sie beschreiben begünstigende Einflüsse oder Faktoren, die zumindest den ›Fehler‹ nicht verhindert haben. Wichtiger Hinweis: Gleiche oder ähnliche als Ursachen und Einflussfaktoren beschriebene Dynamiken können zu unterschiedlichen ›Fehlern‹ (Konsequenzen) führen. Ein Beispiel: Fehlende Konzepte und Strategien in der Zwangsberatung<sup>32</sup> können sowohl dazu führen, dass der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zu den Eltern scheitert, als auch einen Beitrag dazu leisten, dass die Fachkräfte schwierige Themen im Gespräch mit den Eltern schönen oder gar meiden. In der folgenden Auflistung kann es daher sein, dass gleiche oder ähnliche Ursachen für unterschiedliche ›Fehler‹ aufgeführt werden. Im Hinblick auf die Qualitätsentwicklung sollte denjenigen Dynamiken, die verschiedene oder mehrfache negative Konsequenzen haben können, hohe Priorität bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung beigegeben werden.

Zur einfacheren Lesbarkeit werden die Fachkräfte des öffentlichen Trägers, die die Kinderschutzaufgaben entsprechend dem § 8a SGB VIII erfüllen, in

31 Hinweise zu den entsprechenden Studien werden bei den jeweiligen Ergebnissen in den Fußnoten gegeben.

32 Für den hier vorliegenden Bericht wird die Definition von Zwangsberatung von Klug und Zobrist (2013, S. 16) übernommen: »Zwangskontext hat in der Regel mit rechtlichen Vorgaben zu tun, die die Klienten unter Androhung von empfindlichen Konsequenzen zwingen, in Kontakt mit Sozialer Arbeit zu treten.«

diesem Ergebniskapitel als Fachkräfte des ASD (Allgemeiner Sozialer Dienst) oder Fachkräfte des Jugendamts bezeichnet. Andere Bezeichnungen für den gleichen Arbeitsbereich wie zum Beispiel Bezirkssozialdienst, Regionaler Sozialer Dienst oder Bezirkssozialarbeit werden in diesen Bezeichnungen zusammengeführt.

## 6.1 Interaktion/Kommunikation Fachkräfte – Familie

In dieser Kategorie werden wahrgenommene Probleme und Risiken im Bearbeitungsprozess dargestellt, die sich bei der direkten Zusammenarbeit von Fachkräften aus Jugend- und Gesundheitshilfe mit der Familie (in der Regel leibliche Eltern und Stiefeltern) gezeigt haben. Für die hier vorgestellten Ergebnisse sind die Interviewaussagen der Eltern von besonderer Bedeutung, da dadurch die unterschiedlichen Perspektiven der Fachkräfte und der Eltern auf die Zusammenarbeit deutlich werden konnten.

### Der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zu den (Stief-)Eltern gelingt nicht

#### Weshalb wird dies als problematisch bewertet?

Die Stärkung der erzieherischen und fürsorgerischen Fähigkeiten der Eltern ist die zentrale Strategie zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung und zum Schutz der Kinder vor (weiteren) Schäden. Nur wenn dies nicht gelingt oder keine Aussicht besteht, dass dieses Ziel erreicht wird, können Kinder in Deutschland gegen den Willen der Eltern fremd untergebracht werden (vgl. § 1666a BGB). Die Art des Kontaktes zwischen Eltern und Fachkräften<sup>33</sup> ist hierfür von zentraler Bedeutung. Scheitert der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung mit den Eltern, reduzieren sich die Chancen, dass sie sich auf Hilfe und

auf Veränderung einlassen und das Kind eine sichere und langfristig Perspektive in der Familie haben kann. Für die Fachkräfte bedeutet dies, dass sie die Eltern mit schwierigen, u. U. schuldbelasteten Themen konfrontieren und gleichzeitig darum bemüht sein müssen, ihr Vertrauen und ihre Kooperationsbereitschaft zu gewinnen. Hilfe und Unterstützung sowie Schutz und Kontrolle sind also nicht als zwei konkurrierende, sondern als sich ergänzende Aufgabenbereiche angelegt (vgl. Gerber 2011a). Der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung ist daher sowohl für die Beratung der Eltern zur Abwendung von Gefahren notwendig als auch für die Risikoeinschätzung. Denn wenn Eltern sich auf den Beratungskontakt einlassen können, kann es eher gelingen, Risiken zu verstehen und anzusprechen.

#### Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:

**(1) Unsichere Risikoeinschätzungen und hohe Ambivalenz der Helferinnen und Helfer zwischen »Freiwilligkeit« und »Zwang« verursachen Unsicherheit im Kontakt und lösen bei den Eltern Misstrauen aus.**

Unklare und ambivalente Risikoeinschätzungen können dazu führen, dass die Fachkräfte selbst unsicher sind, ob sie sich in ihrer Arbeit mit der Familie im Kinderschutz (Zwang) oder im Bereich der Freiwilligkeit (Angebot) bewegen. In der Folge fällt es den Fachkräften schwer, den Eltern zu vermitteln, worin genau die Gefahr besteht, welche Schäden sie für das Kind befürchten und welche konkreten Veränderungen von den Eltern erwartet werden. Stattdessen bleiben ihre Aussagen sehr allgemein und vage. Je weniger die Aussagen der Fachkräfte jedoch für die Eltern nachvollziehbar sind, umso eher verlieren die Fachkräfte an Glaubwürdigkeit. Zugleich fehlt es den Eltern an Orientierung, was konkret von ihnen erwartet wird und was sie tun können, um wieder »ohne Aufsicht« Dritter für ihre Kinder sorgen zu können. Insofern scheint es nicht sinnvoll, Fälle – auch dann, wenn Art und Ausmaß der Gefahr noch nicht abschließend geklärt werden konnten – in einem »Graubereich«

33 Fachkräfte des öffentlichen Trägers und Freier Träger, aber auch der Gesundheitshilfe oder aller anderen Berufsgruppen, die mit Eltern in Kinderschutzfällen arbeiten

(vgl. Lüttringhaus u. a. 2007) einzuordnen. Dies birgt die Gefahr, dass sich die Ambivalenzen eher verfestigen und die Botschaften der Fachkräfte an die Eltern diffus bleiben (vgl. Gerber 2011a). Stattdessen braucht es ausreichend Zeit und geeignete Räume, um die Gründe für eine von Unsicherheit und Ambivalenz geprägte Risikoeinschätzung zu reflektieren und Wege zu finden, wie damit fachlich qualifiziert umgegangen werden kann.

### **(2) Konzepte für die Beratung im Zwangskontext und Strategien im Umgang mit Widerstand fehlen.**

Beratung im Kinderschutz ist eine Form von Zwangsberatung, weil die Eltern nicht die (folgen-)freie Wahl haben, ob sie Hilfe und Beratung annehmen oder nicht. Insofern ist Widerstand gegenüber »dem Jugendamt« oder »der Hilfe« eine erwartbare und u. U. »gesunde« Reaktionsweise von Eltern. Neben der Angst vor einem drohenden Autonomieverlust kann Widerstand aber auch durch schlechte Vorerfahrungen mit Hilfeinstitutionen ausgelöst werden oder eine Reaktion auf das Verhalten oder die Intervention der Beraterin oder des Beraters sein. Insofern ist Widerstand ein komplexes Phänomen, das viele Ursachen haben kann (vgl. Klug u. a. 2013). In der Praxis im Kinderschutz scheint Widerstand jedoch häufig unangemessen auf mangelnde Problemeinsicht und fehlende Kooperationsbereitschaft der Eltern reduziert und als solcher v. a. im Rahmen der Risikoeinschätzung aufgegriffen zu werden.<sup>34</sup> Konzepte und Strategien, um die Hintergründe und Dynamik von Widerstand zu verstehen sowie in der Beratung damit zu arbeiten, scheinen dagegen eher zu fehlen. Die Folge ist, dass sich die Fachkräfte sehr schwertun, eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufzubauen.

### **(3) Es ist schwer, Vertrauen aufzubauen und zugleich misstrauisch zu bleiben.**

Die Fachkräfte sollen im Kinderschutz einerseits eine vertrauensvolle beraterische Beziehung zu den Eltern

aufbauen und andererseits – im Rahmen der Risikoeinschätzung – gegenüber Aussagen und Erklärungen der Eltern misstrauisch bleiben und deren Wahrheitsgehalt überprüfen. Darüber hinaus sollen sie gemeinsam mit den Eltern ein Schutzkonzept entwickeln, das einen Plan über geeignete und notwendige Hilfen und zugleich Maßnahmen zur Kontrolle des Verhaltens der Eltern enthält. Gelingt es nicht, diese scheinbar widersprüchlichen Aufträge gegenüber den Eltern transparent und nachvollziehbar zu machen und in eine gute Balance zu bringen, besteht das Risiko, dass der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zum Schutz des Kindes scheitert.

### **(4) Eltern reagieren sensibel auf Zuschreibungen, (Vor-)Verurteilungen und das Gefühl, abgewertet zu werden.**

In den Elterninterviews wurde deutlich,

- dass Eltern sensibel darauf reagieren, wenn auf ihre Wünsche und Vorstellungen nicht eingegangen wird, bzw. wenn ihre Wünsche aus für sie nicht nachvollziehbaren Gründen (scheinbar willkürlich) abgelehnt werden; das Gefühl, an Entscheidungen, die z. B. unmittelbaren Einfluss auf den Familienalltag haben, nicht angemessen beteiligt zu werden, kann dazu führen, dass die Eltern die Interventionen und Hilfen als Willkür erleben und in der Folge erheblichen Widerstand gegen die Maßnahmen entwickeln.
- dass eine stark defizitorientierte Gesprächsführung, die Stärken, Erfolge und Bemühungen der Eltern nicht würdigt, von den Eltern als kränkend und unberechtigt abwertend erlebt wird; zugleich kann sich die einseitige Betonung ihrer Schwächen negativ auf ihr Selbstvertrauen und ihr Gefühl der Selbstwirksamkeit auswirken. In der Folge besteht die Gefahr, dass die Eltern weder Hoffnung in die Zukunft noch Glauben an ihre eigenen Fähigkeiten entwickeln können.
- dass es Eltern kränkt, wenn die Fachkräfte Einschätzungen über ihre Fähigkeiten und Schwie-

<sup>34</sup> Gem. § 1666 BGB ist ein Kind dann gefährdet, wenn sein körperliches, geistiges und seelisches Wohl gefährdet ist und die Eltern nicht bereit und in der Lage sind, die Gefährdung abzuwenden. Mangelnde Kooperationsbereitschaft wird häufig als fehlende Bereitschaft und Fähigkeit der Eltern interpretiert, die Gefahr für das Kind abzuwenden.

rigkeiten (unreflektiert und ohne erkennbare Begründung) von der Hilfesgeschichte oder den Erzählungen Dritter ableiten. Wird die Perspektive der Eltern nicht gehört, bzw. unbegründet ignoriert, fühlen sich die Eltern dem Urteil der Fachkräfte hilflos ausgeliefert und unfair behandelt. Gleiches gilt, wenn die Fachkräfte Veränderungen nicht ausreichend würdigen und an einmal getroffenen Bewertungen festhalten, obwohl die Eltern erste Schritte gegangen sind.

Die Aussagen der Eltern im Rahmen der Fallanalysen zeigen, dass hohe Empathiefähigkeit, sensible Gesprächsführung, ernsthafte Beteiligung sowie das Bemühen darum, Entscheidungen und Einschätzungen nachvollziehbar zu erklären, wichtige beraterische Fähigkeiten sind, um eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufzubauen.

#### **(5) Das Alter der Fachkraft und persönliche Sympathie beeinflussen den Aufbau einer Arbeitsbeziehung.**

Wenn Eltern Fachkräfte ablehnen, wird dies häufig vor allem als Form des Widerstandes gegen die Intervention von außen interpretiert. Dies kann, muss jedoch nicht der vorrangige Grund sein. Die Interviews mit Eltern zeigen, dass es vor allem Fachkräfte, die wesentlich jünger als Eltern sind, schwer haben, als glaubwürdige und erfahrene Expertinnen und Experten akzeptiert zu werden (Ein Beispiel: »Wir hatten immer den Eindruck, der kennt Erziehung nur aus dem Buch.«). Darüber hinaus wurde auch deutlich, dass die persönliche Sympathie erheblichen Einfluss darauf hat, ob sich die Eltern auf die Gespräche einlassen und sich öffnen. Mangelnde Sympathie können Fachkräfte selbst als Problem erleben, zudem dies durch die Veränderung der Beratungs- und Gesprächsführungsstrategie beeinflusst werden kann. Insofern kann der Wechsel der Ansprechpartnerin bzw. des Ansprechpartners ein sinnvoller Schritt sein, um bessere Voraussetzungen für den Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung zu schaffen.

### **Schwierige Themen werden vermieden/geschönt und Kompromisse in der Konzeption von Hilfe und Schutz eingegangen, die hinter den Bedürfnissen des Kindes zurück bleiben**

#### **Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Es liegt in der Natur der Sache, dass in »Kinderschutzfällen« im Sinne des § 8a SGB VIII oder des § 4 KKG das Fürsorge- und Erziehungsverhalten der Eltern in der Kritik steht und/oder ihre Fähigkeiten, das Kind vor Gefahren für sein Wohl zu schützen, angezweifelt werden. Gäbe es nicht den Verdacht oder gar die Prognose, dass das Kind/der Jugendliche in der alleinigen Obhut seiner Eltern erheblichen Schaden nehmen würde, wäre es kein Kinderschutzfall. Insofern steht der Kontakt zu den Eltern in diesen Fällen immer im Spannungsfeld zwischen dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und der Notwendigkeit, für das Kind potenziell schädigende Faktoren mit den Eltern zu besprechen und geeignete und notwendige Maßnahmen zu dessen Schutz zu ergreifen. Die Erwartung der Eltern, dass ihnen erklärt wird, warum ihr erzieherisches Verhalten kontrolliert wird, ist sowohl berechtigt als auch fachlich zwingend erforderlich. Denn nur wenn die Eltern verstanden haben, welches Verhalten (und warum) bei ihrem Kind potenziellen Schaden anrichtet, haben sie eine Chance, selbst aktiv an Veränderungen (mit) zu arbeiten. Zugleich haben Eltern auch in Kinderschutzfällen ein Wunsch- und Wahlrecht und einen Anspruch darauf, an den Entscheidungen über geeignete und notwendige Hilfen/Maßnahmen mitzuwirken. Dies gilt in Kinderschutzfällen insbesondere auch deshalb, weil die Beteiligung der Eltern an der Auswahl und Entscheidung über geeignete und notwendige Hilfen ein erster Schritt zur Stärkung ihrer erzieherischen Fähigkeiten sein kann.

Werden schwierige Themen jedoch gemieden oder geschönt, besteht das Risiko, dass

- (1) wichtige Auslöser für die Sorge um das Kind ungeklärt bleiben (z.B. Erklärungen der Eltern für körperliche Verletzungen, die nicht zu der Art der Verletzung passen);

- (2) es den Eltern an Orientierung fehlt und die an sie gestellten Anforderungen diffus bleiben;
- (3) Hilfen eingerichtet und Maßnahmen getroffen werden, die zwar von den Eltern akzeptiert, jedoch für den Schutz des Kindes weder geeignet noch ausreichend sind (z. B. Installation einer ambulanten Hilfe anstatt einer stationären Hilfe oder Einsatz einer ambulanten Hilfe mit einem nur geringen Stundensatz, obwohl eine intensive Betreuung notwendig wäre).

### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

#### **(1) Aus Angst, den Kontakt zu den Eltern zu verlieren, werden Schwierigkeiten nicht offen angesprochen und Verdachtsmomente im Unklaren belassen.**

Ein guter Kontakt zu den Eltern wird – berechtigterweise – als hohes Gut und Voraussetzung dafür gesehen, dass es gelingt, die Gefährdung durch Beratung, Unterstützung und Stärkung der Eltern in ihren erzieherischen Kompetenzen abzuwenden. Die Eltern mit Schwierigkeiten, Defiziten oder beispielsweise einem Misshandlungsverdacht zu konfrontieren, kann den Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung dagegen belasten oder gar gefährden. Denn egal wie wertschätzend man die Sorge um das Kind formuliert, die Botschaft bleibt im Kern die gleiche: »Wir haben Zweifel daran, dass es Ihnen gelingt, dem Kind ausreichend gute Eltern zu sein.« Dies kann dazu führen, dass sich Fachkräfte zugunsten der Beziehung dafür entscheiden, Schwierigkeiten (z. B. unangemessenes erzieherisches Verhalten) oder einen Verdacht (z. B. Zweifel an der Erklärung der Eltern für eine Verletzung des Kindes) nicht oder nicht deutlich anzusprechen. In der Folge werden Themen »zum Tabu«, was dazu führen kann, dass die Gefährdungseinschätzung lückenhaft bleibt und konkrete Veränderungsziele und Notwendigkeiten für den Schutz des Kindes ungeklärt bleiben.

#### **(2) Fachkräfte sind nicht ausreichend in der Beratung im Zwangskontext geschult. Geeignete Strategien, Defizite, Risiken und konfliktträchtige Themen anzusprechen, fehlen.**

Die Fachkräfte erleben das Spannungsfeld zwischen Beratung der Eltern und Verantwortung für den Schutz des Kindes vor weiterem Schaden häufig auch als inneren Konflikt: Einerseits sehen sie das Leiden der Eltern und hoffen, dass es gelingt, ihnen zu helfen und ihnen eine gemeinsame Zukunft mit ihren Kindern zu ermöglichen. Andererseits machen sie sich Sorgen um das Kind und spüren sehr deutlich die Verantwortung, die sie für den Schutz des Kindes haben. Die Art, wie Fachkräfte dieses für die Beratung im Zwangskontext typische Spannungsfeld auflösen, ist individuell sehr unterschiedlich. In den Fallanalysen zeichnen sich jedoch zwei riskante Strategien ab. So gibt es Fachkräfte, die versuchen, Situationen oder Gesprächsinhalte, die von den Eltern als Misstrauen oder Vorwurf interpretiert werden könnten, zu vermeiden (vgl. (1)). Andere Fachkräfte versuchen wiederum, durch eine deutliche und wiederholte Konfrontation der Eltern mit Defiziten und Bedenken, dem Thema und der Notwendigkeit von Veränderung Nachdruck zu verleihen. Positive Entwicklungen werden dagegen kaum thematisiert, weil befürchtet wird, dass dadurch die Forderung nach Veränderung und die Notwendigkeiten zum Schutz des Kindes an Wichtigkeit verlieren.

Beide Vorgehensweisen sind wenig geeignete Strategien im Kinderschutz und können insofern auch als Hinweis dafür gedeutet werden, dass in der Kinder- und Jugendhilfe Methoden und Konzepte für die Beratung von Menschen im Zwangskontext fehlen. Dies wird auch daran deutlich, dass bedeutende Phänomene (z. B. Widerstand, Ambivalenz) oder Konzepte (Motivation von Menschen, die von außen mit der Forderung nach Veränderungen konfrontiert werden) weder theoretisch reflektiert, noch in konkreten beraterischen Strategien aufgegriffen werden. Insofern finden auch vorhandene Konzepte zur Beratung von Klientinnen und Klienten im Zwangskontext, wie z. B. der Suchthilfe, in der Praxis im Kinderschutz bisher kaum Beachtung (Klug/Zobrist 2013, Conen u. a. 2009, Trotter 2006).

**(3) Die Angst vor einem Abbruch des Kontaktes zu den Eltern und die Sorge um das Wohl eines Elternteils werden zum Maßstab für die Entscheidung über die Hilfe und/oder Intervention.**

Bei Entscheidungen über Hilfen bzw. Interventionen zum Schutz des Kindes versuchen Fachkräfte, das Schutzbedürfnis des Kindes und die Interessen der Eltern in Einklang zu bringen. In den Fallanalysen hat sich gezeigt, dass sich diese Balance zu Ungunsten der Kinder verschieben kann, wenn z.B. die begründete Befürchtung im Raum steht, dass die Fremdunterbringung des Kindes den Suizid eines Elternteils zur Folge haben könnte. Fehlen dann geeignete Orte der Reflexion und Supervision, kann bei den Fachkräften schnell der Eindruck entstehen, dass sie sich zwischen den Schäden für das Kind und dem Leben des Vaters oder der Mutter entscheiden müssen. In der Folge werden Maßnahmen ausgewählt, die zwar die Eltern/den Elternteil schonen, zugleich jedoch hinter dem zurückbleiben, was zum Schutz des Kindes notwendig wäre.

Ein ähnliches Dilemma entsteht, wenn Eltern ihren Wünschen und Vorstellungen von Hilfe durch die Drohung mit Kontaktabbruch Nachdruck verleihen. Die Fallanalysen haben gezeigt, dass Fachkräfte dann einen Kompromiss suchen, der zwar den Kontaktabbruch verhindert, jedoch dem Schutzbedürfnis des Kindes nicht gerecht wird (z.B.: Weil die Mutter auf weniger intensive Hilfen besteht, wird die ambulante erzieherische Hilfe als Rufbereitschaft installiert, obwohl dadurch die Veränderungsprozesse, die zum Schutz des Kindes notwendig wären, weder initiiert noch begleitet oder überprüft werden können).<sup>35</sup> Ungeeignete Kompromisse werden insbesondere dann eingegangen, wenn die Fachkräfte Zweifel daran haben, ob sie beim Familiengericht den notwendigen Beschluss zur Umsetzung weiterführender Maßnahmen/Hilfen herbeiführen können.

**(4) Das Mitgefühl mit den Eltern stellt das Risiko für das Kind in den Schatten.**

Dramatische eigene Kindheitserlebnisse von Mutter oder Vater etwa aufgrund von eigener Misshandlung oder Traumatisierung durch Kriegserfahrungen können große Betroffenheit und Mitgefühl im Helfersystem auslösen. Ebenso kann die gewaltbelastete Kindheit der Eltern in Verbindung mit einer misslungenen Jugendhilfeschichte (z.B. die Mutter wurde als Kind vom Jugendamt zum missbrauchenden Vater zurückgeführt und damit weiterem Missbrauch ausgesetzt) berufliche ›Schuldgefühle‹ bei aktuell zuständigen Fachkräften erzeugen.

Das Wissen der Fachkräfte über die ›Verletzungen‹ der Eltern und die dadurch verursachten Leiden kann dazu führen, dass Fachkräfte versuchen, die Eltern zu schonen. Dies wird zum Beispiel dadurch deutlich, dass Fachkräfte Hemmungen haben, eventuell einschränkende Auswirkungen der traumatischen Erlebnisse auf das Fürsorge- und Erziehungsverhalten der Eltern zu prüfen. Je weniger Gelegenheit Fachkräfte dann haben, solche Hilfebeziehungen zu reflektieren (z.B. in Supervision), umso größer ist das Risiko, dass das Mitgefühl mit den Eltern die Risikoeinschätzung beeinflusst und zu einem relevanten Faktor bei der Entscheidung über Hilfe und Intervention wird. Der Wunsch der Fachkräfte, dass es die Eltern mit ambulanten Hilfen »doch noch schaffen«, wird zu einem zentralen Merkmal der Hilfekonzeption. Massivere Interventionen, wie z.B. die Anrufung des Familiengerichtes, werden vermieden oder hinausgezögert, um die Eltern nicht zusätzlich zu belasten. In der Folge geraten die Interessen und Bedürfnisse des Kindes als Maßstab für die Konzeption von Hilfe und Schutz aus dem Blick.

<sup>35</sup> Vgl. hierzu auch die Ergebnisse aus dem Projekt »Qualitätsentwicklung Kinderschutz in Jugendämtern in Rheinland Pfalz« 2009–2011 (Schrappner/Schnorr 2012)

## 6.2 Konzeption von Hilfe und Schutz für das Kind und seine Familie

Kinderschutz in Deutschland bedeutet, Hilfe und Kontrolle zu einem abgestimmten Konzept miteinander zu verbinden. Die eingesetzten Hilfen sowie die vereinbarten Maßnahmen der Kontrolle werden häufig mit dem Begriff »Schutzkonzept« zusammengefasst (vgl. z.B. Lenkenhoff 2015): Qualifizierte Schutzkonzepte bestehen aus (vgl. LWL 2013)

- einem Hilfefkonzept für die Eltern und das Kind. Die Hilfen für die Eltern verfolgen dabei das Ziel, deren erzieherische Fähigkeiten zu stärken, so dass das Kind vor (weiteren) Schäden geschützt ist (z.B. Hilfen zur Erziehung). Spezifische Hilfen für die Kinder werden hingegen mit dem Ziel eingesetzt, bestehende Belastungen und bereits entstandene Schäden auszugleichen (z.B. Frühförderung);
- einem Sicherheitskonzept, dessen Ziel es ist, die aktuelle Sicherheit des Kindes im Blick zu behalten (z.B. Urinproben, regelmäßige Inaugenscheinnahme des Kindes) und ggf. kurzfristig eine akute Gefahr für das Kind abwenden zu können;
- einem Kontrollkonzept, im Rahmen dessen überprüft wird, ob die eingesetzten Hilfen auch tatsächlich die notwendigen Veränderungen bewirken und sich die Situation des Kindes tatsächlich verbessert. Denn erst die Kontrolle der Hilfe und ihrer Effekte ermöglicht eine Einschätzung ihrer Geeignetheit und ihres Erfolges im Sinne des Kinderschutzes.

Welche Probleme und Stolpersteine bei der Erstellung eines Schutzkonzeptes entstehen können, wird in den folgenden Problemfeldern zusammengefasst.

### Wichtige Akteurinnen und Akteure im Familiensystem werden nicht als Klientinnen und Klienten identifiziert oder in geeigneter und notwendiger Form eingebunden<sup>36</sup>

#### Weshalb wird dies als problematisch bewertet?

Der Einbezug von nicht sorgeberechtigten Personen ist für die Kinderschutzarbeit von Bedeutung, weil viele Kinder in Patchworkfamilien, bei Alleinerziehenden oder in Familien, in denen auch enge Verwandte (z.B. Großeltern) eine bedeutende Rolle bei der Erziehung, Aufsicht und Pflege der Kinder übernehmen, aufwachsen. So zeigen die Zahlen des statistischen Bundesamtes für 2015 (Statistisches Bundesamt 2016), dass in 55,8 % der Fälle, in denen das Jugendamt nach einer Gefährdungseinschätzung gemäß § 8a SGB VIII zu dem Ergebnis gekommen ist, dass das Kind akut oder latent gefährdet ist, das Kind in einem Haushalt mit dem alleinerziehenden Elternteil, mit einem Elternteil und dessen neuem Partner oder mit den Großeltern oder sonstigen Personen gelebt hat. Die größte Gruppe darunter bildeten die Alleinerziehenden mit insgesamt 18.624 (41 %). In dieser Gruppe kann man davon ausgehen, dass unter Umständen Dritte, nicht sorgeberechtigte Personen (Partnerinnen und Partner, Großeltern etc.) Einfluss auf die Pflege und Fürsorge des Kindes haben. Dies gilt auch, wenn sie nicht dauerhaft mit im Haushalt leben.

Beziehen die Verfahren, die beraterischen Strategien sowie die Interventionen solche gesellschaftlichen Veränderungen nicht mit ein und orientieren sich stattdessen weiterhin an einem traditionellen Familienbild, besteht die Gefahr, dass wichtige Akteurinnen und Akteure im Familiensystem aus dem Blick geraten. So kann es beispielsweise sein, dass das Risiko für das Kind vom Lebensgefährten der Mutter ausgeht, zum Schutz des Kindes jedoch alleine die leibliche Mutter adressiert wird. Oder es kann sein, dass der Hilfe- und Unterstützungsbedarf

36 Auf das Problem, dass beispielsweise Väter bzw. männliche Partner weder als mögliche Gefahrenquelle noch als mögliche Ressource in den Blick geraten, weist auch Kindler (2011) in seinem Beitrag *Denkfehler und andere Praxisirrtümer im Kinderschutz: Eine persönlich gefärbte Übersicht* hin.

einer Großmutter, die vorübergehend die Versorgung des Kindes übernimmt, unerkannt bleibt und in der Folge eine Überforderungssituation entsteht, die zum Risiko für das Kind werden kann. Aus diesem Grund kann der fehlende oder ungenügende Einbezug von wichtigen Akteurinnen und Akteuren im Familiensystem zum Risiko für erfolgreiches Kinderschutzhandeln werden.

### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

**(1) Die am Sorgerecht orientierte Logik des Kinder- und Jugendhilfegesetzes und des Bürgerlichen Gesetzbuches scheint die Fachkräfte dahingehend zu verunsichern, ob und wie intensiv sie nicht sorgeberechtigte Mitglieder des Familiensystems adressieren können.**

Eltern im juristischen Sinne sind die Inhaber der elterlichen Sorge gem. § 1626 BGB. Sie sind die zentralen Adressaten und Anspruchsberechtigten von Hilfe in der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. § 27 SGB VIII). Darüber hinaus sind die Fähigkeiten und Grenzen von Eltern ein zentrales Kriterium bei der Beurteilung, ob ein Kind gefährdet ist (vgl. § 1666 BGB). Insofern ist es nachvollziehbar, dass die Inhaber der elterlichen Sorge sowohl bei der Gefährdungseinschätzung als auch bei dem Erstellen eines Schutzkonzeptes eine zentrale Rolle spielen. Zugleich können aber auch nicht sorgeberechtigte Personen sowohl zum Risiko für ein Kind werden als auch zu dessen Schutz beitragen. Insofern ist für den Kinderschutz nicht nur der rechtliche Status einer Person, sondern vor allem deren Rolle als Bezugs- und Betreuungsperson für das Kind relevant. Trotz der von systemischen Grundsätzen geprägten Denkweise in der Sozialen Arbeit scheint jedoch der rechtliche Status einer Bezugsperson ein zentrales Kriterium dafür zu sein, ob, in welcher Intensität und mit welchem Ziel sie in der Arbeit adressiert werden. In den Fallanalysen zeigt sich, dass relevante, nicht sorgeberechtigte Personen sowohl bei der Gefährdungseinschätzung als auch im Verlauf der Hilfe eher am Rande – oder abhängig von deren jeweiligem Engagement – beteiligt oder in die Verantwortung genommen werden. Anstatt beispielsweise die Mutter und ihren Lebensgefährten als Paar zu adressieren und in ihrer Verantwortung an-

zusprechen, wird der Fokus nur auf den leiblichen Elternteil gelegt. Je offener und aggressiver der Widerstand v. a. der Stiefväter ist, umso schneller lassen die Bemühungen nach, ihn zu adressieren. Stattdessen wird versucht, die Mutter dahingehend zu aktivieren, dass sie die bedrohlichen Faktoren im Umgang ihres Partners mit den Kindern wahrnimmt, sich von ihm distanziert und dadurch die Kinder schützt. Diese auf den ersten Blick nachvollziehbare Strategie der Fachkräfte kann jedoch bei den Müttern zu einem Loyalitätskonflikt führen. Allein die Vorstellung, sich trennen zu müssen, kann als sehr bedrohlich erlebt werden, was zur Folge haben kann, dass sich die Frauen für den Partner und gegen die Hilfe entscheiden. Statt den Schutz des Kindes zu stärken, erhöht das als Versuch der Spaltung erlebte Agieren der Fachkräfte den Widerstand der Mutter gegen jegliche Intervention und Hilfe. Insofern deuten die Ergebnisse der Fallanalysen darauf hin, dass es Strategien und Konzepte braucht, um insbesondere die nicht sorgeberechtigten Lebensgefährten der Mutter in das Schutzkonzept aktiv einzubinden.

**(2) Von den Sorgeberechtigten aktivierte Betreuungspersonen werden weder hinterfragt noch als Klientinnen bzw. Klienten und damit als potenzielle Hilfeadressatinnen bzw. -adressaten erkannt.**

Werden Dritte, wie zum Beispiel Großeltern oder getrenntlebende (sorge- sowie nichtsorgeberechtigte) Väter, von der Familie in Krisen selbst als Ressource aktiviert, werden sie von den Fachkräften schnell als zentrale Lösung und wichtige Entlastung des Helfersystems akzeptiert. Eine Überprüfung vorab, ob ihre individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten ausreichend sind, um diesem Anspruch gerecht zu werden, wird als nicht notwendig erachtet. In der Folge stellt sich beispielsweise in einem Fall erst im Laufe der Zeit zufällig heraus, dass erhebliche Zweifel an einer angemessenen Versorgung des Kindes beim leiblichen Vater angebracht sind.

Darüber hinaus wird den nicht sorgeberechtigten Familienmitgliedern – als nicht anspruchsberechtigten Personen im Sinne des SGB VIII – auch keine Hilfe und Unterstützung angeboten, um der übernommenen Verantwortung besser gerecht werden zu

können. Dies führt beispielsweise in einem Fall dazu, dass weder die Überforderung noch die physische Überlastung einer Großmutter mit den ihr zugeordneten Aufgaben erkannt wird.

Insofern haben die Fallanalysen deutliche Hinweise dafür erbracht, dass Familienangehörige, die in die Hilfe und den Schutz des Kindes eingebunden werden, als Klientinnen bzw. Klienten erkannt und somit sowohl im Hinblick auf Schutz und Risiken als auch im Hinblick auf Hilfebedarf adressiert werden sollten.

### **Wichtige Anforderungen und Ziele von Hilfe und Schutz gehen verloren; Ziele und Konzeption von Hilfe und Schutz scheinen diffus**

#### **Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Sowohl die sozialpädagogische Diagnostik als auch die Konzeption von Hilfe und Kontrolle müssen in Kinderschutzfällen meist innerhalb kurzer Zeit aufgebaut werden. Die Folge ist, dass häufig begrenztes Wissen über die Familie und ihre Problemlagen die Grundlagen hierfür bildet und das Schutzkonzept auf der Unsicherheit von Hypothesen und Prognosen aufgebaut werden muss. Im Laufe der Arbeit mit der Familie erfahren sowohl die Fachkräfte des ASD als auch die der Freien Träger zunehmend mehr über die einzelnen Familienmitglieder, deren Geschichte sowie die Familiendynamik. Dies kann dazu führen, dass bisherige Einschätzungen infrage gestellt werden müssen oder zu den ohnehin komplexen Problemlagen weitere hinzukommen. Die Konsequenz ist, dass sowohl die Risikoeinschätzung als auch das Schutzkonzept im Helfersystem laufend reflektiert und angepasst werden müssen, um einerseits bereits erkannte zentrale Anforderungen in der Arbeit zum Schutz des Kindes nicht zu vergessen und andererseits relevante neue Themen nicht aus dem Blick zu verlieren. Gehen in diesem Prozess wichtige Anforderungen an den Schutz des Kindes oder zentrale Hilfeziele unter oder werden nicht explizit herausgearbeitet, kann es sein, dass sowohl Risiken für das Kind als auch schädigende Belastungen an Bedeutung verlieren bzw.

nicht mehr ausreichend wahrgenommen werden. Die Folge ist, dass entsprechende Konsequenzen ausbleiben, die notwendig sind, um weiteren Schaden vom Kind abzuwenden.

#### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

**(1) Eine von Unsicherheit geprägte, diffuse und/oder häufig wechselnde Risikoeinschätzung erschwert die Entwicklung von konkreten Zielen und Anforderungen für den Schutz des Kindes.**

In den wenigsten Fällen lassen sich das konkrete Gefährdungsrisiko und die geeigneten und notwendigen Hilfen schnell und eindeutig erkennen und benennen. Häufiger sind Fallbearbeitungen von wechselnden, zum Teil widersprüchlichen und unsicheren Informationen und Eindrücken geprägt. Unter diesen Umständen zu einer zuverlässigen Einschätzung des Gefährdungsrisikos zu kommen, ist eine fachliche Herausforderung. Fehlende Orte und Zeiten für die Reflexion und Beratung des Falles, aber auch fehlende personelle Kontinuität in Fallbesprechungen erschweren es zusätzlich, ein konsistentes Schutzkonzept zu erstellen. Bleibt die Einschätzung des Gefährdungsrisikos über einen längeren Zeitraum diffus und wird keine angemessene Strategie im Umgang mit der hohen Falldynamik entwickelt, kann sich dies in zweierlei Hinsicht negativ auf die Arbeit mit der Familie auswirken: (1) Die Unsicherheit der Fachkräfte führt zu ambivalenten und sehr allgemeinen, wenig konkretisierbaren Aussagen gegenüber den Eltern (z. B. »Die Situation muss stabiler werden.«). Die Folge ist, dass Eltern unklar bleibt, was von ihnen erwartet wird und was sie aktiv tun können, um »das Jugendamt loszuwerden«. (2) Die diffuse und von Unsicherheiten geprägte Risikoeinschätzung macht es den Fachkräften schwer, konkrete Veränderungsziele zu formulieren. In der Folge bleiben auch die Aufträge und Botschaften an beteiligte Helferinnen und Helfer unklar. Statt Hilfe zur Veränderung und Kontrolle im Rahmen des Schutzkonzeptes miteinander zu verbinden, wird die Kontrolle und Überwachung der Familie zum zentralen Ziel und Auftrag der Hilfe. Vor diesem Hintergrund scheint es sinnvoll, sensibel für die Auswirkungen häufig wech-

selnder und über einen längeren Zeitraum unklarer Risikoeinschätzungen zu sein und geeignete Strategien im Umgang damit zu entwickeln. Hierfür ist insbesondere die Bereitstellung von ausreichend Zeit und geeigneten Räumen zur Reflexion solcher Fallverläufe notwendig.

**(2) Von der Familie vorgebrachte neue Themen lenken einerseits von unangenehmen oder belastenden Themen ab und beleuchten andererseits neue relevante Themen.**

In einigen Fällen nimmt die Komplexität der Fragestellungen im Laufe der Arbeit mit den Familien, zumindest zeitweilig, zu. Immer wieder kommen neue Themen ans Licht, oder neue Erkenntnisse stellen bisherige Einschätzungen infrage. Die Entwicklung eines »roten Fadens« bei der Verwirklichung von Hilfe und Kontrolle kann unter diesen Umständen sowohl für die Fachkräfte der öffentlichen als auch der Freien Träger zur Herausforderung werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn Eltern scheinbar laufend neue Probleme »erzeugen«, die sowohl einer Lösung bedürfen als auch das Ziel haben (könnten), von anderen Schwierigkeiten abzulenken. Gelingt es unter diesen Umständen nicht, den Überblick zu bewahren, Prioritäten zu setzen und wichtige Ziele konsequent zu verfolgen, kann es sein, dass wichtige Anforderungen und Ziele von Hilfe und Schutz verloren gehen.

**(3) Komplexe Helfersysteme machen es sowohl schwer, Ziele, Aufträge und Arbeitsweisen gegenüber den Eltern transparent zu machen, als auch, abgestimmte Strategien zwischen den Fachkräften zu entwickeln.**

Eine hohe Falldynamik und häufig wechselnde, unter Umständen auch widersprüchliche Erkenntnisse und entsprechende Veränderungen des Hilfskonzeptes müssen sowohl gegenüber den Eltern transparent gemacht als auch im Helfersystem abgestimmt werden. Hilfeziele müssen verändert und angepasst werden, die Aufträge und Verantwortlichkeiten zwischen den Fachkräften abgestimmt sowie Aufgaben- und Rollentransparenz gegenüber den Eltern hergestellt werden. Je größer das Helfersystem, umso schwieriger ist es, ein mit den Eltern und allen Fachkräften abgestimmtes und allen transparentes Schutzkonzept

aus Hilfe und Kontrolle aufrecht zu erhalten. Die Folge kann sein, dass Ziel und Konzeption der Hilfen zunehmend unklar werden und wichtige Anforderungen an den Schutz des Kindes verloren gehen.

**Das Kind und seine Belastungen/ Schädigungen und die Behandlung bereits entstandener Defizite geraten aus dem Blick**

**Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Im Mittelpunkt des Kinderschutzes steht das Ziel, Kinder vor erheblichen Schäden für ihre Entwicklung zu bewahren. Hierzu sollen sowohl Gefahren beseitigt als auch bereits entstandene Schäden behandelt werden. Kinderschutz ist also nicht nur die Abwendung zukünftigen Schadens, sondern stets verbunden mit der Anforderung, bereits entstandene Defizite (z. B. Entwicklungsverzögerungen) auszugleichen. Ob die Arbeit im Kinderschutz erfolgreich ist, hängt somit auch von der Antwort auf die Frage ab, ob bereits vorhandene Defizite ausgeglichen oder zumindest eine weitere Verschlechterung oder erneute Schädigungen verhindert werden können (vgl. Kindler 2013). Geraten das Kind und seine Belastungen/ Schädigungen hingegen im Hilfeverlauf aus dem Blick, so ist dies ein Problem, dessen Ursachen und Hintergründe für das Risiko- und Fehlermanagement im Kinderschutz von Bedeutung sind.

**Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

**(1) Hohe Falldynamik, Komplexität der Problemlagen sowie die Herausforderungen des Kontaktaufbaus mit den Erwachsenen binden die Aufmerksamkeit der Fachkräfte.**

Die Wege, auf denen der Schutz von Kindern verwirklicht werden kann, sind vielfältig. Meistens jedoch führt der Weg über ihre Eltern und die wichtigsten Bezugspersonen. Eltern tragen nicht nur im verfassungsrechtlichen Sinne vorrangig die Verantwortung für das Wohl ihrer Kinder, sondern sind meistens auch die wichtigsten Betreuungs- und Bindungspersonen für das Kind. Insofern wirken die Fachkräfte in der Regel

nicht unmittelbar auf das Kind ein, sondern versuchen über die Befähigung und Unterstützung der Eltern und wichtigsten Betreuungspersonen, Schutz und Hilfe für das Kind zu gewährleisten. Gestaltet sich der Aufbau einer konstruktiven Arbeitsbeziehung mit diesen Personen schwierig oder erweisen sich die familiären Problemlagen als komplex, bindet dies viel Aufmerksamkeit auf Seiten der Fachkräfte. Wiederkehrende Kontaktabbrüche sowie die Neukonzeption oder Anpassung der Hilfen werden schnell zum Mittelpunkt in der Fallarbeit. Die tatsächliche (Versorgungs-)Situation des Kindes und seine Entwicklungsbedürfnisse geraten darüber unbemerkt aus dem Blick. Hilfen und Maßnahmen werden entlang der Bedürfnisse und Möglichkeiten der Eltern ausgerichtet, ohne dass die Konsequenzen für das Kind ausreichend reflektiert werden. In der Folge kann es sein, dass eine – aus der Perspektive des Kindes – dringend notwendige Maßnahme zur Förderung seiner körperlichen, emotionalen oder kognitiven Entwicklung mit erheblichen Verzögerungen oder nur halbherzig umgesetzt wird, weil die Mutter oder der Vater nicht bereit oder in der Lage sind, ihrem Kind diese Hilfe zukommen zu lassen. Ein Beispiel: Die chronologische Rekonstruktion des Fallverlaufs im Rahmen der Fallanalyse ermöglichte es einem fallführenden Sozialarbeiter zu erkennen, dass die Entwicklungsverzögerungen des Kindes zwar von Anfang bekannt und dokumentiert worden waren, jedoch erst mit einer Verzögerung von anderthalb Jahren ein Frühförderangebot aufgenommen werden konnte (das nach kurzer Zeit aufgrund der Ambivalenz der Kindsmutter wieder abgebrochen wurde). Weil er viel Zeit und Mühe für die Arbeit mit der Familie und ihren hoch komplexen Problemlagen aufgebracht hatte, war ihm dieses Detail aus dem Blick geraten.

### **(2) Der Schutzgedanke überlagert die Wahrnehmung des Förderbedarfs des Kindes.**

Je kleiner das Kind, umso wichtiger ist die Einschätzung seiner aktuellen Sicherheit (Kindler u. a. 2006). Wird das Kind ausreichend mit Nahrung versorgt? Gelingt es den Eltern, den Vereinbarungen zum Schutz des Kindes nachzukommen? Ist die Aufsicht und Pflege gewährleistet, oder besteht akute Gefahr für Leib und Leben des Kindes? Um auf diese Fragen möglichst zuverlässige Antworten zu erhalten,

werden zum Teil umfangreiche Hilfen auch mit Kontrollabsichten eingerichtet. Die Fallanalysen haben gezeigt, dass die Gefahr besteht, dass die Behandlung von bereits entstandenen Defiziten des Kindes (z. B. Entwicklungsverzögerungen) unter diesen Umständen nur mit geringer Priorität verfolgt oder erst gar nicht als wesentliche Aufgabe im Kinderschutz verstanden wird. Weil sich alle Aufmerksamkeit der beteiligten Fachkräfte auf den Schutz des Kindes vor akuten Gefahren richtet, gerät der Förderbedarf des Kindes aus dem Blick.

### **(3) Der Erfolg des Hilfeverlaufs wird nicht im Hinblick auf konkrete Veränderungen für das Kind bewertet; Nicht-Abbruch wird zum wichtigsten Ziel und zentralen Erfolgskriterium.**

Hilfen, wie z. B. Sozialpädagogische Familienhilfen (SPFH), werden im Kinderschutz mit dem Ziel eingesetzt, Risiken oder neuerlichen Schaden vom Kind abzuwenden. Der Auftrag der Fachkräfte besteht darin, die Eltern dabei zu unterstützen und zu begleiten, für das Kind riskantes Verhalten, Rahmenbedingungen etc. zu verändern. Entscheidend für den Erfolg einer Hilfe ist somit, ob sich die Situation für das Kind tatsächlich verbessert und weitere Schäden abgewendet werden können. Die Fallanalysen haben jedoch gezeigt, dass die Kooperation der Eltern zum zentralen Kriterium für den Erfolg einer Hilfe werden kann und darüber das Kind aus dem Blick gerät. So kann es sein, dass zwar ausbleibende Veränderungen im erzieherischen Verhalten der Eltern, zunehmende Defizite des Kindes, wiederholte Gefährdungsmeldungen oder erneute Verletzungen oder Vernachlässigung des Kindes dokumentiert werden. Zum Anlass für eine grundlegende Infragestellung der Konzeption von Hilfe und Schutz werden sie jedoch nicht. Anstatt der Verbesserung der kindlichen Lebens- und Entwicklungsbedingungen werden »Nicht-Abbruch« des Hilfekontaktes oder die (langfristige) Begleitung der Familie zum Maßstab für den Erfolg einer Hilfe.

Ein Beispiel: In Fallbesprechungen und Helferkonferenzen wird intensiv die Kooperationsbereitschaft der Eltern diskutiert. Nehmen sie Termine zuverlässig wahr? Halten sie sich an Absprachen? Haben die Fachkräfte den Eindruck, dass die Eltern ausrei-

chend engagiert mitarbeiten? Eine explizite Diskussion und Reflexion der Frage, was sich in den Monaten der Hilfe für das Kind konkret verändert hat, spielt dagegen keine Rolle. Die Folge ist, dass die Fachkräfte über einen langen Zeitraum mit der Familie arbeiten, ohne dass erkennbare konkrete Veränderungen oder Verbesserungen für das Kind eintreten. Dennoch haben die Fachkräfte den Eindruck, dass Hilfe und Schutz für das Kind auf den Weg gebracht sind. Das Kind und seine Bedürfnisse sind aus dem Blick der Fachkräfte geraten.

### **Es werden Hilfen/Schutzmaßnahmen eingeleitet, die nicht ausreichend oder geeignet sind, um die notwendigen Veränderungen herbeizuführen oder um den Schutz des Kindes vor akuten Gefahren zu gewährleisten**

#### **Weshalb wird dies als Problem bewertet?**

Die Entscheidungen über geeignete und notwendige Hilfen und Maßnahmen zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung sollten sich an den konkret vorhandenen Risiken für das Kind orientieren und geeignet und ausreichend für die jeweilige Problemlage sein. Werden hingegen ungeeignete Hilfen oder nicht ausreichende Maßnahmen zum Schutz des Kindes getroffen, besteht ein erhöhtes Risiko für das Kind, (erneut) Schaden zu nehmen.

#### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

##### **(1) Begrenzt und unzureichendes Wissen über die Wirksamkeit ambulanter Hilfen in Gefährdungsfällen führt zu unzureichenden Hilfeentscheidungen.**

Die Fachkräfte scheinen bei der Beurteilung, ob eine Hilfe geeignet ist, vor allem Aspekte wie die (schnelle) Verfügbarkeit, die Akzeptanz durch die Eltern sowie den zu erwartenden Schutz der Hilfe vor akuten Gefahren für Leib und Leben des Kindes in den Vordergrund zu stellen. Wissenschaftliche Befunde über die Wirkung (z.B. ambulanter Hilfen) sowie über Wirkfaktoren von Hilfen (z.B. Dauer und Intensität) scheinen hingegen kaum eine Rolle bei der Erarbei-

tung des Hilfskonzeptes zu spielen. Die Folge ist, dass u. U. Hilfen eingesetzt werden, die kaum Aussichten auf Erfolg haben, und dadurch die Dauer der Belastungen für das Kind zusätzlich verlängert wird.

##### **(2) Antizipierte familiengerichtliche Entscheidungen sowie die Einstellung strafrechtlicher Ermittlungen führen bei den Fachkräften zu Irritationen, die die Auswahl geeigneter und notwendiger Hilfe beeinträchtigt.**

Bei der Abwägung geeigneter und notwendiger Hilfen und Interventionen zum Schutz des Kindes und bei Zweifeln an der Zustimmung der Eltern versuchen Fachkräfte die Entscheidung des Familiengerichtes vorab einzuschätzen. Kommen Fachkräfte alleine oder im Rahmen der Fallbesprechung zu dem Schluss, dass das Familiengericht der Empfehlung des Jugendamtes aller Voraussicht nach nicht folgen wird, wird die Anrufung des Gerichtes als Option verworfen. Die Tatsache, dass die Anrufung des Familiengerichtes unabhängig vom Ergebnis immer eine Intervention in der Arbeit mit der Familie darstellt, wird hingegen kaum diskutiert. Die Konsequenz ist, dass Fachkräfte mit scheinbar eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten weiterarbeiten und Kompromisse bei den Hilfen und Maßnahmen eingehen, die den Kriterien der Geeignetheit und Notwendigkeit nicht gerecht werden.

Eine ähnliche Dynamik kann die Einstellung strafrechtlicher Ermittlungen gegen die Eltern haben. Kommt die Staatsanwaltschaft zu dem Schluss, das Verfahren wegen Misshandlung Schutzbefohlener einzustellen, weil sie keine Möglichkeiten sieht, den oder die Täter zu ermitteln, kann der Eindruck entstehen, dass auch eine Anrufung des Familiengerichtes keine Aussicht auf Erfolg mehr hat. Der Schutz des misshandelten Kindes scheint von der Ermittlung des Verursachers abzuhängen. Die Option, den mangelnden Schutz des Kindes vor einer erneuten Misshandlung aufgrund ungeklärter Täterschaft in den Vordergrund des familiengerichtlichen Verfahrens zu stellen, wird nicht in den Blick genommen (vgl. Kindler u. a. 2016). Die Konsequenz ist, dass den Fachkräften ein zentrales Mittel fehlt, um v.a. bei massiver physischer Misshandlung den Schutz des Kindes sicherzustellen.

## 6.3 Prozess der Gefährdungseinschätzung

Das Ergebnis der Gefährdungseinschätzung ist sowohl maßgeblich für die Entscheidung, ob ein Fall zum Kinderschutzfall wird, als auch zentral für die Konzeption von Hilfe und Schutz. Insofern kommt der Qualität der Gefährdungseinschätzung große Bedeutung zu. Bleibt die Gefährdungseinschätzung unklar oder unvollständig, können unter Umständen Gefahren für das Kind über- oder unterschätzt werden oder eventuell nicht ausreichende, übertriebene oder ungeeignete Maßnahmen zum Schutz des Kindes eingeleitet werden. Insofern ist das Erkennen und Verstehen von Problemen im Prozess oder bei den Ergebnissen der Gefährdungseinschätzung von erheblicher Bedeutung für das Risiko- und Fehlermanagement im Kinderschutz.

### Kooperationsbereitschaft wird mit Veränderungsfähigkeit gleichgesetzt

#### Weshalb wird dies als problematisch bewertet?

Die Veränderungsanforderungen im Kontext des Kinderschutzes können für Eltern hoch und insofern auch bedrohlich sein. Eingeebte oder zumindest gewohnte Abläufe im Alltag sollen verändert werden. Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsmuster, die bisher Orientierung gegeben haben, werden infrage gestellt. Damit Eltern Veränderungen erfolgreich umsetzen können, brauchen sie u. a. ausreichende Problemwahrnehmung, möglichst konkrete Vorstellungen, weshalb und was sie verändern wollen, Durchhaltevermögen sowie begünstigende Ressourcen (z. B. erlebte Selbstwirksamkeit; Hoffnung auf Erfolg). Fehlen jedoch notwendige Voraussetzungen, wird es schwer, langfristig und zuverlässig Veränderungen zu verwirklichen.

Insofern kann es sein, dass Eltern kooperieren, indem sie z. B. Hilfe akzeptieren und Termine zuverlässig wahrnehmen, und es ihnen dennoch nicht gelingt, die notwendigen Veränderungen umzusetzen.

Ein Grund dafür kann sein, dass Eltern eigentlich nichts verändern wollen, jedoch kooperieren, weil sie weitergehende Eingriffe von außen verhindern wollen. Oder aber Eltern haben zwar den Wunsch, »bessere Eltern« zu sein, schaffen es aber trotz des Veränderungswillens nicht, ihrem Kind die Rahmenbedingungen für ein geschütztes Aufwachsen bereitzustellen. Schließlich kann es auch sein, dass Eltern mit einer Institution oder einer Person nicht kooperieren, jedoch durchaus bereit und in der Lage sind, ihr Leben zu verändern. Insofern sagt die Kooperationsbereitschaft von Eltern nicht zwingend etwas über ihre Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit aus.

Die Fallanalysen haben jedoch gezeigt, dass die Kooperationsbereitschaft von Eltern (z. B. in Form der Unterzeichnung eines Hilfeplans, der zuverlässigen Wahrnehmung von Terminen etc.) als ein zentrales Kriterium herangezogen wird, um auch die Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit von Eltern einzuschätzen.<sup>37</sup> Dies kann z. B. zur Folge haben, dass über einen längeren Zeitraum von weitergehenden, intensiveren Schutzmaßnahmen abgesehen wird, weil die Eltern immer wieder ihre Kooperationsbereitschaft versichern und durch die Inanspruchnahme von Terminen zum Ausdruck bringen. Eine nachhaltige Veränderung bleibt jedoch sowohl im Verhalten der Eltern als auch bezüglich der Lebenssituation des Kindes aus.

#### Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:

##### (1) Veränderungen des elterlichen Fürsorge- und Erziehungsverhaltens werden nicht explizit beurteilt.

Im Rahmen eines länger andauernden Hilfeprozesses kann es sein, dass es den Fachkräften nicht gelingt, die Entwicklung des elterlichen Verhaltens eigens zu bewerten und im Hinblick auf das Erreichen der angestrebten Veränderungsziele kritisch zu beurteilen.

37 Für eine ausführlichere Darstellung der Beurteilung von elterlicher Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit siehe Kindler: Wie kann die Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit von Eltern eingeschätzt werden? In Kindler u. a. (Hg.) (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). <http://db.dji.de/asd/72.htm> (Zugriff am: 19.11.2018)

Fehlende Veränderungen und ein Fortbestehen der für das Kind riskanten Verhaltensweisen – trotz Hilfe – werden zwar dokumentiert, führen jedoch nicht zu einer Neubewertung der Situation. Ein Grund dafür scheint zu sein, dass es im Helfersystem kaum konkrete Zielvorstellungen dazu gibt, wie und in welchem Zeitraum sich das Verhalten der Eltern verändern soll. Darüber hinaus scheinen die Fachkräfte ihr Augenmerk v.a. auf die Kooperationsbereitschaft und Akzeptanz von Hilfe zu legen. Ob die Hilfe tatsächlich die gewünschten Effekte hat und ob die Eltern und das Kind tatsächlich von der Unterstützung profitieren, tritt dagegen in den Hintergrund. In der Folge werden (insbesondere ambulante) Hilfen über einen längeren Zeitraum eingesetzt, ohne dass sich die Lebenssituation des Kindes wesentlich und nachhaltig verbessert.

**(2) Guter Kontakt und viel Nähe zur Familie können dazu führen, dass der klare Blick auf mögliche Risiken für das Kind verstellt wird.**

Ein guter Kontakt zur Familie wird von den Fachkräften (meist auch sehr berechtigt) als Erfolg ihrer Arbeit und gute Grundlage für die weitere Arbeit mit der Familie erlebt. Wenn Eltern sehr aktiv den Kontakt zu einer Fachkraft suchen und dankbar zum Ausdruck bringen, dass sie die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit ihr sehr schätzen, kann dies jedoch auch dazu führen, dass Fachkräfte die Ressourcen und Fähigkeiten der Eltern sowie ihre Veränderungsfähigkeit überschätzen. Ein Beispiel: Eltern betonen gegenüber dem Sozialarbeiter immer wieder, wie sehr sie seine Hilfe und Unterstützung schätzen. Bei Konflikten mit anderen Helferinnen und Helfern beziehen sie ihn mit ein und vermitteln ihm das Gefühl, dass er eine wichtige Stütze bei der Bewältigung schwieriger Situationen ist. Da es der Sozialarbeiter in vielen der anderen laufenden Fälle v.a. mit Eltern zu tun hat, die ihm gegenüber Ablehnung signalisieren, ist er – sehr nachvollziehbar – erleichtert, dass diese Eltern so offen seine Hilfe suchen. Die Folge ist, dass er sich keine größeren Sorgen macht, da die Familie scheinbar Hilfe annimmt und sogar sensibel für den bestehenden Hilfebedarf zu sein scheint. Erst als

die Situation eskaliert, wird deutlich, dass die Herstellung von (scheinbarer) Nähe und die enge Kooperation mit der Fachkraft auch das Ziel hat, seine Aufmerksamkeit abzulenken. Da Supervision nur bei Bedarf und auf Anfrage bewilligt wird und der Fall dazu keinen Anlass gab sowie ausreichend Zeit und geeignete Räume zur Reflexion solcher Dynamiken fehlen, gibt es auch keine Gelegenheit, in der diese Hilfebeziehung reflektiert werden kann.

Insofern wird deutlich, dass die Kooperationsbereitschaft sowie der geäußerte Veränderungswille der Eltern alleine nicht ausreichen, um daraus auf die konkrete Veränderung(-sfähigkeit) schließen zu können. Vielmehr müssen konkrete Fortschritte, die Bewältigung von Entwicklungsschritten und langfristige Veränderungen beobachtbar sein, um auf den Erfolg der Hilfe im Sinne des Kinderschutzes schließen zu können. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, die Auswirkungen eines auffällig »guten Kontaktes« zwischen Fachkräften und Eltern in Supervision oder Fallbesprechungen zu reflektieren, um riskante Verwicklungen zwischen Helfer- und Familiensystem zu erkennen.

