



Aktuelle Beiträge
zur Kinder- und Jugendhilfe 85

Risiken – Fehler – Krisen

**Risikomanagement im
Jugendamt als
Führungsaufgabe**

Dokumentation der Fachtagung
am 18. und 19. April 2012
in Berlin

Die Fachtagung wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Impressum:

Herausgeber:

Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH
Zimmerstraße 13-15 · 10969 Berlin

Redaktion, Satz und Layout:

Dörte Jessen
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Berlin

Fotos:

Rita Rabe
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe
Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH, Berlin

Hinweise zur Download-Ausgabe:

Der vorliegende Tagungsband wird von der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik nicht mehr als Druckfassung aufgelegt. Es besteht die Möglichkeit, die Fachbeiträge und Diskussionen aus dem Internet herunter zu laden. Leerseiten und Fotoseiten wurden entfernt.

Berlin 2012

ISBN 978-3-931418-92-2

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Eröffnung der Tagung	5
SIEGFRIED HALLER Leiter des Amtes für Jugend, Familie und Bildung der Stadt Leipzig	
<u>Führen im Risiko: Risikomanagement/Risikosteuerung in Helfersystemen</u>	
Führen im Risiko – Soziale Organisationen unter ständigem Veränderungsdruck Risikosteuerung in komplexen, von Unwägbarkeiten und Ungewissheiten geprägten Helfersystemen	11
CHRISTEL LÜHMANN Regionalleitung, Fachamt Jugend- und Familienhilfe, Hamburg-Wandsbek ROLAND SCHMITZ Koordinator für Kinderschutz, Fachamt Jugend- und Familienhilfe, Hamburg-Nord	
Führen im Risiko – Klinisches Risikomanagement Was die Jugendhilfe von der Medizin lernen kann! Medizin für die Jugendhilfe?	19
SARAH KLENK Mitarbeiterin Qualitätsmanagement, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin	
<u>Fehleranalysen und Risikomanagement im Kinderschutz</u>	
Befunde und Ergebnisse bisheriger Forschungs- und Praxisentwicklungsprojekte zu Fehleranalysen und zum Risikomanagement im Jugendamt	31
PROF. DR. CHRISTIAN SCHRAPPER Erziehungswissenschaftler, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Universität Koblenz-Landau	
Wie verändern die Entwicklungen im Kinderschutz und das Bundeskinderschutzgesetz die Organisation Jugendamt?	55
PROF. DR. KAY BIESEL Institut Kinder- und Jugendhilfe, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Basel PROF. DR. REINHART WOLFF Leiter des Bundesmodellprojekts „Aus Fehlern lernen - Qualitätsmanagement im Kinderschutz“, Kronberger Kreis für Dialogische Qualitätsentwicklung e.V., Berlin	
<u>Risikomanagement im Jugendamt – Praxismodelle</u>	
Praxismodell „Gefährdungsmeldungs-Sofort-Dienst (GSD)“	75
CAROLIN KRAUSE Leiterin des Amtes für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Köln	

Praxismodell „Kontrollhilfen“	81
STEFAN MÖLLENEY Leiter des Amtes für Jugend und Familie – Senioren der Stadt Fulda	
Praxismodell „Risikomanagement bei Fallübergang an einen freien Träger“	87
ALISA BACH Leiterin des Jugendamtes der Region Hannover	
Praxismodell „Die Gefährdungsmeldung nach § 8a SGB VIII als Organisationsherausforderung“	94
SIEGMUND HAMMEL Leiter des Amtes für Jugend und Familie des Landkreises Eichstätt	
Praxismodell „Fallgeschichten-Workshop“	101
OLIVER HERWEG Jugendhilfeplaner, Jugendamt Stuttgart	
„Pressemitteilung“: Tagungsresümee aus journalistischer Sicht	111
CAROLINE FETSCHER Redakteurin, „Der Tagesspiegel“, Berlin	
Literaturhinweise	119

Eröffnung der Tagung

SIEGFRIED HALLER

Leiter des Amtes für Jugend, Familie und Bildung der Stadt Leipzig

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie ganz herzlich zu unserer Fachveranstaltung der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe beim Deutschen Institut für Urbanistik.

Ich freue mich, nun bereits im fünften Jahr eine Veranstaltung dieses Formats moderieren zu dürfen: Jugendamtsleiterinnen und Jugendamtsleiter aus ganz Deutschland treffen sich im Frühjahr zu verschiedenen Themen. In diesem Jahr soll das Risikomanagement als Führungsaufgabe im Fokus der Tagung stehen.

Mein Name ist Siegfried Haller, ich leite seit 12 Jahren das Amt für Jugend, Familie und Bildung in Leipzig. In den neunziger Jahren war ich Jugendamtsleiter in Ludwigshafen am Rhein. Diese langjährige Tätigkeit als Amtsleiter führt mich bis heute zu der Erkenntnis, dass auch ich das Thema „Risiko“ nicht perfekt beherrsche. Ich kann auch nicht behaupten, dass sich dieses Thema irgendwie „auswächst“, sondern gehe vielmehr davon aus, dass mir in den Jahren, in denen ich diese Aufgabe noch zu bewältigen habe, das Handeln im Risiko unter schwierigsten, unübersichtlichen Bedingungen noch oftmals begegnen wird. Ich werde auch weiterhin tagtäglich mit Jugendamtsmanagement im Risiko zu tun haben. Aus Gesprächen mit vielen Kolleginnen und Kollegen weiß ich, dass Sie das ebenso wahrnehmen.

Zu Beginn dieser Veranstaltung möchte ich mich ganz herzlich bei allen Kolleginnen und Kollegen bedanken, die bereit waren, einen aktiven Part zu übernehmen. Wir hatten bei diesem Tagungsformat noch nie so viele Kolleginnen und Kollegen, die selbst aktiv teilnehmen, einen Vortrag halten oder moderieren. Das finde ich großartig, zumal sicher jeder weiß, wie schwierig es ist, über Dinge zu reflektieren, die vielleicht nicht optimal funktionieren. Wir reden alle gern über Fehlerkultur und praktizieren sie überwiegend auch in unseren Ämtern. Damit an die Fachöffentlichkeit zu gehen, ist dennoch eine Hürde. Es ist schwierig, Fehlerkultur nach außen zu kommunizieren. Ich bin jedoch zutiefst davon überzeugt, dass Qualitätsentwicklung ohne eine solche Fehlerkultur auch in der Jugendhilfe nicht vorankommen kann.

Zum Einstieg in unser Thema möchte ich Ihnen zwei Folien (**Abbildung 1 und 2**) zeigen und diese in Bezug auf unser Thema für sich sprechen lassen. Sie sollen uns in unser Thema führen, gerade weil sie nicht aus der Jugendhilfe selbst kommen.

Abbildung 1 stammt aus der Erwachsenen-Psychiatrie, aus einer Basislektüre für alle Psychotherapeuten und Psychiater. Der Autor ist *Josef Bäuml*, der sich intensiv mit bipolaren Störungen und Schizophrenie beschäftigt. Schaut man sich dieses Modell an, sieht man auf einen Blick, was Risiko in der Psychiatrie tatsächlich bedeutet. Dieses Bild suggeriert einen selbstwirksamen Menschen: Segeln gelingt nur, wenn Selbstwirksamkeit in unterschiedlichen Kontexten gelingt.

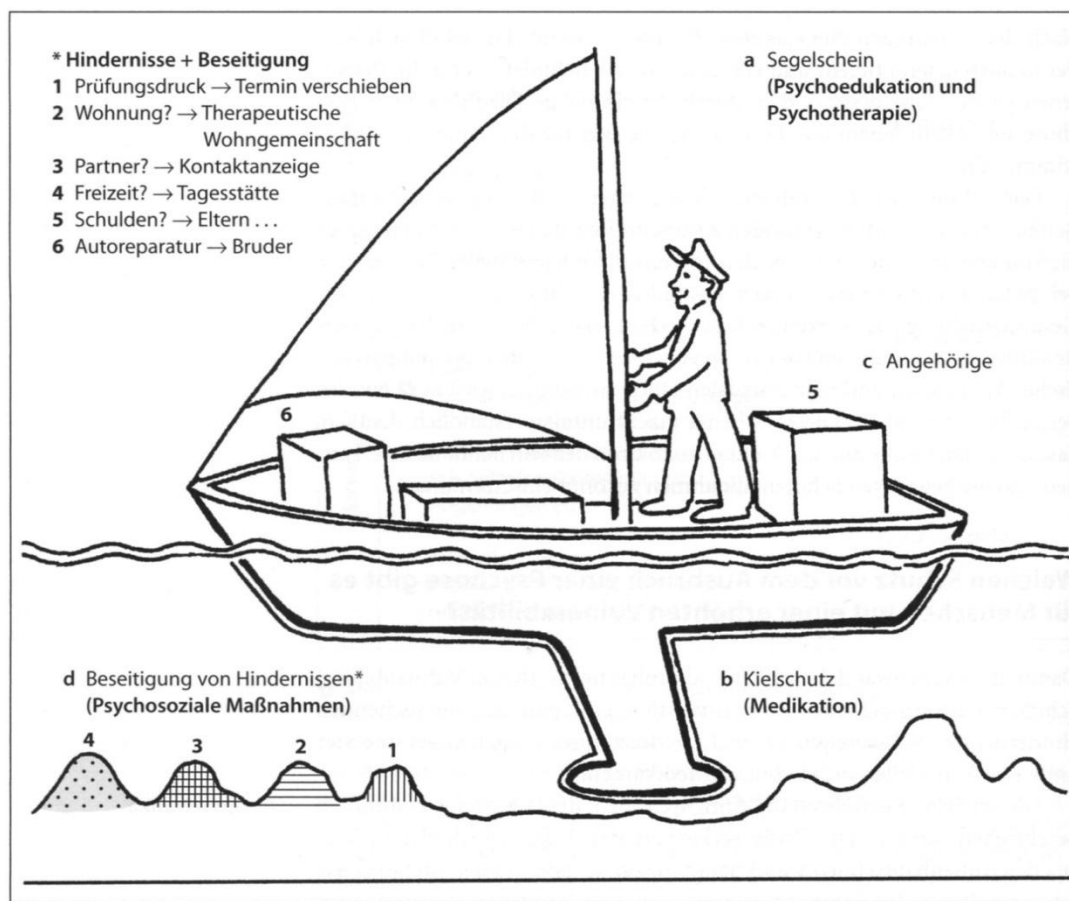


Abbildung 1

Quelle: <http://www.markushaus.de/content/mhaus/mhaus001503/Diakonischer%20Grundkurs%20Schizophrenie1.pdf>,
download 06.06.2012

Ich greife einmal das Thema „Segelschein“ heraus. Die Psychotherapeuten benennen so die Psychoedukation und Psychotherapie – an sich selber arbeiten, Kompetenzen erweitern, Kompetenzen neu hinzugewinnen. Die Erhöhung der Selbstwirksamkeit ist ein typisches Thema für die Jugendhilfe. Sie haben einen relativ langen Kiel unter dem Boot. Das ist gut und stabilisiert das Boot, doch zugleich ist es schwierig, weil Sie in Untiefen und seichte Gewässer kommen und dieser Kiel brechen kann. Die Untiefen auf diesem Bild sind Hindernisse. Diese haben mit Druck zu tun, mit Rahmenbedingungen für das Leben, mit Beziehungen, mit existenziellen Fragen bis hin zur Klärung, ob Kinder zu versorgen sind, worauf hier in der Abbildung nicht eingegangen wird. Es ist nicht untypisch für die Erwachsenenpsychiatrie, dass die Frage nach den Kindern fehlt bzw. ausgeblendet wird. Dabei betrifft diese Frage ein hohes Risiko, sowohl für den erkrankten Erwachsenen als auch für die Kinder, die mit ihm im Haushalt leben und die wir in der Jugendhilfe häufig kennen.

Beim Kielschutz argumentieren die Psychiater mit Medikation. Die Stabilisierung der Selbstwirksamkeit bei bipolaren Störungen (Depression und Aggression, manisch-depressive Kontexte, die dopamingesteuert über das Hirn völlig unkontrolliert ablaufen) soll durch moderne Medikation hergestellt werden. Selbst bei Schwangeren mit diesem Krankheitsbild soll medikamentös gegengesteuert werden, um zu verhindern, dass sich die Beziehung zum neugeborenen Kind in hohem Maße dramatisiert.

Gründe für den Untergang der Titanic		
konstruktiv		Schotten nicht völlig, sondern nur bis zu einer gewissen Höhe wasserdicht; oben offen
materialtechnisch		Schwefelreicher, daher sehr spröder Stahl, der sofort bricht, statt sich zu verformen
organisatorisch		Funk nicht der Schiffsführung unterstellt; daher Priorität bei Geschäfts- und Privatfunk der I.Kl.-Passagiere ==> Eiswarnungen anderer Schiffe teilweise gar nicht an Brücke weitergeleitet
ausstattungsmäßig		1. Beobachtungsposten im Mastkorb ohne Ferngläser 2. Zu wenig Rettungsboote (obzwar mehr als gesetzlich verpflichtet!)
ausbildungsmäßig		Kein Rettungsboot-Drill (emergency exercise), weder für die Besatzung noch gar für die Passagiere
führungsmäßig		Geschwindigkeit für Wetter- und Sichtverhältnisse zu hoch
psychologisch		Menschliche Hybris: fester Glaube an technische Machbarkeit („Unsinkbarkeit“ des Schiffs)

Abbildung 2

Quelle: <http://parapsychologie.ac.at/programm/ss1999/mulacz/facts.htm#urs>, download 15.05.2012

Wer sich mit dem Thema der 2. Abbildung, den Gründen für den Untergang der Titanic, beschäftigt und eine Fehleranalyse betreibt, stellt eine Kombination verschiedener Fehlerbereiche fest, die letztlich zur Tragödie führten. Ein weiteres – hier nicht aufgeführtes – Risiko lag in der Verschraubung der Außenhüllen mit Schrauben des Gütegrades 3, obwohl Gütegrad 4 vorgesehen war. Dadurch sind die Schrauben verfrüht gebrochen. Wenn man sich mit einem solchen Unglück oder auch mit anderen Unglücksfällen befasst, findet man häufig ähnliche Konstellationen.

An dieser Stelle möchte ich nur auf die letzten beiden Aspekte eingehen, da diese unser Thema tangieren. Man hat damals fest daran geglaubt, die Technik zu beherrschen, dass nichts passieren kann und man unverwundbar sei. Dieses „Siegfried-Syndrom“ ist in der Regel der erste und letzte Fehler zugleich. Wir sind nicht unverwundbar!

Der zweite Aspekt, der uns auf der Führungsebene betrifft, sind die Entscheidungen des Kapitäns, bezüglich der Bedingungen, unter denen das Schiff gefahren ist. Ferner kann man die Teilsysteme in ihrer Funktion und Zeit untersuchen, zum Beispiel, dass der Funk privat organisiert und nicht der („öffentlichen“) Schiffsführung unterstellt war. Eventuell sind Parallelen zur eigenen Rolle als Amtsleiter evident, wenn man beispielsweise von der Politik zu bestimmten Fällen angesprochen wird, über die man von den eigenen Mitarbeitern noch nicht unterrichtet wurde.

Wir sollten die Jugendhilfe fehleroffen betrachten. Ich freue mich sehr, dass uns Referenten aus verschiedenen Bereichen Einblicke in das Ausmaß und den Umgang mit Fehlern aus ihrer Perspektive geben werden.

Führen im Risiko: Risikomanagement/Risikosteuerung in Helfersystemen

Führen im Risiko – Soziale Organisationen unter ständigem Veränderungsdruck

Risikosteuerung in komplexen, von Unwägbarkeiten und Ungewissheit geprägten Helfersystemen

CHRISTEL LÜHMANN

Regionalleitung, Fachamt Jugend- und Familienhilfe, Hamburg-Wandsbek

ROLAND SCHMITZ

Koordinator für Kinderschutz, Bezirksamt Hamburg-Nord

1. Warum gibt es ein Risikomanagement im Bezirksamt Hamburg-Wandsbek – und die Erarbeitung des Konzepts

Hamburg hat sieben Bezirksamter. Im Bezirk Wandsbek leben 400.000 Einwohner; er teilt sich in Bezug auf das Jugendamt in drei Regionen. Neben dem Jugendamtsleiter gibt es für jede Region jeweils eine Regionalleitung. Für das Jugendamt Wandsbek habe ich federführend die Verantwortung für die Umsetzung des Risikomanagements im Bezirk übernommen. Das Risikomanagement steht seit längerer Zeit auf der Agenda des Jugendamtes.

Nach dem Tod von Kindern wurde in Hamburg im Rahmen des Programms „Hamburg schützt seine Kinder“ eine Vielzahl von Maßnahmen aufgelegt, unter anderem die Einführung der Funktion „Koordination Kinderschutz“ in jedem Bezirksamt. Diese Koordinatoren tragen eine Stabsfunktion, sie üben keine Dienst- und Fachaufsicht über ASD oder Regionalleitung aus. Diese Koordinatoren werden zu Fachfragen herangezogen und angehört. Ihre Stimmen haben ein hohes Gewicht in Hamburg.

Die Bezirke standen vor der Herausforderung, die Aufgabenwahrnehmung im Kinderschutz zu qualifizieren und weiterzuentwickeln. Der damalige Jugend- und Sozialdezernent gab den Auftrag, als bezirkliche Maßnahme die Einführung eines Risikomanagements für den Bezirk Wandsbek zu prüfen und zu erarbeiten. Herr Professor Schrapper unterstützte uns maßgeblich bei der Erarbeitung und Einführung des Konzepts im Bezirk.

Seit 2007 haben sich die Fachkräfte des ASD, der Amtsvormundschaft und des bezirklichen Angebotsservices sowie alle relevanten Leitungskräfte intensiv und engagiert in Workshops und Arbeitsgruppen zur Erarbeitung des Risikomanagementkonzepts eingebracht. Dies soll an dieser Stelle besonders hervorgehoben werden, um zu verdeutlichen, dass die Kultur des Miteinanders von Anfang an besonders akzentuiert wurde. Ein Konzept, das unter breiter Beteiligung und hoher Transparenz erarbeitet wird, erfährt größere Chancen der Akzeptanz und der erfolgreichen Umsetzung.

Die konkrete Konzepterarbeitung erfolgte schon im ersten Schritt retrospektiv anhand der Betrachtung ausgewählter Einzelfälle, deren Bearbeitung in der Hand unserer ASD-Abteilungen lagen. Die handlungsleitenden Fragestellungen zur Fallrückschau lauteten:

- Was waren unerwünschte bzw. erwünschte Ereignisse in dem Fall?
- Welche Themen enthalten diese Ereignisse?

Die gewonnenen Erkenntnisse konnten subsummierend drei Ebenen zugeordnet werden:

- Kultur,
- Strukturen,
- Instrumente.

Zu jeder dieser Ebenen wurde in kleinen Gruppen weitergearbeitet, mit dem Ziel, die Betrachtungsebenen detaillierter zu beschreiben und Handlungsoptionen für die Konzepterarbeitung abzuleiten. Da sich im Laufe der Einführung des Risikomanagements aus heutiger Sicht die wesentliche Bedeutung der Kultur in der Organisation herausgestellt hat, wird hier beispielhaft dargestellt, welche Inhalte die Arbeitsgruppe „Kultur“ beschrieb.

Der Fokus beim Thema „Kultur“ wurde auf die Organisation im Hinblick auf Fehlerfreundlichkeit gelegt. Weil das Wort irreführend sein kann, könnte man dies auch als „Fehlerakzeptanz“ bezeichnen. Die Fehlerakzeptanz bezieht sich wiederum auf drei Ebenen:

- im Miteinander/intern,
- im Miteinander/extern,
- im Miteinander mit Klienten.

Zum „Miteinander“ hat die Arbeitsgruppe einen Leitsatz entwickelt:

„Jedes Organisationsmitglied trägt dazu bei, dass eine positive Grundhaltung zu dem Auftrag, den Zielen und den Aufgaben der Organisation sowie der Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeiter/innen, zwischen der Hierarchie und den Mitarbeiter/innen, zu der Klientel und zu den Kooperationspartnern besteht.“

Die Stichworte, die hinter diesem Leitsatz stehen, lassen sich wie folgt beschreiben:

Das Risiko ist Teil der Aufgabe im Kinderschutz. Es soll nicht nach „Sündenböcken“ gesucht werden. Fehler sind auch Ausdruck von Mängeln in der Organisation. Dissens darf sein; entscheidend ist, wie darüber kommuniziert wird. Achtsamkeit gegenüber Kindern, Eltern, Kooperationspartnern, Kolleginnen und Kollegen und Leitung soll gepflegt werden. Wer im Kinderschutz arbeitet, hat eine anspruchsvolle Aufgabe. Das ist Grund genug, selbstbewusst zu sein.

In diesem Sinne waren sich alle darin einig, sowohl die Fachkräfte als auch Leitungskräfte, die Methode des Risikomanagements in die Arbeit des Jugendamtes Wandsbek einzuführen. Zur Verdeutlichung folgt ein Zitat von Herrn Professor Wolff:

„Kinderschutzfehler werden in der Regel nicht ‚mit Absicht‘ gemacht. Man sollte sie aber als ‚normale‘ Erscheinungen im Organisationsalltag verstehen, die man aufmerksam wahrnehmen und regelmäßig untersuchen sollte. Ein Jugendamt, das die Kinderschutzaufgaben als Risikopraxis versteht, wird darum zu einem fehlerfreundlichen und ‚lernenden System‘, dessen Basis ein überlegtes Verfahren der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung ist.“¹

Das Konzept

Im Bezirksamt Wandsbek werden regelmäßig und systematisch Fälle betrachtet und untersucht, in denen:

- eine Gefährdung der Kinder abgewendet werden konnte/„Best Practice“-Fälle,
- dies nicht gelungen ist und Kinder zu Schaden gekommen sind.

Ziele des Risikomanagements sind:

- Identifizierung verallgemeinerbarer Erkenntnisse,
- Identifizierung von Schwachstellen und Regelungsbedarfen.

Die verallgemeinerbaren Erkenntnisse, Schwachstellen und Regelungsbedarfe sollen aus den so genannten **Risikoquellen** generiert werden. Folgende Risikoquellen wurden ausgemacht:

1. Aufbau- und Ablaufstrukturen der Organisation bzw. in Organisationsteilen, insbesondere in den Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen, aber auch in Personal- und Teamstrukturen.

Hier könnte zum Beispiel der hierarchische Umgang mit schwierigen Einzelfällen gemeint sein, Fälle, in denen es immer eine Stufe höher geht, so genannte Beschwerdefälle oder aber auch eine unzureichende Personalsituation oder Schwachstellen in organisatorischen Regelungen.

2. Standards in Arbeitsprozessen/in der Fallbearbeitung

Hier soll betrachtet werden, in welcher Qualität diese Standards umgesetzt werden und welche Ergänzungen und Qualifizierungen notwendig sind. Dies könnte auf Ersteinschätzung von Bürgeranliegen/Meldung von Fällen, auf die Einschätzung in Fällen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (z. B.: Wurde das Kind tatsächlich angesehen?) oder die Einschätzung von Hilfeverläufen bezogen sein.

3. Instrumente der Fallbearbeitung

Hier liegen die Risikoquellen in der fehlenden oder nicht optimal verlaufenden kollegialen Beratung, Supervision und Leitungsbeteiligung. Handlungsleitende Fragestellungen könnten hier sein: Wie ist die Qualität von kollegialer Beratung? Lässt die Kultur eines Teams Divergenzen zu? Wie steht es um die Kritikfähigkeit? Sind neue Methoden erforderlich?

¹ Aus: Reinhart Wolff / DJI Handbuch Kindeswohlgefährdung, Kapitel 46

4. Austausch und Zusammenarbeit

Auch im Austausch und in der Zusammenarbeit

- mit Bürgern,
- mit anderen Behörden und Institutionen,
- über Qualität von Informationsaustausch,
- über Kooperation/Kooperationsvereinbarungen, insbesondere im Krisenfall,

finden sich Hinweise, mit denen man sich vertiefend beschäftigen sollte. Es ist beispielsweise auf Kommunikationsregeln zu achten, ob diese schriftlich vorliegen, eingehalten und gelebt werden und ob sie aktuell sind. Eine Risikoquelle liegt in der Übergabe von Fällen zwischen Fachkräften. All dies muss aufmerksam betrachtet werden.

2. Das Verfahren zum Risikomanagement

Wie gelingt es nun, während des laufenden Geschäfts im Jugendamt die Fallarbeit und die Risikoquellen qualifiziert und geregelt in den Blick zu nehmen?

Laufend bzw. regelmäßig wird eine Analyse von Fallverläufen vorgenommen, und zwar unter folgenden Fragestellungen:

1. Was ist an unerwünschten Ereignissen eingetreten?
2. Kam es beinahe zu unerwünschten Ereignissen?
3. Was hat dazu geführt, dass unerwünschte Ereignisse nicht eingetreten sind?

Die aus den Fallverläufen gewonnenen Erkenntnisse sollen dokumentiert in die Hierarchie und an das Controlling gegeben werden. An jährlichen Fachtagen sollen Ergebnisse und Erkenntnisse einzelner ASD-Abteilungen und anderer Fachabteilungen, wie z.B. Amtsvormundschaft und Bezirklicher Angebotsservice, präsentiert werden, mit dem Ziel der Erarbeitung eines Maßnahmenplans, der klar regelt, was wie mit wem und bis wann bearbeitet werden soll.

Wenn dies alles gelingt, kann die Methode des Risikomanagements einen großen Nutzen, in erster Linie für den Kinderschutz, aber auch für die Organisation, haben.

Nutzen für die Organisation

1. Stärkung der individuellen Handlungssicherheit jedes einzelnen Mitarbeiters,
2. Impulse für strukturelle Veränderungen, z. B. für Kooperationsvereinbarungen, Kommunikation in Hierarchie,
3. Regelmäßige Überprüfung fachlicher Instrumente,
4. Kultur innerhalb der Organisation wird aktiv gepflegt und führt zu einer erhöhten Achtsamkeit, sowie zu einer Kultur, in der über Fehler gesprochen werden kann.

3. ... und nun? - Gefahren für ein gelingendes Risikomanagement

Am 15. Februar 2012 fand der letzte Fachtag statt. Dazu sollten von den Kolleginnen und Kollegen Fälle zur Auswertung eingespeist werden. Es kam jedoch die Rückmeldung, dass diesmal kein Interesse daran bestand, Fälle und Fallverläufe zu besprechen, sondern die Kolleginnen und Kollegen äußerten den Wunsch, gemeinsam mit der Leitung über das Thema „Kultur“ zu diskutieren. Das verwundert nicht, denn unser letzter Fachtag war geprägt davon, dass einen Monat vorher Chantal gestorben war und die Uhren in Hamburg anders tickten...

Abbildung 1 soll verdeutlichen, was in solchen Situationen häufig passiert und auch in Hamburg massiv eingetreten ist.

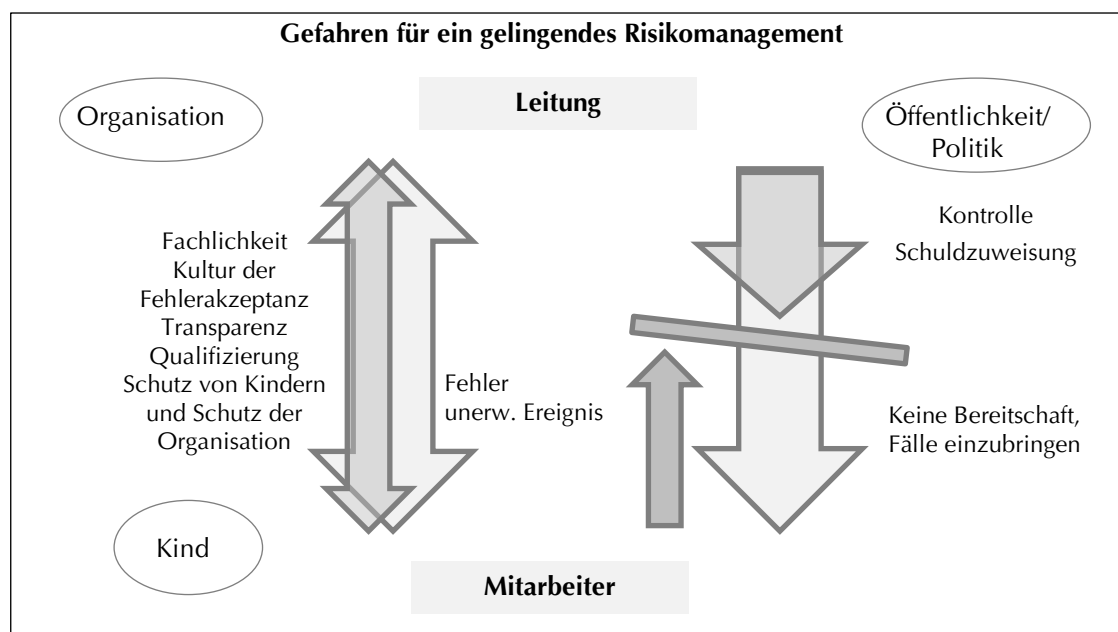


Abbildung 1

© Roland Schmitz

Die Kinderschutzkoordinatoren und die Jugendamtsleiter der Stadt haben sich – wie auf der linken Seite der Abbildung dargestellt – auf den Weg gemacht, ein Risikomanagement für die Jugendämter zu etablieren (der dickere, helle Pfeil); der etwas dunklere Pfeil deutet an, dass es sich dabei noch um ein „zartes Pflänzchen“ handelt, denn es gibt noch nicht viele Erfahrungen mit dem standardisierten Risikomanagement. Risikomanagement pendelt stets zwischen Absicherung der Organisation und einem aktiven und demokratischen Kinderschutz.

Die dem Risikomanagement zugeordneten Begriffe der Fachlichkeit, der Kultur der Fehlerakzeptanz, der Transparenz durch alle Hierarchien, der Qualifizierungskonzepte für die Fachkräfte des ASD und der Umsetzung von Qualitätsstandards im Kinderschutz, um alle Kinder in der Stadt zu schützen und die Risiken zu minimieren, konnten aufgrund des Ereignisses im Januar nicht aufrecht erhalten werden. Die Organisation war nicht mehr in der Lage, sich an die selbst gesetzten Standards zu halten und eine vernünftige

Fehleranalyse, womöglich mit externer Expertise, zu betreiben, denn die Öffentlichkeit und die Politik bekommt in einer solchen Situation ein absolutes Übergewicht. Es wurde sofort nach dem Schuldigen gesucht. Das Jugendamt wurde mit der Frage konfrontiert: Wie kann ein Kind sterben, das in der Obhut des Jugendamtes ist und in einer Hilfe zur Erziehung betreut wird? Die Bezirksamtsleiter wurden zur Fachbehörde zitiert, mussten innerhalb weniger Stunden bzw. Tage berichten, wie viele Pflegekinder es zurzeit in Hamburg gibt, in welchen Familien sie leben, ob es weitere Hinweise auf Straftaten, Suchtprobleme oder sonstige Auffälligkeiten in Pflegeverhältnissen gibt, wer der Schuldige wäre: der Träger, der ASD, und wo die Fehler gemacht worden sind. Alle Kollegen des Jugendamtes und der Träger wurden regelrecht von der Presse belagert. Dies hat an der Basis zu großer Verunsicherung geführt. Das ist auf der rechten Seite der Abbildung erkennbar. Die verabredete Transparenz durch alle Hierarchien und die Kultur der Organisation wurde empfindlich gestört. Sämtliche Bezirksamtsleitungen forderten ausführliche Berichte. Letztendlich haben Bezirksamtsleitungen bis in den Einzelfall hineinregiert und Prüfaufträge im Sinne einer Innenrevision und einer Berichterstattung im Einzelfall gefordert, um auch gegenüber der Presse sprechfähig zu sein. Diese heiße Phase dauerte über sechs Wochen an.

Die rechte Seite des Bildes zeigt auch, dass es letztlich nicht mehr um Kinder ging. Es ging nur noch um die Absicherung der Organisation und darum, der Öffentlichkeit deutlich zu machen, was Jugendhilfe eigentlich tut und was man unternehmen kann, damit nicht noch mehr Kinder zu Schaden kommen. Es bedarf jetzt einer sehr großen Anstrengung, diesen Balken, der aus dem Gleichgewicht gekommen ist, wieder dahingehend gerade zu rücken, dass man sich wieder einem effektiven und fachlich sinnvollen Risikomanagement zuwenden kann.

Hierbei spielt die Funktion der Koordination Kinderschutz eine wichtige Rolle. Wir fangen nicht bei „Null“ an, sondern verfügen bereits über gute Ideen dazu, wie Fehler- und Risikomanagement funktionieren können. Die Kinderschutzkoordinatoren arbeiteten mit allen Jugendamtsleitern und Fach- und Führungskräften der Jugendhilfe gemeinsam an einem Leitbild zum Kinderschutz. Die Mitarbeiter des Allgemeinen Sozialen Dienstes arbeiten mit Methoden der Diagnostik und des Fallverstehens sowie mit Kinderschutzbögen und mit Kinderschutzdiagnostik, die Düsseldorf, Stuttgart und Hamburg gemeinsam weiterentwickelt haben und die in Hamburg zurzeit mit einer neuen Software programmiert wird. Alle ASD-Mitarbeiter wurden umfänglich geschult.

Das Ergebnis der Innenrevision, dass aus über 1.300 überprüften Fällen lediglich zwei Fälle so kritisch waren, dass sie zu einer Herausnahme der Kinder aus der Pflegestelle oder zumindest zu einer Diskussion über eine Herausnahme geführt haben, belegen, dass die Jugendhilfe doch in der Vielzahl der Fälle vernünftig gearbeitet hat. Die Öffentlichkeit hat dieses Ergebnis erst einmal akzeptiert. Der Staatsrat konnte bekannt geben, dass wir uns jetzt den Themen „Qualitätsmanagement“, „Risikomanagement“ und der Jugendhilfeinspektion, wie immer diese gegebenenfalls funktionieren soll, zuwenden. Dabei wollen wir auch die Erkenntnisse aus Birmingham von *Eileen Munro*² berücksichtigen. Da Birmingham Partnerstadt von Hamburg ist, befinden wir uns in einem regen Facha-

² Munro, E.: Ein systemischer Ansatz zur Untersuchung von Todesfällen aufgrund von Kindeswohlgefährdung. In: Das Jugendamt, 82 (2009) Nr. 3

tausch und erhoffen uns von dieser Seite wertvolle Impulse für ein gelingendes Risikomanagement.

Absurderweise führt der dicke Balken der Kontrolle (rechte Seite der Abbildung) in der Fachöffentlichkeit zu der Erkenntnis, dass wir ein Risikomanagement brauchen, um die Kinder besser zu schützen. Das wussten wir vorher. Wir wissen aus dem Modellprojekt „Aus Fehlern lernen“, wo potenziell die Schwachstellen liegen: Kinderschutz nur nach Aktenstudien, das Verlassen auf Berichte von Dritten, das Unterlassen des Ansehens des Kindes, nicht ausreichende Kooperationen an den Schnittstellen, hohe Fluktuation im ASD und mangelnde Qualifizierung der Mitarbeiter und daraus folgende Fehleinschätzungen etc.

Der Bezirk Wandsbek ist federführend in Fragen der Jugendhilfe und in der Etablierung des Risikomanagements. Das hier entwickelte Konzept soll nun ein wenig ausgearbeitet und operationalisiert werden, insbesondere in Bezug auf die Instrumente. In einem nächsten Schritt könnte dieses Konzept in der gesamten Stadt eingeführt und damit eine bessere Steuerung, Kontrolle und Absicherung der Gesamtorganisation bewerkstelligt werden.

4. Herausforderung für Führungskräfte an das „Führen im Risiko“

Die Führungskräfte stehen in Bezug auf das Risikomanagement vor folgenden Herausforderungen:

1. Achtung und Wertschätzung der Arbeit im Kinderschutz, innere Haltung,
2. Risiko als Bestandteil der täglichen Arbeit akzeptieren,
3. Kultur der Fehlerakzeptanz leben und verteidigen,
4. Entwicklung eines Leitbildes im Kinderschutz,
5. Gemeinsames Verständnis entwickeln und gemeinsam die Verantwortung tragen,
6. Führungskultur im Kinderschutz entwickeln,
7. Personalfürsorge und Mitarbeiterschutz,
8. Kontinuierliche Qualifizierung als fachlicher Standard.

Der Öffentlichkeit und der Politik muss vor Augen gehalten werden, dass Kinderschutz eine schwierige Aufgabe ist, die Achtung und Wertschätzung verdient. Innerhalb der Institution bedeutet das auch, dass die Mitarbeiter/innen an ihrer inneren Haltung zum Kinderschutz arbeiten und sich dessen bewusst sind, dass Kinderschutz stets ein Arbeiten im Risiko bedeutet. Risikomanagement funktioniert nur, wenn eine Kultur der Fehlerakzeptanz gelebt und – gerade in schwierigen Situationen – auch verteidigt wird. Ein Leitbild schafft Klarheit darüber, mit welchem Verständnis von Kinderschutz wir auftreten. Ein gemeinsames Verständnis von Kinderschutz, Fallarbeit und Risikomanagement ist mit Behördenvertretern, Amtsleitern und Dezernenten, die von der Fallpraxis mehr oder weniger weit entfernt sind, zu entwickeln. Wir müssen dafür sorgen, dass die Verantwortung für die Kinder der Stadt gemeinsam getragen wird. Dazu bedarf es auch der Entwicklung

einer Führungskultur im Kinderschutz, die die Personalfürsorge und den Mitarbeiterschutz einschließt.

Nicht zuletzt ist die kontinuierliche Qualifizierung als fachlicher Standard im ASD notwendig. In Hamburg werden flächendeckend ASD-Mitarbeiter regelmäßig in Diagnostik/Kinderschutzdiagnostik und Fallverstehen geschult und erhalten Fall- und Supervisionsrunden als Angebot, damit sie ihre Fälle reflektieren können. Außerdem gibt es die Fachberatung durch die Kinderschutzkoordinatoren.

Diese Herausforderungen gilt es zu meistern, damit die Situation nicht so schnell außer Kontrolle gerät, wie an dem o. g. Beispiel geschildert.

In diesem Sinne wünschen wir uns allen einen anregenden Fachaustausch!

Führen im Risiko: Risikomanagement/Risikosteuerung in Helfersystemen

Führen im Risiko – Klinisches Risikomanagement

Was die Jugendhilfe von der Medizin lernen kann! Medizin für die Jugendhilfe?

SARAH KLENK

Mitarbeiterin Qualitätsmanagement, Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin

1. Das Unternehmen „Vivantes Netzwerk für Gesundheit“

Die Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH ist ein kommunaler Krankenhauskonzern in Berlin. Zum Konzern gehören neun Krankenhäuser, zwölf Tageskliniken, zwölf Pflegeheime, mehrere medizinische Versorgungszentren, zwei Seniorenwohnhäuser, eine ambulante Rehabilitation, eine ambulante Krankenpflege sowie Tochtergesellschaften für Catering, Reinigung und Wäsche.

Die Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH stellt mit 5.379 Betten, etwa 500.000 ambulanten und stationären Fällen im Jahr und fast 14.000 Mitarbeitern den größten kommunalen Krankenhauskonzern Deutschlands dar. (**Abbildung 1**).

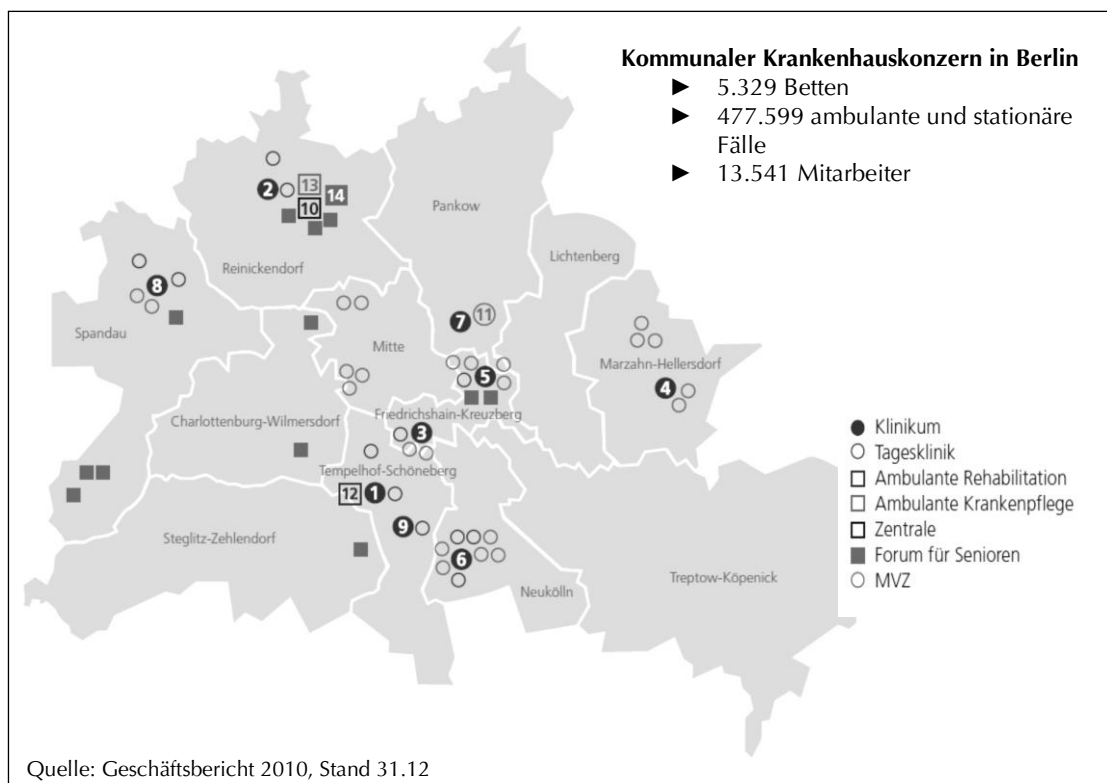


Abbildung 1

© Sarah Klenk

Etwa ein Drittel aller Patienten in Berlin werden von „Vivantes“ versorgt. Daher sehen wir uns in der Pflicht zur Maximierung der Patientensicherheit. Dabei spielt die gemeinsame Betrachtung der Risiken und Fehler eine große Rolle. Kommt es im Bereich der Jugendhilfe zu einer Katastrophe wie beispielsweise in Hamburg, betrifft das nicht nur einen Bereich im Jugendamt, sondern das gesamte System. Das gilt auch für das Gesundheitssystem. Ereignen sich in einem Krankenhaus Behandlungsfehler, steht ebenfalls das gesamte Unternehmen im Interesse der Öffentlichkeit.

Gemeinsam müssen wir aus Fehlern lernen und Fehlerquellen begegnen, denn am Ende sitzen wir alle im gleichen Boot... (Abbildung 2):

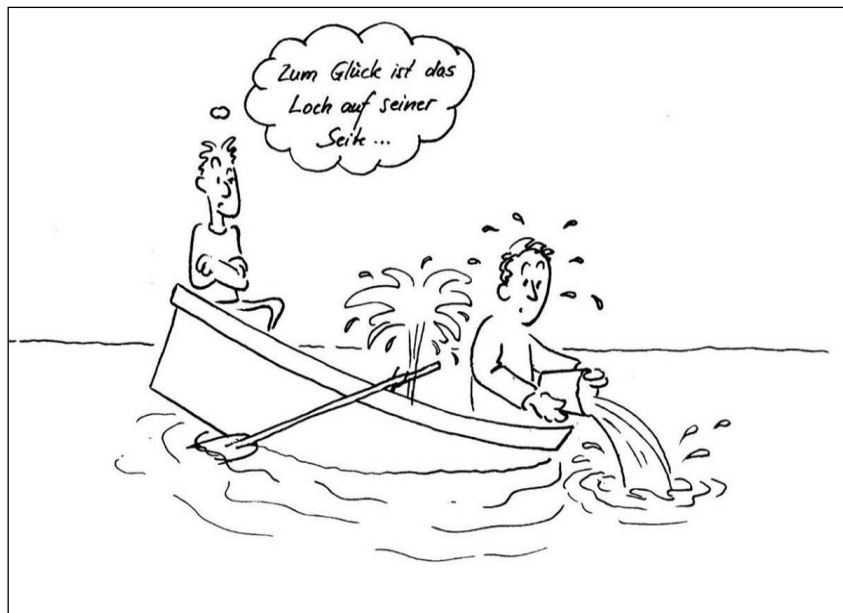


Abbildung 2

© Sarah Klenk

Eine zentrale Aufgabe im Risikomanagement ist es, gemeinsam Fehler, die sich bereits ereigneten, zu erkennen, einzuschätzen, welche Fehler passieren könnten, sowie gemeinsam nach Lösungswegen zu suchen. Hierzu betrachten wir auch, was bereits in den Bereichen getan wird, um Risikoquellen zu minimieren. Risikomanagement umfasst daher nicht nur die Behebung von Fehlerquellen, sondern auch die Analyse, wie es zu diesen kommen konnte, um zukunftsorientiert derartige „Löcher im Boot“ zu verhindern.

2. Die Begriffe „Risiko“, „Risikomanagement“ und „Klinisches Risikomanagement“

Risiko ist ein Ereignis, das bei Eintreten eine negative, unerwünschte oder ungeplante Folge hat – z. B. Patientenverwechslung – oder das Ausbleiben einer positiven Entwicklung zeigt. Beispielsweise stellen innovative Behandlungsmethoden immer ein Risiko dar. Es können sich sowohl unerwartete Schadensfälle ereignen, als auch ein Unternehmenserfolg einstellen.

Risikomanagement ist die zielgerichtete und systematische Planung, Koordination, Durchführung und Kontrolle von Maßnahmen, die Risiken identifizieren, priorisieren, reduzieren und überwachen, um Schäden zu vermeiden. Im Krankenhaus kann aus öko-

nomischer und personeller Sichtweise nicht immer alles getan werden, was man gern tun möchte. Daher sind Prioritäten zu setzen und es ist zu überlegen, welche Instrumente unter den gegenwärtigen Bedingungen am effektivsten sind. Es bedarf einer kontinuierlichen Überwachung, ob die Instrumente (noch) sinnvoll sind, ob sie tatsächlich genutzt werden und was sich an der Gesamtsituation geändert hat.

Klinisches Risikomanagement umfasst Maßnahmen zur Vermeidung und Verminderung von Patientenschäden im Rahmen der Optimierung der Patientenversorgung. Es konzentriert sich auf Diagnose-, Behandlungs- und Aufklärungsfehler, weniger auf betriebswirtschaftliche Risiken, die den Bestand des Unternehmens gefährden können.

3. Die Bedeutung des klinischen Managements

Fehlerhäufigkeit im Krankenhaus

Bei etwa 10 Prozent der Patienten in einem Krankenhaus ereignet sich ein unerwünschter Vorfall mit Schadensfolge, von welchen etwa 50 Prozent hätten vermieden werden können. Diese schockierenden Zahlen des Berichts „To err is human“ aus dem Jahr 2000, löste zahlreiche Aktivitäten zur Maximierung der Patientensicherheit aus. Andere Studien bestätigen diese Angaben weitestgehend. Unabhängig davon welche konkrete Zahl den Tatsachen entspricht und wie hoch die Dunkelziffer liegt, sollten die Ergebnisse deutlich machen, dass man dort unbedingt ansetzen sollte.

Fehlerbegünstigende Faktoren im Krankenhaus sind:

- zunehmend multimorbide Patienten,
- hoch komplexe Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten,
- sehr starke Arbeitsteilung in verschiedenen Fachdisziplinen und Professionen,
- stark personenbezogene Dienstleistungen,
- sehr steile Hierarchien mit großem Autoritätsgefälle,
- ökonomischer Druck.

Die Zahl der multimorbiden Patienten hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Eng damit verbunden ist die zunehmende Komplexität der Diagnose- und Behandlungsmethoden. Das erfordert neben hoch qualifiziertem Personal auch eine starke Arbeitsteilung. Der Patient wird nicht nur in einer Abteilung versorgt, sondern er besucht während seines Aufenthalts im Krankenhaus diverse Funktionsbereiche und verschiedene Ärzte: Ein Arzt stellt die Diagnose, ein Arzt nimmt das Röntgen vor, ein weiterer Arzt die Operation usw. Hier kann es mitunter zu großen Informationsverlusten bei Übergabe kommen. In Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass das Informations- und Kommunikationsverhalten einen großen Anteil bei Fehlern ausmacht. Diese Faktoren hängen damit zusammen, dass die Dienstleistung – wie in der Jugendhilfe auch – sehr personenintensiv ist. Im Krankenhaus erschweren steile Hierarchien die Kommunikation. Beispielsweise scheut sich eine Schwester davor, den Arzt auf einen Fehler aufmerksam zu machen. Demzufolge dient Risikomanagement dazu, die Schwestern darin zu stärken, offen über diese Probleme zu sprechen und Ärzte darin zu schulen, diese Hinweise anzunehmen.