**Die Gefährdungseinschätzung konzentriert sich insbesondere auf das Sammeln von äußerlich beobachtbaren und einfach zu bewertenden Informationen und Verhaltensweisen<sup>38</sup>**

**Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Die Einschätzung des Gefährdungsrisikos ist eine komplexe und anspruchsvolle Aufgabe. Neben den kindlichen, altersgemäßen Bedürfnissen und den erzieherischen Fähigkeiten der Eltern müssen auch familiäre und individuelle Risiken oder Belastungen eingeschätzt werden, die die Gefahr einer (erneuten) Misshandlung oder Vernachlässigung des Kindes erhöhen können. Hierzu gehören z.B. die Kindheitserfahrungen der Eltern, Persönlichkeitsmerkmale wie Impulsivität oder auch eher problemvermeidende Verhaltensmuster bei gleichzeitig schädigenden Be-

38 Ähnliche Befunde liegen aus England vor, vgl. Munro 1999 und Munro 1996.

dingungen für das Kind.<sup>39</sup> Viele dieser für die Einschätzung des Gefährdungsrisikos relevanten Faktoren können nicht alleine durch die Beobachtung des elterlichen Verhaltens oder der Lebensbedingungen erkannt und bewertet werden. So benötigen die Fachkräfte beispielsweise Strategien in der Gesprächsführung mit Eltern und wichtigen Bezugspersonen des Kindes, um einen Einblick in deren Wertvorstellungen, erzieherische Konzepte oder Problemwahrnehmungen zu erhalten. Ebenso kann der Einfluss negativer Kindheitserfahrungen auf die erzieherischen Fähigkeiten von Eltern ohne Gespräche mit diesen kaum bewertet werden. Insofern bedarf es spezifischer Kompetenzen bei den Fachkräften, um die Bedeutung äußerlich nicht erkennbarer und u.U. nicht einfach zu erhebender Faktoren qualifiziert einschätzen zu können.

Werden vor allem einfach zu beobachtende Informationen gesammelt und dokumentiert und zugleich Denk- und Handlungsmuster oder Muster zur Bewältigung von Problemen nicht »verstanden«, ist es schwer, zu einer angemessenen Einschätzung des Gefährdungsrisikos zu kommen. Insofern werden Hinweise darauf, dass bei der Gefährdungseinschätzung v.a. äußerlich beobachtbare Informationen gesammelt werden, als problematisch erachtet.

## Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:

### (1) Vorhandene Instrumente und Verfahren fokussieren vorrangig auf äußerlich beobachtbare Risiken.

In den eingesetzten Instrumenten und Einschätzverfahren werden in erster Linie äußerlich beobachtbare, einfach zu erhebende Aspekte abgefragt (etwa Grundversorgung des Kindes, Bindungsverhalten). Weitere Elemente zur Risikobeurteilung, wie z.B. elterliche Modelle von Erziehung, die Entwicklungsgeschichte und eigene Bindungserfahrungen oder die Veränderungsfähigkeit von Eltern, werden dagegen nicht systematisch erfragt. Die Folge ist, dass die Aufmerksamkeit der Fachkräfte durch die Instrumente auf be-

stimmte Faktoren gelenkt wird und andere – ebenfalls für die Gefährdungseinschätzung wichtige Faktoren – demgegenüber an Bedeutung verlieren. Da sich v.a. unerfahrene Fachkräfte darauf verlassen, dass die Instrumente gewährleisten, dass sie nichts Wichtiges übersehen, vermittelt ihnen die Anwendung der Instrumente und Checklisten Sicherheit. Ist der Nutzen der Instrumente und ihr qualitätssichernder Effekt jedoch nicht evaluiert, stellt diese scheinbare Sicherheit ein Risiko dar, da wichtige andere Faktoren – ggf. unbemerkt – unberücksichtigt bleiben.

### (2) »Hard facts« scheinen anders bewertet zu werden als »soft facts«.

Äußerlich beobachtbare Faktoren (»hard facts«), wie z.B. der (desolate) Zustand der Wohnung, scheinen stärker gewichtet zu werden als sogenannte »weiche« Faktoren, die im Kontakt mit der Familie wahrgenommen und häufig von Fachkräften als »ungutes Gefühl« beschrieben werden (zum Beispiel die Aussage einer Fachkraft: »Das Kind wurde mir immer wie ein Tablett herübergereicht.«). Dieses »Bauchgefühl«, das unter Umständen Ausdruck von Erfahrungswissen ist, scheinen Fachkräfte nicht explizit im Rahmen der Diagnostik oder für die Arbeit mit der Familie zu nutzen. Vielmehr wird es – v.a. wenn es widersprüchlich zur bisherigen Risikoeinschätzung ist – als »unprofessionell« und damit wenig aussagekräftig abgetan. In den Fallanalysen konnten sich jedoch mehrere Fachkräfte an Situationen erinnern, in denen sie ein »komisches Gefühl« hatten, das jedoch im Widerspruch zur bestehenden Einschätzung stand. Da sie die Gefühle zunächst nicht durch »harte Fakten« begründen konnten und sowohl Raum als auch Zeit fehlten, um die bestehende Einschätzung infrage zu stellen, wurde den Wahrnehmungen nicht die notwendige Beachtung geschenkt.

### (3) Körperliche Verletzungen eines Kindes alarmieren das Helfersystem stärker.

Physische Verletzungen und Bedrohungen eines Kindes aktivieren das Helfersystem stärker als psy-

39 Für einen Überblick siehe Lillig, S. (2006): Welche Aspekte können insgesamt bei der Einschätzung von Gefährdungsfällen bedeutsam sein? In: Kindler u. a. (Hg.) (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). <http://db.dji.de/asd/72.htm>

chosoziale Risiken und Entwicklungsbelastungen. Schwerer erkennbare und schwieriger zu bewertende Beobachtungen (etwa häufig wechselnde Betreuungspersonen, mangelnde emotionale Verfügbarkeit und Belastbarkeit der Kindesmutter, motorische und sprachliche Defizite des Kindes) geraten dagegen schneller aus dem Blickwinkel der Fachkräfte. Insofern deuten die Erfahrungen in den Fallanalysen darauf hin, dass einige v. a. zur Beurteilung einer Kindesvernachlässigung bedeutende Faktoren für Fachkräfte schwer einzuschätzen sind. Nicht zuletzt da es sich bei der Kindesvernachlässigung um die häufigste Form der Kindeswohlgefährdung<sup>40</sup> handelt, scheint diese Beobachtung auf spezifischen Qualifizierungsbedarf hinzuweisen.

### Die Gefährdungseinschätzung wird trotz neuer Informationen nicht oder sehr spät revidiert<sup>41</sup>

#### Weshalb wird dies als problematisch bewertet?

Um die Wirksamkeit eingeleiteter Schutz- und Fördermaßnahmen für Kind und Eltern zu überprüfen, werden Hilfe- und Schutzmaßnahmen im Kinderschutz von einem Prozess der kontinuierlichen Beurteilung der Gefährdungsrisiken begleitet. Bei neu hinzukommenden risikorelevanten Beobachtungen und Informationen sowie bei individuellen oder familiären Zuspitzungen und Krisen muss die Risikoeinschätzung reflektiert und aktualisiert werden. Ebenso müssen Entwicklungen, die deutlich machen, dass Eltern (wieder) besser für ihre Kinder sorgen, im Rahmen der Gefährdungseinschätzung entsprechend verarbeitet werden. Berücksichtigt werden sollten dabei jeweils alle bekannten eltern-, kind- und hilfeprozessbezogenen Gegebenheiten, die möglicherweise zu einer Neubewertung der vorhandenen Risiken und einer entsprechenden Anpassung des Schutz- und

Hilfekonzeptes für ein Kind und seine Familie führen können. Insofern ist die Einschätzung des Gefährdungsrisikos kein einmaliger Bearbeitungsschritt, sondern vielmehr ein laufender Prozess, dessen Ergebnis kontinuierlich überprüft und angepasst werden muss. Wird das Gefährdungsrisiko trotz neuer Informationen jedoch nicht angepasst oder gar revidiert, kann dies dazu führen, dass sowohl die Gefahr als auch die Sicherheit des Kindes unter- oder überschätzt wird.

#### Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:

(1) **Neue Informationen werden so ausgelegt, dass sie bestehende Einschätzungen bestätigen; es wird nicht aktiv nach Hinweisen gesucht, die die bestehenden Hypothesen widerlegen könnten (»Bestätigungsfehler«).** Menschen neigen dazu, neue Informationen oder Wahrnehmungen so auszulegen und zu bewerten, dass sie bereits bestehende Einschätzungen und Entscheidungen eher bestätigen. Dieses Phänomen wird in der Kognitionspsychologie als Bestätigungsfehler oder *Confirmation Bias* bezeichnet.<sup>42</sup> Auch in den untersuchten Fällen spielt das Phänomen des Bestätigungsfehlers im Rahmen der Risikoeinschätzung immer wieder eine Rolle. Die Folge ist, dass Informationen und Aussagen, die der bestehenden Risikoeinschätzung widersprechen (z.B. Meldungen Dritter) – aus scheinbar guten Gründen - nur wenig Bedeutung beigemessen wird. Informationen, die die aktuelle Einschätzung der Situation des Kindes und seiner Familie hingegen bestätigen, werden hervorgehoben, als wichtig bewertet und entsprechend dokumentiert.

Der Bestätigungsfehler wurde auch in England sowohl in Fallanalysen als auch in Studien als bedeutendes Phänomen im Kinderschutz erkannt. So hat beispielsweise Eileen Munro alle zwischen 1973 und 1994 veröffentlichten Berichte von Fallanalysen u. a. dahingehend ausgewertet, welchen Stellenwert die Aussagen

40 Laut der Zahlen des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden kamen in 2015 Jugendämter in 20.806 Verfahren zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung zu dem Ergebnis »akute Kindeswohlgefährdung«. In 64 % dieser Fälle gab es Anzeichen für eine Vernachlässigung des Kindes.

41 Zu diesem Ergebnis sind auch englische Studien gekommen, vgl. Munro 1996 und Munro 1999.

42 Vgl. Online-Lexikon für Psychologie und Pädagogik <http://lexikon.stangl.eu/10640/confirmation-bias-bestaetigungsfehler-bestaetigungstendenz/> (Zugriff am: 7.7.2017)

von Kindern bei der Einschätzung des Gefährdungsrisikos haben (Munro 1999). In den Fällen, in denen Fachkräfte auch mit Kindern gesprochen haben, wurde deutlich, dass Äußerungen von Kindern, die den Einschätzungen der Fachkräfte entsprachen, von diesen hervorgehoben wurden. Aussagen, die der Einschätzung widersprachen, wurden hingegen mit ›guten Gründen‹ (z. B. Loyalitätskonflikt, Kind zu jung) als weniger relevant bewertet.

Eine den Effekt des Bestätigungsfehlers verstärkende Dynamik könnte die von Schrappner in einem Vortrag als Reflexionsparadox (Schrappner 2015) bezeichnete Suche nach Sicherheit sein. Die Hypothese ist: Fachkräfte suchen nicht gerne »aktiv« nach Hinweisen, die die bestehenden Hypothesen und Einschätzungen widerlegen könnten, um eine ohnehin komplexe und von Unsicherheiten geprägte Entscheidungssituation nicht noch zusätzlich zu verunsichern. Vielmehr suchen Fachkräfte – auch in Fallbesprechungen – vor allem Handlungssicherheit. Je kritischer die bestehenden Einschätzungen jedoch reflektiert werden und je mehr Raum den widersprechenden Informationen gegeben wird, umso unsicherer fühlen sich Fachkräfte. Fehlen dann Zeit und Raum in den Fallbesprechungen, um mit der neuen Unsicherheit umzugehen, kann dies dazu führen, dass Fachkräfte ›gute Gründe‹ finden, um widersprechenden Informationen wenig Bedeutung beizumessen.

Werden in Fällen v. a. die Einschätzung bestätigende Informationen gesucht und als relevant wahrgenommen, kann dies dazu führen, dass positive wie negative Entwicklungen im Fallverlauf nicht wahrgenommen oder bereits fehlerhafte Einschätzungen nicht oder nur mit großer zeitlicher Verzögerung korrigiert werden.

## **(2) Wegen Arbeitsüberlastung können Einschätzungen nicht zeitnah reflektiert und aktualisiert werden.**

Insbesondere in verdichteten Fallbearbeitungsphasen oder bei hoher Fallbelastung steht nicht ausreichend Zeit zur Verfügung, um die bestehende Risikoeinschätzung auf dem Hintergrund neuer Informationen ggf. zu verändern und anzupassen. Dies gilt auch, wenn der zeitliche Rahmen für Fallbesprechungen massiv begrenzt ist, z. B. weil in der zur Verfügung

stehenden Zeit mehrere Kolleginnen oder Kollegen Fälle besprechen wollen bzw. müssen. Das Festhalten an bestehenden Einschätzungen, das zeigen die Fallanalysen, kann auch eine Strategie im Umgang mit begrenzten zeitlichen Ressourcen sein, weil dann (1) der Zeitaufwand für die Fallbesprechung verkürzt werden kann und (2) das bestehende Schutzkonzept nicht überarbeitet werden muss.

## **Ungeklärte Täterschaft bei körperlichen Verletzungen von Kindern führt zu Verunsicherungen**

### **Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Wenn Kinder (wiederholt) körperlich misshandelt oder verletzt werden, ist es für die Einschätzung des Wiederholungsrisikos, die Erarbeitung eines tragfähigen Schutzkonzeptes sowie die Auswahl des geeigneten Hilffarrangements wichtig zu wissen, wer das Kind warum und in welchen Situationen schädigt. Dies zu klären, kann für Fachkräfte mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein. Darüber hinaus kann es sein, dass sich trotz intensiver Bemühungen am Ende nicht abschließend klären lässt, von welcher Person die Gefahr für das Kind ausgeht. Trotz der fehlenden Informationen müssen Fachkräfte auch in solchen Fällen Strategien zum Schutz des Kindes erarbeiten.

In den Fallanalysen hat sich gezeigt, dass Fachkräften Ansatzpunkte für den Kinderschutz scheinbar fehlen und sich ein Gefühl der Hilflosigkeit einstellen kann, wenn die Täterin oder der Täter in Fällen körperlicher Gewalt nicht bekannt ist.

### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

#### **(1) Die Suche nach der Täterin oder dem Täter wird als Aufgabe der Polizei und Staatsanwaltschaft angesehen.**

Die Beantwortung der Frage, wer dem Kind Verletzungen zugefügt hat, scheint von Fachkräften als vorrangige Aufgabe der Staatsanwaltschaft und Polizei betrachtet zu werden, da sie in erster Linie mit der Klärung der strafrechtlichen Schuld verbunden wird. Welche Bedeutung die Klärung der Täterschaft auch für die Konzeption von Hilfe und Schutz hat, scheint dagegen weniger reflektiert zu werden. Die Konsequenz ist, dass nur wenig Energie in die Ermittlung der Täterin oder des Täters investiert wird. Dies gilt umso mehr, wenn Ideen und Strategien zur Ermittlung einer Täterin oder eines Täters fehlen.

Je unklarer jedoch ist, wer das Kind misshandelt hat, umso schwerer fällt es Fachkräften, ein Schutzkonzept zu entwickeln. In der Folge entsteht bei den Fachkräften der Eindruck, dass sie aufgrund fehlender Ansatzpunkte nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, das Kind vor einer erneuten Misshandlung zu schützen. Dies gilt auch, wenn staatsanwaltschaftliche Ermittlungen zur Feststellung der Täterin bzw. des Täters ohne Ergebnis eingestellt werden und das Misshandlungsrisiko fortbesteht.

#### **(2) Erklärungen der Eltern für körperliche Verletzungen des Kindes werden ungeprüft oder vorschnell übernommen.**

Im Gespräch mit den Eltern bleiben Problemrelativierungen oder scheinbar »gute Gründe« für die Verletzungen des Kindes unhinterfragt (z. B. »Das ist passiert, als wir Gäste hatten und nicht im Raum waren. Das Kind ist in die Zigarette eines Gastes gelaufen.«). Zweifeln wird nicht explizit nachgegangen (vgl. dazu auch 6.1. »Schwierige Themen werden vermieden«). Hintergrund dafür scheint zu sein, dass Fachkräfte befürchten, dass durch die Infragestellung der elterlichen Erklärungen die Arbeitsbeziehung belastet oder sogar gefährdet wird. Ebenso scheinen Strategien oder Möglichkeiten zu fehlen, Verletzungsursachen durch Dritte – wie z. B. medizinische Expertinnen oder Experten – bewerten zu lassen. Die Folge ist, dass sich die ungeklärte Frage der Ursache einer

Verletzung als Unsicherheitsfaktor durch die gesamte Fallbearbeitung zieht und v. a. Überlegungen zu weitergehenden Schutzmaßnahmen (z. B. Fremdunterbringung als Hilfeziel oder Anrufung des Familiengerichts) daran zu scheitern drohen.

### **Aktuelle Beobachtungen und familiäre Entwicklungen werden zu wenig in Bezug zur Hilfesgeschichte gesetzt**

#### **Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Die Arbeit mit Familien, in denen Risiken für Kinder bestehen, kann sich über mehrere Monate bis hin zu Jahren erstrecken. Insofern verfügen Fachkräfte persönlich oder in den Akten über eine Vielzahl von Informationen und Erfahrungen, die aktuelle Beobachtungen im Fall oder Aussagen der Eltern in einem neuen Licht erscheinen lassen können. Hilfestrategien, die sich in der Vergangenheit als erfolglos erwiesen haben, schwelende familiäre Konflikte sowie zum wiederholten Male auftretende Schwierigkeiten bei der Versorgung des Kindes zu erinnern ist hilfreich, um die aktuelle Situation zu bewerten und eine zuverlässige Prognose zu Risiken und Chancen von Interventionen zu erstellen. Werden die aktuellen Beobachtungen jedoch ohne den Einbezug der bisherigen Erkenntnisse aus der Hilfesgeschichte bewertet, kann es sein, dass es zu falschen Einschätzungen oder ungeeigneten Hilfeentscheidungen kommt.

### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

#### **(1) Bisherige und dokumentierte Erfahrungen im Hilfeverlauf werden bei der Risikoeinschätzung und Hilfeplanung nicht explizit berücksichtigt.**

Die Risikoeinschätzung und Hilfeplanung wird vor allem von der momentan bestehenden familiären Situation und den aktuellen Aussagen der Eltern abgeleitet. Länger laufende Fälle scheinen nicht systematisch rekonstruiert und reflektiert zu werden, um z. B. Erkenntnisse aus familiären Dynamiken, der Hilfesgeschichte oder aus beobachteten oder fehlenden Veränderungsprozessen zu gewinnen. So werden die

in den Akten dokumentierten Informationen in der laufenden Fallbearbeitung kaum herangezogen, um zum Beispiel die Bedeutung aktueller Entwicklungen, Aussagen oder Beobachtungen im Kontext des bisherigen Fallverlaufs zu sehen. Ein Beispiel: In der Akte ist als bedeutendes Problem dokumentiert, dass die Mutter nicht in der Lage ist, sich bei Bedarf – z. B. in einer Krise – aktiv Hilfe zu organisieren. Nachdem die Mutter sich über die zu intensive Hilfe beschwert und mit Kontaktabbruch droht, wird dennoch einige Monate später mit ihr der ›Kompromiss‹ ausgehandelt, dass die bislang tätige Familienhilfe nur noch als Rufbereitschaft eingerichtet wird. Da die dokumentierte Einschätzung keiner der aktuell involvierten Fachkräfte mehr bekannt ist, wird »Rufbereitschaft« als geeignetes und ausreichendes Schutzkonzept erachtet. Im weiteren Fallverlauf stellt sich jedoch heraus, dass die Mutter nach wie vor nicht eigenständig Hilfe einfordert und sich so die Situation ohne Wissen der Fachkräfte zu einer Krise zuspitzt.

In den Fallanalysen wurden neben der fehlenden Routine drei weitere Gründe deutlich, warum bisherige Erfahrungen im Hilfeverlauf nicht einbezogen werden:

- Es fehlen zeitliche Ressourcen zum Lesen der Akten – sowohl bei Fallübernahmen als auch bei länger laufenden Fällen;
- Die Fachkräfte überschätzen ihr Erinnerungsvermögen;
- Es wird auf das Lesen der Akten verzichtet, um der Familie ohne Vorbehalte begegnen und sich ein eigenes Bild machen zu können.

## **(2) Bei personellem Wechsel oder neuen Akteuren im Hilfesystem geht Wissen verloren.**

Gezielte und strukturell gesicherte Gelegenheiten, bei denen sich neu zum Hilfenetz hinzukommende Akteurinnen und Akteure mit früheren oder schon länger mit der Familie arbeitenden Kolleginnen und Kollegen austauschen können, scheinen zu fehlen. Zwar werden neue Helferinnen und Helfer – z. B. im Rahmen von Helferkonferenzen – auf den aktuellen Stand gebracht. Erfahrungen und Wissen aus dem bisherigen Fallverlauf wird jedoch nicht explizit, son-

dern eher zufällig ausgetauscht. In komplexeren, von häufigen personellen Wechseln geprägten Helfersystemen sowie bei langjährigen Bearbeitungsprozessen können so wichtige Informationen und Erfahrungen in Vergessenheit geraten. Die aktuellen Entwicklungen vor dem Hintergrund der bisherigen Hilfegeschichte zu betrachten, ist dann kaum mehr möglich.

## **Die Inhalte von Meldungen werden falsch interpretiert oder nicht in einem angemessenen Zeitraum bearbeitet**

### **Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Im Rahmen eines laufenden Hilfeprozesses können immer wieder neue Meldungen oder Mitteilungen über potenzielle Gefahren für die Entwicklung eines Kindes von unterschiedlichen Fachkräften oder Familienmitgliedern an Personen im ASD hergetragen werden. Jede Meldung muss inhaltlich geprüft und ggf. müssen im Anschluss Schutzmaßnahmen neu konzipiert werden. Zur Bewertung einer Meldung gehören auch die Einschätzung der Motive und der Glaubwürdigkeit der meldenden Person sowie der Inhalt der Meldung. Werden Meldungen falsch interpretiert oder nicht in einem angemessenen Zeitraum bearbeitet, kann dies zum Risiko für das Kind werden.

### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

**(1) Meldungen von Familienmitgliedern werden entweder als Hinweis auf einen familiären Konflikt oder als Ressource interpretiert.**

Wenn Konflikte mit der Herkunftsfamilie in der Vergangenheit bereits Thema waren oder von den Eltern als Hintergrund einer Meldung angegeben werden, kann es sein, dass die Meldung vorschnell als Anschwärmungsversuch des getrennt lebenden Partners oder der Großmutter interpretiert wird.<sup>43</sup> Eine Überprüfung in der notwendigen und sonst üblichen Differenziertheit wird in der Folge nicht mehr durchgeführt.

43 Siehe auch Erkenntnisse aus der Untersuchung des Falles Lea-Sophie (Biesel/Wolff 2014)

Mitteilungen von Familienangehörigen, die in die Betreuung und Versorgung der Kinder eingebunden sind, scheinen wiederum schnell dahingehend interpretiert zu werden, dass »sich jemand kümmert« und »das Kind im Blick hat«. Ein Beispiel: Die Großmutter, mit der vereinbart ist, dass sie das Kind regelmäßig nachmittags betreut, berichtet, dass ihr Enkel zunehmend verschmutzt, riechend und mit schmutziger Kleidung gebracht wird. Darüber hinaus hat sie den Eindruck, dass ihre Schwiegertochter zunehmend mit der Situation überfordert ist. Zugleich schildert die Großmutter, was sie alles tut, um ihre Schwiegertochter zu unterstützen und zu entlasten. Die Folge ist, dass die Fachkräfte die Mitteilung nicht als Meldung, sondern als Beschreibung des Sachstandes verarbeiten. Die aufmerksame und engagierte Großmutter wird als Schutzfaktor und wichtige Ressource für das Kind gedeutet. Folglich wird eine explizite Aufforderung, tätig zu werden, daraus nicht abgeleitet.

**(2) Mitteilungen von Dritten werden als Information verarbeitet und dokumentiert, jedoch nicht als Meldung interpretiert und entsprechend verarbeitet.**

Mit der Familie befasste Institutionen machen Mitteilungen an das Jugendamt mit der Erwartung, dass daraufhin das Jugendamt entsprechend aktiv wird. Wird die Mitteilung jedoch von den Fachkräften des Jugendamtes/ASD lediglich als ergänzende Information verstanden, die zwar in den laufenden Hilfeprozess einfließen soll, jedoch nicht auf einen akuten Klärungsbedarf hinweist, bleibt eine unmittelbare Reaktion aus. Ein Beispiel: Ein Kinderarzt informiert das Jugendamt, dass die Mutter nicht zu vereinbarten Terminen erschienen ist. Dies wird von den Fachkräften als wertvolle Unterstützung (der Arzt kümmert sich und gibt Rückmeldung an das Jugendamt) interpretiert. Die Information wird dokumentiert und ergänzt die bisherige Problemsicht der Fachkräfte. Sie wird nicht im Sinne einer Meldung interpretiert, die

mit einer Handlungsaufforderung verbunden ist.

Die Fallanalysen deuten darauf hin, dass Meldungen in laufenden Fällen, die nicht explizit als solche benannt werden und die nicht auf eine akute Gefahr für Leib und Leben des Kindes hinweisen, unter Umständen nicht als Meldung verarbeitet werden. Die Folge ist, dass eine Zuspitzung der Situation eventuell unerkannt bleibt.

**(3) Hohe Arbeitsdichte verhindert die zeitnahe und eingehende Überprüfung neuer Meldungen.**

In verdichteten Arbeits- bzw. Fallphasen werden v. a. Meldungen, die zum wiederholten Male eingehen und zugleich nicht auf eine akute Gefahr für das Kind hinweisen, nicht in der gleichen Qualität geprüft wie z. B. Erstmeldungen. Weil die Ressourcen für eine zeitnahe Reaktion fehlen, wird die Meldung als Information dokumentiert, die in die weitere Fallbearbeitung einfließen soll. In der Folge besteht das Risiko, dass auf das wachsende Gefährdungspotenzial für das Kind erst mit zeitlicher Verzögerung reagiert wird.

## 6.4 Organisationsübergreifende Kooperation und Kommunikation

Spätestens seit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) im Jahr 2012 haben Kommunen und Landkreise einigen Aufwand betrieben, um verbindliche und tragfähige Strukturen der Zusammenarbeit zwischen den leistungserbringenden Trägern und anderen Institutionen im Kinderschutz meist in Form von Netzwerken zu entwickeln.<sup>44</sup> So hat die Kommunalbefragung des NZFH aus dem Jahr 2015 ergeben, dass fast 75 % der

44 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG): § 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz

45 Insgesamt befragt wurden 555 Kommunen. Hiervon gaben 44,3 % an, dass in ihrem Zuständigkeitsbereich ein oder mehrere Netzwerke sowohl für Frühe Hilfen als auch für Kinderschutz zuständig sind, 29,9 %, dass sowohl ein Netzwerk für Frühe Hilfen als auch eines für Kinderschutz vorhanden ist (Netzwerke mit getrennten Zuständigkeiten) und 0,7 %, dass nur Netzwerke für Kinderschutz vorhanden sind. 20,5 % der Kommunen gaben an, dass nur Netzwerk(e) für Frühe Hilfen bestehen – jedoch keines für Kinderschutz.

Kommunen inzwischen Netzwerke Kinderschutz – meist in Verbindung mit den Netzwerken Frühe Hilfen – eingerichtet haben.<sup>45</sup> Neben den öffentlichen und Freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe sind darin beispielsweise Vertreterinnen bzw. Vertreter aus dem Gesundheitsbereich, Schulen, der Polizei oder dem Familiengericht vertreten (Küster u. a. 2017).

Zugleich sind mit Einführung des § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG, Artikel 1 des Bundeskinderschutzgesetzes) Berufsgruppen, die als kind- und jugendnah beschäftigte Berufsgeheimnisträgerinnen und -träger bezeichnet werden (z. B. Ärztinnen/Ärzte, Berufspsychologinnen/Berufspsychologen, Berater/-innen, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen und Lehrer/-innen) mit dezidierten Aufgaben in (Verdachts-)Fällen einer Kindeswohlgefährdung betraut worden. Neben einer eigenen Einschätzung des Gefährdungsrisikos und der Erörterung der Situation mit Eltern und Kindern werden die Fachkräfte angehalten, auf die Abwendung der Kindeswohlgefährdung z. B. durch öffentliche Hilfe hinzuwirken. Sollte all dies nicht möglich oder erfolgreich sein, stattet § 4 KKG die Berufsgeheimnisträgerinnen und -träger mit der Befugnis zur Weitergabe von gefährdungsrelevanten Informationen an das Jugendamt aus. Insofern sind mit den Regelungen des § 4 KKG auch erhebliche Anforderungen an die fachliche Gestaltung von Schnittstellen und Übergängen zwischen verschiedenen Institutionen verbunden.

In der Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit wird viel Potenzial für einen verbesserten Schutz von Kindern gesehen. Die interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung hat sich daher in den letzten Jahren zu einer zentralen Strategie der Qualitätsentwicklung im Kinderschutz entwickelt.<sup>46</sup> Zugleich – und das zeigen u. a. die Analysen der Fallverläufe – sind Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Professionen und Institutionen aber auch potenzielle Schwachstellen, die mit verschiedenen Risiken für einen wirksamen Schutz von Kindern verbunden sein können.