4. Klinisches Risikomanagement bei Vivantes

Innerhalb des klinischen Risikomanagements sieht Vivantes die Mitarbeiter als Basis, da sie die Leistung erbringen und direkt den Fehlerquellen ausgesetzt sind. (**Abbildung 3**).

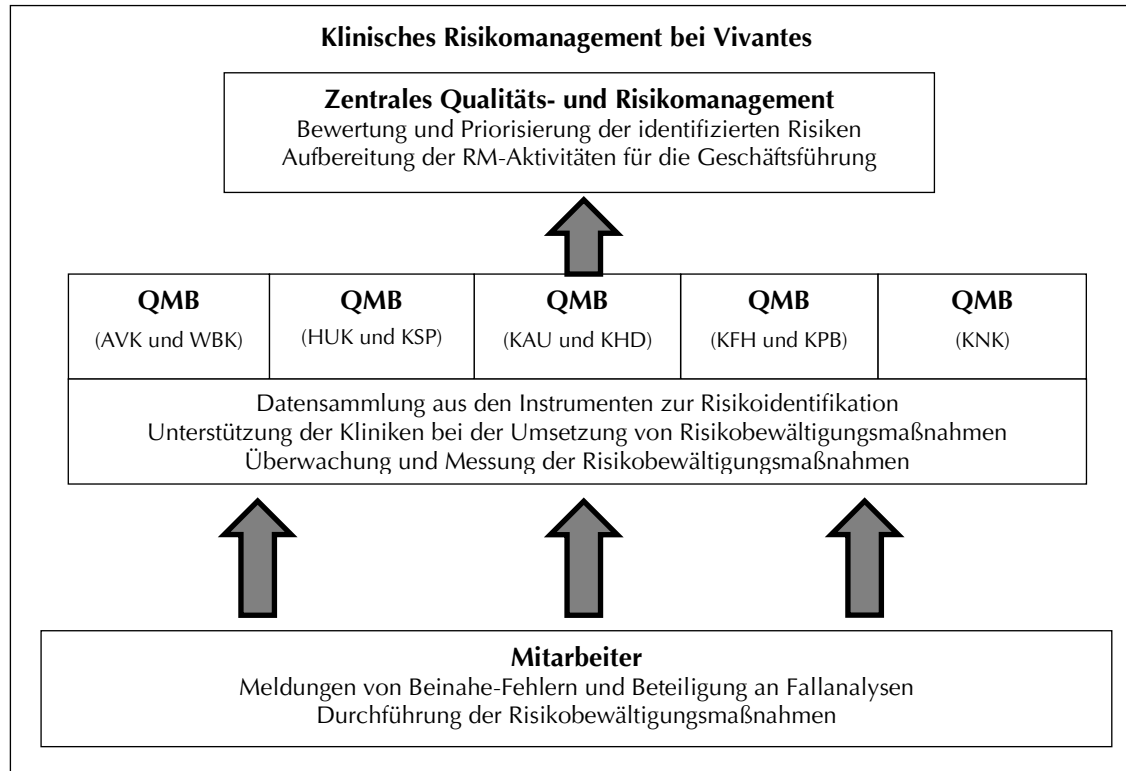


Abbildung 3

© Sarah Klenk

Die Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) bilden den Verknüpfungspunkt zwischen den Mitarbeiter/innen in den Standorten und der strategischen Planung und Ausrichtung in der Zentrale. Sie unterstützen die Kliniken bei der Umsetzung der Instrumente und berichten die Ergebnisse an die Zentrale. Das zentrale Qualitäts- und Risikomanagement sieht seine Aufgabe in der Bewertung und Priorisierung. Risikomanagement ist – wie wir bereits festgestellt haben – Führungsaufgabe. Es muss von der obersten Leitung gewollt sein und Prioritäten müssen klar vorgegeben werden. Dies geschieht durch das zentrale Qualitäts- und Risikomanagement, das in enger Absprache mit der Geschäftsführung steht.

Innerhalb des Risikomanagementprozesses (**Abbildung 4**) stellt die Basis eine Risikokultur dar, in der ein offener Umgang mit Fehlern herrscht. Diese Grundlage ermöglicht das Funktionieren der Instrumente um Risiken zu identifizieren, zu bewerten, zu bewältigen und zu überwachen. Die Orientierung bei der Auswahl geeigneter Instrumente stellt die Risikostrategie dar.

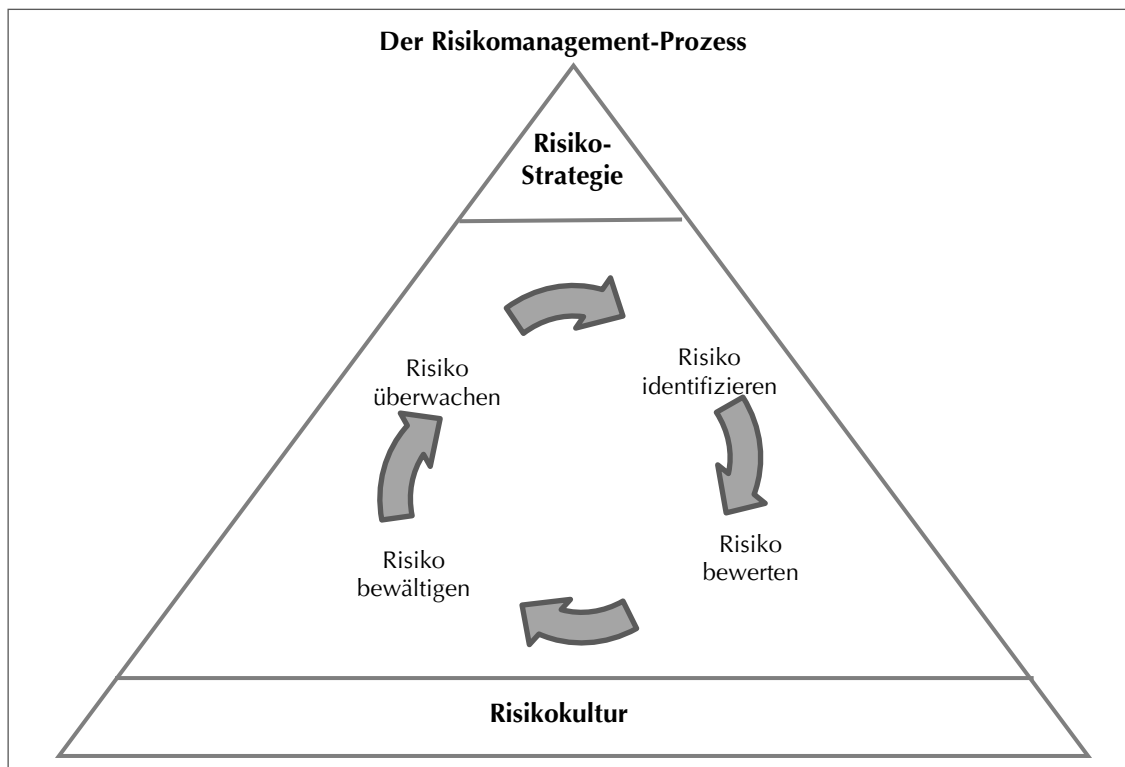


Abbildung 4

© Sarah Klenk

Bei Vivantes kommen folgende **Instrumente zur Risikoidentifikation** zum Einsatz:

- **Critical Incident Reporting System (CIRS)**
Anonymes Beinahe-Fehler-Meldesystem,
- **Externe Qualitätssicherung**
Analyse der Auffälligkeiten aus den Daten zur externen Qualitätssicherung,
- **Routinepatientenbefragung**
Befragungen zur Ermittlung von Verbesserungspotenzialen,
- **Beschwerdemanagement**
Zwischenfälle oder kritische Eindrücke, die zu Unzufriedenheit führten,
- **Analyse der Besonderen Vorkommnisse**
Ursachenanalyse unerwünschter Ereignisse mit Schadensfolge.

Das Critical Incident Reporting System ist in der Krankenhausbranche sehr verbreitet und wurde vom Aktionsbündnis „Patientensicherheit“ in die Wege geleitet. Es ist der erste Schritt zu einem offenen Umgang mit Fehlern, indem man den Mitarbeiter/innen die Möglichkeit gibt, kritische Situationen, anonym zu melden. Dabei ist wichtig, Informationen über Risiken zu erhalten, ohne einzelne beteiligte Personen zu identifizieren. Es gibt dazu ein Meldeformular, das jedem Mitarbeiter über das Intranet zugänglich ist und der Qualitätsmanagementbeauftragten des Standorts zugesandt wird. Die QMB leitet die wichtigen Informationen aus dem Formular an die Zentrale weiter. Dort werden die Ergebnisse der Analyse des Vorfalls aufgearbeitet und über CIRS-Bilder dem restlichen Unternehmen zur Verfügung gestellt.

Die Externe Qualitätssicherung betrifft lediglich Krankenhäuser. Es ist gesetzlich vorgeschrieben, bei bestimmten Krankheitsbildern Dokumentationsbögen auszufüllen, in denen zum Beispiel Angaben zu Komplikationen gemacht werden müssen. Auf dieser Grundlage erfolgt ein bundesweiter Vergleich mit anderen Krankenhäusern. Weicht man von dem Bundesdurchschnitt ab, bekommt man einen entsprechenden Hinweis und muss Stellung dazu nehmen.

Die Routinepatientenbefragung dient vorwiegend dazu, die Patientensichtweise zu erfassen. Wir möchten erfahren, welche Verbesserungspotenziale diese Kundengruppe sieht.

In diesem Zusammenhang dient das Beschwerdemanagement als weitere Informationsquelle, um kritische Strukturen und Abläufe aus Sicht der Patienten und Angehörigen zu erfahren.

Die Analyse besonderer Vorkommnisse ist die Analyse von Schadensfällen. Meldepflichtige besondere Vorkommnisse werden im Anschluss durch ein interdisziplinäres Team nach dem Fischgräten-Modell (**Abbildung 5 – Beispiel**) analysiert. Es werden die verschiedenen Faktoren, die zu dem Ereignis führten aufgelistet. Dadurch ist für die Mitarbeiter/innen auch erkennbar, dass nicht eine bestimmte Person schuld an einem Fehler sein kann, sondern immer eine Verkettung von Umständen dazu führt.

Beispiel Besonderes Vorkommnis: Patientenverwechslung

Ausgangssituation: Zwei ältere, demente und nicht kommunikationsfähige Frauen werden gleichzeitig in die Rettungsstelle eingeliefert und vom Rettungsdienst direkt in die Behandlungsräume gebracht. Die Akten wurden erst anschließend den Schwestern übergeben. Dabei wurden die Namen der Patientinnen miteinander vertauscht.

Folgen:

- 1) Die Patientinnen erhielten zwar die richtige medizinische Behandlung und Diagnostik, jedoch unter dem falschen Namen.
- 2) Eine Patientin wurde stationär aufgenommen und das Pflegeheim benachrichtigt, die andere Patientin wurde entlassen.
- 3) Die Patientin, die eigentlich im Heim lebt, wurde in die Wohnung der Patientin gelegt, die von einem ambulanten Pflegedienst versorgt wird, der benachrichtigt wurde, dass Frau X nun wieder zu Hause wäre.

Am nächsten Morgen stellte der ambulante Pflegedienst fest, dass es sich bei der in der Wohnung angetroffenen Frau nicht um Frau X handelt. Es ist zum Glück nichts passiert. Die Frau lag einfach nur eine Nacht im falschen Bett. Man hat den Irrtum aufgeklärt und berichtigt und alles ist gut ausgegangen.

Bei der **Ursachenanalyse** können beispielsweise folgende Fakten und Bedingungen eingetragen werden:

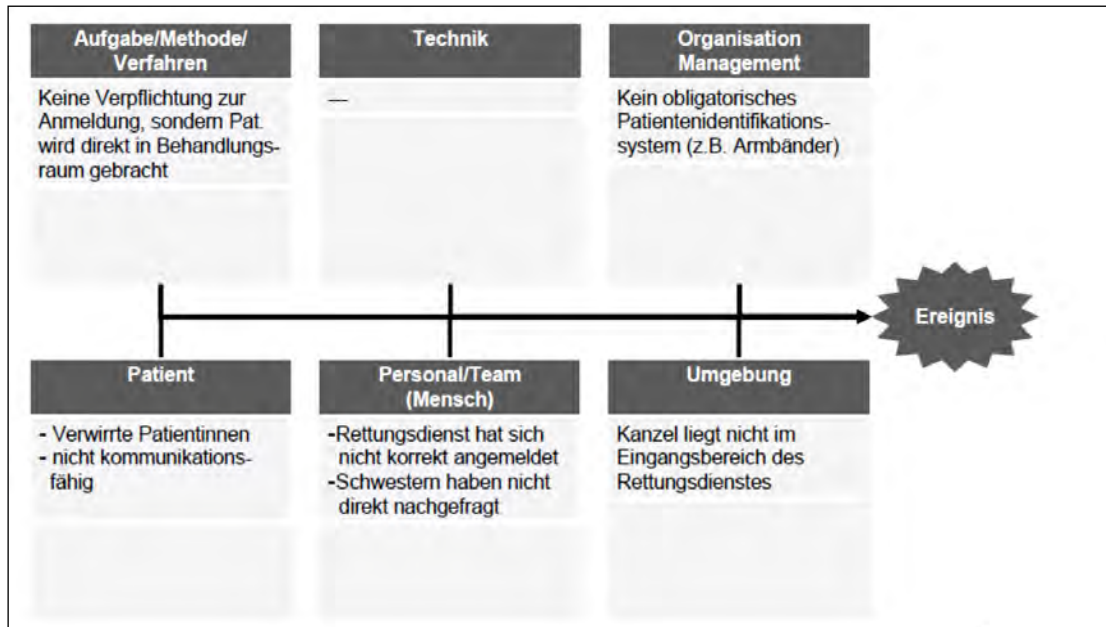


Abbildung 5

© Sarah Klenk

Als ein Faktor erwies sich das Verfahren, dass Patienten an den Schwestern vorbei gleich in den Behandlungsraum gebracht werden und nur die Akten an die Schwester gegeben werden. Die Akten sollten immer bei den Patienten bleiben, bis eine Schwester des Krankenhauses diese entgegennimmt. Eine Fehlentscheidung des Managements war, kein Patientenidentifikationssystem vorzuschreiben. Inzwischen erhält jeder Patient bei Eintreffen in der Rettungsstelle ein Armband mit seinem Namen und somit kann eine Verwechslung ausgeschlossen werden. Patientenbezogene Faktoren wären in diesem Beispiel die mangelnde Kommunikationsfähigkeit und demente Erkrankung der beiden Frauen. Als Beispiel für menschliche Faktoren, die zu dem Zwischenfall führten, wären Unaufmerksamkeit oder fehlende Rückfragen zu nennen. Eine weitere Ursache liegt in den räumlichen Gegebenheiten, da der Raum, in dem sich die Schwestern befinden, nicht im Eingangsbereich des Rettungsdienstes lag.

Instrumente zur Risikobewertung

Ein Krankenhaus kann sich nicht gegen alle denkbaren Risiken und Fehler absichern. Daher ist es von Bedeutung, die identifizierten Risiken anhand der Eintrittswahrscheinlichkeit und der Schadenshöhe einzuschätzen, um anschließend eine optimale Auswahl an notwendigen Risikobewältigungsmaßnahmen festlegen zu können. (**Abbildung 6**).

Die Schadenshöhe ist nicht nur aus finanzieller Sicht zu betrachten, sondern auch aus ethisch-moralischer Sicht in dem Sinne, dass ein Schaden für den Patienten größere Schmerzen bedeutet, aber auch dem Ruf des Unternehmens schadet.

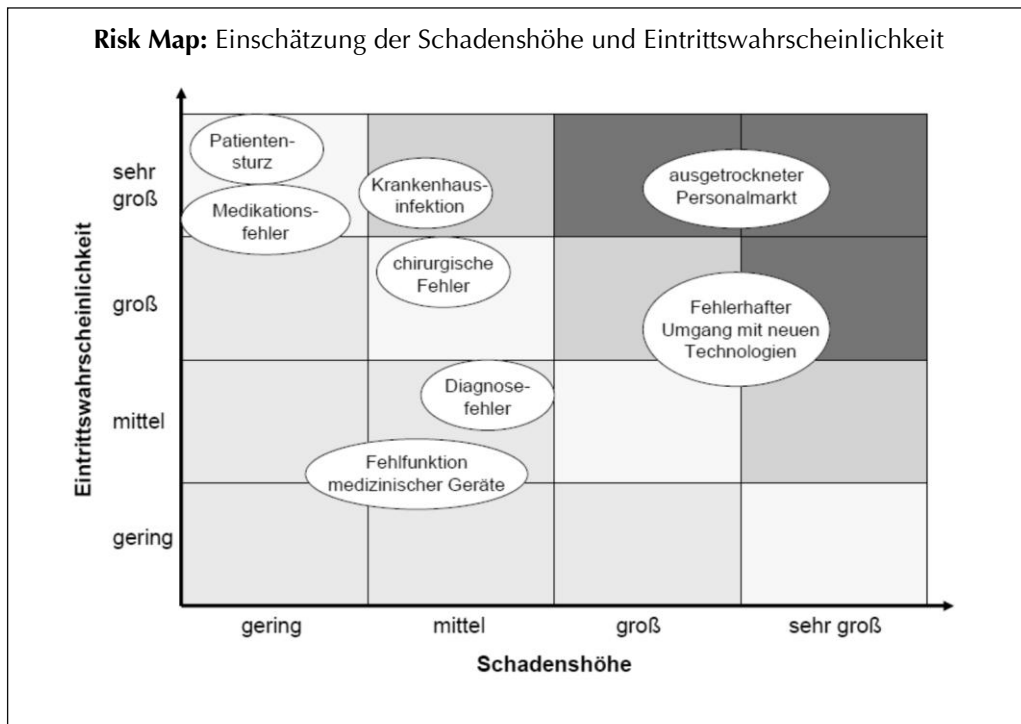


Abbildung 6

© Sarah Klenk

Die Tücken der Grafik liegen in den Kleinrisiken. Beispielsweise ist die Eintrittswahrscheinlichkeit, dass ein Patient im Krankenhaus stürzt, sehr groß, da sich dort überwiegend ältere, nicht besonders mobile Menschen aufhalten. Die Schadenshöhe ist aber im Vergleich zu anderen Ereignissen eher gering, da ein Sturz nicht immer einen komplexen Bruch nach sich zieht. Trotzdem müssen Maßnahmen zur Sturzprophylaxe getroffen werden, damit das Ereignis tatsächlich nicht häufiger eintritt. Würden sich Stürze auch tatsächlich häufig ereignen, wären sie ein wesentliches Risiko für das Unternehmen.

Instrumente zur Risikobewältigung

Einige ausgewählte Instrumente aus verschiedenen Bereichen sollen hier kurz dargestellt werden:

- **Sturz- und Dekubitusprophylaxe**
Einschätzung der Risikopatienten nach einer bestimmten Skala und vorgesehenen Sicherheitsvorkehrungen;
- **Standards und Leitlinien**
Einheitliches Vorgehen bei bestimmten Krankheitsbildern und Tätigkeiten;
- **4-Augen-Prinzip im Medikationsprozess**
Vor Verabreichung der Medikamente erfolgt eine Nachkontrolle durch eine zweite Person;
- **Patientenarmband**
Jeder Patient erhält bei Aufnahme ein Armband, um eine Identifikation zu jedem Zeitpunkt zu ermöglichen;

- **OP-Sicherheitscheckliste**

Checkliste zur Vermeidung von Patienten- und Seitenverwechslungen;

- **M&M-Konferenzen**

Interdisziplinäre Fallbesprechungen komplizierter Fälle bzw. retrospektive Fallanalysen;

- **CIRS-Bilder**

Alarmbilder mit potenziellen Gefahren auf einen Blick.

Innerhalb einer Sturzprophylaxe wird bei Aufnahme eines Patienten von der Pflegekraft anhand einer Skala das Sturzrisiko eingeschätzt. Je nach Einschätzung werden Sicherheitsvorkehrungen getroffen, wie zum Beispiel Bettgitter, Gehhilfen, engmaschigere Überwachung.

Standards und Leitlinien sind als roter Faden für die Mitarbeiter/innen hilfreich. Im Pflegebereich betreffen die Pflegestandards Tätigkeiten wie das Waschen eines Patienten oder das Wechseln eines Katheters. Hier wird dargestellt, welche Materialien gebraucht werden und in welchen Schritten vorzugehen ist. Im medizinischen Bereich gibt es Versorgungspfade. Je nach Diagnose gibt es Vorgaben, welche Therapien und Behandlungen wann zu erfolgen haben.

Zu den häufigsten Fehlern im Krankenhaus zählen Medikationsfehler (falsches Medikament oder falsche Dosis). Das Vier-Augen-Prinzip im Medikationsprozess beschreibt das Vorgehen beim Stellen und Verabreichen der Medikamente, um derartige Fehler zu verhindern. Demnach sortiert eine Pflegekraft die Medikamente in die dafür vorgesehenen Schachteln und eine zweite Pflegekraft kontrolliert dies noch einmal.

Das Patientenarmband dient der Vermeidung von Seiten- und Eingriffsverwechslungen im OP. Da der Patient zu jeder Zeit und in jedem Zustand zu identifizieren ist, kann man auch jederzeit die Patientenakte aufrufen und die richtige Krankheit zuordnen.

Checklisten existieren zum Beispiel im OP. Diese enthalten die Verpflichtung, vorgegebene Schritte zu erfüllen. Ein Patient darf zum Beispiel erst in den OP-Saal geschoben werden, wenn er ein Patientenarmband trägt, alle Befunde vollständig vorhanden sind und der Eingriffsort markiert ist.

M&M-Konferenzen, so genannte Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, sind ausgewählte Fallbesprechungen aufgrund der Komplexität, unerwarteter Komplikationen oder unerwarteter Todesfälle. Beispielsweise stellen manche Krebspatienten die Medizin vor besondere Herausforderungen, denen interdisziplinär begegnet werden muss. In diesen Konferenzen werden die Patienten und ihre Erkrankung vorgestellt und anschließend diskutiert, wie am besten zu behandeln ist.

Trifft eine CIRS-Meldung ein, findet eine Analyse statt, in der ein sogenanntes CIRS-Bild entwickelt wird. Das Problem soll prägnant auf einem bis zwei Fotos mit einem kurzen Satz dargestellt werden. (**Abbildung 7**).



Abbildung 7

© Sarah Klenk

Insbesondere Medikationsfehler treten sehr häufig auf. Auf den ersten Blick ist der Unterschied zwischen den beiden Schachteln leicht zu übersehen. Bei den Flaschen ist es ähnlich: eine hat einen roten, die andere einen weißen Deckel, aber man weiß nicht sofort genau, welche die jeweils richtige ist. Wenn man bedenkt, dass nicht nur diese beiden Medikamente im Schrank stehen, sondern ungefähr noch 20 weitere, die sich vielleicht auch noch ähneln, kann man sich vorstellen, wie leicht eine Verwechslung passieren kann. Mit der Abbildung werden die Mitarbeiter/innen dahingehend noch einmal sensibilisiert, genau nachzusehen, bevor ein Medikament herausgenommen wird. Diese Bilder wurden im Intranet veröffentlicht, aber auch an die Bereiche verteilt, so dass sie allen zugänglich sind.

Instrumente zur Risikoüberwachung

Zur Risikoüberwachung stehen Vivantes folgende Instrumente zur Verfügung:

- **Risikobericht**
Zusammenstellung aller Risiken,
- **Begehungen**
Überprüfung der Einhaltung von gesetzlichen und unternehmensinternen Regelungen, z. B. Arbeitssicherheit oder Brandschutz,
- **Interne Audits**
Gegenseitige Betrachtung und Analyse von Strukturen und Prozessen auf kollegialer Ebene.

Der Risikobericht enthält alle Risiken, ihre Ursachen und Auswirkungen, aber auch, welche Maßnahmen dagegen eingesetzt werden. Darüber hinaus werden die wesentlichen Risiken mit Indikatoren hinterlegt, um eine Bewertung und Überwachung zu ermöglichen.

Vor drei Jahren wurden interne Audits eingeführt. Hintergrund ist eine gemeinsame Analyse kritischer Strukturen und Prozesse unter Beteiligung der Klinikleitung und QMB. Die Qualitätsmanagementbeauftragte trifft sich mit der ärztlichen und pflegerischen Leitung des Bereichs, zum Beispiel der Rettungsstelle, und lässt sich die Abläufe und Strukturen erklären: Wie verläuft die Aufnahme? Wie wird sichergestellt, dass kein Patient viele Stunden im Wartebereich verbringt? Wie wird sichergestellt, dass ein Arzt aus der Urologie kommt? Wie verläuft die Entlassung? Wie wird mit den Stationen kommuniziert, ob freie Betten vorhanden sind? Damit wird die Einhaltung von Vorschriften und Standards überprüft und ein kritischer externer Blick auf die Strukturen eines Bereichs ermöglicht. Durch interne Absprachen der QMBs untereinander wird eine Übertragung von Best Practice ermöglicht.

Beispiel für ein Ergebnis aus dem Audit in der Rettungsstelle

Im Rahmen des Audits in der Rettungsstelle haben wir festgestellt, dass die Pflegekraft an der Aufnahme zu viele Aufgaben (oft gleichzeitig) hat:

- Administrative Aufnahme aller Patienten,
- Ersteinschätzung der Patienten, die zu Fuß kommen (Dringlichkeit u. a.),
- Betreuung des Rettungsdienstes,
- Telefondienst,
- Entlassungen und stationäre Aufnahmen,
- Informationen an Angehörige.

Es wurde entschieden, dass in allen Rettungsstellen so genannte Servicekräfte nur für die administrativen Tätigkeiten eingestellt werden.

Die Erkenntnisse aus den Audits werden an das zentrale Qualitäts- und Risikomanagement übermittelt. Falls notwendig werden Gespräche mit der Geschäftsführung geführt, um Entscheidungen anzuregen und durchzusetzen, die Ressourcen binden. Das schließt wieder den Bogen zum Risikomanagement als Führungsaufgabe.

Wie haben wir begonnen?

Die dargestellten Instrumente sind das Arbeitsergebnis nach zehn Jahren. Begonnen wurde mit vier Instrumenten (**Abbildung 8**): Patientenbefragung, Beschwerdemanagement, besondere Vorkommnisse (Fallanalysen) und einem Beinahefehlermeldesystem. Ziel war es, im ersten Schritt einen Eindruck zu bekommen, welche Risiken das Unternehmen konfrontieren. Dabei lag zu Beginn der Schwerpunkt auf einer Vergangenheitsanalyse. Lediglich das Beinahefehlersystem richtet seinen Blick in die Zukunft. Risikomanagementsysteme sollten gerade in diese Richtung arbeiten, um Fehlerquellen zu erkennen, bevor ein Schaden eingetreten ist.

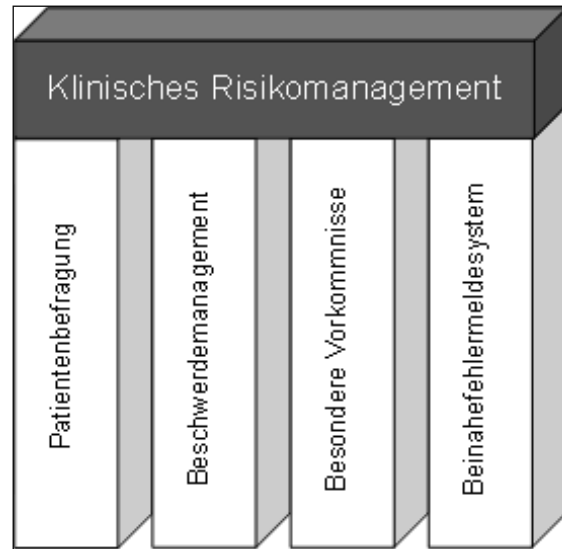


Abbildung 8

© Sarah Klenk

Risikomanagement ist eben nicht nur ein Zurückschauen darauf, was bereits passiert ist und wie das behoben werden kann, sondern auch eine Vorausschau auf das, was passieren könnte und wie wir dies verhindern können.



Fehleranalysen und Risikomanagement im Kinderschutz

Befunde und Ergebnisse bisheriger Forschungs- und Praxisentwicklungsprojekte zu Fehleranalysen und zum Risikomanagement im Jugendamt

PROF. DR. CHRISTIAN SCHRAPPER

Erziehungswissenschaftler, Fachbereich Bildungswissenschaften,
Universität Koblenz-Landau

1. Eine kurze Geschichte der Diskussion über Fehler im Kinderschutz in Deutschland:

Für den heutigen Blick auf Konzepte, Positionen und Erfahrungen mit Fehleranalysen und auf Konzepte des Risikomanagements im Kinderschutz ist es hilfreich, sich zu vergewissern, seit wann und mit welchen Botschaften über Fehler und Risiken der Kinderschutzarbeit in Deutschland diskutiert wird. Drei Etappen, beginnend Mitte der 1990er Jahre, konnte ich ausmachen. Sicher ist auch vorher viel über Kinderschutz und Fehler diskutiert worden, so in den umfänglichen Debatten zum Kindeswohl (vgl. exemplarisch den Sammelband von Spiros Simitis u.a. 1979 sowie die Beiträge von Josef Goldstein, Anna Freud und A. J. Solnit zum Kindeswohl 1988)¹ oder im Zusammenhang der Enttabuisierung des sexuellen Missbrauchs². In diesen Auseinandersetzungen standen jedoch gesellschaftliche Kontexte und Sichtweisen im Vordergrund, die Arbeit der sozialpädagogischen Akteure im Kinderschutz geriet dabei eher in ihren „falschen Parteilichkeiten“ für die Täter und gegen die Opfer in den Blick. Die professionellen Arbeitsweisen und ihre Organisation in Jugendämtern und Sozialen Diensten war, wenn überhaupt, eher am Rande ein Thema. Dies änderte sich deutlich mit dem ersten Strafverfahren gegen eine Mitarbeiterin eines Allgemeinen Sozialen Dienstes im Jugendamt 1994 in Osnabrück.

Erste Etappe: Auch sozialpädagogische Fachkräfte und ihre Organisationen können Fehler machen.

Der „Osnabrücker Fall“ 1994 – 1996 ist in der Rückschau als Beginn einer expliziten Debatte um die Frage nach einem beruflichen Haftungsrisiko für Sozialarbeiter/innen anzusehen. Können sozialpädagogische Fachkräfte auch Fehler machen, für die sie gegebenenfalls „geradestehen“ müssen? Erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik ist einem strafrechtlichen Verfahren über drei Instanzen und unter starker öffentlicher Aufmerksamkeit diese Frage geprüft, bewertet und auch deutlich kontrovers diskutiert worden. Aus meiner Sicht zentraler Aspekt dieser ersten Etappe der Fehlerdebatten war die Auseinandersetzung mit der so genannten „strafrechtlichen Garantenstellung“ auch der Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe, oder genauer: bei den öffentlichen Trägern der Kinder und Jugendhilfe. Neu erschien die Erkenntnis: Schaden, für den gehaftet werden

¹ Simitis, S. u.a.: Kindeswohl. Eine interdisziplinäre Untersuchung über seine Verwirklichung in der vormundschaftsgerichtlichen Praxis, Frankfurt/M. 1979; Goldstein, J./Freud, A./Solnit, A.J.: Das Wohl des Kindes. Grenzen professionellen Handelns, Frankfurt/M. 1988

² vgl. als Initialzündung auch in Deutschland: David Finkelhor: Child Sexual Abuse: New Theory and Research. Free Press 1984

muss, kann nicht nur durch aktives Handeln, sondern auch durch „Unterlassen“ zugefügt werden. Ein Unterlassen von Handlungs- und Sorgfaltspflichten allerdings, die eigens als „Amtspflichten“ und als „Regeln der professionellen Kunst“ verbindlich definiert sein müssen. Und genau hier ergibt sich viel Material und Anlass für Diskussion und Streit: Was sind die „Amtspflichten“ der Fachkräfte in Jugendämtern und wie lauten die „Regeln der fachlichen Kunst“ für Sozialpädagoginnen und Sozialarbeiter?

Exemplarisch für die gegensätzlichen Positionen in diesem Streit will ich die von mir so genannte *Salgo-Mörsberger-Kontroverse* anführen. Mit ausdrücklichem Bezug auf das Osnabrücker Verfahren prallen in einer Veranstaltung beim Deutschen Verein 1999 die Kontrahenten aufeinander. Der eine Kontrahent ist Thomas Mörsberger, Jurist, langjähriger Referent beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge, danach Leiter des Landesjugendamtes in Karlsruhe und seit vielen Jahren Vorsitzender des Deutschen Institutes für Jugendhilfe und Familienrecht in Heidelberg. Er hat in der Verteidigung der angeklagten Sozialarbeiterin insbesondere in der Zweiten Instanz mitgewirkt, dem Verfahren vor dem Landgericht, das mit einem Freispruch endete. Der andere Kontrahent ist Ludwig Salgo, juristischer Hochschullehrer in Frankfurt und seit vielen Jahren profiliert Verfechter einer qualifizierten und gesicherten Vertretung des Kindes in vormundschaftlichen und familiengerichtlichen Verfahren: Der „Anwalt des Kindes“ also tritt an gegen den „Anwalt der Fachkräfte“, so simpel kann die Streitordnung in dieser Debatte auf den Punkt gebracht werden.

Die Debattenbeiträge sind mehrfach veröffentlicht³ und prägen bis heute die Auseinandersetzung in jedem neuen Fall dramatischer Kinderschutzverläufe, in denen Kinder zu Schaden kommen.

Ludwig Salgo hält solche Erschütterungen wie ein Strafverfahren als Korrektur sozialarbeiterischer Fehlhaltungen für notwendig und überfällig. Insbesondere müsse die falsche Auffassung korrigiert werden, dass mit Inkrafttreten des KJHG Hilfe nur noch als Dienstleistung erbracht werden könne und notwendige Kontrollaufgaben abgespalten und negiert werden könnten. Auch sei immer wieder die unzureichende Orientierung jugendamtlicher Einschätzungen an medizinischer Expertise zu kritisieren. Die Tonlage war (und ist) durchaus scharf, exemplarisch sei hierzu ein Staatsanwalt aus Stuttgart angeführt, der aus einem vergleichbaren Strafverfahren mit den Worten zitiert wird: *„Die Sozialarbeiter in Deutschland müssen kapieren, dass sie dran sind, wenn sie dilettantisch arbeiten.“*

Thomas Mörsberger argumentiert hingegen nicht weniger pointiert: Das Jugendamt sei in erster Linie Jugendamt und nicht Wächteramt. Jugendamtliche Tätigkeiten, auch wenn sie sich auf Kinder und den Schutz ihres Wohls beziehen, seien vor allem angeleitet durch notwendige Hilfe und Unterstützung und nicht durch Kontrolle. Kontrollaufgaben gehörten durchaus dazu, müssten aber in anderer Weise integriert werden, als z. B. bei der Polizei. Kontrolliert werden dürfe nur dann, wenn dies für die Hilfen erforderlich sei, also um die Kinder durch Hilfe zu schützen, denn nur Kontrollieren schütze kein Kind. Die Debatte um die Strafbarkeit sozialarbeiterischen Handelns hat nach Mörsbergers Auffas-

³ Deutscher Verein: Wächteramt und Jugendhilfe. Dokumentation einer Fachtagung. Frankfurt/M. 2001; SOS-Kinderdorf e.V.: Jugendämter zwischen Hilfe und Kontrolle, München 2001.

sung eher zu weiterer Verunsicherung der sozialpädagogischen Fachkräfte geführt, da sie mit oft unzureichenden Mitteln überhöhte Erwartungen erfüllen sollten.

Ausgestanden ist dieser Streit nicht, wie Stellungnahmen der Akteure zu aktuellen Kinderschutzfällen deutlich machen.⁴ Wichtiger aber ist, dass die vertretenen streitbaren Positionen exemplarisch ausloten, worum es geht:

- aus der Sicht der Kinder um die Einlösung des Verfassungsversprechen, vor Gefahren für sein Wohl auch zuverlässig geschützt zu werden;
- aus der Sicht der sozialpädagogischen Fachkräfte in den Jugendämtern um haftungsbewährte Pflichten, die auch von ihnen erfüllbar sind.

Wie so oft im Streit um Prinzipien und Grundpositionen: Beide haben Recht! Und doch markieren beide Positionen die zwei Seiten einer Medaille, dem staatlich zu organisierenden Kinderschutz und die Frage: Verspricht die Verfassung, was die konkreten Organisationen im staatlichen Handeln nicht einlösen können? Weil sie zu schlecht arbeiten, weil sie zu mangelhaft ausgestattet sind, weil sie zu wenig kontrolliert werden? Diese Fragen werden uns begleiten in die nächsten Etappen:

Zweite Etappe: Auch Leitungskräfte und politische Verantwortliche können über Kinderschutzfehler „das Amt verlieren“ ...

Ging es zuerst und vor allem um die Fehler, die Fachkräfte machen können, wurde in der nächsten Etappe deutlich, dass auch die organisatorisch und politisch Verantwortlichen für die Arbeit der Fachkräfte von den Folgen solcher Fehler betroffen sein können. In Bremen (2006): der Amtsleiter und die Senatorin, in Schwerin (2007): mindestens der Oberbürgermeister und aktuell in Hamburg (2012): erst die Jugendamtsleiterin, dann der Bezirksamtsleiter (vgl. dem Oberbürgermeister) und zuletzt auch noch der Jugendhilfeausschuss-Vorsitzende, einflussreicher Lokalpolitiker der Mehrheitsfraktion. Solche Erfahrungen haben die Wahrnehmung und den Umgang mit der offensichtlichen Fehleranfälligkeit der Kinderschutzarbeit im Jugendamt deutlich verändert und beschleunigt. Als Exempel auch hier nur ein Eindruck aus meiner Praxis: Wurde noch bis Mitte der 2000er Jahre in den regelmäßigen Beratungen über die Fallzahl- und Kostenentwicklung der Hilfen zur Erziehung mit Leitungen aus Großstadtjugendämtern darüber geklagt, wie viel Mittel im Rahmen der Haushaltsplanungen gestrichen worden sind, ist seit 2006/2007 von den Amtsleitern und ASD-Leitern darüber berichtet worden, wie viele neue Stellen für den ASD bewilligt worden sind⁵. Das war vorher unvorstellbar, geht aber auch bereits wieder erkennbar dem Ende zu. So viele neue und trotzdem qualifizierte Fachkräfte, wie sie nun für die ASDs gesucht werden, gibt es nicht mehr auf dem deutschen Arbeitsmarkt

⁴ Siehe z.B: Thomas Mörsberger: „Kindeswohl“ wird zum Schlagwort. Es dominiert Aktionismus. Zur Entwicklung des Kinderschutzes in Gesetzgebung und Praxis; in: Recht der Jugend und des Bildungswesens, Heft 1/2009, S. 34-43

Ludwig Salgo: Erste Eindrücke beim Lesen des Untersuchungsberichts der Bremischen Bürgerschaft zum Tode von Kevin in: FORUM: Internetzeitschrift des Landesverbandes für Kinder in Adoptiv- und Pflegefamilien S-H e.V. (KiAP) und der Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie (AGSP) 2007; URL: <http://www.agsp.de/html/d249.html>; abgefragt am 24.06.2012.

⁵ Vgl. mit aktuellen Zahlen aus der Bundesstatistik: Jens Pothmann/Agathe Tabel: Mehr Personal – aber keine Entlastung. Die Entwicklung der Beschäftigten im ASD; KomDat 1/2012, S. 12 - 13: http://www.akjstat.uni-dortmund.de/fileadmin/Komdat/Kom_Dat_Heft_1_2012.pdf

für soziale Fachkräfte – auch eine ganz neue Erfahrung. Und zugleich wird deutlich, dass nur mehr Fachkräfte zwar wichtige Bedingung, aber auch nicht unbedingt Garantie für zuverlässigen Kinderschutz sind.

Dritte Etappe: trotz erheblicher Anstrengungen sterben immer wieder Kinder in öffentlicher Betreuung und Aufsicht

Aktuell macht sich neue Ratlosigkeit breit, durchmischt mit Entsetzen und Ohnmacht: Trotz erheblicher Anstrengungen auf allen Ebenen – neue Konzepte und Programme (z.B. Diagnostik, Frühe Hilfen, Vernetzung etc), neue gesetzliche Regelungen (§ 8a SGB VIII 2005; Bundeskinderschutzgesetz 2012) und vor allem deutlich mehr Geld und Personal⁶ – kommt es immer wieder zu dramatischen Kinderschutzverläufen. Kinder sterben trotz öffentlicher Betreuung und Aufsicht, zum Beispiel: In Lahnstein 2009 ein Mädchen in einer Familie mit Betreuung durch SPFH, in Königswinter 2010 ein neunjähriges Pflegekind, das von der Pflegemutter über eineinhalb Jahre schwere Misshandlungen erleiden musste, obwohl es regelmäßig von verschiedenen Professionellen gesehen wurde, und aktuell in Hamburg 2012 ein Pflegekind in einer fragwürdigen Pflegefamilie und ebenfalls mit umfangreicher Begleitung durch Jugendamt und freien Trägern.

Was läuft also immer noch oder schon wieder falsch im Kinderschutz in Deutschlands Jugendämtern und Sozialen Diensten? Wie können solche Fehler erkannt und vor allem, kann tatsächlich aus Fehlern gelernt werden?

2. Warum aus Fehlern lernen?

Was alles falsch läuft im Kinderschutz deutscher Jugendämter – die Analysen dazu füllen zwar keine Bücherschränke, aber doch schon beachtliche Meter im Regal. Der wie immer mit bewundernswerte Sorgfalt und Kompetenz von Rita Rabe zusammengestellte Material-Reader für diese Difu-Tagung gibt auch zu diesem Thema einen hervorragenden Überblick. Im Folgenden will ich wichtige Fehleranalysen vorstellen und daran zugleich die Entwicklung der Begriffe und Blickwinkel auf die Fehler jugendamtlichen Handelns deutlich machen:

1. Die bekannten Fehlerquellen im Jugendamt;
2. Aus der Analyse problematischer Kinderschutzverläufe;
3. Das Modell komplexer Fehlerursachen;
4. Vom individuellen Fehlverhalten zum Organisationsversagen;
5. Das Unerwartete managen und das Konzept der „Achtsamkeit“.

⁶ siehe aktuell mit eindrucksvollen Zahlen zum Kostenanstieg und Personalzuwachs in der Kinder- und Jugendhilfe, KomDat 1/2012;

2.1 Die Suche nach den bekannten Fehlerquellen im Jugendamt

Johannes Hildebrandt, Jurist und Pädagoge, arbeitet zusammenfassend fünf wesentliche Fehlerquellen in der Tätigkeit der Jugendämter und Sozialen Dienste heraus⁷:

- unzureichende Sachverhaltsermittlung: nur nach „Aktenlage“, das Kind wird nicht angesehen, es wird nicht sachgerecht diagnostiziert usw.,
- der Glaube an das gesprochene Wort, insbesondere über Dritte vermittelt,
- Fehler bei der Interpretation eines Sachverhaltes,
- der „Fallverantwortliche“ als Alleinzuständiger,
- fehlende Fachaufsicht der Jugendämter, denn keines der etwa 640 Jugendämter gleicht dem anderen, jedes arbeitet anders. Wer kontrolliert diese?

Diese Fehlerliste steht exemplarisch für zahlreiche vergleichbare Beiträge, vor allem aus Justiz und Medizin, die ihre schlechten Erfahrungen mit Jugendämtern zum Thema machen. So nachvollziehbar und konkret begründet diese Analysen sind, so erscheinen sie doch zu eindimensional in den Schuldzuweisungen nach dem Motto: *So sind sie eben, diese Jugendämter*. Eine positive Erwartung, Jugendämter und ihre Fachkräfte könnten aus diesen Fehlermeldungen lernen, ist nicht erkennbar.

2.2 „Problematische Kinderschutzverläufe“ nach Medien-Internetrecherche ...

Anders die Expertise „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen“⁸ von einer Forschergruppe um den Ulmer Kinder- und Jugendpsychiater Jörg Fegert: Sie ist 2008 als Broschüre vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend herausgegeben worden. Den spannendsten Teil der Untersuchung enthält jedoch nur das aus dem gleichen Material erarbeitete Buch „Problematische Kinderschutzverläufe“.⁹ Hier können Fegert und seine Mitautorinnen und -autoren ihren Versuch präsentieren, einen Überblick zu erarbeiten, wie oft es in Deutschland zu „problematischen Kinderschutzverläufen“ kommt. Aus einer umfassenden Internet-Recherche nach verfügbaren Presseartikeln, die über Kinderschutzfälle berichten und zwischen dem 01.01.2007 und dem 17.04.2008 erschienen sind, konnten insgesamt 133 Fälle mit 192 Kindern (in Betreuung des Jugendamtes) nachgewiesen werden. 133 Mal ist also in der Presse über Kinder berichtet worden, die durch Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung zu Schaden gekommen sind. Aus dieser beeindruckenden Liste¹⁰ nur einige markante Zahlen:

- 45 Prozent durch Vernachlässigung,
- 45 Prozent mit Todesfolge,
- bei 58 Prozent sind Mütter die mutmaßlichen Täter.

⁷ Hildebrandt, J.: „...in der Hoffnung, dass Sie nicht das Jugendamt alarmieren!“. in: Zeitschrift für Kinderschutzrecht und Jugendhilfe 10/2008

⁸ Fegert u.a.: „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen“ - Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse. Berlin 2008

⁹ Fegert u.a.: Problematische Kinderschutzverläufe. Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes. Weinheim: Juventa, 2010

¹⁰ a.a.O., S.14 ff.

Von den betroffenen Kindern waren

- 38 Prozent unter 1 Jahr,
- 66 Prozent unter 4 Jahren.

Über die Beteiligung der Jugendbehörden wird mitgeteilt:

- In 40 Fällen waren die Familien vor dem Vorfall dem Jugendamt bekannt,
- in 73 Fällen gab es keine Information darüber,
- in 20 Fällen nicht bekannt,
- in 39 Fällen wurde über Umfang der Aktivitäten und Hilfemaßnahmen des Jugendamts berichtet.

Die „Fegert-Expertise“ wird auch kritisch diskutiert, vor allem in Bezug auf die Internetquellen und die Auswahl der Fälle, stellt jedoch gegenwärtig die einzige empirische Datenbasis für eine quantitative Einschätzung von Umfang und Art sog. problematischer Kinderschutzfälle in Deutschland zur Verfügung.

Zurück zu den Fehlern: Die Kollegen um *Jörg Fegert* u. a. stellen in ihrer Expertise vor allem diese **Hauptfehlerquellen** im deutschen Kinderschutz fest:

- Das „Mehr-Augen-Prinzip“ wird außer Acht gelassen: Keine Chance zur Korrektur von Fehleinschätzungen;
- Bearbeiter verlassen sich auf Akten und verschaffen sich keinen persönlichen Eindruck von Kind und Familiensituation: Das volle Ausmaß der Gefahr wird nicht erfasst;
- Ämter verlassen sich auf Berichte aus zweiter Hand: Eigene Recherchen bleiben aus;
- Zuständige horten „Geheimwissen“: Fallübergaben scheitern an mangelnder Dokumentation;
- Ärzte fühlen sich zum Teil zu Unrecht zum Schweigen verpflichtet: Niemand handelt, weil wichtige Informationen nicht mitgeteilt werden;
- Verantwortlichkeiten sind nicht klar geregelt: Einer verlässt sich auf den anderen;
- Vorgeschichte der Eltern wird nicht abgefragt (z. B. Vorstrafen, Alkohol, Depressionen, Traumata): Wesentliche Risiken bleiben unberücksichtigt.