## **Es gibt keine gemeinsame und abgestimmte Einschätzung des Gefährdungsrisikos im Helfersystem; Unterschiede und Differenzen werden eher zufällig bekannt**

### **Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Die Funktion einer Gefährdungseinschätzung ist es, die konkrete Gefahr sowie die Wahrscheinlichkeit einer (erneuten) Misshandlung oder Vernachlässigung eines Kindes zu beurteilen und ein darauf abgestimmtes Schutzkonzept zu erarbeiten. Im Rahmen eines komplexeren Hilfesystems und längeren Hilfeprozesses arbeiten unterschiedliche Fachkräfte aus Gesundheits- und Jugendhilfe mit Eltern und Kindern zusammen. Dabei erleben die verschiedenen Fachkräfte die Familie in unterschiedlicher zeitlicher Intensität (z. B. zweimal in der Woche als Familienhebamme oder einmal im Monat als ASD-Fachkraft), sie treffen das Kind und seine Familie an unterschiedlichen Orten (z. B. in der Wohnung der Familie oder im Jugendamt) und arbeiten mit unterschiedlichen Arbeitsaufträgen mit Eltern oder Kind (z. B. wird die Mutter bei Fütterstörungen ihres Säuglings von einer Gesundheitsfachkraft beraten, oder ein Elternpaar organisiert seinen Haushalt und den Alltag mit dem Kind mithilfe einer Sozialpädagogischen Familienhelferin). Idealerweise sollten die Wahrnehmungen und Erkenntnisse aller am Hilfeprozess beteiligten Fachkräfte in eine Gefährdungseinschätzung einfließen können, um ein möglichst umfassendes Bild der elterlichen und familiären Risiken, Belastungen und Ressourcen zu erhalten. Zudem ermöglicht es ein multiprofessionelles Hilfenetz, unterschiedliche professionsspezifische Sichtweisen in die Sammlung und Abwägung von Risiken für das Kind einzubeziehen. Falls es jedoch im Hilfenetz keine Vereinbarungen gibt, welche Wahrnehmungen und Informationen von wem und wie in die Gefährdungseinschätzung integriert werden, können die unterschiedlichen Erfahrungen und Erkenntnisse der Fachkräfte mit der Familie nicht zu einem komplexen Bild zusammenge-

fügt werden. Die Gefährdungseinschätzung bleibt somit unvollständig, da sie weniger Informationen enthält, als im Hilfenetz verfügbar wären.

### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

**(1) Die (unterschiedlichen) Einschätzungen des Gefährdungsrisikos werden nicht systematisch zusammengeführt, reflektiert und abgeglichen.**

Jede fallbeteiligte Fachkraft führt innerhalb ihrer Institution eine eigene Risikoeinschätzung durch. Dabei kommen unterschiedliche Verfahren und Instrumente zum Einsatz (z.B. Kinderschutzbogen bei ASD-Fachkräften, WIMES-Bogen bei der Gesundheitsfachkraft, Fallsupervision oder kollegiale Beratung bei der Sozialpädagogischen Familienhilfe). Zudem wenden Fachkräfte aus Gesundheitshilfe/Medizin und Jugendhilfe/Sozialpädagogik unterschiedliche Kriterien bei der Einschätzung des Gefährdungsrisikos an. Beispielsweise fokussiert die Gesundheitshilfe stärker auf die gesundheitliche Situation des Kindes, während die Jugendhilfe mehr die elterliche Desorganisation im Alltag oder die Zusammenarbeit mit dem Hilfesystem in den Blick nimmt. Insofern können sich sowohl das Ergebnis der Gefährdungseinschätzung als auch die dabei genutzten beurteilungs- und entscheidungsleitenden Kriterien unterscheiden. Da es in manchen der analysierten Fälle keine Fallbesprechungen zur Risikoeinschätzung mit dem gesamten Helfersystem gab, wurden zu klärende Unterschiede in der Risikowahrnehmung und -bewertung für ein Kind nicht deutlich und nicht besprechbar. In der Folge blieben sowohl die Risikoeinschätzung als auch die Schutzplanung für das Kind unzureichend.

**(2) Fallbesprechungen mit den Zielen eines gemeinsamen Fallverstehens und einer abgestimmten Risikoeinschätzung sind weder konzeptionell vorgesehen noch zeitlich möglich.**

Der zentrale Ort, an dem eine Abstimmung der beteiligten Fachkräfte erfolgt, sind Helferkonferenzen

oder Fachgespräche. Sie werden anlassbezogen – etwa aufgrund einer erneuten Gefährdungsmeldung und bei Bedarf einzelner Fachkräfte durchgeführt. Sie beinhalten in der Regel Vereinbarungen zwischen Fachkräften im Hinblick auf nächste und notwendige Arbeitsschritte und haben damit eine spezifische Funktion im Bearbeitungsprozess. Eine differenzierte Einschätzung des Gefährdungsrisikos, die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses der Familie und ihrer Dynamik sowie die Reflexion des bisherigen Fallverlaufs sind im Rahmen dieser Besprechungen dagegen nicht explizit vorgesehen. Insofern fehlen institutionalisierte Strukturen oder Konzepte, wie ein gemeinsames und interdisziplinäres Fallverständnis entwickelt und während des gemeinsamen Arbeitsprozesses aufrechterhalten werden kann.<sup>47</sup> In der Folge kann es sein, dass unterschiedliche Perspektiven auf den Fall oder sogar abweichende Einschätzungen des Gefährdungsrisikos nur zufällig deutlich werden.

**(3) Arbeitsüberlastung verhindert zeitnahen und vertieften Austausch zwischen den fallbeteiligten Fachkräften.**

Bei hoher Arbeitsbelastung müssen Fachkräfte Prioritäten setzen. Zugunsten anderer Aufgaben fallen in der Folge Helferkonferenzen ganz aus oder werden auf einen kurzen Austausch z.B. unmittelbar vor dem Hilfeplangespräch mit den Eltern beschränkt. Insbesondere in Krisen im Fallverlauf, in denen eine zeitnahe Abstimmung mit allen am Fall beteiligten Fachkräften sinnvoll wäre, gelingt es nicht, kurzfristig Termine zu finden. In der Folge wird die Abstimmung mangels zeitlicher Alternativen auf einen bilateralen, telefonischen Austausch beschränkt. Die fachliche Reaktion auf die Krise kann dann nicht auf dem Hintergrund multiperspektivischer Erkenntnisse erfolgen.

47 Zu Funktion und methodischen Vorgehensweisen für Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik siehe z. B. Ader u. a. 2001

#### **(4) Datenschutzrechtliche Vorgaben oder professionsspezifische Verschwiegenheitsverpflichtungen erschweren die Durchführung einer gemeinsamen Gefährdungseinschätzung.**

Die datenschutzrechtlichen Regelungen des SGB VIII sehen vor, dass Fachkräfte des Jugendamtes Daten zur Erfüllung ihres Kinderschutzauftrages bei Dritten erheben dürfen (vgl. § 62 SGB VIII). Eine Befugnis zur Weitergabe von Informationen und Daten (bisherigen Erkenntnissen, aber auch Einschätzungen) an andere Akteurinnen und Akteure im Hilfenetzwerk besteht dagegen in der Regel erst dann, wenn die Eltern dazu ihre Einwilligung geben (§ 65 Abs. 1 Nr. 1 SGB VIII).

Den Prinzipien der Transparenz und Partizipation folgend, bemühen sich Fachkräfte in Jugendämtern meist um die Zustimmung der Eltern, um beispielsweise bei der KiTa oder in der Schule wichtige Informationen einholen zu dürfen. Hingegen besprechen und vereinbaren Fachkräfte im ASD eher selten mit Eltern deren Einwilligung zu einem gegenseitigen Austausch zwischen mehreren Fallbeteiligten im Hilfenetz.<sup>48</sup> In der Folge sind Fachkräfte im ASD die einzigen Akteurinnen/Akteure im Helfernetz, die über alle Informationen verfügen (dürfen). Der Austausch gefährdungsrelevanter Informationen bleibt eine Einbahnstraße: Der ASD erhebt Daten, kann aber die eigenen Informationen zum Beispiel zum Zwecke einer gemeinsamen und abgestimmten Risikoeinschätzung, mangels einer eingeholten Einwilligung der Eltern, nicht weitergeben. Ebenso dürfen sich andere Akteurinnen/Akteure (z.B. von Freien Trägern und aus der Gesundheitshilfe) untereinander nur mit Einwilligung der Eltern austauschen. Die Möglichkeiten eines Dialogs zwischen den am Schutzkonzept beteiligten Fachkräften und Institutionen sind eingeschränkt, wenn von den Eltern keine Schweigepflichtentbindung eingeholt oder diese verweigert wird.

Neben diesen datenschutzrechtlichen Grenzen zum Austausch von Informationen und Einschätzungen werden vor allem in Institutionen und bei Berufsgruppen, in denen die Schweigepflicht einen hohen

Stellenwert hat (z. B. Ärztinnen/Ärzte und Beratungsstellen), erhebliche Unsicherheiten im Hinblick auf einen fachlichen Informationsaustausch deutlich. Wenn diese Unsicherheiten auf Vorbehalte gegenüber der Arbeit des Jugendamtes treffen oder sie gepaart sind mit der Angst, möglicherweise »schuld« an einer Trennung der Kinder von den Eltern zu sein, können diese Unsicherheiten die Bereitschaft zum Informationsaustausch mit Fachkräften im Jugendamt zusätzlich einschränken. Ggf. wichtige Informationen zur Klärung des Gefährdungsrisikos für ein Kind können insofern mit diesen Fachkräften nicht erörtert werden. Zudem können sie nicht aktiv in ein Schutzkonzept eingebunden werden.

### **Ein großes Netz von Helferinnen und Helfern vermittelt die Illusion von Schutz und Sicherheit für das Kind**

#### **Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Wenn viele Helferinnen und Helfer mit Kind und Familie arbeiten, jedoch wichtige Anforderungen zum Schutz des Kindes nicht geklärt und mit allen Fachkräften vereinbart sind, können diese mangelnden Absprachen zum Risiko für das Kind werden. Insbesondere dann, wenn Institutionen oder Fachkräften, die mit der Familie in Kontakt stehen, Aufträge, Hilfmöglichkeiten oder Zuständigkeiten zugeschrieben werden, die nicht explizit besprochen wurden, kann es sein, dass der mit dem Einsatz der Hilfe verbundene Schutz eine Illusion ist.

#### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

##### **(1) Das Jugendamt ist »drin« – das Kind ist sicher!**

Wenn bekannt ist, dass das Jugendamt/ASD Kontakt zu einer Familie hat, kann dies bei anderen Fachkräften oder Institutionen (z. B. Schule, KiTa, Erwachsenenpsychiatrie) zu der Annahme führen, dass alle gefährdungsrelevanten Informationen bekannt sind

48 Siehe auch Kindler u. a. 2016, S.30

und für den Schutz des Kindes gesorgt ist.<sup>49</sup> In der Folge verlieren eigene Beobachtungen, die die in § 8a Abs. 4 SGB VIII oder § 4 KKG vorgesehenen Arbeitsschritte ausgelöst hätten, an Bedeutung. Anstatt selbst aktiv auf das Jugendamt zuzugehen – etwa zur Klärung des vorhandenen Schutzkonzeptes oder aufgrund von eigenen besorgniserregenden Beobachtungen, gehen Fachkräfte stillschweigend davon aus, dass sich das Jugendamt bei Bedarf sicherlich bei ihnen melden wird.

### **(2) Hilfe ist installiert – das Kind ist sicher!**

Ähnlich wie der Kontakt des Jugendamtes mit einer Familie bei anderen Fachkräften die Illusion der Sicherheit des Kindes hervorrufen kann, können Fachkräfte des Jugendamtes der Illusion unterliegen, das Kind sei geschützt, da eine Hilfe eingeleitet wurde. Ein Beispiel: Die Sozialpädagogische Familienhelferin (SPFH) nimmt mit sieben Stunden in der Woche die Arbeit auf. Zwischen dem Jugendamt und der SPFH gibt es keine expliziten Absprachen über das Schutz- und Kontrollkonzept und darüber, ob die Präsenz der Helferin ausreichend ist, um die Sicherheit des Kindes einzuschätzen. Der Kollege im Jugendamt geht zugleich davon aus, dass mit dem Hilfeauftrag auch die vorwiegende Verantwortung für den Schutz des Kindes auf die SPFH übergegangen ist. Erst im Rahmen der Rekonstruktion des Falles wird die Frage deutlich, ob diese Erwartung an die SPFH vor dem Hintergrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen realistisch war oder es sich eher um eine ›Schutzillusion‹ gehandelt hat.

Ein weiterer Aspekt, wie die Illusion von Schutz und Sicherheit des Kindes bei den Fachkräften des Jugendamtes entstehen kann, ist das Vertrauen auf die in den § 8a Abs. 4 SGB VIII und § 4 KKG normierten Mitteilungspflichten bzw. -befugnisse im Falle von Hinweisen für eine Kindeswohlgefährdung. Unabhängig davon, ob es sich um eine vom Jugendamt eingesetzte Hilfe handelt oder um eine KiTa, eine Schule oder den behandelnden Arzt der Mutter – explizite Absprachen zu Schutz und Sicherheit des Kindes scheinen vor dem Hintergrund der gesetzli-

chen Aufgaben nicht mehr notwendig, weil selbstverständlich. So haben die Fallanalysen gezeigt, dass die Gefahr besteht, dass Fachkräfte in Jugendämtern die Kompetenzen Dritter im Erkennen und Bewerten von Hinweisen für eine Kindeswohlgefährdung überschätzen. Die Folge ist, dass Absprachen zwischen den Beteiligten am Schutzkonzept darüber, welche Informationen oder Beobachtungen konkret von Bedeutung sein könnten, kaum erfolgen. Stattdessen wird davon ausgegangen, dass alle Beteiligten ihre jeweiligen Aufgaben im Kinderschutz kennen und qualifiziert wahrnehmen. Der dadurch entstehende Eindruck von Schutz und Sicherheit für das Kind kann jedoch eine Illusion sein.

## **Wie Fachkräfte mit Dissens in der Risikoeinschätzung umgehen, wird zum Risiko für das Kind**

### **Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Unterschiedliche Bewertungskriterien medizinischer oder pädagogischer Fachkräfte, die Nutzung verschiedener Instrumente und Verfahren sowie berufsfeldspezifische Wahrnehmungen des Verhaltens des Kindes und seiner Familie können zu Unterschieden in der Risikowahrnehmung und Risikobewertung führen. So erleben beispielsweise Fachkräfte in der Kita Eltern-Kind-Interaktionen insbesondere in Bring- und Abholsituationen, eine Sozialpädagogische Familienhilfe beobachtet Ausschnitte des familiären Alltags, ein Arzt begegnet dem Kind und meist einem Elternteil im Rahmen einer medizinischen Untersuchung, und der ASD trifft auf die Eltern anlässlich eines Hilfeplangesprächs im Amt. Dass es vor dem Hintergrund dieser unterschiedlichen Kontakte und Zugänge zu den Betroffenen sowie den unterschiedlichen diagnostischen Konzepten zu unterschiedlichen, bisweilen widersprüchlichen Einschätzungen kommt, ist wenig überraschend. Mit diesen unterschiedlichen Einschätzungen umzugehen, erfordert geeignete Strukturen und ausreichend zeitli-

49 Siehe auch Kindler u.a. 2016, S.20 und S.30

che Ressourcen sowie bei allen Beteiligten ein hohes Maß an Konfliktfähigkeit. Denn alle Beteiligten haben aus ihrer Sicht »gute Gründe«, warum sie zu ihrer Einschätzung gekommen sind. Gelingt es Fachkräften in gemeinsamen Helferrunden nicht, Unterschiede in der Risikowahrnehmung konstruktiv zu erörtern und in eine umfassende Gefährdungseinschätzung zu integrieren, besteht das Risiko, dass eine gegebenenfalls erforderliche Neubewertung der kindlichen Risikolage sowie die Erarbeitung oder Modifikation des Schutzkonzeptes nicht in geeigneter Form erfolgt. In den Fallanalysen haben sich unterschiedliche Strategien von Fachkräften im Umgang mit Dissens gezeigt, die sich im Nachhinein als riskant und nicht sinnvoll erwiesen haben.

### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

**(1) Der Dissens wird gelöst, indem die alleinige Verantwortung für die Risikoeinschätzung an das Jugendamt delegiert bzw. vom Jugendamt für sich in Anspruch genommen wird.**

Bestehen unterschiedliche Einschätzungen zum Gefährdungsrisiko des Kindes, kann es sein, dass Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner (z.B. KiTa, Familienhebamme) dies nicht deutlich zum Ausdruck bringen, weil sie dem Jugendamt entweder mehr Kompetenz oder aber die grundsätzliche Verantwortung für diese Aufgabe zuschreiben. Die Folge ist, dass der Dissens als solcher gar nicht deutlich wird und die Fachkraft vom Jugendamt von den Unterschieden in der Einschätzung nichts erfährt.

Ebenso kann es sein, dass Fachkräfte zwar ihre abweichende Einschätzung zum Ausdruck bringen, dies aber nicht nachhaltig tun, wenn der ASD die eigene Risikobeurteilung beibehält oder der Dissens nicht zeitnah zufriedenstellend aufgelöst werden kann. Da die Letztverantwortung beim Jugendamt liegt und damit die juristische »Schuldfrage« im Falle negativer Konsequenzen für das Kind und seine Familie geklärt scheint, wird die abweichende Einschätzung sowie die Information des Jugendamtes darüber zwar in den eigenen Unterlagen dokumentiert. Auf eine inhaltli-

che Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Ergebnissen wird jedoch nicht nachhaltig hingewirkt.

Ebenso wie kooperierende Fachkräfte die Unterschiede in der Risikoeinschätzung über die Delegation der Verantwortung an die letztverantwortliche Stelle des Jugendamtes lösen, kann es sein, dass Fachkräfte des Jugendamtes selbst den Dissens damit lösen, dass sie auf die »hoheitliche Aufgabe« des öffentlichen Trägers im Kinderschutz verweisen.<sup>50</sup> Die abweichende Einschätzung anderer Fachkräfte oder Professionen wird dann weniger als eine Chance gesehen, die eigene Perspektive zu ergänzen, sondern vielmehr als unberechtigte Kritik oder das eher übergreifige Anliegen, Einfluss nehmen zu wollen.

Dissens scheint somit von den unterschiedlichen Beteiligten häufig v. a. zum Anlass zu werden, die anderen Akteurinnen und Akteure von der Richtigkeit der eigenen Einschätzung zu überzeugen. Anstelle des fachlichen Austausches über die Gründe für die jeweilige Einschätzung kommt es zu einem Schlagabtausch der Argumente. Der fachliche Dissens wird zunehmend zu einem Konflikt zwischen Kooperationspartnerinnen und -partnern, der sich scheinbar nur noch über Macht, Zuständigkeit und Verantwortungszuschreibung lösen lässt. Diese Strategie kann zwar die Dauer des Konfliktes verkürzen, verhindert jedoch, dass die hilfreichen und nützlichen Hinweise, die in den unterschiedlichen Perspektiven für die Rekonstruktion der Gefahren für das Kind liegen, deutlich werden können.

**(2) Strukturen, Konzepte, Verfahrensweisen sowie ausreichende zeitliche Ressourcen für einen qualifizierten Umgang mit Dissens fehlen.**

Zwischen den unterschiedlichen Akteuren gibt es keine verbindlichen Vereinbarungen oder klare Verfahrensweisen für einen Konfliktfall. In der Folge wählt jede Institution den ihr richtig und erfolgversprechend erscheinenden Weg. Ein Beispiel: Entsprechend der Konfliktkultur der eigenen Institution teilt die Klinik die Ergebnisse ihrer – abweichenden – Risikoeinschätzung der Vorgesetzten im Jugendamt schriftlich mit. Die Annahme der Klinik: Dadurch

wird deutlich, dass auf der operativen Ebene keine Klärung möglich war und deshalb der Einbezug der Leitungsebene als notwendig erachtet wird. Da die Leitung jedoch über den Dissens durch ihre Mitarbeitenden im Jugendamt bereits informiert ist, ergibt sich für sie aus dem Schreiben kein eigener Handlungsbedarf. Im Gegenteil. Sie ist eher irritiert, warum das Ergebnis der Risikoeinschätzung der Klinik nochmals an sie geht. Insofern beschließt sie, das Schreiben an die zuständige Fachkraft weiterzuleiten, damit es in die Unterlagen aufgenommen werden kann.

In mehreren Fallanalysen wurde deutlich, dass in Jugendämtern verlässliche und nach außen kommunizierte Verfahren zur Klärung von Dissens zu fehlen scheinen. Zeitliche oder personelle Ressourcen sind nicht explizit dafür vorgesehen, und spezifische Angebote, auf die im konkreten Fall zeitnah zurückgegriffen werden kann, wie z.B. Supervision in einem interdisziplinären Helfernetz oder die Beauftragung einer neutralen Person mit der Konfliktmoderation, fehlen. Darüber hinaus scheint den Leitungskräften sowohl unklar zu sein, was ihre Aufgabe im Zusammenhang mit Dissens sein könnte, als auch, welche Strategien hilfreich sein könnten, um diesen konstruktiv zu nutzen. Die Folge ist, dass weder der Nutzen unterschiedlicher Perspektiven noch das dadurch eventuell zum Ausdruck kommende Risiko für das Kind erkannt wird.

### **(3) Konflikte im Helfernetzwerk und mit dem »Auftraggeber« werden vermieden.**

Auf eine unterschiedliche Einschätzung des Gefährdungsrisikos zu bestehen, kann zu erheblichen Konflikten zwischen Fachkräften, aber auch auf institutioneller Ebene führen. Insofern wägen alle Beteiligten ab, welche Konsequenzen das Beharren auf einer Klärung haben könnte. In der Folge kann es sein, dass die fachlichen Bedenken zugunsten einer positiven Atmosphäre im Helfernetz, des guten Kontakts zu einer Kooperationspartnerin oder des positiven Verhältnisses zwischen den Institutionen zurückgestellt werden.

Neben der Vermeidung von Konflikten kann auch das ungleiche Machtverhältnis zwischen Auftragnehmern und Auftraggebern die Konfliktbereitschaft

beeinträchtigen. Das Jugendamt schließt mit Trägern Leistungsvereinbarungen ab und bewilligt die Hilfe im Einzelfall. Zugleich bleibt es in den laufenden Hilfen federführend in der Hilfeplanung. Insofern bestehen zwischen dem öffentlichen und dem Freien Träger ungleiche Machtverhältnisse. Die Folge kann sein, dass Freie Träger aus Angst vor weitergehenden Konsequenzen und einem getrübbten Verhältnis zum Jugendamt ihre Bedenken nicht nachhaltig einbringen.

Insofern weisen die Ergebnisse aus den Fallanalysen darauf hin, dass ein konstruktiver Umgang mit Konflikten sowie ein hohes Maß an Konfliktfähigkeit bei allen Beteiligten eine wichtige Voraussetzung dafür sind, dass Unterschiede in der Risikoeinschätzung offen und im Sinne des Kinderschutzes besprochen werden können.

### **(4) Unterschiedliche Einschätzungen werden über das Prinzip »Die Mehrheit hat recht« gelöst.**

Lässt sich der Dissens einer Risikoeinschätzung nicht einfach lösen, scheint es in Helferrunden eine quasi-demokratische Kultur zu geben. Das bedeutet, dass die Meinung der Mehrheit der anwesenden Fachkräfte das Ergebnis der Risikoeinschätzung bestimmt. Dies kann zur Folge haben, dass eine von der Mehrheit abweichende »Minderheitenmeinung« sich nicht durchsetzt, obwohl die entsprechende Fachkraft über spezifische und für diesen Fall relevante Fachkenntnisse verfügt. Ein Beispiel: Eine fallbeteiligte Fachkraft hat langjährige Erfahrung in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen. Vor diesem Erfahrungs- und Wissenshintergrund kommt sie zu einer anderen Einschätzung über die Beeinträchtigungen der Fürsorge und Pflege des Säuglings durch die psychische Erkrankung der Mutter als der Rest des Helfersystems. Nachdem dieser Erfahrungshintergrund im Helfersystem nicht bekannt ist und die Kollegin sich selbst nicht in den Vordergrund stellen will, werden ihre fachlichen Kompetenzen im Helfersystem nicht entsprechend genutzt, und ihre fundierte Einschätzung unterliegt der Meinung der Mehrheit im Helfersystem. Erst im weiteren Verlauf der Fallbearbeitung wird jedoch deutlich, dass die Mehrheit sich geirrt hat.

## Mangelnde Kommunikation und Konflikte zwischen den Helfenden beeinträchtigen die Arbeit mit der Familie

### Weshalb wird dies als problematisch bewertet?

Strukturen, Konzepte und Verfahren bilden eine wichtige Grundlage für das Zusammenspiel verschiedener Fachkräfte in der Bearbeitung eines Falles. Sie können das Risiko von Konflikten reduzieren und Wege zur Konfliktlösung vorsehen. Konflikte gänzlich verhindern können sie nicht, da das Gelingen der Kooperation und des vernetzten Arbeitens auch maßgeblich von einzelnen Akteurinnen und Akteuren, ihrer persönlichen Haltung und ihren Stärken und Schwächen in der Kommunikation geprägt wird. Die Fallanalysen haben gezeigt, dass zwischen den Helferinnen und Helfern schwelende Konflikte sowie eine gestörte Kommunikation die Arbeit mit der Familie und damit auch den Schutz des Kindes beeinträchtigen können.

### Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:

#### (1) Konkurrenz zwischen Fachkräften um die »Gunst« der Familie spaltet das Helfersystem.

Von den Eltern und Familien werden die Fachkräfte im Kinderschutz häufig als Zumutung und potenzielle Bedrohung empfunden. Dies ist insofern verständlich, als Fachkräfte bisweilen erheblich in die Autonomie der Familie eingreifen, das Verhalten der Eltern beobachten und bewerten und – im schlimmsten Falle – Schritte einleiten, die dazu führen können, dass Eltern und Kinder getrennt werden. Für Fachkräfte, deren Wunsch und vorrangiges Ziel es ist, der Familie zu helfen, heißt dies jedoch, dass sie mit viel Ablehnung, Misstrauen und Distanziertheit auf Seiten der Eltern konfrontiert sein können. Dies zu erkennen und auszuhalten, kann die Fachkräfte erheblich belasten, insbesondere dann, wenn sie wenig Erfahrung mit der Arbeit im Zwangskontext haben. In der Folge kann es sein, dass zwischen den Fachkräften unbemerkt ein Wettbewerb entsteht, in dem es um die Frage geht, wen die Familie mehr schätzt oder wer die bessere Sozialarbeiterin, der bessere Sozialarbeiter oder die bessere Fachkraft ist. Diese Konkurrenz be-

einträchtigt nicht nur die Kommunikation und Zusammenarbeit im Helfersystem, sondern kann auch Auswirkungen auf die Arbeit mit der Familie haben. Ein Beispiel dafür ist, dass sich Fachkräfte der Kritik von Eltern an Kolleginnen und Kollegen unreflektiert und ungeprüft anschließen.

#### (2) Fachkräfte tun sich schwer, Aufträge zu erfüllen, von denen sie nicht überzeugt sind oder die sie nicht nachvollziehen können.

Erhalten Fachkräfte Aufträge, die der Konzeption ihres Angebotes oder ihrer fachlichen Einschätzung entgegenstehen und denen sie nur unter Druck (des Helfernetzes oder des Auftraggebers) zustimmen, kann sich während des Bearbeitungsprozesses Unzufriedenheit ergeben. Besonders schwer fällt es Fachkräften, die Verantwortung für Kontrollaufträge zu übernehmen und diese gegenüber den Eltern nachvollziehbar zu erklären, wenn sie die Risikoeinschätzung des Jugendamtes nicht teilen oder nicht nachvollziehen können.

Fehlen in solchen Situationen Räume und Möglichkeiten, diese »inneren Konflikte« der Fachkräfte im Helfersystem und v.a. gegenüber dem Jugendamt zu besprechen, kann es sein, dass die Aufträge nicht oder nur oberflächlich bearbeitet werden und sich zunehmend Unmut über den Arbeitsauftrag entfaltet.

#### (3) Ein verlässliches und kommuniziertes Konfliktmanagement fehlt; Übertragungen im Helfersystem werden nicht erkannt oder in geeigneter Form reflektiert.

Eine persönliche Konfliktklärung zwischen den beteiligten Helferinnen und Helfern scheint im arbeitsintensiven Alltag eher selten. Ein Grund dafür scheint zu sein, dass sie als sehr zeit- und energieraubend sowie mit wenig Aussicht auf Erfolg betrachtet wird. Darüber hinaus scheinen jedoch auch verlässliche und lösungsorientierte Prozedere innerhalb und zwischen den Institutionen zu fehlen, die die Fachkräfte bei der konstruktiven Lösung ihrer Konflikte unterstützen könnten. Weder stehen Mittel für institutionenübergreifende Supervision zur Verfügung, noch werden Führungskräfte oder externe Personen als Konfliktmoderatorinnen bzw. -moderatoren eingesetzt. Werden die Konflikte zwischen den Fachkräf-

ten jedoch nicht geklärt, kann es sein, dass die Abstimmung über Auftrag, Ziel und Ergebnisse in der Arbeit mit der Familie nicht mehr in ausreichender Differenziertheit stattfindet und die Fachkräfte mehr nebeneinander als miteinander arbeiten.

Konflikte oder Dynamiken im Helfersystem können auch ein Spiegelbild der Probleme des Familiensystems sein. Insofern kann es sein, dass sich der Konflikt nicht einfach über bessere Absprachen oder eine persönliche Aussprache lösen lässt. In diesen Fällen kann es notwendig sein, die Situation in einem größeren Zusammenhang zu sehen und z. B. im Rahmen einer gemeinsamen Supervision zu analysieren. Da dadurch sowohl der Konflikt geklärt und die Zusammenarbeit verbessert als auch wichtige Erkenntnisse über das Familiensystem gewonnen werden können, scheint sich der Aufwand v.a. bei komplexen und wiederkehrenden Konflikten zu lohnen.

## **Viele Fachkräfte sind nicht unbedingt vernetzte Fachkräfte**

### **Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Eine aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit zwischen Fachkräften aus Jugend- und Gesundheitshilfe im Kinderschutz gelingt v.a. dann, wenn allen Fachkräften alle risikorelevanten Informationen zu Kind und Familie bekannt sowie die unterschiedlichen Arbeitsaufträge geklärt, abgestimmt und (untereinander sowie gegenüber den Eltern) kommuniziert sind. Weiterhin sollte Klarheit bei allen Fachkräften bestehen über Art und Inhalt des Schutzkonzeptes für das Kind sowie über Inhalte und Ziele der gemeinsamen Hilfebemühungen. Bleiben die Informationen hingegen auf einzelne Fachkräfte verteilt, kann es sein, dass die Eltern von den Helferinnen und Helfern widersprüchliche Signale erhalten oder einzelne Hilfestrategien in Konkurrenz zueinander geraten.

## **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

**(1) Es ist unklar, welche Informationen relevant sind und im Helfersystem weitergegeben werden sollen.**

Die Vielzahl der beteiligten Helferinnen und Helfer scheint die einzelnen Fachkräfte dazu zu verleiten, davon auszugehen, dass alle wichtigen Informationen und Beobachtungen allen bekannt sind. Dies kann dazu führen, dass Fachkräfte bei Beobachtungen, die keinen unmittelbaren Zusammenhang zu ihrem eigentlichen Auftrag haben, unsicher sind, ob sie diese weitergeben sollen. Einerseits wollen sie nicht redundante Informationen liefern und andererseits auch nicht als übergriffig wahrgenommen werden und ihren Auftrag eigenständig und ungefragt erweitern. Wird zudem die Zuständigkeit für die Risikoeinschätzung nur beim ASD gesehen, kann es sein, dass die anderen Fachkräfte problembezogene Wahrnehmungen für sich behalten, weil sie davon ausgehen, dass dem ASD im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung alles Wichtige bereits bekannt geworden ist. Je weniger im Hilfenetz – unabhängig vom jeweiligen Auftrag – explizit abgefragt und besprochen wird, wer welche Probleme bei Kind oder Familie wahrnimmt, umso eher gehen einzelne Beobachtungen und Problemwahrnehmungen für eine Gesamtbewertung verloren.

Darüber hinaus haben die Fallanalysen gezeigt, dass sowohl in den Hilfeplangesprächen als auch in den Helferkonferenzen und Fachgesprächen kaum ein Austausch darüber stattfindet, an welchen Kriterien die Fachkräfte im Laufe der Fallbearbeitung ablesen wollen, ob sich das Gefährdungsrisiko für das Kind verändert hat. Grund dafür scheint u.a. zu sein, dass nicht immer für alle Helferinnen und Helfer klar ist, welche konkreten Veränderungsziele zum Schutz des Kindes angestrebt werden und somit Auftrag der Hilfe sind. Insofern bleibt es den einzelnen Fachkräften überlassen, was sie als bedeutsam und ggf. relevant für die anderen Fachkräfte erachten.

Die Fallanalysen weisen darauf hin, dass neben ausreichend Zeit und Raum auch klare Absprachen über den Austausch von für die Zusammenarbeit und eine gemeinsame Gefährdungseinschätzung relevanten Informationen notwendig sind. Erst dann

können Fachkräfte im Sinne des Kinderschutzes auch vernetzt arbeiten.

### **(2) Weniger »faktenbasierte« Beobachtungen werden eher zurückgehalten.**

Ein »komisches Gefühl« oder (noch) diffuse und nicht eindeutig zu beurteilende Wahrnehmungen scheinen von Fachkräften mitunter als »unprofessionell« und insofern für das Helfernetz als bedeutungslos eingeschätzt zu werden. Die Folge ist, dass jede Fachkraft für sich versucht, die diffuse Wahrnehmung zu konkretisieren und mithilfe von Fakten eine Erklärung dafür zu finden. Gelingt dies nicht, wird die Beobachtung als nicht relevant verworfen. Bei der Rekonstruktion der Fälle ist jedoch deutlich geworden, dass auch der Austausch von unklaren und diffusen Wahrnehmungen sinnvoll ist, weil erst durch die Ergänzung der Wahrnehmungen anderer Fachkräfte eine Konkretisierung möglich war.

### **(3) Risikobezogene Wahrnehmungen Dritter werden vom Jugendamt nicht konkret/aktiv erfragt.**

Die Ergebnisse der Fallanalysen weisen darauf hin, dass Fachkräfte im Jugendamt davon ausgehen, dass alle mit dem Kind und der Familie befassten Institutionen (KiTA, Gesundheitshilfe etc.) über so viel Wissen und Kompetenz im Kinderschutz verfügen, dass sie risikorelevante Hinweise eigenständig erkennen, bewerten und ggf. weitergeben. Die Folge ist, dass Dritte nur oberflächlich und ohne Bezug zu den dem Jugendamt vorliegenden Hinweisen befragt werden. Ein Beispiel: Die KiTa-Erzieherin wird allgemein gefragt, ob sie Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung hat. Da sie die Frage ohne Hinweis auf einen speziellen Grund oder Anlass nicht nachvollziehen kann, hat sie eher Sorge, den Eltern zu schaden, wenn sie – aus ihrer Sicht geringfügige – Beobachtungen weitergibt. Insofern verneint sie die Frage. Erst als sie später erfährt, welcher Verdacht bestand, erkennt sie die Bedeutung von Beobachtungen bei Abholsituationen in der KiTa.

Darüberhinaus scheinen Institutionen oder Personen, die nicht im engeren Sinne mit kindlichen Belangen befasst sind (z.B. Erwachsenenpsychiaterin), nicht in geeignetem Umfang in die Risikoeinschät-

zung einbezogen zu werden. Zwei Gründe scheinen hierfür von Bedeutung zu sein: (1) Die Fachkräfte im Jugendamt gehen davon aus, dass die jeweilige Institution bei Bedarf das Jugendamt – entsprechend ihrem Auftrag gemäß § 4 KKG oder der Vereinbarung gemäß § 8a Abs. 4 SGB VIII – informieren würde. (2) Da die Fachkräfte im Jugendamt davon ausgehen, dass sie weder eine Schweigepflichtsentbindung von den Eltern bekommen, noch die Institutionen bereit sein werden, ihnen Informationen zu geben, verzichten sie gänzlich auf eine Kontaktaufnahme. Die Folge ist, dass Dritte von der Sorge um das Kind nichts erfahren und insofern auch nicht für potenziell relevante Beobachtungen sensibilisiert sind.

## **Rollen- und Auftragsunklarheiten der Helfer/-innen beeinträchtigen den Erfolg der Hilfe und die Effizienz des Schutzes für das Kind**

### **Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Im Kinderschutz arbeitet vielfach ein umfangreiches Helfersystem aus medizinischen, psychosozialen und pädagogischen Fachkräften zum Schutz und der Förderung des Kindes sowie zur vielfältigen Unterstützung seiner Familie zusammen. Je komplexer dieses Helfersystem ist, umso wichtiger sind konkrete und transparente Absprachen zu Schutzkonzept und Hilfezielen, Aufgabenverteilung und unterschiedlichen Verantwortlichkeiten der verschiedenen Fachkräfte, um die Sicherheit des Kindes zu gewährleisten und erforderliche Entwicklungen für die Familie zu ermöglichen. Zudem tragen klare Absprachen im Helfersystem zu einer konstruktiven Zusammenarbeit mit Eltern und Kindern bei, da dann die unterschiedlichen Rollen und Aufträge den Eltern auch nachvollziehbar erklärt werden können. Überdies sollte das Handeln der Fachkräfte für die Eltern erkennbar aufeinander abgestimmt und koordiniert sein. In den Fallanalysen wurde deutlich, dass im Hilfesystem phasenweise die jeweiligen Arbeitsaufträge sowie gemeinsame oder individuelle Arbeitsziele nicht geklärt waren. Ebenso gab es Unsicherheiten, ob und wie vorhandene Arbeitsaufträge zu erfüllen sind. Diese Aspekte beeinträchtigten negativ die Zusammenarbeit mit den Eltern. Ferner konnten Aktivitäten zum Schutz und der Entwicklungsförderung des Kindes nicht die gewünschten Wirkungen erzielen.

### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

#### **(1) Das Schutzkonzept ist im Helfersystem nicht verbindlich vereinbart.**

Absprachen über die Inhalte des Schutzkonzeptes für das Kind werden zwischen den fallbeteiligten Fachkräften nicht ausreichend klar und verbindlich getroffen. So vereinbarten beispielsweise Fachkräfte des Jugendamts mit der Mutter eines Kleinkindes, dass diese regelmäßige Termine bei einer Kinderärztin mit ihrem Kind wahrnehmen soll. Auf diese Weise

soll – als Teil des Schutzkonzeptes – eine altersgemäße Entwicklung des Kindes kontinuierlich überprüft werden. Diese Vereinbarung und deren Funktion zum Schutz des Kindes wird jedoch nicht mit der Kinderärztin besprochen. Insofern erfolgt keine verlässliche Rückmeldung von der Kinderärztin, ob und wie diese Termine wahrgenommen werden.

#### **(2) Konzeptfremder Kontroll-Einsatz der »Frühen Hilfen« schafft fachliche Unsicherheiten.**

Gesundheitsfachkräfte der Frühen Hilfen werden – eigentlich konzeptfremd – zur kontinuierlichen Kontrolle der Entwicklung eines Neugeborenen eingesetzt und sind damit wesentlicher Bestandteil des Schutzkonzeptes. Ein Beispiel: Die Fachkräfte des Gesundheitsamtes stimmen dem konzeptfremden Einsatz ihrer Hilfe zu, weil sie befürchten, dass sonst das Kind fremd untergebracht wird. Da ihr Anliegen ist, dass das junge Paar »eine Chance« für ein gemeinsames familiäre Zukunft erhält, lassen sie sich trotz Zweifel darauf ein. Diese Kontroll-Verantwortung überfordert die Gesundheitsfachkräfte jedoch. Sie sind unsicher, ob sie ihr gerecht werden können. Dadurch entstehen im weiteren Bearbeitungsprozess zunehmende Verunsicherungen und auch Unstimmigkeiten über die Angemessenheit dieser Kontrollen zwischen verschiedenen Fachkräften, was auch die jeweiligen Arbeitsbeziehungen zu den Eltern belastet.

#### **(3) Verantwortungsdiffusion entsteht durch ungeklärte Verantwortungs- und Kompetenzzuschreibungen.**

Unausgesprochene, professionsbezogene Verantwortungs- und Kompetenzzuschreibungen erzeugen in einem umfangreichen Helfersystem phasenweise Unklarheiten über die jeweilige fachliche »Fallverantwortung«. Damit bleibt insbesondere bei sehr komplexen familiären Problemlagen ungewiss, wer sich tatsächlich um welche Belange des Kindes oder in der Familie kümmert oder kümmern muss. Da beispielsweise im Rahmen Früher Hilfen Gesundheitsfachkräfte konzeptionell bereits immer am Hilfeprozess beteiligt sind, gehen die Fachkräfte der Jugendhilfe implizit davon aus, dass alle Fragen zur gesundheitlichen und medizinisch-therapeutischen Versorgung

der Familie von diesen Gesundheitsfachkräften bearbeitet werden. Analog vermuten die Fachkräfte der Gesundheitshilfe, dass alle Aspekte der alltagsnahen Unterstützung der Familie und Versorgung der Kinder durch Fachkräfte der Jugendhilfe abgedeckt werden. Es wird jedoch im Einzelfall nicht für das gesamte Hilfenetz verbindlich geklärt, welche Personen tatsächlich mit welchen Aufgaben, Zielen und Ergebnissen mit Kind und Familie arbeiten. Insofern bleiben wichtige Hilfeaspekte unbearbeitet wie z. B. die Vermittlung einer Mutter in eine geeignete therapeutische Behandlung.

#### **(4) Besprechungsstrukturen für Rollen- und Auftragsklärungen fehlen.**

Auch wenn Fachkräfte aus unterschiedlichen Organisationen in Hilfeprozessen bemerken, dass ihre jeweiligen Arbeitsaufträge und Hilfeziele nicht ausreichend geklärt sind, fehlen in der Alltagsroutine nötige Besprechungsstrukturen zur (erneuten) Auftragsklärung und Zielabstimmung der Fachkräfte innerhalb einer Organisation (etwa jugendamtsintern) und auch zwischen verschiedenen Organisationen. Zudem macht eine große Anzahl hilfebeteiligter Fachkräfte kurzfristige Abstimmungsprozesse organisatorisch fast unmöglich. Insofern können eigentlich erforderliche gemeinsame Abstimmungen und Zielklärungen nicht stattfinden.

## **6.5 Arbeitsbedingungen, strukturelle Rahmenbedingungen und soziale Infrastruktur**

Nicht nur das Handeln und Beurteilen der Fachkräfte, sondern auch die Rahmenbedingungen, unter denen sie ihre Arbeit machen, haben Einfluss auf die Ergebnisse im Kinderschutz. In der folgenden Kategorie werden Probleme aufgezeigt, deren Ursachen in erster Linie in der Infrastruktur und in den Arbeitsweisen verschiedener Organisationen liegen.

### **Familie und Kind erhalten die erforderliche Hilfe nicht in geeigneter Form, geeignetem Zeitraum oder geeignetem Umfang**

#### **Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Um vorhandene Gefährdungen für Kinder abzuwenden und ggf. bereits entstandene Entwicklungsbeeinträchtigungen von Kindern auszugleichen, sind meist unterschiedliche Hilfen für Kind/-er und Eltern erforderlich. Eltern können Beratung, therapeutische Hilfe und alltagspraktische Unterstützung erhalten. Kinder sollten je nach individuellem Förder- und/oder Behandlungsbedarf therapeutische und/oder heilpädagogische Hilfen erhalten. Diese kind- und elternbezogenen Hilfen werden von Gesundheits- und Jugendhilfe angeboten. Die Bereitstellung und fachliche Ausgestaltung dieser Hilfeangebote gehören zu den kommunalen Aufgaben von Städten und Gemeinden. Für die Bearbeitung von Kinderschutzfällen sind Angebote mit spezifischen Kompetenzen und struktureller Flexibilität erforderlich, die an die Besonderheiten der familiären Problemlagen angepasst sind (wie z. B. zunächst keine freiwillige Zusammenarbeit, ambivalente Veränderungsmotivation oder Unzuverlässigkeit in der Termineinhaltung). Die Fallanalysen haben gezeigt, dass in einigen Fällen diese erforderlichen und spezifischen Hilfestrukturen nicht vorhanden waren. Kinder und ihre Familien konnten deshalb vorgesehene Hilfen nicht in geeigneter Form oder in geeignetem Zeitraum erhalten.

#### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

**(1) Die Infrastruktur für kindbezogene und alltagsentlastende Hilfen sowie spezifische Hilfen in Kinderschutzfällen ist nicht ausreichend ausgebaut.**

Bei der Entscheidung über geeignete und notwendige Hilfen sind Fachkräfte auf entsprechend differenzierte lokale Angebote angewiesen. Fehlen spezifische kindzentrierte oder auf den Kinderschutz spezialisierte Hilfen, schränkt dies die Handlungsoptionen ein. In der Folge sind Fachkräfte gezwungen, »Notlösungen« zu stricken und Hilfen zu beauftragen, die

im Grunde den Anforderungen von Schutz und Hilfe nicht ausreichend gerecht werden. Zwei Beispiele: Wenn es keine spezialisierten Beratungsangebote für misshandelnde Eltern gibt, wird eine sozialpädagogische Familienhilfe mit dem allgemeinen Arbeitsauftrag der Entlastung und Unterstützung der Eltern eingesetzt. Oder eine Frühförderstelle ist in einem Landkreis für Eltern eigentlich nur mit eigenem Fahrzeug zu erreichen. Die erforderliche Frühförderung des Kindes scheitert u. a. daran, dass die Mutter die Einrichtung nicht erreichen kann, da sie kein eigenes Fahrzeug besitzt.

### **(2) Ressourcen steuernde Vorgaben entfalten ungewollt Risiken und Nebenwirkungen.**

Vorgaben in Jugendämtern über Art und Umfang von Hilfen sollen die Bewilligungspraxis von Hilfen beeinflussen. Häufiger Grund für solche Vorgaben ist die Notwendigkeit, knappe finanzielle Ressourcen steuern zu müssen. Das von solchen Vorgaben ausgehende Risiko besteht darin, dass sich Fachkräfte bei ihrer Entscheidung über Art und vor allem Umfang der Hilfe vorrangig an den institutionellen Vorgaben und weniger am Bedarf des Kindes und seiner Familie orientieren.

### **(3) Das Hilfesystem und die Anbieter sind nicht auf diskontinuierliche Hilfeprozessverläufe eingestellt.**

Viele Institutionen, die (auch) in Kinderschutzfällen zum Einsatz kommen, erwarten von den Eltern verbindliche und kontinuierliche Kooperation. Dies gilt sowohl im Vorfeld der Hilfe (z. B. bei Antragstellung) als auch während der Hilfe selbst. Ist diese Voraussetzung nicht gegeben, werden die Hilfen von diesen Anbietern – häufig mit dem nachvollziehbaren Hinweis auf eine Warteliste – beendet. Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit der Eltern ist jedoch in vielen Kinderschutzfällen eher ein Ziel der Arbeit als deren Ausgangsbedingung. Ein Beispiel: Zur Behandlung der zunehmenden Entwicklungsverzögerungen des Kindes arbeiten die Fachkräfte mit der Mutter darauf hin, dass sie das Kind in der Frühförderstelle anmeldet. Nicht zuletzt weil es eine Warteliste gibt, nimmt dieser Prozess einige Zeit in Anspruch. Bereits kurz nach Beginn der Frühförde-

rung zeigt sich, dass die Mutter die Frühförderung nicht zuverlässig wahrnimmt. Die Folge ist, dass die Frühförderstelle – ohne auf die Ursachen und Hintergründe der Unzuverlässigkeit einzugehen – die Hilfe einstellt. Die Entwicklungsverzögerungen des Kindes bleiben unbehandelt.

## **Qualitätssichernde Verfahren und Regelungen entfalten keine Wirkung**

### **Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Sowohl in Institutionen des öffentlichen Trägers als auch bei Freien Trägern sind qualitätssichernde Maßnahmen im Kinderschutz heute mehrheitlich selbstverständlich. Insbesondere vom Gesetzgeber geforderte Verfahrensstandards, wie das Vier-Augen-Prinzip (vgl. § 8a Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 Nr. 2), sind in den meisten Einrichtungen Bestandteil der dienstlichen Vorgaben. Darüber hinaus finden sich Regelungen zur Einbeziehung von Vorgesetzten und zur Durchführung von Fallbesprechungen in diesen Fällen ebenso wie die Verpflichtung zur Supervision. Ob und vor allem unter welchen Voraussetzungen diese Maßnahmen tatsächlich helfen, Fehlentscheidungen zu verhindern, ist bislang kaum untersucht worden. Im Folgenden werden einige Schwachstellen der gängigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung aufgeführt, die in den Fallanalysen deutlich wurden.

### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

#### **(1) Die Reflexion und Beurteilung des Fallverlaufs auf der Grundlage nur einer »Informationsquelle« macht es schwer, Lücken, blinde Flecken oder Widersprüche zu erkennen.**

Die Grundlage für die Reflexion des Falles sowohl mit den Vorgesetzten als auch im Team (Fallbesprechungen) bildet in der Regel der Bericht der fallverantwortlichen Fachkraft. Ihre Falleinschätzung ist damit für andere Fachkräfte die einzig verfügbare Informationsquelle. Die Akten zu dem Fall werden – u. a. aus Zeitgründen – nicht gesondert zur Reflexion des bisherigen Arbeitsprozesses herangezogen. Ebenso können in vielen Jugendämtern Kinderschutzfälle –

ebenfalls aus zeitlichen Gründen – nicht in Co-Arbeit bearbeitet werden. In der Folge stehen widersprüchliche oder ergänzende Wahrnehmungen zum Kind, zu seinen Eltern oder den familiären Problemlagen in fachlichen Reflexionsprozessen nicht zur Verfügung.<sup>51</sup> Die Konsequenz ist, dass die Schwerpunkte zur fachlichen Erörterung von der verantwortlichen Fachkraft zwar nach bestem fachlichen Wissen und Gewissen, aber dennoch alleine gesetzt werden. Sie entscheidet, welche Informationen relevant sind, und lenkt damit, unter Umständen unbeabsichtigt, die Aufmerksamkeit auf bestimmte Themen (wie z. B. die Unterstützung durch Großeltern als wichtige Ressource zur Entlastung der Mutter). Gleichzeitig bleiben andere Themen im Hintergrund oder erscheinen in der Darstellung als nachrangig (wie beispielsweise die anhaltenden Partnerschaftskonflikte der Mutter). Unter diesen Umständen auf Lücken in der Fallbearbeitung, blinde Flecken oder problematische Dynamiken im Familien- oder Helfersystem aufmerksam zu werden, kann schwierig werden. Dies gilt zudem dann, wenn die Fallbesprechungen unter großem Zeitdruck durchgeführt werden. Je begrenzter die zeitlichen Ressourcen für die einzelne Fallreflexion und je größer die Arbeitsbelastung der Kolleginnen und Kollegen oder der bzw. des Vorgesetzten sind, umso eher muss auf eine differenzierte und zeitaufwendige Reflexion des Fallgeschehens verzichtet werden. Stattdessen wird v. a. die Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit der Falldarstellung sowie die Einhaltung der örtlichen Verfahrensstandards geprüft. Fallbesprechungen, Intervision, Supervision oder das Gespräch mit der bzw. dem Vorgesetzten als Strategien zur Gewährleistung des ›Mehraugenprinzips‹ können unter solchen Umständen kaum den erhofften Effekt entfalten, Fehleinschätzungen zu vermeiden.

Zudem erschwert eine große räumliche Distanz zwischen fallbearbeitenden Fachkräften und ihrer Leitung, Rücksprachen so zeitnah und vertiefend zu gestalten, dass diese einen qualitätssichernden Effekt haben können. Gleiches gilt für Verfahren, bei denen Vorgesetzte nur auf der Grundlage einer schriftlichen

Information über das Ergebnis einer Fallbesprechung beurteilen sollen, ob die Einschätzungen und Entscheidungen der Fachkräfte angemessen sind.

## **(2) (Objektive oder subjektive) Arbeitsüberlastung, die zum geduldeten Alltagsphänomen wird, ist ein Risiko für die Qualität der Bearbeitung von Kinderschutzfällen.**

Die Einhaltung von Standards in der Kinderschutzarbeit setzt ausreichende zeitliche und personelle Ressourcen sowie die Bereitstellung geeigneter Räume für die Reflexion voraus. Sind diese nicht gegeben, müssen Fachkräfte Auswege suchen und zum Beispiel schwierige Gespräche alleine führen oder Entscheidungen ohne Hinzuziehung einer Kollegin bzw. eines Kollegen treffen, obwohl konzeptionell Co-Arbeit vorgesehen ist. Ein hoher Vertretungsaufwand aufgrund von Krankheit, unbesetzten Stellen in Teams sowie Überlastungsanzeigen sollte ein Alarmzeichen für Vorgesetzte sein, das auf Arbeitsüberlastung und -überforderung und insofern auf das Risiko des Unterschreitens der fachlichen Standards hinweist. Je knapper die zeitlichen Ressourcen der Fachkräfte, umso größer das Risiko, dass auch Kinderschutzfälle nicht mehr in der gewünschten Qualität bearbeitet werden können.

Fachkräften fällt es nicht immer leicht, Überlastung oder auch fachliche Überforderung bei ihren Vorgesetzten anzumelden. Die Gründe dafür können vielfältig sein. Beispiele dafür sind: Dies ist in der Organisationskultur nicht erwünscht; (vermeintliche) Schwäche zeigen wird mit fehlender Professionalität gleichgesetzt; mit der Anzeige individueller Überlastung wird eine zusätzliche Belastung der Kolleginnen und Kollegen riskiert. Solche (unausgesprochenen) Regeln, die es Fachkräften schwer machen, Schwierigkeiten und Defizite offen anzusprechen, beeinträchtigen die Entwicklung einer risiko- und fehlersensiblen Organisationskultur. Auch aus diesen Gründen kann sich für die Organisation unbemerkt das Risiko für »Fehler« in der Bearbeitung von Kinderschutzfällen erhöhen.

51 Siehe auch NZFH (Hrsg.) (2013): Werkstattbericht – Befunde und Einschätzungen zum deutschen Kinderschutzsystem – Wissenschaft, Praxis und Politik diskutieren Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Köln

## 6.6 Kinderschutz und psychisch erkrankte Eltern

Psychische Erkrankungen können betroffene Eltern in ihren Emotionen, ihrem Denken und Handeln gravierend beeinträchtigen sowie in ihren Alltags- und Erziehungskompetenzen bedeutsam einschränken. Insofern können die Auswirkungen psychischer Erkrankungen bei Eltern sowie ggf. weitere familiäre Belastungen zu Risiken für die positive Entwicklung ihrer Kinder werden. Die Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen) kann für Fachkräfte mit verschiedenartigen Anforderungen verbunden sein. So kann beispielsweise die psychische Erkrankung den ohnehin schwierigen Auftrag, eine gute Arbeitsbeziehung aufzubauen, zusätzlich erschweren. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Eltern Angst haben, dass ihnen das Jugendamt das Kind wegnimmt. Weiterhin müssen die elterliche Belastbarkeit und Fürsorgefähigkeit, deren Krankheitsverständnis und Behandlungsbereitschaft beurteilt werden, entsprechend, passende (krankheitsspezifische) Hilfearrangements ausgewählt sowie die Kooperation mit dem psychiatrischen Gesundheitssystem konstruktiv gestaltet werden. Last but not least sollten ggf. vorliegende Entwicklungsbeeinträchtigungen oder Gefährdungen der Kinder wahrgenommen und entsprechend ausgleichende Hilfen eingeleitet werden.<sup>52</sup>

Da vor diesem Hintergrund in der Kinderschutzarbeit mit psychisch erkrankten Eltern für Fachkräfte der Jugendhilfe schwierige Bearbeitungs- und Beurteilungsprozesse entstehen können, werden aus den Fallanalysen exemplarisch Probleme und Herausforderungen in der Arbeit mit dieser Zielgruppe skizziert.

**(Schutz-)Bedürfnisse des Kindes geraten aus dem Blick, weil die erkrankte Mutter viel Fürsorge und Energie der Fachkräfte in Anspruch nimmt sowie »Schonung« benötigt<sup>53</sup>**

### Weshalb wird dies als problematisch bewertet?

Psychisch erkrankte Mütter können selbst vielfältige Hilfestellungen für ihre Alltags- und Krankheitsbewältigung benötigen. Sie brauchen beispielsweise Unterstützung bei der Beantragung finanzieller Transferleistungen, bei Wohnungssuche und Umzug, bei Auswahl und Inanspruchnahme von krankheitsspezifischer Behandlung, Therapie oder Rehabilitationsmaßnahmen, bei Konflikten mit Partner, Familie oder Nachbarn sowie bei der Auswahl und Organisation geeigneter Kinderbetreuung. Insbesondere wenn Fachkräfte bei deren Kindern kein ausgeprägt schwieriges oder auffälliges Verhalten wahrnehmen, besteht die Gefahr, dass sie zu wenig fachliche Aufmerksamkeit und ggf. nicht den nötigen Schutz oder die entsprechende Unterstützung erhalten.

### Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:

**(1) Mütterliches Krankheitsbild und Problemlagen vereinnahmen Energien der Fachkräfte.** Die Problemlagen (drohender Wohnungsverlust, Trennung vom Vater des Kindes, Konflikte mit den eigenen Eltern) und das komplexe Krankheitsbild der Mutter (z.B. Traumafolgestörungen und selbstverletzendes Verhalten) binden Aufmerksamkeit und Unterstützungsaktivitäten der Fachkräfte. Darüber geraten die tatsächliche (Versorgungs-)Situation des Kindes und seine Entwicklungsbedürfnisse aus dem fachlichen Blick. Eine fallbegleitende Risikoeinschätzung und Hilfe für das Kind gelingen eher schlecht, da die Bedürftigkeit und die als sehr wechselhaft erlebten Verhaltensweisen der Kindesmutter die Hilfekontakte dominieren.

52 Siehe u. a. auch die Empfehlungen aus dem Landesmodellprojekt »Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie« (Schmutz 2010)

53 In den Fällen handelte es sich um erkrankte Mütter. Insofern wird in dieser Kategorie immer in der weiblichen Form von dem erkrankten Elternteil gesprochen.

### **(2) Schutzmaßnahmen für das Kind werden auf dem Hintergrund eines möglichen Suizids der Mutter ausgeschlossen.**

Eine psychisch erkrankte Mutter ist dem Jugendamt seit ihrer eigenen gewaltbelasteten Kindheit bekannt. Sie hat bereits einen Suizidversuch unternommen. Aufgrund dieser Vorgeschichte und der aktuellen Krankheitsbelastung der Mutter befürchten die Fachkräfte einen erneuten Suizidversuch, wenn sie ihr das Kind »wegnehmen« würden. Diese Befürchtung scheint eine mögliche Fremdunterbringung des Kindes als Schutzoption auszuschließen.