2.3 ... und Modelle komplexer Fehlerursachen

Neben diesen schon bekannten Fehlerzuschreibungen bietet die „Fegert-Expertise“ auch in der als pdf-Datei verfügbaren Broschürenfassung¹¹ einen sachkundigen und knappen Einblick in aktuell diskutierte Fehlertheorien. Insbesondere Modelle komplexer Fehlerursachen werden mit Bezug auf Befunde aus medizinischen Fehler- und Risikoanalysen (**Abbildung 1**) sowie der Analyse komplexer Unglücksfälle (**Abbildung 2**) anschaulich vorgestellt:

¹¹ Verfügbar unter: <http://www.bkj-ev.de/documents/694-08-A2.pdf>

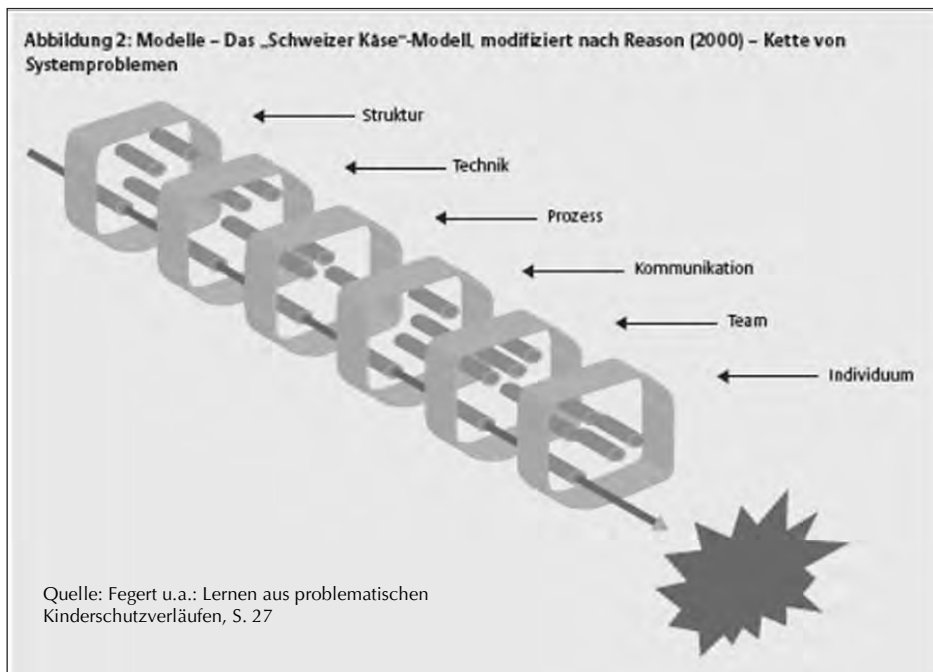


Abbildung 1

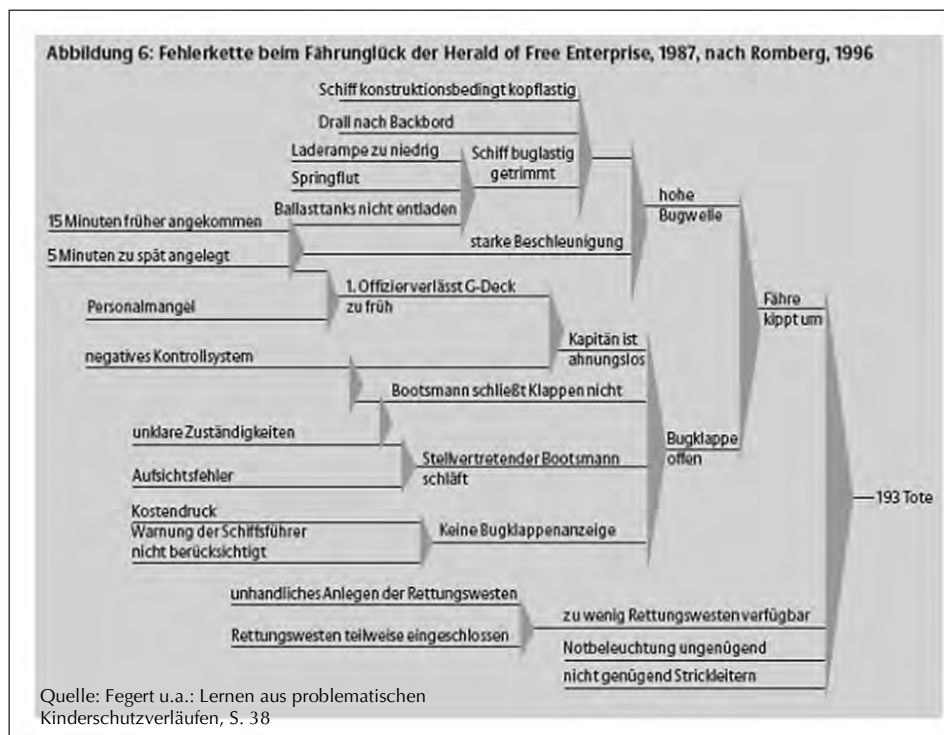


Abbildung 2

Für die Fehleranalysen im Kinderschutz wird damit für einen folgenreichen Perspektivwechsel plädiert: Weg von der Suche nach dem einen „großen“ Fehler eines verantwortlichen Sachbearbeiters und ggf. noch seines unmittelbaren Vorgesetzten hin zur Ana-

lyse komplexerer Arbeitsprozesse, in denen eher die Summe und das Zusammentreffen „kleiner“ Fehlteile und Unterlassungen zu den großen Katastrophen führen.

Diese als „Machbarkeitsstudie“ titulierte Expertise aus dem Jahr 2008 bildete den Auftakt für ein Bundesmodellprojekt „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ über das auf dieser Tagung an anderer Stelle noch ausführlich berichtet wird.

2.4 Vom individuellen Fehlverhalten zum Organisationsversagen

In den bisher erwähnten Analysen ging es in erster Linie um das Handeln der einzelnen Fachkraft sowie der Fachkräfte in ihren Kooperationen. Die Stichworte **„Organisationskultur“** und **„Organisationsversagen“** werden von *Joachim Merchel* ebenfalls im Anschluss an die Debatten um den Bremer Fall „Kevin“ (2006) in den Fokus gerückt.¹² Merchel macht vor allem folgende Fehler in der Organisation der Jugendämter aus:

- mangel- oder fehlerhafte Organisationsstrukturen (insbes. Entscheidungsabläufe, Leitungsstrukturen),
- mangelnde Verbindlichkeit und Beobachtung der Prozesse (Pflege, Kontrolle und Sanktion vereinbarter Standards und Abläufe),
- zu geringe Beachtung der Organisationskultur; hier nennt er zwei Themenfelder, an denen er exemplarisch die Bedeutung für die Organisationskultur herausarbeitet:
 - die immer knappen Finanzmittel der Kommune – zwischen Tabu und Reizthema oder ein immer wieder auszubalancierendes Spannungsfeld öffentlicher Verantwortung?
 - Kollegiale Beratungen: Orte für fachlichen Diskurs oder für routinehafte Absicherung?

2.5 Lernorientiertes Fehlermanagement zur Reduktion von Organisationsversagen im Kinderschutz – nur: wie geht das?

Joachim Merchel hat sich auf einen aktuellen Beitrag (2003) der amerikanischen Organisationswissenschaftler *Karl Weik* und *Kathleen Sutcliffe* bezogen. Diese haben untersucht, wie es Menschen und Unternehmen schaffen, in ihrer Arbeit regelmäßig mit hochriskanten Problemstellungen umgehen zu müssen und gleichzeitig nur eine sehr geringe Fehler-toleranz zulassen zu können¹³. Als Beispiele wurden die Mannschaften von Flugzeugträgern, Rettungsdiensten oder Atomkraftwerken genannt. Von diesen Organisationen könnten wir etwas über den Umgang mit Risiken, mit dem „Unerwarteten“ lernen, denn das „Unerwartete“ prägt auch die Kinderschutzarbeit in der Jugendhilfe. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben zwar eine Vorstellung davon, welche Gefahren drohen und welche Risiken sie beherrschen müssen, darauf haben sie sich gut vorbereitet. Aber was ge-

¹² Merchel, J.: Jugendamt und Organisationskultur: Gegen eine Vernachlässigung des Organisationskulturellen in der öffentlichen Jugendhilfe. In: Das Jugendamt. Heidelberg 80(2007)11; und Merchel J.: Mängel des Kinderschutzes in der Jugendhilfe. Zwischen individuellem Fehlverhalten und Organisationsversagen. In: Sozialmagazin. Weinheim 32(2007)2

¹³ Weik, Karl E.; Sutcliffe, Kathleen M.: Das Unerwartete managen. Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen. Stuttgart 2003

nau passieren wird, wann und wie, ist nicht vorherzusehen und doch muss es ihnen gelingen, mit diesem Unerwarteten sicher und zuverlässig umzugehen. Wie ihnen diese Herausforderung gelingt, dazu wurden im Wesentlichen sechs Merkmale herausgearbeitet, die solche Organisationen auszeichnen, die mit hohem Risiko in ungewissen Arbeitssituationen „unerwartete Ereignisse“ sicher und kompetent managen müssen:

- Diese Organisationen sind vor allem aufmerksam für die unbeabsichtigten Folgen und Nebenwirkungen ihrer Entscheidungen und Handlungen;
- sie konzentrieren sich auf ihre Fehler, nicht auf die Erfolge: sie beobachten, melden und reflektieren solche Fehler und verfallen nicht in eine routinierte Selbstzufriedenheit.
- Sie zeigen eine Abneigung gegen vereinfachende Interpretationen: Die Welt wird als komplex akzeptiert, die Komplexität der Wahrnehmung und Deutung wird eher erhöht statt reduziert; umfassende Wahrnehmung wird gefördert, „Kritiker“ werden integriert, sie werden als eine Bereicherung verstanden, weil sie auf Störungen und Fehler aufmerksam machen.
- Sie sind sensibel gegenüber den eigenen organisatorischen Abläufen und streben stets nach Flexibilität, um eigene Improvisationsfähigkeit zu erhalten, denn das ist eine der Kernkompetenzen, um das „Unerwartete“ zu managen.
- Fehler werden für normal gehalten und vor allem latente Fehler aufgespürt; die Aufmerksamkeit wird auf die Basis gerichtet, dorthin, wo die Arbeitsprozesse ablaufen.
- Sie zeichnen sich durch einen hohen Respekt vor fachlichem Wissen und Können aus: Entscheidungsgewalt liegt gerade in prekären Situationen unabhängig von Hierarchie und Status bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit der größten Fachkompetenz.

2.6 Kultur der Achtsamkeit und das achtsame Jugendamt

Michael Böwer fasst in einem Beitrag in der Neuen Praxis mit dem beziehungsreichen Titel: „Das achtsame Jugendamt“ zusammen, was in der deutschen Debatte unter einer **„Kultur der Achtsamkeit“** verstanden wird.¹⁴ Abgeleitet aus den von Weik und Sutcliffe herausgearbeiteten Aspekten einer „Hoch-Risiko-Organisation“ nennt er folgende Merkmale eines „achtsamen Jugendamtes“:

- Seine Fachkräfte verfügen über reiches Detailwissen und differenziertes Urteilsvermögen;
- Sie sind so aufgestellt, ausgestattet und ausgebildet, dass sie schon „geringe Störungen in frühem Stadium“ wahrnehmen und einschätzen können;
- Vor allem sind sie wachsam für „feine Unterschiede“ und „schwache Signale“;

¹⁴ Böwer, M.: Das achtsame Jugendamt. Ansatzpunkte und Rezeption des Achtsamkeitskonzepts im Kindeswohlschutzdiskurs. In: Neue Praxis, Lahnstein (2008), S. 349 - 370; dazu auch aktuell: Michael Böwer: Kindeswohlschutz organisieren. Jugendämter auf dem Weg zu zuverlässigen Organisationen; Weinheim und Basel 2012.

- Sie fühlen sich in der Lage, Ungewissheit wahrzunehmen und zu deuten, sie „navigieren mit Kompass, nicht mit Karte“.
Nicht nur für die Hobbyseefahrer unter uns ein ertragreiches Bild: Eine Karte ist immer eine Abbildung dessen, was wir für die Wirklichkeit halten. Mitunter stimmt die Karte aber nicht mit der Wirklichkeit überein. Dann schimpfen wir gerne zuerst über die „falsche Wirklichkeit“, denn die Karte muss doch stimmen. Das Navigieren mit dem Kompass ist wesentlich komplizierter. Man hat lediglich eine relativ präzise Richtungsangabe und muss die Bedingungen von Wasser, Wellen, Wind und Ufer intensiv beobachten und zu deuten verstehen. Wie gesagt, für die Arbeit im Kinderschutz ein anregendes Bild, wenn ich an das umfangreiche „Kartenmaterial“ der Anzeiger für Kindeswohlgefährdungen denken.
- Gefördert und gefordert wird eine ausgeprägte Fähigkeit, Fehler zu entdecken und zu berichtigen, ehe sie zur Krise eskalieren;

Alle diese Kompetenzen, Fähigkeiten und Ausstattungen schützen nicht vor Fehlern, aber sie schützen ggf. davor, dass Fehler ungebremst eskalieren. Und auch hier sind das Fazit und die Forderung eindeutig: Eine für Lernimpulse sensible und für Fehleranalysen offene Organisationskultur sind unverzichtbar. Welche aktuellen Erfahrungen können berichtet werden, wie diese so sehr plausiblen Analysen und Forderungen in der Praxis jugendamtlichen Handelns im Kinderschutz real werden können?

3. Befunde aktueller Projekte zur Fehleranalyse und zum Risikomanagement in Jugendämtern

In den letzten drei Jahren ist nicht nur analysiert und gefordert, sondern auch entwickelt und erprobt worden. Die hier vorzustellenden Projekte gehen über reine Problemanalysen deutlich hinaus und wollen Wege aufzeigen, wie „aus Fehlern“ in der Organisation Jugendamt und von den dort tätigen sozialpädagogischen Fachkräften tatsächlich gelernt werden kann. Vier Projekte will ich an dieser Stelle in chronologischer Reihenfolge der Veröffentlichung vorstellen.

3.1 Nordrhein–Westfalen – Risikomanagement bei Kindeswohlgefährdung (2010)

In Nordrhein-Westfalen ist eine interessante Broschüre mit dem Titel „Risikomanagement bei Kindeswohlgefährdung. Kompetentes Handeln sichern“ mit sehr konkreten praktischen Bezügen entstanden¹⁵. Diese ist von den beiden Landesjugendämtern Westfalen-Lippe und Rheinland erarbeitet worden. Zusammen mit sechs Jugendämtern haben sie sich in einer Projektgruppe mit der Frage auseinandergesetzt, wie kompetentes Handeln mit Risikomanagement gelingen kann. Dabei wurden im Wesentlichen zwei zentrale Themen bearbeitet:

1. Risiken identifizieren und alle Verantwortlichen einbeziehen,
2. Risiken erfolgreich managen:
 - Kinderschutz gemeinsam gestalten: Kooperation mit dem Gesundheitswesen,

¹⁵ Kriener, M./Nörtershäuser, K.: Risikomanagement bei Kindeswohlgefährdung. Kompetentes Handeln sichern. Düsseldorf (2009);
http://www.familienzentrum.nrw.de/fileadmin/documents/pdf/publikationen/Risikomanagement_web.pdf

- Dran bleiben und Kontinuität sichern,
- Ohne geht es nicht – Kontrolle als Bestandteil fachlichen Handelns.
In den letzten Jahren ist die Debatte um das Verhältnis von Hilfe und Kontrolle konstruktiver geführt worden als in der Vergangenheit und zahlreiche Publikationen verweisen darauf, Kontrollaufgaben in die Arbeit in Zwangskontexten oder mit so genannten Auflageklienten sowohl methodisch als auch fachlich zu integrieren.¹⁶
- Fachliches Handeln durch Reflexion sichern,
- Keine Barriere – Datenschutz und Kinderschutz,
- Ein Risikobericht als Steuerungsinstrument.

Der spannendste Vorschlag ist zweifellos: Jedes Jugendamt legt einmal im Jahr einen Bericht darüber vor, welche Risikoquellen identifiziert wurden, wie sie identifiziert werden, wie man damit umgeht und welche Maßnahmen man zur Beseitigung oder Minimierung vorhat und wie deren Realisierung im nächsten Bericht überprüft wird. Ähnliches haben wir eben aus dem Risikomanagement eines großen Krankenhausträgers gehört.

3.2 Kay Biesel: Wenn Jugendämter scheitern. Zum Umgang mit Fehlern im Kinderschutz (2011)

Das Thema der Dissertation von Kay Biesel zeigt noch deutlicher den Zugang und das Erkenntnisinteresse dieser Forschungsarbeit: „Soziale Organisationen und ihre Fehler. Diskurse, Konzepte, Forschung – Zum Umgang mit Fehlern im Kinderschutz“¹⁷. Zentral geht es in der gut lesbaren Arbeit von Kay Biesel, bis 2011 Mitarbeiter von Reinhart Wolff im Bundesmodellprojekt „Aus Fehlern lernen“ und jetzt Professor für Sozialpädagogik in der Schweiz, um eine fundierte Auseinandersetzung mit Fehlerbegriffen und -konzepten. Wie und als was werden Fehler gesehen und verstanden? Welche Bezüge gibt es zu den komplexen Konstrukten und Vorstellungen über soziale Arbeit? Welche weiterführenden Einsichten eröffnen solche Bezüge für die Weiterentwicklung von Fehleranalysen in der Sozialen Arbeit und insbesondere im Kinderschutz?

Drei Aspekte aus der Argumentation und den Befunden von Kay Biesel will ich herausgreifen:

(1) Professionelle Fehler in der Sozialen Arbeit sind unvermeidbar – und zwar aus folgenden Gründen:

- Das Handeln ist nicht technologisch, also im technischen Sinne nicht eindeutig nach Regeln und Gesetzen gestaltbar (*Kontexteinzigkeit*). Daher kann das, was bei einer Familie positive Wirkungen zeigt, bei einer anderen das Gegenteil bewirken. Bereits in den sechziger Jahren stellte *Martin Rudolf Vogel* fest, dass der Prinzipiengegensatz zwischen der objektiven Rechtmäßigkeit von Hilfevoraussetzungen (die revisionssichere Akte: jeder Bürger mit einem Anliegen muss auch in ver-

¹⁶ Vgl. z.B.: Reinhold Schone: Kontrolle als Element von Fachlichkeit in den sozialpädagogischen Diensten der Kinder- und Jugendhilfe. Expertise im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ. Berlin 2008.

Christian Schrapp: Keine Hilfe ohne Kontrolle? Keine Kontrolle ohne Hilfe! Thesen zu einem Spannungsverhältnis sozialpädagogischer Kinderschutzarbeit, in: Soziale Arbeit, Heft 6 12/2008, S. 466-472.

¹⁷ Kay Biesel: Wenn Jugendämter scheitern. Zum Umgang mit Fehlern im Kinderschutz, Bielefeld 2011

gleichbarer Weise bedient werden) und der subjektiven Einmaligkeit der Hilfebedürftigkeit nicht strukturell lösbar ist, sondern immer wieder neu und im Einzelfall auszuhalten und auszuhandeln ist¹⁸.

- Das Handeln ist auf prinzipiell fremde Lebenswelten ausgerichtet (Verstehensbarrieren). Wir sind damit beschäftigt, Menschen in Lebenssituationen verstehen zu müssen, die wir uns meist nicht vorstellen können und eigentlich auch nicht vorstellen mögen.
- Es gelingt nur durch Kommunikation (*Kommunikationshindernisse*), nicht durch die gesicherte Anwendung technischer Abläufe,
- zielt auf Selbstveränderung der Klienten (*Autonomieerfordernisse*). Es basiert darauf, dass Menschen selbst etwas für sich tun wollen und (wieder) können – aber was sie tun und wie sie es tun, ist nicht herstellbar.

Diese vier Bedingungen unterstreichen noch einmal, dass sich die Arbeit im Kinderschutz deutlich von sehr komplexen technischen Aufgaben und auch von der Behandlungstätigkeit von Ärzten unterscheidet. Daher sind die „Ratschläge“ aus der Luftfahrt oder Medizin, was wir im Kinderschutz alles beachten und tun müssten, in der Regel so einfach nicht übertragbar und realisierbar.

(2) Aus unsicheren Handlungen werden professionelle Fehler:

- Irrtümer, Ausrutscher, Aussetzer,
- Fehler, regelbasiert oder (un)wissensbasiert,
- Zuwiderhandlungen (routinemäßig, optimierend, notwendig).

Es wird bewusst und routinemäßig gegen Regeln, fachliche Standards, methodische Arbeitsanweisungen verstoßen, um vorgeblich Arbeit zu optimieren. Das Standardargument lautet in einem solchen Fall stets, man hätte keine Zeit für kollegiale Beratung, detaillierte Aktenführung usw. (Abkürzungsstrategien). Mitunter sind Zuwiderhandlungen notwendig, weil die Arbeitsbelastung so hoch ist, aber das Fehlerrisiko bleibt erheblich. Wichtig bleibt die Fähigkeit zu unterscheiden, um welche Art Fehler es sich handelt, denn daraus ergeben sich jeweils spezifische Konsequenzen und Ansatzpunkte, in den Strukturen oder bei den handelnden Personen, in der Kommunikation und in der Kultur.

(3) Solche professionellen Fehler können (nur) verstanden werden

- als sozial kommunikative Konstruktionen,
- die auf gesellschaftliche Erwartungen,
- gesetzliche Regelungen,
- professionelle und organisationale Werte, Normen und Haltungen
- und daraus resultierende Qualitätsstandards verweisen.

¹⁸ Vogel, R. M.: Die kommunale Apparatur der öffentlichen Hilfe - Eine Studie über Grundprobleme ihres gegenwärtigen Systems. Stuttgart 1966

Das, was wir für einen Fehler halten, ist kein „objektiver Sachverhalt“, sondern Produkt einer sozialen Kommunikation. Eine Gegenüberstellung unterschiedlicher Organisationskulturen und ihres Umgangs mit Fehlern gibt viele Anregungen, über die prägenden Merkmale der eigenen Organisationskultur (**Abbildung 3**) nachzudenken und die Konsequenzen für das „Fehler-Thema“ zu reflektieren:

Organisationskulturen und ihr Umgang mit Fehlern		
Pathologische Kultur: ▪ Neue Ideen zur Verbesserung werden abgelehnt, ▪ Fehler werden geahndet oder verheimlicht, ▪ Verantwortung wird ignoriert, ▪ Übermittler werden geahndet, ▪ Niemand will etwas über Fehler wissen.	Bürokratische Kultur: ▪ Neue Ideen werden gleichgesetzt mit neuen Problemen, ▪ Fehler werden lokal beseitigt, ▪ Verantwortung wird aufgespalten, ▪ Übermittler werden angehört, sollen aber die Organisation verlassen oder schweigen, ▪ Fehler müssen nicht gefunden werden.	Generative Kultur: ▪ Neue Ideen sind willkommen ▪ Aufgedeckte Fehler führen zu Veränderungen ▪ Verantwortung wird gemeinsam übernommen ▪ Mitarbeiter geschult, Fehler zu erkennen und zu benennen ▪ Fehler werden aktiv gesucht.

Abbildung 3

Quelle: K. Biesel, 2011

Der letzte Teil der Arbeit befasst sich mit dem **Umgang mit Fehlern in den Jugendämtern der Städte Schwerin und Dormagen (Abbildung 4)**. Die Auswahl dieser beiden Jugendämter erklärt sich aus den Feldzugängen des Autors, ist aber für einen Vergleich jugendamtlicher Fehlerkulturen sehr extrem und daher wenig ertragreich:

Umgang mit Fehlern in den Jugendämtern in Schwerin und Dormagen	
Schwerin (bis 2008): ▪ <i>Maschinenbürokratie,</i> ▪ Fehlerfeindlich, ▪ Abhängigkeit der Mitarbeiterschaft, ▪ Mangelnder Respekt vor fachlichem Wissen und Können, ▪ Missachtung systemischer Abläufe, ▪ Kein Lernen aus Hilfeprozessfehlern, sondern verwalten und aus-sitzen, ▪ Fehlerverschlossene, in sich gefangene Organisation.	Dormagen: ▪ <i>Profilbürokratie,</i> ▪ Teilweise Fehleroffenheit, ▪ Autonomie der Mitarbeiterschaft, ▪ Respekt vor fachlichem Wissen und Können ▪ Strategisches Netzwerkmanagement, ▪ „familiales Teamklima“ zeigt Schwächen im Umgang mit Fehlern, ▪ (in Grenzen) Fehlerinteressierte Organisation.

Abbildung 4

Quelle: K. Biesel, 2011

Ein Befund jedoch überrascht: In beiden Kulturen gibt es „fehlertabuisierende Teamkontexte“. In beiden Jugendämtern – obwohl sie in ihrer Qualität so deutlich unterschiedlich – führen diese „fehlertabuisierenden Teamkontexte“ dazu, dass Fälle nicht gemeinsam reflexiv beraten und verstanden werden. In Dormagen geht es den Kollegen offensichtlich „zu gut“. Wer möchte schon ein „familiäres Teamklima“ verstören und allzu kritisch die Einschätzungen und Entscheidungen der Kollegen hinterfragen? Im Gegensatz dazu sind die Kollegen in Schwerin zu verunsichert und müssen aufgrund negativer Erfahrungen befürchten, dass sich jede Kritik auch gegen sie selbst richtet. Im Ergebnis verstellen beide Teamkulturen den notwendigen kritischen Blick auf die Fälle und ihre Bearbeitung in der Organisation.

3.3 Bundesmodellprojekt „Aus Fehlern lernen“ (April 2009 bis September 2011)

Projektleitung und Mitarbeiter sind: Prof. Dr. Reinhart Wolff/Prof. Dr. Uwe Flick; Timo Ackermann, Kay Biesel, Felix Brandhorst, Stefan Heinitz, Mareike Patschke. Das bundesweite Projekt beteiligt 43 kommunale Kinderschutzsysteme, nicht nur Jugendämter, sondern auch ihre Partner (und auch Eltern und Kinder selbst), um im Bündnis mit Kinderschutzfachkräften eine achtsame und fehleroffene Kinderschutzarbeit in Deutschland zu stärken, in der die Beteiligung von Hilfeteilnehmerinnen und -teilnehmern im Mittelpunkt steht. Im professions- und organisationsübergreifenden, sowie mehrseitig und dialogisch angelegten Rahmen der Qualitätsentwicklungs-Werkstätten sollen auf Grundlage eines demokratischen Kinderschutzverständnisses gemeinsame Lern- und Verstehensprozesse angeregt werden. Der Abschlussbericht steht unmittelbar vor der Veröffentlichung, es finden sich jedoch bereits auf der Homepage des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen zahlreiche Hinweise und Zwischenberichte.

Einige der beteiligten Jugendämter wurden aufgefordert, sowohl aus gelungenen als auch aus nicht gelungenen Fällen Fallmaterial für die Analyse zur Verfügung zu stellen. Diese sind dann vergleichend und kontrastierend miteinander bearbeitet worden.

Die Befunde aus den vertiefenden Aktenanalysen *„werfen ein helleres Licht auf die fallbezogene Kinderschutzarbeit“:*

- Unschärf dokumentierte Problemkonstruktionen und Wege, wie die fallzuständigen Fachkräfte zu ihren Handlungszielen kommen wollen (entweder wussten die Fachkräfte das selbst nicht oder es wurde nicht nachvollziehbar dokumentiert);
- tendenziell wird die Aufmerksamkeit auf bestimmte Angehörige des Familiensystems gerichtet, während andere Familienmitglieder regelrecht ausgeblendet werden;
- Verweisen auf unterschiedliche Denk- und Wahrnehmungsmuster der zuständigen Fachkräfte (das Vorhandensein unterschiedlicher Denk- und Wahrnehmungsmuster ist kein Problem, es wird zum Problem, wenn man sich darüber nicht verständigt);
- exemplarisch werden Probleme und Belastungen im Hilfesystem deutlich (Fachpersonal, Zuständigkeitsgerangel, Übergabeprobleme).

Fälle, die von den Jugendamtskollegen als gelungen betrachtet worden sind, wurden von den Projektmitarbeitern durchaus auch als kritisch angesehen. Das wirft noch einmal die

Frage auf, nach welchen Kriterien wir Fälle als gelungen bezeichnen und nach welchen als nicht gelungen.

Zum Bundesmodellprojekt werden morgen die Hauptakteure selbst, Reinhart Wolff und Kay Biesel, ausführlicher berichten. Etwas detaillierter vorstellen will ich an dieser Stelle noch ein zeitgleich „gelaufenes“ Entwicklungsprojekt aus Rheinland-Pfalz.

3.4 Qualitätsentwicklung in Jugendämtern in Rheinland-Pfalz (2009 – 2011) und die „Lern- und Entwicklungswerkstatt“ als Ort und Methode für fundierte Fehleranalysen und als Baustein des Risikomanagements¹⁹

Dieses Projekt lief zeitgleich zum Bundesmodellprojekt. Es ging ebenfalls darum zu entwickeln und zu erproben, wie aus Fehlern gelernt werden kann. Auftrag dieses Projektes zur „Qualitätsentwicklung im Kinderschutz in Jugendämtern in Rheinland-Pfalz“ war es, aus fundierten Analysen konkreter Fallarbeit und der dazugehörigen Organisationen mit ihren Strukturen und Kulturen die Bedingungen für organisierte Achtsamkeit im Kinderschutz herauszuarbeiten. Solche (selbst-)kritischen Analysen erfordern konzeptionelle Orte und methodische Arbeitsweisen, die tragfähig sind für die besonderen Herausforderungen des Vorhabens, kritisch eine Praxis zu untersuchen, die auch von Unzulänglichkeiten und Fehlern geprägt sein kann. Einerseits soll niemand bloßgestellt und vorgeführt werden, weder die Fachkräfte noch ihre Organisationen. Andererseits soll aber auch nicht oberflächlich und geschönt oder übervorsichtig und verdeckt über die vorgestellte Praxis gesprochen werden. Kein leichtes Vorhaben, wie die vorliegenden Analysen der Fallberatungspraxis in Jugendämtern zeigen.

Die zentrale Methode wurde zu Beginn noch „Lern- und Entwicklungswerkstatt“ genannt, ab November 2011 dann „Qualitätsentwicklungswerkstatt“. Zehn Jugendämter, die bereit waren, einen „schwierigen“ bzw. „unklaren“ Fallverlauf anhand schriftlicher Dokumente vorzustellen, waren beteiligt. Die Vorbereitung „vor Ort“ im Jugendamt war bereits durchweg aufwendig, da alle Akten und Dokumente zu einem „schwierigen Fall“ zusammengetragen und aufbereitet werden mussten. Unterstützt wurden die Fachkräfte dabei durch Mitarbeiter des Projektteams der Universität Koblenz. Diese haben dann auch die eigentliche Fallanalyse moderiert. In einer methodisch klar strukturierten Gruppenarbeit mit Kolleg/innen aus den anderen beteiligten Jugendämtern sind mittels Genogramm und Chronologie die Fallverläufe vorgestellt und bearbeitet worden. Diese Werkstatttermine dauerten jeweils einen Tag (10 – 17 Uhr) und in zwei Halbgruppen sind jeweils ein Kinderschutzfall aus einem Jugendamt, insgesamt also zwei Fälle und Organisationen bearbeitet worden. Jedes beteiligte Jugendamt musste einen Fall und seine Organisation vorstellen.

Ablauf einer Lern- und Entwicklungswerkstatt:

1. Gemeinsamer Einstieg im Plenum; Bildung von zwei Teilgruppen.
2. Fallvorstellende Fachkraft erläutert das Genogramm und ihre aktuelle Beratungsfrage.

¹⁹ Christian Schrappner/Vanessa Schnorr (Hrsg.): Risiko erkannt – Gefahr gebannt? Risikoanalyse als Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Bericht zum Landesmodellprojekt: „Qualitätsentwicklung Kinderschutz in Jugendämtern in Rheinland-Pfalz“ 2009 – 2011, Mainz 2012

3. Gemeinsame chronologische Ent-Wicklung des Falls an der Wand anhand aller re-konstruierbaren Ereignisse, die die Fallgeschichte ausmachen (**Abbildung 5**).

Beispiel für eine „Fallaufschreibung“



Abbildung 5

© Prof. Dr. Christian Schrappner

In der oberen Hälfte dieser Wandzeitung – im Original zwischen 5 und 8 Metern lang – steht, was in der Familie passierte und unten, was im Hilfesystem geschehen ist. Farbunterschiede der Karten markieren besondere, riskante Ereignisse, die die Kinder betreffen sowie unterschiedliche Interventionen des „Helfersystems“. Diese Vorstellung nahm etwa zwei Stunden in Anspruch. Dazu werden Ideen, Fragen und Hypothesen gesammelt (Was ist der „rote Faden“ im Fall?).

Die Grundstruktur dieser Analyseidee ist so einfach wie Komplexität entfaltend: Auf einer Zeitachse ist einerseits oberhalb des Zeitstrahl aufgelistet, was im Familiensystem passiert, die Familiengeschichte ausmacht, welche Belastungen, Krisen und Lösungsversuche es dort gibt. Auf der anderen Seite, hier unterhalb des Zeitstrahls wird ebenfalls zeitlich geordnet und in jeweiligen Bezug zu den Ereignissen im Familiensystem vermerkt, welche Hilfeinterventionen durch verschiedene Institutionen eingesetzt werden. Schließlich wird untersucht, wie diese beiden Stränge miteinander zusammenhängen (**Abbildung 6**). Dies geschah an einem Vormittag, danach wurde eine Auswertung vorgenommen.

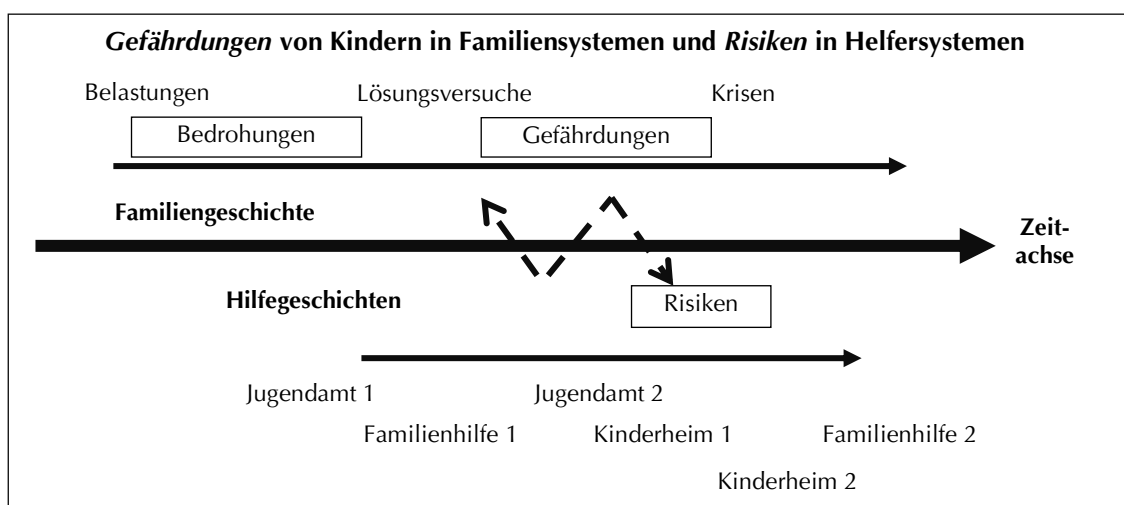


Abbildung 6

© Prof. Dr. Christian Schrappner

4. Nach dem Blick auf den Fall folgte immer der Blick in die dazugehörige Organisation: Die betreffenden Jugendämter stellten am Nachmittag ihre Aufbau- und Ablauforganisation, deren Stärken und Schwächen vor. Die Vorstellungen und Einschätzungen der Organisationen wurden im Vergleich der beteiligten Jugendämter im Laufe der Zeit immer heftiger diskutiert; auch hier eine Sammlung von Ideen, Fragen und der Versuch Hypothesen zu formulieren: Was zeichnet diese Organisation aus?
5. Den Analyseteil abgeschlossen und zusammengeführt haben wir regelmäßig unter der Frage: Warum in unserer Organisation dieser Fallverlauf?

Rückmeldungen der Teilnehmer zu den Lern- und Entwicklungswerkstätten

Nach anfänglicher Unsicherheit über Verlauf und Ergebnisse, über die mögliche Offenheit in der Fallvorstellung und der Präsentation der Organisation sowie über die Analysefähigkeit und Kritikbereitschaft der Gruppe waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Verlauf und Ergebnissen der Werkstätten durchweg sehr zufrieden. Die jeweils fallvorstellenden Fachkräfte haben meist schon die Vorbereitung als Chance genutzt und geschätzt, sich in ihrem Fall einen Gesamtüberblick erarbeiten zu können, wie es ihnen sonst kaum möglich ist. Auch die Gelegenheit, mit Fachkolleginnen und -kollegen aus anderen Jugendämtern den eigenen Fall in dieser Ausführlichkeit beraten zu können, ist von allen ausdrücklich positiv und für die konkrete Fallarbeit weiterführend bewertet worden. Vorbereitung, externe Moderation und der Rahmen in einem Landesmodellprojekt haben zudem dazu beigetragen, Wertschätzung und Ernsthaftigkeit der eigenen Anstrengungen zu betonen. Die Mitglieder der Kerngruppe, die an allen Werkstätten teilgenommen haben, konnten darüber hinaus im Vergleich der Fälle und Organisationen wichtige Erkenntnisse zu den grundlegenden Fragen der Kinderschutzarbeit und ihrer Qualifizierung gewinnen, wie sie im Projektbericht dokumentiert sind.

Nach dem im Projekt entwickelten Konzept hat die Servicestelle Kinderschutz im Landesjugendamt Rheinland-Pfalz weiteren Jugendämtern so genannte *Qualitätswerkstätten Kinderschutz* angeboten. Sechs Jugendämter konnten bereits in einem ersten Durchgang 2011/12 diese Gelegenheit zur kritischen Reflexion ihrer Kinderschutzpraxis nutzen, sechs weiteren wird ab Herbst 2012 die Mitarbeit in solchen Werkstätten angeboten.

Orientiert haben wir uns bei der Methodenentwicklung an Vorläufern aus anderen, ähnlichen Projekten²⁰. Da die Entwicklung und Erprobung dieses Methodensettings neben den inhaltlichen Befunden zu Risikomustern der Kinderschutzarbeit zu den wesentlichen Erträgen dieses Projektes zählt, soll es auch ausführlicher vorgestellt werden. Parallelen und Bezüge zu dem von Sheila Fisch und Eileen Munro auch in Deutschland vorgestellten „Systemischen Modell der Fallüberprüfungen als gemeinsames Lernen, um Kinder vor Gefahr zu schützen“ sind deutlich.²¹

²⁰ Ader, Sabine: Was leitet den Blick. Wahrnehmung und Deutung in der Jugendhilfe, Weinheim und München 2006, S. 57 - 62

²¹ siehe: Learning together to safeguard children: a systems model for case reviews, in social care institutes for excellence, London, january 2012; www.scie.org.uk

Fehler gesucht ..., Risiken gefunden?! Von Risiken und Gefahren praktischer Kinderschutzarbeit. Zentrale Befunde aus zehn Fall- und Organisationsanalysen

Für jeden der in diesen Lern- und Entwicklungswerkstätten vorgestellten Fälle ist in der weiterführenden Analyse ein prägendes Motto als Überschrift gesucht worden, dass wesentliche Momente auf den „Punkt bringen“ soll, hier für einen Fall kurz mit den herausgearbeiteten Risikomustern skizziert.

(1) „Leben an der Grenze – Arbeiten an der Grenze“

Thema ist die „latente Gefährdung“ der zwei Söhne – heute 7 und 5 Jahre alt – eines jungen Paares. Bei Geburt des ersten Kindes ist die Mutter gerade 16 Jahre, der Vater 18 Jahre alt. Immer wieder werden dem Jugendamt (Gefährdungs-)Meldungen von verschiedenen Seiten zugetragen und die Helfer sind mit erheblichem Widerstand des Familiensystems konfrontiert. Über Jahre wird von den Fachkräften viel Energie und Durchhaltevermögen gefordert, um in diesem „Grenzfall“ aufmerksam „am Fall“ zu bleiben.

Risikomuster:

- Widerstand, der nicht verstanden wird, bindet knappe Energie und Ressource im Helfersystem und/oder verleitet zu einfachen Erklärungsversuchen;
- Nicht bestimmte Grenzen werden beliebig;
- Der Blick bleibt an der Oberfläche verhaftet.

Die vollständigen Fall- und Organisationsanalysen zu allen zehn Fällen finden sich im Projektbericht.

Was sind Risiko-Muster?

Das Wort **Risiko** stammt aus der Seefahrersprache, mit *ris(i)co* wurde eine Klippe bezeichnet, die es zu umschiffen galt²². Als Risiko wird damit ein Wagnis bezeichnet, ohne das zum einen ein angestrebtes Ziel kaum zu erreichen ist, das zum anderen aber auch einen möglichen Schaden birgt. Ein *Risiko eingehen* verweist damit auf ein spezifisches Kalkül, bei dem drei Aspekte in Beziehung gesetzt werden:

- Wie vorteilhaft ist das angestrebte Ziel,
- wie wahrscheinlich tritt auf dem Weg ein negatives Ereignis ein und
- wie „schlimm“ ist der dabei zu befürchtende Schaden?

Als **Muster** bezeichnen wir allgemein eine grundlegende Struktur oder auch eine gleichförmige Wiederholung prägender Merkmale, z. B. das Tapetenmuster. In der soziologischen Handlungstheorie, wie sie vor allem von *Talcott Parsons* (1902 – 1979) entwickelt wurde, bezeichnen sog. *pattern variables* (dt. Grundmuster, kulturelle Muster) fünf gegensätzliche Orientierungen, die den Rahmen sozialer Handlungen abstecken: Affektivität vs. Neutralität, Universalismus vs. Partikularismus, Zuschreibung vs. Leistung, Diffusität vs. Spezifität und Selbstorientierung vs. Kollektivorientierung. Diese fünf Grundmuster mar-

²² Brockhaus 1992, Bd. 18, S. 440

kieren nach *Persons* vollständig den Raum sozialer Handlungen und ermöglichen eine differenzierte Analyse ihrer Grundstrukturen²³.

Als **Risikomuster** sollen hier solche Denkweisen, Verhaltensformen oder Handlungsabläufe verstanden werden, die zum einen durch grundlegende und sich wiederholende Strukturen gekennzeichnet sind. Zum anderen versprechen sie für die Akteure selber und/oder für die Adressatinnen und Adressaten ihrer Handlungen einen erkennbaren Nutzen. Allerdings um den Preis, dass die Möglichkeit einer Gefahr nicht wahrgenommen oder ein möglicher Schaden deutlich geringer eingeschätzt wird als der erwartbare Nutzen.

Risiken und Fehler in der Kinderschutzarbeit

Der Begriff *Risikomuster* ist im Verlauf der Analysearbeit entwickelt und konkretisiert worden. Dies wurde erforderlich, da sich die zu Beginn noch genutzte Konzeption und Begrifflichkeit der Fehleranalyse als unzureichend für die Analyse des empirischen Materials erwies. Von Fehlern kann sinnvoll nur gesprochen werden, wenn ein Zusammenhang zwischen einer Handlung und einer unerwünschten Folge zumindest im Nachhinein eindeutig hergestellt werden kann. In den vorgestellten Fällen wurden aber nur selten ausgesprochene Fehler beschrieben, viel häufiger Einschätzungen und Handlungen, die sowohl „richtig“ als auch „falsch“ sein konnten, je nach Perspektive und Kontext. Für die handelnden Akteure war ihr Handeln zumeist „sinnvoll“, da es aus ihrer Wahrnehmung und Position eine „richtige“ Antwort auf die gestellten und verstandenen Probleme und Anforderungen des Falles darstellte. Für die betroffenen Kinder allerdings barg dieses Handeln erhebliche Risiken, die „zum Glück“ nur selten zu unmittelbarem Schaden geführt haben. Langfristige Schäden sind damit allerdings nicht ausgeschlossen und zum Teil in den Fallanalysen auch deutlich benannt worden.

Wesentlich zum Verständnis ist die Unterscheidung zwischen Gefährdung und Risiko: *Gefährdungen* des Kindeswohls gehen von Lebensumständen, Versorgungsverantwortung und Beeinträchtigungen in der Umwelt des Kindes aus; aus *Risiken* unzureichender und unsachgemäßer Wahrnehmung des „Wächteramtes der staatlichen Gemeinschaft“ drohen wiederum Gefahren für das Kind.

In belastend oder sogar bedrohlich empfundenen Entscheidungs- und Handlungssituationen versuchen Menschen und Organisationen, sich auf „das Wesentliche“ zu besinnen, die Wahrnehmung auf zentrale Aspekte zu konzentrieren und das Handeln auf vertraute und sicher beherrschbare Abläufe zu begrenzen. Diese *Reduktion von Komplexität* ist eine „natürliche“ Reaktion von Menschen und Systemen auf die Überforderung durch bedrohliche Situationen und Anforderungen. So überlebensnotwendig diese Reduktionen sein können, so riskant sind sie aber auch in Gefährdungssituationen, da der Blick engegeführt oder „verstellt“ wird und professionelle Reflexion sowie organisatorische Kontrolle nicht mehr (ausreichend) greifen. Gefährdungen für Kinder und Jugendliche in ihrer Lebenswelt verschärfen sich oder eskalieren, wenn solche Risikomuster das Handeln professioneller Helfer bestimmen, ohne dass sie reflexiv zugänglich sind.

²³ vgl. Scheuch, 2003, S. 210-212

Entscheidend ist, dass solche *Risikomuster* auch als ein Versuch verstanden werden, wahrgenommenen Anforderungen und Erwartungen an die Kinderschutzarbeit zu entsprechen. Vom *Fehler* unterscheidet das *Risikomuster* grundlegend, dass die getroffenen Entscheidungen oder gewählten Handlungsoptionen nicht „falsch“ sind, sondern dass sie – ob bewusst oder unbewusst – um ein für wichtig erachtetes Ziel erreichen zu können, einen möglichen Schaden in Kauf nehmen. Wie bei jedem Risiko werden die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts und/oder der zu erwartende Schaden geringer eingeschätzt, als der erhoffte Erfolg des riskanten Verhaltens. Solche Risikokalküle kennen wir alle, z. B. in der Beachtung der Straßenverkehrsordnung: Wie wahrscheinlich ist es mit überhöhter Geschwindigkeit „geblitzt“ zu werden und wie teuer kann es werden? Wiegt der mögliche Zeitgewinn das Risiko erwischt und bestraft zu werden auf? Risikomuster sind also immer Kalküle zwischen Schadenswahrscheinlichkeit und Schadensfolgen auf der einen sowie möglichen Erfolgen des riskanten Verhaltens auf der anderen Seite. Wie bewusst, überlegt und damit realistisch dieses Kalkül ist, bleibt die zentrale Frage – nicht nur im Straßenverkehr.

Für solche Risikokalküle bietet der Kinderschutz zahlreiche Ansatzpunkte: Schon der gesetzliche Handlungsrahmen ist komplex und nicht frei von Widersprüchen, aber auch die Organisationsstrukturen und methodischen Handlungskonzepte bergen zahlreiche Ansatzpunkte für widersprüchliche Auffassungen:

- Es ist natürliches Recht der Eltern, Versorgung und Erziehung zu bestimmen, aber auch ihre besondere Pflicht; nur wenn sie diese Pflicht erfüllen, haben sie das Recht, die Erziehung ihrer Kinder zu bestimmen.
- Über die Betätigung der Eltern soll die staatliche Gemeinschaft „wachen“, ohne dass in Gesetzen konkreter positiv bestimmt ist, was Kinder von der Pflichterfüllung ihrer Eltern mindestens zu erwarten haben. Die lange Liste obergerichtlicher Urteile zu dieser Frage zeigt, wie sehr sich das konkrete Verständnis der Ansprüche und Rechte von Kindern in den letzten gut 60 Jahren verändert hat.
- Und auch im aktuellen SGB VIII sind die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe eindeutig zweideutig bestimmt: Eltern unterstützen (§1, Abs. 3, Nr. 1 SGB VIII) und Kinder schützen (§1, Abs. 3, Nr. 3 SGB VIII).
- Strukturell gehört das komplizierte Verhältnis zwischen öffentlichen und freien Trägern zu den Grundbedingungen deutscher Jugendhilfearbeit, geprägt durch nicht wenige Unterschiede und Gegensätze zu der Frage, wer wofür verantwortlich ist im Kinderschutz – nicht von ungefähr sind die sog. § 8a-Vereinbarungen auch noch nicht allorts funktionierend in Kraft.
- Und nicht zuletzt sind zahlreiche Institutionen und Berufsgruppen mit je eigenen Vorstellungen über Aufträge und Methoden, Zuständigkeiten und Pflichten im Kinderschutz tätig. In Rheinland-Pfalz soll ein eigenes *Landesgesetz für Kindeswohl und Kindesgesundheit* mit Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren dieses komplexe Zusammenarbeiten zielführend ordnen.