### **(3) Zum Schutz der Mutter vor Überforderung werden schwierige Themen gemieden.**

Um einer Überforderung der Mutter insbesondere in sehr belasteten Erkrankungsphasen entgegenzuwirken, vermeiden es Fachkräfte, ihre Bedenken im Hinblick auf deren elterliche Kompetenzen zu thematisieren.

Zudem scheinen geeignete Beteiligungsstrukturen und Settings für Klientinnen zu fehlen, die sich in besonders belasteten Phasen oder Krisen befinden und für die die »normale Routine« der Hilfeplanverfahren eine Überforderung darstellt.

## **Unterschiedliche therapeutische und pädagogische Ziele für die Klientin sind den Fachkräften wechselseitig nicht bekannt und werden auch nicht miteinander ausgetauscht**

### **Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Eltern mit psychischen Erkrankungen sind oftmals sowohl Klientinnen oder Klienten des Jugendhilfesystems als auch Patientinnen oder Patienten im psychiatrischen Versorgungssystem. In beiden Systemen werden Hilfe- oder Behandlungsziele mit und für die Betroffenen erarbeitet, die wiederum mit unterschiedlichen Mitteln und Maßnahmen erreicht werden sollen (etwa in der Jugendhilfe mit erzieherischer

Beratung und alltagspraktischer Hilfe, im Rahmen der psychiatrischen Versorgung u. a. durch Krisenintervention, medikamentöse Behandlung und/oder Psychotherapie). Diese verschiedenen Ziele und Maßnahmen sollten aufeinander abgestimmt und nicht konkurrierend zueinander sein. Für diese Abstimmung ist ein fallbezogener Austausch zwischen den Fachkräften aus Jugendhilfe und psychiatrischer Versorgung erforderlich.<sup>54</sup> Gelingt dieser Austausch nicht, kann dies u. a. zu gegenläufigen und insofern nicht erfüllbaren Veränderungs- und Behandlungszielen für betroffene Eltern führen. Zudem kann dies bei Fachkräften zu Fehleinschätzungen der beabsichtigten Ziele und Wirkungen von Behandlungen oder Hilfen im jeweils anderen System führen.

### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

#### **(1) Widersprüchliche Ziele und Empfehlungen von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie irritieren die Klientinnen und Klienten.**

Von den Fachkräften unbemerkt, kommt es zu widersprüchlichen und insofern verunsichernden »Botschaften« an die Klientin, da die jeweiligen Beratungs- und Behandlungsansätze für die psychisch erkrankte Mutter wechselseitig nicht bekannt sind. So erwarten die Fachkräfte der (Kind-orientierten) Jugendhilfe von der erkrankten Mutter: »Kümmere dich um dein Kind.« Fachkräfte in der (Patienten-orientierten) Erwachsenenpsychiatrie hingegen fordern die Mutter auf: »Kümmere dich um dich selbst!«

#### **(2) Terminvereinbarungen werden als Behandlung der Erkrankung interpretiert.**

Fachkräfte der Jugendhilfe »missverstehen« die von der Mutter wahrgenommenen Termine bei einer ambulant tätigen Psychiaterin bereits als Behandlung ihrer psychischen Erkrankung. Dies erzeugt im Helfersystem eher eine »Beruhigung« und die Hoffnung, dass die krankheitsbedingte Destabilisierung der Mutter nun fachlich angemessen behandelt wird. Die Fachkräfte wissen nicht, dass im Rahmen dieser Termine vorrangig die stationäre Aufnahme der Mutter

54 Vgl. auch entsprechende Empfehlungen in Pillhofer u. a. 2016

in eine Spezialklinik organisiert wird. Eine therapeutische Behandlung erfolgt u. a. aufgrund der Schwere der Erkrankung in diesem ambulanten Setting hingegen nicht.

### **Auswirkungen von psychischen Erkrankungen auf die Fürsorge- und Erziehungsfähigkeiten von Eltern werden falsch eingeschätzt**

#### **Weshalb wird dies als problematisch bewertet?**

Zur angemessenen Hilfe- und Schutzplanung ist es für Fachkräfte der Jugendhilfe bedeutsam, ein (Fall-) Verständnis über Art und Ausmaß der spezifischen Beeinträchtigungen von Eltern mit psychischen Erkrankungen zu erarbeiten. Psychische Erkrankungen können mit unterschiedlichen und unterschiedlich gravierenden Belastungen in Wahrnehmung, Denken, Emotionen und Verhalten verbunden sein, die die Fähigkeiten von Eltern zur Fürsorge und Erziehung ihres Kindes ggf. erheblich einschränken. Je nach psychiatrischem Störungsbild und Erkrankungsverlauf können diese Einschränkungen phasenweise oder kontinuierlich gegeben sein. Ein Verständnis dieser Erkrankungsfolgen erschließt sich für Fachkräfte der Jugendhilfe nicht notwendig nur aus der Kenntnis der psychiatrischen Diagnose. Erforderlich ist psychiatrisches Wissen oder die Hinzuziehung von Fachkräften mit psychiatrischer Expertise etwa bei der Beurteilung von individuellen Krankheitsauswirkungen auf die Versorgung von Kindern.

In den Fallanalysen wurde deutlich, dass es zu Fehleinschätzungen von elterlichen Verhaltensweisen und Hilfebedarfen sowie von Risiken für das Kind kommen kann, wenn diese Expertise nicht einbezogen werden kann.

### **Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:**

#### **(1) Psychische Erkrankungen werden ausschließlich aus sozialpädagogischer Perspektive bewertet.**

Die psychische Erkrankung der Mutter wird vor dem Hintergrund sozialpädagogischer Expertise bewertet, auf deren Basis dann ein entsprechendes Hilfskonzept erarbeitet wird. Eine Hinzuziehung psychiatrischer Expertise findet nicht statt, da es hierzu auch strukturell keine Voraussetzungen und bestehende Kooperationen gibt. Das Hilfskonzept überfordert jedoch die Möglichkeiten der eingesetzten sozialpädagogischen Familienhilfe.

#### **(2) Überforderung der psychisch erkrankten Mutter wird unterschätzt.**

Im Laufe des Hilfeprozesses bekennt die psychisch erkrankte Mutter gegenüber der Fachkraft des ASD, dass sie – trotz begleitender Hilfe – mit der Versorgung ihres Kindes überfordert ist. Diese Äußerung wird von der Fachkraft eher als Druck erzeugende und unangemessene Aufforderung wahrgenommen, (noch) mehr für die Mutter zu tun. Die Problemanzeige der Mutter wird nicht als Krankheitseinsicht interpretiert und somit die tatsächliche, krankheitsbedingte Überlastung der Mutter unterschätzt. Da Interpretationshilfen und fachliche Beurteilung durch psychiatrisch erfahrenere Fachkräfte kein kontinuierlicher Bestandteil dieses Hilfeprozesses sind, sehen die Fachkräfte keine Notwendigkeit, das Hilfskonzept entsprechend anzupassen.



# 7

## Empfehlungen für die Qualitätsentwicklung

Wie bereits in Kapitel 6 deutlich geworden, können Schwachstellen im System die unterschiedlichsten Probleme oder »Fehler« zur Folge haben. Zwei Beispiele: Fehlende oder nicht auf den Kinderschutz ausgerichtete Supervision wird in vier der sechs Kategorien<sup>55</sup> als bedeutender Faktor für das Entstehen von Fehlern und Problemen gesehen. Fehlende Orte und Zeiten für die Reflexion der Risikoeinschätzung und des bisherigen Fallverlaufs werden sogar bei fünf der sechs Problemfelder als ein struktureller Mangel gesehen, der sich negativ auf die Qualität der Arbeit auswirken kann.<sup>56</sup> Diese Ergebnisse machen deutlich, dass nicht jedes Problem eine spezifische und individuelle Lösung braucht. Vielmehr können unterschiedliche Probleme und Fehler mithilfe ein und derselben Maßnahme angegangen werden. Vor diesem Hintergrund werden in den folgenden Empfehlungen für die Qualitätsentwicklung insbesondere die Maßnahmen aufgegriffen, von denen davon ausgegangen werden kann, dass sie verschiedene Problemfelder aufgreifen.

Die Ergebnisse der Fallanalysen deuten auf zwei Schwerpunkte für die Qualitätsentwicklung im Kinderschutz hin. Ein Schwerpunkt liegt auf der Stärkung und Unterstützung der Fachkräfte. Dabei geht es insbesondere darum, das vorhandene spezifische Fachwissen zu erweitern, spezifische beraterische Fähigkeiten zu trainieren sowie geeignete Strukturen und Instrumente bereitzustellen. Zugleich geht es um die Eröffnung von Entscheidungsräumen, damit Fachkräfte ausreichend Spielraum für qualifizierte und professionelle Entscheidungen im Einzelfall haben. Der zweite Schwerpunkt der Qualitätsentwicklung liegt auf der Entwicklung einer hierarchie- und institutionenübergreifenden Kultur mit entsprechenden Strukturen, die eine reflexive sowie risiko- und fehlersensible Haltung der im Kinderschutz tätigen Fachkräfte fördert.

Nachfolgend werden **acht Vorschläge zur Qualitätsentwicklung** dargestellt, die die wichtigsten in den Fallanalysen deutlich gewordenen Problemfelder aufgreifen.

55 In folgenden Ergebniskategorien tauchen quantitative oder qualitative Mängel im Bereich der Supervision als Hintergründe für Probleme/Fehler auf: Interaktion/Kommunikation Fachkraft – Familie; Prozess der Gefährdungseinschätzung; Organisationsübergreifende Kooperation und Kommunikation; Arbeitsbedingungen, strukturelle Rahmenbedingungen und soziale Infrastruktur.

56 In folgenden Ergebniskategorien werden fehlende Orte, Zeiten und Räume für die Reflexion als Mangel angesehen: Interaktion/Kommunikation Fachkraft – Familie; Prozess der Gefährdungseinschätzung; Konzeption von Hilfe und Schutz für das Kind und seine Familie; Organisationsübergreifende Kooperation und Kommunikation; Arbeitsbedingungen, strukturelle Rahmenbedingungen und soziale Infrastruktur.

## 1

**Die systematische Erhebung von Risikofaktoren (Checklisten) und die Dokumentation von Beobachtungen ersetzen die fachlich kompetente (interinstitutionelle) Bewertung nicht.**

Kinderschutz braucht ...

- Fachkräfte, die in der Erhebung und Bewertung von (komplexen) Risikofaktoren und deren Wirkmechanismen geschult sind;
- Fachkräfte, die eine fundierte Prognose über drohenden Schaden für ein Kind erstellen und geeignete Maßnahmen zu dessen Abwendung einschätzen können;
- die Differenzierung zwischen Kooperationsbereitschaft der Eltern und ihrer tatsächlichen Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit im Rahmen der Gefährdungseinschätzung;
- zeitliche Ressourcen und Orte für interdisziplinäres und institutionenübergreifendes Fallverstehen und eine gemeinsame Risikoeinschätzung im Helfersystem insbesondere zu den Fragen »Was ist das Problem?« »Wie ist es entstanden?« »Was ist warum gefährlich für das Kind?« und »Was ist zum Schutz des Kindes geeignet und notwendig?«.

## 2

**Fallbesprechungen, Fallsupervision und die Rücksprache mit Vorgesetzten als qualitätssichernde Maßnahmen sind nur unter bestimmten Voraussetzungen erfolgreich.**

Kinderschutz braucht ...

- Methoden der Fallbesprechung, die häufigen Fehlern begegnen (z. B. Einführung eines Advocatus Diaboli, um dem Bestätigungsfehler zu begegnen);
- Verfahren der Fallberatung, bei denen die Informationen von mehr als nur einer Fachkraft kommen, um das Risiko einseitiger Wahrnehmungen und blinder Flecken zu reduzieren sowie unterschiedliche Perspektiven in der Fallreflexion zu ermöglichen (z. B. Bearbeitung von Kinderschutzfällen in Co-Arbeit);
- ausreichende zeitliche Ressourcen für das Fallverstehen, bevor die Planung der Hilfen beginnt;
- ausreichende zeitliche Ressourcen für Fallbesprechungen, Fallsupervision, Rücksprachen mit den Vorgesetzten sowie Co-Arbeit in komplexen Fällen;
- (verpflichtende) Supervision, in der Verstrickungen, Schonhaltungen, Ängste und Schwierigkeiten erkannt und besprochen werden können;
- Supervisorinnen oder Supervisoren, die über spezifisches Wissen insbesondere zu Risiken und Fehlern im Kinderschutz verfügen.

### 3

**Fachkräfte sollten als zentrale Ressource stark gemacht und nicht als »größte Schwachstelle« gefürchtet werden.**

Kinderschutz braucht ...

- Verfahren und Abläufe, die Notwendiges regeln. Fachkräfte, die sich sicher und abgesichert an Grenzen bewegen können;
- einen professionellen Umgang mit Unsicherheit, der die Suche nach Irritation und alternativen Hypothesen als Qualitätsmerkmal versteht;
- Fachkräfte, die achtsam und sensibel gegenüber Risiken und Fehlern in der Arbeit sind, um frühzeitig auf Fehlentwicklungen aufmerksam zu werden und korrigierend eingreifen zu können, bevor Schäden entstehen.

### 4

**Weil die Eltern oft die zentralen Adressaten der Hilfe sind, braucht es Strategien, um die Kinder nicht aus dem Blick zu verlieren.**

Kinderschutz braucht strukturell gesichert Orte und zeitliche Ressourcen für ...

- Fallbesprechungen, in denen die Beobachtung der Entwicklung des Kindes wichtig ist: »Wie geht es dem Kind?« »Welche Bedürfnisse hat das Kind?« »Welche Hilfe und Unterstützung braucht das Kind?« »In welchem Zeitraum sollte entsprechende Hilfe vermittelt sein?«;
- Fallbesprechungen, in der eine Prüffrage lautet: »Was hat das Kind davon?« (Z. B.: Eine Kollegin oder ein Kollege übernimmt den Auftrag, das Ergebnis der Risikoeinschätzung sowie die geplanten Arbeitsschritte explizit aus der Sicht des Kindes zu bewerten, um zu verhindern, dass das Kind und seine Interessen aus dem Blick geraten);
- Fallbesprechungen und Helferkonferenzen, in denen die bisherige Arbeit und ihre Effekte kritisch reflektiert werden: »Hat sich die Situation für das Kind tatsächlich verbessert?« »Haben wir mit der bisherigen Hilfe das erreicht, was wir uns erhofft haben, und was müssten wir ggf. ändern?«.

## 5

### **Die Arbeit mit Klientinnen und Klienten im Kinderschutz braucht spezifische Konzepte der Gesprächsführung und Beratung.**

Kinderschutz braucht ...

- konzeptionelle Grundlagen und Wissen z. B. über Widerstand, menschliche Veränderungsprozesse, Motivation;
- Fachkräfte, die über spezifische Konzepte und beraterische Kompetenzen im Zwangskontext verfügen;
- geeignete Gesprächsführungsstrategien zur Erhebung komplexer Risikofaktoren (z. B. elterliche Modelle der Erziehung; die Bedeutung eigener Misshandlungserfahrung für die elterlichen Kompetenzen; Einschätzung der Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit).

## 6

### **Nicht alle Hilfen sind gleichermaßen für den Einsatz in Gefährdungsfällen geeignet. Hilfe- und Schutzkonzepte müssen daher für die spezifische Risikolage ausgewählt und laufend auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.**

Kinderschutz braucht ...

- die (Weiter-)Entwicklung und Evaluation von risikospezifischen Hilfekonzepten und Beratungsansätzen;
- Fachkräfte, die über ausreichendes Wissen über die Wirksamkeit von Hilfen für spezifische Risikolagen verfügen und die dieses Wissen als empirisch fundierte Orientierung bei der Entscheidung über geeignete und notwendige Hilfen zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung nutzen können;
- eine Arbeitskultur, in der der Hilfeverlauf selbstverständlich kritisch begleitet und laufend vor dem Hintergrund seiner Wirkungen für den Schutz des Kindes reflektiert wird;

## 7

**Konflikte im Helfersystem und unterschiedliche Einschätzungen des Gefährdungsrisikos sind ein riskanter, aber nicht zu beseitigender Bestandteil des vernetzten Arbeitens. Neben der Entwicklung von systemübergreifenden Netzwerken braucht es daher auch eine Kultur des offenen, respektvollen, konstruktiven und konfliktbereiten Umgangs miteinander.**

Kinderschutz braucht ...

- einen offenen Umgang mit Kritik und Dissens. Geklärte Zuständigkeiten, vereinbarte Verfahren und Abläufe sind wesentlich, ersetzen jedoch Aushandlungs- und Klärungsprozesse im konkreten Fall nicht;
- die Entwicklung einer Konflikt- und Streitkultur zwischen Professionen. Wenn Dissens im Kinderschutz über Macht- und Zuständigkeitsfragen gelöst wird, kann es riskant für das Kind werden;
- Orte und zeitliche Ressourcen für die Klärung von Konflikten;
- bei komplexen Fällen oder im Konfliktfall die Möglichkeit einer institutionenübergreifenden Supervision oder die Unterstützung durch eine externe, neutrale Moderation von Helferkonferenzen.

## 8

**Eine offene Auseinandersetzung im Umgang mit »Fehlern« oder problematischen Verläufen hat in mehrfacher Hinsicht Bedeutung für die Qualitätsentwicklung: (1) Kritische Entwicklungen können frühzeitig erkannt und so fatale Verläufe ggf. verhindert werden; (2) Die Reflexion von Fehlern und eine offene Fehlerkultur helfen, Risiken zu erkennen und so die Gefahr einer Wiederholung zu reduzieren.**

Kinderschutz braucht ...

- die Entwicklung einer Fehlerkultur, in der das konstruktive Benennen von Fehlern, Fehlentwicklungen oder Kritik gegenüber Kolleginnen und Kollegen, in Institutionen oder in Hilfenetzen gefördert und als Ausdruck von Loyalität und Verantwortungsübernahme verstanden wird;
- ein Verständnis von Kinderschutz als ein risikoreiches Arbeitsfeld, in dem Fehler jederzeit möglich sind. Insofern braucht es Strategien des Risiko- und Fehlermanagements, die darauf abzielen (1) Risiken zu erkennen, (2) das Fehlerisiko zu reduzieren sowie (3) aus Fehlern und Fehlschlägen zu lernen;
- zeitliche und finanzielle Ressourcen sowie die Bereitschaft aller Akteurinnen und Akteure, kritische Ereignisse oder Verläufe zu analysieren, um daraus für die Zukunft zu lernen. Eine wichtige Grundlage hierfür ist auf der institutionellen Ebene die systematische Entwicklung von Indikatoren für die Ergebnisqualität der Kinderschutzarbeit (Kindler 2013) sowie die Bereitschaft aller Beteiligten, die Konzeption von Hilfe und Schutz im Einzelfall kritisch zu reflektieren: »Konnten wir das Kind schützen und vor weiterem Schaden bewahren und wenn nicht, was hätten wir anders machen können?«

# 8

## Ausblick

Schwierigkeiten in der Fallbearbeitung zu erkennen und v. a. zu verstehen, wie es zu problematischen Fallverläufen kommt, liefert wichtige Hinweise für die Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Wenn es gelingt, die Ursachen und Hintergründe z. B. für lückenhafte Risikoeinschätzungen, nicht ausreichende Hilfe- und Schutzkonzepte oder ineffektive Zusammenarbeit herauszufinden, können Initiativen zur Qualitätsentwicklung gezielter gestaltet werden. Insofern wäre es sinnvoll, Fallanalysen in Zukunft nicht mehr nur als Möglichkeiten zur Aufarbeitung von tragischen Fällen in den Blick zu nehmen, sondern auch als Strategie der Qualitätsentwicklung im Sinne des § 79a SGB VIII weiterzuentwickeln. Jugendämter könnten dann in regelmäßigen Abständen Fälle untersuchen und so ihr Kinderschutzsystem im Sinne partizipativer Qualitätsentwicklung systematisch verbessern. Da die Fachkräfte die kritischen Stellen in der Fallbearbeitung und deren Ursachen selbst rekonstruieren und analysieren, lernen sie unmittelbar aus den Erfahrungen. Insofern kann sich die wiederholte – z. B. jährliche – Durchführung von Fallanalysen auch positiv auf die Sensibilisierung der Fachkräfte bezüglich potenzieller Risiken und Fehler in der Fallbearbeitung auswirken.

Der zeitliche Aufwand für die Durchführung eines Analyseprozesses nach der in diesem Bericht vorgestellten Methode *Gemeinsam lernen aus Kinderschutzverläufen* beträgt pro Teilnehmerin bzw. Teilnehmer ca. 27–35 Stunden. Für die externe Begleitung schwankt der zeitliche Aufwand je nach Umfang des zu rekonstruierenden Falles zwischen 50 und 100 Stunden/Person.<sup>57</sup> Soll das Lernen aus problematischen Fallverläufen zu einer Strategie in der Qualitätsentwicklung im Kinderschutz ausgebaut werden, müssten also auch entsprechende zeitliche Ressourcen und Mittel bereitgestellt werden. Ansonsten werden Fallanalysen in Jugendämtern immer ein seltenes und exklusives Projekt bleiben. Insofern wäre es wünschenswert, wenn Jugendämter in Zukunft ähnlich einem Fortbildungsbudget auch ein Budget für Fallanalysen hätten.

57 Da vier der fünf Fallanalysen vom NZFH im Rahmen des Projektes *Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen* mit dem Ziel der Entwicklung einer Methode durchgeführt wurden, sind für die externe wissenschaftliche Begleitung keine Kosten angefallen.

# 9

## **Anhang: Erfahrungen der beteiligten Fachkräfte**

## 9.1 Einführende Worte zu diesem Kapitel

Wie in Kapitel 2 dargestellt, beruht das gesamte Vorhaben der Entwicklung und Durchführung von Fallanalysen auf den Grundideen partizipativer Forschung und Qualitätsentwicklung. Alle Ergebnisse sind das Produkt einer engen Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis. Vor diesem Hintergrund sollen auch in diesem vorliegenden Bericht die Eindrücke und Erfahrungen der am Analyseprozess beteiligten Praktikerinnen bzw. Praktiker Raum bekommen.

Um neutrale Fragen und eine von den prozessbeteiligten Wissenschaftlerinnen unbeeinflusste Darstellung der Antworten sicherzustellen, wurde ein erfahrener Journalist – Norbert Joa – mit der Durchführung von Interviews beauftragt. Die Fachkräfte wurden von ihm gebeten, wesentliche Erfahrungen in diesem Prozess einer selbstkritischen Reflexion ihres beruflichen Handelns darzustellen. Sie sollten sowohl den Analyseprozess selbst als auch seine Ergebnisse kommentieren. Gesprächsleitende Fragen an die Fachkräfte waren dabei: Was fanden Sie hilfreich am Analyseprozess eines problematischen Fallverlaufs? Was fanden Sie schwierig? Welche Bedeutung haben die erarbeiteten Ergebnisse für die Weiterentwicklung Ihrer Praxis?

Norbert Joa führte auf dem Hintergrund der oben skizzierten Fragen mit acht Fachkräften, die an einem der Analyseprozesse teilgenommen hatten, ein Gespräch. Es handelte sich um Fachkräfte der Basis- und Leitungsebene aus Einrichtungen der Gesundheits- und Jugendhilfe an zwei verschiedenen Orten. Wichtige Gesprächsinhalte wurden von ihm zusammengefasst und im Folgenden als »Stimmen der Beteiligten« dargestellt. Für eine einheitliche Darstellung wurden alle Personen, Orte sowie Institutionen anonymisiert.

## 9.2 Stimmen der Beteiligten

Autor: Norbert Joa

Das war ein ungewöhnlicher Auftrag für einen Journalisten: Sprechen Sie mit acht Menschen über Kinderschutzfälle. Sie haben Zeit, sollten im Sinne der Objektivität besser nicht viele Details vorab wissen. So reiste ich an die beiden Standorte. Traf Menschen unterschiedlicher Professionen und Wesensarten. Im Kern ging's immer wieder darum: Was bleibt von der Nachbesprechung, der Fallanalyse? Was bleibt als Erkenntnis für die Zukunft? Und unterm Hören setzte sich für mich ein Puzzle zusammen, gerade weil die Fälle und Versäumnisse aus verschiedener Sicht, verschiedenem Erleben geschildert wurden.

---

### Frau W. – Leiterin eines Beratungszentrums

#### Als Sie hörten, ein Team kommt, um einen Fall zu analysieren – gab's da auch Sorge?

Ach Gott, es schwingt schon mit: Was kommt da zum Vorschein? Aber nun bin ich 40 Jahre dabei, und Kinderschutz ist mir ein Herzensanliegen – ich find's wichtiger herauszufinden, was uns hilft, Fälle besser zu machen oder daraus zu lernen.

#### Es gab also auch klare Erwartungen?

Zum einen, dass die beiden Kolleginnen vom NZFH das professionell und wohlwollend machen. – Ich muss auch sagen, dass bei uns im Haus eine grundsätzlich wohlwollende Haltung herrscht, bis hin zur Amtsleitung, sodass einem Fehler nicht um die Ohren fliegen. Und zweitens hab ich mir einen Lerneffekt davon versprochen, vor allem, weil jemand von außen die Strukturen im Jugendamt angeschaut hat.

#### Und wie erlebten Sie's dann?

Ich empfand die Herangehensweise, den konzeptionellen Background, aber auch die persönliche Art der beiden Frauen, Fragen zu stellen, Dinge zu werten und zu gewichten, als ausgesprochen konstruktiv und wohlwollend. Ich hatte zu keiner Zeit das Gefühl: Oh weh, da sehen wir alt aus. Sicher sind viele Fehler passiert, aber zu keiner Zeit

fühlten wir uns bloßgestellt oder negativ bewertet – was ja als Begleitmusik eine Rolle spielen kann. Das ist den beiden sehr gut gelungen.

**Und doch – gab's herausfordernde, unbequeme Momente?**

Es war nicht nur nett. Aber ich kann Kritik ja auch wohlwollend und konstruktiv üben – wo ist was schlecht gelaufen, und wo haben wir vielleicht sogar Glück gehabt, dass es so glimpflich verlief ... Und als ich dann all die Notizen an der Wandtafel gelesen habe, dazu Aussagen der verschiedenen Fachkräfte – die ich sonst so nicht mitbekomme – dass mir zum Beispiel Kollegin XY ins Gesicht sagt, wie enttäuscht sie war über unser Team ... da dachte ich mir: Ups, jetzt muss ich mich warm anziehen. Sowas behält sonst jeder im Alltag für sich, weil es die Zusammenarbeit belastet. Da kam einiges ans Licht.

**Und was bleibt als zentrale Erkenntnis?**

Für mich als Leitung, wenn wir Familien aus anderen Bezirken »erben«, dass ich selbst genauer draufschau, wie läuft der Übermittlungsprozess ... Neulich erst bekamen wir umfangreiche Vorakten, und ich machte mir die Mühe, alle genau durchzusehen, weil ich mir sagte: Diesmal müssen wir gezielter hinschauen bei den Hilfen. Im Fall L. hatte das Beratungszentrum vor uns ja drei verschiedene Hilfebausteine eingesetzt, die nicht dazu gedacht sind, parallel eingesetzt zu werden. Aber aus der Sorge, dem Kind könnte etwas passieren – nach dem Motto: viel hilft viel – eine Kinderkrankenschwester geschickt und eine Familienhebamme und eine ambulante Hilfe. Die standen sich dann salopp gesagt auf den Füßen, und für die Familie war's eine Überforderung. Da sag ich heute stopp, wenn einer mehrere Hilfen zeitgleich einsetzen will.

**Können Sie anderen Jugendämtern so eine Fallbesprechung empfehlen?**

Ja. Gerade kleineren Jugendämtern, mit – wie oft im Landkreis – nur vier, fünf Mitarbeitern, die wenig eingebunden sind.

**Und könnten Sie jetzt im Rückblick sagen, warum der Fall L. so lief?**

Da war sehr viel Angst und Unsicherheit auf Sozialarbeiterebene, mit Blick auf dieses kleine

Mädchen. Das müssen wir intern stärker ansprechen: Wie verhalte ich mich bei zu viel Sorge. Die Familie hat sich total kontrolliert gefühlt, das war auch so gedacht – aber nicht sinnvoll.

**Der Bericht geht an alle Jugendämter – was kann da jeder mitnehmen?**

Die Übergabeszenarien sind grundsätzlich und man neigt heute zu diesem Mehr an Hilfen, aus Sorge heraus – der Sicherheitsdruck hat sich enorm erhöht auf die Jugendämter und Berater. Das ist aber nur eine vorgestellte Sicherheit – der gehen alle auf den Leim, denn die gibt's ja nicht. Das ist für mich zentral: Wie gehen wir mit dieser Erwartung an eine Sicherheit um, die wir gar nicht geben können? Und zur Übergabe: Wie offen und in welchen Runden besprechen wir das? Welche neuen Strukturen brauchen wir, wenn eine Familie von A nach B zieht? Wichtig ist auch die Vorgeschichte der Eltern – der hat man in den letzten Jahren nicht mehr so viel Bedeutung beigemessen. Sei es bei jungen Eltern eigene Heimerfahrung oder Anderes – man springt heute eher ad hoc in die Familiensituation, ein therapeutischer Ansatz: Ich arbeite mit dem, was hier und jetzt ist. Aber um einen Fall zu verstehen – wo sind Muster, Strategien der Eltern –, muss man zurück in deren Geschichte. Da ist es fast blauäugig zu denken: Gut, der kooperiert gerade, passt schon.

**Im weiten Feld zwischen Versäumnis, Irrtum und Schuld: Darf man Fehler machen und diese auch äußern?**

Unter unserem alten Amtsleiter, der im Mai in Pension ging, haben wir im Haus eine sehr fehlerfreundliche Kultur entwickelt – offen, ohne Schönung. Es gab kein Abstrafen, keinen Grund zur Angst, wenn was schiefgelaufen ist. So halte ich es auch mit meinem Team – das ist das absolut Wichtigste, denn wenn Mitarbeiter anfangen müssen, sich zu verstecken oder etwas zu vertuschen, dann sind Fehlern Tür und Tor geöffnet, und dann kann ich auch nicht lernen. Wenn ich Fehler ohne Furcht eingestehen kann, erhöht das die Sicherheit viel mehr, als wenn ich Vorschriften erlasse oder Strafen zu erwarten habe.

**Und doch wird's am Ende immer mal einen tragischen Fall und menschliches Versagen geben – wie empfinden Sie da Kritik von außen?**

Als grundsätzlich legitim, unsere Arbeit ist öffentlich, wir haben das Kindeswohl zu gewähren – da trägt so eine Prüfung zur Sicherheit bei. Wir hatten hier vor 20 Jahren zwei tote Kleinkinder binnen zwei Jahren – und das ist sicher auch geschehen, weil viele Menschen nicht gut hingeschaut haben oder die Zeichen nicht erkannt. Ich selber hatte einen Fall, wo eine Fünfjährige vom Vater erstochen wurde, und ich war bis kurz vorher dabei, und auch da muss ich mich fragen: Was habe ich gesehen, nicht wahrgenommen, welche Zeichen nicht verstanden? Auch dafür brauche ich eine Reflexion von außen, um für mich einen Frieden zu machen, sagen zu können: Das habe ich gesehen, aber anders bewertet.

**Da waren Sie mit sich selbst in einer langen Fallanalyse?**

Ja, natürlich – das war tragisch und hat mich über Monate begleitet –, welches war meine Verantwortung, welche die der Eltern, des Richters? Im anderen Fall, wo das Mädchen verhungert ist, stellt sich die Frage nach der Verantwortung des Kollegen, hat der nicht gesehen, wie unterernährt es ist, wie sehr hat er sich bemüht, an die Mutter heranzukommen? All das muss beantwortet werden und deshalb sage ich: Es gibt nur eine gefühlte Sicherheit. Aber wir müssen uns mühen, so gut es geht, und dazu gehören Fortbildungen, und da ist hierzulande in punkto Kinderschutz in den letzten 20 Jahren enorm viel geschehen. Da ist so ein Blick wie von den beiden NZFH-Frauen enorm wichtig – gerade auf die Struktur: Wie habt Ihr kooperiert, wie haben es die Eltern empfunden? Das fand ich übrigens auch super – und das haben wir sonst nicht –, dass auch die Eltern von jemand Neutralen befragt wurden und ehrlich waren.

**Dann müssten sich bald alle Jugendämter um solche Fallanalysen reißen ...**

(Lachen) ... uff, also die Tatsache, dass wir hier zehn Beratungszentren sind, samt 200 Kolleginnen und Kollegen, und trotz leidenschaftlicher Werbung meiner Vorgesetzten und meines Chefs dieser eine Fall – und zwar meiner – einziger

Gegenstand blieb, beantwortet Ihre Frage. Es gab niemand Anderen, der einen Fall vorschlug – und wir haben hier im Jugendamt an die 1000 Kinderschutzfälle im Jahr. Ich bin mir sicher, dass jedes Team einen lohnenswerten Fall gehabt hätte.

---

**Frau M. – Leiterin eines Ambulanten Dienstes**

**Was dachten Sie, als Sie hörten, ein Team kommt von außen, um den Fall zu analysieren?**

Ganz ehrlich? Oh je – was ist mit dem Kind passiert. Ist es gestorben? Und gleich die Frage: Haben wir nicht gut gearbeitet, die Fallübergabe war schwierig ... große Sorge. Aber dann fand ich es in Ordnung, dass man den Fall nochmal anschaut.

**Und welche Erwartung hatten Sie?**

Zu verstehen – nicht einen Schuldigen zu suchen, sondern zu verstehen, was wo schwierig gelaufen ist. Siehe das Modell mit den Käsescheiben in den verschiedenen Ebenen – so kann es am Ende passieren, dass an einer Stelle die Nadel durch ein zufälliges Loch fällt. Es ist nie nur eine Einzelperson, sondern das System erlaubt es. Das fand ich gut – auch als ich an einer Stelle merkte, da hätte ich anders handeln können.

**Was war im Verlauf der Besprechung hilfreich?**

Sicher die viele Zeit – zwei ganze Tage –, das Interview mit den Eltern und genau zu sehen: Wer hat was wann wo mit wem verabredet? Interessant war, dass Frau W. meinte, ich wäre bei einer Besprechung dabei gewesen – war ich aber nicht, siehe Protokoll. Gut fand ich auch, dass es in der Gruppe selten um Vorwürfe ging, das haben die beiden NZFH-Mitarbeiterinnen gut in Schach gehalten und gesagt: Es geht hier ums Verstehen, um daraus fürs nächste Mal zu lernen. Und der große Vorteil war natürlich, dass nix passiert war, kein Kind zu Schaden kam. Das wäre sicher anders gelaufen nach einem Todesfall oder einer schweren Verletzung.

**Bei tragischem Ausgang wäre so eine Fallanalyse noch wichtiger, aber es gäbe ungleich mehr innere und äußere Widerstände?**

Ja... das stelle ich mir sehr schwierig vor, weil es immer auch um die Schuldfrage geht. Wer ist verantwortlich – und das will keiner sein, wenn was Schlimmes passiert. Da würde man sich viel mehr bedecken und schützen.

**Zurück zur gottlob undramatischen Fallbesprechung – war dennoch auch etwas schwierig, herausfordernd oder unbequem?**

Schwierig sind immer die anwesenden Hierarchieebenen, und wenn es um Kritik an Personen geht, fragt man sich, wie offen sag ich: Wer hat an welchem Punkt seinen Job nicht gemacht ... Es saß ja bis hoch zu Herrn P. die ganze Hierarchie am Tisch und bei mir der Geschäftsführer, und da geht's auch drum: Was hört jetzt der Chef? Das fand ich sehr anstrengend – man ist sehr beobachtet.

**Wie haben Sie sich dann verhalten?**

Ich habe sehr genau überlegt, was ich sage. Und wie. Eher vorsichtig.

**Das führt grundsätzlich zur Frage: Darf man Fehler eingestehen?**

Ja, klar darf man Fehler machen – das steht sogar in unserem Profil (des Trägers). Wichtig ist nur, dass man's sagt, sobald man es merkt. Und auch, dass die anderen gut damit umgehen. Schließlich kann man aus Fehlern lernen.

**Und wie könnte die Fallanalyse künftig besser oder anders laufen?**

Ich fand die Zeitabstände zu groß. Man kann nicht auf alle Rücksicht nehmen und die Auswertung erst ein halbes Jahr später machen. Das erste Treffen war im Sommer, dann im Februar, und nun ist Jahresende, und es gab noch kein Abschlusstreffen. Das finde ich schade. Es wurden ja zwölf Problemfelder genannt, und wir wollen noch herausfinden, was kann man pauschalisieren und anderen weitergeben. Das steht leider noch aus. Aber ansonsten fand ich es sehr gut.

**Was bleibt als zentrale Erkenntnis?**

Der Fall L. – und noch zwei andere – war zuvor schon Anlass einer Kinderschutz AG in unserem Team. Ich habe gesagt, so bearbeite ich Fälle nicht

weiter – schon vor der Fallanalyse durchs NZFH. Wir müssen anders arbeiten – mit dem Jugendamt, wir brauchen andere Übergänge ... Da hat sich viel bewegt, vor allem in punkto Abgleichen mit dem Jugendamt. Wir wollen nicht, dass nochmal sowas passiert wie bei L. So war es ein Glücksgriff, dass unsere Erkenntnisse mit denen des NZFH ineinandergriffen.

**Aber führen die auch zu einem nachhaltigen Handeln?**

(vergnügt) Na, ich hoffe doch. Wir müssen künftig zu einem gemeinsamen Fallverständnis mit dem Jugendamt kommen – müssen solange miteinander ringen, bis wir den Fall gleich verstehen und auch einig sind, was wir dann tun. Nicht dass die einen denken, die (Name des Trägers) haben immer Angst, wenn's um Säuglinge geht, und wir denken, das Jugendamt drückt sich vor der Verantwortung und gibt uns den Fall. Dass wir gemeinsam anschauen: Kann man das ambulant abfangen, oder muss das Kind raus aus der Familie? Und bei unterschiedlichen Sichtweisen muss der Fall die Hierarchien hochwandern, bis zur Spitze. Und wir brauchen mehr Zeit. Und Kinderschutz hat immer Vorrang. Wir haben jetzt den Dienstag oder Mittwoch anberaumt, und da müssen alle kommen, auch von Seiten des Jugendamts. Wir brauchen auch konstante Helferrunden. Ab jetzt wird aufgeschrieben, wer war an der Fallbesprechung beteiligt, und zur nächsten Runde werden dieselben Leute eingeladen. Und wenn es um Säuglinge geht, kommen nun immer die Bereichsleitungen dazu. Vor allem haben wir in der Fallanalyse gesehen, was alles vermutet wurde, einfach weil man nicht miteinander gesprochen hat.

**Ausgerechnet in Ihrem Metier ...**

... tja, genau.

**Zuletzt spielt auch Angst vorm Pranger hinein ins Alltagstun?**

Auf jeden Fall. – Und es geht ja immer darum, welche Aufgabe hat das Jugendamt und welche der Freie Träger? Da kann man sich wunderbar die Bälle zuwerfen, wer die Verantwortung fürs Kinderwohl hat – da muss man viel miteinander reden.

## Herr M. – Sozialarbeiter, Jugendamt

### Als die Besprechung begann – welche Erwartung hatten Sie?

Dass ich alles dazutue, um persönlich und fürs Amt zu profitieren. Ich hatte auch die Hoffnung, dass nicht mit dem Zeigefinger gedeutet und gesagt wird: Da und da, lieber Herr M., haben Sie Folgendes falsch gemacht. Aber am Ende wurden meine Erwartungen alle erfüllt. Der Auftakt war spannend, voller Euphorie, Neugier – ich kannte ja interne Fallsupervisionen, aber dass alle Ebenen durchleuchtet wurden, das war neu. Auch dass es so gründlich und tiefgehend war.

### Und was war im Verlauf hilfreich und gut?

Dass wir permanent darüber gesprochen haben: Wie hat es jeder erlebt? Vermutungen, Ideen, Gedanken wurden so hörbar. Schwierig war sicher: Es hat gedauert, bis alle verinnerlicht hatten, dass es nicht darum geht, Fehler von Einzelnen herauszufinden – ob von mir als Fallverantwortlichem oder Kooperationspartnern –, sondern darum: Welche Mechanismen greifen wann, wie, wo – die in der Regel kommunikativer Art sind und zu einem unerwünschten Ergebnis geführt haben.

### Und was bleibt als zentrale Erkenntnis?

Es geht um gelebte Zusammenarbeit, Kommunikation, haben wir dasselbe Verständnis von der Familie und was getan werden muss? Und wenn nicht, wie sprechen wir es aus und kommen zu einer Lösung? Und doch gibt's am Ende einen, der die Verantwortung trägt, und der ist beim Jugendamt, und dem wird sie auch zugetraut.

### Führt dieses neue Wissen zu neuem Handeln?

Ja, schon vor Abschluss der Fallanalyse und auch in nachfolgenden zwei, drei anderen Fällen hat sich die Kooperation verändert, es wird mehr gesprochen – aber ich war ja kurze Zeit später gar nicht mehr im Amt und studiere nun.

### Mit Blick in andere Jugendämter – können Sie so eine Besprechung empfehlen?

Ja, aber nun hatten wir hier das Glück, dass der Fall L. glimpflich verlief, sonst hätte es möglicherweise eine andere Brisanz gehabt ... Aber wenn man seiner Organisation vertrauen kann und

weiß, dass man nicht fallengelassen wird, dann kann ich es nur empfehlen.

### Und doch wird's immer tragische Fälle geben, Irrtum und auch Versagen – wie sehen Sie grundsätzlich den kritischen Blick von außen?

Das kommt auf die Art des Blicks an. Entweder man wird als Sozialarbeiter in den Himmel gelobt und bekommt gesagt: »Oh Gott, ich könnte diese Arbeit nie im Leben machen, meinen höchsten Respekt.« Oder das Gegenteil: »Typisch Amt, die machen nie was oder viel zu spät.« Wenn der Blick sachlich, verständnis- und respektvoll ist vor dieser sehr herausfordernden Arbeit, dann finde ich Kritik positiv und dann kann sie Früchte tragen.

### Und was nehmen Sie mit in die Zukunft?

Auch wenn man denkt, es ist alles klar, lieber nochmal nachfragen, ob die Kommunikation wirklich beiderseits so angekommen ist. Und: schon früher mutiger zu sein, auffällige Dinge anzusprechen, mit Kollegen oder Vorgesetzten. Und sich die Zeit zu nehmen dafür. Wenn man unter Zeitdruck steht, besteht die Gefahr, dass die eigentlich wichtigen Dinge übersehen werden. Wenn sich dann in der Familie ständig etwas verändert und zudem die Basisverständigung wackelt, kommt es zu schwierigen Situationen.

## Frau S. – Bereichsleiterin Hilfen zur Erziehung, Jugendamt

### Als Sie hörten, ein Team schaut auf einen Ihrer Fälle – schwang da auch Sorge mit?

(lange Pause) Weniger. Weil wir in dem zugrunde liegenden Fall sozusagen die Guten waren. – Ich hab mich vielmehr gefreut, dass mal eine Analyse stattfindet, weil ja Frühe Hilfen mit einbezogen waren, und da hatte ich ohnehin das Gefühl, da muss die Zusammenarbeit klarer geregelt werden, so hab ich's als Chance gesehen.

### Und wie erlebten Sie die Besprechung?

Unterschiedlich. Eine hab ich sehr gut in Erinnerung, mit allen Leitungskräften, sogar der Jugendamtsleiter hatte sich Zeit genommen, um die

Fallgeschichte intensiv mit uns zu studieren und Hypothesen zu bilden. Dann gab es eine Besprechung mit ungefähr 20 Personen, die fand ich sehr anstrengend, aber sehr gut moderiert vom NZFH, deswegen war es ein Gewinn, dass Externe dabei waren – weil es gegenseitige Schuldzuweisungen gab und Spannungen im Raum lagen, die die beiden Kolleginnen wunderbar gemanagt haben durch ihre Struktur und Fragen. Lästig war, dass manche sich ständig angegriffen fühlten und nicht die Distanz entwickeln konnten, das als Chance zu erleben. Das Ganze war doch ein Gewinn, aber hier lagen ordentlich Spannungen in der Luft ..., da habe ich auch nochmal gemerkt, wie tief so ein Fall bei Menschen ankommt.

**Zentral wohl die Frage: Darf man Fehler machen und drüber reden?**

(lange Pause) Ich sag immer zu meinen Mitarbeitern, wenn ihr nach einem Hausbesuch das Gefühl habt, irgendwas ist nicht richtig gelaufen, kommt lieber gleich, und dann besprechen wir es, offen. – Aber ich erlebe, dass Mitarbeiter sich schnell angegriffen fühlen – ich mich manchmal auch –, obwohl man nur Fragen stellt zum Verfahren und es der Aufklärung dienen soll. Im Grunde schützt man ja Mitarbeiter, wenn sie danach qualifizierter arbeiten, aber es ist nicht einfach, die Balance hinzukriegen – vieles wird schnell als Kritik wahrgenommen. Das war auch der Gewinn hier, dass die Frauen vom NZFH von außen Dinge ansprechen konnten. Gerade Kinderschutzfälle führen schnell dazu, dass Mitarbeiter sich gegenseitig beschuldigen, wer hat was falsch gemacht ... da ist es gut, Gremien im Amt zu haben und eine Verfahrenssicherheit.

**Gibt es so etwas wie eine zentrale Erkenntnis – was nehmen Sie mit?**

Genau das – meine Mitarbeiter haben oft das Problem, dass nicht klar ist, wer macht was. Ob Kinderkrankenschwester, Hebamme oder ambulante Helferin – die Leitung versucht, das künftig besser zu klären.

**Haben Sie für sich einen Merksatz gefunden?**

Viele Köche verderben den Brei. Und: Klare Strukturen und Zuständigkeiten sind wichtig.

**Und doch wird es auch künftig tragische Fälle geben ...**

Ja, man wird's nie verhindern können sonst müssten wir uns Tag und Nacht einquartieren bei den Menschen. Und selbst dann kann immer noch ein Kind von der Wickelkommode fallen. Aber man kann – siehe frühe Hilfen – bestimmte Dinge besser regeln, oder den Stuttgarter Kinderschutzbogen genauer anwenden. Leider gibt's häufig Zeitmangel und Druck – da bräuchte man häufiger eine Helferkonferenz, um alle auf den neuesten Stand zu bringen. Aber die Einsatzzeit der ambulanten Hilfen ist mit den Jahren extrem beschnitten worden, die dürfen nur abgezählte Stunden in eine Familie – und da noch spontan eine Konferenz einzuberufen, das ist schon schwierig.

---

**Frau N. – Sozialpädagogin (Jugendamt) im Kinderschutzteam eines Krankenhauses**  
**War dieser Fall eine Rekonstruktion wert – oder hätte es geeignetere Fälle gegeben?**

Wenn man Fälle betrachtet, wo es zu schweren Verletzungen kam, dann diskutiert man dort nochmal auf einer anderen Ebene. Aber das war das Schöne am Fall L., dass da nichts Bedrohliches war und man ihn so befreiter betrachten konnte. Dennoch fand ich es vom jungen Kollegen M. mutig, den Fall zur Verfügung zu stellen – da durch alle Ebenen eines Case Reviews zu marschieren, Antworten zu geben und andere die eigene Arbeit analysieren zu lassen.

**Es war ja auch interessant, dass dies der einzige Fall war, der zur Verfügung gestellt wurde.**

Ja, und er hätte es ja nicht machen müssen. Aber es war ihm wohl auch ein Bedürfnis, Lernerfahrungen möglich zu machen, für sich, fürs Team, für die beteiligten Institutionen.

**In anderen Teams hätte es auch Beispiele gegeben?**

Mit Sicherheit. Und vielleicht brisantere.

**Was war dann im Verlauf der Besprechung hilfreich und gut?**

Dass bei den Interviews der Chef des Beratungszentrums dabeisaß und Antworten auf Fragen

hörte, die er vielleicht nicht gestellt hätte. Da waren seine Reaktionen spannend, das löst ja auch was in ihm aus, wenn ich mich – ohne dass er je direkt mit mir zu tun hatte – zu einem Fall äußere, den er als Leiter beurteilt hat. Da kommt viel mehr dabei heraus als bei einem Vier-Augen-Gespräch.

#### **Und wo gab es vom Bauchgefühl her Unmut oder inneren Widerstand?**

Bei den Interviews nicht – die fand ich sehr gut und tief und strukturiert und intensiv. Schwierig war wohl das Verhältnis zwischen dem Beratungszentrum und einem Freien HzE-Träger, dessen Familienhelferinnen. Das hat man gespürt – und ich glaube, das hat für die Zusammenarbeit noch weitreichende Folgen.

#### **Zum Guten?**

Wenn sie die Erkenntnisse nutzen und gemeinsam daran arbeiten, dann mit Sicherheit. Wenn nicht, dann bleibt da ein Bruch. Man hat den beiden Helferinnen deutlich angemerkt: Die sind unzufrieden mit dem, wie es lief. Sie hatten andere Erwartungen – vielleicht in der Fallanalyse Recht zu bekommen – und waren enttäuscht.

#### **War die Anwesenheit aller Chefs in der großen Runde gut oder hemmend?**

(lange Pause) Beides.

#### **Hat denn die Fallanalyse im Verlauf zu einer veränderten Sichtweise geführt?**

Nein, aber das ist mein persönliches Empfinden, vielleicht hat sich da mit der Zeit auch etwas gewandelt. Es wurde einfach deutlich: Der Bruch kam, als der Fall von A nach B übergeben wurde und die Erwartungen verschieden waren.

#### **Und so blieben beide Lager bestehen – die einen, die sagten: im Zweifel schnell und viel helfen. Die anderen: Das ist in dem Fall kontraproduktiv ...**

... ich glaube, sie haben sich ein wenig angenähert. Aber nicht auf eine Weise, wo man einen guten inneren Abschluss finden konnte. Die sind nicht alle glücklich aus der Fallanalyse herausgegangen – obwohl am Ende in großer Runde gesagt wurde, was alles ein Gewinn war und wie man noch weiterarbeiten muss. Es blieb ein Geschmack im Raum, der nicht nur konstruktiv war.

#### **Jetzt mit Abstand – welche Erkenntnis bleibt? Was nehmen Sie mit?**

Dass Befindlichkeiten eine große Rolle spielen, dazu der Wunsch, gehört zu werden mit seiner Meinung. Und man muss um eine gemeinsame Einschätzung ringen – das hat hier wohl nicht stattgefunden. Später in der Analyse wurde dann viel gerungen und kommuniziert, aber auch nicht bis zum »Königsweg«. Vielleicht gibt's den gar nicht – dass alle einverstanden sind und sogar die Familie »Hurra« ruft. Gerade wenn's um Kontrolle geht und Kinderschutz. Ich glaube auch, dass immer Zeit gefehlt hat – dann hätte man mit mehr innerer Ruhe seine Meinung äußern können und dem anderen zuhören. Unter Zeitdruck will man immer erstmal »Seins« sagen. Und wenn das alle tun, wird nicht mehr richtig zugehört. Ausgerechnet unter Kollegen vergisst man gern die Spielregeln der professionellen Kommunikation: die andere Seite verstehen, neutral bleiben, empathisch zuhören etc.

#### **Zuletzt: Führt alle Erkenntnis zu neuem, besserem Handeln?**

Wenn ich das wüsste ... wir mühen uns auf jeden Fall bei der Übergabe um mehr Zeit, weniger Hektik, mehr Kommunikation, kritisches Hinterfragen der Einschätzungen. Teilen wir die, wie geht's weiter, wenn das Kind entlassen wird? Aus Zeitmangel wurden viele Gespräche telefonisch geführt, da wären persönliche Treffen besser gewesen – ob mit der Familie oder Kollegen. Aber das bedeutet wieder Wegezeit ... Aber wenn man an all den Dingen weiterarbeitet, macht unsere Stadt einen Riesenschritt.

---

#### **Frau R. – Familienkinderkrankenschwester im Gesundheitsamt**

#### **Wie oft unterm Jahr erleben Sie, dass sich ein Fall wie L. so zwiespältig entwickelt?**

Es gibt Einzelfälle – meist gab's dann schon vor der Geburt ungeklärte Fragen zur Erziehungsfähigkeit oder eine hohe psychische Belastung der Eltern oder bekannte häusliche Gewalt oder Sucht.

Und auch bei Familien, in denen schon Kinder in Obhut genommen werden mussten, erleben wir immer wieder Unsicherheiten unter den Helfern oder Fallmanagern.

#### **Und welche vertrauten Muster erkennen Sie?**

Dass nach dem Motto gehandelt wird: Viel hilft viel. Viele Helfer installieren, um das Kindeswohl zu sichern. In unserem besprochenen Fall hieß das: Es kommen von Anfang an eine Familienhebamme und eine Familienkinderkrankenschwester. Da sagen wir per se: Eine Doppelbesetzung ist nicht ratsam. Weder für die Familie noch für uns ...

#### **Warum?**

Weil wir bezüglich der Elternberatung das gleiche Angebot haben. Und es kann nur einer zum Stillen, zur Nahrung, zur Pflege beraten – und wie kommt man mit der Familie in eine vertrauensvolle Beziehung, wenn der andere Helfer mit demselben Beratungsangebot schon einen guten Kontakt zur Familie aufgebaut hat? Die Familien sagen dann: »Haben wir alles schon gehört.« Man müsste sich dann entweder genau absprechen – wer macht was? Oder es kommt zu Uneinigkeiten – der eine Berater sagt: Sie sollten in kurzem Rhythmus füttern (so war es bei L.) – der andere empfiehlt etwas anderes und irritiert somit die Eltern.

#### **Zurück zur Fallanalyse – was erlebten Sie als hilfreich und gut?**

So ein Fall lässt einen nicht ruhen. Die Fallanalyse mit allen Beteiligten verschiedener Fachrichtungen unter professioneller Begleitung war sehr hilfreich, um Verstrickungen, Unsicherheiten und Spaltungen zu erkennen und zu verstehen. Gut fand ich die gezielten Fragen beim ersten Interview. Intern hat die Fallanalyse für unser Team und unsere Vorgesetzten auch neue Impulse für unsere Arbeit in Kinderschutzfällen gegeben. Was ich persönlich schwierig fand, war das mitlaufende Tonband bei den Einzelinterviews. Gut fand ich aber die gezielten Fragen, die einen immer wieder auf den Kern zurückführten.

#### **Gab es Momente, die unbequem und schwierig waren?**

Ja. In manchen Dingen spricht man nur ungern

über die eigene Institution – wie sind wir dort verankert, wie ist unsere Arbeits- und Fallkultur ... was ließe sich da verbessern ...

#### **... was denn?**

Wir haben eine medizinische Fachaufsicht und einen Teamkoordinator. Diese können aber nur selten mitkommen zu kurzfristig anberaumten Helferkonferenzen oder runden Tischen in schwierigen Kinderschutzfällen – der Grund: Sie müssen sich um sehr viele Arbeitsbereiche kümmern und sind zeitlich stark eingebunden. Speziell im Fall L. war es aber möglich, was sich für unser Team in den weiteren internen Fallbesprechungen als sehr positiv erwies und eben drum gern häufiger sein könnte.

#### **Und welche Erkenntnisse gab es noch im Rückblick?**

Bei Anfragen vom Jugendamt braucht es zu Beginn eine klare Auftrags- und Rollenklärung – umso wichtiger bei Kindeswohlgefährdung oder Kinderschutzfällen. Hier wollen wir künftig nicht mehr ohne eine schriftliche Hilfevereinbarung zwischen Jugendamt, unserem Dienst und den Eltern arbeiten. Das soll nun eingeführt werden – da haben wir viel erreicht.

#### **Bringt das nicht noch mehr Bürokratie?**

Nein, ohne das kann man im Grunde gar nicht arbeiten. Vorher geschah es oft nur mündlich – oder wir wurden allenfalls in den HzE-Kontrakt eingeschlossen. Da hat dieser Fall viel für uns bewirkt. In einer schriftlichen Hilfevereinbarung wird unser Auftrag und das Ziel festgelegt. Das bietet eine Transparenz für die Eltern und dient der Auftrags- und Rollenklärung.

#### **Dann hat das neue Wissen zu neuem Handeln geführt?**

Ja. Wir hatten zu dem Thema bereits einen Klauertag.

#### **Und können Sie nun im Rückblick sagen, warum der Fall ungünstig lief?**

Es gab viele Ambivalenzen auf Seiten des Jugendamts – fast täglich veränderten sich Einschätzungen. Einmal hieß es: Das Kind bleibt besser in der Familie, dann nein – besser raus ... und leider – das passiert oft – wurde das Kind dann schlagartig aus dem Krankenhaus entlassen. Lange Liegezeiten

werden nicht mehr bezahlt, und so kommt es häufig zu schnellen Entlassungen. Dann haben die Helfer wenig Zeit, etwas vorzubereiten – da bricht Panik aus, und so habe ich das auch erlebt. Dazu das ambivalente Verhalten des Vaters – dass man dachte: Kann das gutgehen? Mit der schnellen Entlassung kam große Hektik hinein. Da müssen medizinische und Jugendhilfe gemeinsam einen Weg finden, um Druck rauszunehmen. Aber die Jugendhilfe versteht oft die medizinischen Aspekte nicht – und andersherum. Da müsste man sich mehr austauschen.

#### **Und gäbe es noch mehr lohnende Fälle ...?**

Auf jeden Fall. Allein in den jährlich ca. 20 Kinderschutzfällen, in denen unser Team in Kooperation mit der Jugendhilfe Familien mit Säuglingen betreut, sind immer zwei, drei Fälle dabei, die es lohnt zu analysieren. Ich muss jetzt aber auch sagen: Wir haben sehr viele Verläufe, mit denen wir zufrieden sind.

#### **Aber erstaunlich, wie wenig miteinander gesprochen wird oder wie oft sich zwei Helfergruppen nicht verstehen ...**

Genau – aber vieles liegt an der mangelnden Zeit und vielen Arbeit in unserem Bereich, wie auch an unterschiedlichen Berufsbildern.

#### **Haben Sie einen schönen Beruf?**

Ja – ich bin angekommen, nach den Erfahrungen im klinischen Bereich und einigen Jahren in den Frühen Hilfen. Gerade diese Verknüpfung von Gesundheitsdienst und Jugendhilfe ist erfüllend und eine wichtige Ergänzung im Kinderschutz. Ich bin jetzt seit acht Jahren Familienkinderkrankenschwester und möchte nicht mehr tauschen.

---

#### **Herr P. Leiter Jugendamt**

#### **Denkt ein Chef zweimal nach, ob er einen Fall im Haus durchleuchten lässt?**

Nein, im Gegenteil. Ich war froh, dass dieses Angebot kam, weil wir immer wieder mal den Versuch gemacht haben, Fehler herauszuarbeiten, um daraus zu lernen, und es hat nie gut geklappt.