In der konkreten Kinderschutzarbeit in den Jugendämtern sind zudem immer zwei, ebenfalls durchaus widersprüchlich verknüpfte Anforderungen zu gestalten und zu erreichen:

- (1) Präzision und Eindeutigkeit in der Bewertung, was konkret junge Menschen in ihrem Wohl gefährdet;
- (2) Zugang und Verständigung, wie zukünftig diese Gefährdung abgestellt und wie vor allem die positive Förderung kindlicher Entwicklung und Erziehung gewährleistet werden kann.

Nur wenn beide Aufgaben zusammenhängend erfüllt werden können, besteht die Chance, dass Kinder ihr Recht auf „Schutz vor Gefahren für ihr Wohl“ ebenso bekommen wie auf „Förderung ihrer Entwicklung und Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§1 Abs. 1 SGB VIII). Auch dies sind zwei Seiten einer Medaille, untrennbar verbunden.

Risikomuster der Kinderschutzarbeit – Worauf wir aufpassen müssen

In den konkreten Kinderschutzfällen, die untersucht und beraten wurden, ging es häufig um diese Abwägung:

- Setze ich mich mit meiner Problembewertung heute durch und gefährde damit die Zusammenarbeit mit Eltern und Kollegen morgen?
- Oder suche ich nach Verständigung und Zustimmung in den Problembewertungen, was denn nun als gefährdend angesehen und benannt wird, damit die erforderliche Zusammenarbeit noch möglich bleibt?

Elf *Risikomuster* haben wir aus den Fall- und Organisationsanalysen der vorgestellten Kinderschutzfälle herausarbeiten können, ohne damit jedoch eine abschließende oder gar erschöpfende Analyse anbieten zu wollen. Nochmals: Entscheidend ist, dass solche Risikomuster auch als Versuche verstanden werden, wahrgenommenen Anforderungen und Erwartungen an die Kinderschutzarbeit zu entsprechen. Aus dem Material unserer bisherigen Analysen können nach ihrer „Zielsetzung“ **vier Typen von Risikomustern** unterschieden werden. Welche Risiken in solchen Abwägungen entstehen können, ohne dass diese den handelnden Fachkräften in ihren möglichen Gefährdungen und Schadensfolgen, insbesondere für die beteiligten Kinder, bewusst waren, das haben wir mit den folgenden Risikomustern zu erfassen versucht. Schon die Überschriften sollen den Effekt möglicher Gefährdung und Schädigung „auf den Punkt bringen“:

A. Versuche, den Kontakt und die Hilfebeziehung mit den Eltern nicht zu sehr zu gefährden bzw. zu erhalten – mit dem Risiko, die Kinder „aus dem Blick“ zu verlieren:

1. Bei den Eltern verstellen die Wünsche eine realistische Wahrnehmung, bei Kindern wird die Realität geschönt.
2. Kinder geraten aus dem Blick, wenn die Erwachsenen sich „streiten“, aber auch, wenn sie sich „gut verstehen“.
3. Nicht bestimmte Grenzen werden beliebig.

B. Versuche, die Arbeitsbelastung zu begrenzen bzw. Sicherheit als Fachkraft zu gewährleisten – mit dem Risiko, es nicht „so genau wissen zu wollen“:

4. Von Familien, die so schrecklich sind, will jeder möglichst weg.

5. Der Blick bleibt an der Oberfläche verhaftet.

C. *Versuche der Organisation, ihre Logik „erfolgreicher“ Fallbearbeitung durchzusetzen erhöhen die schon benannten Risiken, statt entgegenzuwirken:*

6. Organisationen verstärken eher die Perspektive der Erwachsenen, statt die der Kinder zu stärken.

7. Organisationen verstärken eher den Wunsch nach (einfachen) Erklärungen, statt Irritation und die Suche nach alternativen Hypothesen zu unterstützen.

8. Wenn Helfer versprechen müssen, was sie nicht halten können.

D. *Versuche, fundierte Diagnosen und notwendige Reflexionen zu vermeiden, da diese Zeit erfordern und verunsichern – mit dem Risiko, nicht durchzublicken und zu verstehen:*

9. Zeitdruck und Arbeitsüberlastung als „Generalabsolution“ für unzureichende Diagnostik und Fallreflexion.

10. Widerstand, der nicht verstanden wird, bindet knappe Energie und Ressource im Helfersystem und/oder verleitet zu einfachen Erklärungsversuchen.

11. Was unverstanden bleibt, verschwindet nicht, sondern vermehrt den „Bodensatz schlechter Gefühle“.

Die Analyse der Fälle hat deutlich gezeigt, dass es strukturelle Risiken sind, in denen sich Kinderschutzarbeit bewegt. Diese Risiken liegen nicht allein und wesentlich in den Fachkräften begründet, sondern werden v. a. von den Organisationen, von ihren Strukturen und Kulturen unterstützt oder zumindest nicht reduziert.

Organisationen stärken die Logik der Erwachsenen, sowohl die der Fachkräfte, als auch die der Eltern, für die der Fokus auf einer verbindlichen Klärung und Lösung der Situation besteht. Eltern wollen geklärt haben, ob sie weiterhin den Kontakt zum Jugendamt zulassen müssen oder ob sie „sie endlich los“ sind, und die Fachkräfte wollen geklärt haben, ob sie sich um den Fall noch kümmern müssen oder ob sie ihn abschließen oder abgeben können. Organisationen verstärken also eher den Wunsch nach einfachen Erklärungen, anstatt Irritation und die Suche nach alternativen Hypothesen zu unterstützen. In dieser Logik geraten die Kinder strukturell schnell aus dem Blick. Eine strukturelle Lösung dafür könnte sein, Co-Fallzuständigkeiten in Kinderschutzfällen zu etablieren. D. h. die Fälle zu zweit zu bearbeiten, wobei eine/r mit den Eltern arbeitet und eine/r mit dem Kind.

Qualitätsentwicklung im Kinderschutz braucht daher Instrumente und Konzepte, die risikanten Sichtweisen, Erklärungen und Handlungsoptionen auf die Spur kommen und gleichzeitig in der Lage sind, die Erkenntnisse nachhaltig zu vermitteln. Dies scheint eher zu gelingen, wenn gemeinsam mit den Fachkräften an konkreten Fällen gearbeitet wird, als wenn den Fachkräften theoretische Analysen vorgesetzt werden. Neben einer Qualifizierung der Fachkräfte muss immer wieder der erhebliche Anteil, den die Organisation an der Entwicklung von Risikomustern hat, anerkannt sowie weniger riskante Alternativen entwickelt werden.

Die Fachkräfte im Kinderschutz benötigen sowohl Kompetenzen, um Grenzen fundiert und zuverlässig einzuschätzen, als auch um sich sicher an Grenzen zu bewegen. Kinderschutz ist immer Arbeit mit erheblichen Unsicherheiten und Risiken. Reflexion ist dafür das immer wieder empfohlene, allerdings nicht unproblematische, weil paradoxe Mittel: Das Reflexions-Paradox besteht darin, dass in einer Arbeitssituation, die durch Arbeitsdruck und durch den Wunsch nach möglichst schneller Klarheit geprägt ist, kritische Reflexionen und damit ein Offenlegen von Ambivalenzen, Zweifeln und Unsicherheiten, zunächst einmal für mehr Verunsicherung sorgen. Zentral sind daher strukturell in den Organisationen gesicherte Orte der Reflexion, die es ermöglichen, dass die durch den Reflexionsprozess vorübergehende Verunsicherung aushaltbar wird und die Fachkräfte damit nicht alleine gelassen werden.

4. Fazit und Hinweise für die Praxis: Fehleranalysen sind unverzichtbar ...

In fünf Thesen will ich die Befunde meiner „Forschungsreise“ durch den Archipel der Problemdebatten und Fehleranalysen im Feld des Kinderschutzes in Deutschland zusammenfassen:

- (1) Nur wenn genau untersucht und ausgewertet (= reflektiert) wird, was von wem warum und mit welchen Folgen gemacht wurde, kann unverzichtbares Material über Fehler und Risiken gewonnen werden, an dem gelernt werden kann.
- (2) Nur wenn „die“ Praxis (Fachkräfte und Leitungen sowie betroffene Eltern und Kinder) wesentlich diese Reflexionsprozesse tragen und gestalten kann, können sie gelingen. Sie können nicht gelingen, wenn andere stellvertretend analysieren und reflektieren. Allerdings ist „der Blick von außen“ ein wesentlicher Bestandteil gelungener Analyse- und Reflexionsprozesse.
- (3) Nur wenn „die“ Wissenschaft geeignete Arbeitsweisen für solche komplexen Prozesse der Selbst- und Fremdaufklärung entwickelt und gemeinsam mit der „Praxis“ erprobt, können diese anspruchsvollen Prozesse gelingen.
- (4) Nur wenn „die“ Politik Rahmen schafft, in denen die erforderliche strafrechtliche Bewertung und die notwendige fachliche Auswertung abgegrenzt verhandelt werden, können auch die möglichen fachlichen Konsequenzen gezogen werden. Wenn mit der fachlichen Auswertung eines Falles gewartet werden muss, bis eine strafrechtliche Bewertung erfolgt ist, dauert es viel zu lange, bis wir uns mit fachlichen Konsequenzen auseinandersetzen können.

... aber der Fehler muss die Ausnahme bleiben, darf nicht zur Regel werden.

- (5) Nur wenn auch für die Kinderschutzarbeit der Jugendämter Erfolge und Fehler im Verhältnis zueinander bewertet werden können, kann aus den Fehlern so gelernt werden, dass die Erfolge wachsen.

Für den Bereich der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern haben wir gehört, dass ca. 10 Prozent der Patienten zu Schaden kommen, was umgekehrt bedeutet, dass 90 Prozent gut und erfolgreich behandelt wurden. Dieses Verhältnis darzustellen, ist im Bereich der Jugendhilfe offensichtlich sehr schwer. Wir können nicht angeben, ob

die tragischen Einzelfälle die Spitze des Eisbergs sind oder tatsächlich die Ausnahme, die die Regel bestätigen. Ohne eine solche Einschätzung droht die Ungewissheit, dass der Fehler die Regel ist. Wenn es aber keine gelingende Praxis gibt, die Bezugspunkt und Plattform für die selbstkritische Auseinandersetzung mit der Ausnahme, dem Fehler wird, führt jede Fehleranalyse in den „bodenlosen“ Selbstzweifel – eine denkbar schlechte Voraussetzung für jeden Lernprozess, auch und gerade für ein Lernen aus Fehlern.

Fehleranalysen und Risikomanagement im Kinderschutz

Wie verändern die Entwicklungen im Kinderschutz und das Bundeskinderschutzgesetz die Organisation Jugendamt?

Im dialogischen Gespräch:

PROF. DR. KAY BIESEL

Institut Kinder- und Jugendhilfe, Hochschule für Soziale Arbeit,
Fachhochschule Nordwestschweiz, Basel

PROF. DR. REINHART WOLFF

Leiter des Bundesmodellprojekts „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“, Kronberger Kreis für Dialogische Qualitätsentwicklung e.V., Berlin

1. Ausgangsthesen

Prof. Dr. Kay Biesel: Unserem Dialog über die aktuellen Entwicklungen im Kinderschutz möchten wir drei Ausgangsthesen voranstellen, über die es sich lohnt nachzudenken und denen wir im Folgenden nachgehen. Wir fokussieren dabei in erster Linie nicht auf die Ergebnisse des Projekts „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“. Vielmehr möchten wir Sie dazu einladen, mit uns über ein neues Design der Organisation Jugendamt nachzudenken. Wir verstehen Risiko- und Fehlermanagement im Kinderschutz nämlich als eine weitreichende Aufgabe, die man nicht nur als eine Form methodischer Praxis konzeptualisieren sollte, als eine Form der Gefahrenabwehr, der Verarbeitung eigener Ängste, insbesondere im Austausch mit der Öffentlichkeit und den Medien, wenn es tatsächlich zu einem gescheiterten Kinderschutzfall kommt, sondern: als eine strategische und konzeptuelle Form der Praxis, die folgende Ausgangsthesen aufgreift und einen ganzheitlichen Risiko- und Fehlermanagementansatz im Kinderschutz präferiert:

Ausgangsthesen:

1. Kinderschutz ist in den letzten Jahren – und nicht nur in Deutschland – in der Kinder- und Jugendhilfe (in child welfare systems) immer wichtiger geworden. Im Zuge einer Verschiebung im Verhältnis von Familie und Staat kommt es zu einer programmatischen fachlichen Umstellung: von reaktiver Devianzkontrolle hin zu prospektiver (Zukunft öffnender) sozialisatorischer Entwicklungsförderung von Kindern.
2. Damit gewinnen Qualitätsentwicklung, Risiko- und Fehlermanagement (als Führungsaufgabe und Fachpraxis) insbesondere in der Kern-Organisation der Kinder- und Jugendhilfe, dem Jugendamt, zunehmend an Bedeutung.
3. Das Bundeskinderschutzgesetz setzt die demokratische Ausgestaltung eines multiprofessionellen Kinderschutzes fort. Es schafft darüber hinaus nun einen sicheren Rahmen zur Umsetzung und Weiterentwicklung erster Ansätze von Qualitätsentwicklung und von Risiko- und Fehlermanagement.

Zur ersten These: Nicht nur in Deutschland, auch in der Schweiz wird immer mehr Wert auf einen wirksameren Kinderschutz gelegt. Gesetzesänderungen spielen dabei eine wesentliche Rolle. In der Schweiz tritt zum 01.01.2013 ein neues Recht in Kraft, das das

Kindes- und Erwachsenenschutzrecht neu regelt. Wegweisend ist, dass nun professionalisierte und transdisziplinäre Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden geschaffen werden. Kindeschutzmaßnahmen dürfen dann nicht mehr (wie bisher in vielen Kantonen der Deutschschweiz üblich) von Laienbehörden oder (wie in den meisten französisch sprechenden Kantonen) nur von Juristen getroffen werden. Der Gesetzgeber schreibt vor, dass die neu einzurichtenden Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden ihre Entscheidungen mit mindestens drei Mitgliedern treffen. In der entsprechenden „bundesrätlichen Botschaft“ (einem Kommentar der Regierung zum Gesetzesentwurf) heißt es dazu: „Es steht den Kantonen ... frei, eine Verwaltungsbehörde oder ein Gericht als Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde einzusetzen. Wichtig ist, dass die Mitglieder der Behörde nach dem Sachverstand, den sie für die Aufgabe mitbringen müssen, ausgewählt werden. Sachverstand kann indessen auch durch Weiterbildung und Praxis erworben werden. Auf jeden Fall muss ein Jurist oder eine Juristin für eine korrekte Rechtsanwendung verantwortlich sein. Daneben sollten je nach Situation, die es zu beurteilen gilt, Personen mit einer psychologischen, sozialen, pädagogischen, treuhänderischen, versicherungsrechtlichen oder medizinischen Ausbildung mitwirken“¹.

Daran – wie auch an Entwicklungen in anderen Ländern – wird exemplarisch deutlich: Überall auf der Welt gibt es Bemühungen, den Kinderschutz neu zu regeln, mit der Perspektive, Kinder besser zu schützen als in der Vergangenheit, Worst-Case-Szenarien zu verhindern und Risiken sowie Fehler zu managen. Die Ansprüche, dass sich Kinder trotz ungünstiger Lebensbedingungen gut entwickeln können, steigen. Insbesondere in Deutschland wird betont: Das Jugendamt hat im Funktionssystem der Kinder- und Jugendhilfe eine Garantenstellung inne. Es stellt eine Kernorganisation bei der Gestaltung der Entwicklungsförderung im Kontext Früher Hilfen dar. Das Jugendamt soll durch das Bundeskinderschutzgesetz nun dazu motiviert werden, dieser Stellung proaktiv gerecht zu werden, da es in der Vergangenheit dieser Aufgabe nicht hinlänglich gerecht wurde bzw. weil die gesetzlichen Grundlagen für eine präventive Ausrichtung des Kinderschutzes unter Einbezug wesentlicher Kooperationspartner fehlten. Das Jugendamt muss aus diesem Grund nun auch einen anderen Umgang mit seinen Risiken und Fehlern im Kinderschutz finden.

Zur zweiten These: Die bisher einseitige gesetzliche Verpflichtung für die freien Träger der Jugendhilfe, Qualitätsentwicklungskonzepte im Zuge von Leistungsentgeltvereinbarungen nachzuweisen, gilt nun auch für die Jugendämter selbst. Entweder ging man in den Beratungen zum Bundeskinderschutzgesetz davon aus, dass die Jugendämter das nie getan hätten, oder man hielt es für zwingend notwendig, dies gesetzlich klarzustellen. Der öffentliche Träger und die freien Träger sollen nun in partnerschaftlicher Zusammenarbeit Qualitätsentwicklung betreiben und dazu möglichst noch andere Professionssysteme einbeziehen, die für den Kinderschutz mit verantwortlich sind.

Zur dritten These: Es ist in Frage zu stellen, ob die demokratische Ausgestaltung des Kinderschutzes tatsächlich unter dem Label „Risikomanagement“ stattfindet. Wirft man beispielsweise einen Blick auf das Tagungsprogramm, kommt man ein wenig ins Nachdenken, ob das mit der demokratischen Ausgestaltung und der dialogischen Konzeptionierung der Kinderschutzarbeit tatsächlich so gemeint ist und ob das Bundeskinderschutzge-

¹ Bundesblatt 2006, S. 7073

setz dazu einen Impuls geben wird. Die Workshops mit den Titeln „Gefährdungsmeldungs-Sofortdienst“ und „Kontrollhilfen“ lassen anhand allein der Begrifflichkeit diesbezügliche Fragen aufkommen. „Risikomanagement bei Fallübergang“ wird sich mit dem Problem befassen, wie Fälle „sauber“ übergeben werden. Dazu gibt es mit dem Bundeskinderschutzgesetz vorgeschriebene Regelungen: Es ist eine persönliche Übergabe erforderlich, die schriftlich zu bestätigen ist. Das kostet Personal und Zeit. Es wird offensichtlich eher über die Frage der Gefahrenabwehr und der Kontrolle schwieriger Familien und schwieriger Lebenssituationen, unter denen Kinder zu leiden haben bzw. aufgrund derer sie gefährdet sind, nachgedacht. Man versucht, Risikomanagement unter der Prämisse der Gefahrenabwehr zu bestimmen. Ob diese Bemühungen dem Kinderschutz gerecht werden, oder eher dem professionellem Selbstschutz dienen, würden wir gern mit Ihnen diskutieren.

An Reinhart Wolff möchte ich zunächst gern zwei Fragen stellen:

1. *Welche Entwicklungen würdest Du im Kinderschutz in den letzten Jahrzehnten als wesentlich herausstellen?*
2. *Sind wir in der Praxis des Kinderschutzes, speziell im Jugendamt, auf Risikomanagement als Führungsaufgabe und Fachpraxis wirklich angewiesen? Oder handelt es sich bei dieser Entwicklung eher nurmehr um ein weiteres bloßes Modethema der Kinder- und Jugendhilfe?*

2. Entwicklungen im Kinderschutz: Problemkonstruktionen und fachliche Trends

Prof. Dr. Reinhart Wolff: Qualitätsentwicklung kann dazu beitragen, dass die Dienste günstiger und effektiver werden. Das scheint jetzt in der Jugendhilfe als Herausforderung angekommen zu sein. Als Beispiel dafür möchte ich das Jugendamt in Dormagen anführen, mit dem wir seit etwa zehn Jahren zusammenarbeiten und das als erstes Jugendamt einen öffentlich zugänglichen und publizierten Qualitätskatalog erstellt hat.

Wir können nun im Rückblick auf die Geschichte des Kinderschutzes eine historische Entwicklungslinie ziehen: **von reaktiver Devianzkontrolle** – dem Aufgreifen und Behandeln einzelner Fälle von Vernachlässigung und Misshandlungen, zumeist verbunden mit der Fremdunterbringung von Kindern – hin **zu einer zukunftsorientierten, ganzheitlichen Entwicklungsförderung** mit dem Jugendamt als wesentlicher Fachbehörde im Bündnis mit den anderen gesellschaftlichen Organisationen und Professionssystemen, die Hilfen zur Unterstützung von familialer Sozialisation anbieten. Das ist nun aber die strategische Entscheidung, vor der wir heute stehen. Wir haben es weltweit mit einer Entwicklung zu tun, in der Kinder- und Jugendhilfe in einigen Ländern auf kontrollierenden Kinderschutz eng geführt wird. In den USA existiert die öffentlich-staatliche Kinder- und Jugendhilfe (child welfare) faktisch weitgehend nur noch als kontrollierender Kinderschutz – mit seinen desaströsen Konsequenzen reaktiver Zwangserfassung konfliktreicher Familien. Differenzierte Unterstützungs- und Beratungsdienste für Familien werden hingegen nur noch von Verbänden angeboten, der Staat hat sich aus einer allseitigen, ganzheitlichen Förderung von Familien, Eltern und Kindern weitgehend zurückgezogen. In England lässt sich eine ähnliche Entwicklung feststellen, dort herrscht jedoch eine heftige Diskussion, darüber, diese programmatische Engführung der Kinder- und Jugendhilfe wieder zu über-

winden. Vor allem die Berichte der englischen Kinderschutzexpertin, Eileen Munro, – die Berichte sind alle elektronisch über das Schlagwort „Munro Report“ abrufbar – betonen inzwischen, dass man die Verbürokratisierung durch enge Verfahrensregelungen im Kinderschutz wieder zurückdrehen müsste und dass es auf ein umfassendes Fallverstehen und auf ganzheitliche, früh ansetzende Unterstützungsmaßnahmen für Familien in Not und Konflikten, aber auch für alle Familien ankomme – dass nur ein universeller Ansatz in der Kinder- und Jugendhilfe eine Chance habe.

Der (moderne) Kinderschutz beginnt vor etwa 100 Jahren mit der Gründung von Kinderschutzorganisationen und ersten staatlichen Ämtern, vor allem mit Kinderfürsorgeämtern in den Städten, wie z. B. in Berlin und in anderen großen Städten. Dazu gehören auch medizinische Einrichtungen, zum Beispiel war das Kaiserin-Auguste-Viktoria-Krankenhaus eine Kinderschutzeinrichtung zur Förderung von Müttern mit kleinen Kindern, die der Bekämpfung von Säuglingssterblichkeit diente, die damals das Hauptproblem darstellte. Misshandlung und Vernachlässigung wurden nicht als primär wichtiges Thema angesehen.

Im vormodernen Kinderschutz in der Klassengesellschaft geht es in der Kinderschutzproblemkonstruktion vor allem um individuelle Fälle von Grausamkeit gegen Kinder und um die Ausbeutung von Kindern. Man versuchte, die betroffenen Kinder in Heimen oder Pflegefamilien unterzubringen. Das wird mit ersten Kampagnen verbunden. Es gründeten sich die ersten Kinderschutzorganisationen: in England die NSPCC (National Society for the Prevention of Cruelty to Children), in Deutschland der erste Bund zum Schutz von Kindern vor Vernachlässigung und Ausbeutung. Fehler oder Risiken wurden damals überhaupt nicht thematisiert.

Der Kinderschutz in der Wohlfahrtsgesellschaft vor dem Hintergrund des modernen Wohlfahrtsstaates stellt sich im ersten Anlauf im Wesentlichen dem Problem der Verwahrlosung und der Misshandlung von Kindern. Der Kinderschutzansatz ist durch die Einrichtung staatlicher Kinderfürsorgestellen und institutioneller Fürsorgeerziehung, aber auch durch die Etablierung und den Ausbau von freigemeinnützigen, vor allem kirchlichen Kinderschutzeinrichtungen gekennzeichnet. Man entdeckte schließlich, dass man die betroffenen Familien aber etwas genauer untersuchen musste. Daher entwickelte man bereits in den zwanziger und dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts Methoden der Anamnese und Diagnose. Es wurde erkannt, dass man den Familien nur helfen kann, wenn man deren Lebensumstände kennt und solidarisch und richtig einschätzt. Vorreiterin war dazu im Übrigen eine der Gründerfiguren moderner Sozialarbeit, Alice Salomon, mit ihrem wichtigen Buch über soziale Diagnose (1925/1927).

Nach dem zweiten Weltkrieg wurden mit dem Ausbau des Wohlfahrtsstaates die Methoden weiterentwickelt. Gesetzlich wurde die alte Basis beibehalten, bis nach Jahrzehnten mit dem SGB VIII ein modernes Kinder- und Jugendhilfegesetz verabschiedet wurde, das uns allerdings vor die Herausforderung stellt – was zu wenig gesehen wird –, eine demokratische Kinder- und Jugendhilfe zu verwirklichen. Es setzt auf Partizipation, auf Beteiligung, auf Transparenz, auf vielfältige, multiprofessionelle Hilfen. Auch der Kinderschutz soll partizipatorisch, d. h. zusammen mit den Eltern und Kindern gestaltet werden.

Gleichzeitig sehen wir, dass die Gesellschaft inzwischen in Bezug auf den Kinderschutz wesentlich aufmerksamer geworden ist. Damit wird auch die Familie selbst stärker prob-

lematisiert und als ein Feld entdeckt, wo Kinder scheitern können und wo es Probleme und Konflikte gibt. Es findet also im Blick auf familiäre Sozialisation eine Verschiebung in Richtung auf eine stärkere Risiko- und Fehlerwahrnehmung statt: mit der Entdeckung von Anamnese- und Diagnosefehlern, der stärkeren Verfolgung und Kontrolle von gefährdenden Eltern, dem Anstieg von Meldungen von Kindeswohlgefährdungen und Fremdunterbringungen, mit einer Kostenexplosion und einem erheblichen Kapazitäts- und Ressourcenmangel, mit der Folge häufig wahrgenommener problematischer Kinderschutzverläufe, die von der Öffentlichkeit mit großer Aufmerksamkeit regelmäßig skandalisiert werden.

Der postmoderne Kinderschutz in der Risikogesellschaft stellt uns vor die Herausforderung, wie wir die neue Konfliktlage meistern können, den Kinderschutz weiterhin demokratisch gestalten zu wollen und gleichzeitig in eine Richtung abzuweichen, das zentrale programmatische Konzept von Kinderschutz im Kern auf reaktive Devianzkontrolle hin auszurichten. Eine kritische Kinderschutzproblemkonstruktion geht von nicht-zufälligen Misshandlungen und Vernachlässigungen von Kindern als einem in einem gesellschaftlichen Kontext entstandenen Konflikt-Syndrom aus, das im Widerspruch zu den Grundbedürfnissen und den inzwischen umfassend gewährten Rechten des Kindes steht. Es findet nun allerdings in letzter Zeit eine **konzeptuelle Umstellung von Kindesmisshandlung/Vernachlässigung (also einem Geschehen oder einer Unterlassung) auf Kindeswohlgefährdung (auf „Risiken“)** im Entwicklungsprozess statt. Das vor 30 Jahren erschienene Handbuch mit dem Titel „Kindesmisshandlung erkennen und helfen“ ist dafür ein gutes Beispiel. Der jüngste Titel (2009) dieses in den letzten 30 Jahren mit einer Auflage von mehr als 400 000 verbreiteten Handbuches lautet nun: „Kindeswohlgefährdung erkennen und helfen“². Das heißt, wir stellen offenbar den Kinderschutz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, von einem Geschehen oder einer Unterlassung auf ein Gefährdungskalkül um. Dies geschieht nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen modernen kapitalistischen Gesellschaften. In Frankreich und England beispielsweise wurden jeweils neue Kinderschutzgesetze erlassen, die ebenfalls diese Wendung hin zur Gefährdungsproblematik erkennen lassen. Die zentrale Kinderschutzfachstelle in Frankreich heißt „Observatoire National Enfance en Danger“.

Die Fachkräfte im Kinderschutz sind nun mit der Problematik konfrontiert, nicht nur geschehene Misshandlungen zu verstehen und darauf mit entsprechenden Hilfen zu reagieren, sondern vorzuschauen und zu kalkulieren, ob es möglicherweise zu weiteren Gefährdungen von Kindern kommt. In einer Situation, die multifaktoriell und von mehrfacher Kontingenz bestimmt ist, in Familien, die in der Regel auf spontane Weise handeln, sollen wir voraussehen, was sich möglicherweise ereignen wird, und sollen sichere Entscheidungen treffen! In diesem diskursiven Kontext entwickeln sich die Herausforderungen der Qualitätsentwicklung und des Risikomanagements, vor denen wir nun auch in der Sozialen Arbeit stehen. Wir gehen als Qualitätsentwickler nun davon aus, dass auf der einen Seite die modernen Professionssysteme erstaunliche Kompetenzen und gut begründete Methoden entwickelt haben, sich den wachsenden Aufgaben zu stellen, mit denen sie konfrontiert sind. Gleichzeitig sehen wir aber, dass die Professionssysteme den

² Kinderschutz-Zentrum Berlin (Hrsg.) (1979): Kindesmißhandlung. Erkennen und Helfen. Eine praktische Anleitung, 1. Auflage, Bonn: Bundesministerium für Familie und Senioren.
Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (Hrsg.) (2009): Kindeswohlgefährdung. Erkennen und Helfen, 11. überarbeitete Aufl., Berlin.

großen Erwartungen, die in der Postmoderne an sie gerichtet werden, immer wieder, jedenfalls nicht sofort entsprechen können. Mit der Expansion der Professionssysteme geht nämlich keine entsprechende Qualifizierung der Fachkräfte einher. Wir bauen zum Beispiel neue Bildungssysteme auf und stellen fest, dass dafür ganz andere und besser als frühe qualifizierte Lehrer/innen gebraucht werden. Oder wir erleben eine umfangreiche Expansion des sozialen Hilfesystems und stellen nun fest, dass wir nach diesen Erwartungen von Seiten der Nutzerinnen und Nutzer ebenso wie von Seiten der Politik und der Öffentlichkeit nun hilfreiche, unterstützende, hochprofessionelle Dienste, von den Kindertagesstätten über Kriseninterventionseinrichtungen und stationären Hilfen bis hin zu speziellen Kinderschutzeinrichtungen entwickeln müssen, stellen aber zugleich fest, dass das Hilfesystem diesen Ansprüchen nicht entspricht. Um nachhaltig Qualität zu sichern und zu entwickeln, brauchen die Professionssysteme nämlich Zeit und Ressourcen, die allerdings häufig zuerst einmal nicht verfügbar sind und dann erst schrittweise – und oft über Generationen hin – nachgeliefert werden müssen.

Konfrontiert mit diesem dringender werdenden Nachholbedarf, setzen Fachleute und Politik darum auch im Kinderschutz nicht von ungefähr auf die Verstärkung von Fort- und Weiterbildung zur Qualifizierung der Fachkräfte, auf Wissenstransferoffensiven und auf die Modellprojektförderung Früher Hilfen sowie auf Initiativen zur Praxis- und Fehlerforschung. So ist **Qualitätsentwicklung** zu einem **wichtigen Bestandteil Sozialer Arbeit** geworden und verstärkt die Forderung, dass die **Ämter und Einrichtungen zu lernenden Organisationen** werden müssen.

Eine kritische Risiko- und Fehlerwahrnehmung richtet sich nun vor allem auf Fehler in der Zusammenarbeit der am Kinderschutz beteiligten Professionssysteme, auf die Nichteinhaltung von vorgeschriebenen Verfahren, auf mangelhafte methodische Gefährdungseinschätzungen, auf den Kontaktverlust und die Kooperationsschwierigkeiten in der Arbeit mit den betroffenen Familien, Eltern und Kindern bzw. auf fehlendes bzw. mangelhaftes Qualitätsmanagement. Heute stehen nicht die misshandelten Kinder im Mittelpunkt der Risiko- und Fehlerwahrnehmung, sondern eher die Fachkräfte im Hinblick darauf, ob sie die Gefährdungen misshandelter und vernachlässigter Kinder entdecken und ihnen angemessene Hilfe zukommen lassen.

Dazu wurden interessante Forschungserfahrungen gemacht. Wir haben z. B. einen Sonderbericht mit dem Titel „Kinder im Kinderschutz“ vorgelegt, der demnächst in der Blauen Reihe des NZFH erscheint; dabei kamen wir zu folgendem Ergebnis: Kinder, die uns sagen, was sie erleben und wie sie das empfinden, was wir mit ihnen tun, sind im Kinderschutz faktisch nicht vorhanden. Wir wissen zu wenig von ihnen. Wir veranstalten zwar einiges mit ihnen, oft werden sie aber gar nicht gesehen, ganz zu schweigen von ihren Geschwistern. Das ist auch in England von einer empirischen Studie von OFSTED – der zentralen Fachbehörde in England – bestätigt worden. Das heißt, auf der Grundlage internationaler Studien können wir sagen: Kinder existieren im Kinderschutz offenbar nur am Rande, als wichtige Akteure werden sie zu wenig gesehen und beteiligt.

Wir stehen im Augenblick vor einer doppelten Herausforderung: Wir definieren Kindesmisshandlungen nunmehr vor allem als Gefährdungen, damit richten wir unsere Praxis stärker auf Risikokalküle, d. h. auf Wahrscheinlichkeitsaussagen aus. Damit sind die Ansprüche an die darum notwendige Kompetenz der Fachkräfte immens gestiegen, was sich

inzwischen herumgesprochen hat – die Öffentlichkeit hat das Thema nun auch entdeckt. Das ist eine große Chance und insofern werden Journalisten zu unseren Partnern, wobei wir hoffen, dass sie mit uns gemeinsam die neuen Entwicklungen gut verstehen. Gleichzeitig müssen wir aber unsere Organisationen selbst verändern und zu lernenden Organisationen entwickeln, weil sich so Vieles verändert hat, die Problemlagen ebenso wie die Konzepte, wie wir sie verstehen und behandeln. Die Fälle, die heute im Jugendamt behandelt werden und für die man Hilfen organisieren muss, unterscheiden sich von denen vor dreißig Jahren beträchtlich. Wir müssen uns darum die Frage stellen, wie wir gemeinsam besser werden können – organisatorisch, programmatisch und methodisch. Darum geht es im Kern, wenn wir von Qualitätsentwicklung sprechen. Es geht um eine bessere Ausbildung, um kontinuierliches Lernen in der Praxis, um das Lernen aus Fehlern und von Erfolgen. Insofern sehen wir den Rahmen des neuen Bundeskinderschutzgesetzes als eine Chance, aber wir müssen sie auch wahrnehmen. Wenn wir sie aus den Augen verlieren und stattdessen Kinderschutz unter dem Druck einiger dramatischer Kinderschutzfälle auf Verfahrensablaufregelungen hin engführen – wie man es in manchen Bundesländer gegenwärtig beobachten kann – funktioniert (demokratischer) Kinderschutz nach unserer Einschätzung nicht. Etliche Jugendämter haben sich aber auf den Weg gemacht und damit begonnen, genauer hinzuschauen und vor allem ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu qualifizieren.

Prof. Dr. Kay Biesel: Das möchte ich noch ein wenig ergänzen. Sie erinnern sich an den Vortrag von der Kollegin vom Vivantes-Klinikum und ihr Konzept von Risikomanagement. Nach ihren Worten liegt das größte Risiko mit dem größten Schaden, das sie zu bearbeiten haben, im Fachkräftemangel. Die meisten Patienten würden Schaden nehmen, wenn die Organisation nicht dafür sorgen würde, rechtzeitig gut ausgebildetes Personal einzustellen. Diese Linie greifen auch wir auf. Risikomanagement ist mit Qualitätsmanagementansätzen zu verbinden, weil das nicht losgelöst voneinander betrachtet werden kann. Dies ist als Chance für Personalentwicklung zu sehen und explizit mit Verweis auf den § 79a SGB VIII, der mit dem Bundeskinderschutzgesetz neu eingeführt worden ist, zu fordern. Insofern ist das keine Überlegung, die lediglich in der Kinder- und Jugendhilfe angestellt wird, sondern auch in der Medizin ein wichtiges Thema darstellt, wie man nämlich die immer schwieriger und komplexer werdenden Aufgaben gelingend gestalten kann und wie man dafür das geeignete Personal bekommt. Es ist im Übrigen auch nicht nur ein Thema in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern, beispielsweise in der Schweiz, wo gut qualifizierte Fachkräfte geworben werden.

Prof. Dr. Reinhart Wolff: An dieser Stelle habe ich nun meinerseits zwei Fragen:

- *Wenn wir auf die Inhalte des Bundeskinderschutzgesetzes schauen: Was glaubst Du, welches Qualitäts-, Risiko- und Fehlermanagementverständnis liegt dem Gesetz zu Grunde?*
- *War ein solches Gesetz notwendig, um Qualitätsentwicklung, Risiko- und Fehlermanagement in der Organisation Jugendamt „hoffähig“ zu machen? Oder war Kinderschutzarbeit nicht schon immer Risikoarbeit, ein, wie es in der Tagesankündigung heißt, „systemimmanenter Bestandteil der Arbeit in den Jugendämtern und insbesondere im ASD“?*

3. Bundeskinderschutzgesetz und Ansätze des Risiko- und Fehlermanagements

Prof. Dr. Kay Biesel: Durch das Bundeskinderschutzgesetz sollen folgende wesentliche Veränderungen angestoßen werden bzw. wurden angestoßen³:

- Verstärkter Einsatz von Familienhebammen, um Familien und Kinder in Gefährdungssituationen früher zu erreichen,
- Anspruch der Gesundheitsberufe auf Hinzuziehung der Expertise der Kinder- und Jugendhilfe,
- Qualifizierung des Schutzauftrags, Hausbesuch, etc.,
- Ausbau Früher Hilfen,
- Prüfung der Eignung ehrenamtlich tätiger Personen (Führungszeugnis),
- Qualitätsentwicklung und -sicherung mit Fokus auf das Jugendamt und die partnerschaftliche Qualitätsentwicklung,
- Erweiterung der Kinder- und Jugendhilfestatistik.

Viele Hebammen und die Hebammenverbände sind nun aber, wie sich gezeigt hat, nicht begeistert, in eine Rolle zu geraten, in der sie faktisch nurmehr Kontrolle übernehmen sollen. Und ob das nun immer gut gemeinte Hilfe ist, die dort angeboten werden soll, bleibt abzuwarten. Sie beklagen sich darüber, „das nun auch noch“ übernehmen zu müssen. Gleichzeitig stellt sich auch hier die Frage, welche Kenntnisse und Fähigkeiten sie dafür eigentlich benötigen, um weiterführende Aufgaben in der Betreuung und Beratung von Familien zu erledigen und die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt nicht zu vernachlässigen. Beim Ausbau Früher Hilfen spielen die Familienhebammen eine Schlüsselrolle. Ob das allein ausreichend ist und woher die finanziellen Mittel dafür nach Ablauf der Modellphase kommen, wird allerdings zu diskutieren sein. Der Bund hat diesbezüglich ja immerhin schon seine Bereitschaft zur anteiligen Weiterfinanzierung signalisiert.

Ob die Vertreter der Gesundheitsberufe den Anspruch auf eine Expertise in der Kinder- und Jugendhilfe überhaupt geltend machen wollen, wird sich auch erst noch herausstellen.

Zum Hausbesuch hat man eine geschickte „Soll-Kann-Regelung“ gefunden, so dass faktisch alle Jugendämter Hausbesuche mehr oder weniger verpflichtend durchführen, ohne dass sie aber als Pflicht fest geschrieben wurden.

Wir wissen im Übrigen bisher wenig darüber, wie mit Gefährdungsmeldungen überhaupt umgegangen wird, was man darunter versteht, wie sie abgeklärt werden und wie daraus eine Hilfe zur Erziehung erfolgt, wie diese ins Werk gesetzt wird und ob sie gelingt und wie oft sich Gefährdungsmeldungen als berechtigt bzw. als unberechtigt herausgestellt haben. Daher ist natürlich die Erweiterung der verpflichtenden Kinder- und Jugendhilfestatistik, wie sie nun im Bundeskinderschutzgesetz verankert worden ist, aus wissenschaftlicher Sicht bedeutsam.

³ Vgl.: Meysen, Thomas/Eschelbach, Diana (2012): Das neue Bundeskinderschutzgesetz. Baden-Baden. Nomos.

Das **Qualitäts- und Risikomanagementverständnis des Bundeskinderschutzgesetzes** betrifft folgende wesentliche Punkte:

- Die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Professionen bedarf der gesetzlichen Regelung, sie gelingt im Kinderschutz nicht von allein.
- In der Vergangenheit gab es fehlende oder mangelhafte Formen der fallbezogenen und fallübergreifenden Zusammenarbeit, Verzicht der Inaugenscheinnahme von Geschwisterkindern, Informations- und Kontextverluste zu Lasten gefährdeter und misshandelter Kinder.
- Risiken und Fehler sind im Kinderschutz nur gemeinsam zu bewältigen – in der Balance zwischen Prävention und Intervention.
- Es findet eine Risikoverlagerung von den Familien hin zu den Professionssystemen statt – dies verlangt eine Ausweitung von Gefahrenabwehr- und Eingriffskonzepten sowie von Frühen Hilfen und Willkommens- und Informationsbesuchen.

Es müssen vor allem gemeinsame Systemziele im Kinderschutz gefunden werden, die uns übergreifend verbinden. Im Bundesmodellprojekt „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ haben wir versucht, anhand von Indikatoren, die auch Christian Schrapper vorgeschlagen hatte, Ansatzpunkte für die Sicherung und Entwicklung von Qualität zu liefern. Ein über alle Professionen verbindendes Systemziel könnte es sein, einen Beitrag zur gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu leisten, so dass sie sich altersgemäß entwickeln können. Da aber solche gemeinsamen Ziele nicht gesteckt worden sind, meint der Gesetzgeber, dass die Zusammenarbeit gesetzlich geregelt werden muss. Sie gelingt nicht von allein und auch durch das Gesetz allein wird sie nicht gelingen. Um die Risiken und Fallstricke in der Zusammenarbeit zu meistern, müssen die Regelungen jedenfalls weiter konkretisiert werden. Und auch den Kinderärzten hätte man nicht unbedingt ihre Ambivalenz im Umgang mit Kindeswohlgefährdungen nehmen müssen. Sie hätten ihre Verschwiegenheit auch ohne das Bundeskinderschutzgesetz aufgeben können, nämlich dann: wenn ihrer Meinung nach eine Kindeswohlgefährdung vorliegt und darüber das Jugendamt zu informieren ist, um weitere Unterstützungen in die Wege zu leiten. Ob hier also das Bundeskinderschutzgesetz notwendig war, bleibt fraglich. Ob es zu einer besseren Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe führt und die Ambivalenz vor allem der niedergelassenen Ärzte entschärft, wenn sie in ihrer Ortschaft als Arzt bekannt zu werden drohen, der Hinweise auf Gefährdungen des Kindeswohls an das Jugendamt gibt, ist eine andere Frage. Die Ärztinnen und Ärzte müssen ihre eigenen Überlegungen dazu anstellen, was sie im Sinne von Qualitätsentwicklung und Risiko- und Fehlermanagement tun können, weil es sich mitunter monetär niederschlägt, wenn Patientinnen und Patienten die Praxis nicht mehr aufsuchen. Ein einfaches Melden eines gefährdeten Kindes – und dann auch noch hinter dem Rücken der Familie – an Dritte ist in jedem Fall die schlechteste Wahl. Die bessere ist eine partnerschaftliche Kooperation zwischen der Familie, dem Jugendamt und den Ärztinnen und Ärzten.

Man könnte insoweit eine andere Form der Zusammenarbeit gestalten, die die Form des Umgangs mit Berufsgruppen, die lediglich eine Kindeswohlgefährdung melden, darüber hinaus aber nichts damit zu tun haben wollen, im Sinne von Risiko- und Fehlermanagement berücksichtigt. Hierzu gibt es jedoch eine eindeutige Regelung im Bundeskinder-

schutzgesetz: Zusammenarbeit ist nicht mit der Meldung allein beendet. Daher sind Melder als Klienten bzw. als wichtige Systembeteiligte anzuerkennen, einzubeziehen und zu respektieren. Es ist die Aufgabe der Jugendämter, eine entsprechende Form der wechselseitigen Zusammenarbeit mit Schulen, Kindergärten usw. zu finden. Der Kinder- und Jugendhilfe wird dabei als allzuständiges Zwischensystem eine Schlüsselrolle zugewiesen.

Prof. Dr. Reinhart Wolff: Ganz praktisch kostet das natürlich Zeit. Wir haben beispielsweise in Bremen nach dem Fall „Kevin“ drei Jahre lang mit verschiedenen Berufsgruppen zusammengearbeitet, vor allem mit den Kolleginnen und Kollegen im Jugendamt und den freien Trägern. Es hat aber drei Jahre gedauert, bis sich die Bremer Kolleg/innen mit den Ärzt/innen zu gemeinsamen Fallkonferenzen zusammenfanden. Das heißt, es ist ein langer Prozess, bis man zwischen unterschiedlichen und unterschiedlich bewerteten Berufsgruppen zu einer kollegialen, fachlichen, solidarischen, aber auch kritischen Zusammenarbeit kommt. Es gibt Berufsgruppen, die reden nicht mit anderen Berufsgruppen, hören ihnen nicht zu und sind nicht bereit, sich mit neuen Perspektiven anderer Akteure auseinanderzusetzen.

Heute ist man begeistert darüber, dass Familienhebammen stärker gefördert und nach unterschiedlichen Konzepten weitergebildet werden sollen, wobei man sich noch nicht so ganz darin einig ist, was sie eigentlich können müssen. Ich möchte aber darauf verweisen, dass es noch vor 20 Jahren überall in Deutschland Kinder- und Jugendgesundheitsdienste gab. Diese sind fast flächendeckend – mit Hinweis auf die Rolle der Kinder- und Jugendärztlichen Praxen – abgebaut worden. Auch in Berlin sind sie sehr stark zurückgefahren worden. Im Bezirk Schöneberg mit seinen etwa 350.000 Einwohnern haben damals über 33 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Ärzt/innen, Schwestern und Sozialarbeiter/innen) jede Familie nach der Geburt eines Kindes besucht. Das hatte man mit dem Hinweis darauf, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für die Untersuchung von kleinen Kindern zuständig sind, abgebaut. Und jetzt sieht man plötzlich, dass man eigentlich ganzheitliche, multiprofessionelle Jugend- und Gesundheitsämter braucht, um Familien von Anfang an zu unterstützen.

Prof. Dr. Kay Biesel: In diesem Kontext spielen freilich Informations- und Willkommensbesuche eine zentrale Rolle. Dazu wurden Vorschläge unterbreitet, wie man das am besten datenschutzrechtlich realisieren kann.

Wie schwierig das aber ist, wird an einem konkreten Beispiel deutlich: Ein Gesundheitsdienst in Berlin hatte z. B. Flyer mit einem Angebot zur Beratung an junge Familien verschickt, gleichzeitig jedoch signalisiert, dass die Mitarbeiter/innen eigentlich keine Zeit dafür hätten. Man solle sich telefonisch melden, wenn man Probleme hätte. Der Flyer war überschrieben mit: „Hilfen für Hochrisikokinder“. Man kann davon ausgehen, dass sich davon niemand angesprochen fühlt und auch nicht ermutigt wird, sich nach Angeboten zu erkundigen. Nach dem Bundeskinderschutzgesetz geht es in erster Linie darum sicherzustellen, dass insbesondere Kinder, die in der Familie leben – und nicht erst im Kontext eines Hinweises auf eine Gefährdung im Jugendamt bekannt sind –, tatsächlich auch in Augenschein genommen werden. Diese Intention ist vor allem in Reaktion auf den Fall „Lea-Sophie“ entstanden, indem man die fallübergreifende und fallbezogene Zusammenarbeit stärkt und verbindlich regelt.

Die Hauptkritik am ersten Entwurf des Bundeskinderschutzgesetzes richtete sich darauf, dass es zu kurz gedacht ist, Kinderschutz lediglich auf den Gefährdungsaspekt und auf Intervention zu konzentrieren. Vielmehr ist der präventive Charakter zu stärken und genau das versucht das neue Gesetz. Ob das flächendeckend vor dem Hintergrund der kommunalen Haushaltslage gelingt und was diese prekäre Haushaltslage vieler Kommunen für die Zukunft bedeutet und ob man in der Lage sein wird, überall einen ganzheitlichen, präventiven Ansatz im Kinderschutz zu verfolgen, wird sich zeigen. Das Gesetz legt eindeutig die Betonung auf diesen Ansatz mit der besonderen Stellung der Netzwerke Früher Hilfen. Einige Kollegen, vor allem in Jena, sehen das kritisch, weil sie meinen, wenn diese Netzwerke nur dazu dienen, dass sich die Professionellen treffen und sich darüber austauschen, wie gut oder schlecht ihnen etwas gelingt, ohne die Klienten im Blick zu behalten, wäre das auch zu kurz gegriffen. Insofern muss man auch hierzu neue Ansätze finden.

Die Risikoverlagerung von den Familien hin zu den Professionssystemen, das heißt, dass die Professionssysteme nun für den Kinderschutz und für das Scheitern von Kindern in Familien, in Konflikten und Krisen, die in Familien und Paarbeziehungen stattfinden, verantwortlich gemacht werden, erzeugt eine neue Dynamik und Druckkulisse insbesondere in den Jugendämtern. Das hängt u. a. damit zusammen, dass im Kinderschutz drei Leitorientierungen nebeneinander existieren, wie unsere Kollegen Gilbert, Parton & Skivenes in einem internationalen Vergleich feststellten (**Abbildung 1**)⁴.



Abbildung 1

© Biesel/Wolff

Dabei kommt es scheinbar zu einer Verschiebung von einer familienzentrierten hin zur kindzentrierten Leitorientierung, wobei man sich in der Fachwelt nicht darüber einig ist, welche Leitorientierung in der Praxis dominierend ist. Eine Fraktion begreift Kinderschutz eher als eine Form des Familienerhalts und versucht – soweit es geht – mit ambulanten und teilstationären Hilfen, die betreffenden Familien aufrecht zu erhalten und so zu unterstützen, dass es nicht weiter zu Misshandlungen und zu Vernachlässigungen kommt

⁴ nach Gilbert, Neil/Parton, Nigel/Skivenes, Marit (eds.) (2011): Child Protection Systems. International Trends and Orientations. New York. Oxford University Press.

und die Entwicklung des Kindes gewährleistet ist. Andere haben nur das Kind und seine akute Gefährdung im Fokus.

Im Vergleich internationaler Studien wurde herausgearbeitet, dass die neue Leitorientierung hin zum Kind, die das Kind außerhalb triadischer Sozialisationskontexte und familialer Bedingungen des Aufwachsens sieht, zunehmend eine Rolle spielt. Es stellt sich die Frage, wie man Kindern ein gelingendes Aufwachsen gewährleisten kann, wenn die Eltern dazu nicht in der Lage und die Familienverhältnisse desolat sind, wie man ähnliche Milieus wie in Familien schaffen kann – und das unter der Prämisse eines Sozialinvestitionsstaats, der Kinder als Zukunftsträger sieht und versucht, ersatzweise die „Elternrolle“ zu beanspruchen und Kinder mit frühen oder erzieherischen Hilfen zu sozialisieren und vielleicht auch kompensatorisch zu re-familialisieren. Dabei gewinnen familienähnliche Wohngruppen u. ä. Konzepte und Pflegefamilien an Bedeutung. Zum Teil werden sogar europaweit die De-Institutionalisierung von Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe und die Aufgabe von Heimeinrichtungen gefordert.

Gleichzeitig wirft diese Entwicklung die Frage auf, ob das nicht eine Überforderung der Kinder- und Jugendhilfe – mit Blick auf die Grundbedürfnisse von Kindern – bedeutet. Die Gewährleistung verlässlicher und stabiler Beziehungen schafft die Kinder- und Jugendhilfe nicht in jedem Fall besser als Kinder gefährdende Familien. Sie schafft einen Schutz vor Gewalt, physischer und emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung, aber die Prämisse der Entwicklungsförderung hin zu dem Konzept, allen Kindern unabhängig von den Startbedingungen und Verhältnissen, unter denen sie zur Welt kommen und aufwachsen, die gleichen Chancen für das Aufwachsen zu geben, stellt einen sehr hohen Anspruch dar. In diesem Kontext wird jedoch die aktuelle Kinderschutzdebatte geführt und es werden die Fälle skandalisiert, die an diesem Anspruch scheitern. Damit sind die Jugendämter natürlich massiv gefordert.

3.1 Risiko- und Fehlermanagement – integraler Bestandteil der Kinder- und Jugendhilfe?

Was heißt das alles nun für die Kultur einer Organisation wie das Jugendamt, wenn sie Risiko- und Fehlermanagement unter diesen Voraussetzungen betreiben soll? Man soll immer – soweit es geht – die potenzielle Gefährdung, die nicht eintreten muss, rechtzeitig erkennen und wenn sie eintritt, derart adäquate Hilfen finden, so dass Kinder tatsächlich eine Zukunft beginnen und erleben können und nicht eine Kapitalschuld mitnehmen, weil sie Eltern haben, die sie bedrohen, die sie sich aber nicht selbst aussuchen konnten.

Risiko- und Fehlermanagement umfasst alle Bemühungen von Organisationen – insbesondere des Jugendamtes und der fachlichen Partner –, die darauf abzielen, Fehlleistungen und Fehler, unerwünschte Ereignisse und Ergebnisse mit Schadensfolgen zu identifizieren und zu minimieren, am besten im Vorfeld präventiv und proaktiv. Dabei spielt die Kultur eine große Rolle. In der Tagungsankündigung wurde die Frage gestellt: Welche **Organisations-/Fehlerkultur** muss vorherrschen, um Risiko- und Fehleranalysen möglich

zu machen? Bereits gestern im Vortrag von Christian Schrapper wurde der von mir aufgegriffene Rahmen von **drei Kulturformen**⁵ vorgestellt (**Abbildung 2**):

Pathologische Kultur	Bürokratische Kultur	Generative Kultur
Niemand will etwas über Risiken und Fehler wissen.	Risiken und Fehler müssen nicht gefunden werden.	Risiken und Fehler werden aktiv gesucht.
Übermittler von Fehlern (whistle-blowers) werden an den Pranger gestellt.	Übermittler von Risiken und Fehlern werden angehört, man ist aber froh, wenn sie die Organisation verlassen bzw. nicht mehr über die von ihnen entdeckten Risiken und Fehler in Zukunft sprechen.	Mitarbeiter/innen werden darin geschult, Risiken und Fehler zu erkennen und zu benennen.
Die Verantwortung für Risiken und Fehler wird ignoriert.	Die Verantwortung für Risiken und Fehler wird aufgespalten u. i.d.R. einzelnen Fachkräften zugeschoben.	Die Verantwortung für Risiken und Fehler wird gemeinsam übernommen.
Fehler werden geahndet oder verheimlicht.	Risiken und Fehler werden lokal beseitigt.	Aufgedeckte Risiken und Fehler führen zu organisationalen Veränderungen.
Neue Ideen zur Verbesserung der Organisation und der Praxis werden abgelehnt.	Neue Ideen werden oft gleichgesetzt mit dem damit verbundenen Aufkommen von neuen Problemen.	Neue Ideen sind willkommen.

Abbildung 2

© Biesel (nach Reason 2008: 38)

Ideal ist eine generative Organisationskultur, in der es erwünscht ist, dass Fehler identifiziert und erkannt werden, in der man Respekt vor dem fachlichen Wissen und Können aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jeder Hierarchiestufe zeigt, in der es keine Berührungängste gibt, weil Hierarchien u. a. die Funktion haben, Konflikte zu regulieren, in der neue Ideen willkommen sind und in der die Organisation wirklich lernen kann. Die Debatte zur lernenden Organisation wird in der Jugendhilfe schon seit einigen Jahren geführt. Aber ob das schon gelungen ist, dass Organisationen lernen und ob das Jugendamt tatsächlich eine solche Organisation ist oder nur eine verwaltete Behörde, ist sicher eine spannende und zu diskutierende Frage.

In einem Jugendamt, in dem wir im Rahmen einer Fortbildung versucht haben herauszufinden, wie die Mitarbeiter/innen die Kultur ihres Jugendamtes beschreiben würden, wenn sie das als Bild visualisieren müssten, sind zwei Organisationsbilder entstanden (**Abbildung 3**).

⁵ Vgl.: Biesel, Kay (2011): Wenn Jugendämter scheitern. Zum Umgang mit Fehlern im Kinderschutz. Reihe Gesellschaft der Unterschiede. Bd. 4. Bielefeld. Transcript-Verlag.

Das erste Bild stellt einen großen Tanker dar, das zweite ein buntes Haus. Die Assoziation zum Tanker kam den Kolleg/innen aus den ASD-Abteilungen. Sie meinten, sie wären wie ein schwerer Tanker, der auch in einen Sturm geraten kann und sie würden ständig gegen irgendetwas anrudern, aber nicht vorankommen. Oben würden mehrere Führungskräfte sitzen, die sich noch nicht einmal darüber einig seien, in welche Richtung sie steuern sollen, aber die Mitarbeiter sollen immer weiterrudern.

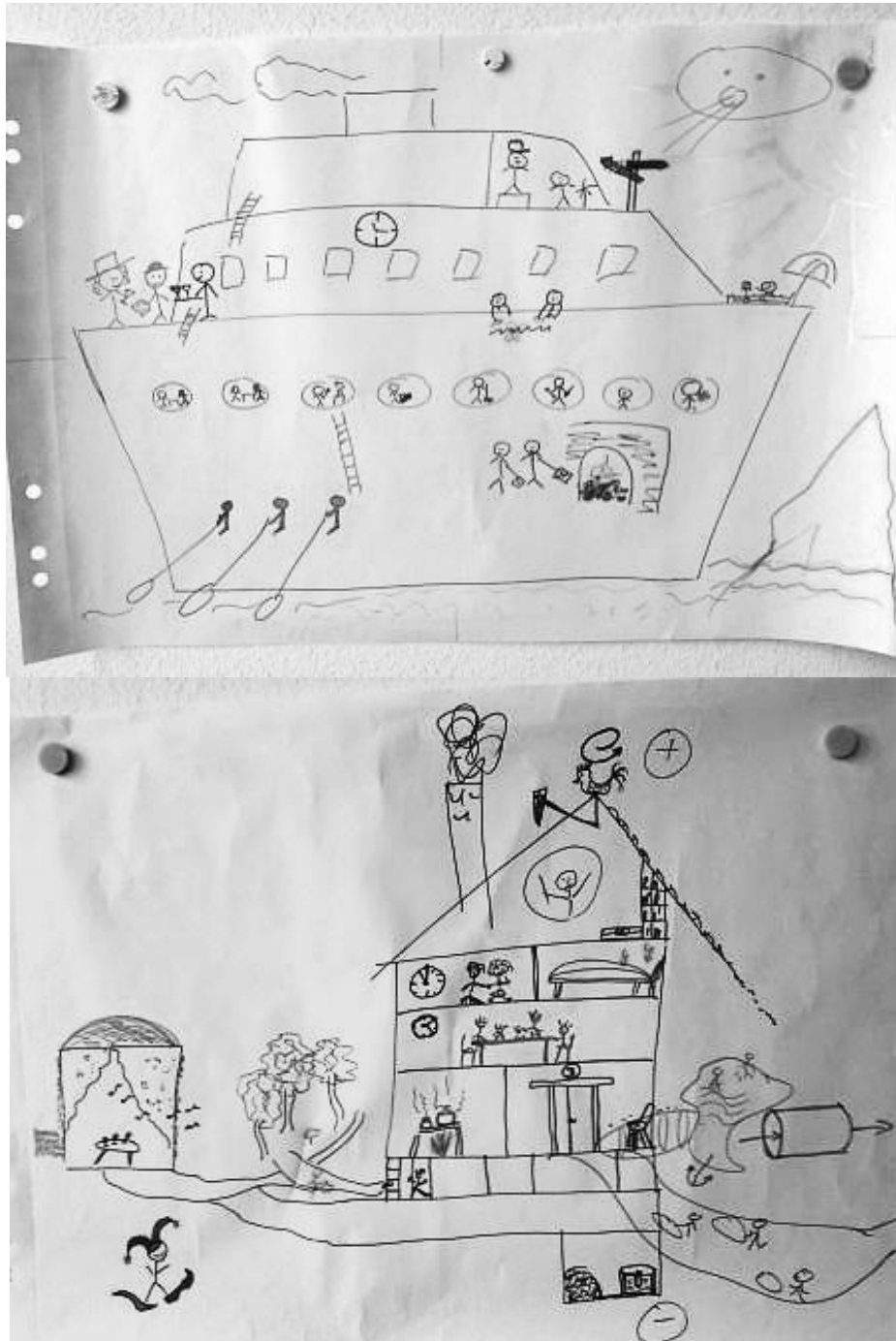


Abbildung 3

© Biesel/Wolff

Auf dem anderen Bild sind die Führungskräfte nahe der Uhr platziert, die auf „5 vor 12“ steht, und auch hier ist der Konflikt massiv thematisiert worden, dass die Führungskräfte sich nicht einigen können. Darunter sitzen die vielen Mitarbeitenden, die sich darüber Gedanken machen, wie man die Kultur ändern und voranbringen soll, wenn die Führung sich noch nicht einmal einig ist. Ab und zu klopft jemand mahnend auf das Dach. Die Mitarbeitenden schaffen sich einige Oasen neben dem Haus, um außerhalb der Organisation neue Kräfte zu sammeln. Eine solche Oase ist die Weiterbildung. Der Narr vor dem Haus symbolisiert die inzwischen ironische Sichtweise auf das Geschehen und die Einstellung vieler Mitarbeiter/innen, dass sie mittlerweile so viel erlebt hätten und nicht mehr glauben würden, dass sich etwas zum Positiven wendet.

Die Führungsebene hätte die Organisation wahrscheinlich ganz anders geschildert und visualisiert. Beim Betrachten dieser Bilder einer Kultur werden bestimmte Probleme deutlich.

Wesentliche Probleme der Organisation sind nach Angaben der Fachkräfte:

- Fremdbestimmung durch Familiengerichtstermine, dadurch kein Zeitmanagement möglich,
- fehlerhafte Hilfeplanungssoftware,
- geringe interorganisationale Vernetzung – zu wenig Infos/aktueller Stand aus der freien Trägerlandschaft,
- hohe Falldichte,
- Kostendruck,
- ständiges erreichbar sein müssen,
- Diskrepanz zwischen Fallverantwortung und Befugnissen, Abhängigkeit von Hierarchie (Unterschriften),
- Personalfluktuationen, Befristung von Arbeitsverträgen, krankheitsbedingte Ausfälle, Weggang von neuen und jungen Kolleginnen nach nur kurzer Zeit,
- fehlende geeignete stationäre Einrichtungen und Angebote Früher Hilfen,
- fehlende Weiterbildungszeit (Vorbereitungen, Literatur),
- fehlende konstruktive Zusammenarbeit mit dem Jobcenter (sehr personenabhängig),
- freie Kitas melden Kindeswohlgefährdungen zu spät oder überhaupt nicht.

Es handelt sich hier um die Schilderung aus einem großstädtischen Jugendamt. Die Probleme variieren möglicherweise und sind unterschiedlich konnotiert und in der Quantität und Qualität gewichtet, vielleicht auch in Ihrem Amt. Sie haben aber unmittelbaren Einfluss darauf, wie Sie Risiko- und Fehlermanagement als Führungsaufgabe gestalten können, wenn Sie auf solch eine Mitarbeiterschaft treffen, die eine solche Einschätzung der Kultur im Amt vornimmt, sich pessimistisch zeigt und auf die Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes vor dem Hintergrund der massiven Problemlage defensiv reagiert. Die Mitarbeitenden ließen uns wissen, dass sie das Buch zum Bundeskinderschutzgesetz⁶

⁶ Meysen, Thomas/Eschelbach, Diana (2012): Das neue Bundeskinderschutzgesetz. Baden-Baden. Nomos.

bereits vor zwei Monaten bestellt hätten, es aber noch nicht einmal kennen würden, weil es noch nicht angekommen sei. Es wird demnach unter einer neuen gesetzlichen Grundlage gearbeitet, ohne dass diese wirklich bekannt ist – ähnlich wie es mancherorts bei Inkrafttreten des § 8a SGB VIII festzustellen war. Im Alltagsgeschäft fehlt die Zeit, um das zu verankern und zu vertiefen, was es bedeutet, das Bundeskinderschutzgesetz aus Sicht des Jugendamtes umzusetzen und zu gestalten und zudem noch Risiko- und Fehlermanagementaufgaben zu übernehmen.

Was sind nun die **Bestandteile von Risikomanagement in der Jugendhilfe?** (Abbildung 4)

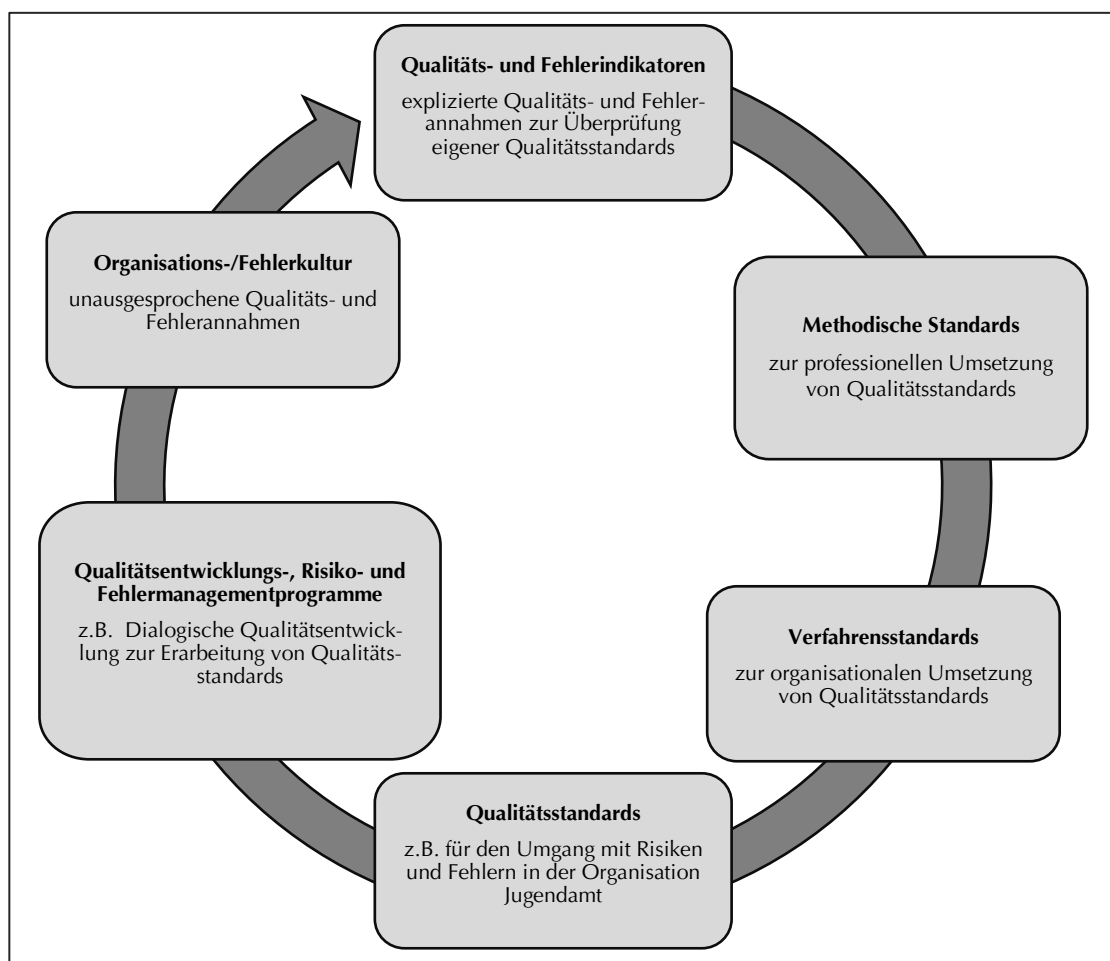


Abbildung 4

© Biesel/Wolff

Zunächst benötigt man einen Indikator, um Qualität, Erfolg oder Misserfolg zu erkennen. Diesen muss jede Organisation zunächst für sich selbst setzen. Was sind aus Sicht des Jugendamtes „unerwünschte Ereignisse“? Das kann sich nicht darauf beschränken, sich vor einem problematisch verlaufenden Kinderschutzfall schützen zu wollen. Das wäre zu kurz gegriffen und zu negativ gewendet. Es sind andere Indikatoren und Ziele und anhand der Indikatoren auch Standards zu entwickeln, nicht nur Verfahren, sondern auch methodische Standards. Diese müssten in Qualitätsstandards und in Programme, die das vermitteln, münden. Ein Beispiel dafür ist die Dialogische Qualitätsentwicklung. Es gibt

aber auch andere Ansätze. Das ist eine umfassende Aufgabe, die nicht einfach beginnen und nach einem Jahr beendet sein kann. Sie braucht einen langen Atem.

Der § 79a SGB VIII gibt dazu die Richtlinien vor:

§ 79a - Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe

Um die Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe nach Absatz 2 zu erfüllen, haben die Träger der öffentlichen Jugendhilfe Grundsätze und Maßstäbe für die Bewertung der Qualität sowie geeignete Maßnahmen zu ihrer Gewährleistung für

1. die Gewährung und Erbringung von Leistungen,
2. die Erfüllung anderer Aufgaben,
3. den Prozess der Gefährdungseinschätzung nach § 8a,
4. die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

weiterzuentwickeln, anzuwenden und regelmäßig zu überprüfen. Dazu zählen auch Qualitätsmerkmale für die Sicherung der Rechte von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen und ihren Schutz vor Gewalt. Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe orientieren sich dabei an den fachlichen Empfehlungen der nach § 85 Absatz 2 zuständigen Behörden und an bereits angewandten Grundsätzen und Maßstäben für die Bewertung der Qualität sowie Maßnahmen zu ihrer Gewährleistung.

Abschließend möchten wir ein wenig in die Zukunft schauen und gemeinsam überlegen, wie das Jugendamt im Sinne eines Risikomanagements aussehen kann.

4. Von der Zukunft her sehen: best oder worst case scenarios?

Prof. Dr. Reinhart Wolff: Mögliche Szenarien sind in **Abbildung 5** dargestellt.

Die **schlechteste Variante** ist aus unserer Sicht das „**Restjugendamt**“, das von oft unfachlichen bzw. betriebswirtschaftlichen Kontrollkonzepten dominiert wird. Hier spielt die „Steuerung“ die Hauptrolle, wobei nicht ganz klar ist, wie man multifaktorielle, kontingente Prozesse eigentlich steuern kann. Der Steuerungsbegriff selbst ist theoretisch schon hochproblematisch. Es wird, maschinenbürokratisch betrachtet, alles geregelt. Eines der wichtigsten Ergebnisse aus dem Bundesmodellprojekt „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“, an dem 41 Kommunen teilgenommen haben, lautet: In allen Jugendämtern sind große Anstrengungen unternommen worden, Prozesse und Verfahren zu regeln. Je mehr man regelt, desto mehr kommt man aber in die Situation, die inzwischen in England bereits eingetreten ist, dass man zu viele Regelungen hat und wieder mehr fachliche Entscheidungsspielräume in der konkreten Fallarbeit braucht.

Das ist das worst case-scenario und bedeutet, immer reaktiv auf irgendwelche problematischen oder sogar tödlichen Kindesmisshandlungsfälle zu reagieren. Das will man verhindern, anstatt die Alltagsarbeit differenziert, flexibel neu zu gestalten.

Von der Zukunft her sehen: best oder worst case scenarios?

Szenariomerkmale	Best case scenario	Trendscenario	Worst case scenario
Organisationstyp	Multiprofessionelle Netzwerkorganisation	Professionelle Organisation (Profibükratie)	Kommunalverwaltung (Maschinenbürokratie)
wichtigster Organisationsteil	Jugend-, Schul-, Sozial- und Gesundheitsamt	Jugendamt	Personal- und Finanzdezernat
Vorrangiger Koordinierungsmechanismus	Hierarchie- und professionsübergreifende Dialogrunden bzw. Think-Thanks, Optimierung von Arbeits- und Entscheidungsprozessen, arbeitsplatzbezogene Studien- und Lernsettings	Standardisierung von Arbeits- und Entscheidungsprozessen sowie der fachlichen Basisqualifikation	Standardisierung von Arbeits- und Entscheidungsprozessen
Wesentliche Gestaltungsparameter	Proaktives Qualitäts- und Personalmanagement mit integriertem Risiko- und Fehlermanagement unter Einbezug der Klientinnen und Klienten	Reaktive Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Versuch des Ausbaus und der Stabilisierung von Kernarbeitsbereichen, Intensivierung der interorganisationalen Zusammenarbeit, Auf- und Ausbau von Programmen Früher Hilfen	Formalisierung, Verschlankung, Outsourcing, Spezialisierung, Isolation
Umweltannahme	Turbulente Umwelt	Komplexe Umwelt	Stabile Umwelt

übernommen und adaptiert von Mintzberg 1992

Abbildung 5

© Biesel/Wolff

Die **mittlere Perspektive** heißt, dass aus dem Jugendamt eine **professionelle, personen-bezogene Dienstleistungsbehörde** wird, mit gewissen Standardisierungen der Arbeits- und Entscheidungsprozesse mit einer fachlichen Basisqualifikation, aber weitgehend reaktiven Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Die interorganisatorische Zusammenarbeit wird intensiviert und Frühe Hilfen werden möglicherweise ausgebaut. Diese mittlere Linie wird sicher in vielen Jugendämtern in Zukunft implementiert.

Es gibt allerdings auch eine **Perspektive bester Möglichkeiten**. Das nennen wir das best case scenario. Wir gestalten aus den staatlichen und frei-gemeinnützigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe **multiprofessionelle Netzwerkorganisationen**. Es arbeiten vor allem Jugend-, Sozial-, Schul- und Gesundheitsamt zusammen, weil das die wesentlichen entwicklungsfördernden Institutionen sind. Es gibt eine hierarchie- und professionsübergreifende, dialogische, reflexive Kultur. Dabei werden Arbeits- und Entscheidungsprozesse optimiert. Vor allem gibt es arbeitsplatzbezogene Studien- und Lernsettings. Im Prozess weiter zu lernen, wird sich in Anbetracht von Gesellschaften, die sich so schnell entwickeln, als ständige Notwendigkeit erweisen. Zudem ist das best case scenario durch ein pro-aktives Qualitäts- und Personalmanagement mit integriertem Risiko- und Fehlermanagement, unter Einbezug der Klientinnen und Klienten, gekennzeichnet.

In zwei Drittel der Projektstandorte des Bundesprojekts „Aus Fehlen lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ haben wir Eltern als Klienten einbezogen. Das hat zu außerordentlichen Dynamiken geführt. Es ist generell die Kernfrage der Zusammenarbeit, ob die professionellen Kinderschutzsysteme in der Lage sind, zu Eltern, Kindern und Jugendlichen tragfähige Brücken zu bauen und einen Kontakt herzustellen, denn ohne Kooperation funktioniert Kinderschutz nicht. Die Kernfehlerproblematik ist, dass der Kontakt zur Familie misslingt. Einrichtungen, deren Arbeit als professionell wertgeschätzt wird, werden in der Öffentlichkeit entsprechend vorgestellt. Das kann man nicht nur durch Propagandakampagnen herstellen, sondern es muss eine gute Arbeit dahinter stehen. Wenn das bei den Eltern ankommt, sind sie auch froh, wenn sie von Sozialarbeiter/innen aufgesucht werden. Solche Prozesse finden in einigen Jugendämtern statt. Wenn in Dormagen eine Fachkraft in eine Familie kommt, sind natürlich nicht alle Familien immer begeistert, aber sie kennen „ihre“ Sozialarbeiterin und empfinden den Besuch als hilfreich. Das schafft eine ganz andere Anerkennung. Das Amt selbst gilt als Modellabteilung in der Stadtverwaltung, weil es Qualitätsentwicklung betreibt.

Das heißt, wir können schon auf Beispiele verweisen, dass ein Jugendamt aus seiner negativen Ecke herauskommt und die Menschen, die dort arbeiten, sich auch damit identifizieren.

Man muss sich auf turbulente Umwelten einstellen, viele Dinge können wir nicht voraussehen, aber wir können ernsthafte kollegiale und solidarische Unterstützungssysteme „von Anfang an“ bauen. In diesen Aufbau muss natürlich investiert werden. Wir haben eine Gesellschaft, in der immer noch im Bruttosozialprodukt zugelegt wird. Das sammeln wir nur über unsere Steuersysteme nicht ein. Wir müssten überhaupt keine kommunale Armut haben, das ist alles selbst gemacht. Man kann die Finanzdezernenten bedauern, weil ihre politisch selbst gemachten Voraussetzungen, unter denen sie arbeiten, bedeuten, dass das Gemeinwesen die Prozesse nicht finanziert, die notwendigerweise finanziert werden müssen, wenn wir eine Gesellschaft schaffen wollen, in der wir Kinder tatsäch-

lich von Anfang an fördern. Das gilt für den schulischen Bereich ebenso wie für das Gesundheits- und Sozialsystem. Gegenwärtig wird eine neue Initiative gestartet, in der Fachleute und Praktiker/innen gemeinsam darauf hinweisen, dass wir wissen, wie wir die Systeme gestalten können, es aber nicht tun, weil wir keinen politischen Konsens erzielen. Daher stehen wir vor großen Herausforderungen.

Wir wissen, dass viele Kolleginnen und Kollegen in der Praxis die vorgestellte Qualitätsentwicklungsperspektive vertreten und auch unter schwierigsten Bedingungen eine gute Arbeit leisten, was leider nicht immer gelingt. Sie wollen es aber erreichen, eine multiprofessionelle Netzwerkorganisation zu werden. Das wäre eine große Chance und die gesetzlichen Regelungen könnten wir dazu nutzen, wenn wir das wirklich wollen. Insofern sind wir einerseits optimistisch, andererseits sehen wir, dass die Schwierigkeiten groß sind. Vor allem müssen wir uns als Berufssystem entscheiden, in Kooperation mit den anderen Systemen die Gesellschaft zu bewegen, um Systeme zu bauen, die günstig für Eltern, Kinder und Jugendliche sind.

Vielen Dank.

Risikomanagement im Jugendamt – Praxismodelle

Praxismodell „Gefährdungsmeldungs-Sofort-Dienst (GSD)“

CAROLIN KRAUSE

Leiterin des Amtes für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Köln

1. Die Organisationsstruktur in Köln

Die Stadt Köln gliedert sich in neun Stadtbezirke, jeweils mit einem Bezirksjugendamt. Jedes Bezirksjugendamt umfasst die Sachgebiete ASD, Wirtschaftliche Jugendhilfe, Amtsvormundschaft, Spezialdienste wie Interkultureller Dienst, Pflegekinderdienst und Erziehungsbeistandschaft sowie seit 2010 den Gefährdungsmeldungs-Sofort-Dienst (GSD) (Abbildung 1).

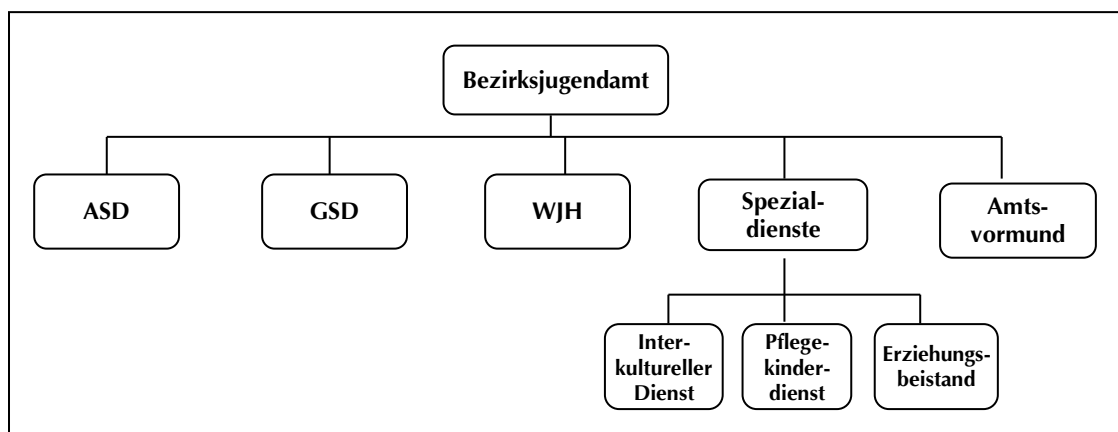


Abbildung 1

© Carolin Krause

2. Die Entstehung des Gefährdungsmeldungs-Sofort-Dienstes

Im Jahr 2007 war die Situation im Jugendamt Köln durch folgende Faktoren gekennzeichnet: Bei gleichbleibender Personalausstattung seit dem Jahr 2000 musste eine Fallsteigerung um 45 Prozent, steigende Anforderungen an Fallführungen und Kinderschutz und die Erfüllung zusätzlicher gesetzlicher Aufgaben bewältigt werden, wobei der Ausschluss von Organisationsverschulden sichergestellt werden musste. Das führte zu einer Überforderung der Mitarbeiter bis zum teilweisen Burn-Out.

Im März 2008 wurden als Antwort auf diese Situation, die wir der Politik anhand dramatischer Fälle vor Augen geführt hatten, per Ratsbeschluss einige Veränderungen in Angriff genommen:

- Erweiterung der personellen Ressource;
- Krisenintervention wird von sonstiger Fallbearbeitung getrennt;
- Entstehung eines neuen Spezialdienstes: Gefährdungsmeldungs-Sofort-Dienst (GSD).

Die Einrichtung des GSD begann im Februar 2009 mit einem Pilotprojekt in vier Bezirken. Seit dem 1. Februar 2010 gibt es den GSD flächendeckend in allen neun Stadtbezirken. Die Teilaufgaben, die der Gefährdungsmeldungs-Sofort-Dienst bearbeitet, sind aus dem Bereich des ASD ausgegliedert. Darüber hinaus wird eine Rufbereitschaft eingeführt, die 365 Tage im Jahr rund um die Uhr erreichbar ist.

Das Personal des GSD besteht aus 45,5 Planstellen Mitarbeitende (Sozialarbeiter/-innen und Sozialpädagogen/-innen) und fünf Leitungsstellen. Die Personalkosten (ohne Leitungsstellen) betragen 2,6 Mio. Euro zzgl. 69.000 Euro Rufbereitschaft.

3. Aufgaben des Gefährdungsmeldungs-Sofort-Dienstes

Die Aufgaben des GSD umfassen:

- die Aufnahme von Gefährdungsmeldungen,
- Abschätzung des Gefährdungsrisikos,
- gegebenenfalls Durchführung von Inobhutnahmen,
- Tagesdienst,
- Erreichbarkeit außerhalb der Öffnungszeiten,
- Kinderschutzfachkraft gemäß § 8a SGB VIII für Kitas und Schulen.

Im Jahr werden ca. 18.000 Gefährdungsmeldungen aufgenommen. Im Tagesdienst werden alle Anrufe unter der Tagesdienstnummer in der Zeit von 8.00 bis 16.15 Uhr (62.000 Meldungen und Anfragen pro Jahr) entgegengenommen. Es erfolgt eine Bedarfsklärung und eine Kurzberatung sowie gegebenenfalls die Vermittlung an eine/n zuständige/n Mitarbeiter/in.

Der Tagesdienst ist personell stärker besetzt als die Rufbereitschaft außerhalb der Öffnungszeiten und kann gegebenenfalls sofort an zuständige ASD-Mitarbeiter/-innen und kooperierende Einrichtungen weitervermitteln. Die eingehenden Fälle vom Wochenende für den Bezirk werden montags bearbeitet und besprochen. Wöchentlich findet eine Teambesprechung des GSD statt.

Außerhalb der Öffnungszeiten ist die Rufbereitschaft für die Aufnahme von Gefährdungsmeldungen über eine Hotline zuständig. Nach der Entgegennahme findet eine Krisenklärung und eine Klärung des Handlungsbedarfes – ggf. vor Ort statt. Wenn es sich als nötig erweist, werden Sofortmaßnahmen eingeleitet. Sämtliche Schritte werden dokumentiert und an den Tagesdienst im Bezirksjugendamt gegeben. Der Dienst ist außerhalb der Öffnungszeiten stets mit zwei, an Freitagen aufgrund des höheren Bedarfs sogar mit drei Rufbereitschaften im Einsatz. Die Klärung der Gefährdung und des Handlungsbedarfs vor Ort wird jeweils mit zwei Mitarbeiter/-innen vorgenommen. Bei einer Inobhutnahme wird automatisch eine Meldung an das Familiengericht gegeben.

Der GSD ist als Kinderschutzfachkraft Ansprechpartner für 575 Kitas und 237 Schulen. Hier erfolgt eine Beratung bezüglich potenzieller „Gefährdungsfälle“ (auch in Form einer anonymen Beratung). Mitarbeiter/-innen nehmen an Elternsprechtagen und Sprechtagen in

Kitas teil. Sie übernehmen die Bearbeitung unklarer Fälle, aber auch Sprachstandserhebungen, Willkommensbesuche, Fälle säumiger schulpflichtiger Kinder.

4. Die Methode

Das methodische Vorgehen zur **Gefährdungseinschätzung** wird in **Abbildung 2** verdeutlicht. Zunächst werden alle verfügbaren Informationen gesammelt, anhand derer im Team das weitere Vorgehen entschieden wird. Die Informationen und Schritte werden dokumentiert und die Entscheidungen umgesetzt. Meist ergeben sich weitere Informationen, die wieder eine kollektive Beratung und gegebenenfalls weitere Handlungsschritte erfordern.

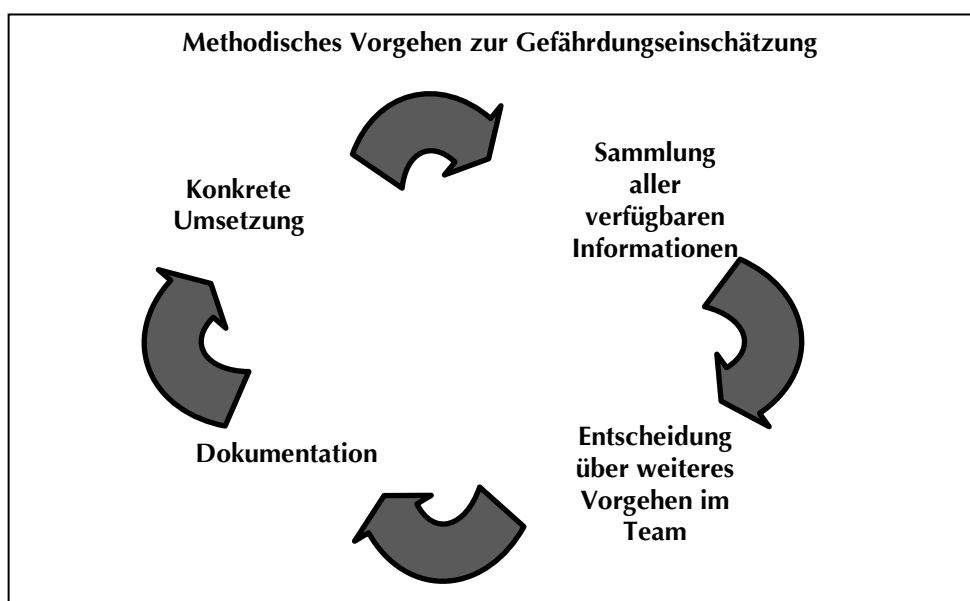


Abbildung 2

© Carolin Krause

Fallbeispiel 1: Familie D. (Vater, Mutter, 3 Kinder – 2, 3 und 4 Jahre)

- Nachbarin meldet: ständig Kindergeschrei und -weinen, auch nachts, vermutlich sind die Kinder viel allein zuhause.
- Team entscheidet: unangemeldeter Hausbesuch erforderlich, Abklärung von Kita-Besuch der Kinder, ggf. Rücksprache mit Kita.
- Kita: 2 Kinder besuchen Kita, Kinder sind wild und laut, Eltern scheinen überfordert.
- Hausbesuch: Eltern und Kinder werden angetroffen, Eltern wirken hilflos, überfordert und können keine Grenzen setzen, Kinder zeigen guten Versorgungszustand und gute Bindung an Eltern. Eltern verneinen glaubhaft, Kinder unbeaufsichtigt zu lassen.
- Keine akute Kindeswohlgefährdung erkennbar. Eltern werden zwecks Unterstützung an ASD verwiesen.

Die **Entscheidung im Team** über das weitere Vorgehen (**Abbildung 3**) erfolgt auf der Grundlage der gesammelten Fakten, der in der Familie festgestellten Ressourcen und unter Berücksichtigung des Kooperationswillens der Eltern. Es werden Auflagen und Aufträge erteilt und deren Umsetzung geplant. Auch hier können durch neue Informationen noch einmal andere/weitere Vorgehensschritte besprochen und entschieden werden.

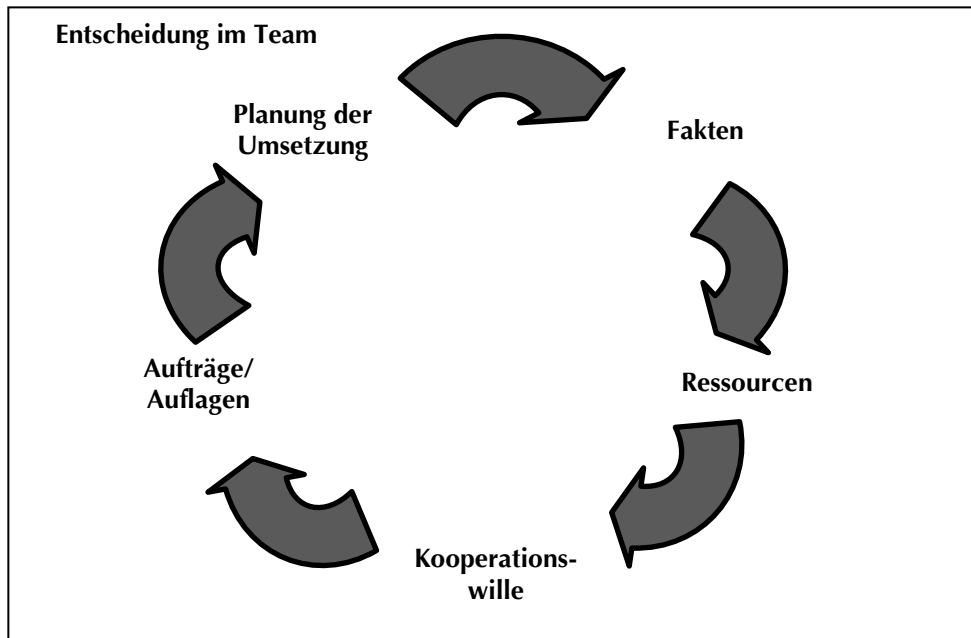


Abbildung 3

© Carolin Krause

Fallbeispiel 2: Familie K. (sehr junge Mutter, 2 Kinder – 6 und 8 Jahre)

- Schule meldet: Kinder sind extrem ungepflegt und stinken, haben immer Hunger, betteln um Essen;
- engagierte Großmutter vorhanden;
- Mutter gibt an, kein Geld zu haben, sieht aber keinen Unterstützungsbedarf durch Jugendamt.
- Mögliche Aufträge zur Sicherung des Kindeswohls: ausreichende Ernährung der Kinder, Verbesserung der Hygiene, Einbindung der Oma.
- Planung: Kann Schule Mittagessen übernehmen? Kontrolle durch Kinderarzt? Essen über „Tafeln“ etc.? Wie kann Oma helfen?
- Bei Erfolg: akute Kindeswohlgefährdung abgewendet, Abgabe an ASD.

Die **konkrete Umsetzung** der Entscheidung (**Abbildung 4**) beginnt mit der Erteilung von Aufträgen und Auflagen. In die Planung der Umsetzung werden adäquate Unterstützungsmaßnahmen einbezogen. Es wird ein Kontrakt mit der Familie geschlossen und die Durchführung/Umsetzung der Aufträge und Auflagen kontrolliert.

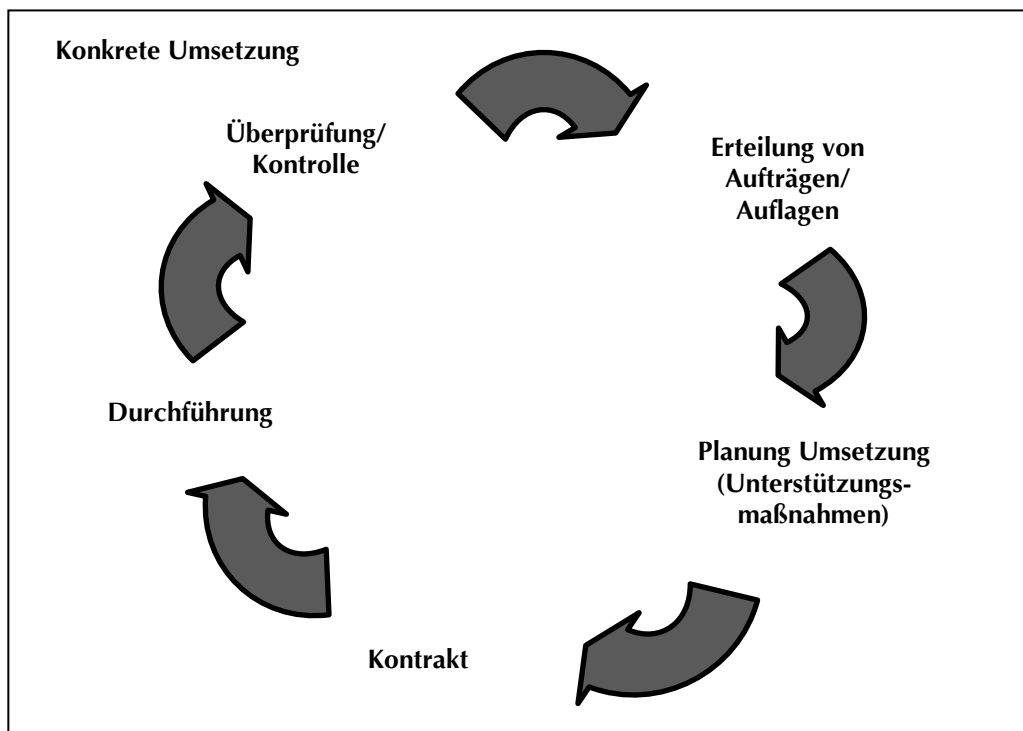


Abbildung 4

© Carolin Krause

Fallbeispiel 3: Familie B. (Vater, Mutter, häusliche Gewalt, Kind 3 Monate)

- Polizei meldet Einsatz wegen massiver Gewalt durch Vater, Vermutung, dass Kind beteiligt ist, vernachlässigte Wohnung → Inobhutnahme durch den GSD;
- Eltern zeigen sich einsichtig und willig zur Mitarbeit;
- Kontaktaufnahme mit dem ASD, anschließend Ko-Arbeit;
- Auflagen für die Eltern: regelmäßige Kontakte zu Kind, Wohnung kindgerecht gestalten, Kontaktaufnahme zu Beratungsangebot für Vater in Sachen Gewalt, ggf. Frauenberatungsstelle für Mutter;
- Unterstützung durch: GSD, Beratungsstelle, Sozialdienst Familiäre Bereitschaftsbetreuung (FBB);
- **Kontrakt:** zeitnahe Rückführung des Kindes bei Erfüllung der Auflagen, Kontakt zum ASD wegen weiterer Unterstützung durch das Jugendamt;
- Überprüfung der Auflagen.

Zweimal im Jahr treffen sich die Mitarbeiter/innen des GSD zum Meinungs- und Erfahrungsaustausch. Dabei werden verschiedene Themen und Probleme in Workshops bearbeitet. Die Ergebnisse werden dokumentiert und dienen als Grundlage für Standards.

5. Kooperation GSD - ASD

Neufälle, die beim GSD eingehen, bleiben so lange in den Händen des GSD, bis eine Übergabe an den zuständigen Mitarbeiter im ASD zur Weiterbearbeitung erfolgt. Die Dokumentation und Bewertung der Gefährdung wird immer in Co-Arbeit durch zwei Mitarbeitende im GSD vorgenommen. Erst wenn eine Gefährdung eines Kindes durch den GSD ausgeschlossen oder abgewendet wurde, erfolgt eine Fallübergabe an den ASD. Der GSD richtet keine Hilfe zur Erziehung ein (Ausnahme FIM/FAM).

Ist ein Fall beim ASD bereits aktenkundig, besteht die Verpflichtung, gemeinsam mit dem GSD eine Gefährdungsabschätzung vorzunehmen und eine Konsentsentscheidung zu treffen. Die Fallführung und Dokumentation übernimmt der ASD.

Fazit

Der Gefährdungsmeldungs-Sofort-Dienst hat sich aus Sicht der überwiegenden Zahl der Mitarbeiter/innen nach anfänglichen Schwierigkeiten, auch im Verhältnis zum ASD, bewährt. Der GSD kann eingehende Meldungen sofort und in guter Qualität bearbeiten. Die Zusammenarbeit mit dem ASD soll noch weiter verstärkt und die entstandene Kooperation mit Kitas und Schulen und anderen Kooperationspartnern wie den Sozialpädiatrischen Diensten intensiviert werden.

Risikomanagement im Jugendamt – Praxismodelle

Praxismodell „Kontrollhilfen“ – oder: Zum Umgang mit „Bauchschmerzen“ im ASD

STEFAN MÖLLENEY

Leiter des Amtes für Jugend, Familie und Senioren der Stadt Fulda

Das Jugendamt und soziale Netzwerke in Fulda

Die Aufgaben des Amtes für Jugend, Familie und Senioren der Stadt Fulda liegen zum einen im Bereich des SGB VIII, zum anderen im Bereich der Belange von Senioren und umfassen die Steuerung der gesamten sozialen Infrastruktur in der Stadt Fulda. Somit werden auch Themen wie Drogenberatung, Schuldnerberatung usw. in unserem Amt gesteuert (Aufgabe der Gemeinwohlsicherung). Trotz der geringen Größe von nur etwa 65.000 Einwohnern hat Fulda eine sehr gute Versorgung mit sozialen Einrichtungen, was zum einen mit der Alleinlage zusammenhängt (Großstädte sind mindestens 100 km entfernt), zum anderen mit der Historie als Bischofsstadt mit einer Ansiedlung mehrerer Ordensgemeinschaften, die das soziale Leben in Fulda bis vor wenigen Jahrzehnten positiv geprägt haben.

Ein Vorteil der Größe der Stadt ist die relativ kleine Behörde „Jugendamt“. Das schafft einige Freiräume, mit Fachkräften aus allen Bereichen immer wieder in so genannten Denkfabriken zusammenzukommen, uns aus unterschiedlichsten Perspektiven auszutauschen und nachzudenken, wie wir die Dinge, die wir vor uns haben, besser lösen können. Aus diesen Denkfabriken sind die meisten Entwicklungen im Bereich der Jugendhilfe bei uns entstanden.

Ein weiterer Vorteil einer Kleinstadt ergibt sich aus der Übersichtlichkeit, man kennt sich, man trifft sich immer wieder mit denselben Akteuren. Das macht es leichter, neue Dinge miteinander zu entwickeln.

Zu den Besonderheiten gehört aber auch, dass wir in Stadt und Landkreis mit zusammen 220.000 Menschen mit mehr als 15 Leistungserbringern im Rahmen der Hilfen zur Erziehung zu tun haben.

Noch vor dem Fall „Kevin“ haben wir uns mit dem Aufbau eines Netzwerks früher Hilfen befasst. Dieses Netzwerk nennt sich „EvA – Erziehung von Anfang an“. An diesem Netzwerk sind inzwischen 60 bis 70 Personen beteiligt, niedergelassene Kinderärzte, Frauenärzte, Personen aus der Geburtsklinik, der Kinderklinik, der Polizei, dem Familiengericht, Familienhebammen u. a. In diesem Kontext begann bereits vor fünf Jahren die Zusammenarbeit mit Familienhebammen, die sich in der Stadt und im Landkreis Fulda etabliert hat. Im Jahr werden für beide Gebietskörperschaften 80 bis 90 Familien von Familienhebammen betreut. Von diesen Familien wurden die wenigsten unmittelbar vom Jugendamt vermittelt. In der Regel regen Kinderärzte, Frauenärzte, Beratungseinrichtungen den Einsatz von Familienhebammen als niedrigschwellige frühe Hilfe und nicht als Krisenintervention an. Der Einsatz wird von der Jugendhilfe finanziert. Ergänzt wird diese Hilfe durch ehrenamtliche Familienbegleiterinnen, die bei einem freien Träger angesiedelt sind

und die nach den Familienhebammen die Familien unter Umständen bis zur Betreuung des Kindes in einer Kindertagesbetreuung weiter unterstützen, wenn diese das wünschen (Aufgabe der Elternwohlsicherung).

Seit zwei Jahren bemühen wir uns unter dem Stichwort „Stärken sozialer Netze“, niedrigschwellige, lokale Lösungen zu installieren. Wir verbinden dabei Kindertagesbetreuung, Jugendförderung u. a. mit den Sozialen Diensten und suchen nach präventiven Lösungen, wenn wir Unterstützungsbedarf für Familien erkennen.

Für alle ASD-Mitarbeiter/innen haben wir eine gemeinsame, insgesamt zwölf tägige In-house-Schulung mit einem anerkannten Institut zu den Fragen, die ein ASD hat, organisiert, um noch einmal einen neuen, gemeinsamen Start für alle zu finden, ob sie nun seit 20 Jahren oder seit einem Jahr im ASD tätig sind.

Die Kontrollhilfen

Die o. g. Schlaglichter dienen der Einordnung und dem Verstehen, dass die so genannten „Kontrollhilfen“ nicht unser einziger Beitrag im komplexen Feld des Kinderschutzes sind. Die Kontrollhilfen sind nur ein kleiner, aber wichtiger Teil im Feld der Kindeswohlsicherung.

In unseren „Denkfabriken“ beschäftigen wir uns miteinander mit Problemen auf allen Ebenen unseres Jugendamtes, das heißt, wir untersuchen, was nicht funktioniert. Wir zwingen uns dabei selbst, nicht danach zu fragen, warum etwas nicht funktioniert (hat). In der Reflexion hilft es wenig, schuld- und vergangenheitsorientiert zu denken, sondern eher in der Perspektive nach vorne zu schauen. Der Grundgedanke der Denkfabriken ist wie bei der Prognosebeurteilung im Kinderschutz, nicht in der Vergangenheit bei den Defiziten zu verharren, sondern aus der Vergangenheit für die Zukunft zu lernen. Es ist in den Blick zu nehmen, was bereits getan wurde und was weiterhin zu tun ist, um eine Besserung herbeizuführen.

In verschiedenen Denkfabriken sind wir auf die „Bauchschmerzen“ gestoßen, die der ASD mitunter hat. Wir alle kennen das, dass man bei einem Fall ein ungutes Gefühl - eben „Bauchschmerzen“ spürt. Das umschreibt umgangssprachlich Grenzsituationen, die man nicht greifbar einordnen kann.

Ausgangssituation und Zielsetzung

Perspektive § 8a SGB VIII: Die Gefährdungseinschätzung ergibt, dass eine bestehende oder drohende Gefährdung, die ein Handeln nach § 8a Abs. 3 erfordert, nicht vorliegt – dennoch ist eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht gewährleistet, es gibt erhebliche Belastungsfaktoren in der Familie, was bedeutet, Hilfen zur Erziehung sind an sich geeignet und notwendig, aber es gibt keine Bereitschaft der Familie, eine Hilfe zur Erziehung nach § 27 ff. anzunehmen oder gar zu beantragen.

In anderen Jugendämtern werden diese „Fälle“ gelegentlich als „formlose Betreuung durch den ASD“ bezeichnet. Der Schutzplan, der häufig nicht transparent mit der Familie vereinbart wird, heißt dann: in der Familie immer mal wieder nachschauen zu müssen. Dies sind die Fälle, um die es uns bei den „Kontrollhilfen“ geht.

Perspektive § 27 ff. SGB VIII: Die Voraussetzung für eine HzE ist also gegeben, aber die Personensorgeberechtigten (PSB) zeigen keine Veränderungsbereitschaft, sie sehen keine Notwendigkeit, etwas zu verändern und eine Hilfe anzunehmen. Dies müssen wir, sofern keine akute Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 8a SGB VIII vorliegt, akzeptieren und können die Familie nicht zur Annahme zwingen.

Dennoch geschehen diese Hilfen im Zwangskontext häufig. Sie führen dann dazu, dass eine SPFH mitunter viele Jahre in einer Familie arbeitet und nahezu Teil des Familiensystems geworden ist. Wollen wir das?

Nicht nur im ASD, sondern auch bei den Fachkräften der freien Träger führen diese Konstellationen zu ganz viel Frust, weil die Hilfe im Grunde ohne Wirkung bleibt. Im Gegenteil: weil in der Regel der Kontrollanteil der Hilfe zu wenig deutlich benannt ist, richtet sich die Energie der Eltern und der sozialpädagogischen Fachkräfte nicht auf eine Förderung der Kinder, sondern auf die Auseinandersetzung auf der Erwachsenenenebene, Veränderungen aufdrängen zu wollen bzw. genau diese zu verhindern.

Dies ist also weder befriedigend, noch empfanden wir es als ehrlich, so mit den Familien umzugehen.

Und schließlich erlebten die Mitarbeiterinnen immer wieder, dass ihre Vorhaben, in Familien immer mal wieder und regelmäßig nachzuschauen, durch aktuelle und dringlichere Aufgaben in den Hintergrund gedrängt wurden und somit nicht zuverlässig umgesetzt wurden.

Die **Aufgabenstellung/die Ziele** der Kontrollhilfen liegen daher in:

- regelmäßiger, intensiver Beobachtung von Familien,
- dem Erhalt eines Minimums an kindeswohlgerechten Entwicklungsbedingungen,
- dem Offenhalten eines niedrigschwelligen Zugangs zu Hilfen,
- einer ehrlichen Kooperation mit den Personensorgeberechtigten und der
- Einbindung freier Träger in die Umsetzung dieser Aufgabenstellungen.

Rechtliche Einordnung

Mit der Frage nach der rechtlichen Einordnung in das SGB VIII wandten wir uns an das Deutsche Institut für Jugendhilfe und Familienrecht DIJuF.

Das DIJuF kam zu dem Ergebnis, die „Kontrollhilfen“ seien keine Leistung des SGB VIII nach

- § 8a, da laut Gefährdungsbeurteilung keine Gefährdung besteht oder aktuell droht,
- § 27 ff., da aufgrund der Ablehnung der PSB keine Hilfe durchgeführt werden kann, die dem erzieherischen Bedarf gerecht wird,
- § 50, da die Wahrnehmung des Schutzauftrags keine „andere Aufgabe“ ist und erst recht der einvernehmliche Kontakt mit den Personensorgeberechtigten keine „andere Aufgabe“ darstellt.

Im Sinne eines Ausschlussverfahrens kam das DIJuF daher in seinem Schreiben vom 23.03.2010 zu der Einschätzung, dass die Kontrollhilfe eine Leistung der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie nach § 16 SGB VIII sei. Wir haben uns dieser Position angeschlossen, auch wenn wir eine Zuordnung auch zu § 27 Abs. 2 für möglich halten. In der Sache ist dies für uns aber nicht erheblich.

Entwicklung der Leistung „Kontrollhilfe“

Mit interessierten Leistungserbringern von HzE in der Region Fulda sind wir auf dieser Basis in Gespräche eingestiegen, wobei einige Träger diese Aufgabe für sich mit dem Hinweis ablehnten, dass ein Schwerpunkt auf dem Aspekt Kontrolle ihrem Selbstverständnis widerspreche. Schließlich wurde im August 2010 eine gemeinsam entwickelte **Leistungsbeschreibung** unter Beteiligung von Stadt und Landkreis Fulda (öffentliche Träger) und vier Leistungserbringern aus der Region Fulda (freie Träger) abgeschlossen.

Der Landkreis hat bis heute meines Wissens keine einzige Leistung dieser Art in Anspruch genommen. In der Stadt Fulda können wir nach 1½ Jahren auf die Erfahrungen von ca. 12 Kontrollhilfen verweisen. Das zeigt noch einmal, dass es sich um ein Randphänomen handelt, nicht um ein Allheilmittel im Kinderschutz.

Die Leistungsbeschreibung enthält u. a. folgende Punkte:

Ziele

Die Leistung dient der Sicherung des Kindeswohls, insbesondere der Sicherung seiner grundlegenden Rechte. Sie dient nicht vorrangig der Veränderung der Entwicklungsbedingungen des Kindes. Die Erziehungspersonen sollen durch regelmäßige Beobachtung motiviert werden, grundlegende Entwicklungsbedingungen ihrer Kinder aufrechtzuerhalten.

Personelle Ausstattung und Umfang

Staatlich anerkannte Sozialarbeiter/innen bzw. -pädagog/innen mit mehrjähriger Berufserfahrung im Umgang mit hoch belasteten Familiensystemen, einschlägigen Kompetenzen im Bereich der Gefährdungsdiagnostik und fachlich und rechtlich anerkannter Verfahren bei Kindeswohlgefährdung.

Der Umfang an Fachleistungsstunden beträgt in der Regel zwischen zwei und zehn Stunden pro Monat, da die Besuche in den Familien keinen großen Zeitaufwand verursachen, sondern eher ein „mal vorbeischaun“ darstellen.

Aufnahmeverfahren

Voraussetzung:

Risikoeinschätzung des Jugendamtes im Zuge eines Verfahrens nach § 8a SGB VIII und ein sich daraus ergebender Schutzplan zwischen ASD und Familie.

Sofern die PSB sich auf den Schutzplan nicht unmittelbar einlassen, wurde in Einzelfällen das Familiengericht nach § 8a Abs. 3 SGB VIII mit dem Ziel eines Erziehungsgesprächs zur Vereinbarung des Schutzplans „Kontrollhilfen“ angerufen.

In mehr als der Hälfte aller Fälle sind die Kontrollhilfen ohne Anrufung des Familiengerichts installiert worden.

In der „Aufnahmeanfrage“ erhält der Leistungserbringer Informationen über die Gefährdungssituation und die Belastungsfaktoren sowie die Grundlagen und das Ergebnis der Risikoeinschätzung.

Es wird eine Kooperationsvereinbarung zwischen Jugendamt, Leistungserbringer und Familie über Modalitäten, Umfang und mögliche Konsequenzen aus der Leistung geschlossen (**siehe Anlage**). So werden seitens der Jugendhilfe die vielfältigen Formen der Abwehr bzw. des Widerstands der Personensorgeberechtigten aufgenommen, sichtbar gemacht und ein erster Schritt zu einem Arbeitsbündnis mit der Familie gegangen.

Kindeswohlsicherung

Zu Beginn der Leistung liegt keine bestehende oder drohende Kindeswohlgefährdung vor, sondern nur wahrgenommene Belastungsfaktoren.

Neue Wahrnehmungen während der Leistungserbringung prüft der Leistungserbringer mit Hilfe der Arbeitshilfe „Sozialpädagogische Diagnose“ des Bayerischen Landesjugendamtes von 2009. Dabei werden auch Wahrnehmungen aus den Entwicklungsbereichen von Kindern berücksichtigt, die nicht Beobachtungs- und Beratungsschwerpunkt sind.

Falls sich daraus eine Kindeswohlgefährdung ergibt, wird das Jugendamt direkt, d. h. unter Umgehung der Vereinbarungen nach § 8a Abs. 2 SGB VIII informiert.

Erfahrungen nach etwa 1,5 Jahren und 12 Fällen

- Kontrollhilfen geben den Mitarbeiter/innen im ASD Sicherheit und den notwendigen zeitlichen Freiraum.
- Kontrollhilfen reduzieren nachhaltig die „Bauchschmerzen“ des ASD.
- Die Dauer der Kontrollhilfen in der Regel mit weniger als 12 Monaten ist ausreichend. Nach sechs bis zehn Monaten kann die fachliche Bewertung vorgenommen werden, dass die familiäre Situation stabilisiert wurde bzw. eine andere Hilfe installiert werden konnte.
- Die Anforderungen an die PSB sind gering, was auch von diesen so wahrgenommen wird: Es müssen nur die „Türen geöffnet“ werden. Es entsteht kein Veränderungsdruck auf die Eltern, der Beratungsanteil ist gering. Das bedeutet geringe Schwierigkeiten bei der Motivierung der PSB, sich auf Kontrollhilfen einzulassen.
- Installieren der Kontrollhilfe nach Erziehungsgespräch sichert bzw. erhöht in einzelnen Fällen die Verbindlichkeit.
- In knapp 50 Prozent der Kontrollhilfen entsteht im Verlauf die Motivation bzw. Bereitschaft zur Veränderung und damit zur Annahme einer HzE.

Wir erleben im Unterschied zu den „auferlegten“ SPFH, dass in den Kontrollhilfen der Konflikt auf der Erwachsenenenebene entschärft ist. Durch den eher beobachtenden Teil der Kontrollhilfe ist es möglich, das Kind und seine Entwicklung in den Fokus zu rücken, den Alltag der Familie zu beobachten und mit den Familienmitgliedern zu sprechen, ohne vordergründig einzugreifen.

Der Leistungserbringer **informiert** das Jugendamt schriftlich alle 2 Monate und zum Abschluss über

- Die Situation der Familie und des Kindes in Bezug auf die Beobachtungs- und Beobachtungsschwerpunkte
- Das Verhalten der Erziehungsverantwortlichen in Bezug auf die Mitwirkung entsprechend der Kooperationsvereinbarung
- Eventuelle Veränderungen der allgemeinen Situation der Familie und des Kindes
- Über eventuell bestehenden individuellen Förderbedarf

Die Erziehungsverantwortlichen erhalten eine Kopie dieser Information.

Der Leistungserbringer informiert das Jugendamt umgehend, wenn eine Kindeswohlgefährdung erkennbar ist oder die notwendigen Auskünfte nicht gegeben werden oder die Inaugenscheinnahme nicht möglich ist.

Die Erziehungsverantwortlichen erklären ausdrücklich ihr Einverständnis mit den Hausbesuchen.

Die Erziehungsverantwortlichen	Für das Amt für Jugend und Familie	Für den Leistungserbringer
(Datum, Unterschrift)	(Datum, Unterschrift)	(Datum, Unterschrift)

Stadt Folsch, Amt für Jugend und Familie - Vereinbarung zur Kontrollhilfe 23.8.2019 Seite 2 von 2

86

Risikomanagement im Jugendamt – Praxismodelle

Praxismodell „Risikomanagement bei Fallübergang an einen freien Träger“¹

ALISA BACH

Leiterin des Jugendamtes der Region Hannover

Vorbemerkungen

Die Region Hannover kann man als einen Flächenkreis ansehen, der Teile des Umlandes der Landeshauptstadt umschließt. Das Jugendamt ist für 15 Kommunen mit insgesamt etwa 400.000 Einwohnern verantwortlich. Die restlichen 600.000 Einwohner werden vom Jugendamt der Landeshauptstadt und weiteren kleineren Jugendämtern im Umland versorgt. Innerhalb unseres Jugendamtes arbeiten fünf dezentrale, sozialräumlich orientierte ASD-Teams sowie ein zentrales Management.

Bei unserem Thema geht es um den Übergang eines Falles von einem öffentlichen an einen freien Träger, nicht um den Zuständigkeitswechsel nach dem Bundeskinderschutzgesetz. Bei der Vorbereitung auf die AG stieß ich auf die ISO-Norm 31000, die das Risikomanagement regelt und einen international gültigen Begriff von Risiko sowie Handlungsanleitungen enthält. Dazu gibt es eine Broschüre, die ich Ihnen empfehlen möchte². Die Entwicklung dieser ISO-Norm resultiert aus den unkalkulierbaren Risiken im Umweltschutz, in der Technik, im Brandschutz, sie ist jedoch so gefasst, dass sie allgemein für alle unternehmerischen Handlungen gelten kann, unabhängig vom Arbeitsfeld. Die gestern vorgestellte Systematik aus dem Krankenhausbereich orientiert sich an diesen Konzepten.

Ein ganz wesentlicher Aspekt ist die Leitphilosophie, dass Risikomanagement unbedingt ein Führungsthema ist, und zwar auf der obersten Führungsebene angesiedelt. Es ist außerdem ein Top-Down-Thema, man kann es nicht nach unten delegieren. Risikomanagement kann außerdem nicht isoliert betrieben werden, sondern gehört zur Qualitätsentwicklung. Es muss in die fachliche Qualitätsentwicklung, die in unserem Feld bereits länger bekannt ist, integriert werden.

Auch in unserem Jugendamt ist dies noch nicht gänzlich abgeschlossen. Seit etwa einem Jahr steuern wir den Fallübergang mit Standards, mit Papieren, auch digital und über die Leitung. Dabei wurde versucht, das Risikomanagement in das System nachträglich einzupassen. Daher stelle ich Ihnen hier eine nachträgliche Betrachtung des Steuerungssystems unter dem Aspekt des Risikomanagements vor.

Der Prozess in diesem Managementsystem bildet einen Kreislauf, von der Festlegung der Rahmenbedingungen für Qualitäts- und Risikomanagement – dazu gehört z. B. die Leitorientierung, die Frage nach dem Ziel (Risiko vermeiden, vermindern oder abwälzen?) –,

¹ Bei diesem Beitrag handelt es sich um die nicht redigierte Bandabschrift eines frei gesprochenen Vortrags, die während der AG präsentierten Folien wurden integriert.

² Weis, U. Risikomanagement nach ISO 31000. Kissing: Weka, 2009.

über die Identifizierung der Risiken (Erstellung von Risikolisten), die Beurteilung der Risiken (Eintrittswahrscheinlichkeit, Folgen), Risikobewertung und Risikobehandlung bis zur notwendigen Kontrolle und wieder zu neuen Festlegungen.

1. Ausgangslage

Die Rahmenbedingungen sind so vorgegeben, dass wir sie nicht verändern können. Sie bestimmen die Ausgangslage für unsere Arbeit, also auch für das Risikomanagement. Sie sind durch folgende Aspekte gekennzeichnet:

1. Der Kinderschutz obliegt öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe. Hauptgarant des Kindeswohls ist der öffentliche Träger der Jugendhilfe.
2. Ambulante Hilfen zur Erziehung werden in Kinderschutzfällen eingesetzt, um Gefahren für das Kindeswohl oder dessen nachhaltige Beeinträchtigung zu vermeiden, abzuwenden und zu kompensieren.
3. Die Fallübergabe an einen Freien Träger birgt spezifische Risiken für die Gewährleistung des Kinderschutzes.

In etwa 25 Prozent der Fälle führt eine Gefährdungseinschätzung zur Implementierung einer ambulanten Hilfe. Diese ist demnach ein wichtiges Instrument des Kinderschutzes. Der Fallübergang an einen freien Träger kann hier als wesentlicher Teilprozess des Kinderschutzes betrachtet werden und bildet gleichzeitig ein kritisches Moment. Die Fallübergabe muss daher gesondert betrachtet werden.

Vor eineinhalb Jahren begannen wir, in unserem Amt an der Optimierung der Fallübergabe zu arbeiten, denn wir verfügen zwar über gute, genau festgelegte und beschriebene Kinderschutzrichtlinien in unserer Organisation, die Mitarbeiter/innen sind entsprechend qualifiziert, wir führen Supervision und Fachberatung durch, aber beim Übergang an einen freien Träger gibt es häufig einen Bruch im Prozess des Kinderschutzes.

2. Idealtypischer Verlauf der Implementierung einer ambulanten Hilfe zur Erziehung

Der Prozess von der Gefährdungseinschätzung bis zur Fallübergabe an einen freien Träger mag in jedem Jugendamt anders aussehen und anders geregelt sein. An dieser Stelle soll der idealtypische Verlauf dargestellt werden (**Abbildung 1**). Der Prozess vollzieht sich idealtypisch folgendermaßen: Wir erhalten eine Information, beraten die Familie, führen eine Bedarfsermittlung durch, ggf. unter Gefährdungseinschätzungsbedingungen nach § 8a SGB VIII, es gibt Fallkonferenzen, eine Hilfeplanung, eine Kontakthanbahnung.

In den einzelnen Jugendämtern wird es sicher unterschiedlich gehandhabt, ob die Kontakthanbahnung vor oder nach der Hilfeplanung passiert. Am Ende steht ein Auftrag. Diesem Prozess folgen der Fallverlauf und die Fallbeendigung.

In diesem Feld bestimmen wir die Risiken. Es ist wichtig, dass jedes Jugendamt den Prozess, in dem die Risiken bestimmt werden, vorab klar beschreibt, bevor man sich auf die Fehlersuche begibt.

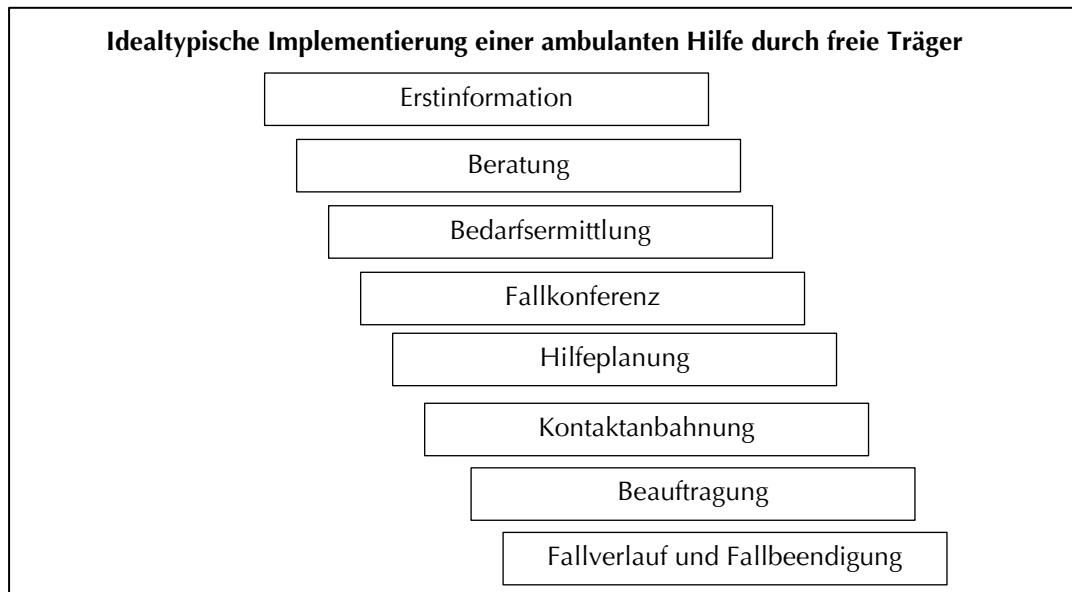


Abbildung 1

© Alisa Bach

Insbesondere die Beauftragung eines freien Trägers stellt einen kritischen Punkt des Prozesses dar. Dies veranschaulicht ein Fall, der von Professor Schrapper 1994/1995 analysiert worden war³:

Fallbeispiel Laura Jane in Osnabrück, 15. Oktober 1993 – 7. Mai 1994

- 13. März 1994 Aufnahme des Kindes in eine Kinderklinik, schwere Windeldermatitis;
- 23. März 1994 Entlassungsgespräch mit der Kindesmutter und der Fachkraft mit Hinweis auf erforderliche, tägliche Kontrolle der Hautpflege durch den Arzt;
- 12.04.1994 Erstgespräch mit dem Anbieter der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Drei Besuchskontakte/Woche;
- 19. - 29. April 1994 Hausbesuche der SPFH;
- 2./3. Mai 1994 Fehlbesuche. Vergeblicher Kontaktaufnahme-Versuch zum ASD;
- 5. Mai 1994: Gespräch SPFH – Kindesmutter. Das Kind wurde nicht gesehen;
- 6. Mai 1994: Fehlbesuch;
- 7. Mai 1994: Todestag von Laura Jane.

Mir geht es an dieser Stelle um die Zusammenarbeit zwischen öffentlichem und freiem Träger der Jugendhilfe und die Zeitstruktur, die nicht optimal verlaufen ist.

Am 23. März findet das Entlassungsgespräch im Krankenhaus statt, am 12. April das Erstgespräch mit der Sozialpädagogischen Familienhilfe eines freien Trägers. Das heißt, in so einem schwierigen Fall, in dem ein stark gefährdetes Kind mit einem medizinischen Ge-

³ Quellen: Gutachten Priv.-Doz. Dr. Chr. Schrapper, AG Oldenburg, 5 Ls 11 JS 1767/94; OLG Oldenburg, SS 249/96)

fährungsgutachten entlassen wird, dauert es mehr als zwei Wochen, bevor überhaupt das Erstgespräch mit einem Anbieter zustande kommt. Es werden drei Besuche pro Woche vereinbart, die vom 19. - 29. April tatsächlich stattfinden. Danach gibt es zwei Fehlbesuche und einen vergeblichen Kontaktversuch zum ASD. Am 5. Mai wird bei einem Besuch der SPFH des freien Trägers das Kind nicht gesehen. Am 6. Mai gibt es noch einen Fehlbesuch. Innerhalb der Woche vom 29. April bis zum 6. Mai wurde das Kind nicht gesehen, obwohl der ASD mit dem freien Träger drei Besuche pro Woche vereinbart hatte. Vom ASD wurde alles Nötige mit dem freien Träger vereinbart, auch in einem verhältnismäßig engen Zeitraum. Das hat aber nicht genügt, um das Kind zu retten.

In Fällen in unserem Amt – allerdings nicht mit so dramatischem Ausgang – hatten ASD-Mitarbeiter/innen, um das Risiko der Zeit zwischen Entlassungstermin und Beauftragung des freien Trägers zu umgehen, zunächst mündlich, ohne Einhaltung von Standards bestimmte Dinge verabredet, erst einmal schnell jemanden in die Familie geschickt und alles andere nachträglich festgelegt. Auch bei Verlängerungen von befristeten Hilfen lief das so ähnlich ab. Man hat es nicht rechtzeitig geschafft, einen Auftrag zu verlängern, so lief zunächst die faktische Betreuung durch den freien Träger mit mündlicher Absprache weiter. Hinterher versuchte man, dies schriftlich zu dokumentieren. Es kam zur Eskalation, so dass die Polizei gerufen wurde. In beiden Fällen entdeckte die Polizei stark vermüllte Wohnungen, obwohl ein freier Träger mit hohen Stundenzahlen in diesen Familien tätig war. Bei der Revision der Fälle stellte sich heraus, dass es für den Zeitraum, in dem die Eskalation stattgefunden hatte, keine vertragliche Grundlage gab. Entweder musste der Fall sehr schnell bearbeitet werden und man hatte keine Zeit für schriftliche Vereinbarungen oder bei der Verlängerung einer Hilfe wurde aus Zeitgründen von den Standards abgewichen.

Hier herrschte eine große Rechtsunsicherheit. Der freie Träger hat zwar gearbeitet, aber es bestand die Frage, wozu er eigentlich in dem Zeitraum ohne schriftliche Abstimmung mit dem Jugendamt verpflichtet sei. Unsere Mitarbeiter/innen sind mit dem Problem der Zeitstruktur so umgegangen, dass sie, um eine schnelle Hilfe herbeizuführen, das normale Verfahren verlassen haben. Das stellte sich aus meiner Sicht als ein Problem unserer Standards heraus, weil diese so formuliert sind, dass man zu ihrer Einhaltung viel Zeit benötigt: Es muss eine Fallkonferenz, eine Hilfeplanung stattfinden, ein Erstkontakt zu einem freien Träger hergestellt werden usw. All das schafft man oft nicht, wenn das Krankenhaus anruft und die Entlassung eines gefährdeten Kindes für den nächsten oder übernächsten Tag ankündigt. Auf diese Weise passieren Fehler.

3. Spezifische Risiken der Fallübergabe und ihre Ursachen

Phasen des Fallübergangs sind:

- Phase I: Trägersauswahl,
- Phase II: Kontaktabbau,
- Phase III: Beauftragung,
- Phase IV: Fallverlauf,
- Phase V: Beendigung.

Die Identifizierung und Zuordnung der Risiken zu den einzelnen Phasen ist im Fachbereich in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe in einem kommunikativen Prozess vorzunehmen. An dieser Stelle ist ein Risikoidentifikationsprozess mit einer Risikocheckliste dargestellt, den ich allein durchgeführt habe. Daher ist die Auflistung sicher auch nicht vollständig und dient als Anregung zur Diskussion und zur Ergänzung Ihrerseits.

Risiken des Fallübergangs in der Phase I - Trägersauswahl:

- a) Die Leistungen des Trägers sind für die Anforderungen des Kinderschutzes nicht ausreichend.
- b) Qualität des Personals? Supervision und Fortbildung? Fachaufsicht?
- c) Vertretungsregelungen? Personalwechsel?
- d) Implementation des Kinderschutzes in der Organisation?
- e) Mangelhafte Informationsbasis der Auswahlentscheidung (falls man überhaupt eine Auswahl hat, was in manchen kleinen Kommunen nicht der Fall ist),
- f) unklare Kompetenzregelungen im Jugendamt für Trägersauswahl.

Wir haben verschiedene Leistungs- und Entgelt- und Kostenvereinbarungen sowie Rahmenverträge. Unsere Kostenvereinbarungen sind recht ausführlich und umfangreich und enthalten Leistungsbeschreibung, Regelungen zum § 8a SGB VIII, Risikofragen, Vertretungsregelungen usw. Es stellt sich jedoch die Frage, ob diese detaillierten Leistungsbeschreibungen der einzelnen Fachkraft in den freien Trägern wirklich bekannt sind. Inzwischen haben wir mit einem Dokumentenmanagementsystem alle Verträge ins Intranet gestellt.

Im Grunde sind die Punkte b, c und d Themen, die in der Kostenvereinbarung mit dem freien Träger enthalten sind. Die Fachkraft des ASD muss wissen, wer auf der Seite des freien Trägers steht, ob der Sozialpädagoge ausreichend qualifiziert ist, was bei Personalwechsel passiert, ob der freie Träger im Krankheitsfall eine Vertretung stellt, wie der Kinderschutz in der Organisation implementiert ist usw. Bei uns beauftragt die fallführende Fachkraft den Träger. Sie muss die Passgenauigkeit des Anbieters zum jeweiligen Fall prüfen (z. B. ausreichende Qualifikation im Umgang mit Gewalteskalation in der Familie) und nicht stets denselben Träger ungeprüft beauftragen, weil man bisher mit diesem gut zusammengearbeitet hat (Risiko der Routine).

Risiken des Fallübergangs: Phase II – Kontakthanbahnung

- a) Zeitverluste durch interne Verfahrensdauer beim öffentlichen Träger,
- b) Zeitverluste durch Suche nach den „richtigen“ Kontaktpersonen beim freien Träger,
- c) Zeitverluste durch falsche oder unterschiedliche Einschätzung der Dringlichkeit.

Um Zeitverluste beim öffentlichen Träger zu vermeiden, wenn eine dringliche Hilfe von einem Tag auf den anderen erforderlich ist, und um einen vertragslosen Zustand zu verhindern, muss das Verfahren Beschleunigungsmodule für den Eilfall enthalten. Das erfordert eine entsprechende Kompetenz und Qualifikation der ASD-Fachkraft. Mitunter kann man mit der Klinik den Verbleib des Kindes um einen weiteren Tag vereinbaren oder man schließt mit einem freien Träger vorläufige Verträge ab.

Risiken des Fallübergangs: Phase III – Beauftragung

- a) Informationsverlust bei Fallübergang,
- b) Undeutlichkeit des Kinderschutzauftrags,
- c) Undeutlichkeit der wechselseitigen Pflichten der Kooperationspartner.

In den Vereinbarungen ist der § 8a SGB VIII standardmäßig enthalten. Wie aber sieht das in der Einzelfallvereinbarung aus? Ist der freie Träger auch in der Beauftragung zum Einzelfall auf die Spezifika der Kinderschutzanforderungen hingewiesen worden und hat er sich dazu verpflichtet? Hier gibt es häufig Unklarheiten und Missverständnisse zwischen der fallführenden Fachkraft im Jugendamt und dem beauftragten freien Träger in Bezug auf den eigentlichen Auftrag.

Risiken des Fallübergangs, Phase IV: Fallverlauf

- a) Der öffentliche Träger „verliert den Fall aus den Augen“, da ein als kompetent eingeschätzter Träger den Fall übernommen hat,
- b) Der freie Träger informiert den öffentlichen Träger nicht rechtzeitig über krisenhafte Fallverläufe (entweder sind die Informationspflichten nicht eindeutig beschrieben oder sie werden nicht eingehalten),
- c) Informationsverluste bei Wechsel der eingesetzten Fachkräfte auf beiden Seiten.

Risiken des Fallübergangs, Phase V: Beendigung

Mangelnde Dokumentation der Gründe für die Beendigung der Leistung.

Oft wird die Ergebnisqualität nicht dokumentiert und manche Familien tauchen somit immer wieder als Fall auf.

4. Interventionsebenen der Leitung zum Risikomanagement

Im Rahmen der Intervention wird das System als Ganzes betrachtet (**Abbildung 2**).

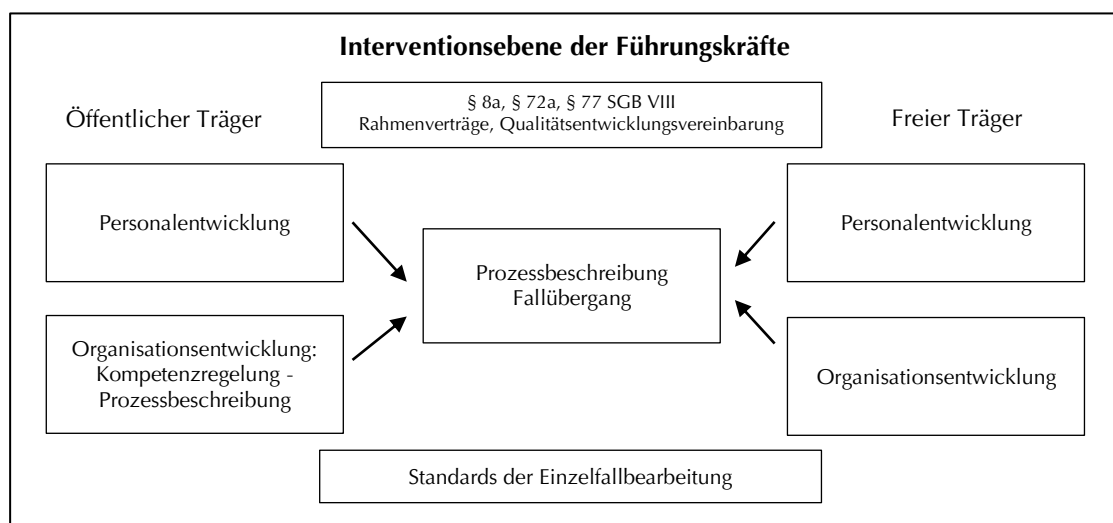


Abbildung 2

© Alisa Bach

Beide Seiten – sowohl der öffentliche als auch der freie Träger – betreiben Personal- und Organisationsentwicklung. Die Vertragsebene umfasst Verträge nach §§ 8a, 72a und 77 SGB VIII, Rahmenverträge und Qualitätsentwicklungsvereinbarungen. Wenn Sie den Sozialen Dienst auf der operativen Ebene entlasten wollen, muss in den Verträgen so viel wie möglich geregelt sein. Lange Zeit war in unseren Kostenvereinbarungen zum Beispiel keine Vertretungsregelung enthalten. Inzwischen ist das bei uns Standard. Mit der Zeit sind unsere Verträge immer umfangreicher geworden. Auch der Kinderschutz hat selbstverständlich Eingang gefunden, allerdings fehlt noch die Förderung der Kinder und der Geschwisterkinder als Zielvorgabe. Wir verlangen von den Sozialpädagogen an der Basis, vieles auszuhandeln, was bereits auf der Vertragsebene geregelt sein könnte.

Die Förderung der Kinder steht noch zu wenig im Blickpunkt in Bezug auf ambulante Leistungen für Familien mit kleinen Kindern, weil der Fokus sehr stark auf dem Kinderschutz liegt. Es gibt kaum eine Familienhilfe, die individuelle Förderpläne für die einzelnen Kinder einer Familie einbezieht.

Für die Einzelfallbearbeitung haben wir Musterverträge erarbeitet, die notfalls handschriftlich vor Ort in der Familie beim Erstgespräch ausgefüllt werden können. Vorher muss allerdings geklärt sein, ob der Pädagoge des freien Trägers befugt ist, einen solchen Vertrag zu unterschreiben. So kann beim ersten Termin gleich der Vertrag abgeschlossen werden. Das verkürzt das Verfahren erheblich, wobei der Vertrag ggf. nachträglich noch ergänzt werden kann. Es wird somit niemand ohne einen schriftlichen Auftrag in einer Familie tätig. Das bedeutet auch mehr Sicherheit für die Fachkräfte im Jugendamt. Im Jugendamt der Region Hannover gibt es zudem eine „Richtlinie Fallübergang“.

5. Standards der Fallübergabe – Fazit

Anforderungen an den Fallübergang in Kinderschutzfällen sind:

- Kompetenz der beteiligten Fachkräfte beider Seiten,
- Beschleunigtes Verfahren muss möglich sein, und zwar ganz legal und nicht unter Abweichung von Standards,
- Klarheit (und vollständige Beschreibung) des Auftrags,
- Eindeutigkeit der wechselseitigen Pflichten,
- Herstellung von Rechtssicherheit durch schriftliche Vereinbarung, die von beiden Seiten unterschrieben ist,
- Akzeptanz der durchgehenden Verantwortung des öffentlichen Trägers durch alle Beteiligten.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit, ich freue mich auf die Diskussion.

Risikomanagement im Jugendamt – Praxismodelle

Praxismodell: „Die Gefährdungsmeldung nach § 8a SGB VIII als Organisationsherausforderung“

SIEGMUND HAMMEL

Leiter des Amtes für Jugend und Familie des Landkreises Eichstätt

1. Auftragsklärung

Den Wortlaut des § 8a SGB VIII kennen wir alle. Darin sind aber eine ganze Vielzahl konkreter Aufträge und notwendiger Arbeitsschritte enthalten.

Der **§ 8a Absatz 1 SGB VIII** erteilt uns folgende Aufträge:

- Einschätzung, ob die Meldung „gewichtige Anhaltspunkte“ enthält,
- Einschätzung des Gefährdungsrisikos im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte,
- Einschätzung, ob der wirksame Schutz des Kindes/Jugendlichen durch Einbeziehung der Beteiligten in Frage gestellt ist,
- Einbeziehung der Erziehungsberechtigten/des Kindes/Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung,
- Einschätzung, ob ein unmittelbarer Eindruck von dem Kind und/oder von seiner persönlichen Umgebung erforderlich ist,
- Durchführung der Inaugenscheinnahme des Kindes/des Hausbesuchs,
- Einschätzung, ob Jugendhilfemaßnahmen zur Gefahrenabwehr geeignet und notwendig sind,
- Anbieten von geeigneten und notwendigen Hilfen.

Im § 8a SGB VIII findet man beispielsweise das Wort „Hausbesuch“ nicht, obwohl darüber stets kommuniziert wird. Im Gesetz ist die Rede von der Inaugenscheinnahme des Kindes und/oder seiner persönlichen Umgebung. Das sind zwei verschiedene Aufträge und zwei verschiedene Einschätzungen.

Im **§ 8a Absatz 2 SGB VIII** geht es zentral um die Rolle der Familiengerichte:

- Einschätzung, ob die Einschaltung des Familiengerichts erforderlich ist,
- Anrufung des Familiengerichts,
- Einschätzung, ob eine dringende Gefahr besteht und die Entscheidung des Gerichts abgewartet werden kann,
- Inobhutnahme des Kindes/Jugendlichen ohne vorherige Einschaltung des Familiengerichts.

Aus meiner Sicht hätten die Formulierungen, die im Absatz 3 stehen, vor die Aufgaben des Absatzes 2 gestellt werden müssen, weil im Absatz 3 die Frage gestellt wird, ob es

noch andere Stellen gibt, die man zur Gefahrenabwehr einbeziehen kann. Diese Frage wäre aus meiner Sicht vorher zu stellen, bevor man beispielsweise über eine Inobhutnahme nachdenkt.

Konkrete Aufträge, die sich aus **§ 8a Absatz 3 SGB VIII** ergeben, sind:

- Einschätzung, ob zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger erforderlich ist,
- Hinwirken auf die Inanspruchnahme dieser Träger durch die Erziehungsberechtigten,
- Prüfung der Mitwirkung der Erziehungsberechtigten bei der Inanspruchnahme dieser Träger,
- Einschaltung der anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen.

Die **Dokumentation sämtlicher Verfahrensschritte** ist ein zentraler Auftrag, der sich direkt an die Organisation des Jugendamtes richtet.

2. Anforderungen an die Organisation

Die zwingende Voraussetzung für die qualifizierte Arbeit der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Kinderschutz ist eine leistungsfähige Organisation. In Bezug auf den Kinderschutz ist eine starke Fokussierung auf die Tätigkeit der einzelnen Sozialpädagogen/innen zu beobachten. Dabei wird die Rolle der Organisation, die dahinter steht, meist außer Acht gelassen. Die Mitarbeiter/innen in unserem Amt haben ganz klar ihre Erwartungen an die Organisation geäußert, was diese zur Verfügung zu stellen hat, damit sie ihre Arbeit gut leisten können.

In erster Linie geht es um die Schaffung der personellen und organisatorischen Voraussetzungen:

- Einsatzbereitschaft und Erreichbarkeit sicherstellen,
- Diagnoseinstrumente und Dokumentationsverfahren installieren,
- Fachliche Kompetenz aufbauen und weiterentwickeln,
- Handlungssicherheit schaffen,
- Notwendige Informationen verfügbar machen,
- Reflexive Organisationskultur schaffen und pflegen.

Die Einsatzbereitschaft und Erreichbarkeit herzustellen, klingt zunächst recht banal. Wenn man jedoch in einigen Kommunen im Telefonbuch unter „Jugendamt“ nachschlägt, findet man keine Ansprechpartner und keine Informationen darüber, wie und wann man das Jugendamt bei bestimmten Problemen erreicht.

Das Bayerische Landesjugendamt hat ein sozialpädagogisches Diagnoseverfahren sowie Diagnose-Tabellen entwickelt, die in einer Studie vom IKJ – Institut für Kinder- und Jugendhilfe unter Beteiligung von Jugendämtern evaluiert wurden¹.

Die fachliche Kompetenz wurde in den Vorträgen auf dieser Tagung bereits mehrfach angesprochen. Sie bezieht sich allerdings nicht nur auf die eigentliche Tätigkeit, die aus dem § 8a SGB VIII selbst zu ersehen ist, sondern auch auf die Frage des Zusammenspiels zwischen Mitarbeiter und Organisation. Gibt der einzelne Mitarbeiter die Erfahrung, die er in dem speziellen Kinderschutzfall gewinnt, an die Organisation zurück? Weiß der einzelne Mitarbeiter genügend über die Ideen und Erkenntnisse aus dem Qualitätsmanagement in der Organisation?

Handlungssicherheit zu schaffen, und zwar für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sehe ich als eine ganz grundlegende Leitungsaufgabe an. In unserem Amt hatte einmal eine Verwaltungskraft am späten Nachmittag einen Anruf entgegengenommen, der eine akute Gefährdungsmeldung zum Inhalt hatte. Sie wusste zunächst nicht, wie sie damit umgehen sollte. Als Mitarbeiterin des Jugendamts muss sie jedoch reagieren. Daraufhin haben wir in die entsprechenden Schulungen wirklich alle Mitarbeiter/innen einbezogen. Das bedeutet nicht, dass nun alle die gleichen Aufgaben haben, aber jeder sollte wissen, wer wie in solchen Fällen zu handeln hat.

Mit einer Notfallmappe haben wir das Problem der Sicherstellung von wichtigen Informationen, die ständig verfügbar sein müssen, gelöst (siehe auch Ziffer 4.2)

In der Theorie kann man viel über eine reflexive Organisationskultur lesen. Die praktische Umsetzung ist eine andere, ganz spannende Frage. Kann es funktionieren, indem man einen Schnitt macht und „ab heute“ eine neue Organisationskultur entwickelt? Die Kolleg/innen müssen ja weiterhin ihre Alltagsgeschäfte abarbeiten. Wie kann sich die Organisation dabei so entwickeln, dass sie lernen kann und dass man nicht am Ende zwei Organisationen hat? In einigen Jugendämtern existieren ein offizielles und ein inoffizielles Verfahren. Die einzelnen Mitarbeiter/innen wissen einerseits genau, wie sie in bestimmten Situationen vorgehen müssten, in der Praxis (unter Druck) wird jedoch anders vorgegangen. Das scheint mir eines der größten Risiken zu sein. Es geht um eine Reflexion darüber, ob das, was in der Organisation vorbereitet und entwickelt worden ist, für die tägliche Praxis tauglich ist und tatsächlich von den Mitarbeiter/innen umgesetzt wird und ob es Möglichkeiten des Abgleichs gibt.

3. Erarbeitung und Pflege der Handlungsgrundlagen

Nach der Einführung des § 8a SGB VIII informierten wir *sämtliche* Mitarbeiter/innen in einer Dienstbesprechung über die neuen gesetzlichen Vorgaben. Die Jugendamtsleitung beschloss, die Abläufe und Verfahrensbeschreibungen nicht einfach vorzugeben, sondern von den Mitarbeiter/innen selbst erarbeiten zu lassen. An der ins Leben gerufenen Projektgruppe waren in erster Linie ASD-Fachkräfte, aber auch Mitarbeiter/innen aus anderen Bereichen beteiligt. Die Projektgruppe erarbeitete eine Reihe von Vorschlägen, die

¹ EST! Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen. unter: <http://www.blja.bayern.de/schriften/index.html>

mit dem gesamten ASD detailliert erörtert und danach noch einmal gemeinsam überarbeitet wurden. Diese überarbeiteten Vorschläge sind anschließend von der Leitung des Landratsamtes in eine Verfahrensanweisung übersetzt und als verbindliche Verfahrensanweisung an alle Mitarbeiter/innen gegeben worden.

In der Umsetzung dieser Verfahrensanweisung und der dafür von ihnen selbst entwickelten Instrumente haben die Kolleg/innen sehr genau auf ihre Einhaltung geachtet. Durch die Jugendamtsleitung, den ASD und das Controlling erfolgt eine fortlaufende Kontrolle der Einhaltung von Strukturvorgaben. Dazu werden einzelne Fälle im Hinblick auf ihre Bearbeitung analysiert. Es wird eine Fehleranalyse vorgenommen und gegebenenfalls überlegt, ob die Strukturen verändert und angepasst werden müssen.

4. Werkzeuge im Jugendamt Eichstätt

4.1 Die Verfahrensanweisung

Das erste Werkzeug ist die o. g. Verfahrensanweisung. Sie enthält Vorgaben zu folgenden Bereichen:

1. Gefährdungsmeldungen

- 1.1 Begriffsbestimmungen
- 1.2 Meldungsaufnahme und -bearbeitung (Zuständigkeiten, Verfahren)
- 1.3 Zuständigkeit für die Fallbearbeitung (fallführende Fachkraft)

2. Abschätzung des Gefährdungsrisikos

- 2.1 Notfallteam (8a-Team, Schutzkonzept)
- 2.2 Beteiligung der Eltern, Kinder und Jugendlichen
- 2.3 Beschaffung von Informationen (Regelungen zum Hausbesuch, Datenschutz)

3. Hilfsangebote - Schutzmaßnahmen

- 3.1 Anbieten von Jugendhilfe, Hinwirken auf die Inanspruchnahme von anderen Hilfen
- 3.2 Anrufung des Familiengerichts
- 3.3 Inobhutnahme

4. Strukturierungshilfen und Dokumente

- 4.1 Notfallmappe
- 4.2 Dokumente

5. Beteiligung bei der Erfüllung des Schutzauftrags anderer Jugendämter

In einigen Verfahrensanweisungen wird der Stand der Diskussion wiedergegeben und es finden sich gesetzliche Formulierungen und fachliche Aussagen darin. Es ist jedoch sehr wichtig zu konkretisieren, was die Anweisungen für den einzelnen Mitarbeiter bedeuten. Den Wortlaut des § 8a SGB VIII braucht man nicht zu wiederholen.

In unserer Verfahrensanweisung haben wir beispielsweise vor dem Hintergrund der Erfahrung aus der geschilderten Situation mit der Verwaltungsfachkraft klargestellt, dass derjenige, der eine Gefährdungsmeldung telefonisch entgegennimmt, befugt ist, diese Meldung jemandem zuzuweisen. Damit wollten wir dem Problem aus dem Weg gehen, dass

der Kollege/die Kollegin von einer Fachkraft zur anderen weitergeleitet wird, weil alle „gerade keine Zeit haben“. Dazu müssen aber auch alle Mitarbeiter über die Zuständigkeiten im Amt Bescheid wissen.

Außerdem enthalten die Verfahrensanweisungen Regelungen über das konkrete Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte etc.

4.2 Die Notfallmappe

In der Verfahrensanweisung ist geregelt, dass die Notfallmappe an jedem Arbeitsplatz im Jugendamt liegen muss und jede ASD-Fachkraft eine zweite Notfallmappe zu Hause hat. Eine Kollegin im ASD ist für die Pflege der Mappe zuständig.

Diese Notfallmappe enthält:

- Ablaufplan Gefährdungsmitteilungen – Schutzmaßnahmen,
- Checkliste Notfalleinsatz,
- Adressenlisten (Heime, Notpflegeplätze, Kliniken, Ärzte, Gemeindeverwaltungen, Polizei ...),
- Hinweise zur Durchführung des Erstgesprächs mit der Familie,
- Hilfen zur Einschätzung des Gefährdungsrisikos,
- Zuständigkeitsübersicht des Sozialdienstes und Übersicht über die Vertretungen,
- Einwilligungserklärung für die Datenerhebung, -nutzung und -weitergabe,
- Antrag auf Jugendhilfe,
- Inobhutnahmebescheid (Vordruck)

Die Mappe schafft relativ schnell Handlungssicherheit auch für neue Mitarbeiter im Sozialdienst. Darum ist auch so ein Musterablaufplan bei Gefährdungsmitteilungen enthalten. Eine Checkliste für den Notfalleinsatz scheint banal zu sein, aber gerade im Notfall gibt es etliche Fehlerquellen, zum Beispiel, dass das Handy vergessen wird o. ä. Die umfangreiche Adressensammlung muss regelmäßig aktualisiert werden.

Während der überwiegende Teil der Mappe als Arbeitshilfe gedacht ist, sind die Einwilligungserklärung für die Datenerhebung, -nutzung und -weitergabe, der Antrag auf Jugendhilfe und der Inobhutnahmebescheid Formulare, die direkt beim Gespräch mit der Familie zum Einsatz kommen. Die Einwilligungserklärung ist wichtig in der Zusammenarbeit mit anderen Trägern und Professionen. Der Antrag auf Jugendhilfemaßnahmen wird sehr häufig gebraucht. Maßnahmen der Jugendhilfe sind als Gefährdungsabwehrinstrument im § 8a SGB VIII explizit genannt. Wenn alle Gesprächsversuche scheitern und das Kind massiv gefährdet ist, wird der Inobhutnahmebescheid ausgefüllt, den Personensorge- oder Erziehungsberechtigten und der aufnehmenden Stelle übergeben.

4.3 Dokumentations- und Informationssoftware (OK.KIWO)

Die Anstalt für Kommunale Datenverarbeitung in Bayern (AKDB) hat die Software auf der fachlichen Basis der Empfehlungen des Bayerischen Landesjugendamtes entwickelt (**Abbildung 1**). „KIWO“ steht für Kindeswohlgefährdung.

Der obere Teil enthält eine Übersicht über alle erfassten Meldungen. Der mittlere Teil stellt die Visualisierung des aktuellen Verlaufsstands einer konkreten Meldung dar. Hier gibt es verschiedene Möglichkeiten, die farblich gekennzeichnet sind (zum Beispiel: grün = „durchgeführt“, schwarz = „noch nicht möglich“). Man kann einen nächsten Schritt nur vornehmen, wenn der vorhergehende, als zwingend notwendig vordefinierte Schritt bereits als erledigt gekennzeichnet wurde. Wurde z. B. die kollegiale Beratung nicht durchgeführt, kann eine Meldung nicht abgeschlossen werden. Im unteren Teil werden die Daten einer Meldung, wie z. B. die betroffenen Personen und der Meldungsinhalt angezeigt.

Die Software ist nicht nur ein Instrument zur Dokumentation, sondern sichert darüber hinaus den Informationsfluss. Wird ein neuer Fall eingegeben, informiert das Programm automatisch die Sozialdienstleitung und mich per E-Mail darüber, dass eine neue Meldung vorliegt. Wir können daraufhin sofort einsehen, um was für eine Meldung es sich handelt und es beginnt ein Standardszenario, das jedes Jugendamt für sich selbst vordefinieren kann. Dies betrifft zum Beispiel die Zeitspanne, die von der Erfassung der Meldung bis zu dem Zeitpunkt, an dem ein Sozialarbeiter sich für den Fall zuständig erklärt, vorgegeben wird. Bei uns ist eine Zeit von 30 Minuten eingestellt. Passiert innerhalb dieser Zeit nichts, bekomme ich wiederum eine E-Mail mit einem entsprechenden Hinweis. Erhalte ich diese zweite E-Mail, weiß ich, dass ich aktiv werden muss. In diesem Programm sind demnach Eskalationsszenarien voreingestellt, die ich für sehr hilfreich halte. Außerdem werden vom System an bestimmten Stellen Einschätzungen gefordert, aufgrund derer der weitere Verlauf gesteuert wird. Der zuständige Sozialarbeiter wendet sich nach der Meldung an mich oder meine stellvertretende Kollegin und es werden nach einer gemeinsamen Einschätzung der Dringlichkeit weitere Handlungsschritte, zum Beispiel der Einsatz eines Notfallteams, entschieden.

Geht man im mittleren Teil der Maske rechts oben auf das Feld „Dokumentation“, erhält man auf einen Blick einen Bericht über den gesamten Fallverlauf mit allen daran Beteiligten und den Ergebnissen der Handlungsschritte und Maßnahmen sowie der Zusammenarbeit der Fachkräfte. Diese Berichte bilden eine Grundlage beispielsweise für anschließende Hilfeplanungen.

Das Programm hat den Vorteil, dass es eine Verknüpfung zu unserer Standardsoftware gibt, die wir für alle anderen Fälle verwenden. Gebe ich den Namen eines Kindes aufgrund einer Meldung ein, bekomme ich sofort einen Hinweis, dass dieses Kind bereits im Jugendamt bekannt ist, und kann die vorhandenen Daten für die Bearbeitung der Meldung nutzen.

Vielen Dank, ich freue mich auf Ihre Nachfragen und die Diskussion.

Risikomanagement im Jugendamt – Praxismodelle

Praxismodell „Fallgeschichten-Workshop“ als eine Form des Risikomanagements

OLIVER HERWEG
Jugendhilfeplaner, Jugendamt Stuttgart

1. Entstehung des Fallgeschichten-Workshops in Stuttgart

Die Hilfen zur Erziehung sind in Stuttgart in einem zehnjährigen Reformprozess sozial-räumlich orientiert weiterentwickelt worden. Dabei haben wir uns u. a. auch darüber Gedanken gemacht, wie wir gesamtstädtische Qualitätsinstrumente gestalten können. Ein Baustein dieses Qualitätsentwicklungsprozesses bildet seit 2005 der so genannte „Fallgeschichten-Workshop“.

Der Fallgeschichten-Workshop hat in seiner Entstehung zunächst wenig mit dem Thema Kinderschutz oder Risikomanagement zu tun. Er ist aus der Idee heraus entstanden, dass sich durch den Reformprozess zahlreiche Akteure auf eine fachliche Weiterentwicklung eingelassen haben und wir stadtweit eine Austauschplattform für Mitarbeiter/innen von Trägern und Jugendamt schaffen wollten. Letztlich entstand so ein gemeinsamer, hierarchie- und institutionsübergreifender Dialogprozess, der auch eine neue Kultur der Zusammenarbeit innerhalb des Amtes und zwischen dem öffentlichen und den verschiedenen freien Trägern ermöglicht.

2. Zum Risikomanagement

Der Begriff Risikomanagement im Jugendhilfekontext fasst unterschiedliche Vorgehensweisen innerhalb einer Organisation oder organisationsübergreifend zusammen, die im Wesentlichen zwei Ziele verfolgen. Die Einschätzung der Fachkräfte sollte nach professionellen Standards erfolgen und das Risiko einer Fehleinschätzung möglichst gering gehalten werden. Auf Seiten der Mitarbeiter/innen soll damit eine größtmögliche Handlungssicherheit gewährleistet werden. Die Sicherstellung des Kinderschutzes ist ein zentraler Schlüsselprozess in der Aufgabenstellung des Jugendamtes. Innerhalb des Stuttgarter Jugendamtes wird diese stadtweite Aufgabenstellung neben den Leitungskräften auch von der Abteilung Qualität und Qualifizierung verantwortet und weiterentwickelt.

Zum Risikomanagement in Stuttgart gehören unterschiedliche Bausteine:

- Festgelegte Verfahrensstandards,
- Anwendung des Stuttgarter Kinderschutzbogens,
- Kooperationsvereinbarungen, u. a. mit den freien Trägern,
- Fachzirkel Kinderschutz, der auf Beratungszentrums¹-Ebene stattfindet,

¹ Mit dem Begriff „Beratungszentrum“ ist in Stuttgart die aus ASD und den Beratungsstellen der psychologischen Beratung zusammengeführte Abteilung benannt.

- Hilfeprozessmanager – das sind Beratungszentrums-Mitarbeiter/innen, die eine spezielle Schulung absolviert haben und in Fällen mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch hinzugezogen werden,
- interne Qualifizierungen.

Bei den beiden erstgenannten Punkten handelt es sich eher um systematisierte Verfahren und Ablaufschemata, die mehr als technische Instrumente bezeichnet werden können. Die weiteren genannten Punkte schaffen unterschiedliche Foren des Austausches und der Unterstützung und können als eher kommunikative Instrumente bezeichnet werden.

- Fallgeschichten Workshop

Der Fallgeschichten-Workshop ist eine offene Form der fachlichen Kommunikation und bildet eine Plattform für regelhaften Austausch. Wie schon eingangs erwähnt, steht diese Veranstaltung zunächst nicht im Kontext des Risikomanagements, sondern entwickelte sich als Qualitätsentwicklungsinstrument im Zusammenhang mit dem Umbau der Erziehungshilfen in Stuttgart. Im Jahr 2011 haben wir den Fallgeschichten-Workshop unter eine gemeinsame Überschrift gestellt und nur Fallgeschichten ausgewählt, die im Kontext des Kinderschutzes zu verorten waren. Diese inhaltliche Steuerungsmöglichkeit hat sich unserer Ansicht nach bewährt und so konnten wir die methodischen Vorteile der Veranstaltung auch für unser Risikomanagement nutzen.

Um Fälle zu reflektieren und Fehler zu analysieren, ist die Berücksichtigung der unterschiedlichen Perspektiven ein zentraler Lernschritt. Der Fallgeschichten Workshop bietet von seiner in Stuttgart entwickelten Ausrichtung hierfür eine gute Plattform. Wir versuchen auf dem Workshop nicht nur Jugendamtsmitarbeiter einzubeziehen, sondern lassen auch andere Akteure mit ihrer Sichtweise zu Wort kommen. Die verschiedenen Perspektiven und Handlungsoptionen lassen sich in einer offenen Gesprächsform viel eher abbilden und hinterfragen als in einem standardisierten Bogen.

3. Rahmenbedingungen und Durchführung des Fallgeschichten-Workshops

Den Namen „Fallgeschichten-Workshop“ hat dieser Austausch erhalten, weil es tatsächlich darum geht, „Geschichten zu erzählen“. Der Begriff der Geschichte klingt zunächst im professionellen Kontext etwas befremdlich. Die Möglichkeiten, die in guten Geschichten stecken, sind aber nicht zu unterschätzen.

Das Erzählen von Geschichten kann unterschiedliche Facetten aufweisen:

- Lebenserfahrung vermitteln,
- Wissen weitergeben,
- Sachinformationen vermitteln,
- Problemlösungen aufzeigen,
- Denkprozesse einleiten,
- Rollenerwartungen definieren,
- Verhaltensänderung anregen,
- Repertoire an Verhaltensweisen erweitern,

- Unterhaltung,
- Normen und Werte vermitteln,
- Anschauungsvermögen fördern,
- zum Handeln motivieren,
- Hoffnung stiften und Sinn geben.

Der Fallgeschichten-Workshop findet seit sieben Jahren einmal jährlich ganztägig statt. Die Organisationsverantwortung liegt bei der Jugendhilfeplanung. Eingeladen werden alle Mitarbeiter/innen der Stuttgarter Beratungszentren und alle Mitarbeiter/innen unserer fünf sozialräumlich tätigen HzE-Träger (aus den ambulanten, teilstationären und stationären Bereichen). In Summe sind dies schätzungsweise 400 Personen, von denen jedes Jahr etwa 80 bis 100 teilnehmen. Die niedrigschwellige Gestaltung der Veranstaltung, zu der sich die Mitarbeiter/innen nicht formell anmelden müssen und deren Teilnahme freiwillig ist, schafft eine gewisse Leichtigkeit. Gleichzeitig ist die Zahl der Teilnehmenden eine wichtige Rückmeldung für die Ausgestaltung des Tages. Mitunter nehmen auch Leitungskräfte teil, aber die eigentliche Zielgruppe sind die Mitarbeiter/innen.

Auf der Veranstaltung werden jedes Jahr fünf unterschiedliche Fallgeschichten präsentiert. Zusätzlich haben wir uns vorgenommen jedes Jahr einen Workshop aus dem Themenkomplex der fallunspezifischen Arbeit (FuA) zu integrieren. Es werden keine externen Referenten eingeladen, sondern die Referenten kommen aus den Stuttgarter Beratungszentren oder sozialräumlich tätigen Trägern, also aus der Stuttgarter Praxis. Damit dies funktioniert, ist einiges an Werbung und Nachfassen erforderlich, aber es hat letztlich bisher jedes Jahr geklappt. Falls potenzielle Referenten/innen noch Unterstützung in der Vorbereitung oder Material, eine Moderation in der Gruppe oder sonstigen Support benötigen, versuchen wir dies möglich zu machen.

Die vorgestellten Fälle werden in den meisten Workshops sowohl von Jugendamtsmitarbeiter/innen als auch von Kolleginnen der freien Träger vorgestellt. Wie schon erwähnt, hatten wir versucht, inhaltlich zu steuern, und dem Fallgeschichten-Workshop eine Überschrift gegeben. In Bezug auf den Fallgeschichten-Workshop zum Thema Kinderschutz hat dies auch funktioniert, bei anderen fachlichen Überschriften hatten wir jedoch keine guten Erfahrungen gemacht. Die Suche nach guten Fallgeschichten zur Überschrift „Stationäre Hilfen und die Zusammenarbeit mit Eltern“ hat uns im Jahr 2007 nicht genügend Workshops beschert. Die Befragung der Leitungskräfte zeigte, dass Mitarbeiter/innen die Festlegung auf eine inhaltliche Überschrift als eine hohe Erwartungshaltung an die Qualität der Fallgeschichte empfanden und dies zu großer Zurückhaltung führte. Letztlich öffneten wir auch den Workshop im Jahr 2007 für alle anderen Themen und konnten so die Veranstaltung mit genügend Geschichten füllen.

Die Referenten/innen präsentieren ihre Fallgeschichten in aller Komplexität und mit allen Wendungen und Entscheidungen und stellen sie zur Diskussion. Die Fälle sind zum Großteil nicht aktuell und werden daher nicht aus einem Handlungsdruck vorgestellt. Fühlt sich der Referent nicht in der Lage, die Moderation der Diskussion zu übernehmen, wird zusätzlich ein Moderator gesucht. Allerdings werden viele Fälle im Team präsentiert, das sowohl aus Jugendamtsmitarbeiter/innen als auch Mitarbeiter/innen der HzE-Träger besteht, so dass sich Präsentation und Moderation gut aufteilen lassen.

Pro Fallgeschichte werden 2,5 Stunden eingeplant. An einem Fallgeschichten-Workshop finden drei Fallgeschichten gleichzeitig am Vormittag statt und drei Fallgeschichten gleichzeitig am Nachmittag (**Abbildung 1**).

Der zeitliche Ablauf zur Übersicht		
9:00 – 9:30 Uhr	Begrüßung, Kurzpräsentation der Fälle und Einteilung der Fallgruppen	
9:30 – 12:00 Uhr:	Fall 1 - 3 laufen parallel	
12:00 – 13:30 Uhr	Mittagspause	
13:30 – 16:00 Uhr	Fall 4 – 6 laufen parallel	
16:00 – 16:15 Uhr	gemeinsamer Abschluss	

Abbildung 1

© Oliver Herweg

Die Bezeichnungen „B 1“, „B 9“ usw. in der Abbildung kennzeichnen die Stadtgebiete aus denen die Fälle vorgestellt werden. Die Stadt Stuttgart ist in zehn solcher Stadtgebiete aufgeteilt, die Bereiche genannt werden und durchnummeriert sind. Die Botschaften der Präsentationen werden vorher mit den Referenten besprochen.

Beispiele

Die Workshops, für die sich die Teilnehmer entscheiden können, werden in folgender Weise in der Einladung angekündigt (**Abbildung 2 und 3**).

Beispiele aus dem Jahr 2009:

Stadtgebiet 10	Stadtgebiet 1	Stadtgebiet 9
„Ingo, eine Herausforderung für eine Wohngruppe“ Oder „sozialräumlich enge Kooperation als Voraussetzung einer stationären Hilfe“	„Das Gras wächst nicht schneller, indem man daran zieht.“ Ein Angebot für junge Menschen mit intensivem sozialpädagogischem Betreuungsbedarf. Drei Fallbeispiele als Input - gefragt sind Erfahrungen der Teilnehmer mit BJW und Rückmeldung zur präsentierten Konzeption.	Fachkonzept ELISA Präsentation des Konzeptes und Darstellung eines Fallbeispiels ELISA ergibt sich u. a. durch E wie Eltern, L wie Liebe, I wie Interaktion, S wie Spaß und A wie anstrengend.

Stadtgebiet 2	Stadtgebiet 4	Stadtgebiet 6 und 3
Erfolgreiche Rückführung Bericht über die erfolgreiche Rückführung und Integration eines externen stationären Falls aus einer Spezialeinrichtung in die Herkunftsfamilie und in den Sozialraum.	Das Seminar mit den Herkunftseltern Mit Eltern, deren Kinder in einer stationären Einrichtung sind, wurde ein mehrtägiges Seminar durchgeführt und eine Austauschgruppe gegründet.	Eltern Kind Treff (FuA) Präsentation der Eltern Kind Treffs in Vaihingen und Bad Cannstatt

Abbildung 2

© Oliver Herweg

Einige Sätze zum Fall Ingo: Die stationäre Unterbringung eines jungen Menschen in unmittelbarer Nähe seines Elternhauses bietet viele Vorteile, kann aber auch ein sehr dynamisches Element im Hilfeverlauf bedeuten. Besonders schwierig und fachlich sehr sensibel zu betrachten ist dies im Fall von Eltern, die sich in Bezug auf die stationäre Hilfe sehr ambivalent verhalten. Dem jungen Menschen wird an einem Tag das Signal gesendet, dass es doch eigentlich viel besser wäre, wenn er/sie wieder zuhause wohnen würde, während eine Woche später der Kontakt zu den Eltern abrupt und ohne Erklärung für einige Tage wieder abbricht. In dem Fall „Ingo“ ging es vor allem um die Absicherung, dass alle Beteiligten hinter der stationären Hilfe stehen und dies, obwohl Elternhaus und Einrichtung nur etwa 200 Meter voneinander entfernt waren. Im Alltag muss dabei immer wieder gut geregelt und nachgesteuert werden, wer den Kontakt zu Schule, Ärzten, den Freunden der Familie usw. hält und gestaltet. Insofern stellte die Fallgeschichte eine besondere Herausforderung im Kontext sozialräumlicher Erziehungshilfen dar und war anknüpfungsfähig für Mitarbeiter/innen aus anderen Stadtgebieten in Stuttgart.

Der Workshop zu dieser Fallgeschichte kam u. a. zu dem Schluss, dass mit der sozialräumlichen stationären Versorgung vor allem der/die Jugendamtsmitarbeiter/in in besonderer Weise gefordert bleibt. Bis es zu einer stationären Hilfe kommt, hat der/die Jugendamtsmitarbeiter/in in der Regel bereits im Vorfeld intensiv und oft über einen längeren Zeitraum hinweg mit dem Kind/dem Jugendlichen und der Familie gearbeitet. Im Zusammenhang mit der stationären Versorgung ist oft auch eine „Ruhephase“ im Familienleben, aber auch für die beteiligten Fachkräfte anvisiert. Ist das Kind jedoch direkt in der Nähe untergebracht, tritt diese Ruhephase nicht automatisch ein, denn der Alltag bietet zahlreiche Schnittstellen und damit weiterhin Reibungspunkte. Oft besteht die Notwendigkeit, zu vermitteln und immer wieder die Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Herkunftseltern und der stationären Einrichtung neu zu verhandeln und auszubalancieren. Diese Besonderheit wurde bei der Fallpräsentation sehr deutlich und spiegelt sich im Alltag aller Jugendamtsmitarbeiter/innen in Stuttgart wider.

Im zweiten Fall aus dem Stadtgebiet 1 ging es nicht um einen Einzelfall, sondern um eine Konzeptidee, wie Betreutes Jugendwohnen im sozialräumlichen Kontext gestaltet werden kann. Die Mitarbeiter/innen stellten ihr trägerinternes Konzept vor und forderten die Teilnehmer/innen zu einer Rückmeldung und Konzeptdiskussion auf.

ELISA ist ein Konzept für ein Elternintensivtraining, das ein Stuttgarter Träger entwickelt hat und vor allem Mütter mit sehr kleinen Kindern in den Fokus nimmt. Das Training

dauert sechs Monate und bezieht sich auf die Alltagsorganisation. Durch die Vorstellung auf dem Fallgeschichten-Workshop konnten Fachkräfte aus anderen Stadtgebieten das Konzept diskutieren, Erfahrungen teilen und vielleicht einzelne Aspekte in den eigenen Arbeitsalltag integrieren.

Beispiele aus dem Jahr 2011:

Stadtgebiet 1, 4, 7 Sicher ist, dass nichts sicher ist! Vorstellung der Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen, verschiedene Betreuungsangebote, Gruppenarbeit und das Patensystem	Stadtgebiet 8 Wer ist denn hier krank? Präsentation eines ambulanten Falls einer psychisch kranken Mutter und deren 8-jähriger Tochter.	Stadtgebiet 2 Schul-Kooperationsprojekt GEMSE (FuA) Wie können Schule, Sonderschule, Hilfe zur Erziehung und Beratungszentrum kooperieren? Es wird aus den Erfahrungen des Kooperationsprojektes „GEMSE“ vom Standort Neugereut berichtet.
Stadtgebiet 4 Der Familienrat in der Praxis Von der Beinahe-Inobhutnahme zur familiennahen Lösung durch Familienrat	Stadtgebiet 2 Elternaktivierung Am Beispiel des SIT-Modells und Übertragungserfahrungen in die Praxis.	

Abbildung 3

© Oliver Herweg

Es besteht natürlich bei dieser Form der Veranstaltung die Gefahr, dass nur die positiven Verläufe vorgestellt werden. Die Teilnehmenden wollen aber auch zusätzlich hören, wie mit gescheiterten Fällen oder mit Fehlern und Risiken in einem Fall umgegangen wurde und welche Konzepte dazu in den Stadtgebieten existieren, um sich darüber auszutauschen. Aus meiner Position heraus ist dieser breite Anspruch jedoch schwer beeinflussbar, da niemand in diesem Veranstaltungsformat dazu verpflichtet werden kann, über einen schwierigen Fall, die eigenen Zweifel und Fragen vor anderen Kollegen/innen zu berichten.

Zu Beginn der Veranstaltung werden alle Fälle zunächst ganz kurz dargestellt, so dass die Teilnehmer/innen eine Entscheidungshilfe haben, für welchen Fall sie sich entscheiden und in welche Gruppe sie gehen. Die Gruppen sind daher auch unterschiedlich besetzt und schwanken von 10 bis 30 Zuhörenden. Diese unkalkulierbare Gruppengröße stellt gleichzeitig auch eine organisatorische Herausforderung dar. Als Organisationsverantwortlicher weiß ich vor der Veranstaltung weder, wie viele Mitarbeiter/innen insgesamt teilnehmen, noch wie viele an welchen Gruppen teilnehmen.

Da in vielen Fallgeschichten auch Akteure anderer Professionen involviert sind, sind wir bestrebt, diese auch in die Fallpräsentation einzubeziehen. Im letzten Jahr wurde beispielsweise eine Präsentation von einer Rektorin einer Grundschule durchgeführt. Dabei ging es um ein Kooperationsprojekt zwischen dieser Grundschule, einer Sonderschule für Erziehungshilfe, dem Beratungszentrum und dem sozialräumlich arbeitenden HzE-Träger.

Letztlich erweitert sich über die Fallkonstellationen das mögliche Spektrum der Referenten und dieses Potenzial gilt es noch weiter zu entwickeln. Dabei ist es aus Sicht der Jugendhilfeplanung ein wichtiges Qualitätsmerkmal dafür, ob es gelingt, nicht nur die (öffentliche) Jugendhilfe zu Wort kommen zu lassen. Aber auch die Perspektive der Eltern und der Kinder bzw. Jugendlichen versuchen wir in verantwortlicher Weise mehr und mehr in die Veranstaltung zu integrieren. Dazu gehört auch, dass die Fachkräfte den Familien im Vorfeld von Ihrer Idee erzählen, ihre Geschichte auf dem Fallgeschichten-Workshop zu präsentieren. Zwar werden die Fälle selbstverständlich anonym vorgestellt, es kam jedoch auch vor, dass wir die Eltern im Vorfeld mit ihrem Einverständnis zu Ihren Erfahrungen befragten und die Interviews beispielsweise in einem Film festhielten.

Für die Referenten/innen entsteht im Zusammenhang mit dem Fallgeschichten-Workshop ein nicht unerheblicher Vorbereitungsaufwand. Ich bekomme aber gleichzeitig häufig die Rückmeldung, dass sich der Aufwand für die Referenten/innen selbst gelohnt hätte, da eine derartig intensive Reflexion des betreffenden Falls von seinem Beginn bis zu seinem Abschluss sonst kaum im Arbeitsalltag untergebracht wird. Gerade wenn im Vorfeld der Veranstaltung die Kinder und die Eltern nach ihren Aspekten der Fallgeschichte befragt werden, entsteht auf Seiten der involvierten Fachkräfte ein geschärfter Blick für den jeweiligen Fallverlauf, der bei anderen Fällen nicht üblich ist. Außerdem erhalten die Referenten die Möglichkeit, ihre Fälle didaktisch aufzubereiten, was noch einmal einen verdichteten Blick auf die Fälle erlaubt.

Die Fallvorstellung wird im Team von meist mehreren Personen vorbereitet. Es ist bemerkenswert, mit wie viel Kreativität und Spaß die bisherigen Workshops gestaltet wurden. Zum Beispiel hatte eine Mitarbeiterin für die Fallgeschichte einen Sack mit Schuhen mitgebracht und stellvertretend für jeden am Fall Beteiligten ein Schuhpaar im Raum aufgestellt. Anhand des Stiles der Schuhe wurde auch die präsentierte Person charakterisiert. Da sie nur wenige Männerschuhe dabei hatte, forderte sie einzelne Teilnehmer auf, ihr noch Schuhe zu Verfügung zu stellen, und schon war die ganze Gruppe in eine lebendige Fallgeschichte verwickelt und auch die Unterhaltung und Freude kam nicht zu kurz. In einem anderen Workshop wurden als Stellvertreter nicht Schuhe, sondern Playmobilfiguren verwendet.

In einem anderen Workshop wurden das Vorgehen und die Methode des Familienrates präsentiert. Im Rahmen des Konzepts zum Familienrat schulen wir in Stuttgart Bürger/innen, die keine sozialpädagogische Ausbildung haben, zu Familienratskoordinatoren/innen. Die in dem ausgewählten Fall tätige Familienratskoordinatorin konnte auch gewonnen werden, den Workshop mit ihrer Sichtweise zu bereichern. Um auch die beteiligten Familienmitglieder zu Wort kommen zu lassen, wurden im Vorfeld des Workshops Interviews zu ihrer Sichtweise auf diesen Familienrat geführt. So wurde auch dieses Konzept anhand eines konkreten Falls zur Diskussion gestellt und gleichzeitig ein Stuttgart-weites Entwicklungsthema platziert.

Neben Interviews und Schuhen werden immer wieder auch Flipchartpapier und Packpapierbögen verwendet, gerade um die Fallhistorie darzustellen. So werden in einigen Fallvorstellungen anhand eines Zeitstrahls die wichtigen und entscheidenden Momente grafisch dargestellt (**Abbildung 4**). Bewährt hat sich auch die Darstellung der Familienkonstellation mittels Genogrammen (**Abbildung 5**).

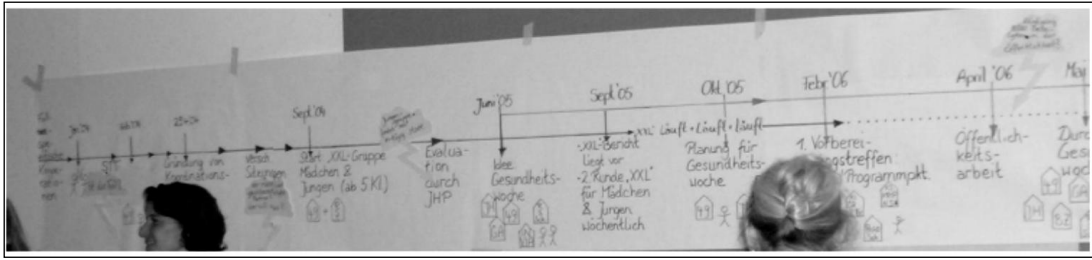


Abbildung 4

© Oliver Herweg

Hinter jeder Geschichte steckt im Prinzip ein Konzept. In dieser Mischung liegt die Chance der Veranstaltung. Die individuellen Geschichten allein wären mit der Zeit vermutlich uninteressant. Das mit dem Einzelfall verbundene Wissen, die Standards und Handlungsabläufe innerhalb der Trägerkultur und Struktur sowie der Beratungszentren des Jugendamtes werden über diese Geschichten transportiert und sichtbar.

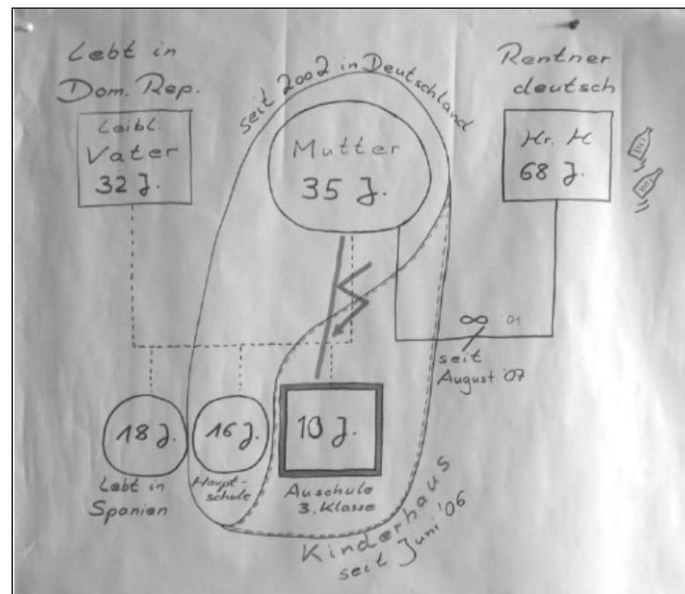


Abbildung 5

© Oliver Herweg

Bei der Durchführung der ersten drei Fallgeschichten-Workshops versuchten wir noch, anhand verschiedener Formate die wichtigsten Inhalte aus den Arbeitsgruppen ins Plenum zu vermitteln und am besten noch aus dem Plenum einen Abschlussbericht mit den wichtigsten Erkenntnissen für die ganze Stadt Stuttgart zu erarbeiten. Allerdings waren für sämtliche von uns ausprobierten Formen der inhaltlichen Zusammenführung das Engagement und die Aufmerksamkeit der Zuhörerschaft oft nicht mehr vorhanden. Daher verzichten wir mittlerweile auf ein Zusammenführen der Inhalte in einem Plenum. Das Ende der Veranstaltung findet zwar in Form eines Plenums statt, dies wird jedoch hauptsächlich zu Danksagungen an die Referenten/innen genutzt. Über die Fallgeschichten wird in den Pausen und nach der Veranstaltung noch viel diskutiert und die Teilnehmer/innen tauschen sich auf informellen Wegen aus.

4. Gewinne und Erkenntnisse

Der Fallgeschichten-Workshop ist die einzige stadtweite, regelmäßige Veranstaltung, die sich dezidiert an die Mitarbeiterschaft der Beratungszentren und sozialräumlichen HzE-Träger wendet. Der Workshop

- fördert den trägerübergreifenden Austausch auf der Mitarbeitererebene, über Stadtgebiete und auch über Professionen (Schule, Gesundheitswesen u. a.) hinweg,
- betont die gemeinsame Verantwortung
(Die Träger sind Teil des Hilfesystems der Stadt Stuttgart. In Rahmenverträgen sind die gemeinsamen Ziele festgeschrieben),
- bringt stadtweite Themen auf die Agenda (Kinderschutz, unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, fallunspezifische Arbeit, Familienrat...),
- birgt die Gefahr einer Leistungsschau der Träger: Auch wenn die hier genannten Beispiele aus den Jahren 2009 und 2011 den Eindruck erwecken, dass lediglich Konzepte vorgestellt werden, handelt es sich doch in der Regel um Fälle, die mit einem bestimmten Konzept verbunden sind. Dass mitunter die Träger diese Geschichten dazu nutzen, Werbung für ihr Konzept als Teil des Erfolges in einem Fall zu machen, liegt natürlich nahe und gehört dazu.

Der Workshop schafft die Möglichkeit, **sich ohne aktuellen Arbeitsdruck auf komplexe Fälle einzulassen:**

- Bei der Vorbereitung erfahren die Referenten/innen einen Reflexionsgewinn:
 - Präsentation fordert didaktische Aufarbeitung,
 - Gesamtzeitraum wird betrachtet,
 - die Beteiligten werden nochmals „interviewt“.
- Der Workshop transportiert implizites Wissen und Handlungsrepertoire.
- Es ist Zeit für Nachfragen gegeben, so entsteht auch ein Dialog auf Fachkräfteebene („**dialogische Kommunikationskultur**“)² und
- eine offene Atmosphäre („**interorganisationale Lerngemeinschaft**“)³.

Die dialogische Kommunikationskultur stellt einen hohen Anspruch dar, Ansätze dafür sehe ich in unserem Fallgeschichten-Workshop.

„Lebenswelt“ wird von Jahr zu Jahr präsenter:

- Unterschiedliche Methoden für die Repräsentation der Netzwerke:
Kärtchen, Stellvertreter (Figuren, Schuhe), Interviews, Filme, Rollenspiele, Statements.

² Aus NZFH Workshop Nov. 2011 Vortrag „AFL- Projektteam“ mit Prof. Dr. Reinhart Wolff

³ ebenda

- Persönliche Anwesenheit einzelner Vertreter der Netzwerke: unbegleiteter minderjähriger Flüchtling und sein „Pate“, Familienratskoordinatorin, Pflegeeltern, Verwandtschaftspflegeeltern, 29 aktive Referenten/innen beim Fachtag 2011.
- Übernahme einer Workshopleitung durch eine Rektorin,
- **„Förderung der Partizipation aller Stakeholder im Fallverlauf (Kinderschutz)“⁴.**
- Auf der Veranstaltung wird auf eine Zusammenschau oder Gesamtanalyse verzichtet.
- Auf der Veranstaltung wird auf die Berichterstattung aus den einzelnen Workshops verzichtet.
- Sinnvoll ist eine kleine Gruppe, die den Tag vor- und nachbereitet.

Das Lernen findet eigenverantwortlich anhand von Fallgeschichten zwischen Offenheit und systematischem/r Vorgehen/Struktur statt.

Wer mit der Organisation solcher Workshops befasst ist, merkt, dass es sehr schwierig ist, einen systematischen Erkenntnisgewinn zu generieren, festzuhalten und zu transportieren. Meine persönlichen Erfolgskriterien als Organisator und Jugendhilfeplaner liegen ganz banal darin, dass etwa 100 Kollegen teilnehmen und ich immer genügend Referenten/innen respektive Fälle finde. Als Organisation Jugendamt kann man jedoch an dieser Stelle nicht aufhören. Daher ist es nach meiner Erfahrung wichtig, eine kleine Gruppe – wie zum Beispiel den Fachzirkel Kinderschutz – zur Vor- und Nachbereitung der Veranstaltung einzusetzen. Der Fachzirkel Kinderschutz hatte sich nach dem Workshop zum Kinderschutz mit der Aufbereitung dessen auseinandergesetzt, was das *Fachteam* aus dem Tag lernen und wie man das transportieren kann, um einen Gewinn für die Organisation zu generieren.

Der nächste Fallgeschichten-Workshop im Jahr 2012 steht unter der Überschrift „Elternaktivierung“. In Stuttgart gibt es zu diesem Thema unterschiedliche Praxiserfahrungen und zahlreiche konzeptionelle Ansatzpunkte, die letztlich viele Fallgeschichten produzieren.

Probieren Sie es doch auch bei sich in der Stadt einmal aus und spüren Sie dem Potenzial von Geschichten nach, Sie werden überrascht sein.

⁴ ebenda

Eindrücke von der Fachtagung – Feedback einer am Kinderschutz interessierten Journalistin

CAROLINE FETSCHER

Redakteurin, „Der Tagesspiegel“, Berlin

Für die Einladung zu dieser enorm wichtigen, hoch interessanten Tagung und für das Vertrauen, das Sie mir damit entgegenbringen, danke ich Frau Landua, dem Deutschen Institut für Urbanistik und Ihnen allen. Für mich ergaben sich eine Menge wertvoller Eindrücke vom Hintergrund Ihrer Arbeit und ich gebe Ihnen gerne einige, naturgemäß teils subjektive, Eindrücke und Gedanken als Feedback dazu.

Von der großen Ernsthaftigkeit und gesellschaftlichen Sorge, mit der Sie alle diese Thematik in ihren jeweiligen Dienststellen angehen, kann man nur beeindruckt sein. Ihre Arbeit gehört zu den wohl schwierigsten sozialen Aufgaben, die es in unserer Republik gibt. Sie erfordert das Erfassen und Einschätzen von zahllosen Faktoren, gebraucht wird ein hohes Maß an professioneller Differenzierung bei ununterbrochener Neuorientierung, denn jeder „Fall“ liegt anders.

Ihre Arbeit verdient Wertschätzung, das ist keine Frage. Ihre Arbeit erhält zu wenig Wertschätzung, das wurde nicht nur auf dieser Tagung oft deutlich. Für diese Wertschätzung und Unterstützung wäre die Öffentlichkeit zuständig, also auch die Medien. „Warum aber geschieht das so wenig?“ habe ich mich gefragt. Jugendämter, hörte man hier oft, seien „der Buhmann“, „der Sündenbock“, sie tun entweder zu viel (sie nehmen das Kind aus einer angeblich völlig intakten, harmlosen Familie in Obhut) oder zu wenig (sie haben Leid und Todesfälle bei Minderjährigen nicht verhindert).

Mir wurde besonders am Beispiel des Qualitäts- und Risiko-Managements aus dem klinischen Bereich, auf das man bei Gesprächen immer wieder zurückkam, deutlich, dass es sehr viel einfacher scheint, für eine Institution mit klar umrissenen Aufgaben und Standards ein Risiko-Management zu entwerfen und zu implementieren.

Die **Unterschiede** liegen auf der Hand:

Klinik:

- Der Patient kommt in der Regel freiwillig.
- Mediziner stellen fest, was ihm fehlt.
- Er und die Ärzte wollen, dass er gesund wird.
- Eine gesetzliche oder private Kasse wird für ihn zahlen, was Klinik und Personal zugutekommt.
- Er bleibt während der Behandlung am selben Ort, dort...
- ... sind für jede seiner Beschwerden, jedes seiner Symptome Spezialisten zur Stelle, die abklären, was zu tun ist.
- Klinikpersonal genießt hohes Ansehen, es wird relativ gut bezahlt.

- Kunstfehler und Pannen werden meist systematisch betrachtet.
- Trotz existierender Fehlerquoten sinkt das Ansehen der Ärzte nicht.

In Fällen, in denen geholfen wurde, kann man als Mitarbeiter mit gutem Gefühl nachhause gehen: Der Tag hat sich gelohnt. Ihre Arbeit, stelle ich mir vor, ist in vieler Hinsicht das Gegenteil.

Jugendamt:

- Der Klient (Eltern, Mutter, Vater usw.) kommt selten freiwillig.
- Was genau fehlt oder nottut, wird oft erst verborgen und muss mühsam „ermittelt“ werden.
- Klient und Amt wollen nicht unbedingt dasselbe.
- Klienten zahlen nicht, sie kosten, sie müssen staatliche Leistungen erhalten, von denen das Amt „nichts hat“.
- Klienten, Sozialarbeiter, Amtsleiter sowie Spezialisten für Probleme (Sucht, Trauma, psychische Störungen) sind nicht am selben Ort.
- Das Personal von Jugendämtern genießt kein vergleichbares Ansehen wie Klinikpersonal, es wird teils weniger gut bezahlt.
- Fehler und Pannen erregen öffentliche Empörung, da das Kindeswohl aufs Spiel gesetzt oder das Leben von Kindern verloren wurde.
- Die Öffentlichkeit sieht nicht die Erfolge der Ämter im Hintergrund, sondern nur die Fälle massiven Versagens.

Am Abend nachhause zu gehen mit dem Gefühl: Das war ein guter Tag, da ist jemand – ein Kind, eine Familie – „geheilt entlassen“, dürfte selten vorkommen.

„Wir sind nun mal der Sündenbock“

Zu einer herausfordernden Arbeit in schwierigen, tendenziell unkooperativen Milieus und Kontexten, das ist mein starker Eindruck, kommt noch die Frustration hinzu, dass die Öffentlichkeit den guten, gelingenden Einsatz ignoriert, den misslungenen sanktioniert und ins Scheinwerferlicht holt.

Sollen die Ämter – die Allgemeinen Sozialen Dienste – für ihre risikoreiche und belastende Arbeit mehr Unterstützung in der Gesellschaft erhalten, müsste sich auch etwas am Umgang der Medien mit den Ämtern und am Umgang der Ämter mit den Medien ändern. Die gesellschaftliche Rolle von Fachleuten, die immer erst am Ende einer langen Kette von Problemen auftauchen, um dann stellvertretend für die ganze Kette, für die gesamte Sphäre der nicht erledigten Aufgaben einer Gesellschaft beschuldigt zu werden, ist unbefriedigend. Diese Rolle, diese Position sollte, das ist mein tiefer Eindruck, nicht so bleiben. Ändern müsste sich selbstverständlich, das hat uns der Vortrag von Professor Wolff und Professor Biesel mehr als deutlich vor Augen gehalten, etwas am Gesamtkonzept des

Kinderschutzes. In Kay Biesels akribischer Studie „Warum Jugendämter scheitern“¹ kann man eindrucksvoll nachlesen, aus welchen behördlichen, bürokratischen Traditionen die Ämter entstanden sind, mit welchen inneren und äußeren Restriktionen sie zu kämpfen haben und wie heterogen die Praxis der einzelnen Ämter ist. Sie alle sind als Mitarbeiter dieser Ämter oft innerhalb der Behördenstruktur „der Exot“ (K. Biesel), sie finden in der Struktur zu wenig finanzielle und ideelle Unterstützung und sehen sich durch „Falldruck und Zeitdruck“ häufig an den Grenzen Ihrer Kapazität. Davon weiß die Öffentlichkeit wenig, die den Skandal sieht, die Umstände aber ignoriert. Dieselbe Öffentlichkeit, die ihr Herz für „Kevin“ oder „Lea-Sophie“ oder „Chantal“ entdeckt, möchte am Tag darauf wieder 12jährige Diebe zum Beispiel in geschlossene Heime stecken oder Lehrern wieder Körperstrafen zugestehen. Vom § 1631 Abs. 2 BGB, der Kindern das „Recht auf gewaltfreie Erziehung“ zusichert, ist die Gesellschaft als Ganze noch keineswegs überzeugt. Auch das fiel mir bei der Tagung ein und es scheint mir ein interessanter, vielsagender Widerspruch, der aufzeigt, dass es gesamtgesellschaftlich noch kein kohärentes Konzept für das gibt, was „Kindeswohl“ genannt wird. Auch damit haben Sie in Ihrer täglichen Arbeit zu kämpfen, dass es quasi keinen Fragebogen gibt, der hundertprozentig korrekt ausgefüllt werden könnte, wenn ein „Fall“ abgeschlossen wird.

Wenn ich von Ihnen als Leiter von Jugendämtern einen Satz höre wie „Wir sind nun mal die Sündenböcke, damit müssen wir eben leben“, finde ich das traurig, bestürzend und, wenn ich ehrlich bin, nicht hinnehmbar. Würde man sich damit tatsächlich abfinden, würde das bedeuten, dass man sich bewusst und hinnehmend im Opferstatus aufhält und einen dysfunktionalen Diskurs mitträgt, anstatt proaktiv nach einer Änderung zu suchen. Aber der Satz, fürchte ich, ist Teil des Symptoms, das einem auf einer solchen Konferenz begegnet. Er gehört zur Gegenwart, ich würde mir – als Journalistin, Staatsbürgerin und Kinderschützerin – wünschen, dass er bald zur Vergangenheit gehört. Kein Amt kann, glaube ich, mit dem Grund-Lebensgefühl existieren, dass es im Zweifel der „Sündenbock“ ist. Das ist nicht gut für die, die im Amt arbeiten, und es färbt womöglich auch teilweise auf die Arbeit ab. Stellen Sie sich vor, Sie würden mit einer Familie, einer Mutter, einem Kind arbeiten, wo einfach gesagt wird: „Ich bin halt immer der Sündenbock, das ist nun mal so.“ Sie würden das sofort als ein pathogenes Merkmal erkennen, an dessen Veränderung Sie mit Ihren Klienten arbeiten wollten. Soll das für Sie selbst nicht erst recht gelten? Wir müssen doch eigentlich, um etwas Gesundes zu bewirken, selber halbwegs gesund sein.

Ängste an mehreren Fronten

Mir ist bei den Präsentationen von Mitarbeitern aus den Ämtern zunächst aufgefallen, dass es offenbar eine Reihe von Ängsten und Befürchtungen gibt, mit denen viele von Ihnen auf unterschiedliche Weise konfrontiert sind.

Da ist die Angst vor den Klienten selber, die immer wieder ganz anders agieren und reagieren, als man sich erhofft oder mit ihnen vereinbart hat. Also hat man Angst, dass in einer Familie „etwas schief läuft“, dass sie die Arbeit sabotiert. Passiert das, entsteht die Angst vor der Staatsanwaltschaft, die bei fatalen Fällen einzelne Mitarbeiter oder Füh-

¹ transcript Verlag Berlin, 2011

rungspersonal haftbar machen könnte. Dazu kommt die Angst vor der Öffentlichkeit, vor den Medien, die Kameras vor dem Amt aufbauen, die nach den betroffenen Familien, deren Nachbarn und nach O-Tönen jagen. Das schürt dann die Angst, dass Fakten verzerrt werden oder dass die Wahrheit ans Licht kommt und/oder, dass der Datenschutz verletzt wird. Das wiederum führt sicher im Amt selber teils zu gegenseitigen Schuldzuweisungen und Misstrauen etc. - Es wundert mich nicht, dass wir Mitarbeiter der Medien bei den Ämtern nicht beliebt sind.

Es wundert mich aber auch nicht, dass die Medien oft das Risikomanagement der Jugendämter und deren Rolle in ihrer Kernaufgabe, dem Kinderschutz kritisch betrachten.

In Situationen von Anspannung, Belastung, Stress, Angst und Unsicherheit reagieren Individuen oft überemotional, Behörden tendieren eher zu bürokratischer Abschottung, Bagatellisierung usw. Sehr anschaulich fand ich diese Dynamik in der Publikation Ihrer vergangenen Tagung zu Jugendämtern im Spiegel der Medien geschildert.

Es muss sich, das ist mein Eindruck, auf allen Seiten etwas ändern. Alles auf einmal wird nicht gehen, aber einiges lässt sich durchaus schon jetzt mit mehr Bewusstheit ändern, glaube ich.

Kommunikation: Menschliches Sprechen

Die Aussagen von Behörden-Mitarbeitern in Krisen und anderen schwierigen Situationen bedeuten für Journalisten meist, dass wir Behörden-Sprache in Bürgerdeutsch übersetzen müssen. Bei einem Verkehrsunfall ist es nicht gravierend, wenn ein Polizist von der LZA spricht, die „Lichtzeichenanlage“ und eigentlich eine Ampel meint.

Geht es um das Kindeswohl, besonders aber auch um Fälle, in denen Kinder trotz Betreuung der Familie durch das Amt zu Tode gekommen sind – man kann ja leider durchaus in manchen Fällen sagen, sie sind von Müttern, Vätern, Partnern eines Elternteils ermordet worden –, wirkt bürokratische oder bagatellisierende Sprache verheerend. Wenn zum Beispiel der Tod eines Kindes als „ein unerwünschtes Ereignis“ bezeichnet wird, anstatt als die Katastrophe und Tragödie, die er bedeutet, ist der Eindruck erschreckend. Selten fallen Worte echten Bedauerns im Tonfall echten Bedauerns, etwas wie: „Wir wollten dieses Kind retten und schützen, wir hatten dieses Kind unter unseren Fittichen, wir haben es nicht retten können und sind darüber zutiefst bestürzt.“

Solche Worte sind aus mehreren Gründen nicht da. Es kann sich auf der Seite des Mitarbeiters um einen Versuch handeln, eigene Emotionen in den Griff zu bekommen oder abzuwehren, es kann ein Symptom der Angst vor Verurteilung und Konfrontation sein, es kann auch tatsächlicher seelischer Echelosigkeit entspringen, die im Lauf von Überlastung, Gegenübertragungen und der Abwehr eigener, psychischer Inhalte entstand. Den meisten Berichterstatte(r)n wird nichts davon von alleine einleuchten. Sie werden die „bürokratische Sprache“ als unempathische Reaktion einstufen und dieses Gefühl geht wiederum, direkt oder indirekt, reflektiert oder unreflektiert, in die Berichterstattung ein. Wo das Amt bagatellisiert oder verdinglicht, wird die Presse eher noch „fuchtiger“. Sie spiegelt die wütende Emotion der Bürger angesichts der Vorkommnisse, ohne sich über Hintergründe bewusst im Klaren zu sein oder über sie mehr erfahren zu wollen.

Das wiederum verstärkt bei den Behörden, beim Amt den Eindruck: Die Presse mag uns nicht, die Öffentlichkeit misstraut uns. Zugleich hält es einen Teil der potenziellen Klienten davon ab, sich selber beim Amt zu melden, um Hilfen zur Erziehung zu finden. So wird ein unschöner Kreislauf negativer Verstärkungen am Laufen gehalten, den es, meiner Meinung nach, zu unterbrechen gälte.

Das Positive bekannter machen

Mehrfach habe ich hier von Ihren Kollegen gehört, dass die positiven Ergebnisse der Arbeit, der mühsame Alltag im Einsatz für Familien, kaum öffentlich bekannt sind und gewürdigt werden. Wir wissen als Öffentlichkeit in der Tat viel zu wenig.

Ein sehr schönes Beispiel für einen Informationsweg berichtete eine Ihrer Kolleginnen aus Karlsruhe gestern in einer Arbeitsgruppe. In Karlsruhe gestaltet das Jugendamt eine Art „interne Boulevardzeitung“, wie die Kollegin das nannte, in der einmal im Monat anonymisierte Fallskizzen zu finden sind, die die Schwere der Arbeit, die komplexen Situationen aller Betroffenen zum Ausdruck kommen und durch das Erzählen möglich machen, dass man nachempfinden, mitempfinden, sich hineindenken kann. (Mir fällt dabei eine Situation ein, die eine Bekannte, Lehrerin, neulich an ihrer Schule erlebt: Das Jugendamt tauchte mit Polizei auf, um einen Jungen in Obhut zu nehmen, dessen türkischer Vater als Witwer allein mit sechs Kindern sein Leben nicht in den Griff bekommt, Familienhilfe aber ablehnt. Wie, fragt sich jeder, soll man eine solche Familie gut und sinnvoll unterstützen? Das ist eine Riesenaufgabe.) Bekommen die Mitarbeiter im Bürgermeisteramt oder anderen Behörden diese Schilderungen in die Hand, wächst ihr Verständnis für die Aufgaben der Jugendämter und ihr Respekt vor deren Leistung.

Anregend fand ich auch das Beispiel „Workshop Fallgeschichten“, das Oliver Herweg aus Stuttgart in einer der Arbeitsgruppen geschildert hat. Als Leiter der Jugendhilfeplanung lädt er einmal im Jahr sämtliche Akteure, sogar die Laien, also etwa Paten unbegleiteter, minderjähriger Flüchtlinge, ein, sich direkt über Konzepte und Methoden anhand konkreter Fälle zu informieren. So lernen sie einander kennen, die freien Träger, die Mitarbeiter der Jugendämter usw., und können anhand der Fallgeschichten nachvollziehen, wie die Arbeit konkret aussieht. Zu solchen Workshops könnte man auch gezielt einzelne Redakteure einladen, die sich für die Themen engagieren. Auf alle Fälle schafft aber schon der Workshop eine interne Vernetzung, also eine Art interner Öffentlichkeit, die gewiss nach außen abstrahlt.

Durch solche Projekte wird Empathie mit den betroffenen Familien hergestellt, aber auch Empathie mit denen, die sich dieser Familien hauptberuflich annehmen. Hat man einen besseren, realistischeren Gesamteindruck der Arbeit, ist der Fokus auf Versagen, Fehler, Schuldzuweisungen etc. weniger stark. Zugleich wird der realistische Blick offenbaren, dass und warum die Jugendämter bessere Ausstattung, verstärkte Qualifikation, mehr Vernetzung mit Experten von außen brauchen. Sie könnten die Medien nutzen, um gerade darauf aufmerksam zu machen, und für die Bedarfsdeckung gewissermaßen zu trommeln.

Doch die Informationen an die Öffentlichkeit, an die Gesellschaft, für die das Amt ja da ist, werden noch nicht kontinuierlich und professionell aufbereitet und verbreitet, son-

dern spielen nur im Krisenfall eine Rolle. Dann wiederum geht es von allen Seiten oft schief. Es ist, in meinen Augen, kein Wunder, dass die großen Themen, mit denen Sie eigentlich zu tun haben, kaum im Zentrum des Interesses an den Jugendämtern stehen. Sie haben zu tun mit der Marginalisierung von Teilen der Gesellschaft, dem Verlust erzieherischer Kompetenz in der medialisierten Welt der privaten Haushalte, mit den Folgen von Arbeitslosigkeit und einem wachsenden Prekariat, mit traumatisierten, drogenabhängigen, gewalttätigen oder psychisch gestörten Eltern, die traumatisches Material an Kinder als ihre Blitzableiter und Sündenböcke weitergeben. All das spielt in der öffentlichen Wahrnehmung der Jugendämter eine geringe Rolle. Ebenso wenig wie Ihre gute, gelingende, präventive Arbeit. Und noch weniger der Bedarf an finanzieller, qualifizierender, anerkennender Unterstützung, den Sie als Amt haben.

Mir sind im Lauf der Tagung ein paar vermutlich typisch „journalistische“ Ideen in den Sinn gekommen, die ich Ihnen gern als Anregung mitgeben würde und die der Öffnung der Ämter in die Gesellschaft eventuell dienen könnten.

Kommunikation mit den Medien:

- Den Jugendämtern fehlt die Einrichtung einer professionellen, bundesweiten Pressestelle, die an die Öffentlichkeit mehr Inhalt vermitteln kann, als es bisher mit den „von Fall zu Fall“ einberufenen Pressekonferenzen geschieht.

Eine solche Pressestelle, wie fast alle gesellschaftlichen Akteure und Institutionen sie unterhalten – Polizei, Behörden, Konzerne etc. –, könnte auch in Zeiten „ohne Krise“ die Öffentlichkeit auf dem Laufenden halten. Zentrale Probleme Ihrer Arbeit – Ressourcen, Personal, Qualifizierung, Standards – könnten einer breiten Öffentlichkeit bewusst gemacht werden. Auch so etwas wie das Vermitteln der Tatsache, dass das Kinderschutzgesetz keine verbindlichen Standards aufweist (da der Gesetzgeber die Folgekosten scheut) müssten sie nicht allein den Lobbygruppen überlassen, sondern könnten – als die am meisten sekundär Betroffenen – selber proaktiv Stellung dazu beziehen.

- Die Jugendämter könnten professionelle, profitorientierte Organisationen der Unternehmensberatung (etwa McKinsey) darum bitten, pro bono den Ist-Zustand zu evaluieren, was Personal, Aufwand, Budgets betrifft, und Empfehlungen zu entwickeln. Einige dieser Organisationen arbeiten gerne *pro bono* für einen guten Zweck – sie können sich das leisten und tun es zudem für ihr Image. Mit klaren Fakten hätten Sie im Amt bessere Argumentationsgrundlagen für Ihre Forderungen an die Kommunen etc.

Ich gebe zu, dass ich die komplexe Gemengelage zwischen Bund, Ländern und Kommunen im Kinderschutz nicht wirklich ganz durchschaue, und habe auch verstanden, dass es nicht einfach ist, irgendetwas länderübergreifend gemeinsam zu unternehmen, zumal Ihre Interessen und Schwerpunkte teils je nach Region oder Betriebskultur variieren. Aber es gibt offenbar gemeinsame starke Anliegen, auf die man sich einigen könnte.

- Denkbar wäre ebenso, dass die Jugendämter eine gemeinsame bundesweite Website einrichten, auf der Lehrer, Eltern, Erzieher und die Öffentlichkeit Informationen erhalten. Es könnte ein Portal sein, das die Ämter vernetzt. Auch Ansprechpartner

der einzelnen Ämter, Links etc. könnten auf einer solchen Website „www.jugendamt.de“ zu finden sein. Denkbar wären vielleicht auch textliche Darstellungen, wie im Beispiel der „Boulevard-Zeitung“ mit anonymisierten Fallberichten.

Wir haben auf der Tagung von Professor Wolff und Professor Biesel gehört, dass es zeitgemäß und richtig wäre, sich von den überholten Konzepten der „reaktiven Devianzkontrolle“ im Kinderschutz zu verabschieden und stattdessen zu präventiven, multiprofessionellen, interaktiven Netzwerkorganisationen zu gelangen. So einleuchtend das Ziel ist, dafür müssen Politik und Gesellschaft noch enorm viel umlernen, umdenken, Bewusstsein gewinnen. Auf dem Weg zu diesem visionären Ziel stehen Sie als Leiter und Mitarbeiter von Jugendämtern deshalb zurzeit meist noch relativ am Anfang. Mit solchen Zielen vor Augen und in dem Bewusstsein, nicht „Sündenbock“ zu sein, sondern auf einem der heikelsten, sensibelsten und folgenreichsten Terrains zu arbeiten, das die Gesellschaft kennt – der Schutz von schutzlosen kleinen Menschen, die eine Zukunft haben sollen – können Sie dennoch schon jetzt einiges unternehmen. Dazu scheinen mir Tagungen wie diese, am Deutschen Institut für Urbanistik in Berlin, eine großartige Einrichtung, die mit zur Vernetzung und auch zum interdisziplinären Austausch beitragen kann.

Es wäre schade, nachgerade falsch, wenn Sie Ihre Berufung, Ihren Idealismus, Ihren Einsatz als Anwälte der Familien und besonders der gefährdeten Kinder aus den Augen verlieren müssten, weil Sie sich an amtlichen und öffentlichen Fronten vor allem um Ihren eigenen Schutz bemühen müssen. Wie Professor Wolff sagte: Das Kind, das im Mittelpunkt aller Bemühungen stehen sollte, wird dabei aus dem Blick verloren. Das Kind, die Kinder und ihr Schutz, haben die allermeisten von Ihnen einmal in die Position gebracht, in der Sie heute sind. Es ist wirklich, so viel mehr als jeder andere Beruf, eine Berufung: Die Kinder haben Sie gerufen, wenn man so will. Und Sie haben darauf gehört. Es sollte nicht so sein, dass unter dem Geschrei der Öffentlichkeit und unter amtsinternem Zeitdruck dieser Ruf übertönt wird.

Insgesamt ist mein Eindruck, dass die Jugendämter proaktiv viel dafür unternehmen könnten, weg vom „Sündenbock“-Image zu kommen. Ihre Repräsentation und ihr Selbstgefühl könnten weitaus mehr dem starken, stark geforderten und wichtigen Akteur in der Gesellschaft entsprechen, der sie in Wahrheit sind. Und meine Hoffnung wäre, dass klarere Präsentation auch die Notwendigkeit besserer Ausstattung und gesteigerter Mittel zur Qualifizierung der Ämter nachhaltig verbessern könnte. Ihnen allen, uns allen und vor allem den Kindern ist das zu wünschen.

Literaturhinweise

Ackermann, Timo / Biesel, Kay

Qualitätsmanagement im Kinderschutz.

In: Evangelischer Erziehungsverband e.V. -EREV-, Hannover (Hrsg.): Familien und Kinderschutz. Rechtliche Grundlagen und Konzepte. Hannover; 51 (2010); Nr. 4

Ackermann, Timo ; Brandhorst, Felix ; Wolff, Reinhart

Aus Fehlern lernen. Aufgaben des Qualitätsmanagements in Jugendämtern.

In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Baden-Baden: Nomos; 157 (2010); Nr. 5; S. 170 - 173; Lit.; ISSN 0340-8574

Adam, Annelie ; Schoppe, Gabriele

Keine Person und keine Organisation kann das Kindeswohl alleine sichern! Der Bremer Qualitätsstandard Zusammenarbeit im Kinderschutz (BQZ).

In: Spielräume, Bremen: Amt für soziale Dienste; 17 (2010); Nr. 47/48; S. 8 - 10

Alice Salomon FH für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Berlin

Rossol, Susanne

Garantenpflicht und Risikomanagement in der Kinder- und Jugendhilfe - der neue Schutzauftrag in der aktuellen Diskussion. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin.

Berlin (2006); 106 S.; Abb., Lit.

Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe -AFET-, Hannover (Hrsg.)

Standards einer qualifizierten und zuverlässigen Kinderschutzarbeit. Eine Orientierung für Führungskräfte in Jugendämtern und ihren Sozialen Diensten.

Hannover: Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (2007); 34 S.; Lit.
(AFET-Arbeitshilfe; 2007/Nr. 2)

Arlt, Maja ; Landua, Kerstin

Risikomanagement ist nicht (nur) der Blick in den Rückspiegel! Ein Tagungsbericht von der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik am 18./19. April 2012 in Berlin.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 50 (2012); Nr. 3; S. 165 - 168; ISSN 0022-5940

Berlin, Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung (Hrsg.)

Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung. Empfehlungen zur Umsetzung nach § 8a SGB VIII (Stand Mai 2007). Standards für dienstliche Regelungen für in der Kinder- und Jugendhilfe tätige Fachkräfte zur Erfüllung des Schutzauftrages nach § 8a Abs. 1 SGB VIII bei Kindeswohlgefährdung.

Berlin (2007); 63 S.; Abb.

Biesel, Kay

Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz. Erste Einblicke und weiterführende Ausblicke.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 83 (2010); Nr. 3; S. 111-114; Lit.; ISSN 0003-2336

Biesel, Kay

Das Rettende in der Gefahr? Vom Case Management zum Risikomanagement in der fallbezogenen Kinderschutzarbeit.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 33 (2008); Nr. 10; S. 14-23; Lit.; ISSN 0340-8469

Biesel, Kay

Dialogische Kinderschutzarbeit. Wunsch oder Wirklichkeit?

In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 35 (2011); Nr. 9/10;

S. 52-54; Lit.; ISSN 0931-279X

Biesel, Kay

Professioneller Selbstschutz statt Kinderschutz?

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 34 (2009); Nr. 4; S. 50-57; Lit.; ISSN 0340-8469

Biesel, Kay

Soziale Arbeit und ihr Fehlerkomplex. Oder: warum Organisationen aus ihren Fehlern lernen sollten.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 33 (2008); Nr. 10; S. 10-13; Lit.; ISSN 0340-8469

Biesel, Kay

Wenn Jugendämter scheitern. Zum Umgang mit Fehlern im Kinderschutz.

Bielefeld: Transcript (2011); 336 S.; Lit.; ISBN 978-3-8376-1892-1

Biesel, Kay

Zwischen Fehlervermeidung und -offenheit. Wo stehen die Hilfesysteme?

In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 32 (2008); Nr. 11/12;

S. 6-10; Lit.; ISSN 0931-279X

Biesel, Kay ; Flick, Uwe ; Wolff, Reinhart

Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz. Ein Forschungsprojekt auf der Plattform des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 82 (2009); Nr. 3; S. 115-117; Lit.; ISSN 0003-2336

Biesel, Kay ; Flick, Uwe ; Wolff, Reinhart

Kinderschutz in Zeiten der Krise: Der Allgemeine Sozialdienst zwischen professionellem Selbstschutz und demokratischem Kinderschutz.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 82 (2009); Nr. 9; S. 419-421; Lit.; ISSN 0003-2336

Böwer, Michael

ASD: „Drop your tools“? Feuerwehrhandeln im Allgemeinen Sozialen Dienst und Möglichkeiten seiner organisatorischen Bewältigung.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 33 (2008); Nr. 12; S. 44-53; Lit.; ISSN 0340-8469

Böwer, Michael

Das achtsame Jugendamt. Ansatzpunkte und Rezeption des Achtsamkeitskonzepts im Kindeswohlschutzdiskurs

In: Neue Praxis, Lahnstein: Verl. Neue Praxis; 38 (2008); Nr. 4; S. 349-370; Abb., Lit.; ISSN 0342-9857

Brandenburg, Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, Potsdam (Hrsg.);
Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg - Start gGmbH
Arbeitsgruppe der ASD-Leiter/innen Brandenburger Jugendämter ; Leitner, Hans
Leitfaden zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung – § 8a SGB VIII – Umgang mit Situationen von Kindesvernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch im Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes. 3. Aufl.
Potsdam (2008); 119 S.

Bremen, Amt für Soziale Dienste (Hrsg.)
Wolff, Reinhart ; Biesel, Kay ; Stork, Remi
Das Bremer Konzept. Qualitätssicherung und Risikomanagement in der Kinderschutzarbeit.
Bremen (2010); 79 S.; Lit.

Bremen, Amt für Soziale Dienste (Hrsg.)
Wolff, Reinhart ; Stork, Remi
BQZ. Der Bremer Qualitätsstandard: Zusammenarbeit im Kinderschutz.
Bremen (2009); 58 S.; Abb., Lit.

Bremen, Amt für Soziale Dienste (Hrsg.)
Rahmenvereinbarung zur Sicherstellung des Schutzauftrages nach § 8a Abs. 2 SGB VIII zwischen dem Amt für Soziale Dienste/Jugendamt der Stadtgemeinde Bremen und den freien Trägern der Jugendhilfe in der Stadtgemeinde Bremen.
Bremen (2011); 47 S.

Buchholz, Thomas
Formen kollegialer Zusammenarbeit bei den Hilfen zur Erziehung. Die Umsetzung der Paragraphen 8a und 36 SGB VIII.
In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 33 (2008); Nr. 2; S. 16-23; Lit.; ISSN 0340-8469

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V., Köln (Hrsg.)
„In Beziehung kommen ...“ Kindeswohlgefährdung als Herausforderung zur Gemeinsamkeit.
Köln (2008); 176 S.; Abb., Lit.; ISBN 978-3-9811453-3-5

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V. Köln (Hrsg.)
Wolff, Reinhart
Von der Konfrontation zum Dialog. Kindesmisshandlung - Kinderschutz - Qualitätsentwicklung.
Köln (2010); 538 S.; Lit.; ISBN 978-3-9813043-3-6

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend -BMFSFJ-, Berlin (Hrsg.);
Nationales Zentrum Frühe Hilfen -NZFH- c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung -BZgA-, Köln (Hrsg.)
Fegert, Jörg M. ; Schnoor, K. ; Kleidt, S. ; Kindler, Heinz ; Ziegenhain, Ute
Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen. Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse.
Berlin (2008); 144 S.; Abb., Tab., Lit.

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Berlin (Hrsg.); Deutscher Landkreistag -DLT-, Berlin (Hrsg.); Deutscher Städte- und Gemeindebund -DStGB- Berlin (Hrsg.)

Empfehlungen zur Festlegung fachlicher Verfahrensstandards in den Jugendämtern bei Gefährdung des Kindeswohls (vom 12. Mai 2009).

In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Berlin: Selbstverl.; 89 (2009); Nr. 7; S. 263-270; ISSN 0012-1185

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Berlin (Hrsg.); Deutscher Städtetag -DST-, Berlin, Köln (Hrsg.)

Empfehlungen zur Festlegung fachlicher Verfahrensstandards in den Jugendämtern bei Gefährdung des Kindeswohls mit Unterstützung der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe - AGJ - und des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. vom 12. Mai 2009.

Berlin/Köln (2009); 21 S.

Deegener, Günther ; Körner, Wilhelm

Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien.

Lengerich: Pabst (2006); 348 S.; Lit.; ISBN 978-3-89967-318-0

Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband NRW e.V., Wuppertal (Hrsg.); Institut für soziale Arbeit e.V. -ISA-, Münster (Hrsg.)

Güthoff, Friedhelm ; Huxoll, Martina ; Bundschuh, Claudia u.a.

Kindesvernachlässigung. Erkennen - Beurteilen - Handeln. 5. akt. Aufl.

Münster (2009); 96 S.; Abb.

Deutsches Institut für Urbanistik -Difu-, Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe -AGFJ-, Berlin (Hrsg.)

Kinderschutz. Dokumentation der fachlichen Weiterentwicklung im Spiegel der AGFJ-Tagungen von 1997 bis 2011. Sonderdokumentation zur Fachtagung am 24. und 25. November 2011 in Berlin.

Berlin (2011); 398 S.; Abb., Lit.

Deutsches Institut für Urbanistik -Difu-, Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe -AGFJ-, Berlin (Hrsg.)

Vom Willkommensbesuch zum verpflichtenden Hausbesuch. Veränderte Auftragslage für die Jugendhilfe (durch das Kinderschutzgesetz)? Eine Praxisdebatte zu aktuellen Fragestellungen im Kinderschutz. Dokumentation der Fachtagung am 18. und 19. Juni 2009 in Berlin.

Berlin (2009); 132 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 978-3-931418-80-9
(Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe; 73)

Deutsches Jugendinstitut e.V. -DJI-, München (Hrsg.)

Strobel, Bettina ; Liel, Christoph ; Kindler, Heinz

Validierung und Evaluierung des Kinderschutzbogens. Ergebnisbericht.

München (2008); 117 S.; Tab., Lit.

Deutsches Jugendinstitut e.V. -DJI-, München (Hrsg.)

Kindler, Heinz ; Pluto, Liane ; Strobel, Bettina

Kinderschutz im Jugendamt der Hansestadt Lüneburg. Abläufe, Kommunikationswege und Handlungskriterien.

München (2008); 102 S.; Lit.

Fegert, Jörg M. ; Ziegenhain, Ute ; Fangerau, Heiner

Problematische Kinderschutzverläufe. Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes.

Weinheim: Juventa (2010); 372 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 978-3-7799-2261-2

Fertsch-Röver, Jörg

Zur Gesprächsführung mit Eltern bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (durch die Eltern). Beratungs- oder Abklärungsgespräch?

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 5 (2010); Nr. 3; S. 90-96; Abb., Lit.; ISSN 1861-6631

Fetscher, Caroline

Der Blick von außen. Eindrücke von einer Fachtagung: Feedback einer am Kinderschutz interessierten Journalistin.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 37 (2012); Nr. 6; S. 26-31; ISSN 0340-8469

Freese, Jörg ; Göppert, Verena ; Mechthild, Paul (Hrsg.)

Frühe Hilfen und Kinderschutz in den Kommunen. Praxisgrundlagen.

Berlin: Kommunal- und Schul-Verl. (2011); 265 S.; Abb., Lit., Reg.; ISBN 978-3-8293-0987-5

Galm, Beate ; Hees, Katja ; Kindler, Heinz

Kindesvernachlässigung - verstehen, erkennen und helfen.

München: Reinhardt (2010); 171 S.; Abb., Lit., Reg.; ISBN 978-3-497-02066-9

Gehrmann, Gerd ; Müller, Klaus D.

Stärkenorientierung - schlecht für das Kindeswohl? Von der Dämonisierung des systemischen Ansatzes in der Sozialen Arbeit nach dem Tod von Kevin.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 33 (2008); Nr. 3; S. 36-42; Lit.; ISSN 0340-8469

Gerber, Christine

Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen als Bestandteil eines Qualitätsmanagementskonzeptes.

In: Freese, Jörg ; Göppert, Verena ; Mechthild, Paul: Frühe Hilfen und Kinderschutz in den Kommunen. Praxisgrundlagen. Berlin: Kommunal- und Schul-Verl. (2011)

Gerber, Christine

Risikoabschätzung bei Kindeswohlgefährdung. Was Checklisten (nicht) leisten können.

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 10 (2007); Nr. 4; S. 38-41; ISSN 1435-4705

Goldbeck, Lutz ; Ziegenhain, Ute ; Fegert, Jörg M.

Zusammenwirken der Fachkräfte zum Wohle des gefährdeten Kindes - (wie) kann es gelingen?

In: Forum Erziehungshilfen, Frankfurt/Main: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen - IGfH-; 13 (2007); Nr. 3; S. 149-153; Lit.; ISSN 0947-89

Hämäläinen, Juha ; Schieren, Stefan

Der Staat und „seine“ Kinder - Kinderschutz in Deutschland und Finnland.

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 5 (2010); Nr. 4; S. 130-135; Lit.; ISSN 1861-6631

Hamburg, Amt für Familie, Jugend und Sozialordnung (Hrsg.)

Gerhard, Maria ; Spieker, Gabi

Leitfaden für Hausbesuche und Krisenintervention. 3. Aufl.

Hamburg (2008); 20 S.

Heinitz, Stefan

Kooperation in Krisen und die Krisen in der Kooperation. Zu den (Un-)Möglichkeiten der Zusammenarbeit im Kinderschutz.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 34 (2009); Nr. 4; S. 58-63; Lit.; ISSN 0340-8469

Heinrich, Sonja

Verfahrenskatalog zum Umgang mit dem Verdacht auf innerfamiliäre sexuelle Gewalt.

In: Spielräume, Bremen: Amt für soziale Dienste; 17 (2010); Nr. 47/48; S. 30

Helming, Elisabeth

Kontrollstrategien der Kinder- und Jugendhilfe am Beispiel der Entwicklung von Frühwarnsystemen und Frühen Hilfen.

In: „Modernisierungen“ methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit;

Michel-Schwartze, Brigitta (Hrsg.), Wiesbaden: VS-Verl. (2010); S. 173-204; Lit.;

ISBN 978-3-531-16644-5

Hensen, Gregor

Risikofamilien. Wie Probleme fachlichen Handelns einzelnen Familien als Eigenschaft zugeschrieben werden.

In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 34 (2010); Nr. 3/4;

S. 16-19; Lit.; ISSN 0931-279X

Hermanni, Dagmar von

Leitungsverantwortung in Fällen von Kindeswohlgefährdung. Leipziger Schutz- und Kontrollkonzept versucht den Spagat zwischen Hilfe und Überwachung, Intervention und Partizipation.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 76 (2003); Nr. 12; S. 561-567; ISSN 0003-2336

Hillmeier, Hans

Jugendamtspflichten bei „latenter Kindeswohlgefährdung“.

In: Mitteilungsblatt, München: Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt (2011); Nr. 2; S. 13-15

Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Holzminden -HAWK-, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit (Hrsg.)

Neu, Kerstin

Kindesvernachlässigung in Risikofamilien - Möglichkeiten zur Verbesserung des Kindesschutzes.

Berlin: mbv (2008); 92 S.; Lit.; ISBN 978-3-86664-406-9

(Holzmindener Schriften zur sozialen Arbeit „Sozial Denken und Handeln“; 4)

Holakovsky, Herbert

Der Bremer Kinder- und Jugendnotdienst (KJND): Organisation, Fortentwicklung und Erfahrungen. Hinsehen!

In: Spielräume, Bremen: Amt für soziale Dienste; 17 (2010); Nr. 47/48; S. 19-23

Holakovsky, Herbert

Qualitätssicherung und Risikomanagement in der Kinderschutzarbeit – Das Bremer Konzept (BQZ).

In: Spielräume, Bremen: Amt für soziale Dienste; 17 (2010); Nr. 47/48; S. 5-7

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. -ISS-, Frankfurt/Main (Hrsg.)

Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung.

München: Reinhardt (2008); 158 S.; Abb., Lit.; ISBN 978-3-497-01945-8

Institut für soziale Arbeit -ISA-, Münster (Hrsg.)

Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung - Arbeitshilfe zur Kooperation zwischen Jugendamt und Trägern der freien Kinder- und Jugendhilfe.

Münster (2006); 134 S.; Abb., Lit.

Institut für soziale Arbeit -ISA-, Münster (Hrsg.)

Althoff, Monika ; Bathke, Sigrid A. ; Eberitzsch, Stefan u.a.

Qualitätsrahmen „Kinderschutz“ (Entwurf - Stand 20.05.2010).

Münster (2010); 49 S.; Abb., Lit.

Järleby, Karin ; Bücken, Michael

Risiken früh erkennen! Entwicklung von Beobachtungsbögen zur Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung.

In: Spielräume, Bremen: Amt für soziale Dienste; 14 (2007); Nr. 36/37; S. 37-39

Kinderschutz und Frühe Hilfen. Schwerpunktthema.

In: IzKK-Nachrichten, München: Deutsches Jugendinstitut e.V. (2010); Nr. 1; S. 1-70; Abb., Tab.

Kindler, Heinz

Einschätzungen und Einschätzungshilfen in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz.

In: Freese, Jörg ; Göppert, Verena ; Mechthild, Paul: Frühe Hilfen und Kinderschutz in den Kommunen. Praxisgrundlagen. Berlin: Kommunal- und Schul-Verl. (2011)

Kindler, Heinz

Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? Expertise für das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“.

München (2007); 101 S.; Tab., Lit.

Kindler, Heinz ; Lillig, Susanne

Der Schutzauftrag der Jugendhilfe unter besonderer Berücksichtigung von Gegenstand und Verfahren zur Risikoeinschätzung.

In: Kindeswohlgefährdung. Rechtliche Neuregelungen und Konsequenzen für den Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe. 3. Aufl.; Jordan, Erwin (Hrsg.), Weinheim: Juventa (2008); S. 85-109; Lit.; ISBN 978-3-7799-1768-7

Kindler, Heinz ; Lukasczyk, Peter ; Reich, Wulfhild

Validierung und Evaluation eines Diagnoseinstrumentes zur Gefährdungseinschätzung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung (Kinderschutzbogen). Ergebnisse einer Studie im Auftrag der Jugendämter Düsseldorf und Stuttgart.

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 3 (2008); Nr. 12; S. 500-505; Lit.; ISSN 1861-6631

Kindler, Heinz ; Ziesel, Birgit ; König, Cornelia ; Schöllhorn, Angelika ; Ziegenhain, Ute ; Fegert, Jörg M.

Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe: Bogen zur Unterstützung der Hilfeplanung im frühen Kindesalter.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 81 (2008); Nr. 10; S. 467-470; ISSN 0003-2336

Kleve, Heiko

Zwischen Fehlertoleranz und Fehlervermeidung. Kinderschutz an der Nahtstelle von Jugendhilfe und Gesundheitswesen.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 33 (2008); Nr. 6; S. 42-49; Abb., Lit.; ISSN 0340-8469

Klomann, Verena

Kinderschutz. Institutionsübergreifendes Teamwork?

In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 34 (2010); Nr. 3/4; S. 20-23; Lit.; ISSN 0931-279X

Knapp, Heidi

Die alltägliche und besondere Herausforderung bei Kindeswohlgefährdung: Erkennen - Beurteilen - Handeln. Methodenfortbildungen des LWL – Landesjugendamtes Westfalen.

In: Jugendhilfe aktuell, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt und Westfälische Schulen (2008); Nr. 2; S. 2-5; Lit.; ISSN 1614-3027

Körner, Wilhelm ; Deegener, Günther (Hrsg.)

Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis.

Lengerich: Pabst (2011); 556 S.; Lit.; ISBN 978-3-89967-669-3

Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement -KGSt-, Köln (Hrsg.)

Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen bei der Stadt Bielefeld. Eine Risikoanalyse als konzeptionelles Steuerungsinstrument.

Köln (2007); 151 S.; Abb., Tab.
(KGSt-Bericht; 12/2007)

Kramer, Birgit ; Christof, Anne

Die Mitarbeiter/innen sicherer machen. Handlungssicherheit gewinnen: Der „Beratungspool Kindeswohlsicherung“.

In: Spielräume, Bremen: Amt für soziale Dienste; 17 (2010); Nr. 47/48; S. 53-55

Kriener, Martina

Risikomanagement im Kinderschutz.

In: Jugendhilfe aktuell, Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Landesjugendamt und Westfälische Schulen (2008); Nr. 2; S. 9-13; Abb., Lit.; ISSN 1614-3027

Kronseder, Daniel Rainer

Die Strafbarkeit von Mitarbeitern des Jugendamtes bei häuslicher Kindeswohlbeeinträchtigung.

Marburg: Tectum (2010); 248 S.; Lit.; ISBN 978-3-8288-2198-9

Kurz-Adam, Maria

Institutionen der Verletzlichkeit: Jugendhilfe im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle für Familien.

In: Neue Praxis, Lahnstein: Verl. Neue Praxis; 39 (2009); Sonderh. 9; S. 131-138; Lit.; ISSN 0342-9857

Kurz-Adam, Maria

Die Sorge um das Subjekt - Anmerkungen zur aktuellen Steuerungsdebatte in der Kinder- und Jugendhilfe.

In: Neue Praxis, Lahnstein: Verl. Neue Praxis; 41 (2011); Nr. 6; S. 571-576; ISSN 0342-9857

Leipzig, Jugendamt (Hrsg.)

Hauk, Stephanie ; Ziegenbalg, Maria

Leipziger Leitfaden für Kinderschutz.

Leipzig: Selbstverlag (2010); 130 S.; Abb., Lit.

Lüttringhaus, Maria ; Streich, Angelika

Klarheit schafft nur, wer sich klar ausdrückt. Standards für die Formulierung von Auflagen und Aufträgen im Bereich Kinderschutz.

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband -EREV-; 85 (2008); Nr. 3; S. 149-162; Abb., Lit.; ISSN 0943-4992

Lüttringhaus, Maria ; Streich, Angelika

Das Modell der ressourcenorientierten kollegialen Fallberatung in der Jugendhilfe.

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 49 (2011); Nr. 1; S. 33-51; Abb., Tab., Lit.; ISSN 0022-5940

Materla, Karl

Vom Umgang mit unklaren Gefährdungslagen. Oder: Nachts sind alle Katzen grau ...

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 85 (2012); Nr. 2; S. 66-67; ISSN 0003-2336

Mehring, Dolf

Prävention und Intervention bei früher Vernachlässigung und Kindesmisshandlung. Standardverfahren zur Überprüfung von Kindeswohlgefährdungen - Chancen und Grenzen.

In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV, Lengerich: Pabst; 11 (2008); Nr. 2; S. 75-89; Lit.; ISSN 1436-9850

Meister, Ute

Rolle rückwärts - veränderte Arbeitsbedingungen im ASD durch § 8a SGB VIII?

In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 17 (2011); Nr. 2; S. 75-77; ISSN 0947-8957

Merchel, Joachim

Jugendamt und Organisationskultur: Gegen eine Vernachlässigung des Organisationskulturellen in der Öffentlichen Jugendhilfe.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 80 (2007); Nr. 11; S. 509-515; Lit.; ISSN 0003-2336

Merchel, Joachim

Kinderschutz. Anforderungen an die Organisationsgestaltung im Jugendamt

In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. -ISS-, Frankfurt/Main (Hrsg.): Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung. München: Reinhardt (2008)

Merchel, Joachim

Mängel des Kinderschutzes in der Jugendhilfe. Zwischen individuellem Fehlverhalten und Organisationsversagen.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 32 (2007); Nr. 2; S. 11-18; Lit.; ISSN 0340-8469

Meysen, Thomas ; Eschelbach, Diana

Das neue Bundeskinderschutzgesetz.

Baden-Baden: Nomos (2012); 223 S.; Tab., Lit., Reg.; ISBN 978-3-8329-7319-3

Meysen, Thomas ; Schönecker, Lydia ; Kindler, Heinz

Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe.

Weinheim: Juventa (2009); 261 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 978-3-7799-2260-5

Moldenhauer, Bernd

Bremer Kinder- und Jugendnotdienst im Städtevergleich. Kommunale Organisationsformen der Kindeswohlsicherung im Vergleich.

In: Spielräume, Bremen: Amt für soziale Dienste; 17 (2010); Nr. 47/48; S. 24-26; Abb.

Müller, Heinz ; Lamberty, Jennifer ; de Paz Martinez, Laura

Kinderschutz und Hilfen zur Erziehung: Empirische Befunde zu Kinderschutzverdachtsmeldungen, Kindeswohlgefährdungen und der Praxis der Jugendämter.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 85 (2012); Nr. 2; S. 68-78; Abb., Lit.; ISSN 0003-2336

Munro, Eileen

Ein systemischer Ansatz zur Untersuchung von Todesfällen aufgrund von Kindeswohlgefährdung.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 82 (2009); Nr. 3; S. 106-115; Abb., Lit.; ISSN 0003-2336

Myers, Lorette ; Pothmann, Jens

Kinderschutz kommunal. Empirische Befunde zu Gefährdungseinschätzungen von Jugendämtern.

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 7 (2012); Nr. 1; S. 20-25; Abb., Tab., Lit.; ISSN 1861-6631

Nationales Zentrum Frühe Hilfen -NZFH-, Köln (Hrsg.)
Backes, Jörg ; Gerber, Christine
Aus Fehlern lernen - Präsentation des Projektbereichs.
Köln (2010); 62 S.; Abb., Lit.

Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration,
Düsseldorf (Hrsg.)
**Kindeswohlgefährdung - Ursachen, Erscheinungsformen und neue Ansätze der
Prävention. Abschlussbericht der Studie.**
Düsseldorf (2010); 240 S.; Abb., Tab., Lit.

Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration,
Düsseldorf (Hrsg.)
Kriener, Martina ; Nörtershäuser, Klaus
Risikomanagement bei Kindeswohlgefährdung. Kompetentes Handeln sichern.
Düsseldorf (2009); 60 S.; Abb., Lit.

Offe, Heinz
**Methoden zur Beurteilung des Verdachts auf Kindeswohlgefährdung. Diagnostik,
Prognose und Schlussfolgerungen für das weitere Procedere.**
In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger;
2 (2007); Nr. 6; S. 236-240; Lit.; ISSN 1861-6631

Pothmann, Jens ; Wohlgemuth, Katja
**Erfassung von Gefährdungseinschätzungen in Jugendämtern. Ein neues Kapitel für die
Jugendhilfestatistik?**
In: Kinder- und Jugendhilfereport. Bd. 3.; Rauschenbach, Thomas / Schilling, Matthias
(Hrsg.), Weinheim: Juventa (2011); S. 211-230; Lit.; ISBN 978-3-7799-1118-0

**Qualitätsstandards Kinderschutz. Qualitätsstandards des Dormagener
Qualitätskataloges der Jugendhilfe.**
In: Spielräume, Bremen: Amt für soziale Dienste; 14 (2007); Nr. 36/37; S. 20-26

Reich, Wulfhild ; Lukasczyk, Peter ; Kindler, Heinz
**Evaluation des Diagnoseinstrumentes zur Gefährdungseinschätzung des Kindeswohls.
Qualitätsentwicklung im Kinderschutz in den Jugendämtern Stuttgart und Düsseldorf.**
In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Berlin:
Selbstverl.; 89 (2009); Nr. 2; S. 63-68; Lit.; ISSN 0012-1185

Retkowski, Alexandra ; Schäuble, Barbara ; Thole, Werner
**„Diese Familie braucht mehr Druck ...“. Praxismuster im Allgemeinen Sozialen Dienst -
Rekonstruktion der Bearbeitung eines Kinderschutzfalles.**
In: Neue Praxis, Lahnstein: Verl. Neue Praxis; 41 (2011); Nr. 5; S. 485-504; Lit.;
ISSN 0342-9857

Rheinland-Pfalz, Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen, Mainz
(Hrsg.); Univ. Koblenz-Landau, Institut für Pädagogik (Bearb.)
Schrappner, Christian ; Schnorr, Vanessa
**Risiko erkannt - Gefahr gebannt? Risikoanalyse als Qualitätsentwicklung im Kinder-
schutz. Bericht zum Landesmodellprojekt: „Qualitätsentwicklung Kinderschutz in
Jugendämtern in Rheinland-Pfalz“ 2009 - 2011. Stand: 9.1.2012.**
Koblenz (2012); 205 S.; Abb., Lit.

Rietmann, Stephan ; Hensen, Gregor

Komplexität bei Kindeswohlgefährdungen als Risiko-Hinweise für eine koordinierte Steuerung bei Einschätzung und Intervention.

In: Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, Interdisziplinäre Fachzeitschrift der DGgKV, Lengerich: Pabst; 10 (2007); Nr. 2; S. 24-41; Abb., Lit.; ISSN 1436-9850

Ruffing; Klaus Guido

Verlässliche Verfahrensabläufe und Qualitätsstandards in „Kinderschutzverfahren“. Zur praktischen Umsetzung im Saarpfalz-Kreis.

In: Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe -AFET-, Hannover (Hrsg.): Ein Jahr FamFG - Auswirkungen auf Verfahren bei Kindeswohlgefährdung. Hannover: Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (2011)

Schader, Heike (Hrsg.)

Risikoabschätzung bei Kindeswohlgefährdung. Ein systemisches Handbuch.

Weinheim: Juventa (2012); 208 S.; Lit.; ISBN 978-3-7799-2249-0

Schiefer, Sigrun

Indikatoren für Kindeswohlgefährdung. Standardisierte Verfahrensweisen in der öffentlichen Jugendhilfe.

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 32 (2007); Nr. 10; S. 22-28; Abb., Lit.; ISSN 0340-8469

Schimke, Hans-Jürgen

Das neue Bundeskinderschutzgesetz - erste Einschätzungen und Perspektiven.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 84 (2011); Nr. 12; S. 621-628; Lit.; ISSN 0003-2336

Schneider, Sabine

Fehler in Beratungsprozessen. Positionierungen sozialpädagogischer Fachkräfte.

In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS-Verl. f. Sozialwissenschaften; 31 (2007); Nr. 9/10; S. 41-44; Lit.; ISSN 0931-279X

Suess, Gerhard J. ; Hammer, Wolfgang (Hrsg.)

Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten.

Stuttgart: Klett-Cotta (2010); 260 S.; Lit.; ISBN 978-3-608-94663-5

Wolff, Reinhart

„Aus Fehlern lernen.“ Berliner Standard zur Qualitätssicherung in der Kinderschutzarbeit im Jugendamt.

In: Spielräume, Bremen: Amt für soziale Dienste; 14 (2007); Nr. 36/37; S. 17-19

Wolff, Reinhart

Demokratische Kinderschutzarbeit - zwischen Risiko und Gefahr.

In: Forum Erziehungshilfen, Frankfurt/Main: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen - IGfH-; 13 (2007); Nr. 3; S. 132-139; Lit.; ISSN 0947-89

Wygold, Thorsten

Die vorhandenen Systeme effizient nutzen! Weiterentwicklung des Kinderschutzes in der Institution Medizin, Standardisierung der Kooperation mit anderen Professionen und Zentralisierung der diagnostischen Abklärung von Verdachtsfällen.

In: Spielräume, Bremen: Amt für soziale Dienste; 17 (2010); Nr. 47/48; S. 27-30

Ziegenhain, Ute ; Fegert, Jörg M. (Hrsg.)

Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. 2., durchges. Aufl.

München: Reinhardt (2008); 213 S.; Lit.; ISBN 3-497-02021-8

(Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; 15)

Ziegenhain, Ute ; Fegert, Jörg M. ; Ostler, Teresa ; Buchheim, Anna

Risikoeinschätzung bei Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung im Säuglings- und Kleinkindalter - Chancen früher beziehungsorientierter Diagnostik.

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 56 (2007); Nr. 5; S. 410-428; Lit.; ISSN 0032-7034

Ziegenhain, Ute ; Thurn, Leonore ; Künster, Anne Katrin ; Besier, Tanja

Frühe Risiken für eine potenzielle Kindeswohlgefährdung - eine Untersuchung in Geburtskliniken des Ortenaukreises.

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 84 (2011); Nr. 8; S. 377-383; Tab., Lit.; ISSN 0003-2336

Zentrum Bayern Familie und Soziales -ZBFS-, Bayerisches Landesjugendamt, München (Hrsg.)

Sauter, Robert ; Hillmeier, Hans ; Huber, Gertraud

Schützen - Helfen - Begleiten. Handreichung zur Wahrnehmung des Schutzauftrags der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung. Körperliche und seelische Vernachlässigung. Misshandlung. Sexueller Missbrauch. Partnerschaftsgewalt. aktualisierte Aufl.

München (2010); 149 S.; Abb., Lit.; ISBN 3-93560-05-0