#### **Weil die Innensicht schwierig ist?**

Es ginge schon, aber es ist immer die Frage: Wie sehr sind die Mitarbeiter bereit, über einen Fall zu reden, im Sinne des Lernens? Deswegen fand ich diesen Ansatz toll, weil er endlich wegging von den Personen und hin zum System. Das hat auch die Bereitschaft im Amt erheblich erhöht, mitzumachen.

#### **Und waren Sie erstaunt, dass intern nur dieser eine Fall »angeboten« wurde?**

Das hat mich schon verwundert. Denn als das NZFH sein Vorgehen vorgestellt hat, waren alle sehr angetan. Und als es dann drum ging: »So, jetzt machen wir einen« ... da war die Reaktion verhalten. Aber diese Fallanalyse, die samt ihrer Methode im Amt diskutiert wurde, hat nun dazu geführt, dass auch freiwillig andere Fälle hausintern vorgeschlagen werden.

#### **So gesehen war der »Pionier«, Herr M., mutig?**

Ja, weil er einfach der Erste war, der sich gestellt hat. Und die anderen daraufhin meinten: »Ok, dann können wir es auch mal probieren.«

#### **Und wie erlebten Sie die Fallrekonstruktion?**

Methodisch wunderbar. Ich fand es toll, mit welcher Wertschätzung die gesamte Gruppe, aus allen Berufen und Hierarchiestufen, mit diesem Fall umgegangen ist.

#### **Und was meinen Sie: Wie groß war die Offenheit in der großen Runde, im Angesicht aller Chefs und Chefinnen?**

Meinem Eindruck nach: sehr groß. Gerade bei den Mitarbeitern, die nah dran waren am Fall – weil sie das Ganze positiv empfunden haben.

#### **Aber schwingt nicht unweigerlich mit: Der Chef hört zu, und was heißt das für mich?**

Das ist automatisch dabei, keine Frage. Umso zentraler: Wie können wir als Leiter und Leiterinnen das Vertrauen geben, sich zu öffnen. Im sicheren Wissen: Es geht nicht um Euch, sondern darum, etwas zu lernen für Andere.

#### **Das setzt voraus, ich darf Fehler machen und eingestehen ...**

... natürlich. Es muss eine gute Fehlerkultur da sein, und es war wichtig, dass in unserem Fall die anwesenden Leiter/-innen langjährig vertraut und einschätzbar waren.

**Was erlebten Sie dann im Verlauf als hilfreich und gut?**

Ganz wichtig: dass es extern moderiert worden ist. Weil die Frauen Gerber und Lillig immer wieder den Blick von außen hineinbrachten und auch steuerten. Das war sehr wichtig und hilfreich.

**... und was war schwierig, herausfordernd, unbequem?**

Mir die vier Tage freizuschaukeln, um dabei zu sein. Zeitgleich war es für mich sehr wichtig, mal so nah an einem Fall dabei zu sein und nicht nur vom Tisch aus über Akten zu brüten. Mitzubekommen, in welcher Dynamik so ein Fall abläuft.

**Haben Sie noch irgendetwas über Menschen gelernt?**

Ja, dass Menschen wirklich gut arbeiten können, wenn sie dies angstfrei tun. Und da können die Leiter und das Amt einiges dafür tun.

**Und wenn es so sehr an Befindlichkeiten und Menschen hängt – was vermag da Struktur?**

Einiges. In welchen Gremien wird gearbeitet, wie läuft die Beteiligung, die Kommunikation, was sagt die Kinderschutzrichtlinie? Die sagt: Wenn ihr die einhaltet, dann schützt euch das Amt auch und gibt gegebenenfalls Rechtsbeistand. Das sind schon wichtige Signale an die Mitarbeiter.

**Aber die Zeit fürs Miteinander scheint kaum da – viele Mitarbeiter fühlen sich getrieben ...**

Das ist sicher ein Grundproblem – wir haben viel zu wenig Stellen für diese anspruchsvolle Aufgabe. Aber dann muss ein Vorgesetzter Prioritäten setzen und mutig sagen: Dann machen wir dieses und dafür jenes nicht.

**Nun gab es im Fall L. wohl zwei Sichtweisen auf die Familie – meinen Sie, die haben sich im Lauf der Fallanalyse angenähert?**

Ja, mein Eindruck ist, dass beide da geläutert herausgekommen sind. Wie lange das anhält, und ob es beim nächsten Fall noch trägt, das lasse ich dahingestellt. Aber wichtig war, ins Gespräch zu kommen über die unterschiedliche Sicht.

**Kann es sein, dass man bei solch einer Analyse auch Porzellan zerschlägt, indem offen – auch gegenüber Dritten – ausgesprochen wird, was man denkt?**

Die Gefahr besteht natürlich – drum ist es beson-

ders wichtig, dass da jemand von außen moderiert. Und ich glaube, die Frauen Gerber und Lillig waren da ein Traumpaar, um das immer wieder gut aufzulösen und aufzufangen.

**Und würde man seinen Verdruss, sein inneres Kontra für sich behalten ...**

... das wäre letztlich das Verheerendste, kontraproduktiv. Sollte das innerhalb der Analyse vorherrschen, kann man's auch lassen.

**Und mit Blick in andere Jugendämter ...**

... würde ich so eine Fallanalyse zwingend empfehlen – mindestens zwei, drei Fälle pro Jahr.

**Und wie oft geschieht das in Wirklichkeit?**

Meines Wissens gar nicht. Und es war für die Frauen Gerber und Lillig wohl eine mühsame, bundesweite Suche nach einem Jugendamt, da mitzumachen.

**Das wirft kein gutes Licht ...**

... es ist halt auch ganz schwer, innerhalb eines Hauses ein Vertrauen so herzustellen, dass man in so eine Fallanalyse hineingehen mag. Und dann muss man weg von der personenzentrierten Fehleranalyse à la: Du bist schuld! – Anschließend ist man immer schlauer. Und dann muss man daraus lernen und was ändern. Und später fragen: Sind seitdem Fälle besser gelaufen? Das müsste sich jedes Jugendamt mehrmals im Jahr fragen. Und mit solch einem Vertrauensvorschuss würde sich das Arbeitsklima in jedem Amt verändern.

**Und doch wird es auch mit toller Struktur weiterhin tragische Fälle geben?**

Ja, leider. Von manchen Fällen erfahren wir ja gar nichts, ich will aber auch nicht persönliche Fehler von Mitarbeitern ausschließen. – Und manchmal ist es auch Schicksal der Kinder.

**Begleitet Sie ein Fall noch heute, innerlich?**

Ja, zum Beispiel das Mädchen J., das damals gestorben ist. Da gab es Anklagen gegen mich und einige Mitarbeiter – am Ende wurden die Verfahren zwar eingestellt, aber es hat mich und das Jugendamt unglaublich getroffen. Hat aber damals dazu geführt, dass wir den Kinderschutzbogen entwickelt haben, der mittlerweile bundesweit anerkannt ist.

**Und hat sich an der Angst vorm Pranger mit den Jahrzehnten etwas verändert?**

Ich glaube schon – vor allem für die Mitarbeiter. Sie können die Komplexität ihrer Arbeit kaum verständlich machen in der Öffentlichkeit. Aus Datenschutzgründen darf man vieles auch nicht preisgeben und ist so in einer verhaltenen Position gegenüber den Medien. Das macht es manchmal schwer und tut den Mitarbeitern weh, weil sie nicht sagen dürfen, warum sie zu der Entscheidung gekommen sind. Und dann geht die Presse doch oft recht harsch mit dem Jugendamt um – das schmerzt. Und dass nicht auch gesehen wird, wie viel tolle Fälle laufen. Ist auch dahingestellt, ob das die Presse interessiert. Ob für die gute Nachrichten überhaupt Nachrichten sind.

**Haben Sie persönlich so einen geglückten Lebensweg verfolgt?**

Ja – am Anfang meiner Zeit haben wir einem Elternpaar sein Kind weggenommen. Mit dem Mädchen habe ich heute noch Kontakt. Sie ist mittlerweile Sozialarbeiterin in einer deutschen Großstadt und sehr glücklich mit ihrem Leben.

### 9.3 Aus einer Fallanalyse unter erheblichem öffentlichen Druck und laufendem strafrechtlichen Ermittlungsverfahren

**Herr S. – Jugendamt**

**Nach dem tragischen Tod des dreijährigen A. – wie groß war die Bereitschaft im Haus, durchs DJI von außen draufschauen zu lassen?**

Wir mussten durch die vielen Anfragen von Presse und Politik reagieren. Für mich und uns alle hier war schnell klar, dass wir den Fall aufarbeiten müssen und genau hinschauen, wo es möglicherweise falsche Entscheidungen gegeben hat. Der Auftrag ans DJI erfolgte durch Kreispolitiker, nachdem Druck durch die Öffentlichkeit aufgebaut worden war.

**Welche Rolle spielten denn die Medien?**

Man berichtete über einen Skandal und machte sich keine Mühe, genau hinzuschauen, wie die Arbeit in einem Jugendamt läuft – welche Risiken

bestehen, welche Gratwanderungen man geht in der Kinder und Jugendhilfe. In Bezug auf Helfen und Eingreifen oder eben besser nicht. Niemand in den Medien hat sich für diese Schwierigkeiten interessiert – es gab nur Schwarz und Weiß. Und es ging ganz früh um Schuld – die Jugendhilfe war schuld, das war schnell klar, man hat auch die Leitung bis hoch zur Landrätin hinterfragt, wie weit da Fehler eingeräumt werden. Nach den Berichten der ersten Wochen zum Fall A. ging es mehr und mehr darum, welche Rücktritte zu erfolgen hätten, ob Landrätin oder Dezernentin. Man hatte bald das Gefühl, dass es nur noch darum geht und nicht, was im Fall genau passiert ist.

**Und wenn der Außendruck so hoch ist – führt das im Innern zu mehr Selbstkritik oder zu einer Art Wagenburg?**

Wir waren ohnehin schon sehr selbstkritisch und wussten um die Risiken in unserer Arbeit und dass wir mit diesem tragischen Ende nun das Extremste erleben – das war für uns ein Supergau. Hier arbeiten alle mit Leib und Seele und versuchen, das Beste für die Familien zu tun. Nun kam es zu einer großen Unsicherheit, doch die Arbeit musste ja weitergehen, schwierige Fälle haben wir ja nach wie vor – und wir trugen Sorge für unsere Mitarbeiter.

**Was wurde aus dem zuständigen Sachbearbeiter im Fall A. ?**

Der bekam eine Geldstrafe von drei Nettomonatslöhnen – knapp unterhalb der Vorstrafe. Er hätte den Rechtsweg gehen können, das wollte er aber aus familiären Gründen nicht tun – er hatte große Sorge, dass er den Medienrummel nicht verkraftet, hat sich entschieden, auf Rechtsmittel zu verzichten, uns zu verlassen und arbeitet nun außerhalb des Landratsamtes. Aber weiter als Sozialarbeiter, auf anderem Feld.

**Er wird wohl ohnehin mit sich zu Gericht sitzen, unabhängig was Medien melden oder Richter sagen ...**

Sie müssen sich vorstellen, er war über einen langen Zeitraum mit der Familie beschäftigt, hat die eng begleitet, und dann passiert etwas, woran man nicht denkt – klar ist er geschockt. Und fühlte sich dann in den Berichten falsch behandelt.

**Wie wirkte sich all das aus auf die »Fehlerkultur« im Amt?**

Wir waren ja von Beginn an bereit, Fehler herauszufinden – das Medieninteresse und der aufgebaute Druck hatten da erst mal keinen Einfluss.

**Und über welchen »Medienklops« ärgern Sie sich am meisten?**

Da gab es so vieles, was falsch dargestellt oder aufgebauscht wurde ... ein Beispiel: In der Stuttgarter Zeitung kam ein Bericht, der fast wörtlich unserer regionalen Presse entnommen war – aber um Nuancen verändert, um den Skandal weiter zu verschärfen. – Da wurde mir bewusst, es geht nicht um unsere diffizile Arbeit, sondern: Da ist ein Kind zu Tode gekommen, das Jugendamt ist schuld, und nun muss man den Schuldigen bestrafen.

**Verständlich, wenn man die Berichte liest: Zweimal informieren Ärzte über Misshandlungen, zweimal kommt A. zurück in die Familie, und beim dritten Mal wird der kleine Junge totgeschlagen ...**

Aber so stimmt es nicht, und das ging zum Teil in den Berichten unter. Wir haben zweimal reagiert, das Kind kam zunächst nicht in die Familie zurück, und erst später entschieden: Das Kind kann unter klaren Bedingungen zurück. Da genügen Details, die man weglässt oder dazutut, um ein Bild völlig zu verändern. In Wahrheit wurde das Kind nach der zweiten Mitteilung gemeinsam mit der Mutter vom Stiefvater getrennt. Das Verfahren wegen Misshandlung wurde aber mangels Beweisen eingestellt, zudem schwieg die Mutter – wäre eine Schuld festgestellt worden, wäre alles ganz anders gelaufen.

**Zurück zur Fallanalyse – wie haben Sie den Ablauf erlebt?**

Sehr positiv – wir hatten rasch das Gefühl, gut aufgehoben zu sein bei den Wissenschaftlerinnen. Es wurde sehr wertschätzend miteinander umgegangen, sie kannten unsere Arbeitsweise im Jugendamt und die Risiken – das war eine gute Grundlage. Inhaltlich gefallen hat mir die sehr genaue Darstellung des Fallverlaufs mit genauem Hinschauen, was an welchen Stellen mit welchen Personen passiert ist.

**Und was war herausfordernd, schwierig – vielleicht auch unbequem?**

Der Abschlussbericht vom Januar benennt klar sechs Problemfelder – das muss man selbstkritisch annehmen und sich intern weiterentwickeln. Zum Beispiel muss künftig die Risikoeinschätzung mehr Gewicht erhalten. Ohne den tragischen Fall hätten wir vielleicht noch Jahre so weitergearbeitet – nun wollen wir alles angehen, was da genannt worden ist. Alle sechs Felder wollen wir in den nächsten beiden Jahren bearbeiten und auch strukturell was ändern.

**Werden Sie dann gefeit sein vor tragischen Fällen?**

Nein, es gibt dieses Restrisiko, dass ein Kind zu Schaden kommt – das wird sich nicht vermeiden lassen, wie in vielen Bereichen, wo Menschen mit Menschen zu tun haben.

**Werden Sie künftig im Zweifel mehr und früher eingreifen?**

Das ist die große Frage, ob das gut ist – bereits vor dem Tod von A. haben wir unser Bestes gegeben. In kniffligen Fällen versuchen wir jetzt eher, auf der sicheren Seite zu sein. Wochen später – als wir ein Kind aus einer Familie nahmen – hieß es dann: Jetzt reagiert das Jugendamt über!

**Wendet sich in allem Elend etwas zum Guten?**

Ja. Jede Krise hat ihre Chance. Und wir haben hier seit dem Tod des Jungen vor bald zwei Jahren eine riesengroße Krise. Es ist immer noch sehr unruhig bei uns, es ist eine Unsicherheit da, alles richtig zu machen. Wir stellen uns neu auf, auch mit mehr Personal – ja, am Ende hat es auch etwas Nützliches. Aber die Angst vorm Pranger wirkt sich seitdem auf unsere Arbeit aus – Landrätin und Dezernentin waren sehr hart angegangen worden, auch unsere Mitarbeiter. Ich bin jetzt 25 Jahre hier – das ist unser erster Fall mit Todesfolge – nach Tausenden Fällen, die gut gelaufen sind. Aber das interessiert niemand.

#### 9.4 Abschließende Gedanken des Autors, Norbert Joa:

Ich gestehe, die guten Nachrichten kommen in den Medien zu kurz. Und oft wird in den Berichten der Degen herausgeholt, seltener das Florett. Drum wollte im tragischen Todesfall der Mitarbeiter Herr S. auch nicht, dass seine Funktion angegeben wird. Der Grund: »schlechte Erfahrungen mit Medien.« Meinen Einwand, dass es dort wie auch im Jugendamt »solche und solche gebe«, ließ er nicht gelten. Die öffentlichen Angriffe nach dem Tod eines kleinen Jungen hatten ihn tief verletzt. Und sicher ist es nach solch einem Drama noch schwerer, für sich auseinanderzuhalten, wo man zu Recht oder Unrecht angegangen wird.

Mein Respekt vor allen, die sich ums Kinderwohl mühen, ist gestiegen in diesen Interviewtagen. Es sind oft Idealisten. Aber auch das sind Menschen, die ihre Sache mal gut, mal weniger gut machen. Um die größten Missverständnisse auszuschließen, die größten Fehler zu vermeiden – meist kommunikativer Natur –, scheint mir so etwas wie diese nachbetrachtende Fallanalyse hilfreich zu sein.



# Abbildungsverzeichnis

## Literatur

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Adaptiert nach Reason, James.

»Human error: models and management«,

BMJ 2000; 320:768

Abbildung 2: Ausschnitt aus einer Fallchronologie

## Literatur

- Ader, Sabin / Schrapper, Christian / Thiesmeier, Monika** (Hrsg.) (2001): Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster
- Axford, Nick / Bullock, Roger** (2005): Child death and significant case reviews: international approaches. Report for the Scottish Executive. Dartington Social Research Unit
- Biesel, Kay / Wolff, Reinhard** (2014): Aus Kinderschutzfehlern lernen: Eine dialogisch-systemische Rekonstruktion des Falles Lea-Sophie. Bielefeld
- Bostock, Lisa / Bairstow, Sue / Fish, Sheila / Macleod, Fiona** (2005): Managing risk and minimizing mistakes in services to children and families, London: SCIE
- Brandon, Marian / Bailey, Sue / Sorensen, Penny / Belderson, Pippa / Dodsworth, Jane / Sidebotham, Peter / Garstang, Joanna / Harrison, Elizabeth / Retzer, Ameeta** (2016): Pathways to harm, pathways to protection: a triennial analysis of serious case reviews 2011 to 2014. London: Departement for Education
- Bremische Bürgerschaft** (2007): Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienst. Online zugänglich unter [www.bremische-buergerschaft.de/index.php?id=206](http://www.bremische-buergerschaft.de/index.php?id=206) (Zugriff am: 19.11.2018)
- CFRP** (2016): Keeping Kids Alive: A Report on the Status of Child Death Review in the United States. Washington DC: The National Center for Fatality Review and Prevention. [www.ncfrp.org](http://www.ncfrp.org) (Zugriff am: 19.11.2018)
- Conen, Marie-Luise / Cecchin, Gianfranco** (2009): Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung mit unmotivierten Klienten und in Zwangskontexten. Heidelberg
- Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF)** (2013): Rechtsgutachten zu Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Analyse problematischer Kinderschutzfälle. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

- Fegert, Jörg M. / Schnoor, Vanessa / Kleidt, Stefanie / Ziegenhain, Ute** (2008): Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen, Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systemische Fehleranalyse. Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
- Fegert, Jörg M. / Ziegenhain, Ute / Fangerau, Heiner** (2010): Problematische Kinderschutzverläufe – Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes. Weinheim und München
- Finanzbehörde Innenrevision** (2012): Prüfung »Jugendamt / Tod eines Mädchens«. Teilbericht. Online zugänglich unter [www.hamburg.de/fb/home-fb/nofl/3459876/ir-bericht-chantal/](http://www.hamburg.de/fb/home-fb/nofl/3459876/ir-bericht-chantal/) (Zugriff am: 14.11.2018)
- Fish, Sheila / Munro, Eileen / Bairstow, Sue** (2008): Learning together to safeguard children: Developing an inter-agency systems approach for case reviews. London: SCIE
- Gerber, Christine** (2011): Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen als Bestandteil eines Qualitätsmanagementkonzeptes im Kinderschutz. In: Freese, Jörg / Göppert, Verena / Paul, Mechthild (Hrsg.): Frühe Hilfen und Kinderschutz in den Kommunen. Wiesbaden, S. 249–261
- Gerber, Christine** (2011a): Kinderschutz – von der Checkliste zur persönlichen Fall- und Prozessverantwortung. In: Körner, Wilhelm / Deegener, Günther (Hrsg.): Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Lengerich, S. 294–327
- Gerber, Christine / Lillig, Susanna** (2014): Von der Vernetzung zur Kooperation – Herausforderungen und Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit im Kinderschutz. In: IzKK-Nachrichten 2013/2014, Heft 1, S. 10–15
- HM Government** (2015): Working Together to Safeguard Children. A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children. London: Department for Education, DFE-00130-2015 [www.gov.uk/government/publications?keywords=&publication\\_filter\\_option=all&departments%5B%5D=department-for-education&commit=Refresh+results](http://www.gov.uk/government/publications?keywords=&publication_filter_option=all&departments%5B%5D=department-for-education&commit=Refresh+results) (Zugriff am: 19.11.2018)
- Kindler, Heinz** (2009): Kindeswohlgefährdung: Ein Forschungsupdate zu Ätiologie, Folgen, Diagnostik und Intervention. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 58, 10, S. 764–785
- Kindler, Heinz** (2011): Denkfehler und andere Praxisirrtümer im Kinderschutz. Eine persönlich gefärbte Übersicht. In: Körner, Wilhelm / Deegener, Günther (Hrsg.): Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Lengerich, S. 174–200
- Kindler, Heinz** (2013): Expertise: Qualitätsindikatoren für den Kinderschutz in Deutschland. In: Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Kindler, Heinz / Gerber, Christine / Lillig, Susanna** (2016): Wissenschaftliche Analyse zum Kinderschutzhandeln des Allgemeinen Sozialen Dienstes im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald im Todesfall des Kindes A. Deutsches Jugendinstitut e. V.
- Kindler, Heinz / Lillig, Susanna / Blüml, Herbert / Meysen, Thomas / Werner, Annegret** (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: DJI, online zugänglich unter [www.dji.de/asd](http://www.dji.de/asd) (Zugriff am: 19.11.2018)
- Kindler, Heinz / Pluto, Liane / Strobel, Bettina** (2008): Kinderschutz im Jugendamt der Hansestadt Lüneburg. Herausgegeben vom Deutschen Jugendinstitut e. V. München, online zugänglich unter [www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/dasdji/stellungnahmen/2008/2008-07-15\\_Expertise\\_Lueneburg.pdf](http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/dasdji/stellungnahmen/2008/2008-07-15_Expertise_Lueneburg.pdf) (Zugriff am: 19.11.2018)
- Kindler, Heinz / Ziesel, Birgit / König, Cornelia / Schöllhorn, Angelika / Ziegenhain, Ute / Fegert Jörg M.** (2008): Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe: Bogen zur Unterstützung der Hilfeplanung im frühen Kindesalter. In: Das Jugendamt. 81 Jg., H. 10, S. 467–470
- Klug, Wolfgang / Zobrist, Patrick** (2013): Motivierete Klienten trotz Zwangskontext. Tools für die Soziale Arbeit. München

- Küster, Ernst-Uwe / Pabst, Christopher / Sann, Alexandra** (2017): Kommunale Netzwerkstrukturen Frühe Hilfen. Faktenblatt 3 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Kuijvenhoven, Tirza / Kortleven, Willem J.** (2010): Inquiries into Fatal Child Abuse in the Netherlands: A Source of Improvement? In: *British Journal of Social Work*, No 40(4) S. 1152–1173. Oxford
- Lenkenhoff, Meike:** Schutzkonzept in ambulanten Erziehungshilfen. In *Sozialmagazin* 5-6.2015, S. 36–43
- Lillig, Susanna** (2006): Welche Aspekte können insgesamt bei der Einschätzung von Gefährdungsfällen bedeutsam sein? In: Kindler, Heinz / Lillig, Susanna / Blüml, Herbert / Meysen, Thomas / Werner, Annegret (2006): *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. München: DJI, online zugänglich unter [www.dji.de/asd](http://www.dji.de/asd) (Zugriff am: 19.11.2018)
- Lüttringhaus, Maria / Streich, Angelika** (2007): Kinderschutz in der Jugendhilfe, Wie man Aufgaben und Aufträge richtig formuliert. In: *Blätter der Wohlfahrtspflege, Deutsche Zeitschrift für Soziale Arbeit*, Jg. 154, Juli/August 2007, S.145–150
- LWL** (Hrsg.) (2013): *Ideen & Konzepte. Schutzkonzepte in der Hilfeplanung*. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe
- Meysen, Thomas / Eschelbach, Diana** (2012): *Das neue Bundeskinderschutzgesetz*. Baden-Baden
- Munro, Eileen** (1996): Avoidable and unavoidable mistakes in child protection works, LSE Research Articles Online, <http://eprints.lse.ac.uk/archive/00000348/>
- Munro, Eileen** (1999): Common errors of reasoning in child protection work. In: *Child Abuse and Neglect*, 23. Jg., S. 745–758
- Munro, Eileen** (2005): *Improving practice: child protection as a systems approach*. London: LSE Research Article Online
- Munro, Eileen** (2011): *The Munro Review of Child Protection: Final Report*. Hrsg.: Department for Education, London
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen** (Hrsg.) (2013): *Befunde und Einschätzungen zum deutschen Kinderschutzsystem – Wissenschaft, Praxis und Politik diskutieren Empfehlungen zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz*. Werkstattbericht. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 7. Köln
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen** (Hrsg.) (2018): *Nationaler Forschungsstand und Strategien zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Expertise. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 8*. Köln
- Nonninger, Sybille / Meysen, Thomas** (2015): *Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)*. In: Merchel, Joachim (Hrsg.): *Handbuch Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. 2. Auflage
- Ofsted** (Hrsg.) (2010): *Learning lessons from serious case reviews: interim report 2009–10. Ofsted's evaluation of serious case reviews 1 April to 30 September 2009*
- Pillhofer, Melanie / Ziegenhain, Ute / Fegert, Jörg M. / Hoffmann, Till / Paul, Mechthild** (2016): *Eckpunktepapier »Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen«*. Herausgegeben vom Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Reason, James** (1990): *The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems*. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*. Band 327, Nr. 1241, S. 475–484
- Schmutz, Elisabeth** (2010): *Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*. Mainz: Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V.
- Schone, Reinhold** (2015): *Zwischen Hilfe und Kontrolle – der ASD im Spannungsfeld zwischen Dienstleistung und Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung*. In: Joachim Merchel (Hg.). *Handbuch Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. 2. Auflage

- Schrapper, Christian / Schnorr, Vanessa** (2012): Risiko erkannt – Gefahr gebannt? Risikoanalyse als Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Hrsg: Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen in Rheinland-Pfalz (MIFKJF Rlp.)
- Schrapper, Christian** (2013): Betreuung des Kindes Anna. Rekonstruktion und Analyse der fachlichen Arbeitsweisen und organisatorischen Bedingungen des Jugendamtes Königswinter im Fall »Anna«. In: Das Jugendamt, 86. Jg., S. 2–16, Hrsg.: DIJuF, Heidelberg
- Schrapper, Christian** (2015): Konkurrenz und Kooperation im Kinderschutz. Ein Vortrag anlässlich der Netzwerkkonferenz Kinderschutz am 26.03.15 in Stuttgart. [www.uni-koblenz-landau.de/de/koblenz/fb1/sempaed/sozpaed/vortraege/konkurrenz](http://www.uni-koblenz-landau.de/de/koblenz/fb1/sempaed/sozpaed/vortraege/konkurrenz) (Zugriff am: 14.09.17)
- Statistisches Bundesamt** (2016): Statistik der Kinder- und Jugendhilfe 2015, Gefährdungseinschätzung nach § 8a SGB VIII, 9ff. Wiesbaden
- Stith, Sandra / Liu, Ting / Davies, Christopher / Boykin, Ester/Alder, Megan / Harris, Jennifer / Som, Anurag / McPerson, Mary / Dees, J.** (2009): Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. In: *Aggression and Violent Behavior*, 14. Jg., S. 13–29
- Trotter, Chris** (2006): *Working with Involuntary Clients. A guide to practice.* London
- Schwarz, Andreas / Schleicher, Kathrin / Srugies, Alice / Rothenberger, Liane / Katzenstein, Henriette / Schönecker, Lydia** (2016): *Krise im Jugendamt – ein Leitfaden zur strategischen Krisenkommunikation in Kommunen*, Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Vincent, Charles** (2004): Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes, *Quality and Safety in Health Care*, vol 13, pp 242–3
- von Unger, Hella** (2014): *Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis.* Wiesbaden
- Wolff, Reinhart / Flick, Uwe / Ackermann, Timo / Biesel, Kay / Brandhorst, Felix / Heinitz, Stefan / Patschke, Mareike / Röhnsch, Gundula** (2013): *Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz.* Opladen, Berlin, Toronto
- Wolff, Reinhart / Flick, Uwe / Ackermann, Timo / Biesel, Kay / Brandhorst, Felix / Heinitz, Stefan / Patschke, Mareike / Robin, Pierrine** (2013a): *Kinder im Kinderschutz.* Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Wright, Michael T.** (Hrsg.) (2010): *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention.* 1. Aufl. Bern

## **IMPRESSUM**

### **Herausgeber:**

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e. V. (DJI)  
Maarweg 149–161  
50825 Köln  
Telefon: 0221 8992-0  
[www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)

### **Verantwortlich für den Inhalt:**

Prof. Dr. Sabine Walper (DJI)

### **Autorinnen:**

Christine Gerber, Susanna Lillig, NZFH, DJI

### **Redaktion:**

Susanna Lillig, NZFH, DJI

### **Gestaltung:**

Lübbecke | Naumann | Thoben, Köln

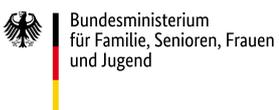
Alle Rechte vorbehalten.

Der Inhalt dieser Publikation gibt die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von dem Herausgeber nicht in jedem Fall geteilt werden muss.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder den Empfänger an Dritte bestimmt.



Gefördert vom:



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend



Träger:



in Kooperation mit:

