

Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe  
im Deutschen Institut für Urbanistik



## Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 91

# **Haftungsrisiko Kinderschutz - Blockade oder Motor?**

Dokumentation der Fachtagung  
am 10. und 11. Oktober 2013 in Berlin

Deutsches Institut für Urbanistik gGmbH  
Sitz Berlin  
AG Charlottenburg – HRB  
Geschäftsführer:  
Dipl.-Ing. Martin zur Nedden

Zimmerstraße 13-15 · D-10969 Berlin  
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe  
Telefon 030 39001-136 · Telefax 030 39001-146 ·  
E-Mail: [agfj@difu.de](mailto:agfj@difu.de)  
Internet: [www.fachtagungen-jugendhilfe.de](http://www.fachtagungen-jugendhilfe.de)

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

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 herunterzuladen. Leerseiten und Fotoseiten wurden entfernt.

Berlin 2014

**ISBN 978-3-931418-98-4**

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Eröffnung der Tagung</b>	7
PROF. DR. CHRISTIAN SCHRAPPER Erziehungswissenschaftler, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Universität Koblenz-Landau, Koblenz	
<b><u>Kinderschutzarbeit: Wer muss für welches Risiko haften?</u></b>	
<b>Aus juristischer Perspektive:</b>	13
GILA SCHINDLER Rechtsanwältin, BERNZEN SONNTAG Rechtsanwälte, Heidelberg	
<b>Organisationspädagogische Reflexion und Zuverlässigkeit als fachliche Perspektive</b>	19
PROF. DR. MICHAEL BÖWER Professor für Theorien und Konzepte Sozialer Arbeit am Fachbereich Sozialwesen, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn	
<b>Aus organisatorischer Perspektive:</b>	27
CAROLIN KRAUSE Leiterin des Jugendamtes Köln	
<b><u>Was passiert, wenn's passiert (ist)? (Foren)</u></b>	
<b>Forum 1: Kinderschutzarbeit am Fall des Kindes „Lea-Sophie“ in Schwerin</b>	33
BABETH JANITZ Stellvertretende Sachgebietsleiterin Sozialpädagogischer Dienst 1, Jugendamt Schwerin	
MANUELA WITT Sozialarbeiterin im Sozialpädagogischen Dienst 1, Jugendamt Schwerin	
PROF. DR. KAY BIESEL Professor für Kinder- und Jugendhilfe mit dem Schwerpunkt Kinderschutz, Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Kinder- und Jugendhilfe, Basel	
<b>Forum 2: Kinderschutzarbeit nach dem Fall „Laura-Jane“ in Osnabrück</b>	46
UTE HEIDELBACH Teamleiterin im Sozialen Dienst, Jugendamt Osnabrück	
WOLFGANG RUTHEMEIER Teamleiter im Sozialen Dienst, Jugendamt Osnabrück	
<b>Forum 3: Kinderschutzarbeit am Fall des Kindes „Lara Mia“ in Hamburg</b>	58
ASTRID DIERS Fachkraft für Gewaltprävention im Kindesalter (GiK), Bezirksamt Altona, Jugendamt, Hamburg	

<b>Forum 4: Kinderschutzarbeit am Fall des Kindes „Kevin“ in Bremen</b>	<b>64</b>
BERT KAUFMANN (ehemaliger) Mitarbeiter und Amtsvormund im Jugendamt Bremen	
FELIX BRANDHORST (ehemaliger) Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ sowie Mitglied im Kronberger Kreis für dialogische Qualitätsentwicklung e.V., Berlin	
<b>Forum 5: Kinderschutzarbeit am Fall des Kindes „Zoe“ in Berlin-Pankow</b>	<b>73</b>
JUDITH PFENNIG Jugendamtsdirektorin, Stadtbezirk Pankow von Berlin	
SIMONE MATTHE Kinderschutzkoordinatorin, Jugendamt, Bezirksamt Pankow von Berlin	
<b><u>Nachlese:</u></b>	
<b>Was nehme ich mit aus diesem Tag?</b>	<b>85</b>
<b><u>Fachvortrag</u></b>	
<b>Alles Risiko? Zum Katastrophenpotenzial des Kinderschutzes und seinen Folgen</b>	<b>95</b>
PROF. DR. KAY BIESEL Professor für Kinder- und Jugendhilfe mit dem Schwerpunkt Kinderschutz, Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Kinder- und Jugendhilfe, Basel	
<b><u>Was gehört zum professionellen Umgang mit dem Risiko? (Arbeitsgruppen)</u></b>	
<b>Arbeitsgruppe 1: Leiten im Risiko – Wie viel Leitung braucht der Kinderschutz?</b>	<b>109</b>
LOU VOSSEN Leiterin des Bezirksjugendamtes Köln Ehrenfeld	
<b>Arbeitsgruppe 2: Reduzierung des Risikos durch fachliche Konzepte und gute Organisation</b>	<b>116</b>
REGINA QUAPP-POLITZ Leiterin der Abteilung für Familie und Jugend, Jugendamt Stuttgart	
WULFHILD REICH Mitarbeiterin der Dienststelle Qualität und Qualifizierung, Jugendamt Stuttgart	
<b>Arbeitsgruppe 3: Arbeiten mit dem Risiko – Geeignete Instrumente, Verfahren und Methoden</b>	<b>129</b>
PETER LUKASCZYK Leiter der Abteilung für Soziale Dienste, Jugendamt Düsseldorf	
MARCO CABREIRA DA BENTA Stellvertretender Leiter einer Außenstelle der Sozialen Dienste, Jugendamt Düsseldorf	

<b>Arbeitsgruppe 4: Kooperation im Risiko – Netzwerke lebendig und wirksam gestalten</b>	<b>134</b>
ULRIKE GROB-WEIDLICH Koordinatorin Netzwerk Kinderschutz, stellvertretende Abteilungsleitung Jugendhilfen und Soziale Dienste, Jugendamt Worms	
HOLGER MÜLLER Leiter des ASD-Sozialbezirks Leipzig-Ost	
<b>Arbeitsgruppe 5: Partizipation im Risiko – Kinder und Eltern einbeziehen</b>	<b>146</b>
DR. CHRISTINE MAIHORN Familienberaterin im Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V.	
<b>Arbeitsgruppe 6: Lernen am Risiko – Gute Arbeit im Kinderschutz</b>	<b>151</b>
BRITTA CLAASSEN-HORNIG Stadtteilleitung Gröpelingen, Referatsleiterin Junge Menschen für den Stadtteil Gröpelingen, Sozialzentrum Gröpelingen-Walle, Bremen	
<b><u>Abschlussvortrag</u></b>	
<b>Risiko mal (ganz) anders betrachtet Über den gesellschaftlichen Umgang mit Sicherheit: Entscheidungen unter Unsicherheit und begrenzter Zeit, Risikokompetenz und Risikokommunikation</b>	<b>163</b>
DR. RER. NAT. NICOLAI BODEMER Postdoc-Stipendiat, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin	
<b>Literaturhinweise</b>	<b>181</b>

## Eröffnung der Tagung

PROF. DR. CHRISTIAN SCHRAPPER  
Erziehungswissenschaftler, Fachbereich Erziehungswissenschaften,  
Universität Koblenz-Landau, Koblenz

Ein herzliches Willkommen zu unserer Tagung „Haftungsrisiko Kinderschutz – Blockade oder Motor?“. Darüber zu sprechen, welches „Haftungsrisiko“ mit der Arbeit im Kinderschutz verbunden ist, liegt mal wieder „in der Luft“, gibt es doch aktuell wieder einen viel beachteten Strafprozess gegen eine Kollegin eines Jugendamtes vor dem Landgericht in Bonn, es geht dabei um den Fall „Anna“ aus Königswinter.<sup>1</sup> Aber nicht erst jetzt beschäftigen die Fragen nach dem „Haftungsrisiko“ die Menschen sehr, die vor allem in Jugendämtern im Kinderschutz arbeiten.

Wir freuen uns sehr, dass es gelungen ist, Kolleginnen und Kollegen aus fünf Jugendämtern zu gewinnen, über ihre Erfahrungen mit dem „Haftungsrisiko“ zu berichten, nicht abstrakt oder grundsätzlich, sondern sehr konkret: Alle waren in Kinderschutzfällen beteiligt, in denen Kinder gestorben sind und mussten sich – zum Teil auch vor Gericht – dafür verantworten. Wir – Veranstalter und Vorbereitungsgruppe – danken Ihnen sehr, dass Sie gekommen sind, um über Ihre Erfahrungen zu berichten. Sicher keine leichte Entscheidung, denn solche fachöffentlichen Gespräche über die konkrete Konfrontation mit dem „Haftungsrisiko Kinderschutz“ sind in der Profession der Sozialen Arbeit und im Handlungsfeld der Jugendamtsarbeit – bisher zumindest – sehr selten. Es wird zwar viel darüber gesprochen und geschrieben, aber immer noch wenig mit denen, die es unmittelbar betrifft. Mit den Fachkräften ebenso wenig wie mit Eltern und Angehörigen. So ist es vielleicht keine Premiere, aber doch eine besondere Gelegenheit, hier und heute mit Kolleginnen und Kollegen und hoffentlich ohne Rechtfertigungsdruck darüber zu sprechen, wie es ist, „wenn einem etwas passiert“. Diese Gespräche werden den heutigen Nachmittag ausfüllen und ich bitte Sie jetzt schon, im Anschluss an diese Foren zu einer „Nachlese“ wieder hier ins Plenum zu kommen, damit wir Gelegenheit haben, uns über Ihre Erfahrungen und Eindrücke aus diesen Gesprächen auszutauschen.

Die drei Begriffe „Risiko“, „Haftung“ und „Kinderschutz“ stehen in einer spannungsgeladenen Verbindung. Aber so nachvollziehbar belastend es ist, in der Diskussion und manchmal sogar am Pranger zu stehen, wenn etwas „schiefgegangen“ ist oder schiefgegangen zu sein scheint und ein Kind oder eine Familie zu Schaden gekommen ist, so erstaunt es doch, wie aufgeregt und emotional aufgeladen in unserem Arbeitsfeld über die Fragen beruflicher Haftung gesprochen und verhandelt wird. Wer mit Menschen arbeitet, Dienstleistungen für Menschen erbringt, für den müsste es selbstverständlich sein, dass auch mal „etwas passieren“ kann, also Menschen ungewollt zu Schaden kommen und damit die Frage im Raum steht, wer für den Schaden haftet. So etwas wie Berufshaftung gibt es in vielen Berufszweigen. Auch der Taxifahrer, mit dem ich heute Morgen vom Bahnhof gekommen bin, muss jeweils vor Dienstantritt prüfen, ob sein Fahrzeug

---

<sup>1</sup> Vgl.: Christian Schrapper: Rekonstruktion der Betreuung des Pflegekindes Anna durch das Jugendamt der Stadt Königswinter; in Dasa Jugendamt Heft 1/2013, S.

technisch in Ordnung ist. Ist es das nicht und dem Fahrgast passiert etwas, ist zuerst der Fahrer für Schaden haftbar, ggf. auch vor einem Strafgericht. Haftbar gemacht zu werden für die Folgen seiner Arbeit, und dies insbesondere für Tätigkeiten, die so bedeutungsvoll und mit so vielen Risiken behaftet sind – wie bei Taxifahrern, auch Bauingenieuren, Ärzten, gehört zu vielen beruflichen Tätigkeiten – auch bei Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen in Jugendämtern.

Eine große Spannung entsteht durch die Erfahrung der Fachkräfte im Kinderschutz – insbesondere in den Jugendämtern –, ob die Ausstattung ihres Arbeitsfeldes – vor allem in den sozialen Diensten – so beschaffen ist, dass die Fachkräfte verantwortungsvoll mit den Risiken umgehen können. Zu oft sehen sie sich damit konfrontiert, mit einer unzureichenden Ausstattung an Ressourcen, Personal, Geld, Organisation, Unterstützung und Fachlichkeit in Risiken geschickt zu werden, die kaum kalkulierbar sind. Nicht dafür ausgerüstet zu sein, sich in dem immer schwierigen und riskanten „Terrain“ des Kinderschutz auch nur einigermaßen sicher bewegen zu können, das macht die große Spannung und auch die besondere Schärfe der Diskussion um das Haftungsrisiko im Kinderschutz aus.

Noch bis zur Mitte der 2000er-Jahre war nach meiner Erfahrung die Regel, dass Diskussionen und Arbeitskreise mit Leitungen aus Jugendämtern häufig durch Berichte über Einsparungen und Kürzungen, vor allem im Personalbereich, geprägt waren. Dies änderte sich in den Jahren 2007/2008. Nunmehr berichteten ASD- und Jugendamtsleiter/innen nicht selten, wie viele neue Personalstellen sie bekommen hätten. Vor allem in den Großstadtjugendämtern konnten deutlich zweistellige Stellenzuwächse registriert werden, über die durchaus mit Stolz gesprochen wurde, aber auch mit Erstaunen über die plötzliche Bereitwilligkeit der Verwaltungsleitungen und Kommunalpolitik, einen Dienst mit mehr Personal auszustatten, dem man noch kurz vorher nicht allzu große Aufmerksamkeit entgegengebracht hatte. Die Konfrontation mit den Konsequenzen des „Haftungsrisikos Kinderschutz“, auch für Oberbürgermeister, Senatorinnen und Amtsleiter, hat nicht unerheblich die Bereitschaft befördert, zumindest vorübergehend für eine bessere Ausstattung der für den Kinderschutz verantwortlichen Dienste zu sorgen. Wie zwiespältig solche Motive sind und wie schnell die Angst vor den Konsequenzen wieder gewichen ist, auch davon wird vielfach berichtet. Eine hinreichend zuverlässige Antwort auf die richtige Ausstattung für die Arbeit in und mit dem Risiko „Kinderschutz“ ist nur selten Ergebnis dieser „angstgesteuerten“ Bereitschaft, Geld für den Kinderschutz auszugeben.

Die Kollegen aus den Sozialen Diensten schauen seit gut zwei Jahren etwas neidisch auf die Amtsvormünderinnen und Amtsvormünder, für die jetzt bundesgesetzlich eine Höchstfallzahl von 50 Mündeln geregelt ist. Ob dieser Neid tatsächlich begründet ist, sei dahingestellt, aber eine gesetzliche Mindestpersonalausstattung bzw. Höchstfallzahl taucht immer wieder in den Debatten um die Arbeitsbelastung und Ausstattung in den Allgemeinen Sozialen Diensten auf. Im Unterschied zur Amtsvormundschaft haben wir es im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe mit einem Arbeitsfeld zu tun, das sehr stark von der kommunalen Zuständigkeit und Organisationshoheit geprägt ist. Daraus ergeben sich höchst unterschiedliche Organisationsformen, Arbeitsweisen und auch Ausstattungsvarianten. Diese Situation, als Jugendamt mit den Aufgaben des Kinderschutzes Teil der kommunalen Selbstverwaltung und damit Selbstverantwortung zu sein, markiert ein Feld erheblicher Spannungen, in dem sich unsere Arbeit bewegt: auf der einen Seite geprägt

durch Bundesgesetze und Vorgaben für alle und auf der anderen Seite durch sehr unterschiedliche örtliche und regionale Bedingungen und Voraussetzungen für die Ausstattung und die Arbeitsweisen im Kinderschutz. Die Feuerwehrgesetze zeigen, dass diese Spannung auch anders gelöst werden kann: Die Feuerwehr ist wie Jugendhilfe und Kinderschutz eine wesentliche Aufgabe der kommunalen Selbstverwaltung, Landesfeuerwehrgesetze regeln aber sehr genau die technische und personelle Ausstattung der örtlichen Feuerwehren. Wenn es um die Arbeit in und mit riskanten Situationen geht und das Erfordernis, hierfür angemessen ausgestattet zu sein, ist das der bessere Weg; unterscheiden sich doch die grundsätzlichen Herausforderungen durch Brandfälle in Bremen, Brunsbüttel oder Bayern ebenso wenig wie die Herausforderungen einer „guten“ Kinderschutzarbeit.

Dies alles fließt in die Diskussion darüber ein, ob die Risiken in der Kinderschutzarbeit tatsächlich so einzuschätzen sind, dass Sie sich als zuständige Fachkräfte dafür haftbar machen lassen können. Oder ob Sie vielmehr für etwas verhaftet werden, das Sie gar nicht verantworten können, weil Ihnen schlichtweg die hierfür angemessenen Mittel und Möglichkeiten fehlen. Auch darüber werden wir hier und heute reden müssen.

Trotz allem halte ich es für sehr wichtig zu betonen, dass Kinderschutz nun einmal eine risikobehaftete Arbeit ist, wie jede Arbeit mit Gefährdungen und Gefährdungsrisiken. Die Feststellung ist zwar banal, aber nicht folgenlos, denn sie bedeutet auch, dass es wenig aussichtsreich ist, danach zu fragen, ob wir das Risiko vermeiden oder die Arbeit so gestalten können, dass nur noch die Teile bearbeitet werden, die weniger Risiko bergen. Die Kernfrage lautet vielmehr: Wie können Fachkräfte im Kinderschutz mit den unvermeidbaren Risiken dieses Arbeitsfeldes so umgehen und so angemessen ausgestattet sowie fachlich und organisatorisch gut aufgestellt werden, dass sie sich den Aufgaben und Herausforderungen des Kinderschutzes mit all den Risiken für Kinder, Eltern und Mitarbeitende verantwortlich gewachsen fühlen können?

Wir starten daher heute Vormittag mit drei Vorträgen, in denen erläutert und diskutiert werden soll, worin denn genau das „Haftungsrisiko Kinderschutz“ besteht. Geklärt werden soll damit (hoffentlich), wofür von wem gehaftet werden muss und was diese Haftungspflichten für die weitere Diskussion um notwendige Ausstattungen, fachlich erforderliche Arbeitsweisen und das professionelle Selbstverständnis in diesem Arbeitsfeld bedeuten. Dass Kinderschutz ein Aufgabenbereich der Kinder- und Jugendhilfe ist, in dem mit erheblichen Unsicherheiten und Ungewissheiten zu „rechnen“ ist und damit umgegangen werden muss, ist also der eine Bezugspunkt unserer heutigen Überlegungen und Gespräche, realistisch einschätzen zu können, was dies für Ausstattung und Arbeitsweisen bedeutet, der andere. Ich hoffe sehr, dass Sie die kommenden zwei Tage dazu nutzen können, sich möglichst konkret und zielführend darüber zu verständigen, was Ihr Arbeitsfeld, unsere Profession, was Mitarbeiter/innen und Organisation „brauchen“, um sich in dem immer riskanten Arbeitsfeld Kinderschutz angemessen sicher und verantwortungsvoll bewegen zu können, vor allem aber Kinder soweit möglich vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen.

Aus juristischem, sozialpädagogischem und für die Organisation verantwortlichen Blickwinkel soll nun die Frage, wofür gehaftet werden muss und was Haftung im Bereich der

Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere im Kinderschutz, bedeutet, beleuchtet werden.  
Den Referentinnen und dem Referenten schon jetzt herzlichen Dank hierfür.

## Kinderschutzarbeit: Wer muss für welches Risiko haften?

### Aus juristischer Perspektive:

GILA SCHINDLER

Rechtsanwältin, BERNZEN SONNTAG Rechtsanwälte, Heidelberg

#### Haftungsrisiko Kinderschutz?

In Vorbereitung meines Statements habe ich mir zunächst den Tagungstitel angesehen und ihn mit einem weiteren Fragezeichen ergänzt:

#### Haftungsrisiko Kinderschutz? – Blockade oder Motor?

Hintergrund ist, dass ich es als Juristin als meine Aufgabe ansehe aus strafrechtlicher Sicht die Frage zu beleuchten, ob es im Bereich des Kinderschutzes überhaupt ein außergewöhnliches Haftungsrecht gibt.

Im Zuge dieses Anliegens bin ich der Frage nachgegangen, welche Vorstellung man gemeinhin vom Kinderschutz hat. Dabei bin ich auf dieses Bild gestoßen (**Abbildung 1**):



Abbildung 1

Der Schutzengel behütet das Kind, das einen tosenden Bach über einen wackeligen Steg überquert, und er ist rundum dafür verantwortlich, dass dem Kind nichts passiert und es wohlbehalten sein Ziel erreicht. Er erkennt Gefahren, bevor sie sich überhaupt in irgendeiner Weise manifestieren. Nach meiner Wahrnehmung entspricht die Erwartung an die

Träger der öffentlichen Jugendhilfe, wie sie den Kinderschutz zu erfüllen haben, in etwa diesem Bild.

Wenn im Handeln in diesem unumstritten riskanten Bereich etwas passiert, wird nach einem Schuldigen gesucht, der neben den Eltern, die ihr Kind vernachlässigt oder misshandelt haben, die Verantwortung und die Schuld trägt. Da es ein staatliches Wächteramt gibt, muss doch in einem solchen Fall auch das Jugendamt Verantwortung tragen. In diesem Feld bewegen wir uns, wenn wir über Haftungsrisiko sprechen und danach fragen, ob jemand auch strafrechtlich die Schuld trägt und dafür haftet, wenn einem Kind Leid widerfahren ist. Diese Frage ist abzutrennen von der moralischen und ethischen Verantwortung, die jede Mitarbeiterin/jeder Mitarbeiter, insbesondere im ASD, trägt – in der Arbeit mit gefährdeten Kindern, mit problembelasteten Familien und der Sorge darüber, dass etwas passieren könnte. Das ist eine schwerwiegende Last, aber nicht gleichzusetzen mit einem realen, strafrechtlichen Risiko.

Strafrechtlich geht es hauptsächlich um die Regelung des **§ 13 StGB – Begehen durch Unterlassen:**

Wer es unterlässt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er **rechtlich dafür einzustehen hat**, dass der Erfolg nicht eintritt, und wenn **das Unterlassen der Verwirklichung** des gesetzlichen Tatbestandes **durch ein Tun entspricht**.

Mit der Vorschrift wird eine strafrechtliche Verantwortung für ein Unterlassen geregelt. Normalerweise werden Handlungen unter Strafe gestellt (Töten, Stehlen, Verletzen usw.). Im o.g. Paragraphen wird hingegen eine strafrechtliche Verantwortung für einen Garanten konstruiert. Es wird jedoch mit der Vorschrift keine konkrete Verletzung oder Schädigung unter Strafe gestellt, sondern diese Vorschrift ist eine Konstruktion, die eine Verbindung zu der eigentlich strafbewehrten Tat schafft. Wenn ein Kind zu Tode kommt, wenn es verletzt oder sexuell ausgebeutet wird, liegen strafbare Taten vor. Nach § 13 StGB kann man diese Taten auch dadurch begehen, dass man es **unterlässt** einzugreifen.

Zum besseren Verständnis: Mit der Garantenstellung unterscheidet sich eine sozialpädagogische Fachkraft vom „Jedermann“, der sich nur wegen **unterlassener Hilfeleistung** strafbar machen kann (§ 323c StGB):

Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird bestraft.

Jeder Bürger hat nach dieser Regelung eine Pflicht zum Eingreifen. Wenn ich beispielsweise an einem See spazieren gehe und sehe, dass jemand kurz vor dem Ertrinken ist, ist es mir zuzumuten, die Person zu retten, zumindest, wenn ich schwimmen kann, obwohl ich gar keine Verbindung zu dieser Person habe. Wenn ich dagegen verstoße, erfüllt das den Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung. Dies führt zu einem relativ milden Strafmaß. Wenn ich hingegen als Mutter eines Kindes, das ins Wasser fällt, zuschauen, wie mein Kind ertrinkt, habe ich mich als Garant für das Wohl dieses Kindes eines „Totschlags durch Unterlassen“ strafbar gemacht. Ein Totschlag, der eigentlich durch eine

gewaltsame Handlung begangen wird, kann in diesem Fall durch das Unterlassen einer rettenden Handlung begangen werden. Das meint die o.g. Konstruktion des „Begehens durch Unterlassen“.

Das ist äußerst komplex, aber für das Verständnis des Haftungsrisikos im Kinderschutz ist es unerlässlich, diese strafrechtliche Konstruktion in Grundzügen zu verstehen. Daher möchte ich dies im Folgenden so konkret wie möglich erklären:

### **Strafrechtlicher Tatbestand**

1. **Strafrechtlicher Erfolg:** Wir brauchen, wenn es um die Unterlassensstrafbarkeit geht, einen „strafrechtlichen Erfolg“. Über diesen Begriff werden Sie sich sicher wundern, denn ein strafrechtlicher Erfolg bedeutet Tod, Verletzung, sexueller Missbrauch usw., das heißt, die schlimmsten Folgen einer strafbewehrten Handlung sind strafrechtlich als Erfolg anzusehen.
2. **Garantenstellung:** Die Garantenstellung würde ich an dieser Stelle nicht problematisieren, denn wir sprechen hier über fallverantwortliche Fachkräfte im Sozialen Dienst oder bei Einrichtungen bzw. Diensten von Trägern der freien Jugendhilfe. In dieser Situation dürfen wir voraussetzen, dass die Fachkräfte als Garanten für das Kind anzusehen sind, das sie im Rahmen ihrer Tätigkeit betreuen und mit dem sie arbeiten.
3. **Unterlassen einer gebotenen Handlung und hypothetische Kausalität:** Strafrechtlich darf man niemals vorwerfen, dass man dies oder jenes hätte tun müssen, um ein Kind aus einer problematischen Familiensituation zu retten.
  - a) **Gebotene Handlung:** Denn im Strafrecht geht es nicht um abstrakte, allgemeine Pflichten, sondern es ist immer ein **konkretes Unterlassen** zu einem bestimmten Zeitpunkt zu prüfen.

Dies geschieht über die Frage nach der Handlung, die im konkreten Einzelfall geboten gewesen wäre.

Dabei nimmt die Einhaltung der gesetzlich geregelten Pflicht zur Wahrnehmung des Schutzauftrags eine besondere Bedeutung ein.

Die Verletzung der Garantenpflicht ist einer „Nagelprobe“ zu unterziehen. Dabei geht es nicht um eine Ex-Post-Sicht. Diese nähme man ein, wenn ich hinterher weiß, das Kind ist gestorben, also muss jemand schuld gewesen sein. Ich darf nicht vom Ergebnis aus denken, sondern maßgeblich ist, wie sich der Hilfefall für die Fachkraft zum Zeitpunkt, in dem eine notwendige Handlung ausgeblieben ist, dargestellt hat bzw. hätte darstellen müssen. Dafür sind insbesondere folgende Fragen zu stellen:

- Lagen der Fachkraft ex ante (vor dem Ereignis) ausreichende Informationen über eine Gefährdung vor?
- Falls nein, hätte die Pflicht bestanden, mehr Informationen einzuholen?

An dieser Stelle kommt man zur direkten Verbindung zur **Wahrnehmung des Schutzauftrags**. Man muss ein konkretes Unterlassen feststellen, um die Verankerung des strafrechtlichen Vorwurfs zu finden. Also muss ich zunächst fragen: Was wäre denn zu tun gewesen? Wenn ich mich mit Handlungspflichten befasse, ist danach zu schauen, welche **Handlungspflichten im Gesetz** stehen:

- Erhält eine Fachkraft Kenntnis von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung, so hat sie den Schutzauftrag gemäß § 8a Abs. 1 SGB VIII wahrzunehmen.
- Besteht eine dringende Gefahr, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen (§ 8a Abs. 2 S. 2 SGB VIII).

Erhält eine Fachkraft Kenntnis von einer Kindeswohlgefährdung, sagt das Gesetz, was sie zu tun hat: eine Gefährdungseinschätzung im Fachteam, Anbieten einer geeigneten Hilfe, um die Gefährdungssituation abzuwenden usw. Bei einer dringenden Gefährdung besteht die Pflicht, ein Kind in Obhut zu nehmen. Eine dringende Gefährdung liegt vor, wenn eine unmittelbar bevorstehende Gefahr besteht, die zu einer Schädigung führt, wenn man nicht sofort eingreift. Das ist eine schwierige Auslegungsfrage, weil die Sozialarbeiter eher mit latenten Gefahrensituationen konfrontiert werden. Statistisch gesehen liegt der größte Teil der Gefährdung in der Vernachlässigung, auch der emotionalen. Es geht also meist weniger um einen (vorhersehbaren) Totschlag, sondern darum, dass Kinder eher versteckt psychischen oder auch physischen Schaden nehmen. Darum liegen eindeutig dringende Gefährdungssituationen relativ selten vor.

#### b) Näherung an die Handlung über ihre (hypothetische) Kausalität

Wie eine Untersuchung belegt, wurden bundesweit relativ wenige Verfahren angestrengt, in denen eine strafrechtliche Verantwortung nachgewiesen und ein Strafmaß zugewiesen wurde. Das liegt an der hypothetischen Kausalität. Das bedeutet, kausal ist ein Unterlassen dann für den strafrechtlichen Erfolg, wenn die unterlassene Handlung nicht hinzugedacht werden kann, ohne dass der tatbestandliche Erfolg mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit entfielen.

Bei der Schädigung eines Kindes wird generell zu fragen sein, ob jemand dies hätte verhindern müssen.

Beispielsweise hat eine Fachkraft gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung wahrgenommen, aber vielleicht falsch eingeschätzt. Hier kann man auf jeden Fall einschätzen, dass die Kenntnis ex ante vorlag. In dieser Situation hätte sie demnach eine Gefährdungseinschätzung durchführen sollen. Es ist natürlich nicht eindeutig festzustellen, zu welchem Ergebnis diese Einschätzung geführt hätte. Hätte – ausgehend von einem ordentlichen, fachlichen Handeln – eine Gefährdung aus den Anhaltspunkten erkennbar sein müssen? Hätte man also eine Hilfe angeboten? Wäre diese Hilfe angenommen worden? Hätte sich das Gefährdungsrisiko wesentlich verringert und dem Kind wäre nichts passiert?

Daran sehen Sie, dass man die Untersuchung eines solchen Kinderschutzfalls Schritt für Schritt und mit vielen Wenn-Dann-Fragen vorzunehmen hat. Darin liegt

der Knackpunkt, denn strafrechtlich kann in einer solchen Unwägbarkeit keine hypothetische Kausalität erkannt werden. Man kann daher nicht eindeutig sagen: Hätte die verantwortliche Sozialarbeiterin so gehandelt, wie es das Gesetz von ihr verlangt, wäre der Schaden am Kind mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht eingetreten. Hier können wir keine Verlässlichkeit geben, denn in der sozialarbeiterischen Tätigkeit gibt es gerade diese „Wenn-Dann“-Aussagen so gut wie nie.

### **Haftungsrisiko des Jugendamtes**

Die o.g. Aussagen bringen uns zurück zum Absatz 2 des § 8a SGB VIII, der eine Pflicht zur Inobhutnahme bei dringender Gefährdung formuliert. Danach kann beispielsweise relativ klar nachgewiesen werden, dass ein Kind, wenn es am 8. Januar in Obhut genommen worden wäre, am 10. Januar nicht gestorben wäre.

Meine These ist, dass die Inobhutnahme im Grunde das einzige Instrument ist, das den öffentlichen Trägern zur Verfügung steht, um die erforderliche Klarheit herzustellen: Wenn ich ein Kind in Obhut nehme, kann ihm jedenfalls im gefährdenden Elternhaus nichts mehr passieren. Ob das Kind durch die Inobhutnahme vielleicht auch Schäden anderer Art davonträgt, ist eine andere Frage und ein anderes Risiko, das sich zwar manifestieren kann, das im Ergebnis aber kaum strafrechtlich belangt werden kann.

Die Sorge um eine strafrechtliche Haftung hat sicher keinen geringen Anteil daran, dass bekanntermaßen die Zahlen der Inobhutnahmen stark gestiegen sind. Daher möchte ich an dieser Stelle die Frage stellen, ob ein strafrechtliches Haftungsrisiko, auch wenn es relativ gering ist, wirklich geeignet ist, um im Kinderschutz Motor für eine Fachlichkeit sein zu können.

Von einem Haftungs**risiko** kann ausgegangen werden, wenn

- grob fahrlässig erkennbare gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung unbeachtet oder bei der Gefährdungseinschätzung unberücksichtigt geblieben sind und/oder
- identifizierbare Verfahrensverstöße vorliegen, durch deren Einhaltung eine Kindeswohlgefährdung hätte verhindert werden können.

Ich benenne es lediglich als Risiko, weil ich in der Tat selbst dann eigentlich nicht belegen kann, dass, wenn die Gefährdungseinschätzung ordnungsgemäß durchgeführt worden wäre, dem Kind nichts passiert wäre. Es müssen wirklich identifizierbare Verfahrensverstöße vorliegen, durch deren Einhaltung die Kindeswohlgefährdung eindeutig hätte verhindert werden können. Das ist weit schwieriger.

Ich bin hier auf die strafrechtliche Verantwortung des Jugendamtes eingegangen, weil der öffentliche Träger die Fallverantwortung trägt. Übernimmt ein freier Träger die Fallverantwortung, beispielsweise als SPFH, ist auch die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter dieses Trägers Garant für das Wohlergehen des Kindes. Der Unterschied liegt darin, dass der freie Träger keine wirksamen Eingriffsmittel zur Verfügung hat. Dem Jugendamt kann man vorwerfen, ein Kind nicht in Obhut genommen zu haben. Ein freier Träger hat diese Möglichkeit der Inobhutnahme nicht. Man kann einem Träger höchstens zum Vorwurf ma-

chen, das Jugendamt nicht zur rechten Zeit informiert zu haben, damit es das Kind in Obhut nimmt oder das Familiengericht informiert. Bisher gibt es kaum strafrechtliche Verurteilungen von Mitarbeiter/innen von freien Trägern, weil man dort die Kausalität kaum jemals herstellen kann.

### **Ausblick**

So bleibt mir noch, zum Abschluss meines Statements das Bild vom Schutzengel ein wenig zu zerstören (**Abbildung 2**), das Bild vom omnipotenten Supermann, der jegliche Gefahr für ein Kind abwehren kann. Darum kann es im Kinderschutz nicht gehen.



*Abbildung 2*

Mein Ausblick ist, dass strafrechtliche Haftungspflicht kein Motor, aber auch ein geringes Risiko ist. Die moralische, ethische und fachliche Verantwortung von Fachkräften, die oft so schwer wiegt, sollte nicht vom Strafrecht her gedacht werden. Hier sollten vielmehr fachliche und organisatorische Mittel und Wege gefunden werden, die Verantwortung angemessen zu verteilen und gemeinsam bestmöglich zum Wohl des Kindes zu tragen. Die Angst vor einer strafrechtlichen Verantwortung sollte nicht dazu führen, dass man als „Supermann“ zu agieren trachtet.

## Kinderschutzarbeit: Wer muss für welches Risiko haften?

### Organisationspädagogische Reflexion und Zuverlässigkeit als fachliche Perspektive

PROF. DR. MICHAEL BÖWER

Professor für Theorien und Konzepte Sozialer Arbeit am Fachbereich Sozialwesen,  
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn

#### Kurzzusammenfassung:

„Fachlich“ gesehen stellt sich die Frage des ‚Haftens‘ anders: Es ist aus ihm heraus nicht Frage rechtlichen Schadens, wohl aber eine der ‚fachlichen Kunst‘ im Hinblick auf Professionalität im Moment der Falleinschätzung und des organisationspädagogischen Könnens im Fallverstehen. In der Gemengelage zwischen Recht und Organisationsstrukturen kann das *immerfort* bestehende Risiko eines Fehlers durch professionelles Handeln ‚halbwegs‘ begrenzt und sein *fortwährend* möglicher Eintritt bewältigt werden. Hier helfen organisationale ‚Erfindungen‘, (auch) im Kinderschutz den eigenen ‚Job so gut wie möglich zu machen‘. Im sozialpädagogisch sensiblen Blick auf das ‚Organisieren‘ richten wir unseren Fokus als Profession auf das, was wir multiperspektiv, kooperativ prozessgestaltend sehen und wahrnehmen und auch auf das, was wir *nicht* wissen. Wir sind sensibel für Abläufe und reflektieren Hilfekarrieren und Hilfeprozesse, wenn es einmal nicht ‚rund‘ läuft. Wir schauen nach *flexiblen* Werkzeugen, die uns unter den für unser Fach konstitutiven Bedingungen von Ungewissheit *beweglich* sein lassen. Wir nutzen die Eigenkräfte professionellen Handelns: des *forschenden* Fragens und dialogischer *Arbeitsbündnisse*. Im organisationalen Handeln bemühen wir uns, Zuverlässigkeit durch *kleine* Erfolge zu organisieren. Und wir befähigen in *Netzwerken* andere Akteure, ihren Beitrag für einen gemeinsamen, gelingenden Kinderschutz zu gestalten.

Wer sich gegenwärtig mit der Frage der Haftung in der Kinderschutzarbeit befasst, schaut wahrscheinlich im weitesten Sinne juristisch darauf – sei es als potenziell Betroffene/r, Vorgesetzte/r, Adressat/in oder eben als Jurist/in, wenn es gilt, die eine oder andere Seite zu vertreten. Geht es hier um das (Nicht-) Erfüllen rechtlicher Pflichten, sucht man anderswo in Organisationen Fehlerfolgen zu begegnen. Im weitesten Sinne „präventiv“ versucht man, die schlichte *Möglichkeit*, dass an sich immer bestehende Fehlergefahren durch riskantes Handeln eigener Leute zu juristischen Folgen im eigenen Hause führen, soweit als irgend möglich auszuschließen: Man organisiert interne Fachdienste, bildet Personal fort, regelt die Verfahren, schafft Vereinbarungen unter Trägern oder strickt Diagnosebögen als Werkzeuge für einen besseren, vielleicht gar ‚effektiven‘ Kinderschutz.

Wie vergleichsweise einfach scheint da die Aufgabe, sich zwischen Recht und Organisation „rein“ fachlich zu positionieren. Frei von rechtlichen Untiefen und den Unwägbarkeiten offener Gerichtsverfahren und auch frei von dem Problem, sagen zu müssen, wo die Fachkraftschuld enden und Organisationsverschulden beginnen mag. Denn entweder liegt das „wofür haften“ im Amt und vor Gericht, dem Juristensprichwort folgend, wie auf offenem Meer in Gottes Hand oder es waltet eine irdische Instanz über persönliche

Schuld und Sühne, die disziplinarisch zu markieren und monetär vom Hause aus zu leisten wäre. Die Frage, wer „fachlich haftet“, stellt sich *so gesehen* nicht. In vielen Fällen trägt eine oder einer de jure Schuld und es gibt organisationsbezogen „intern“ Reaktionen. Nur selten bleibt beides aus – zu drängend fragen Medien, nicht selten schnell geknüpft mit heißem Faden sind Handbuch und Verfahren.

Doch Vorsicht: Über Risiko wird entschieden – ganz alltagsförmig; Organisationen werden ‚gemacht‘<sup>1</sup>. Die Fachkraft sitzt, so scheint es, ob mit voll besetzten oder freien Planstellen, altersgemischt oder als Kollektiv von Berufseinsteiger/innen, mit Kinderschutzfachkraftzertifikat und Diagnoseinventar, im Gefährdungseinsatzmeldungssofortdienst, Kinderschutzsozialdienst oder sonst wie tituliert, zwischen allen Stühlen. Sie leistet Hilfe wie Kontrolle, kein noch so starker Schutzplan schafft ihr letztendlich Sicherheit, das Nullrisiko *für sie* entsteht punktuell scheinbar nur durch alsbaldige Inobhutnahme. Budgetdruck bei Hilfen zur Erziehung geht nicht selten mit auf Selbstschutz zielender ‚präventiver Inobhutnahme‘ Hand in Hand; an Fachlichkeit wird schnell gespart, so der schlichte Reim, in Stadt und Land. Sie muss, trotz stetem Risiko des Fehlers handeln, ohne je Kontrolle über dessen Resultat zu haben. Was in Deutschlands Familien, selbst hinter Schloss und Riegel geschieht, ist von außen nicht plan- und, daran verzweifelt der ‚gut informierte Bürger‘ Alfred Schütz<sup>2</sup> bis heute, auch nicht steuerbar. Der Herausforderung entgegen stemmen sich, tapfer und nicht enden wollend, Modellprogramme, die sich um ‚Fehlerlernen‘/‘lernen aus Erfolgen‘, ‚dialogische Falllabore‘ und ‚Personalmanagement‘ bemühen, selbstverständlich eng verknüpft mit Praxis vor Ort. Hier wird nichts anderes geleistet als: fachliche Entwicklung, laufend, kontinuierlich und mehr oder minder systematisch. So alarmiert die Medien reagieren, so sehr es auch zunächst scheint, als habe das Jugendamt nicht gehandelt, so aktiv die Politik auch immerfort Gesetze strickt: In der Komplexität des Falles, der sichtbar wird, liegen stets vielfältige Ansätze „auch anders“ handeln zu können. Und neben dem, dass organisational ‚Köpfe rollen‘, hie und da Jugendhilfeinspektionen und Früherkennungsmeldesysteme reaktiv wie Pilze aus dem Boden schießen, scheint doch alsbald die berühmte Talsohle durchschritten und man meint, nun habe man „alles im Griff“ (oder macht es sich und anderen vor).

Und genau hier, in dieser Mitte zwischen Recht und formaler Organisation wird es „fachlich“ spannend: Es ist diese Gemengelage, die es gilt, „fachlich“ d.h. *organisationspädagogisch* – anschließend an Burkhard Müller und Stephan Wolff (Univ. Hildesheim) – im professionellen Handeln zu reflektieren und zu gestalten. Denn es geht darum, *wie* ein Fall und eine (Kinderschutz-)Krise in sozialpädagogischen Einrichtungen organisational gemeistert wird, was sich *hinter* dem inszenierten Verblendungszusammenhang ‚schöner Fassaden‘ verbirgt, die Wohltätigkeit suggerieren und als sozialwirtschaftliche Einheiten z.T. transnational operieren. Organisational gesehen „fachlich“ relevant wird es dann, wenn in ständig vorhandenen riskanten Fällen allzu vage Entscheidungen fallen und Prozesse sichtbar werden, die als „schwache Signale“ auf bislang unerkannte Zuspitzungen und auf nicht selten bereits darin angelegte fachliche Fehler deuten lassen, deren weiterer Eskalation entgegen zu wirken ist. Und – andererseits – kann es die „fachliche“ Aufmerksamkeit nicht unbeeindruckt lassen, wenn Fachkräfte in Zwänge gebracht sind, die der

---

<sup>1</sup> Vgl. näher: Böwer (2012, 2013)

<sup>2</sup> Schütz (1972)

fachlichen Kunst und den Potenzialen ihrer/unserer Zunft zuwiderlaufen. Zumal, wenn sich Kontrollorientierungen, Sicherheitsideale und inszenierte Wirk(ohn)mächtigkeiten mit nicht nur gefühlter, sondern realer Unsicherheit unter Fachkräften verbinden, von denen im überall spürbaren Generationsumbruch und zuweilen sichtbarer Fluktuation die insoweit am-längsten-ASD-erfahrenen Fachkräfte vielleicht eineinhalb Jahre hier tätig sind und sich nicht trauen, diese ihre Unsicherheiten der Kollegin im Büro nebenan kundzutun<sup>3</sup>; geschweige denn, dass systematische Supervision überall zum Qualitätsverständnis ihrer Arbeitgeber gehört<sup>4</sup>. Wenn, wie insoweit deutlich wird, letztlich alles im Kinderschutz immer auch eine „fachliche“ Frage ist, welche Antwort bzw. welche Antworten wären also dann auf die Frage zu geben, „wer tatsächlich wofür fachlich haftet“ bzw. wie mit Unwägbarkeiten umzugehen ist?

Professionsbezogen gibt es darauf eine klare Antwort: Es ist die fachliche Kunst der Profession Soziale Arbeit, basierend auf einem spezifischen Berufsethos professionelle Arbeitsbündnisse unter theoriegeleitetem Fallverstehen herstellen zu können<sup>5</sup>. Professionelles Handeln lässt sich also nicht von einer spezifischen Haltung gegenüber der Klientel und einem Einsatz für die Bedürfnisse der Adressat/innen trennen. Will ich im Kinderschutz professionell handeln, muss ich in der Lage sein, auch in dessen Zwangskontext Arbeitsbündnisse zu schließen und Kinderschutzfälle professionell zu „verstehen“. In aller Kürze und noch einmal anders auf den Punkt gebracht: Wir als Fachkraft sind „fachlich“ für das in Anschlag zu nehmen, was wir bei allem guten Willen und Können anrichten. Risiken lassen sich nicht auflösen; Handeln in Unsicherheit ist konstitutiv für unsere Profession<sup>6</sup>. Professionellem Handeln stehen der Schaden für Adressat/innen, der Schaden für Arbeitsfähigkeit und Selbstkonzept und der Schaden für die gefühlte Handlungssicherheit im Team, das im Fall eines fachlich gravierenden Kinderschutzfehlers so oder so zurückbleibt, entgegen. Hier geht es, fachlich gesehen, darum, einerseits der strukturellen Ohnmacht der Adressat/innen in und außerhalb von Einrichtungen ein partizipatives Setting inkl. eines Beschwerde- und Ombudschafswesens entgegen zu setzen. Kinderschutzfälle lassen sich gerade mit der immer rechtlich gegebenen Grauzone und einem nur vage bestimmbar Organisationsversagen andererseits mit einigem Erkenntnisgewinn multiperspektiv verstehen<sup>7</sup>. Damit will ich den Blick auf das richten, was ‚geht‘ und wo Optionen für professionelles Handeln liegen.

Nach dem Stand dessen, was wir heute aus wissenschaftlicher Forschung zum Kinderschutz wissen, gibt es eine ganze Bandbreite von „fachlichen“ Möglichkeiten im sozialpädagogischen Handeln, mit den immer bestehenden ‚Halbwegs-Sicherheiten‘ umzugehen und trotzdem den eigenen „Job im ASD so gut wie möglich zu machen“<sup>8</sup>. Ich will das an dieser Stelle anhand einiger zentraler Facetten im Kinderschutzhandeln illustrieren, deren Relevanz aktuelle Studien unter Beweis stellen<sup>9</sup>. Ein sicher zentraler Moment

---

<sup>3</sup> Vgl. Pothmann/Wilk (2009)

<sup>4</sup> Vgl. Gissel-Palkovich/Schubert (2010)

<sup>5</sup> Vgl. Becker-Lenz/Müller (2009), Müller (2011), Böwer/Hansjürgens (2013)

<sup>6</sup> Vgl. Müller (2012)

<sup>7</sup> Vgl. Böwer/Hansjürgens (2013)

<sup>8</sup> Vgl. Böwer (2012)

<sup>9</sup> Vgl. dazu näher Böwer (2013)

im Kinderschutzhandeln ist der sozialpädagogische Blick auf die unterschiedlichen Dimensionen eines Falles<sup>10</sup>. Hier gilt es, alle und gerade auch diejenigen und deren Sichtweisen zu erfassen, die wenig Aufmerksamkeit einfordern und darauf zu achten, was hinter allem Vordergründigen *nicht* gesagt wird, welchen ungeprüften Vorannahmen wir folgen, welche kundigen ‚Widersprüche‘ wir warum nicht hören wollen und den Fokus unserer Metaperspektive vom einmal eingenommenen standardisierend-diagnostizierenden Beobachtungspunkt auf ‚blinde Flecke‘ im Fallgeschehen und darauf zu richten, was wir im Fall *nicht* wissen. So weisen Expert/innen der Kinderschutzpraxis beispielsweise darauf hin, dass bei einem Meldungseingang zwischen den Zeilen nachzuhören und nachzuforschen ist, ob tatsächlich gemeint ist, was so verstanden worden ist, um den Blick zu erweitern und mit dem Risiko umzugehen, dass man auch missverstanden werden kann<sup>11</sup>.

Ein weiterer zentraler Punkt ist der Blick, den wir in Fallwerkstätten oder Falllaboren, aber auch in ‚gewöhnlichen‘ Fallkonferenzen und im systematischen Aktenstudium gewinnen können: Es gilt, einmal systemreflexiv auf die lange Strecke bereits erfolgter Hilfen und Hilfeprozesse und auf die aktuelle Dynamik zu schauen, die uns dazu zu veranlassen sucht, schnelle Hilfeentscheidungen oder ‚allerletzte Versuche‘ nach sich zu ziehen. Supervision muss selbstverständlicher Regelbestandteil alltäglicher Praxis sein; eine Leitungskraft, die sich coachen lässt, muss Maßstab und darf nicht Manko sein. Vorsicht geboten ist gegenüber allzu perfekten Verfahren und zauberformelhaften Methodeninventaren. So stellen die verschiedensten, in Praxis gebräuchlichen Diagnosebögen potentiell immer eine fachliche Erweiterung wie ein Risiko dar, sich allzu sehr darauf zu verlassen. Wer sich einseitig an solche Werkzeuge klammert und darauf vertraut, dass es sicher durch den Fall führt, begibt sich auf dünnes Eis. Eine elektronische Fallakte suggeriert vollständige Erfassung. Nur wissen wir auch, dass ihre Felder ob der Handhabbarkeit und unter Zeitdruck schnell mal durch sinnfreies Klicken und Drücken von Buchstabentasten zum Speichervorgang geführt werden. Solche Werkzeuge helfen nur dann, wenn sie hinreichend flexibel für Alltagspraxis sind: im kritischen Dialog mit den Sorgeberechtigten im Hausbesuch auch per Hand ausgefüllt werden können, das Vieraugenprinzip nach Meldungseingang auf nicht gesagte Punkte führen oder Verläufe und Prozesse erfassen können, die sich im Auf und Ab des Fallgeschehens entwickeln. Eine Akte ist unterwegs wie ex-post nur so hilfreich, wie sie Fälle und Entscheidungen nachvollziehbar werden lässt. Minutiöse Ablesbarkeit jeden Handelns, jeder Mitteilung und jeder Sinneswahrnehmung hilft vor keinem Gericht, wenn der Fehler darin lag, Zeit in eine andere, sicher sehr viel zentralere fachliche Kunst investiert zu haben: die Adressat/innen nicht persönlich aufgesucht, nicht face-to-face gesehen und nie ein echtes Arbeitsbündnis begründet zu haben. Erfülle ich formale Verfahren aktenseitig, mag das für eine/n Verwaltungsmitarbeiter/in reichen; für seine/n Kolleg/in sozialarbeiterischer Provenienz müssen Entscheidungen im relevanten Moment getroffen werden, dort wo es riecht und eng ist, wo es um Leben und Auseinandersetzung geht (Thiersch). Und hier gilt letztlich noch eines: Da kann ich aus juristischer Sicht alles gut machen, aber die Folge meines formal sauberen Handelns, also der Pflicht-Erfüllung, ist die sekundäre Traumatisierung eines Kindes,

---

<sup>10</sup> Vgl. Ader (2006), Müller (2012)

<sup>11</sup> Vgl. dazu näher Böwer (2012)

weil ich es aus Eigenschutzgründen lieber vor dem Wochenende in Obhut genommen habe, weil ich die auszuhaltenden Unsicherheiten, die Risiken, die meine Arbeit immer auch bedeutet, nicht eingehen wollte.

Jugendämter, die sich hingegen darum bemühen, *kontinuierlich* ihre *Aufmerksamkeit auf Abläufe* zu richten, sind vermutlich gut aufgestellt. Denn sie verzichten bewusst darauf, ein ideales Instrument und damit final wirksame ‚Barrieren‘ zu fokussieren, sondern einen anspruchsvoll komplexen Mix von im Alltagsgeschäft „leichten“ (kontext- und situationsangemessenen), flexiblen Werkzeugen zu wählen: Da wird der Willkommensbesuch von ASD-Kräften durchgeführt, im Hausbesuch zu zweit der Diagnosebogen per Hand dialogisch handlungsorientiert auf Augenhöhe mit den Eltern ausgefüllt, ein Krisendienst vorgehalten und dessen Herausnahmeeinsätze gemeinsam mit der Polizei ausgewertet etc.<sup>12</sup>

So fachlich ‚aufgestellte‘ Organisationen können dann als ‚achtsame‘ Kinderschutzorganisationen gelten, die in unwägbareren Situationen und sensiblen Umwelten mit risikoreichen und fehleranfälligen Technologien agieren müssen und nur sehr bedingt Experimente eingehen können, um daraus zu lernen. Solche ‚High Reliability Organizations (HRO)‘ nämlich sind um ein Höchstmaß an Zuverlässigkeit und darauf hinführende Strategien bemüht, die nicht nur ihre Umwelt von ihnen erwartet, sondern die es ihnen auch ermöglichen, selbst beim unerwarteten Eintritt von Fehlern ihrer Akteure handlungsfähig zu bleiben<sup>13</sup>. Wie die Auseinandersetzung mit vorliegenden Fallstudien dann ergibt, finden wir solche Ansatzpunkte unter anderem in Feuerweherteams, in Kliniken, auf Flugzeugträgern und in Atomkraftwerken. Dort lässt sich herausarbeiten, dass das ständige Risiko eines Fehlers, seine dramatische Eskalation und die Komplexität der für diese Organisationen alltäglichen Arbeitssituation zur Entwicklung von Strategien einer „Kultur der Achtsamkeit“<sup>14</sup> geführt hat, die in sich kontinuierlich wandelnden Organisationen über ‚kleine Erfolge‘ realisiert wird.

Wendet man dies auf i.d.R. medial bekannt gewordene, dokumentierte und fachlich näher diskutierte Fälle im Kinderschutz an, in denen es zu dramatischen Verläufen und zum Tode eines Kindes kam, erhellt dieser zunächst ungewöhnlich erscheinende Zugang organisationale Prozesse und alternative Optionen: Was, wenn kleinere Fehler und Störungen frühzeitig aufgespürt worden wären, man groben Vereinfachungen wie dem ‚liebervollen Ziehvater‘ im ‚Fall Kevin‘ widerstanden hätte, sensibel für betriebliche Abläufe im Helfer-Suchtkranken-System und gegenüber den Wahrnehmungen der Praktikantin etc. geblieben wäre, im Jugendamt besonderen Wert auf flexible Hilfen statt auf routinierte Kostenkonferenzen gelegt hätte sowie anstatt eben zufälligen Tür-und-Angel-Gesprächen systematisch Team- und Fallkonferenzen als Orte des jeweils größten Sachverständes genutzt hätte? In allen Fallverläufen, so die These, lassen sich Gelegenheiten finden, je auch anders, *achtsam* zu handeln. So lässt sich empirisch belegen: Organisationen, die im Kinderschutz agieren, richten ihre *Aufmerksamkeit auf Abläufe*<sup>15</sup> – und damit eher auf mehr, statt auf wenige Details, nicht auf einzelne Barrieren, sondern auf unterschiedliche

---

<sup>12</sup> Vgl. Böwer (2012, 2013)

<sup>13</sup> Vgl. grundlegend Rochlin/La Porte/Roberts (1987)

<sup>14</sup> Weick/Sutcliffe (2010)

<sup>15</sup> Vgl. Böwer (2012)

Filter; sind doch gerade ASD als ‚lose gekoppelte‘ Einheiten zu erkennen<sup>16</sup>. Dies ist, letztlich, nach dem heutigen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse, die vielleicht entscheidende Botschaft an das im Kinderschutz immer schlummernde „Haftungsrisiko“: Entscheidend ist, dass das professionelle Handeln seine Eigenkräfte nutzt, dialogisch Arbeitsbündnisse zu gestalten und im Sinne einer professionellen Selbstreflexion ein „forschendes Fragen“ praktiziert, und so multiperspektiv Fälle zu verstehen lernt<sup>17</sup>. Entscheidend ist, dass rechtliche Spielräume ausgelotet und neue Programmwürfe vorgelegt werden. Entscheidend ist, dass alle, die für die Konzepte und Regeln in einer einzelnen Kinderschutzorganisation mit verantwortlich sind, den Maßstab ihres Handelns darauf ausrichten, dass die Organisation in schwierigen Umwelten stets hinreichend flexibel handlungsfähig und beweglich – im übertragenen Sinne nicht trivialer „Motor“ – bleibt. Sonst wird sie selbst zur Fehlergefahr im Kinderschutzhandeln.

Kein Jugendamt, kein/e Kinderschutzmitarbeiter/in muss allein die Kohlen aus dem Feuer holen. Wir sind im Kinderschutz inzwischen soweit, dass andere Akteure und Organisationen durch kooperative Prozessgestaltung und gemeinsame Netzwerkarbeit<sup>18</sup> befähigt werden können, *ihren* Beitrag im Kinderschutz besser wahrzunehmen und damit Kinderschutzarbeit insgesamt zu befördern. So dürften wir Praxismuster aufs Ganze gesehen, wenn nicht überwunden, so doch modifiziert haben, die noch Münder und andere<sup>19</sup> vor fast 15 Jahren darin beobachteten, dass der ASD deshalb lieber zur Hilfskonferenz im Amt einlud, weil er Sorge hatte, nach Betreten einer Schule mit mehr Fällen aus ihr heraus zu kommen, als er in sie hinein gegangen war. Gute Kinderschutzarbeit unter strukturell widrigen, unwägbareren Bedingungen also ist durchaus möglich – ein Schlüssel dazu ist ein professionelles organisationspädagogisches Bemühen um organisationale Zuverlässigkeit. Lassen Sie uns in diesem Sinne fachlich professionell daran arbeiten, unseren Job so gut wie möglich zu machen. Damit ist schon viel gewonnen.

---

<sup>16</sup> Vgl. Böwer/Wolff (2011)

<sup>17</sup> Vgl. Müller (2011)

<sup>18</sup> Vgl. dazu grundlegend: Fischer/Kosselek (2013), Hochuli Freund/Stotz (2013)

<sup>19</sup> Münder et al. (2000)

## Literatur

Ader, S. (2006): Was leitet den Blick? Wahrnehmung, Deutung und Intervention in der Jugendhilfe. Weinheim: Juventa

Becker-Lenz, R.; Müller, S. (2009): Die Notwendigkeit von wissenschaftlichem Wissen und die Bedeutung eines professionellen Habitus für die Berufspraxis der Sozialen Arbeit. In: Becker-Lenz, R./Busse, S./Ehlert, G./Müller, S. (Hrsg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. Wiesbaden: VS.

Böwer, M. (2008): Das achtsame Jugendamt. Ansatzpunkte und Rezeption des Achtsamkeitskonzepts im Kindeswohlschutzdiskurs. In: Neue Praxis. 38. Jg. H. 4. S. 349-370.

Böwer, M. (2012): Kindeswohlschutz organisieren. Jugendämter auf dem Weg zu zuverlässigen Organisationen. Weinheim: Juventa.

Böwer, M. (2013): Aufbruch: wohin, womit, wozu? Aktuelle Entwicklungen im Kinderschutz. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren (Hrsg.): Aufbruch. Hilfeprozesse gemeinsam neu gestalten. Köln: Eigenverlag. S. 19-47

Böwer, M./Wolff, S. (2011): Führung in Zeiten enger(er) Kopplung. Über ‚Erfindungen‘ im Management Allgemeiner Sozialer Dienste. In: Göhlich, M./ Weber, S. M. (Hrsg.): Organisation und Führung. Wiesbaden: VS, S. 143-154.

Böwer, M./Hansjürgens, R. (2013): Fälle multiperspektiv verstehen und professionell handeln lernen – am Beispiel von Kinderschutz und Suchthilfe. In: Sozialmagazin. H. 11/12 (im Erscheinen)

Fischer, J./Kosselek, T. (2013): Netzwerke und Soziale Arbeit. Weinheim: Juventa

Gissel-Palkovich, I./Schubert, H. (2010): Gelingende Praxis des ASD. In: Standpunkt Sozial. H. 2. Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Eigenverlag, S. 43-52

Hochuli Freund, U./Stotz, W. (2013): Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

Müller, B. (2011): Methoden der Sozialpädagogik. In: Schröer, W./Schweppe, C. (Hrsg.): Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online. Weinheim: Juventa

Müller, B. (2012): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 7. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Münder, J./Mutke, B./Schone, R. (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster: Votum

Pothmann, J./Wilk, A. (2009): Wie entscheiden Teams im ASD über Hilfebedarf? Untersuchung zur Gegenüberstellung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen des Fallmanagements kommunaler sozialer Dienste und sich daraus ergebende Konsequenzen für Praxisentwicklung. Abschlussbericht für die Stiftung Jugendmarke. In: [http://www.forschungsverbund.tu-dortmund.de/fileadmin/Files/Hilfen\\_zur\\_Erziehung/Abschlussbericht\\_Teamentscheidung\\_im\\_ASD.pdf](http://www.forschungsverbund.tu-dortmund.de/fileadmin/Files/Hilfen_zur_Erziehung/Abschlussbericht_Teamentscheidung_im_ASD.pdf) (4.2.2013)

Rochlin, G.I./La Porte, T./Roberts, K. (1987): Self-designing high-reliability organization. Aircraft carrier flight operations at sea. In: Naval War College Review. Vol. 40, Nr. 4, S. 76-91

Schütz, A. (1972): Der gut informierte Bürger. Ein Versuch über die soziale Verteilung des Wissens. In: Gesammelte Aufsätze. Bd. 2. Studien zur soziologischen Theorie. Den Haag. S. 85-101

Weick, K. E. (1985): Der Prozess des Organisierens. Frankfurt/Main: Suhrkamp

Weick, K. E./Suttcliffe, K. M. (2010): Das Unerwartete managen. Wie Unternehmen in Extremsituationen lernen. 2. Aufl. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel

Wolff, S. (1983): Die Produktion der Fürsorglichkeit. Bielefeld: AJZ Verlag

# Kinderschutzarbeit: Wer muss für welches Risiko haften?

## Aus organisatorischer Perspektive:

CAROLIN KRAUSE

Leiterin des Jugendamtes Köln

Eigentlich könnten wir uns nach dem ersten Vortrag zurücklehnen, da das strafrechtliche Risiko minimal ist. Warum sind die Mitarbeiter damit trotzdem nicht zufrieden und warum bringt dieses Thema so viele von Ihnen hier auf diese Veranstaltung? Dieses Thema treibt die Kolleginnen und Kollegen seit ein paar Jahren am allermeisten um.

Thomas Mörsberger hatte bei einer Rede zum Abschied eines Kollegen Folgendes gesagt: „Wenn irgendwo in Familien etwas Schreckliches mit Kindern passiert, ist doch regelmäßig das Jugendamt in der Familie aktiv gewesen. Also war die Familie dem Jugendamt bekannt. Nehmen wir es mal statistisch: In 85 Prozent dieser Fälle war die Familie dem Jugendamt bekannt. Es hat also versagt. Diese 85 Prozent sind zwar frei erfunden, aber sind doch ganz überzeugend. Also in 85 Prozent dieser Fälle hat das Jugendamt versagt. Dann hat das Jugendamt in zahlreichen Fällen Kinder zu Unrecht aus der Familie geholt, nach der mir vorliegenden Statistik in 15 Prozent der Fälle. 85 Prozent und 15 Prozent macht zusammen 100 Prozent. Also: In 100 Prozent der Fälle versagen Jugendämter.“

Was kann man als Leitung und als Organisation tun, um den Mitarbeitern eine andere Grundlage zu verschaffen? Was kann man tun, um diese öffentliche Sicht, die es nun einmal gibt, im Alltag auszuhalten? Wir wissen alle, dass Jugendamtsmitarbeiter im Fernsehen nie gut wegkommen. Sie gucken bestimmt auch die Serie „Tatort“. Wenn dort Jugendamtsmitarbeiter beteiligt sind, scheinen sie stets völlig unfähig zu sein. Wenn Sie mir den ersten Krimi zeigen, bei dem der Jugendamtsmitarbeiter wie der vorhin erwähnte „Schutzengel“ ist und positiv dargestellt wird, kaufe ich sofort 100 DVDs und verteile sie. Das wird wohl noch ein bisschen dauern.

Also müssen wir uns mit dem öffentlichen Druck und dem damit verbundenen – gefühlten – Haftungsrisiko auseinandersetzen. Jeder schlimme Fall, der öffentlich diskutiert wird – das betrifft zum Glück nicht jeden Fall –, bringt wieder neuen Druck und neue Unsicherheit. Wie können wir dem aus organisatorischer Sicht begegnen? Hierzu möchte ich drei Fragen aufwerfen:

1. Was ist zu organisieren, bevor etwas passiert, damit möglichst wenig passiert?
2. Was ist zu organisieren, wenn doch etwas passiert ist?
3. Was ist zu organisieren, wenn der erste Rummel vorbei ist und der Alltag im Jugendamt oder beim Träger wieder eingeleitet ist?

## 1. Was ist zu organisieren, bevor etwas passiert und damit möglichst wenig passiert?

Die erste Bedingung ist eine **ausreichende Personaldecke**. Herr Schrapper hatte bereits darauf hingewiesen, dass wir in den letzten Jahren viele Mitarbeiter zusätzlich bekommen haben. Trotzdem ändert sich das subjektive Gefühl der ASD-Kollegen, zu wenige zu sein, nie. Mir hat einmal ein Leiter einer Organisationseinheit gesagt, dass sich das auch nicht in 100 Jahren ändern würde, so viele Mitarbeiter könne man gar nicht an Land ziehen. Er hat recht. Das Gefühl ist da. Wir brauchen einfach eine ausreichende Personaldecke, denn wir haben nicht wie in der Amtsvormundschaft eine vorgegebene Fallzahl, obwohl es notwendig wäre. Aber das ist ein eigenes Thema, das den Rahmen hier sprengen würde.

Wir brauchen unbedingt **klare Strukturen**, wie in dem Vortrag aus fachlicher Sicht soeben betont wurde. Auch dazu gibt es viele Fachveranstaltungen, darum will ich nicht im Detail darauf eingehen.

Wir brauchen – auch wenn es immer wieder schwerfällt – eine **saubere Aktenführung**. Auch darüber haben wir schon viel innerhalb der Ämter diskutiert: welche Verfahren es gibt, wie die Aktenführung elektronisch möglich ist, was ein Verfahren können muss, wie viel Zeit und bürokratischen Aufwand die Mitarbeiter dafür aufwenden müssen. Daher nur so viel: Im Ernstfall braucht man eine ordentlich geführte Akte, das kann man zurzeit gerade in dem Fall von Königswinter deutlich erkennen. Das eigentliche Dilemma für die betroffene Kollegin liegt nämlich genau darin – und nicht in einer Entscheidung, die sie irgendwann getroffen hat.

Wir brauchen **sichtbare Entscheidungsprozesse**. Das hängt mit der ordentlichen Aktenführung zusammen. Besonders brenzlige Fälle sind oft dadurch gekennzeichnet, dass ein Mitarbeiter äußert, er hätte mit seinem Gruppenleiter das Vorgehen „zwischen Tür und Angel“ abgesprochen, woran sich aber der Gruppenleiter nur noch vage erinnert. Solche Gespräche sind zwar durchaus wichtig, aber nicht in derartigen Fragen.

Die **Informationsketten** müssen **bekannt und transparent** sein. Auch wenn Mitarbeiter eines Trägers so gut wie nie in eine Haftung genommen werden, muss klar sein, wer wann worüber informiert wurde. Es muss immer wieder ins Bewusstsein gerufen werden, wen man wann worüber zu informieren hat.

Dass **Leitung zur Reflexion** zur Verfügung stehen muss, wurde ebenfalls bereits deutlich gemacht.

Es ist zwischen dem echten und dem gefühlten Haftungsrisiko zu unterscheiden. Als ich den Vortrag vorbereitete, kam mir der Gedanke, dass es eher um ein *Ächtungsrisiko* als um ein Haftungsrisiko geht. Die Organisation muss es schaffen, keine Absicherungsmentalität gegen das Ächtungsrisiko zu forcieren, sondern es in Grenzen zu halten und ein selbstsicheres Arbeiten, das auch Spaß macht, in dem man im Wesentlichen entspannt und mit einer gewissen Grundsicherheit durch den Tag gehen kann, zu ermöglichen.

Wir haben gelernt, dass wir zunächst wie jeder normale Bürger eine strafrechtliche Verantwortung tragen. Aber in meiner Garantenstellung muss ich wissen, wofür ich fachlich

verantwortlich bin und was passiert ist, weil ich etwas unterlassen habe. Entscheidend ist, was ich zu dem Zeitpunkt meiner Entscheidung voraussehen konnte, nicht das, was die Presse und die Öffentlichkeit meinten, was ich hätte wissen müssen. Den Angstbegriff „Garantenstellung“ kann man in Bezug auf das strafrechtliche Risiko sehr weit entdramatisieren. Trotzdem sind wir immer, wenn etwas passiert, die Ersten, die durch die Mangel genommen werden, nicht nur von der Presse, sondern auch von anderen Behörden. Nach meiner Erfahrung geben auch Polizei und Gerichte sehr schnell die Verantwortung an das Jugendamt ab. Damit müssen wir vielleicht leben, aber dafür müssen wir uns dann auch im Alltag stark machen, um das auszuhalten.

## **2. Was ist zu organisieren, wenn etwas passiert ist?**

Bei uns in Köln gibt es immer wieder die gleichen Abläufe. Wenn ein Fall gut läuft, erfahren wir es intern durch die eigenen Mitarbeiter, läuft ein Fall schlecht, erfahren wir durch den „Kölner Express“, dass etwas passiert ist. Der letzte schlimme Fall in Köln, der auch durch die Bundespresse ging, passierte im Dezember letzten Jahres. Am zweiten Weihnachtsfeiertag war die kleine Lea-Sophie verschwunden. Das erfuhren wir durch den „Kölner Express“.

In einem solchen Moment läuft bei uns das folgende Verfahren an: Wir holen sofort die zuständigen Mitarbeiter und die gesamte Hierarchie zusammen und versammeln uns entweder in dem Bezirk, in dem wir die Akten vorfinden, oder bei mir im Büro. Das geschieht tatsächlich so schnell wie irgend möglich. Für die Mitarbeiter war das am Anfang sehr erschreckend, als sie noch nicht wussten, was auf sie zukommen würde. Im letzten Fall gaben aber die Kolleginnen aus dem Bezirksamt sogar die Rückmeldung, dass es am Ende richtig Spaß gemacht hätte, mit uns zusammen den Fall aufzuarbeiten. Es ist natürlich kein „Spaß“, dass etwas passiert ist, sondern weil man merkt, dass man nicht allein steht und in einem Team, das zusammenarbeitet, sicher sein kann, dass die auf diese Weise getroffene Entscheidung von allen getragen wird. Ich leite diese Runden persönlich, wenn es mir zeitlich möglich ist, sonst mein Stellvertreter oder der zuständige Abteilungsleiter. Wir versuchen, so schnell es geht, alle zur Verfügung stehenden Sachverhalte zusammenzutragen, wie in dem erwähnten Fall über das verschwundene Kind selbst, aber auch über die Familie und das Umfeld. Wir suchen nach Anhaltspunkten und nach Fragen, die uns höchstwahrscheinlich gestellt werden.

Es kommt zu keiner gegenseitigen Schuldzuweisung zwischen dem Jugendamt Köln und den Bezirksämtern. Wir haben neun Bezirksjugendämter mit jeweils einem Bezirksjugendamtsleiter. Der wiederum hat einen Chef in seiner Abteilung. Alle Bezirke sind zu einer Abteilung zusammengefasst. Außerdem gibt es eine Grundsatzabteilung, die unsere Minderjährigenschutzrichtlinie erstellt hat, und die für die Vorgaben und den Grundsatz zuständig ist. Beide Abteilungen sitzen zusammen am Tisch. Wenn es eine ASD-Mitarbeiterin betrifft, ist deren Gruppenleitung dabei, mitunter auch die WJH-Mitarbeiterin oder der Amtsvormund, wenn diese in dem Fall eine Rolle spielen, und der Bezirksjugendamtsleiter. Natürlich sind nie alle gleichzeitig zu erreichen, aber wer zu erreichen ist, kommt so schnell es geht. Wir sitzen so lange zusammen, bis wir uns über den Sachverhalt und das weitere Vorgehen einig sind.

Im Ergebnis schreiben wir **so schnell wie möglich eine einheitliche Stellungnahme**, die wir an die gesamte Hierarchie der Stadtverwaltung – Oberbürgermeister, Dezernenten – weitergeben, in der alles aufgeführt wird, was datenschutzrechtlich vertretbar ist und woraus man sich einen Zusammenhang erklären kann. Dieses Schreiben bildet auch die Grundlage für jedes Pressegespräch, das natürlich nur von der Leitung – von mir, meinem Stellvertreter und/oder dem Abteilungsleiter – geführt wird. Wir alle gehen mit derselben Botschaft an die Öffentlichkeit. Ich dränge jeweils auf schnellstmögliche Bearbeitung, denn es gibt gerade am Anfang eher negative Schlagzeilen und Berichte, wenn man signalisiert, noch keine Auskunft geben zu können, weil man sich den Fall erst in Ruhe ansehen müsse. Gibt man nicht innerhalb kurzer Zeit – also innerhalb desselben Tages – eine Stellungnahme heraus, hat man verloren. Mitarbeiter müssen die Sicherheit haben, ganz schnell eine Reflexion und eine Einschätzung zu bekommen, die in aller Regel – bisher in jedem Fall – beruhigend für sie ist.

Wichtig ist dabei, **alle anderen beteiligten Behörden mit zu informieren**. In dem beschriebenen Fall war es die Polizei. Am besten wäre noch eine gemeinsame Stellungnahme mit den Behörden. Das gelingt aber leider nicht immer, etwa zu 50 Prozent.

Die zweite wichtige Maßnahme ist das **sofortige Coaching der betroffenen Mitarbeiter**. Ihnen wird Beratung und Begleitung angeboten, wenn sie es wünschen, weil die Mitarbeiter unterschiedlich auf solche Geschehnisse reagieren, manche geraten erst später in eine Krise, obwohl sie am Anfang tatkräftig und sicher erscheinen. Wir bieten sofort eine Beratung durch das Rechtsamt an – nicht, weil wir Sorge haben, dass den Mitarbeitern ein Verfahren droht, sondern weil die Mitarbeiter selbst diese Sorge haben und ich sie ihnen so schnell wie möglich nehmen möchte. Das führt zwar nicht dazu, dass Jugendamtsmitarbeiter nun gar keine Angst mehr hätten, aber diese Angst ist gemindert worden. Einzel- und Gruppensupervision in allen Bereichen ist ebenfalls eine Selbstverständlichkeit in unserem Amt.

Wir entscheiden anhand der Sachverhalte außerdem sehr schnell, ob ein Mitarbeiter aus der Schusslinie genommen werden muss, weil er das Ereignis und seine Folgen nicht aushalten kann – unabhängig davon, ob eine Schuld bewiesen wird oder nicht. Es ist oft erst einmal bitter, aber notwendig. Das versuche ich dem Mitarbeiter und dem Personalrat zu erklären. Es ist in den sechs Jahren, die ich das Jugendamt leite, zweimal vorgekommen, dass ich einen Mitarbeiter unverzüglich in ein anderes Aufgabengebiet versetzt habe, weil es nach meiner Einschätzung erst einmal notwendig war, denn der Schock über das Geschehen war zu groß.

Zusammenfassend möchte ich verdeutlichen: Das Allerwichtigste ist eine **schnelle, zuverlässige und abgestimmte Vorgehensweise**. Oft wird übersehen, dass man überprüfen muss, was aktuell zu tun ist. Mitunter ist ein Kind tot, aber es gibt außerdem Geschwister, die eventuell ebenso gefährdet sind, es gibt eine Täterfamilie. Hier ist schnelles Handeln erforderlich. Es ist Kontakt zu den betroffenen Personen aufzunehmen und notwendige Hilfen sind zu erarbeiten. Auch das ist transparent nach außen zu tragen, denn danach wird man ebenfalls sofort gefragt.

### 3. Was ist zu organisieren, wenn der Alltag wieder eingekehrt ist?

Irgendwann glätten sich die Wogen wieder und man versucht, wieder zum Alltag zurückzukehren. Zu diesem Zeitpunkt ist es noch einmal wichtig, mit den betroffenen Mitarbeitern in Kontakt zu treten. Wir hatten einen schlimmen Fall, in dem der Vater einer Tochter deren Freund in dessen Wohnung mit einer Bombe getötet hatte. Die Mitarbeiterin hatte der Mutter des Mädchens die Adresse des Jungen gegeben, weil sich die Mutter Sorgen um ihre minderjährige Tochter machte und sie erreichen wollte. Dadurch kam auch der Vater an die Adresse und hat den Jungen getötet. Diese Mitarbeiterin hatte strafrechtlich nichts zu befürchten, ist aber auch mittelfristig nicht aus dieser Geschichte herausgekommen. Sie musste aus dem ASD heraus und eine andere Aufgabe bekommen. Man muss also weiter dranbleiben, auch wenn sich scheinbar alles beruhigt hat.

Wenn ein Fall vor Gericht landet, so wie wir es jetzt in Königswinter erleben, kocht auch nach drei Jahren alles wieder hoch. Auch nach dieser Zeit muss man noch den Sachverhalt und den Ablauf kennen. Man muss immer noch parat haben, was man getan hat, und man muss jederzeit in der Lage sein, das der Hierarchie, der Politik und der Öffentlichkeit kundzutun.

In den Prozess von Königswinter, der in Bonn, also nicht weit von uns stattfindet, schicken wir jeden Tag eine Mitarbeiterin als Prozessbeobachterin, die für uns notiert, wie die Verhandlung läuft, welche Fragen gestellt werden, wie die Zeugenvernehmung abläuft, was der Mitarbeiterin aus Königswinter passiert. Dies geben wir über unsere Hierarchie in den ASD zur Diskussion, um zu analysieren, welche Dinge uns davon ebenfalls passieren könnten. Bisher bin ich zu dem Ergebnis gekommen, dass die Entscheidungen auch bei uns hätten getroffen werden können. Ich behaupte jedoch, dass es bei uns ausgeschlossen wäre, dass hinterher die Akten frisiert werden. Unsere Prozessbeobachterin berichtete, dass die Kollegin, die vor Gericht stand, ausgesagt hatte, sie hätte nach einem Gespräch mit ihrer Hierarchie den Eindruck gehabt, dass von ihr erwartet worden wäre, dass sie die Akte „säubert“. Ich kann mir durchaus vorstellen, dass das so war. Das aber ist nun strafrechtlich gefährlich. Wir alle können dagegen etwas tun. Es ist jedem klar, dass man hinterher keine Akten frisieren darf. Dass eine Kollegin so unter Druck geraten kann, weil man ihr sagt, das Wichtigste, was das Jugendamt nun braucht, sei eine ordentliche Akte, ist aber vielleicht auch verständlich. Diese Dinge kann man jedoch beeinflussen. Das muss nicht sein.

Natürlich schaffen es nicht alle ASD-Kollegen, ihre Akten gut zu führen. Aber es geht mir gar nicht darum, jemanden vorzuführen. Und auch mit einer nicht ganz so perfekt geführten Akte passiert keinem etwas. Wichtig ist jedoch, dass man die echte Akte vorliegen hat und dass man sich anhand dieser Akte, so unvollständig sie sein mag, ein Bild machen kann. Damit muss man nach draußen gehen. Ich betone immer wieder, dass das, was wir drinnen besprechen, nicht das ist, womit wir nachher an die Öffentlichkeit gehen. Aber jeder bekommt das in die Hand, womit wir nachher rausgehen. Ich brauche Vertrauen. Das Schlimmste, was mir passierte, war, dass Mitarbeiter in einem Fall von Kindesmissbrauch durch einen Praktikanten im Kitabereich wochenlang gemauert hatten. Es fiel mir sehr schwer, mich vor meine Mitarbeiter/innen zu stellen, weil ich merkte, dass sie mir nicht alles und sogar die Unwahrheit sagen. Das darf nicht passieren. Ich würde in einer schwierigen Situation niemandem „den Kopf abreißen“, weil er mir eine

schlecht geführte Akte vorlegt. Ich würde versuchen, mit ihm daran zu arbeiten, dass es in Zukunft besser aussieht. Aber Lügen und Täuschen nützt niemandem etwas.

Wir müssen zudem versuchen, aus Fällen, von denen wir selbst nicht betroffen sind, für die Zukunft zu lernen und daran zu arbeiten, dass vermeidbare Dinge passieren. Eine falsche Entscheidung kann auch in Zukunft nicht ausgeschlossen werden, aber gewisse Fehler können verhindert werden. Wir versuchen das selbstverständlich mit unseren eigenen Fällen. Ich habe jedoch festgestellt, dass es leichter fällt, einen Fall aus einem anderen Jugendamt oder aus einem anderen Zusammenhang zu analysieren und daraus Schlüsse für die eigene Arbeit zu ziehen. Aus den eigenen Fehlern zu lernen, ist immer noch am schwierigsten.

Insgesamt ist es ein schwerer Prozess und eine lange Entwicklung, aber das A und O ist meiner Ansicht nach, nicht aufzuhören und uns immer wieder zu vergegenwärtigen, was tatsächlich ein strafrechtliches oder zivilrechtliches Haftungsrisiko ist und was wirklich das ist, was uns umtreibt, und wie wir dem begegnen und im Alltag damit leben können. Ich hoffe für uns alle, dass wir nach der Tagung einen Schritt weitergekommen sind.

## Was passiert, wenn's passiert (ist)?

### Forum 1: Kinderschutzarbeit am Fall des Kindes „Lea-Sophie“ in Schwerin

BABETH JANITZ

Stellvertretende Sachgebietsleiterin, Sozialpädagogischer Dienst 1, Jugendamt Schwerin

MANUELA WITT

Sozialarbeiterin im Sozialpädagogischen Dienst 1, Jugendamt Schwerin

PROF. DR. KAY BIESEL

Professor für Kinder- und Jugendhilfe mit dem Schwerpunkt Kinderschutz,  
Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit,  
Institut für Kinder- und Jugendhilfe, Basel

#### 1. Womit sind wir konfrontiert worden?

**Babeth Janitz:** Der Fall „Lea-Sophie“ stellte eine Situation für uns dar, auf die wir in keiner Weise vorbereitet waren. Er war für uns nicht vorhersehbar und innerhalb kürzester Zeit überkam uns als Team eine völlige Ohnmacht und Handlungsunfähigkeit. Es kam ein Anruf von der Polizei, die Amtsleiterin wurde benachrichtigt, die Akte ging raus und es gab ein kurzes Statement. Dann brach der Sturm in Schwerin auch schon los, bis dahin, dass man vor dem Hintergrund dieses Falles den Oberbürgermeister von Schwerin abwählen konnte.

Unsere eigenen Kollegen im Amt wussten nicht, wie sie mit uns umgehen sollten, ob sie uns ansprechen oder lieber nicht ansprechen sollten. Innerhalb des Amtes und extern standen schnell Schuldvorwürfe im Raum. Es ging so weit, dass auf Kinderschutzkonferenzen die Verwaltungsspitze – ohne mit uns vorher zu sprechen oder eine Fallreflexion vorgenommen zu haben – Schuldvorwürfe uns gegenüber äußerte.

Wir waren betroffen und verunsichert. Die Leitungsebene war von einem Tag auf den anderen versetzt worden. Wir standen allein da. Unser Schutzraum war in gewisser Hinsicht ein gut funktionierendes Team mit einer Sachgebietsleiterin, das so etwas wie ein Motor wurde. Zunächst aber waren wir blockiert und man kann sagen: Wir waren ein traumatisiertes Team. Für diese Erkenntnis brauchten wir jedoch einige Zeit.

**Manuela Witt:** Zum beschriebenen Zeitraum befand ich mich in der Elternzeit, habe aber durch die Sachgebietsleitung und natürlich durch die Medien Kenntnis über das Geschehen bekommen. Wenn ich im Bekannten- und Verwandtenkreis dazu befragt wurde, habe ich mich nicht geäußert, weil ich gemeinsam mit meinem Team nach Lösungen suchen wollte. Durch die Sachgebietsleitung erfuhr ich von verschiedenen Terminen, die ich teilweise mit meinem Team wahrgenommen habe.

Innerhalb kurzer Zeit stand der Vorwurf im Raum, dass das Jugendamt die Schuld an dem schlimmen Ereignis trüge. Es wurde behauptet, das Jugendamt hätte gegen sämtliche Vorschriften verstoßen, es wären eklatante Fehler passiert und der Tod des Kindes wäre vermeidbar gewesen – das alles, ohne dass der Fall untersucht worden war. Mit diesen

Schuldgefühlen sind wir jeden Tag zur Arbeit gegangen und haben überlegt, was wir selbst in dieser Situation tun können.

Die Schuldzuweisungen wurden noch einmal besonders durch die Medien geschürt. Es gab schon immer Todesfälle von Kindern. Es ist aber eine Entwicklung zu beobachten, dass Medien diese Fälle breit veröffentlichen und dabei auch Unwahrheiten verbreiten. Damit umzugehen, war nicht einfach. Auch die Politik, die verschiedenen Abgeordneten innerhalb der Stadtverwaltung, überhäuften uns sofort mit Vorwürfen, dass das Jugendamt versagt hätte und man etwas hätte tun müssen, um den Tod des Kindes zu vermeiden. Es gab pauschale Verurteilungen, unabhängig davon, wer mit wem sprach. Es stand fest: Das Jugendamt Schwerin ist schuld. Mitarbeiter, die das Haus zu Familienbesuchen verließen, wurden mit „Mörder“ titulierte. Die Mitarbeiter wurden von den Familien nicht in die Wohnungen gelassen. Es gab ungeschützte Beschimpfungen am Telefon, die teilweise sogar von Fachkollegen kamen, mit denen man vorher zusammengearbeitet hatte. Diese stellten die Zusammenarbeit völlig infrage und wollten nicht mehr mit uns sprechen, weil wir ihrer Meinung nach häufig falsche Entscheidungen treffen würden.

Innerhalb dieses Prozesses stellten wir uns natürlich selbst die Frage, zu welchem Zeitpunkt wir etwas anders hätten machen müssen. Wir fragten uns, warum es passiert ist und warum wir es nicht verhindern konnten. Auch heute noch wird der Name des toten Kindes benutzt, um Druck auszuüben. Es gibt immer wieder Kinderschutzfälle, in denen sich Familien ungerecht behandelt fühlen oder Familienangehörige ganz bestimmte Maßnahmen von uns fordern, damit nicht wieder „so etwas wie mit Lea-Sophie passiert“. Inzwischen haben wir so viel Handlungskompetenz gewonnen und verfügen über ein einheitliches Handlungskonzept, um auch dagegen agieren zu können. Das hat uns damals gefehlt.

Das Team, das im Stadthaus tätig war und ich als zu diesem Zeitpunkt außenstehende Person, die auf die Situation im Prinzip von draußen schauen konnte, blieben ständig im Kontakt. Auch als ich nicht unmittelbar an der Arbeit beteiligt war, war ich Bestandteil dieses Teams, auf mich wurde zurückgegriffen, ich wurde nicht allein gelassen, sondern blieb in die gesamten Abläufe integriert. Damit stand ich während der Elternzeit nie abseits.

Eine Aussage, die mir in Erinnerung ist, halte ich für sehr passend in Bezug auf die Leitung: In der akuten Situation waren wir Kinder ohne Eltern. Die Arbeitsbereiche mussten sehen, wie sie gut funktionieren und überleben.

## **2. Wie sind wir damit umgegangen?**

Als wir die erste Ohnmachtsphase überwunden hatten, stand für uns fest, dass wir selbst etwas tun müssen. Von außen wurde uns keine Unterstützung an die Seite gestellt. Wir als Team haben entschieden, selbst zu handeln und von der Konfrontation zum Dialog zu kommen, um damit die Chance zu nutzen, am Ende etwas daraus zu lernen. Durch die Krisensituation und ihre gemeinsame Bewältigung ist unser Team noch enger zusammengedrückt, um den Prozess gesund zu überstehen. Es ist in dieser Zeit niemand erkrankt und niemand hat dieses Team verlassen. Unser Team besteht nach wie vor. Es hat niemand gekündigt oder erklärt, in diesem Arbeitsfeld nicht mehr tätig sein zu wollen.

Wir haben die Prozesse selbst angestoßen und sind selber aktiv geworden. Es ist der fachliche Wunsch in uns gewachsen, diesen Fall in seiner Komplexität zu verstehen. Wir wollten unsere Handlungsfähigkeit, unsere Kompetenzen und unsere Fachlichkeit, die wir aufgrund der Ereignisse infrage gestellt hatten, wieder stabilisieren und wieder fachliche Entscheidungen treffen. Bevor es zu diesem Kinderschutzfall kam, sind in Schwerin viele Standardreduzierungen vorgenommen worden. Wir sind auf diese Katastrophe zugesteuert, weil es in diesem Amt nicht funktioniert hat, weil Standards reduziert und keine Neubesetzungen von Stellen vorgenommen wurden. Wir haben stets am Limit gearbeitet, um unsere Aufgaben zu bewältigen. Auch Supervisionen gab es üblicherweise nicht mehr. Darum mussten wir eine Supervision zum Umgang mit Schuldvorwürfen und zur Trauerbewältigung für uns in der Krisensituation einfordern.

**Babeth Janitz:** Wir haben die Organisation und die Strukturänderungen seit 1990 Revue passieren lassen, was in den Leitungsebenen verändert wurde, wer wann für uns zuständig war, wo es Wendepunkte gab, um diese Aspekte in den Prozess einfließen zu lassen und zu untersuchen, was wir perspektivisch brauchen.

**Manuela Witt:** Zu den fachlichen Aktivitäten gehörte, dass wir auf Archivakten zurückgegriffen haben, um die Familiengeschichte zu verstehen. Es wurde ein Familiengenogramm erstellt. Wir haben an den Gerichtsverhandlungen teilgenommen und sehr viel mitgeschrieben, um ein Gefühl dafür zu bekommen, was tatsächlich passiert ist und warum es uns nicht möglich gewesen ist, genau das zu sehen, was passiert ist.

**Babeth Janitz:** In der Familie lebte ein weiteres Kind, so dass weitere Hilfemaßnahmen in Erwägung gezogen werden mussten.

**Manuela Witt:** Wir forderten Weiterbildungsmaßnahmen für uns ein und absolvierten eine Ausbildung zur Fachkraft im Kinderschutz. Dabei stimmten wir einzelne Module dieser Ausbildung auf die Gegebenheiten der Stadt und des Falles ab, darauf, was wir im Team brauchen, was wir bereits haben und was nachgebessert werden muss. Damals war es möglich, diese Weiterbildung einzukaufen.

Unser Bestreben war es außerdem, uns zu öffnen, um aus den Fehlern zu lernen. Vom Kronberger Kreis für Dialogische Qualitätsentwicklung e.V. kam eine Anfrage zur Zusammenarbeit und somit war der erste Kontakt zu Herrn Biesel hergestellt. In diesem Prozess der Zusammenarbeit haben wir unsere Organisationseinheit und unser Fallverstehen untersuchen lassen.

**Prof. Dr. Kay Biesel:** Ich war zunächst überrascht über die Zusage aus Schwerin. Ich hatte damals – im Jahr 2008 – mehrere Jugendämter angefragt, ob sie sich an einem Fehlerforschungsprojekt beteiligen würden und sich daraufhin untersuchen lassen würden, wie sie mit Fehlern im Kinderschutz umgehen, das heißt, ob sie die Fehler wahrnehmen und ob es eine Kultur der Fehleroffenheit und des Lernens bereits gibt oder ob sie ein Interesse daran hätten, eine solche Kultur zu entwickeln. Die damalige Abteilungsleiterin in Schwerin lud mich daraufhin ein, um genaueres über unser Anliegen zu erfahren. In dem Gespräch wurde mir erstmals die Verzweiflung und die Brisanz der Thematik deutlich, auch ein Jahr nach dem unmittelbaren Fallgeschehen. Die Auswirkungen auf das Jugendamt, insbesondere auf den sozialpädagogischen Dienst, waren noch immer zu spüren. Es

war ein längeres Gespräch nötig, um diese Abteilungsleiterin davon zu überzeugen, dass ich nicht der Nächste wäre, der die Fachkräfte auf irgendeine Weise anklagt oder ihnen in ihrer Praxis Zuwiderhandlungen nachweisen möchte. So konnte ich doch ihr Vertrauen gewinnen und auch die Kolleg/innen im Team haben sich nach einer gemeinsamen Entscheidung auf die Zusammenarbeit eingelassen. Ich traf auf ein sehr belastetes Team mit Ängsten und gleichzeitig einer Hoffnung, aus diesem Fall fachlich zu lernen und sich wieder anderen Themen widmen zu können.

Die Medienszenerie hat u.a. dazu geführt, dass Rechte der an dem Fall beteiligten Familienmitglieder übergangen worden sind. Den Eltern und Großeltern des verstorbenen Kindes wurde anfangs aufgelauert, man hat versucht, Familienfotos und sogar Bilder vom Autopsiebericht zu bekommen, die dann in der Bild-Zeitung veröffentlicht wurden.

Ich arbeitete im Herbst 2008 über zwei Wochen mit beiden Teams des sozialpädagogischen Dienstes, eines war nicht unmittelbar an dem Fall beteiligt, hatte aber sehr große Angst davor, dass sie von so einem Fall betroffen sein könnten.

Außerdem ist mir in Erinnerung, wie mit der Leitung umgegangen worden ist. Die Jugendamtsleitung wurde in dieser Zeit, in der ich mit den beiden Teams im Jugendamt gearbeitet hatte, in einem sehr schönen Büro einer Funktionsstufe „Spezielle Aufgaben der Jugendhilfe“ zugeteilt, die man eigentlich nicht wirklich benötigte und wohin die Leiterin im Grunde nur „abgeschoben“ wurde. Sie saß nur 200 Meter von den beiden Teams, ihren Jugendamtskolleg/innen entfernt, mit Aufgaben, die eigentlich keinem Zweck dienten. Sie wurden nur deshalb als Aufgaben deklariert, weil man nicht wusste, wie man mit der ehemaligen Leitung umgehen sollte. Es war mir sehr eindrücklich geblieben, wie Versagen personifiziert und in einer Organisation identifizierbar wurde und dass es – wie leider so häufig zu beobachten – „Sündenböcke“ gab, die man ausfindig gemacht hatte. In Schwerin wurden viele „Sündenböcke“ gefunden. Wenn das Team nicht so stark und so fachlich in der Reflexion zusammengehalten hätte, wäre dieses Jugendamt unter der Last und dem Skandalisierungsdiskurs untergegangen. Auch ein Jahr nach dem Fall und noch später gab es keine Jugendamtsleitung, die eine stabile Leitungsfunktion erfüllt und die mit dem Jugendamt identifiziert und bemüht gewesen wäre, dieses Jugendamt fachlich zu reorganisieren. Dieses Amt wollte offensichtlich nach diesem Fall niemand in der Stadt haben.

Gerade in dieser Situation, in der Rückhalt, Verantwortung und Unterstützung gebraucht wurden, hatte sich ein politischer Ausschuss zum Ziel gesetzt herauszufinden, was ursächlich für den Tod des Kindes eine Rolle spielte. Dieses Ziel wurde bis heute nicht erfüllt, der Ausschuss traf hingegen eine markante Aussage, dass nämlich dieser Tod vermeidbar gewesen wäre, denn das Jugendamt hätte nachweislich eklatante Fehler gemacht. Der Bericht ist noch immer im Internet abrufbar und diese Kernaussage steckt auch heute noch in den Köpfen vieler Bürgerinnen und Bürger der Stadt Schwerin, sie basiert jedoch nicht auf einer wissenschaftlichen Untersuchung und Auseinandersetzung mit dem Fallgeschehen, sondern resultiert aus einem investigativen, politischen Reaktionsmechanismus. Denn immer dann, wenn Fragen von Schuld und Verantwortung im Kinderschutz medial zum Überkochen gebracht werden, muss politisch signalisiert werden, dass man die Dinge „im Griff hat“, obwohl man auch auf der politischen Ebene zum

damaligen Zeitpunkt nicht genau wusste, wie man in Reaktion auf diesen Fall mit den Kolleginnen und Kollegen des Jugendamtes umgehen soll.

Diese Beobachtungen und Eindrücke sind mir auch heute noch sehr präsent. Wenn man wie ich alle Protokolle und Archivakten zum Fall im Nachgang reflektiert, schlägt sich dort ein Ausdruck politischer Hilflosigkeit nieder. Krisenmanagement und Schutz von Kolleginnen und Kollegen im Jugendamt in Reaktion auf solche Fälle gelingt jedenfalls nur, wenn man Politiker und – zum Teil ehrenamtliche Kommunalpolitiker – in Hinsicht darauf weiterbildet, was es heißt, (Kinderschutz-)Arbeit zu leisten, wie hoch riskant und wie anfällig diese Arbeit für Fehler ist. Viele Reaktionen und Statements politisch Verantwortlicher resultierten aus der Unwissenheit und der eigenen Hilflosigkeit demgegenüber, dass man auch unter dem Druck der Medien und der Öffentlichkeit Handlungsfähigkeit präsentieren muss. Dies mündet mitunter in eine Politik, in der „Köpfe rollen müssen“. Das war in Schwerin sehr massiv ausgeprägt. Die damalige Leitung hatte keine Unterstützung, wurde isoliert und ist gegangen. Einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind bis heute psychisch labil. Die beiden Kolleginnen hier im Forum hatten Glück: Sie hatten Teammitglieder, die sie stützten und unterstützten. Das war ein wichtiges Pfund im Umgang mit pauschalen Beschimpfungen und Verurteilungen.

### 3. Welche Unterstützung haben wir erhalten und was hat gefehlt?

**Manuela Witt:** Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass man Krisen mit einer guten Teamentwicklung bearbeiten kann. Das erreicht man nicht von heute auf morgen. Wir haben als Team viele Prozesse durchlaufen und uns den Aufgaben gestellt. Es gibt einen gefestigten Boden mit einem respektvollen Umgang und gegenseitiger Achtung. Wir schätzen einander und unsere fachliche Meinung. Fachliche Kritik ist sachlich und nicht vernichtend. Aus diesem Grund sind wir gesund geblieben und im Jugendamt verblieben und machen auch heute noch gern unsere Arbeit.

In der Zeit unmittelbar vor und nach dem Fall fehlten Weiterbildungs- und Supervisionsangebote. Wir haben darauf gedrungen, Weiterbildungsangebote fortzusetzen, die Supervision wieder zu installieren, und dass wir weiter gut für das Team sorgen.

Die Teilnahme am Forschungsprojekt des Kronberger Kreises für Dialogische Qualitätsentwicklung unter Federführung von Kay Biesel war für uns eine große Unterstützung, da es uns die Möglichkeit bot, aus den Fehlern zu lernen. Mit der sich daran anschließenden Qualitätsentwicklung im Kontext des Bundesmodellprojekts „Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz“<sup>1</sup> wurde im Team ein Prozess in Gang gesetzt, mit Hilfe von Herrn Biesel und Herrn Wolff den Fall zu untersuchen, um zu verstehen und zu erkennen, welchen Anteil wir an dem Mislingen des Falls hatten, welche Fehler wir gemacht haben und wie wir uns anders organisieren können. Es wurde heute bereits angesprochen, dass alles gut dokumentiert werden muss und Akten sauber zu führen sind. Man kommt aber vor lauter Dokumentation und Aktenführung kaum noch zur eigentlichen Fallarbeit. Inzwischen ist es uns gut gelungen, ein gesundes Maß zu finden und im

---

<sup>1</sup> Wolff, Reinhart/Flick, Uwe, Ackermann, Timo/ Biesel, Kay/Brandhorst, Felix/Heinitz, Stefan/Patschke, Mareike/Röhnsch, Gundula (2013): Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz. Konzepte, Bedingungen, Ergebnisse. Opladen. Berlin. Toronto.

Team gute Entscheidungen zu treffen, wie unsere Dokumente aussehen sollen, was wir in der Praxis brauchen, was sich bewährt hat und was nicht. Solche Prozesse haben wir gemeinsam mit der Qualitätsentwicklung durchlaufen und unseren Weg gefunden.

Den Anfragen nach einer Aufarbeitung im Fall-Labor standen wir zunächst sehr skeptisch gegenüber. Das Fall-Labor ist eine Methode, den Fall neu zu verstehen und aus den Fehlern zu lernen. Zum Ende der Qualitätsentwicklung ist bei uns im Team die Entscheidung gefallen, uns für diese wissenschaftliche Untersuchungsmethode zu öffnen. Alle Entscheidungen sind vom gesamten Team getragen worden, ansonsten hätte es nicht funktioniert. Alle müssen mitgenommen werden.

**Babeth Janitz:** Die Qualitätsentwicklung ist im Mai 2010 beendet worden und im Oktober 2010 trafen wir die Entscheidung, das Fall-Labor zu versuchen. Wir nahmen uns die Zeit, um alle Für und Wider zu durchdenken, um nicht mit neuer Verunsicherung konfrontiert zu werden.

**Manuela Witt:** Die Entscheidung des Teams, die Fehler untersuchen zu lassen, auf Verläufe und Wendepunkte zu schauen und dies als Chance zu sehen, trafen wir trotz der Warnung unseres Dezenten, der uns zunächst auf die Risiken aufmerksam machte, die uns aus einer solchen Untersuchung erwachsen könnten. Er bestärkte uns aber in unserem Entschluss, in den Prozess zu gehen – mit ihm an unserer Seite. Es gelang uns, mit Hilfe von Herrn Biesel und Herrn Wolff, dieses Projekt umzusetzen, so dass wir von Oktober 2010 bis April 2011 vier zweitägige Forschungswerkstätten durchführten und zu dem Ergebnis kamen, dass dies die richtige Entscheidung für unser Team war. Mitte 2010 hatten wir das noch sehr angezweifelt.

**Prof. Dr. Kay Biesel:** Als ich 2008 den ersten Kontakt zum Schweriner Jugendamt knüpfte, ging es in erster Linie darum, im Rahmen meiner Promotion den Umgang von Jugendämtern mit Fehlern im Kinderschutz zu untersuchen. Im Buch „Wenn Jugendämter scheitern“<sup>2</sup> finden Sie all das, was die Kolleginnen hier bereits vorgetragen haben. Aus dieser Erfahrung und im Wissen darum, dass die damalige Familienministerin ein Bundesmodellprojekt „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ in die Wege geleitet hatte, ist die Idee im Jugendamt Schwerin gewachsen, man könnte sich für die Beteiligung bewerben, zumal einige Personen schon bekannt waren. Aus dem Prozess der Qualitätsentwicklung in den Jahren 2009/2010 ist uns als Qualitätsentwickler und den Schweriner Kolleg/innen ein markanter Satz im Gedächtnis geblieben, nämlich, dass man „nicht mehr auf das Pferd der Angst springen will“. Diese Aussage wurde zu einer geflügelten Redewendung.

Außerdem ist mir in Erinnerung geblieben, dass wir stets über den „Fall“ sprachen und nicht über das Kind, dessen Namen man nicht auszusprechen wagte. Auch den „Fall“ selbst haben wir uns nie direkt angeschaut. Aus externer Sicht ist uns deutlich geworden, dass es nicht gut ist, wenn immer von einem Fall gesprochen wird und dieser Fall so dominant ist, gleichzeitig dieser Fall aber nie richtig aufgearbeitet wird.

---

<sup>2</sup> Biesel, Kay (2011): Wenn Jugendämter scheitern. Zum Umgang mit Fehlern im Kinderschutz. Reihe Gesellschaft der Unterschiede. Bd. 4. Bielefeld.

Aus diesem Grund fragten wir die Schweriner Kolleg/innen offensiv, was konkret mit diesem Fall ist und ob man ihn nicht einmal wissenschaftlich untersuchen sollte. Während der Qualitätsentwicklung war es nicht möglich, darüber zu sprechen. Das hätte auch den Rahmen gesprengt, denn auch andere Jugendämter waren an der Qualitätsentwicklung beteiligt. Das Schweriner Jugendamt hat sich die Entscheidung zur Untersuchung lange überlegt und der Dezernent hatte das zunächst blockiert, stand jedoch mit uns im Kontakt und hat sich letztlich davon überzeugen lassen, dass das etwas Gutes sein könnte. So wagten wir uns an das Experiment.

Dieses Experiment ist vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, dem Land Mecklenburg-Vorpommern und der Stadt Schwerin mit finanziellen Mitteln unterstützt worden. Es stellte die erste wissenschaftliche Analyse eines problematisch verlaufenen Kinderschutzfalles in Deutschland innerhalb eines Pilotversuches dar. Dazu wird es eventuell noch in diesem Jahr eine Publikation des NZFH geben<sup>3</sup>. Darin versuchten wir, ein anderes Verhältnis zu Fehlern im Kinderschutz zu finden und auch einmal wirklich nachzuvollziehen, welche „guten Gründe“ die beteiligten Personen für ihre Entscheidungen und Handlungen hatten. Im Rückblick erschließt sich das im Allgemeinen relativ gut, aber in der akuten Krisensituation haben die Organisationen nicht den Blick über das ganze System, sondern sind in einer lokalen Rationalität gefangen. Sie haben einen versperrten Zugang zur Fallrealität und entwickeln oft aufgrund von hinreichenden, manchmal widersprüchlichen Informationen „gute Gründe“ dafür, so oder so zu entscheiden. Die Perspektive sowohl auf Familienmitglieder als auch Mitarbeiter/innen des Jugendamtes begleitete uns in der Analyse des Falls. Dies nannten wir Fall-Labor. Heute heißt die Methode „dialogisch-systemisches Fall-Labor“.

**Babeth Janitz:** Der Start in die Analyse des Falls im Herbst 2010 war nicht leicht. Wir mussten unsere Leitung davon überzeugen, dass die Durchführung etwas Positives bewirken wird. Es bestand die nicht ganz unbegründete Sorge, dass wir retraumatisiert werden. Schließlich öffneten wir uns als Jugendamt für das Fall-Labor und hatten großes Interesse daran, die freien Träger und auch die Politik einzubeziehen. Lediglich eine Politikerin nahm am Fall-Labor tatsächlich teil, zunächst hatten sich zwei bereit erklärt, die zweite stieg nach dem ersten Modul aus.

Im ersten Modul des Fall-Labors wurden wir mit dem nicht geschwärzten Bericht des Untersuchungsausschusses konfrontiert. Darin fanden sich alle unsere Namen wieder. Sofort standen wieder die alten Vorwürfe im Raum, vor allem, weil mehrere der am Modul beteiligten Personen zuvor keine genaue Kenntnis über den Fall hatten. An diesen beiden Tagen ging es uns verständlicherweise nicht besonders gut. Am darauffolgenden Montag versuchten wir vergebens, unsere Arbeit so gut es ging zu absolvieren. Daraufhin teilte ich Herrn Biesel telefonisch mit, dass das so nicht funktioniere, wir uns als Team aber Gedanken machen würden, denn so, wie die erste Forschungswerkstatt lief, könnten wir die zweite nicht durchführen. Das heißt, wir mussten viel nachbessern, haben es aber gemeinsam geschafft. Auch das ist nur gelungen, weil alle Teammitglieder mitmachten. Die Entscheidung stand fest: Entweder alle oder wir lassen es sein. Zu dem Zeitpunkt

---

<sup>3</sup> Biesel, Kay/Wolff, Reinhart (im Druck): Das dialogisch-systemische Fall-Labor. Ein Methodenbericht zur Untersuchung problematischer Kinderschutzverläufe. Expertise. Erstellt im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 4. Köln.

bestand unser Team aus neun Mitarbeiter/innen, war also relativ groß. Wir hatten einmal mit vier Mitarbeiter/innen begonnen. Es ist uns gelungen, jeden mitzunehmen. Bis zum zweiten Modul trafen wir uns sehr häufig zu diesem Thema und besserten immer wieder nach. So wie im ersten Modul wollten wir nicht weiter mit uns umgehen lassen. Mit den freien Trägern konnten wir das gut besprechen. Die Kolleg/innen der freien Träger hatten gar nicht bemerkt, dass wir uns in der ersten Forschungswerkstatt aufgrund der Vorwürfe wieder schuldig und als Versager gefühlt hatten.

**Manuela Witt:** Indem wir darauf gedrungen haben, das Fall-Labor nachzubessern und uns mehr Zeit zur Reflexion zu lassen, haben wir Herrn Biesel und Herrn Wolff etwas gebremst, denn ihr Tempo war nicht unser Tempo. Wir wollten uns nicht drängen lassen, sondern in dem Zeitrahmen, den wir brauchten, Schritt für Schritt gemeinsam gehen.

**Babeth Janitz:** Es gab viele verschiedene Bausteine, um aus der Traumatisierung herauszukommen und unsere Arbeit wieder gut zu bewältigen.

**Manuela Witt:** Für uns war es von Vorteil, dass jeder einzelne Mitarbeiter/jede Mitarbeiterin unseres Teams seit dem Jahr 2006 Überlastungsanzeigen geschrieben hatte, die durch unsere Sachgebietsleiterin zusammengefasst und weitergegeben wurden. Darauf hatte niemand reagiert. Wir hatten immer wieder darauf hingewiesen, dass die Arbeits- und Organisationsbedingungen im Jugendamt nicht ausreichend sind. Uns hatte eine kontinuierliche Kinder- und Jugendhilfeplanung gefehlt.

**Babeth Janitz:** Zum Teil wurden Stellen durch Praktikanten besetzt, die unsere Arbeit teilweise erledigen mussten, ohne dass wir sie gut einarbeiten konnten. Es gab kein wirkliches Verfahren im Jugendamt, das klar regelte, wann ein Fall zu einem „Fall“, ein bloßer Beratungsfall zu einem Kindeswohlgefährdungsfall wird. Die vorhandenen Falldokumente wurden nicht gut zusammengeführt. Jeder hatte einen Teil in seinem Büro, aber es gab keinerlei Vernetzung. Es fehlte eine Struktur zur Bündelung von Informationen und Falldokumenten. Daher war es uns nicht möglich gewesen, die vielen vorhandenen Fallinformationen zum Fall des Kindes Lea-Sophie zusammenzubringen. Das war uns nicht gelungen und wir konnten somit auch keine fachliche Bewertung vornehmen. Das heißt, die Botschaften des Großvaters von Lea-Sophie an uns hatten wir nicht richtig verstanden. Auf der einen Seite war es wichtig, die Sorge seitens des Großvaters zu formulieren, da diese aber sofort negiert wurde, wurden wir mit ambivalenten Botschaften konfrontiert und es glückte uns nicht, diese miteinander zu verbinden.

**Manuela Witt:** Es gab keine einheitlichen Dokumente, die wir verwendet haben. Beratungsgespräche wurden mitunter überhaupt nicht aufgeschrieben. Der fachliche Standard der kollegialen Fallberatung war abgeschafft worden. Sozialräumliche Ansätze, die wir vorher hatten, haben wir 2006 über Bord werfen müssen, weil wir es einfach nicht mehr bewältigen konnten.

**Babeth Janitz:** Auf diese Weise war personell und fachlich-organisatorisch vieles auf ein Minimum reduziert worden. Es gab kein Krisenmanagement und auch keine Unterstützung von der Leitung in der Weise, dass uns jemand beispielsweise von der Rechtsabteilung zur Beratung an die Seite gestellt wurde. Im Gegenteil, wir bekamen auch von dieser

Seite nur Vorwürfe. Man musste sich schon selbst jemanden suchen oder sich rechtsanwaltlich vertreten lassen.

Damals gab es noch kein Programm „Frühe Hilfen“ oder eine andere Art der Vernetzung in der Stadt Schwerin. Im Nachgang der Falluntersuchung sind einige Personen und Behörden der Stadt an uns herangetreten und haben zu verstehen gegeben, dass sie ebenfalls Informationen über die Familie hatten, die sie uns bei näherer Kenntnis der Sachlage hätten mitteilen können. Unter diesem Aspekt gab es viel nachzusteuern. Wenn man alle vorhandenen Informationen zusammenführen und einschätzen kann, hat man eine wesentlich größere Handlungssicherheit.

Wir wurden generell als sozialpädagogische Fachbehörde nicht gestärkt, was sich in einer Krise besonders verheerend auswirkt. Parallel dazu gab es diesen komplizierten Kinderschutzfall. Es gab einen großen Konflikt zwischen den jungen Eltern und der Herkunftsfamilie und es gab eine unverbundene Aneinanderreihung von verschiedenen Einzelperspektiven. Zwei ungeschützte Systeme trafen somit aufeinander und wir konnten kein tragfähiges Arbeitsbündnis herstellen.

Wir selbst befanden uns in einer strukturellen Entwicklungskrise. Wir setzen uns fachlich immer wieder mit dem Thema der Fallzahlobergrenzen auseinander.

Wir hatten im Jahr 2008 in unserem Jugendamt kein Leitbild und keine Philosophie, nach der wir hätten handeln können. Die Leitung war nicht mehr vorhanden, es gab keine Mitarbeiterfürsorge und keine Regenerationszeiten.

**Prof. Dr. Kay Biesel:** Man kann das auch professionssoziologisch deuten. Die ehemalige Leitungskraft des Jugendamtes war in einer „Sandwich-Position“. Sie hat einerseits versucht, sich für die Jugendhilfe oder Sozialpädagogik in anderen Abteilungen der Verwaltung wie Personalamt, Finanzdezernat einzusetzen, andererseits wurde sie in ihrer Expertise überhaupt nicht wahrgenommen und ist oftmals mit ihren Anliegen aufgelaufen.

In einer Sitzung soll die ehemalige Jugendamtsleitung geäußert haben, dass sie in der Situation, in der sich der sozialpädagogische Dienst befindet, einen zweiten Fall „Kevin“ nicht ausschließen kann und dass einiges darauf hindeutet, dass so etwas auch in Schwerin passieren könne, weil das Personal völlig überlastet sei. Sie wisse nicht, warum man über zwei Jahre nicht auf Überlastungsanzeigen reagiere, obwohl beide Teams alle drei Monate diese Anzeigen aktualisieren und in der Stadtverwaltung bekannt ist, wie schlimm es um den Personalbestand steht.

Die Leitung schaffte es nicht, obwohl sie dafür angestellt ist, eine sozialpädagogische Fachbehörde aufrechtzuerhalten, sich gegenüber anderen Verwaltungsämtern durchzusetzen, damit diese Fachbehörde eine Fachbehörde bleibt. Die Jugendamtsleiterin hatte einfach keine Chance. Die Kolleginnen und Kollegen des Jugendamtes hatten innerhalb der Verwaltung so etwas wie einen „Exotenstatus“. Niemand wollte oder konnte so richtig verstehen, was diese eigentlich tun. Ich hoffe, dass das heute nicht mehr der Fall ist. Das scheint in vielen Kommunalverwaltungen das Bild zu sein. Wir haben es mit einer professionellen Organisation zu tun, die aber von einer bürokratischen Organisation überformt wird und manchmal hat das Professionelle nicht die Chance, sich zu profilie-

ren und herauszubilden. Man sieht im Negativbeispiel in Schwerin rückblickend sehr deutlich, dass das dort maßgeblich war und die Leitung als leicht austauschbares Glied erst einmal dafür als Schuldige vor der Öffentlichkeit herhalten musste, um Zeit zu gewinnen, nächste Schritte zu überlegen.

#### **4. Was haben Sie daraus gelernt und was würden Sie anderen empfehlen?**

**Manuela Witt:** Etwa ein Jahr nach dem Tod des Kindes Lea-Sophie gab es wieder einen Kinderschutzfall bei uns. Bei diesem Fall verständigten wir uns darauf, dass wir erst handeln und dann dokumentieren. Das heißt, Kollegen gingen zu der betreffenden Familie und nahmen mit der Polizei vor Ort ein Kind in Obhut und brachten es in eine Klinik. Wir reagierten in dem Moment und schrieben nicht erst etwas auf. Wir wollten so etwas wie mit Lea-Sophie nicht noch einmal erleben. Das hätte ohne die schnelle Reaktion durchaus passieren können.

**Babeth Janitz:** Wir hatten gelernt, vorhandene Informationen zu bündeln und sie damit auch zu bewerten. Aufgrund dessen hatten wir die Entscheidung getroffen, erst zu handeln und dann zu dokumentieren.

Wir haben aus dem Fall gelernt, dass es unerlässlich ist, die Familiengeschichte zu verstehen, einen ganzheitlichen Blick zu bekommen, eine gute Fallarbeit zu machen, viele Informationen zu sammeln und auch das Unmögliche in Betracht zu ziehen. Viele Hypothesen sind zuzulassen und in der Fallbesprechung zu diskutieren. In der Besprechung ist gut darauf zu hören, welche Hinweise die einzelnen Teammitglieder geben. Das funktioniert aber nur, wenn man sich im Team gegenseitig wertschätzt und auch über Fehler reden kann.

Wir haben außerdem gelernt, dass man gute strukturelle Rahmenbedingung für eine gute Arbeit braucht. Wir haben innerhalb unserer kleinen Organisation Veränderungen vorgenommen, haben einen Bereitschaftsdienst eingerichtet, in den die Krisenfälle eingehen. Das bedeutet, jeweils drei Kolleg/innen führen eine Woche lang den Bereitschaftsdienst durch. Wir haben die Einschätzungsbögen überarbeitet. Wir denken, dass wir jetzt gute Dokumentationen haben, die man jederzeit hinterfragen kann und vor deren Hintergrund man die richtigen Entscheidungen treffen kann. Der Prozess bleibt offen in alle Richtungen. Wir haben für einen Schutzraum und Ruhe für die Fallbesprechungen gekämpft, denn gerade bei einer Krisenbearbeitung sind andere Störungen nicht förderlich.

Notwendig sind personelle und finanzielle Ressourcen, das wissen Sie alle. Jugendämter stehen immer unter dem Druck, Finanzen einzusparen. Durch die Unterstützung unseres Dezernenten ist es aber nicht unser größtes Problem, dass wir bestimmte Hilfen nicht verwirklichen können, weil das Geld knapp ist.

**Manuela Witt:** In der damaligen Situation hatten wir Hilfen an die Träger gegeben, weil wir es nicht mehr schafften. Wir hatten die Familien an die Träger verwiesen, die die Bedarfe ermitteln sollten.

**Babeth Janitz:** Zur dieser Zeit hatten wir die Hilfen oft viel zu schnell verfügt. Schutz verfügen, damit uns nichts passiert – das war zum Teil unsere Arbeitsweise.

Wir haben weiterhin gelernt: Eine gute Kinderschutzarbeit können wir nur zusammen mit den Familien machen. Es funktioniert nur, wenn man sich öffnet und mit den Familien im Dialog bleibt, ihre Not erkennt und sie sehr ernst nimmt, mit ihr auf Augenhöhe bleibt. Ein wichtiger Aspekt ist die Gestaltung des Kontaktes und des Zugangs zur Familie, um nicht als Eingriffsbehörde aufzutreten.

Dies haben wir in einem Prozess in den beiden Teams erarbeitet. Zwei Teams sind für unterschiedliche Stadtbezirke Schwerins zuständig. Über die Jahre bemerkt man Veränderungen bei den Familien, die man bis dahin betreut hat. Inzwischen erhalten wir die eine oder andere positive Rückmeldung aus den Familien. Das bestärkt uns, mit den Familien auf dieser Ebene weiterzuarbeiten.

Eine weitere Erfahrung betrifft die gute Mischung zwischen Kolleg/innen, die schon lange bei uns arbeiten, und Neueinsteigern, auch in der Abprüfung der Meldungen zu möglichen Kindeswohlgefährdungen. Wenn wir die Möglichkeit haben, greifen wir auch im Bereitschaftsdienst auf diese Kombination zurück.

Wir empfehlen es jedem Jugendamt, problematische Kinderschutzfälle untersuchen zu lassen. Uns ist es nach der Untersuchung gelungen, die Familiengeschichte, die hinter dem Fall steckte, zu verstehen. Unsere Erfahrungen kann man nicht auf jedes Jugendamt übertragen. Die Rahmenbedingungen und die Fälle sowie die Reaktionen darauf sind jeweils sehr unterschiedlich. Uns hat die Methode des Fall-Labors geholfen.

**Prof. Dr. Kay Biesel:** Sicher kann ich keinen Zugang zu einem problematisch verlaufenen Kinderschutzfall bekommen und eine Familiengeschichte nicht damit verstehen, indem ich lediglich die Akten studiere. Das war auch nicht das Anliegen des Fall-Labors, sondern, dass den Kolleg/innen hinterher etwas gelungen ist, was ihnen im Vorfeld misslungen war: Sie haben nach dieser Tragödie Kontakt zu den inhaftierten und verurteilten Eltern gesucht und besuchen diese seitdem regelmäßig im Gefängnis. Sie haben damit eine Brücke gebaut, um diese Familie rückblickend zu verstehen, mit positiven Auswirkungen auch für das Kind, das noch in der Familie lebt. Ich spreche hier nicht von der klassischen triadischen Konstellation „Mutter-Vater-Kind“, sondern von der gesamten Familie mit allen Herkunftssystemen. Das war ein Zugang, wie wir ihn methodisch gedacht haben. Man kann gescheiterte Kinderschutzfälle nur dann verstehen, wenn man einerseits einen Zugang zu diesem Fall über Akten hat, aber vor allem, wenn man rückblickend Gespräche mit den am Fall beteiligten Personen führt, d.h. mit den fallzuständigen Fachkräften und vor allem mit den Familienmitgliedern, sofern es gelingt, ihr Vertrauen und ihre Bereitschaft zu gewinnen. Das war über diesen bereits erfolgten Brückenschlag leicht möglich, so dass wir auch auf der Grundlage dieser Rückblick-Gespräche mit den inhaftierten Eltern, aber auch mit den Großeltern relativ gut rekonstruieren und verstehen konnten, wie die Familie in diesem Herkunftssystem funktioniert hat und was dazu führte, dass diese sich nur verhalten gegenüber dem Jugendamt mit ihren Sorgen und Nöten öffnen konnte oder sich ambivalent äußerte. Man konnte ein besseres Fallverstehen entwickeln, weil uns die Familienmitglieder geholfen haben, diesen Fall rückblickend zu verstehen. So etwas würden wir unbedingt empfehlen.

Sicher geht es hier in diesem Fachforum um die Fachkräfte, aber auch die Eltern und die Großeltern sowie alle Verwandten und Freunde, auch die zurückgelassenen Kinder, sind

in aller Regel traumatisiert oder werden mit dieser Geschichte und deren Skandalisierung und den Vorwürfen zurückgelassen und brauchen Unterstützung. Das wird zu selten mitbedacht. Das ist unsere Erfahrung aus Gesprächen mit den Eltern und Großeltern. An die denkt oft niemand. Das Jugendamt Schwerin hat sich aber dazu auf den Weg gemacht, den Kontakt gesucht und versucht, Unterstützung zu bieten. Das darf man nicht vergessen und nur dann wird rückblickendes Verstehen möglich.

Als wir den Vater fragten, was er den Kolleginnen und Kollegen des Jugendamtes raten würde, was sie bei ähnlichen Fallkonstellationen anders machen sollten – es ging insbesondere um die Situation, als die Eltern mit dem Säugling im Büro des Jugendamtes waren und auf die Frage, wo Lea-Sophie sei, antworteten, sie sei bei Bekannten –, meinte der Vater, die betreffende Kollegin hätte auf ihr Bauchgefühl hören und die Wahrheit dieser Aussage vor Ort überprüfen sollen.

Die Eltern hätten damals unbewusst, nach ihrem Gefühl, gern gesagt, dass es dem Kind nicht gut geht. Aber es war ihnen selbst nicht mehr möglich, das zu verbalisieren, denn sie wussten, in welche Gefahr sie als Eltern dann gekommen wären, nämlich beide Kinder zu verlieren und unter Umständen ins Gefängnis zu kommen. Aus dieser Not heraus hatten die Eltern sich nicht getraut, die Wahrheit zu sagen, sie haben auf eine Intuition der Mitarbeitenden des Jugendamtes gehofft – so paradox es klingt. Es waren gute Gründe, sich nicht zu öffnen, weil das auch ein Risiko darstellte. Aber das wird erst im Nachgang verständlich, wenn man mit den Eltern spricht. Auch die Eltern wollen ihre Tat aufarbeiten, um wieder eine Zukunft zu haben. Sie müssen sich irgendwann einem neuen Leben stellen, auch für ein anderes Kind. Dabei muss man sie unterstützen.

**Babeth Janitz:** Abschließend möchten wir aus unseren Erfahrungen mitgeben, dass es unbedingt erforderlich ist, Ruhe zu bewahren und nicht alles infrage zu stellen, was man sich an Fachlichkeit erworben hat. Eine Verwaltung braucht ein Krisenmanagement und Öffentlichkeitsarbeit. Ein intaktes Team ist die Voraussetzung, um aus einer Krise wieder herauszufinden. In einem solchen Team geht man auf die Bedarfe der einzelnen Kolleg/innen ein. Die Einbeziehung der Leitungsebene ist ebenfalls notwendig. Außerdem ist es nach unserer Erfahrung wichtig, das Unmögliche nicht aus dem Blick zu verlieren, und darauf zu achten, was einem das Bauchgefühl sagt, aber auch, was einem die eigene Fachlichkeit sagt.

## 5. Was ist heute anders in Ihrem Amt?

Es ist uns gelungen, die Stellenanzahl im Team festzuschreiben. Unser Dezernent hat es durchgesetzt, dass eine bestimmte Anzahl an Stellen vorgehalten werden muss und die Stellen grundsätzlich wieder besetzt werden.

Wir haben verbindliche, teamübergreifende Fallbesprechungen eingeführt. Das andere Team hat die Möglichkeit, gemeinsam mit uns zu lernen. Wir nehmen uns Raum und Zeit zur Reflexion der Fälle. Die Übergabe der Kinderschutzfälle erfolgt durch den Bereitschaftsdienst am Anfang der Woche, so dass keine Informationen verlorengehen und vorhandene Informationen gut gebündelt werden und ein Fallverstehen gemeinsam entwickelt werden kann. Verbindliche Fallberatungen gehören zu unserem Standard.

**Manuela Witt:** Wir sprechen nicht nur über negative oder kritische Kinderschutzfälle, sondern im Rahmen der Teambesprechungen oder der teamübergreifenden Besprechungen auch über Fälle, die gut verlaufen und gelungen sind. Auch daraus kann man viel lernen und in die Praxis und in die Arbeit mit den Familien mitnehmen, auch netzwerkübergreifend und in der Zusammenarbeit mit Kitas, ARGE u. ä., um somit für alle Beteiligten ein gutes Setting zu schaffen.

**Babeth Janitz:** Wir haben es geschafft, uns zu positionieren und deutlich zu machen, was wir nicht wollen. Wir wollen kein „Restjugendamt“ werden. Wir sind angetreten, eine Fachbehörde zu bleiben, die Fälle nicht nur verwaltet und abheftet. Unsere Amtsleiterstelle ist wieder besetzt. Seit September 2013 gibt es außerdem eine Stelle für Qualitätsentwicklung in Verbindung mit den Frühen Hilfen. So sind wir meiner Ansicht nach auf einem guten Weg.

Im Prozess von 2007 bis 2010 – der Zeitraum, in dem wir in der Traumatisierung steckten –, ist es uns beidseitig nicht gelungen, die freien Träger einzubeziehen. Bei den freien Trägern gab es eine Eigenentwicklung, aber leider keinen Austausch zwischen den freien Trägern und unserem Jugendamt. Wir sind dabei, diesen Austausch unserer gemeinsamen Fachlichkeit neu zu gestalten.

## Was passiert, wenn's passiert (ist)?

### Forum 2: Kinderschutzarbeit nach dem Fall „*Laura-Jane*“ in Osnabrück

UTE HEIDELBACH

Teamleiterin im Sozialen Dienst, Jugendamt Osnabrück

WOLFGANG RUTHEMEIER

Teamleiter im Sozialen Dienst, Jugendamt Osnabrück

#### 1. Was ist damals passiert?

**Ute Heidelberg:** Vieles von dem, was damals geschah, ist aus heutiger Sicht, mit dem Wissen um neue Vorgehensweisen und Instrumente, kaum noch nachvollziehbar. An dieser Stelle fasse ich den **Fallverlauf** kurz zusammen.

Im Jahr 1994 verstarb im Mai ein acht Monate altes Mädchen. Ich selbst kannte die Familie seit Anfang 1993 im Rahmen meiner Tätigkeit als verantwortliche Sozialarbeiterin in der Obdachlosenhilfe. Auf einem kleinen Feld standen ein paar Wohncontainer, in denen Obdachlose lebten, und auch ich hatte dort mein Büro und war allein für diese Siedlung zuständig. Dadurch stellte sich ein relativ enger Kontakt zu diesen Leuten her, auch zu der betreffenden Mutter. Ich hatte zunächst Kontakt mit dem Paar mit nur einem Kind, später war die Frau allein erziehend und hatte ein zweites Kind bekommen, nämlich das Mädchen, das 1994 verstarb. Ich kannte die Frau und die Kinder sehr gut. Einmal gab es eine massive Krise, die ich nicht selbst miterlebte und von der mir später die Nachbarn erzählten. Später wurde die Siedlung aufgelöst und die Bewohner bekamen ein anderes Quartier, für das ich ebenfalls zuständig war. Dort lebte nun auch die Mutter mit ihren beiden Kindern. Das Mädchen kam mit einer umfangreichen Windeldermatitis ins Krankenhaus, wurde nach entsprechender Behandlung entlassen, wobei ein Gespräch zwischen der Mutter, dem Arzt und mir stattfand. Dabei kam zur Sprache, dass die Mutter Unterstützung brauche. Sie hatte lange keine zusätzliche Unterstützung über Sozialpädagogische Familienhilfe annehmen wollen oder können, obwohl es häufig thematisiert wurde. In Anbetracht der schweren Windeldermatitis und des Drucks, dem sie ausgesetzt war, nahm sie die Hilfe schließlich an. Zu diesem Zeitpunkt war auch die Wohnung sehr verwahrlost. Es wurde eine Familienhilfe eingerichtet, die über zwei Monate durchgeführt wurde. Im Laufe der Betreuung ist das Mädchen verhungert.

**Wolfgang Ruthemeier:** Wir hatten eine SPFH beauftragt und jede SPFH hatte drei Familien zu betreuen. Es gab damals noch eine pauschale Finanzierung.

**Ute Heidelberg:** Vereinbart war, dass sie zwei- bis dreimal in der Woche in die Familie zu gehen hatte und je nach Gegebenheit zu schauen hatte, was zu tun ist. In erster Linie ging es um Hygiene. Das hat die Familienhilfe zu Beginn auch verlässlich durchgeführt. Es gab dann eine Phase in der die Mutter die SPFH nicht mehr verlässlich hereinließ. Die Mutter hatte Schwierigkeiten, die Hilfe anzunehmen und über ihre Probleme zu sprechen.

Nachdem das Kind verstorben war, leitete die Polizei ein umfangreiches Ermittlungsverfahren gegen die Mutter und andere Beteiligte ein, gegen den Arzt, die SPFH, gegen mich und meine Vertretung. Ich selbst war zu dem Zeitpunkt im Urlaub und war tatsächlich nicht erreichbar.

Ich kam zwei oder drei Wochen nach dem Tod des Kindes aus dem Urlaub zurück, als die breite Ermittlung gegen die vielen Personen fast abgeschlossen war. Der Fokus richtete sich dann auf mich, die Mitarbeiterin des Jugendamtes. Die Ermittlungsgrundlage war die Aussage des Arztes, er hätte in dem o.g. Entlassungsgespräch darauf hingewiesen, dass eine tägliche Betreuung des Kindes vor Ort über ein bis zwei Stunden notwendig wäre. Das hätte ich nicht veranlasst und aus diesem Grund wäre das Kind nun verstorben. Das bildete die Ermittlungsgrundlage. Ich hätte die SPFH darüber informieren müssen, wie notwendig und dringlich eine tägliche Betreuung wäre. Da ich die Anweisung des Arztes so nicht an die SPFH weiter gegeben hatte, hätte sie es auch nicht wissen können und somit sei das Verfahren gegen die SPFH eingestellt worden. Tatsächlich wurde im Krankenhaus die Windeldermatitis behandelt, das Gewicht war unbeanstandet, dennoch ist das Kind aber verhungert. Darauf wäre ich nicht gekommen, als ich nach meinem Urlaub vom Tod des Kindes erfuhr, da ich der Mutter aufgrund der erkennbaren Bindung, nicht zugetraut hätte, ihrem Kind zu wenig zu Essen zu geben und auch sich keine Hilfe für ihr Kind mehr zu holen.

Nach dem Antrag der Staatsanwaltschaft und der Prüfung durch das Gericht wurde das Strafverfahren eröffnet. Die Verhandlung fand vor dem Amtsgericht Osnabrück statt. Sie endete mit meiner Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung. Die Begründung folgte der Staatsanwaltschaft und besagt: Das Zusammenwirken fehlerhafter Entscheidungen der Angeklagten, angefangen mit dem Bezweifeln der Beschwerden aus der Nachbarschaft bis hin zur Nichtbeachtung der ärztlichen Auflagen bei der Entlassung des Kindes aus dem Krankenhaus, schließlich die falsche, zumindest unzureichende Maßnahme der Sozialpädagogischen Familienhilfe habe letztendlich zum Tod des Kindes beigetragen. Wäre die richtige Entscheidung getroffen worden, würde L. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit noch leben.

In diesem Verfahren hatte mein Anwalt Dr. Schrapper als Gutachter eingeschaltet. Es war überhaupt das erste Mal, dass ein solches Verfahren gegen eine Sozialarbeiterin angestrengt wurde. Herr Dr. Schrapper hatte daher zum ersten Mal in einem solchen Fall eine gutachterliche Beurteilung vorgenommen. Er konnte damals keinen Vorwurf gegen mich formulieren. Das Gericht sah das jedoch anders.

Die Richterin ist in ihrer Urteilsverkündung weit über die Verurteilung meiner Person hinausgegangen. Sie hat in Bausch und Bogen die Sozialarbeit, die Fachhochschulen, die Organisation verurteilt, einschließlich des anwesenden Publikums. In diesem Publikum saß u.a. mein Dezernent. Er – selbst Jurist – fühlte sich dadurch aufgerufen zu reagieren, denn so dürfe eine Richterin nicht agieren. Die Richterin ist sehr persönlich in ihrer Verurteilung geworden.

Die Verhandlung endete damit sehr emotional. In der Verurteilung ging es um ein Bußgeld, allerdings auf Strafvorbehalt, das heißt: Wenn ich das noch einmal getan hätte, hätte ich das Bußgeld zahlen müssen.

**Wolfgang Ruthemeier:** Die Mutter des Kindes war zu diesem Zeitpunkt 21 Jahre alt und stand noch unter dem Jugendstrafrecht, so dass sie hätte geschützt werden müssen, daher hätte die Verhandlung nicht öffentlich sein dürfen. Die Mutter befand sich in U-Haft und alle im Gefängnis wussten über sie Bescheid. Man kann sich vorstellen, was sie für Probleme dort hatte.

**Ute Heidelberg:** Ich war davon überzeugt, dass ich nach einer rechtskräftigen Verurteilung nicht mehr als Sozialarbeiterin tätig sein könne. Als Sozialarbeiterin habe ich auch in anderen Zusammenhängen immer mit Familien, Kindern, kurz: mit Menschen zu tun und es kann immer etwas passieren. Aber meinen Beruf aufgeben konnte und wollte ich nicht. Daher legte ich – mit Rückendeckung meines Dezernenten und durch Herrn Mörsberger – Beschwerde beim Landgericht ein. Dort erfolgte in einer Verhandlung mit drei Richtern und unter Ausschluss der Öffentlichkeit der Freispruch für mich. An dieser Verhandlung nahm neben meinem Anwalt auch Thomas Mörsberger als Berater teil. Der Richter war damals der Ansicht, dass es keine eindeutige Garantenstellung gibt.

Nach dem Freispruch ging der Staatsanwalt in die Revision beim Oberlandesgericht. Das Oberlandesgericht war wie das Landesgericht der Ansicht, man könne mir keinen Vorwurf machen: Die Sozialarbeiterin hätte nach den Regeln der Kunst gearbeitet, allerdings erfolglos. Zur Frage der Garantenstellung hatte es eine andere Haltung als der Richter im Landesgericht. Das schriftliche Verfahren endete mit einem Rückverweis an das Landgericht zur Überprüfung der Verträge zwischen Stadt Osnabrück und freien Trägern der Jugendhilfe. Es war zu klären, ob der Vertrag so gestaltet war, dass die Garantenpflicht vom öffentlichen auf den freien Träger übertragen werden kann. Diese Frage hat die Stadt Osnabrück und beteiligte Juristen sehr interessiert. Ich wurde dringlich aufgefordert, vor dem Landgericht in einem weiteren Verfahren diese Frage klären zu lassen, denn es sei schließlich eine sehr grundsätzliche Frage. Ich verwies darauf, dass das an anderer Stelle geklärt werden muss, und beantragte die Einstellung des Verfahrens im gegenseitigen Einvernehmen. Dem wurde stattgegeben. Der gesamte Prozess erstreckte sich über zwei Jahre.

**Wolfgang Ruthemeier:** Um die Situation zu verdeutlichen: Heute würde man das als Kinderschutzfall ansehen. Damals allerdings hatten die Sozialen Dienste erst drei Jahre zuvor das KJHG positiv aufgenommen und standen im Umbruch: Wir sind jetzt keine Eingriffsbehörde mehr, sondern arbeiten dienstleistungsorientiert und der Dienstleistungscharakter hat im Vordergrund zu stehen. Der Fall diene auch dazu, diesen angeblichen Dienstleistungscharakter wieder zurückzunehmen. Daran sollten wir uns erinnern, weil in der Kinderschutzdebatte damals solche Begriffe wie „Hilfe statt Strafe“ im Vordergrund standen. Es herrschte eine andere Kultur und das Pendel ist heute auf einer ganz anderen Seite.

**Ute Heidelberg:** Die Bedingungen im ASD sahen für mich vor 20 Jahren folgendermaßen aus:

Der Allgemeine Sozialdienst war zuständig für Belange der Sozialhilfe und der Jugendhilfe. Ich selbst war in einer Obdachlosensiedlung tätig und hatte dort die Aufgaben der Sozial- und Jugendhilfe sowie der Gemeinwesenarbeit zu erfüllen.

Zunächst arbeitete ich allein am Standort mit den Familien. Nachdem der alte Standort aufgelöst worden war, an dem die junge Frau auch gelebt hatte, wechselte ich in die Innenstadt in ein Wohnkarree und hatte eine Kollegin an meiner Seite, die allerdings ohne Erfahrung in der Jugendhilfe war. Wir waren zu zweit an ein Team in der Zentrale im Jugendamt angegliedert.

Es gab im Allgemeinen Sozialdienst mit ca. 50 Mitarbeiter/innen zwei Leitungen im Amt für jeweils zwei Teams. Die Leitungen saßen relativ weit von der Mitarbeiterschaft entfernt und waren für die Organisation, Kooperation und Bearbeitung von Konflikten zuständig.

Unsere Bewilligungspraxis vollzog sich dergestalt, dass zunächst von der zuständigen Sozialarbeiterin dem so genannten „Beratungsgremium“, das aus drei Kolleg/innen aus dem Team bestand, ein Bericht vorgelegt wurde. Diese setzten sich zur Beratung zusammen und werteten den Bericht aus. Danach ist entweder die ambulante Hilfe in Form einer SPFH bewilligt worden oder bei möglicher Entscheidung für eine Heimerziehung ist der Fall in die Erziehungskonferenz gegeben worden. Diese Erziehungskonferenz bestand aus Abteilungsleiter, Amtsleiter und Wirtschaftlicher Jugendhilfe, d. h. sie bildete ein Gremium unabhängig vom Sozialarbeiter/von der Sozialarbeiterin. Dort wurde entschieden, ob die Heimerziehung erforderlich war. An Hilfen gab es im Prinzip Heim oder Familienhilfe, heute ist das Hilfespektrum wesentlich differenzierter und umfangreicher. Wir Sozialarbeiter/innen hatten Supervision.

## **2. Wie ist es mir ergangen?**

Nach dem Tod des Kindes stand ich ständig unter Anspannung, hatte häufig Angst und war in der Arbeit sehr unsicher. Ich habe die ganze Zeit während des Prozesses weitergearbeitet.

Die Situation stellte für mich eine existentielle Krise dar. Ich stellte mich, meine Arbeit und meinen Beruf grundsätzlich infrage. Es war lange nicht klar, ob ich ein Verfahren finanzieren kann und ob ich es finanziert bekomme, so dass auch noch Geldsorgen hinzukamen.

Ich habe mich in dieser Zeit sehr isoliert gefühlt in meinem Dienst, weil das Thema tabu war. Das heißt, ich wurde wohl nach meinem Befinden gefragt, aber das Thema selbst wurde intern nicht besprochen. Ein Kollege fand die Sache äußerst spannend. Er unterstützte mich und war stets an meiner Seite, besonders wenn es kritisch wurde. Das half mir, Abstand von den sehr gefühlsbeladenen Situationen zu nehmen. Ich kann nicht sagen, dass mich die anderen isoliert hätten, vielleicht war ich es selbst. Aber ich habe erlebt, wie sprachlos eine solche Situation einen ganzen Dienst machen kann.

Schulduweisungen gab es von allen Seiten, zu allen Aspekten des Falls. Es gab über fünf Jahre lang keine Fortbildung oder Tagung, an der ich teilnahm, bei der nicht wenigstens einer der Teilnehmenden die Meinung äußerte, die Sozialarbeiterin hätte nichts unternommen, um den Tod des Kindes zu verhindern, und darlegte, was hätte geschehen müssen. Auch in Fortbildungen wie Mediation oder anderen eigentlich fachfremden Fortbildungsveranstaltungen, von denen ich glaubte, dort kann eigentlich niemand dieses The-

ma ansprechen, war das der Fall. Allerdings wusste man nicht, dass es mich betrifft. Ich saß als Teilnehmerin in einem Forum oder einer Arbeitsgruppe und hörte mir das an.

Über die Zeit hinweg beschäftigten mich natürlich immer wieder die Fragen: Wie konnte das passieren? Warum hat die Mutter das Kind verhungern lassen? Was hätte geholfen? Was habe ich falsch gemacht? Wer hat etwas falsch gemacht?

Die Berichterstattung in den Medien war äußerst belastend. RTL rief bei mir zu Hause an und sagte, dass ich sehr schlecht dastünde, wenn ich mich nicht äußern würde. Reporter standen bei mir vor der Bürotür und wollten Aussagen haben. Es gab allerdings kein Bild von mir in der Presse und auch mein Name wurde nicht genannt.

Bis heute wird immer wieder für alle möglichen Themen auf den „Osnabrücker Fall“ zurückgegriffen. Ich finde es ausgesprochen interessant, welche Themen daran gehängt werden und mit welcher Sicht auf den Fall jeweils geschaut wird. Der Fall wird für ganz verschiedene Argumentationsketten genutzt.

### **3. Erfahrungen**

Was in den Medien berichtet wird, hat wenig Bezug zur Sachlage. Häufig geht es vor allem darum, einen Skandal bzw. ein Drama darzustellen. Im Landgericht saßen viele Journalisten mit Mikrofon und Notizblock. In dem Moment, als der Richter meinen Freispruch verkündete und zur langen Begründung ansetzte, packten ausnahmslos alle ihre Sachen ein. Die Begründung interessierte niemanden mehr.

Was im Gericht geschieht, bezieht sich nicht zwangsläufig auf die Sachlage. Es passieren auch viele persönliche Dinge nebenbei. Man weiß auch nicht, wie ein Richter etwas bewertet und wer welches Interesse verfolgt.

Was in außenstehenden Institutionen diskutiert wird, ist von der Sachlage meist weit entfernt. Es wurde sehr viel diskutiert in Bezug auf den Fall in Osnabrück. Das Thema der Aktenführung wurde in den Diskussionen häufig angesprochen, während es bei uns im Amt und im Verfahren selbst kein Thema war. An keiner Stelle wurde im Verfahren gesagt, dass die Dokumentation nicht ausreichend gewesen wäre. Trotzdem wurde hinterher immer wieder Bezug darauf genommen.

Außerdem wurde häufig thematisiert, ob ich die Lage falsch eingeschätzt hätte. Ein Verfahren einer Gefahreneinschätzung gab es damals ohnehin noch nicht in dem Maße wie heute. Es wurde festgestellt, dass ich nicht mit dem Tod des Kindes gerechnet hatte. Das ist richtig, ich hatte nach den Kontakten mit der Mutter nicht einschätzen können, dass so etwas passiert. Es wurde aber auch nicht danach gefragt, ob ich eine Beratung in Anspruch genommen hätte, auch das war damals noch ganz neu und noch nicht so üblich.

Alle Mitarbeiter/innen der Institution sind betroffen, entweder im Gleichklang oder in der Abgrenzung, auf jeden Fall durch Schock, Angst und der unausweichlichen Notwendigkeit, auf irgendeine Weise mit der Situation umzugehen.

Jede/r bewertet das Geschehen persönlich oder in der Institution aufgrund der persönlichen Erfahrung subjektiv und zieht seine/ihre eigenen Schlüsse daraus – und das lohnt sich. Jede Institution nimmt einen solchen Fall zum Anlass zu schauen, was bei ihr vielleicht nicht optimal läuft.

Die Darstellung der Ereignisse in der Fachöffentlichkeit hängt jeweils von der Thematik ab, davon, was der Referent eigentlich gerade nachvollziehbar machen oder beweisen will, ist zum Beispiel entsprechend verkürzt oder fokussiert einzelne Aspekte und lässt andere außer Acht.

#### **4. Was hat die Stadt Osnabrück im Zusammenhang mit dem Verfahren gemacht?**

Am ersten Tag nach meinem Urlaub hatte mich mein Vorgesetzter zu sich geholt und entscheidende, wesentliche Fragen gestellt. Das Gespräch dauerte eine Stunde. Daraufhin stellte er fest, dass ich alles richtig gemacht hätte und der Tod des Kindes ein Unglücksfall wäre und er hinter mir stehen würde. Womöglich sahen das andere Kollegen und Kolleginnen anders. Mein Abteilungsleiter aber hatte das zu bewerten, zu beurteilen und zu vertreten. Von dieser Beurteilung ist er nie abgewichen. Der Abteilungsleiter überprüfte, ob Standards eingehalten wurden. Nach seiner Einschätzung wurden diese eingehalten.

Die Akten wurden nicht herausgegeben. Der Richter darf die Akten anfordern, aber erst, wenn ein Verfahren eröffnet wurde. Die Staatsanwaltschaft fordert ebenfalls die Akten an, darf es jedoch nicht ohne richterlichen Beschluss.

Unser Rechtsamt konnte mich nicht vertreten. Mir wurde ein Rechtsanwalt empfohlen und für das zweite Verfahren bekam ich mit einiger Verzögerung eine Kostenzusage vom Dezernenten.

Mein Vorgesetzter sorgte sofort dafür, dass ich Supervision für die Aufarbeitung der Situation bekam.

Eine große Unterstützung erhielt ich vom Dezernenten, der auch bei den Verhandlungen zugegen war und sich in den Jahren danach sehr für die Jugendhilfe und den Sozialen Dienst engagierte.

#### **5. Das wäre noch hilfreich gewesen**

Allerdings gibt es auch Dinge, die gefehlt haben, wie zum Beispiel jemand, der das Gesamtmanagement übernimmt, eine Stabsstelle, die genau weiß, was es in der Situation zu regeln gilt.

Eine geregelte Arbeitsorganisation hat ebenfalls gefehlt. Obwohl ich noch in der Siedlung tätig war, wurden Klienten, die ich dort zu beraten hatte, als Zeugen gegen mich geladen. Unter diesen Bedingungen konnte ich natürlich nicht mehr in diesem Bereich tätig sein. Es hat sich niemand darum gekümmert, wie die Arbeit weiterlaufen sollte. Das aber wäre nötig gewesen.

Ich hätte es sehr begrüßt, wenn die Leitung persönliche Unterstützung angeboten und nachgefragt hätte. Mit dem interessierten Kollegen hatte ich Glück. Die Leitung ist nicht regelhaft auf mich zugekommen und hat gefragt, ob ich Unterstützung brauche und ob ich Probleme mit meiner Arbeit habe. Ein regelmäßiges, zugehendes Gesprächsangebot wäre ebenfalls hilfreich gewesen.

Sehr wichtig wäre eine Thematisierung in der Abteilung gewesen, um die Sprachlosigkeit zu überwinden. Kolleg/innen aus anderen Städten riefen mich an und gaben mir Zuspruch. Bei uns war es vielleicht aus dem Grund nicht möglich, weil in gewisser Weise alle betroffen waren. Aber gerade deshalb sollte so ein Fall thematisiert werden.

## **6. Was hat sich seitdem im Jugendamt in Osnabrück geändert?**

### **6.1 Verfahren im Unglücksfall**

**Wolfgang Ruthemeier:** Inzwischen verfügen wir über eine Regelung, was in einem Unglücksfall geschehen soll. Allerdings haben wir sie seitdem nicht anwenden müssen, obwohl es durchaus Krisensituationen gegeben hat. Aber so ein Super-GAU ist auch sehr stark mit der Öffentlichkeit verbunden, also damit, was nach außen präsentiert wird.

Zunächst ist im Rahmen eines Dienstaufsichtsbeschwerdeverfahrens zu prüfen, was genau vorgefallen ist und was die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter getan hat. Es muss ein internes Prüfsystem geben, die Akten müssen überprüft und Mitarbeitergespräche darüber geführt werden. Dieses hat zum Ziel zu prüfen, ob die fachlichen Standards eingehalten worden sind.

Die Unterstützung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin muss geklärt sein. Kommt man in der Überprüfung zu dem Ergebnis, dass der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin richtig gehandelt hat, wird er/sie selbstverständlich unterstützt, bis hin zu den finanziellen Fragen.

Es bedarf einer Rechtssicherheit, d.h.: Aussageverweigerung, Akten bleiben im Haus, eine Rechtsvertretung wird angeboten.

Die Gestaltung der Pressearbeit ist eine sehr wichtige Aufgabe. Die Presse ist innerhalb kürzester Zeit vor Ort und will Informationen. Je länger sie auf Informationen warten muss, desto mehr unternimmt die Presse selbstständig und ein großes Wirrwarr entsteht. Daher braucht man eine Presseregelung für solche Unglücksfälle, die festlegt, wer was wann und in Abstimmung mit wem nach außen geben darf.

In der Arbeitsorganisation muss geklärt werden, wie weitergearbeitet wird, auf der einen Seite im Einzelfall (Gibt es noch weitere Kinder? Wie werden diese versorgt? Was passiert mit ihnen? Wer kümmert sich um die Familie?), auf der anderen Seite im Team (Wie geht die Arbeit dort weiter? Wie werden die anderen Fälle des Kollegen, der gerade unter Druck steht, weiter bearbeitet? Kann der Kollege überhaupt noch in dem Team arbeiten oder überhaupt noch arbeiten?). Die Arbeitsorganisation bezieht sich außerdem auf das Management des Umgangs mit der Krise im gesamten Jugendamt und beinhaltet auch die Aufgabenverteilung: Wer macht wann was im Einzelfall, im Team und auf Organisationsebene?

Schutz am Arbeitsplatz vor Presse und Öffentlichkeit gehört ebenfalls zu dem Verfahren. Das Jugendamt Osnabrück hat bereits damals regionalisiert in sehr kleinen Einheiten gearbeitet, bis dahin, dass eine Kollegin allein gearbeitet hat. Das führt dazu, dass sich die einzelnen Kolleginnen/Kollegen von den Medien bedroht sehen. Das heißt, Presse und Öffentlichkeit müssen möglichst schnell und offensiv informiert werden.

Die Kommunikation im Betrieb ist sehr wichtig, sonst entstehen schnell Gerüchte und Ängste. Nicht nur die betroffene Kollegin hat Angst, sondern alle denken in dieser Situation an ihre schwierigen Fälle. Häufig wird auch in der Leitung mit Angst reagiert. Hat ein Fall wie zum Beispiel in Hamburg mit einer Pflegefamilie zu tun, wird plötzlich angeordnet, alle Pflegefamilien zu überprüfen. Aber wie will man das überprüfen? Wie viele, sorgfältig ausgewählte Pflegefamilien mag es geben, in denen vielleicht die Mutter regelmäßig Kopfschmerztabletten einnimmt, d.h. schmerzmittelabhängig ist? Diese Panikreaktionen werden häufig auch durch die Medien bestimmt, weil die Presse danach fragt, quasi die Jugendämter „vor sich her treibt“. Dieses gilt es zu vermeiden. Dazu braucht man ein Verfahren, um die Steuerung einigermaßen zu behalten.

Wir gehen in unserem Jugendamt nicht so weit wie ein Atomkraftwerk, in dem der Alarmfall durchexerziert wird, obwohl es vielleicht von Vorteil wäre, einen Fall tatsächlich durchzuspielen.

## **6.2 Entwicklungen im Sozialen Dienst der Stadt**

Nach der Bearbeitung des geschilderten Falles führten wir eine Trennung von Sozialhilfe und Jugendhilfe durch. Das klingt einfach, bedurfte aber einer intensiven Diskussion. Die einen wollten den Allgemeinen Sozialen Dienst aus seiner Allzuständigkeit entlassen, andere wiederum wollten keine Aufspaltung, sondern ein eigenes Amt für den ASD bilden. Letztlich wurde die Aufteilung vorgenommen, weil bis dahin in den Strukturen nicht klar war, wofür der Amtsleiter des Sozialamtes verantwortlich ist und wofür der Amtsleiter des Jugendamtes verantwortlich ist. Zunächst waren viele Sozialarbeiter dagegen, aber später ganz froh, weil wir die Erfahrung gemacht hatten, dass die Familien, wenn wir zu ihnen eigentlich wegen der Kinder kamen, mit uns lieber über dringend benötigte Haushaltsgegenstände sprachen. Einerseits waren solche Themen geeignet, um den Zugang zu erleichtern, andererseits erschwerten sie die Arbeit bei der Thematik des Kinderschutzes. Daher erschien die Trennung in einen Fachdienst Jugendhilfe und einen Fachdienst Sozialhilfe als die geeignete Lösung.

Das Zusammenwirken der Fachkräfte bedurfte einer dringenden Verbesserung. Ein Institut wurde beauftragt, innerhalb eines Jahres ein strukturiertes Verfahren der kollegialen Beratung zu entwickeln, einzuführen und zu begleiten. Es wurde eine Dienstanweisung zur Fachkonferenz entwickelt. Dort wurde festgelegt, welche Fälle in eine Fachberatung gehören und wer zu beteiligen ist. Diese Fachberatung behandelt den jeweiligen Einzelfall sehr ausführlich. Dazu gehört auch das Arbeiten mit Identifikation mit den verschiedenen beteiligten Personen, um alle Blickwinkel zu reflektieren: die des Kindes, der Mutter, des Vaters usw. Alle Sichtweisen und Zweifel der einzelnen Kollegen fließen in die Entscheidung ein. Anhand der verschiedenen Blickwinkel wird das Risiko eingeschätzt, ob das Kind gefährdet ist oder nicht.

Es wurde eine Regionalisierung und Umstrukturierung vorgenommen. Vier Teams mit jeweils zehn bis zwölf Mitarbeiter/innen wurden innerhalb Osnabrücks verteilt und arbeiten dadurch in den Stadtteilen. Die Kolleg/innen sind nicht mehr – wie Frau Heidelberg damals – allein für eine Siedlung zuständig. Die Teams sitzen mit der Leitung vor Ort, die auch die kollegiale Beratung sicherstellt.

Die Entscheidungsverantwortung liegt bei der Mitarbeiter/in, der/die den Fall einbringt. Damit konnte nicht mehr die Wirtschaftliche Jugendhilfe oder der Amtsleiter bestimmen, ob ein Kind in ein Heim kommt oder nicht. Die Entscheidung wird in der kollegialen Beratung im Konsensprinzip gefällt. Kommt kein Konsens zustande, wird die kollegiale Beratung noch ein zweites oder drittes Mal durchgeführt, entweder mit anderen Methoden oder unter einer anderen Moderation. Innerhalb der 20 Jahre nach dem Fall wurde stets ein Konsens gefunden.

Die inhaltliche Weiterentwicklung von Themen und Methoden wurde durchgeführt. Es wurden Arbeitshilfen zu den Themen Vernachlässigung, Sozialpädagogische Diagnostik, Hilfeplanung, u.a. erarbeitet.

Wir bekamen zusätzliche Mitarbeiterinnen, um passgenauere Hilfen einzusetzen. Vor ein paar Jahren führten wir eine detaillierte Personalbemessung durch, was bewirkte, dass wir noch einmal weitere Mitarbeiter/innen einstellen konnten.

Selbstverständlich befassten wir uns kontinuierlich mit dem Thema des Kinderschutzes und nahmen an verschiedenen Projekten dazu teil, zuletzt am bundesweiten Projekt „Aus Fehlern lernen“, bei dem wir als Tandemstadt von den Kollegen in Bremen sehr viel profitieren durften. Aus dieser Zusammenarbeit ist bei uns ein Konzept zum Fehlermanagement entstanden. Wir untersuchen abgeschlossene Fälle, die aus unserer Sicht nicht glücklich sind, noch einmal anhand einer Lebensskala des Klienten und einer Helferskala. Dabei wird untersucht, welche Hilfen es gab und an welcher Stelle man etwas anders hätte machen können und was man dafür gebraucht hätte.

### **Belastungen der Mitarbeiter/innen im ASD**

Wir beschäftigten uns mit den Belastungen der Mitarbeiter/innen. Ein Problem wird man nie beseitigen können, das ist der Zeitmangel. Ein Krisenfall belastet nicht nur objektiv, sondern auch subjektiv. Wenn ich subjektiv voll mit diesem Fall befasst bin, habe ich kaum Zeit für anderes. Das Problem ist auch nicht durch neues Personal in den Griff zu bekommen. In Bezug darauf haben wir diskutiert, wie viel Zeit man sich in der Fachberatung nehmen müsste. Die kollegiale Beratung als Methode kostet Zeit. Wenn man einen Fall vernünftig berät, geht man von einer Stunde aus, bei schwierigen Fällen sind es oft eineinhalb Stunden. Daher bezweifelten damals viele Kollegen, dass wir das zeitlich schaffen könnten. Heute haben wir die Erfahrung, dass eine kollegiale Beratung von einer Stunde, die zu einer Lösung führt, auch Zeit sparen kann, indem man vielleicht nicht mehrmals vergebens in die Familie muss, sondern nur einmal, weil man eine Idee hat, wie die Mutter zu erreichen ist. Aus unserer Sicht lohnt es sich, diese Zeit zu investieren.

Die Situation der Kinder nicht oder noch nicht verändern zu können, ist ebenfalls eine Belastung. Eine weitere Belastung entsteht aus dem Wissen, dass die Trennung nicht im-

mer die bessere Lösung ist. Die Fachberatung hat bei uns einen sehr großen Stellenwert als Methode der Teamentwicklung.

Viele Kollegen leiden unter dem häufigen Rechtfertigungsdruck und der Schuldzuweisung in der Öffentlichkeit sowie unter der Angst, Fehler zu machen. Wir haben ein Fehlermanagement eingeführt, das wir allerdings „fehlerfreundlich“ zu nennen uns scheuen. Fehler werden im Team besprochen, einschließlich der Entscheidung, was der Leitung gemeldet wird. Systemfehler sollen erkannt werden. Die Idee des Fehlermanagements ist, dass angstreduziert gearbeitet werden kann, wenn man das Vorkommen von Fehlern einkalkuliert und danach untersucht, was verbessert werden kann, damit es nicht mehr zu diesem Fehler kommt. Allerdings schauen wir uns auch erfolgreich verlaufende Fälle an, um daraus zu lernen.

### **Was brauchen die Mitarbeiter/innen?**

- Ein vertrauensvolles und kritisches Team:  
Die Förderung der Teams vor Ort war uns sehr wichtig. Daher sollte die Größe der Teams zwölf Mitarbeiter/innen nicht übersteigen. Diese Teams werden gestärkt, dazu dienen die kollegiale Beratung, die gemeinsame Supervision u.a. Die Teams sind das einzige, was die Mitarbeiter/innen als kritische Begleitung bekommen können. Daher müssen sie auch wirklich als Teams funktionieren.
- Entscheidungskompetenz:  
Die Teams sind u.a. für das Budget der ambulanten und stationären Hilfen verantwortlich, d.h. sie müssen begründen, warum es beispielsweise zu einer Budgetüberschreitung kam. Dazu gibt es regelmäßige Budgetgespräche. Der Einzelfall ist davon abgetrennt, so dass das Budget nicht die Entscheidung bestimmt, ob eine Hilfe bewilligt wird oder nicht. Es wird höchstens im Hinblick auf die Kosten darüber diskutiert, ob es dieses oder jenes Heim sein soll.
- Selbstbewusstsein.
- Fortbildung:  
findet zweimal im Jahr statt.
- Supervision:  
wird regelmäßig durchgeführt.
- Wissen um Grenzen und Möglichkeiten.
- Vorgehen und Standards für ein Verfahren im Unglücksfall;
- Finanzielle Sicherheit für die Mitarbeiter/innen, wenn ein Unglücksfall passiert.
- Offensive Öffentlichkeitsarbeit:  
diese ist in Osnabrück noch verbesserungswürdig.

### **Die große Suche nach dem Verantwortlichen: Fehlannahmen**

Es war für uns wichtig, folgende **Fehlannahmen** festzuhalten:

- Das Gericht hat die Verantwortung für den Kinderschutz.
- Das Team trägt die Verantwortung für die Entscheidung.

- Der Chef hat die Verantwortung für den Kinderschutz.
- Der Träger hat die Verantwortung für den Kinderschutz.

Richtig ist: Jeder hat die Verantwortung für sein Handeln im Rahmen seiner Aufgaben und Möglichkeiten. ASD bedeutet: Hinschauen, bewerten, verstehen, beraten und handeln. Kommt ein Gericht zu dem Entschluss, dass im Moment keine Herausnahme des Kindes aus der Familie erforderlich ist, der Sozialarbeiter ist jedoch anderer Meinung, muss er an dem Fall weiter dranbleiben und gegebenenfalls die nächste Instanz anrufen. Das Team berät, aber der einzelne Mitarbeiter trägt die Verantwortung für seinen Fall.

#### **Chefsache ist:**

- Den Rahmen schaffen u. a. für Zeit, Raum, funktionsfähiges Team; das schließt ein, Kollegen im Blick zu behalten, die erkrankt sind,
- Fortbildung und Arbeitshilfen organisieren,
- Supervision verpflichtend sicherstellen,
- Verfahren im Unglücksfall festlegen,
- Selbstständigkeit fördern,
- Kooperation mit anderen regeln,
- Finanzdruck im Kinderschutz nehmen,
- Möglichkeiten schaffen, Flexibilität erhalten, d.h., wir haben versucht, unsere Dienstanweisung zum § 8a SGB VIII so zu gestalten, dass der Mitarbeiter je nach vorgefundener Situation in der Familie flexibel reagieren kann.
- Offensive Außenvertretung.

#### **7. Was habe ich gelernt?**

**Ute Heidelberg:** In den letzten 19 Jahren haben mich viele Fragen der Jugendhilfe beschäftigt, wie zum Beispiel die angebliche Spaltung im SGB VIII zwischen Hilfe und Kontrolle. Meine Haltung ist: Hilfe und Schutz ist eins! Es gibt einen Auftrag und eine Aufgabe, nämlich Hilfe und Unterstützung sowie Schutz der Kinder. Es gibt sehr wohl verschiedene Methoden, wie die Inobhutnahmen und die Hilfen zur Erziehung. Kontrolle ist eine Methode, die man nutzen kann, wobei man genau prüfen sollte, ob sie hilfreich ist und zu dem führt, was man erreichen möchte. Ich halte es für schwierig, in der Ambivalenz zu arbeiten. Wir brauchen eine Haltung, die alle Methoden bedient, im Extremfall auch die Herausnahme des Kindes gegen den Willen der Eltern – zum Schutz der Kinder. Und danach wieder mit den Eltern, denn sie bleiben die Eltern der Kinder. Ich gehe davon aus, dass alle Eltern wünschen, dass es ihren Kindern gut geht. Und damit haben wir dasselbe Ziel.

ASD-Tätigkeit ist und bleibt Beziehungsarbeit. So sind Menschen zu überzeugen und für eine Kooperation zu gewinnen.

Checklisten sind nach meiner Erfahrung eindimensional und reichen nicht für Kinderschutz, denn alles kann man damit nicht erfassen. Verlässt man sich allein auf die Checklisten, kann das für die Kinder gefährlich sein. Man braucht die gesamte Aufmerksamkeit in der Situation, auch für Zwischentöne, und den Kontakt zur Familie.

Das Team bildet die Sicherheit der Mitarbeiter/innen, einschließlich der kollegialen Beratung, der gemeinsamen Supervision, der Kritik, der Rückmeldungen von den Kolleg/innen.

Grenzen der Jugendhilfe sind klar zu formulieren, damit die Kooperationspartner und die Öffentlichkeit verstehen, dass die Jugendhilfe Grenzen hat und nicht allmächtig ist und nicht über das Leben von Familien und einzelnen Personen entscheiden kann.

Es ist in allen Situationen wichtig, die Kooperation statt der Abgrenzung zu suchen.

Ich habe aus dem Fall gelernt, stets für meine Überzeugung einzutreten, so lange es in meinen Möglichkeiten, Aufgaben und Kompetenzen liegt, aber auch meine Grenze zu akzeptieren.

Mein Gewissen zu befragen, halte ich ebenfalls für wichtig. Oft nützt es nichts, dass jemand einem bestätigt, man habe alles richtig gemacht. Entscheidend ist doch, ob man selbst – auch wenn man einen Fehler gemacht hat – sagen kann, alles versucht zu haben.

In den letzten Jahren habe ich häufig den Eindruck, dass es eher um Arbeiterschutz statt um Kinderschutz geht. Diese Entwicklung halte ich für sehr fatal. Ob man selbst verurteilt wird oder nicht: Das Kind bleibt tot oder geschädigt. Wenn so etwas passiert, wird selbstverständlich die Arbeit überprüft. Wenn wir uns aber wirklich für den Kinderschutz einsetzen, sind wir auch sicher. Ich würde es also nicht trennen und gegeneinander abwägen, sondern zusammenführen.

Die Aktenführung sichert kein Kind und auch keine Mitarbeiterin. Es macht die geleistete Arbeit nachvollziehbar und so ggf. überprüfbarer im Rechtfertigungsfall.

Teamarbeit, kollegiale Beratung und reflektiertes, selbstkritisches Arbeiten helfen, Kinder und Mitarbeiter/innen zu schützen.

Ich mache die Arbeit bis heute gern. Auch Krisen sind spannend, sie bieten immer die Chance zur Weiterentwicklung. Die jungen Kolleg/innen sind beruflich anders sozialisiert und fachlich anders aufgestellt als wir, die in den 1980er- oder 1990er-Jahren unsere Arbeit begannen. Ihnen sage ich nicht viel anderes, als ich Ihnen heute auch gesagt habe. Mir ist das o.g. geschehen und es hat mich nicht davon abgehalten, diese Arbeit weiterzumachen.

## Was passiert, wenn's passiert (ist)?

### Forum 3: Kinderschutzarbeit am Fall des Kindes „Lara Mia“ in Hamburg

ASTRID DIERS

Fachkraft für Gewaltprävention im Kindesalter (GiK), Bezirksamt Altona, Jugendamt, Hamburg

Zum Zeitpunkt des Todesfalls Lara Mia 2009 war ich 23 Jahre im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) Wilhelmsburg tätig. Ende 2008 wechselte ich innerhalb des ASD zu dem Projekt „Gewaltprävention im Kindesalter“, das im Rahmen des Konzeptes „Handeln gegen Jugendgewalt“ entwickelt wurde und eine spezialisierte Aufgabe des Jugendamtes darstellt. Die inhaltlich fachliche und räumliche Nähe zum ASD war und ist somit noch immer vorhanden. Seit einem Jahr bin ich im Auftrag der Aus- und Fortbildungsabteilung nebenberuflich mit für die Einarbeitung neuer ASD Kolleg/innen in Hamburg zuständig.

Der fallzuständige Kollege im Fall Lara Mia ist bei dieser Fachtagung nicht anwesend. Ich war und bin aber eng im Kontakt mit ihm und werde sein Erleben der Situation in meinen Beitrag mit einfließen lassen.

Mir war der Fall über eine Kurzberatung mit dem Kollegen bekannt. Ich war, ebenso wie die gesamte Abteilung, von dem Tod und den Auswirkungen tief getroffen.

Ich möchte den Fall kurz vorstellen. Dazu zeige ich einen Auszug der Sendung „Panorama“ der ARD vom April 2009 (siehe Link am Ende des Beitrages).

Lara Mia verstarb im März 2009 im Alter von neun Monaten. Sie wog nur die Hälfte des für Kinder ihres Alters normalen Gewichts.

Ihre 18-jährige Mutter wurde schon vor der Geburt vom Jugendamt betreut. Eine Unterbringung in eine Mutter- und Kind Einrichtung lehnte die junge Mutter ab. Mit der Geburt wurde eine Familienhilfe mit zehn Fachleistungsstunden (FLS) eingesetzt. Auf Vorschlag der Familienhelferin wurde die Hilfe nach einigen Monaten auf fünf FLS reduziert. Bei der Familienhelferin und der ASD Fachkraft handelte es sich um erfahrene Kräfte mit langjähriger Berufserfahrung. Die Familienhelferin war auf den Umgang mit kleinen Kindern spezialisiert.

**Die Familienhelferin** wird 2010 in Abwesenheit zu einer Geldstrafe von 2700 Euro verurteilt. Die Anklage lautete: fahrlässige Körperverletzung durch Unterlassen.

**Lara Mias Mutter** wird in einem zweiten Verfahren im November 2011 zu drei Jahren Jugendstrafe wegen unterlassener Hilfeleistung und fahrlässiger Körperverletzung verurteilt. Die genaue Todesursache bleibt unklar, aber eine deutliche Mangelernährung war offensichtlich.

**Die Fachkraft des ASD** wird nicht angeklagt.

Bevor ich auf den konkreten Umgang mit der Situation eingehe, der Konfrontation, aber auch der Hilfe und Unterstützung, ist es wichtig, die Besonderheiten in Hamburg und die Situation der ASD-Abteilung vor dem Tod Lara Mias genauer darzulegen.

### **Hamburgs besondere Struktur als Stadtstaat**

Hamburg hat sieben Bezirke, die die Personal- und Fachaufsicht über die einzelnen Fachkräfte des ASD innehaben und zudem noch eine Fachbehörde, die auf ministerieller Ebene fachliche Standards erarbeitet. 2009 war der Senat von der CDU und den Grünen regiert, das Bezirksamt Hamburg-Mitte hatte einen sozialdemokratischen Bezirksamtsleiter.

### **Situation im ASD Wilhelmsburg**

Im Jahr 2008 verließen vier erfahrene Fachkräfte von 10,5 Stellen den ASD. Zusätzlich gab es zwei Langzeiterkrankte. Die Stellen wurden nicht alle zeitnah nachbesetzt, die Einarbeitung der neuen Kolleg/innen erforderte Zeit. Zusätzlich befand sich der ASD in einem Organisationsprozess, der sich mit der Umgestaltung der Strukturen im Eingangs- und Fallmanagement befasste. Die Abteilung war deutlich überlastet, es gab persönliche Arbeitsüberlastungsanzeigen und eine kollektive Anzeige der Abteilung an die Leitung. Die Arbeitsbelastung, die mit dem vorhandenen Personal schon seit mehreren Jahren nicht zu bewältigen war, erreichte 2008 ihren Höhepunkt. Im September 2008 wandte sich die Abteilung mit einem offenen Brief an den Senator, den Bezirksamtsleiter und die Öffentlichkeit. Dort wurde u.a. benannt, dass es nicht möglich ist, Standards einzuhalten, z.B. im vorgegeben Rahmen anstehende Hilfeplangespräche oder auch bei der Durchführung notwendiger Hausbesuche. Hinzu kam eine Warteliste von Fällen, die nicht zeitnah bearbeitet werden konnten. Das ASD-Team Wilhelmsburg gab deutlich zu verstehen, dass es den Kinderschutz nicht mehr gewährleisten konnte.

Trotz Fallbelastung wurde in akuten Krisen verantwortungsvoll gehandelt. Allerdings konnten Fälle, in denen eine Hilfe eingerichtet war, nur noch in einem beschränkten Rahmen und teilweise ohne Berücksichtigung der Standards bearbeitet werden.

Innerhalb von drei Jahren gab es drei Abteilungsleitungen, die jedoch nicht nahtlos aneinander anschlossen. So war die Stelle 2008 sechs Monate nicht besetzt, die dann neu eingestellte Abteilungsleitung hatte keine Erfahrung in der ASD Arbeit und musste teilweise von den ASD-Kolleg/innen eingearbeitet werden. Zusätzlich fand im Rahmen einer Verwaltungsreform im März 2008 ein Wechsel zum Bezirksamt Hamburg-Mitte statt.

**Ich weise auf die Strukturen im Jahr 2008/2009 hin, nicht um zu sagen, dass Lara Mia ohne die Arbeitsüberlastung nicht gestorben wäre. Aber ich vertrete die Hypothese, dass bei einer hohen Arbeitsbelastung, die in der Konsequenz beinhaltet, dass vorgegebene Standards nicht eingehalten werden können, eine akute Gefahr droht, den Blick auf die laufenden Fälle zu verlieren.**

## Womit wurden wir konfrontiert?

Die zuständige Fachkraft erfuhr im Urlaub von dem Tod Lara Mias. Der Kollege war tief erschüttert. Hilfreich war für ihn die Mitteilung der Vorgesetzten, dass nach Durchsicht der Akte kein fahrlässiges Handeln festgestellt wurde. Diese Information wurde ihm sofort gemeldet. Zusätzlich zum Bezirksamt bat die Fachbehörde um Akteneinsicht.

Sehr schnell reagierten die Hamburger Medien und unmittelbar danach die überregionale Presse auf den Todesfall. Sofort entwickelte sich der Vorwurf vom Versagen des Jugendamtes und der Familienhelferin. Presseleute versuchten, heimlich mit versteckter Kamera in den Räumen zu filmen, es gab Anrufe, die allerdings an die Pressestelle verwiesen werden konnten. Dazu kamen Eindrücke beim Einkauf, bei dem andere Kunden mit dem Blick auf die Zeitung laut diskutierten, dass man die Jugendamtsmitarbeiter einsperren oder sie zumindest auch mal hungern lassen sollte.

Dennoch gab es auch Medien, die weniger auf eine sofortige Vorverurteilung zielten und versuchten, objektiv zu recherchieren und ein differenziertes Bild darzustellen.

Der zuständige Kollege wurde aufgrund der Belastung krankgeschrieben.

In der Abteilung versuchten wir, unsere Arbeitsfähigkeit, die schon hoch belastet war, aufrecht zu erhalten. Wir fühlten uns hilflos der Medienberichterstattung ausgesetzt und hatten keine Möglichkeit, uns zu äußern.

Komplex, aber auch bedrückend wurde die Situation, als die Fachbehörde – vertreten durch ihren Senator – einen Monat später vor die Presse trat und einen sogenannten Expertenbericht (Expertenbericht vom 17.4.2009, verfasst von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz) vorstellte. Hier hatte es, ohne Einbeziehung der Fachkraft und des Bezirksamtes, eine Einschätzung durch die Fachbehörde gegeben, die sich konträr zur Position des Bezirksamtes befand. Dabei spielte eine besondere Rolle, dass der Bezirk und die Fachbehörde von unterschiedlichen Parteien regiert wurden. Die Bewertung des Handelns bekam eine politische Komponente.

Entscheidend war die Bewertung des jugendamtlichen Handelns, die sich maßgeblich in zwei Punkten im Bericht widerspiegelten:

Erstens die Behauptung, dass die zwei im Fall tätigen Fachkräfte (unter Umständen) in eine „**Routinefalle**“ geraten wären. Zweitens, **dass die Fachkraft des ASD versäumt hätte, die Standards einzuhalten** und nicht wie empfohlen ein Hilfeplangespräch (bei kleinen Kindern nach drei Monaten) durchgeführt und sich nach erfolglosem Hausbesuch auf die Einschätzung der Großmutter und des Trägers verlassen hätte.

Im Bericht wurden die Arbeitssituation und unsere kollektive Überlastungsanzeige ignoriert. In der Abteilung und beim Kollegen herrschten Ratlosigkeit und Betroffenheit.

Erneut wandte sich die ASD-Abteilung öffentlich an den Senator, wies auf die Vorgeschichte hin und schlug vor, **die Arbeit der ASD-Fachkraft und der Familienhelferin von einer neutralen Stelle begutachten zu lassen**. Dies wurde abgelehnt.

Warum stelle ich dies so differenziert dar? In Hamburg zeigte sich deutlich, dass eine fachliche neutrale Aufarbeitung der Geschehnisse, die hilfreich für alle Beteiligten gewesen wäre, nicht möglich war. Was folgte, waren Anweisungen, in Hamburg alle Fälle mit Kindern unter drei Jahren sofort zu überprüfen. Dies muss nicht falsch sein, zeigt aber wieder nur eine überschnelle Reaktion, die nach außen signalisieren sollte: „Wir tun etwas“, die aber gleichzeitig keine qualifizierte Bearbeitung bzw. Auswertung des Falls zuließ.

### **Wie sind wir damit umgegangen?**

In der Abteilung hat die öffentliche Darstellung der Medien über den Tod von Lara Mia und das Gefühl, an den Pranger gestellt zu werden, Spuren hinterlassen. Einigen der Anwesenden ist vielleicht bekannt, dass drei Jahre später der Tod von Chantal, die auch von einer Fachkraft des ASD Wilhelmsburg betreut wurde, wieder zu Schlagzeilen und Vorwürfen führte.

Der Tod eines Kindes ist, auch wenn kein fahrlässiges Handeln sichtbar ist, immer ein traumatisches Ereignis für die Fachkraft, aber auch für die gesamte Abteilung. Natürlich stelle ich mir die Frage, was wäre passiert, wenn an einer bestimmten Stelle von Beteiligten anders gehandelt worden wäre. Andererseits weiß ich, auch weil ich es in anderen Fällen erlebt habe, dass es leider unmöglich ist, alle Kinder zu schützen.

Was hat sich für meinen Kollegen verändert? Er selbst arbeitet seit dem letzten Jahr nicht mehr im ASD und hat bewusst den Arbeitsbereich gewechselt. In der Abteilung gab es lange eine Fluktuation aufgrund von Wechseln in andere Arbeitsbereiche oder in andere ASD-Abteilungen. Ich habe bewusst 2010 die Abteilung in Wilhelmsburg verlassen und bin in einen anderen Bezirk gewechselt.

### **Welche Hilfe und Unterstützung haben wir erhalten?**

Positiv zu betonen ist, dass es durch das Bezirksamt als Arbeitgeber sofort Unterstützung durch Supervision und einen Rechtsbeistand für den Kollegen gab. Er selber beschreibt dies als wichtiges Signal. Die Unterstützung der Kolleg/innen und der Leitungen waren ebenfalls eine große Hilfe.

### **Was hat gefehlt?**

Mir persönlich hat eine öffentliche Positionierung, z.B. der HAW Soziale Arbeit oder anderer kompetenter Fachleute aus dem Bereich, gefehlt. Außerdem fehlte die Aufarbeitung des Falles mit neutralen Gutachtern. Eine Supervision für die Abteilung wurde nicht angeboten.

### **Was habe ich daraus gelernt?**

Verändert hat sich bei mir der Blick auf Fälle, die eine ähnliche Konstellation haben wie der Fall Lara Mia. In der Fallverteilung des ASD, an der ich regelhaft teilnehme, merke ich, wie ich in solchen Fällen sofort empfehle, Sicherungssysteme wie z.B. einen Krippenplatz für das Kind oder verbindliche und kontrollierte U-Untersuchungen einzusetzen.

zen, und ich blicke differenzierter auf das Thema „Empathie/Bindungsfähigkeit der Mütter“. Besonders Fälle mit kleinen Kindern sind aus meiner Erfahrung immer Grenzfälle und erfordern immer neu eine Einschätzung des Kindeswohls. Das Netzwerk sowie die Ressourcen der Familien rücken mehr in den Vordergrund. Dies findet heute besonders in der Ersteinschätzung der sozialpädagogischen Diagnostik statt.

Weiterhin schwierig wird es, wenn bei hoher Arbeitsbelastung laufende Fälle aus dem Blick verloren werden (müssen), regelmäßige Hilfeplangespräche nicht stattfinden, geschweige denn Protokolle geschrieben werden können. Gelernt habe ich, mich nicht darauf zu verlassen, dass mich eine Überlastungsanzeige vor Vorwürfen schützt, nicht nach den festgelegten fachlichen Weisungen gearbeitet zu haben.

### **Was ist heute anders in unserem Arbeitsbereich/Amt?**

Gute fachliche Standards sind entwickelt worden, dazu gehört auch die sozialpädagogische Diagnostik. Dies umzusetzen erfordert aber ein Arbeitsklima, das nicht von massiver Arbeitsbelastung und hoher Fluktuation geprägt ist.

Es gibt den Widerspruch: Eine Dokumentation schützt die Fachkraft, aber sie kostet Zeit, Zeit die fehlt, um sich selber vor Ort ein Bild zu machen und Zeit für Gespräche mit Familien, um einzuschätzen, welche Hilfen sinnvoll sein können.

Gut sind die Verbesserung der fachlichen Standards, Einarbeitungskonzepte für neue Kolleg/innen durch die Aus- und Fortbildung und regelhafte kollegiale Beratung nach festgelegtem Konzept. Hier wäre es aber auch wichtig, sich die Zeit zu nehmen, um über Fälle und Familien zu sprechen, die schon länger vom ASD betreut werden bzw. Hilfe nach dem SGB VIII erhalten.

In Gesprächen erfahre ich immer wieder von Kolleg/innen, dass es natürlich auch Inobhutnahmen gibt, weil Prozesse nicht ausgehalten werden. Die Angst, einen Fehler zu machen, ist groß. Die Arbeit wird häufig in Gedanken mit „nach Hause“ genommen, auch mit der Frage, „habe ich etwas übersehen, habe ich mein fachliches Handeln gut begründet und dokumentiert?“.

In Hamburg gibt es immer noch eine hohe Fluktuation beim ASD, trotz einer Höhergruppierung nach E 10. Kolleginnen scheiden aufgrund von Familienplanung aus und wollen häufig nicht zurück in den ASD. Andere Kolleg/innen glauben, mit der hohen Arbeitsbelastung und dem Wächteramt auf Dauer nicht leben zu können, und suchen Alternativen. Der ASD ist zurzeit Schonbereich, das heißt, die Stellen müssen nachbesetzt und dürfen nicht eingespart werden. Trotzdem kommt es bei den Einstellungen natürlich immer noch zu Verzögerungen.

Es wird in verschiedenen Arbeitsgruppen an dem Thema „Fallbegrenzung“ gearbeitet. Wann es aber dazu Aussagen gibt, steht noch nicht fest, ist aber für Ende 2014 geplant (laut Infobrief der Fachbehörde von August 2013). Zudem wurde eine neue Software JUS-IT für den ASD und angrenzende Bereiche eingeführt, auf die ich hier aber nicht weiter eingehen werde, zu der ich aber sagen kann, dass sie zurzeit keine Entlastung darstellt.

## **Was würde ich anderen empfehlen?**

Obwohl es im Einzelfall nicht schützt, empfehle ich allen ASD-Kolleg/innen, ihren Vorgesetzten bei Arbeitsüberlastung schriftlich die Überlastung anzuzeigen.

In der Abteilung ist Vertrauen und ein Klima zu schaffen, das es auch zulässt, Fälle unterschiedlich zu bewerten und dies offen zu thematisieren. Dazu beitragen kann eine regelhafte Abteilungssupervision. Fallarbeit, besonders in Kinderschutzfällen, bedeutet, die Gefährdung nie alleine einzuschätzen, gegebenenfalls neu abzuwägen und in Ruhe und mit Zeit zu bewerten; nicht aufgrund von Zeitmangel vorschnell Hilfen zur Erziehung zu nutzen und wenn, dann gemeinsam mit den Familien erarbeitete Ziele abzustecken, die auch Kontrollaufgaben beinhalten können.

Entscheidend ist auch eine gute und klare Leitungsstruktur. Abteilungsleitungen brauchen Zeit für die Mitarbeiter/innen und sollten in der Lage sein, Personalentwicklung zu steuern und zu unterstützen, aber auch die Kolleg/innen zu schützen. Durch die Abnahme eines Teils der Verwaltungstätigkeit, z.B. gut funktionierende Geschäftszimmer/Sekretariate, kann und sollte Entlastung geschaffen werden.

Ich halte die ASD-Arbeit für eine außergewöhnlich hochqualifizierte Arbeit und ich empfehle allen neuen Kolleg/innen, trotz schwieriger Bedingungen die Arbeit qualitativ mitzugestalten, sich die Zeit für eine gute fachliche Einschätzung zu nehmen, zu versuchen, sich von der Arbeitsbelastung nicht unter Druck setzen zu lassen und regelhaft kollegial zu beraten. Bei Unsicherheiten und bei Kinderschutzfällen sollte die Abteilungsleitung regelmäßig mit in die Verantwortung genommen werden.

Eine gute Personalstruktur ist die Grundvoraussetzung für eine gute fachliche Arbeit im ASD.

Link zum Film:

[http://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama\\_die\\_reporter/panorama238.html](http://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama_die_reporter/panorama238.html)

## Was passiert, wenn's passiert (ist)?

### Forum 4: Kinderschutzarbeit am Fall des Kindes „Kevin“ in Bremen

BERT KAUFMANN

(ehemaliger) Mitarbeiter und Amtsvormund im Jugendamt Bremen

FELIX BRANDHORST

(ehemaliger) Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ sowie Mitglied im Kronberger Kreis für dialogische Qualitätsentwicklung e.V., Berlin

**Felix Brandhorst:** Wir hörten heute bereits etwas über den Fall „Kevin“. Es wurde gesagt, dass es in diesem Fall eine Sichtweise auf den Ziehvater gegeben hätte, ihn als „liebervollen Ziehvater“ zu betrachten, und dass sich diese Fehleinschätzung durch den Fall durchgezogen hätte. Es ist an allen diesen und ähnlichen Fällen interessant, dass es durchaus passieren kann, dass jemand einen liebevollen Eindruck macht, trotzdem noch andere Eigenschaften aufweist, die den Professionellen vielleicht nicht auffallen.

Ich selbst beschäftige mich seit 2011 im Rahmen eines Stipendiums des Evangelischen Studienwerks mit dem Fall „Kevin“. Dabei führte ich u.a. Interviews mit fallbeteiligten Fachkräften, aber auch mit dem Ziehvater von Kevin. Im Zuge dessen lernte ich Herrn Kaufmann kennen, der sich auf meine Bitte hin bereiterklärt hatte, heute den Fall aus seiner Sicht vorzustellen.

Kevin wurde am 23. Januar 2004 im Klinikum Bremen Nord als Kind einer drogenabhängigen Mutter geboren und litt bald nach der Geburt selbst unter Entzugserscheinungen. Gleich nach der Geburt wurde eine Familienhebamme eingesetzt, die später aber von der Familie abgelehnt wurde. Außerdem war ein Casemanager des Amtes für Soziale Dienste am Fall beteiligt, weil die Eltern in einem Substitutionsprogramm und im Zuge der Geburt von Kevin dem Jugendamt bekannt waren. Die Eltern wurden aus der Klinik entlassen mit der Auflage, einen Entzug zu machen. Dieser Auflage kamen sie zunächst nach. Es gab immer wieder Auffälligkeiten in der Familie, so dass als erste Hilfsmaßnahme ein Familienkrisendienst installiert wurde. Dieser hatte nach eigener Aussage einige Monate gut mit der Familie zusammengearbeitet. Daraufhin wurden Frühe Hilfen eingesetzt. Trotzdem wurden immer wieder Auffälligkeiten durch Polizei und ASD registriert, Kevin wurde zweimal in Obhut genommen und war im Alter von acht Monaten mit diversen Knochenbrüchen in einer Kinderklinik. Trotzdem wurde das Kind immer wieder in die Familie zurückgegeben. Im Jahr 2005 kam es bei der Mutter zu einer Totgeburt und gegen Ende 2005 verstarb sie. Nun hatte man einen Amtsvormund für Kevin bestellt und Herr Kaufmann kam ins Spiel. Der Vater wurde in der psychiatrischen Klinik behandelt und Kevin in einem Kinderheim betreut. Danach wurde Kevin wieder zu seinem Ziehvater zurückgeführt, mit der Auflage, dass der Ziehvater mit Kevin zu seiner Mutter außerhalb von Bremen zieht. In der Zwischenzeit wurde eine Tagesmutter eingesetzt. Die Tagesmutter zeigte dem Casemanager an, dass sie Verletzungen bei Kevin festgestellt hat. Auch darauf wurde nicht sofort mit einer Herausnahme des Kindes reagiert. Erst als bekannt

wurde, dass Kevin dort nicht mehr hingebacht wurde und man den Ziehvater weder telefonisch noch durch Hausbesuche erreichen konnte, wurde vom Jugendamt das Familiengericht angerufen und die Herausnahme von Kevin per Gerichtsbeschluss erwirkt. In der Wohnung konnte jedoch nur noch Kevins Leiche im Kühlschrank aufgefunden werden.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Zeit während des Falles und nach dem Fall.

## 1. Womit wurden Sie konfrontiert?

**Bert Kaufmann:** Im November 2005 bekam ich einen Beschluss vom Familiengericht, das mich als Vormund von Kevin einsetzte. Es war etwa das 235. Kind, das ich als Vormund bekam.

Von dem vor Ort zuständigen Sozialarbeiter erfuhr ich, dass der Ziehvater mit Kevin bald wegziehen würde und er schon mit dem dann zuständigen Jugendamt in Kassel gesprochen hätte. Ich würde also nicht lange Vormund für Kevin bleiben. Der Sozialarbeiter berichtete außerdem, dass Kevins Mutter verstorben war. Im Beschluss stand, dass der Vater des Kindes psychisch gestört ist und vorübergehend in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurde. Daher habe ich zunächst darauf gewartet, dass ich eine Anfrage vom Kasseler Jugendamt nach den Akten bekomme.

Der Vater war nach wenigen Tagen aus der Psychiatrie entlassen worden und war zu seiner Mutter nach Grünenplan gefahren, die mit ihm gemeinsam das Kind dort erziehen sollte. Zunächst habe ich nichts mehr davon gehört. Ende Dezember tauchte der Vater wieder auf und gab bekannt, dass das mit seiner Mutter nicht funktionieren würde, da sie mit dem pflegebedürftigen Vater zu viel zu tun hätte. Als ich mit ihm im Jugendamt sprach, hatte er eine frische Windel und etwas zu essen und zu trinken für Kevin dabei. Er sprach liebevoll mit dem Kind. Außerdem hatte der zuständige Sozialarbeiter berichtet, dass die Wohnung einen sehr gepflegten Eindruck machen würde. Der zuständige substituierende Arzt hatte mir gesagt, dass es keinerlei Beigebrauch gäbe. Also ging ich davon aus, dass der Vater es mit der Substitution ernst meinte. Er war immerhin die einzige Bezugsperson für das Kind.

Ich lud den Vater zum Gespräch ins Amt ein, an dem der substituierende Arzt und eine Abteilungsleiterin des Jugendamtes – die Vorgesetzte des zuständigen Sozialarbeiters – teilnahmen. Ich merkte, dass der Vater an dem Kind klammerte. Das Kind war retardiert und ich wollte, dass das Kind noch andere Einflüsse als nur die des Vaters bekommt. Daher schlug ich vor, das Kind in eine Tagespflegestelle zu geben. Dem Vater schlug ich vor zu versuchen, sich Beratung in Bezug auf Trauerarbeit zu holen, entweder bei der Kirche oder einer anderen Institution, denn er machte den Eindruck, dass er sehr um seine tote Freundin trauerte.

Die Beschlüsse wurden in einem Protokoll festgehalten. Der zuständige Sozialarbeiter berichtete mir nach einiger Zeit, dass eine Pflege gefunden sei. Zwischenzeitlich sollte das Kind im Gesundheitsamt vorgestellt werden, der Vater hatte die Termine jedoch nicht wahrgenommen. Der Sozialarbeiter war aber vor Ort.

Als Tagespflegemutter wurde eine syrische Frau ausgesucht, mit der der Vater überhaupt nicht zurechtkam. Ich selbst habe die Pflegemutter nie persönlich kennen gelernt, sondern bekam die Berichte vom Sozialarbeiter und habe die Situation als nicht so schlimm eingeschätzt. Die Frau hatte einmal geschildert, dass Kevin einen blauen Fleck am Fuß habe. Das beunruhigte mich nicht, denn auch unser Sohn hatte schon mal einen blauen Fleck, der nicht von Misshandlungen herrührte. Kevin ist danach nicht mehr in die Pflegestelle gebracht worden. Sein Vater fuhr immer wieder zu seiner Mutter und gab an, dass sein Vater gestorben sei und er nun doch wieder mit Kevin zu seiner Mutter ziehen wolle. Ein Anruf durch die zuständige Abteilungsleiterin bei den Eltern ergab, dass der Vater noch lebte. Es wurde klar, dass wir von Kevins Vater ständig belogen worden waren. Die Mutter erzählte nämlich, dass sie ihren Sohn zu Weihnachten des letzten Jahres gesehen hätte und er dort eine Schlägerei mit seinem Bruder gehabt hätte. Seitdem wäre er überhaupt nicht mehr bei ihr gewesen.

Das war der Auslöser für mich, beim Familiengericht zu beantragen, die Herausnahme des Kindes zu beschließen. Die Richterin hielt es nicht für gut, das Kind mit Polizeigewalt aus der Wohnung zu holen. Sie hätte noch den Antrag des Vaters auf elterliche Sorge auf dem Tisch und sie würde eine Verhandlung ansetzen. Dort könnte ich direkt vom Gericht das Kind übernehmen. Diesem Vorschlag stimmte ich zu. Da ich zu dieser Zeit aber im Urlaub sein würde, bat ich zwei Kollegen, mich vor Gericht zu vertreten. Der Vater jedoch erschien nicht zum Gerichtstermin. Die Richterin setzte einen neuen Termin an und der Vater erschien wiederum nicht. Ich kam aus dem Urlaub zurück und das Kind war noch immer bei seinem Vater. Daraufhin ließ ich mir einen Beschluss ausfertigen und ging damit zum stellvertretenden Wachleiter des Ortsteils, in dem der Vater mit Kevin wohnte, und forderte zwei Polizisten für den nächsten Morgen an. Nach einer kurzen Prüfung in seinem Computer war der Wachleiter der Meinung, dass zwei Beamte nicht ausreichen würden, denn in der Akte des Vaters standen eine Menge an Vorstrafen und Delikte wie z.B. Waffenbesitz. Also wurde ein Sondereinsatzkommando bestellt. Am 6. Oktober 2006 um 6:30 Uhr sollte die Herausnahme von Kevin vonstattengehen. Ich wurde von einer Praktikantin begleitet, die an diesem Tag ihren vierten Arbeitstag absolvierte. Wir warteten eine halbe Stunde darauf, dass das SEK das Kind herausbringt. Die Leiterin des SEK teilte uns mit, dass das Kind tot im Kühlschrank liegen würde. Das war ein großer Schock. Das hatte ich auf keinen Fall erwartet.

Wir fahren zurück ins Amt. Zwei Stunden später kam ein Anruf von der senatorischen Dienststelle in Bremen, ich sollte zur Vorbereitung der Pressekonferenz der Senatorin kommen. Dort hörte ich zum ersten Mal meinen Namen und den des zuständigen Kollegen vor Ort bei einer Sozialdirektorin als „die Schuldigen“. Das traf mich natürlich tief. Ich arbeitete seit 1974 in der Stadt Bremen, 15 Jahre als Bezirkssozialarbeiter, danach als Amtsvormund. Mir ist in der ganzen Zeit nicht ein Fall misslungen, ich hatte nie wegen Krankheit gefehlt ... Diese Anschuldigung hat mich völlig aus der Fassung geraten lassen. Ich stand plötzlich überall als jemand da, der ein Kind fahrlässig getötet hatte! Wenn man sich auf sein Schild geschrieben hatte, immer für Kinder da zu sein, kann man so etwas Schlimmes nicht beschreiben! Die Presse stieg voll darauf ein. Es gab lediglich einige wenige sachliche Kommentare, wie zum Beispiel in der Weserzeitung: „Alle reden davon, dass er das Kind vernachlässigt hat. Niemand fragt danach, wie vielen Kindern er geholfen hat.“

Von der gesamten Amtsleitung, von der mittleren Führungsebene, habe ich niemanden gesehen. Meine Frau sah mich schon im Gefängnis sitzen. Ich hatte den bei mir im Hause sitzenden Dienststellenleiter gebeten, mal vorbeizukommen und uns aufzuklären. Er ist tatsächlich bei uns erschienen und konnte meine Frau beruhigen. Sie hatte sehr große Angst um mich. So eine Situation ist unvorstellbar.

Im Jahr 2010 begann der Prozess. Es standen noch 73 Zeugen auf dem Plan. In jeder Verhandlung wurden zwei bis drei Zeugen angehört und eine Verhandlung kostete mich 1.080 Euro. Ich hatte etwa schon 25.000 Euro ausgegeben, weil ich zwei Rechtsanwälte genommen hatte. Die Landesgerichtsrichterin schlug vor, mich für 5.000 Euro Geldbuße zu entlassen. Meine Anwälte hatten mir zwar angekündigt, dass die Verhandlung zu einem Freispruch führen würde, aber ich hätte die 73 Zeugen finanziell nicht überlebt. Daher zog ich die vorgeschlagene Variante vor. Ob Sie es nun glauben oder nicht: Meine Kolleginnen und Kollegen haben über drei Jahre nach meiner Pensionierung 7.000 Euro für mich gesammelt. 5.000 Euro waren für die Geldbuße und 2.000 Euro wurden für den Kinderschutz gespendet. Es hat mich sehr bestärkt, dass sowohl die Familie als auch meine Kolleginnen und Kollegen zu mir gehalten haben. Sonst wäre ich an dieser Geschichte untergegangen. Denn so etwas geht in jede Zelle des Körpers. Dass ich hier sitzen und relativ frei darüber sprechen kann, liegt auch daran, dass ich inzwischen ein wenig Abstand gewonnen habe, obwohl es mir nach wie vor um das Kind bitter leid tut.

Der zuständige Casemanager hatte sich ebenfalls einen Anwalt genommen und musste aufgrund eines medizinischen Gutachtens nicht vor Gericht erscheinen. Dadurch stand ich als einziger vor Gericht und völlig allein da.

**Felix Brandhorst:** Womit wurden Sie in Ihrem Amt, in Ihrer Arbeitsumgebung konfrontiert? Unter welchen strukturellen Bedingungen haben Sie damals gearbeitet und wie waren Sie ausgestattet? Wie haben Sie grundsätzlich in Fällen gearbeitet?

In Bremen gab es seit den 1980er-Jahren einen Einstellungsstopp in den Sozialen Diensten. Sowohl von der Amtsvormundschaft als auch vom ASD wurden damals mehrfach Überlastungsanzeigen an die Amtsleitung gegeben. Wie oft haben Sie Ihre Mündel unter dieser Arbeitsbelastung sehen können?

**Bert Kaufmann:** Wir waren 2,75 Vormundstellen für etwa 630 Kinder. Der Kollege mit der 0,75-Stelle bekam noch eine viertel Stelle in der Adoption. Das war eigentlich rechtswidrig, wurde aber auch nach einem entsprechenden Hinweis an die Leitung nicht geändert.

Ich kannte nicht alle Mündel. Diese waren verteilt auf sechs Bundesländer: Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Hamburg. Darunter gab es Jugendliche, die straffällig wurden. Das heißt, ich musste einmal zu einem Gerichtstermin nach Flensburg, am nächsten Tag in eine Stadt in Nordrhein-Westfalen. Wir hatten damals zu Beginn noch drei Schreibkräfte, so dass ich zwischendurch den Bericht schnell diktieren konnte. Diese Schreibkräfte wurden irgendwann eingespart und ich musste alles selbst schreiben. Maschineschreiben hatte ich nicht gelernt. Mit einem auffälligen Jugendlichen, der kleine Mädchen vergewaltigt hatte, bin ich drei Tage lang durch die Bundesrepublik gefahren, u. a. nach Mainz. Es gibt repub-

likweit nur drei Stellen, wo man solche Jugendlichen unterbringen kann. Die musste ich alle abfahren. Als ich zurückkam, hatte ich 180 E-Mails auf meinem Computer, die ich alle durchgehen musste.

Der Stellvertreter der Senatorin hatte nach dem Fall der Presse mitgeteilt, dass „Herr Kaufmann von seinem Arbeitsplatz entfernt wird“. Das wäre aber überhaupt nicht möglich gewesen: 1,75 Stellen für 630 Kinder! Ich habe noch weitergearbeitet, bis ich im Jahr 2007 in Pension gegangen bin. Dieser Stellvertreter hatte zudem ein Gutachten erstellen lassen. Als ich den so genannten Mäurer-Bericht las, standen mir die Haare zu Berge. Dort fanden sich ungefähr 20 Gründe dafür, das Kind den Eltern wegzunehmen. Das hatte man mir bis dahin verheimlicht. Der Leiter des Heimes, das Kevin betreut hatte, während der Vater in der Psychiatrie war, hatte mit dem Amt gehadert, dass das Kind zum Vater zurück soll. Solche Dinge habe ich erst hinterher erfahren.

## 2. Wie sind Sie mit dem Geschehen umgegangen?

**Felix Brandhorst:** Diese Frage würde ich auf drei Ebenen diskutieren:

1. Wie sind Sie ganz konkret mit dem Fall umgegangen? Wie haben Sie das eingeschätzt und wie sind Sie zu den Entscheidungen gekommen?
2. Wie sind Sie mit der prekären Arbeitssituation umgegangen – grundsätzlich und im konkreten Fallgeschehen?
3. Wie sind Sie nachher mit den öffentlichen Anschuldigungen, die gegen Sie gerichtet wurden, umgegangen?

**Bert Kaufmann:** Ich hatte bereits gesagt, dass der Fall zunächst für mich nicht schwierig war. Ich ging davon aus, dass ich nur ein paar Tage Vormund für Kevin sein würde und danach die Akten weitergeben könnte. Auch als ich den Vater kennen gelernt hatte, sah ich noch keinen schwierigen Fall. Ich konnte mir vorstellen, wenn meine Frau gestorben wäre und ich stünde allein mit meinem Kind, säße ich vielleicht auch für ein paar Tage in der Psychiatrie. Ich konnte mich in ihn hineinversetzen. Mit dem Wissen vom zuständigen Sozialarbeiter, dass man zu Hause „vom Fußboden essen“ könne und dass der Vater sich große Mühe mit seinem Kind geben würde, und von dem substituierenden Arzt, dass der Vater keinerlei Beigebrauch hat, bin ich davon ausgegangen, dass das Kind dort leben kann. Als ich den Vater näher kennen gelernt hatte, dachte ich, dass dieser eher etwas für sich in Form von Trauerarbeit tun müsse, da er so an dem Kind geklammert hatte, und dass das Kind mit anderen Kindern zusammenkommen müsste. Und bei einem knapp Zweijährigen wäre eine Tagespflegestelle die beste Lösung.

Erschwerend war in dem Fall, dass der Sozialarbeiter und ich nicht in einem Haus saßen, sondern in unterschiedlichen Stadtteilen, und dass mir sowohl von ihm als auch von seiner Vorgesetzten alles verheimlicht wurde, was gefährlich werden könnte. Ein Beispiel: Im Mäurer-Bericht habe ich gelesen, dass die Mutter einmal betrunken im Hausflur gelegen hatte und das Kind neben ihr schreiend auf dem Boden. Ein anderes Mal war die Mutter betrunken auf der Straße und warf mehrmals ihr Kind hoch und fing es wieder auf, so dass Passanten die Polizei gerufen hatten. An dieser Stelle hätte ich das Kind sofort herausgeholt. Ich lese weiterhin im Gutachten, dass das Kind insgesamt 26 Knochenbrüche hatte und nichts veranlasst wurde. Da frage ich mich, wie das angehen konnte. Ich

selbst habe Kinder untergebracht, wenn der Klinikleiter mir mitteilte, dass die Verletzungen nicht beim Toben entstanden sind, sondern garantiert von Misshandlungen stammen. In solchen Fällen veranlasste ich eine Anzeige und bat den Arzt, vor Gericht auszusagen, da ich allein das nicht beweisen könnte. Dann wurde das Kind herausgenommen. Das ist keine Frage. Von diesen Dingen habe ich nichts gewusst. Ich hatte auch keine Zeit, mir durch Hausbesuche selbst ein Bild zu machen. Dafür habe ich in jedem Bezirks Sozialarbeiter sitzen. Wenn ich von ihnen oder von freien Trägern höre, dass alles in Ordnung ist, warum sollte ich noch einmal selbst hinfahren und kontrollieren?

**Felix Brandhorst:** In diesem Fall gab es verschiedene Fachkräfte, die die Erziehungsfähigkeit des Vaters und der Familie positiv eingeschätzt haben. Es gab nicht nur diesen einen Casemanager, der damit befasst war. Daher führt die Diskussion darüber, wer wem was nicht gesagt hat, uns jetzt nicht weiter. Fest steht die Tatsache, dass es große Brüche in der Kommunikation und unterschiedliche Einschätzungen gab, die nicht zusammengeführt wurden. Das begegnet auch anderen Fachkräften in anderen Fällen.

**Bert Kaufmann:** Zur Struktur ist anzumerken: In Bremen gibt es das Amt für Soziale Dienste, dem wir beide, der Casemanager und ich, in unterschiedlichen Abteilungen angehörten. Die Amtsvormundschaft war zentral angesiedelt – mit den 2,75 Stellen für ganz Bremen – und der ASD war in sechs Bezirken tätig. Ich war in meiner Arbeit völlig auf die vor Ort arbeitenden Sozialarbeiter angewiesen.

Die Zahlen der Unterbringungen sind in Bremen relativ hoch. Man hatte auch die in den Bezirken tätigen Sozialarbeiter abgeschafft und dafür die „Casemanager“ erfunden, von denen erwartet wurde, dass diese mehr im Amt sitzen und weniger zu den Familien gehen.

Ich war im Amt dafür bekannt, dass ich nicht lange fackeln würde, wenn irgendwo ein Kind leiden muss. Daher bestand wahrscheinlich die Sorge, dass ich, wenn ich von den eben beschriebenen Vorfällen hören würde, sofort das Kind herausnehmen und unterbringen würde, was hohe Kosten verursachen würde.

**Felix Brandhorst:** Offensichtlich gab es in Bremen ein Mainstream, unbedingt die Kosten zu senken. Die Unterbringung eines Kindes wurde grundsätzlich viel stärker unter Kostenaspekten gesehen als heute. Insofern gibt es einen Zusammenhang mit der politischen Steuerung.

Wie sind Sie denn mit der strukturellen Situation umgegangen? Wie haben Sie damit arbeiten können?

**Bert Kaufmann:** Es sind ja nicht alle 235 Fälle in Bewegung. Ein Teil der Kinder lebt in Institutionen, manche schon seit Jahren, ein Teil der Kinder in Pflegefamilien. Mit denen hat man manchmal Kontakt, weil vielleicht irgendwelche Unterschriften gebraucht werden o.Ä. Der überwiegende Teil der großen Anzahl von Kindern ist fest und gut untergebracht. Die Sozialarbeiter führen regelmäßige Besuche durch und schreiben die Berichte, in denen sie mir mitteilen, dass alles gut läuft. Dadurch ist man überhaupt in der Lage, für 230-240 Kinder zuständig zu sein. Daneben gibt es einige Kinder, die mehr Aufmerksamkeit erfordern. Das betrifft die bereits erwähnten Gerichtsverfahren, bevorstehende Wech-

sel, Übergänge oder irgendwelche Wünsche. Diese Kinder muss ich selbst aufsuchen und kann niemanden hinschicken.

### 3. Welche Unterstützung und Hilfe haben Sie erfahren?

**Felix Brandhorst:** Auch diese Frage möchte ich aufteilen auf den direkten Fall – vielleicht gab es doch auch hilfreiche Kooperationen – und auf die Zeit danach, als aus dem Fall „Kevin“ sozusagen Ihr eigener Fall wurde.

**Bert Kaufmann:** Die Unterstützung in der Familie und von den Kolleginnen und Kollegen war groß genug, dass ich das ganze Geschehen überhaupt überstehen konnte. Es wird mir nicht gelingen, Ihnen anschaulich zu beschreiben, wie es mir ging.

Viel Mut haben mir auch hinterher die beiden Anwälte gemacht. Zu Beginn hatten sie mir einiges zugemutet, sie hatten mir geraten, in der Regionalsendung „buten und binnen“ ein Interview zu geben. Ich sollte offen mit dem Fall umgehen, bevor es ins Gericht geht. Ich sollte auf ihren Rat hin um ein faires Verfahren bitten. Das habe ich auch getan und bekam von vielen Seiten ein positives Echo. Während der gesamten Verhandlung habe ich noch zweimal mit den Reportern gesprochen.

Ein schlimmes Erlebnis war das Ausgeliefertsein gegenüber den Medien vor und nach der parlamentarischen Anhörung. Ich betrat den Saal und hatte plötzlich unzählige Reporter vor mir. Es blitzte so, dass ich gar nichts mehr sehen konnte. Auch eine dreiviertel Stunde nach der Anhörung, nachdem ich in einem Café mit meinem Anwalt gesprochen hatte, wartete draußen noch ein Team von RTL auf uns. Mein Anwalt hat mir sehr viel Mut zugesprochen.

Die parlamentarische Anhörung selbst war sehr fair. Es kamen Fragen nach meiner Arbeit und detailliert danach, wie ich meine Arbeit überhaupt schaffen konnte. Meine beiden Kollegen saßen ebenfalls dabei und in der Presse wurde berichtet, dass diese zu meinen Aussagen heftig genickt hätten. Die Fragen waren überwiegend fair.

**Felix Brandhorst:** Haben Sie denn irgendeine Unterstützung in der Fallarbeit erfahren?

**Bert Kaufmann:** Meine Kollegin und mein Kollege standen auf meiner Seite. Der Leiter des Hauses, in dem wir unseren Sitz hatten, stand mir ebenfalls bei. Aber das waren Einzelne, im Allgemeinen stand ich allein da.

### 4. Was hat gefehlt?

**Felix Brandhorst:** Wir sehen, dass die Frage nach Unterstützung im Fall Kevin wenig Raum einnimmt. Vielleicht ist die Frage danach, was gefehlt hat, umfangreicher zu beantworten.

**Bert Kaufmann:** Mir persönlich fehlt bis heute, dass die damalige Amtsleitung sich gestellt hätte. Das hätte mir geholfen. Sie hätten sich dahingehend äußern müssen, dass die Amtsvormünder Überlastanzeigen geschrieben und beizeiten gemeldet haben, dass es so

nicht weitergehen kann. Ich habe von der Amtsleitung überhaupt nichts gesehen. Es war niemand zu sprechen.

In der Zeit bis zu meiner Pensionierung im Dezember 2007 hatte sich auch nichts an der Personalausstattung in der Amtsvormundschaft verbessert.

Wie ich bereits sagte, fehlte mir das Wissen, das ich erst durch das Mäurer-Gutachten erhielt. Mit diesem Wissen wäre ich völlig anders an den Fall herangegangen. Die Beispiele für die Informationen, die mir vorenthalten wurden, habe ich bereits genannt. Fehlende Kommunikation war ein entscheidender Faktor für das Scheitern.

**Felix Brandhorst:** Welche Informationen hatten Sie über die Vorgeschichte der Familie, nicht nur von Kevin, sondern auch von den Eltern?

**Bert Kaufmann:** Ich wusste nichts außer der Tatsache, dass die Eltern substituiert waren und von den Drogen weg wollten.

**Felix Brandhorst:** Beide Eltern haben vor Kevins Geburt jeweils 13 Jahre in Haft gesessen. Der Vater war mehrfach wegen Körperverletzung und anderer Delikte, die man unter Beschaffungskriminalität zusammenfassen könnte, verurteilt worden. Wann haben Sie diese Informationen erhalten?

**Bert Kaufmann:** Ebenfalls erst nach dem Tod des Kindes durch das Gutachten.

## 5. Was hat sich im Amt geändert?

**Felix Brandhorst:** Es gibt inzwischen eine Begrenzung der Fallzahlen für Amtsvormünder, auch als Folge des Falls „Kevin“ – so wie viele Reformen im Kinderschutz eine Folge dieses Falles sind. Es sollten nicht mehr als 50 Kinder sein, Herr Kaufmann hatte 235 Kinder in seiner Vormundschaft.

**Bert Kaufmann:** Diese Zahl in Bremen ist jetzt auch völlig anders. In der Amtsvormundschaft in Bremen gibt es inzwischen 9,5 Stellen, aber eine hohe Fluktuation. Diese Angst, die sich nach dem Fall „Kevin“ aufgetan hat, geht immer noch mit und diese Angst gibt es auch im Allgemeinen Sozialdienst. Meine Kollegin, mit der ich über die Jahre zusammengearbeitet hatte, hat zuletzt den Dienst geleitet.

Nach dem Fall „Kevin“ sind wir Amtsvormünder in alle Bezirkssozialzentren zu den Dienstbesprechungen gegangen und haben darum gebeten, einen Weg zu finden, wie sie uns einbinden können, und zwar, bevor der Beschluss zu einer Vormundschaft gefasst wird. Damit hat sich die Zusammenarbeit etwas verbessert.

## 6. Was haben Sie aus dem Fall gelernt?

Zunächst möchte ich als positive Erkenntnis nennen, wie sehr meine Familie und meine direkten Kolleginnen und Kollegen zu mir gehalten haben, und als negative Erkenntnis, wie übel Presse sein kann.

Wenn ich heute noch in der Amtsvormundschaft tätig wäre, würde ich nicht wieder mit über 200 Kindern arbeiten, denn das führt dazu, dass man bei den meisten Kindern nicht tief genug geht und eher oberflächlich herangeht, weil es gar nicht anders möglich ist.

Ich wünsche mir, dass die Kolleg/innen, die heute in der Amtsvormundschaft tätig sind, wirklich unter besseren Bedingungen arbeiten und dass sie gut zusammenarbeiten.

## 7. Was würden Sie anderen Fachkräften empfehlen?

**Felix Brandhorst:** Sie sagten, Sie würden heute nicht mehr unter solchen strukturellen Bedingungen arbeiten. Was würden Sie denn empfehlen? Was kann man mehr tun, als Überlastungsanzeigen zu schreiben oder den Dienst zu quittieren?

**Bert Kaufmann:** Ich hätte vielleicht den Dienst quittieren und woanders hingehen sollen. Allerdings hätten mir die Kontakte in meinem Bezirk gefehlt, zum Pfarrer, zur Gemeindegemeinschaft, zum Arzt, Schuldirektor, zu den Lehrern usw. Diese Kontakte sind in der Sozialen Arbeit sehr viel wert.

Überlastungsanzeigen sind unbedingt notwendig, wenn man unter Bedingungen arbeitet, dass es an die eigene Gesundheit geht und man merkt, dass man bestimmten Aufgaben nicht mehr nachkommen kann.

Es ist gut, wenn man Kolleginnen und Kollegen hat, die Verständnis für den anderen aufbringen, die die Arbeit der anderen kennen und auch beurteilen können und somit den anderen Kollegen ohne Vorverurteilung zur Seite stehen können, wenn es schwierig wird.

## Was passiert, wenn's passiert (ist)?

### Forum 5: Kinderschutzarbeit am Fall des Kindes „Zoe“ in Berlin-Pankow

JUDITH PFENNIG

Jugendamtsdirektorin, Stadtbezirk Pankow von Berlin

SIMONE MATTHE

Kinderschutzkoordinatorin, Jugendamt, Bezirksamt Pankow von Berlin

**Judith Pfennig:** Das Jugendamt Pankow ist das größte Jugendamt in Berlin. Wir sind im Nordosten Berlins angesiedelt. In Pankow leben 375.000 Einwohner, es gibt 310 Kindertagesstätten, in denen 95 Prozent aller in Pankow lebenden Kinder im entsprechenden Alter betreut werden. Bei den Hilfen zur Erziehung haben wir etwa 2.100 Fälle pro Jahr. Diese Zahl ist seit den letzten zwei Jahren stabil, trotz zunehmender Bevölkerung. Gegenwärtig haben wir einen jährlichen Bevölkerungszuwachs von 4.500 durch Geburten oder durch Zuzug von Kindern im ersten Lebensjahr. Ich leite das Jugendamt seit 2007 und bereits während meiner Tätigkeit als Jugendhilfeplanerin begegnete mir der Satz, der vorhin bereits fiel, vor allem im Zusammenhang mit Haushaltsdiskussionen: „Wir stehen immer mit einem Fuß im Gefängnis!“ Auf meine Nachfrage hin musste man jedoch zugeben, dass niemand eine Kollegin oder einen Kollegen kannte, die/der bereits im Gefängnis sitzt. Dadurch entspannte sich die Situation ein wenig und der Satz wird in meiner Gegenwart jedenfalls nicht mehr ausgesprochen. Das Risiko ist nicht verschwunden, aber es ist durchaus überschaubar.

Wir möchten Ihnen den Fall „Zoe“ vorstellen, der große Aufmerksamkeit in den Medien erfuhr. Mit diesem Fall wurden wir konfrontiert, als gleichzeitig der Fall „Chantal“ in Hamburg eine Rolle spielte. Wir kamen ein wenig später. Das spielte eine Rolle in Bezug auf die Medienöffentlichkeit und den Umgang mit uns. Wir kennen auch andere Kinderschutzfälle, die ebenso tragisch sind, aber keine Medienaufmerksamkeit erhalten. In einem Fall eines toten Babys war uns im Amt die Familie nicht bekannt, aber, wie sich später herausstellte, war sie den Streetworkern, demnach doch der Jugendhilfe bekannt. Jugendhilfe ist eben nicht nur HzE und Kinderschutz.

Unser Jugendamt unterscheidet sich von dem Trend des Personalzuwachses. Uns wurde trotz steigender Kinderzahl kein zusätzliches Personal zur Verfügung gestellt. Das trifft – soviel ich weiß – für alle Berliner Jugendämter zu. Im Bezirk Marzahn-Hellersdorf musste ein Regionaler Sozialer Dienst schließen, weil dort ein so großes Personalproblem vorherrscht, dass die Kinderschutzarbeit überhaupt nicht aufrechterhalten werden kann. Das bedrückt uns alle in Berlin und legt sich im Moment wie Mehltau über die fachlichen Diskussionen. Für die dort tätigen Sozialarbeiter stellt sich die Gewährleistung und das Haftungsrisiko noch ganz anders dar als bei uns.

## Der Fall „Zoe“

Am 31.1.2012 verstarb das Mädchen Zoe im Alter von drei Jahren. Wir wurden darüber durch die Polizei informiert. In der „Berliner Morgenpost“ erschien einen Tag später folgender Artikel:

„In Berlin-Weißensee ist ein knapp drei Jahre altes Mädchen an seinem Erbrosenen gestorben. Trotz Erkrankung wurde die Kleine offenbar allein gelassen. Die Familie war dem Jugendamt bekannt. Das Kind wurde aber nicht als gefährdet eingestuft. ...

Offenbar hatte es bereits vor Monaten erste Hinweise an das Jugendamt aus dem Umfeld der Familie auf eine mögliche Überforderung der Eltern gegeben. (...) Nahezu täglich sei ein Mitarbeiter des Jugendamtes vor Ort gewesen und habe im Haushalt und bei der Erziehung geholfen, beim Kochen und auch bei Behördengängen. ‚Die Familie hat die Hilfe angenommen und gut kooperiert‘, sagt die Stadträtin.

Völlig unklar ist derzeit, warum die Jugendbehörde das knapp dreijährige Mädchen als nicht gefährdet eingestuft hat.“ (Berliner Morgenpost, 1.2.2012)

Etwa eineinhalb Jahre später wurde in der „Berliner Zeitung“ berichtet:

„Die Staatsanwaltschaft wirft dem Lebensgefährten der Mutter vor, ... das Mädchen so heftig misshandelt zu haben, dass der Darm des Kindes gegen die Wirbelsäule gedrückt und eingeklemmt wurde und kurz darauf riss. Drei Tage litt das Kind unter höllischen Schmerzen. Am 31. Januar starb es.(...)“

Nach außen lebte das Paar harmonisch. Die Leute im Haus sprachen von einer intakten Familie. (...)

Melanie S. wird vor Gericht erklären müssen, warum sie die Misshandlungen zuließ. Wurden Mutter und Freund auf die Hämatome angesprochen, im Haus oder in der Kita, behaupteten sie stets die Flecke seien harmlos (...) Familienhelfer glaubten ihnen.“ (Berliner Zeitung, 18.8.2013)

Wir selbst haben die Information über den Stand der Ermittlungen nicht vom Staatsanwalt bekommen, aber die Zeitung bekam sie.

## Die Familie von Zoe

### Was fanden wir Ende September 2011 vor?

**Simone Matthe:** Die Familie von Zoe kannte ich im Zuge meiner damaligen Tätigkeit als Gruppenleiterin im Sozialpädagogischen Dienst der Region, in der die Familie lebte. Ende September 2011 hatten wir den ersten Kontakt zu dieser Familie. Ein Helfer aus dem SGB XII-Bereich, der mit dem Lebenspartner der Kindesmutter arbeitete, offenbarte uns, dass bei dem Mann eine alleinerziehende Mutter mit kleinen Kindern lebt und dass in dieser Familie einige dringende Probleme zu klären seien. Diese Situation könne seiner Meinung nach so nicht aufrechterhalten bleiben.

Wir suchten die Familie auf und trafen auf eine alleinerziehende Mutter mit drei kleinen Kindern, die eigentlich „abhängig“ von staatlichen Hilfeleistungen war, ohne diese in den

letzten Monaten in Anspruch zu nehmen. Sie verfügte nach einer Räumung nicht über eigenen Wohnraum, sondern wohnte bereits über einen längeren Zeitraum inoffiziell sehr beengt mit ihren Kindern bei ihrem neuen Lebenspartner. Persönliche Sachen sind durch das „Abtauchen“ und die Räumung der bisherigen Wohnung abhandengekommen. Es gab keine Papiere oder Unterlagen.

Nach diesem Kontakt hatte man eine kurzzeitige Verbesserung der Situation durch die neue Partnerschaft vermutet. Die Wohnung war aufgeräumt und es gab Spielzeug für die Kinder, so dass eingeschätzt wurde, dass die Familie zunächst dort verbleiben kann. Beim Kennenlernen hatten wir den Eindruck, dass die Mutter erneut schwanger ist, was sie uns aber noch nicht mitteilte.

### Vier Monate Hilfeverlauf in Weißensee

Der Zeitstrahl der Hilfen beginnt im September 2011 und endet im Januar 2012, d.h., es geht um einen Zeitraum von vier Monaten, soweit es unser Jugendamt betrifft (**Abbildung 1**).

Drei Berliner Jugendämter waren mit der Familie innerhalb von drei/vier Jahren befasst, da die Familie häufig umzog, zuletzt illegal in Weißensee wohnte, bis der Wohnort legalisiert wurde. Der Zuständigkeitswechsel ist bekanntermaßen ein eigenes Problem.

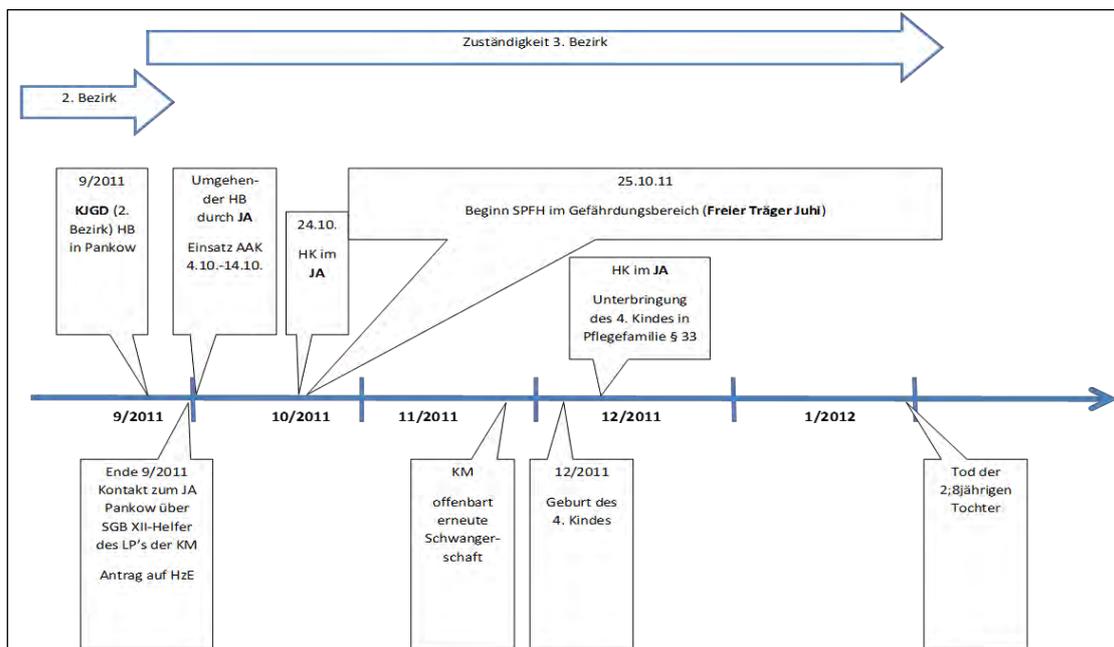


Abbildung 1

© Jugendamt Pankow

Es wurde eingeschätzt, dass hier der Gefährdungsbereich vorliegt. Es wurde sofort eine aufsuchende ambulante Krisenintervention eingesetzt, die uns die Möglichkeit verschafft, innerhalb von wenigen Stunden ambulant aufsuchend tätig zu werden und mit der Fami-

lie erst einmal zu sortieren, erste Wege einzuleiten und zu klären, was weiterhin notwendig ist.

Im Rahmen der Hilfekonferenz, die nach Abschluss der Krisenintervention durchgeführt wurde, hat die Kindesmutter sehr deutlich zum Ausdruck gebracht, dass sie Hilfe braucht und annimmt. Es wurde eine wöchentliche SPFH durch einen freien Träger im großen Stundenumfang veranlasst. Diese Hilfe lief immer noch im Gefährdungsbereich, da allein die Kooperationsbereitschaft für uns nicht ausreichend war, um diesen Status zu ändern. Wir hatten uns die Frage gestellt, was passieren würde, wenn die Mutter die Kooperation wieder abbrechen würde.

Kurz danach teilte uns die Mutter mit, dass sie schwanger ist, was sie vorher stets gezeugnet hatte. Durch die erneute Schwangerschaft verschärfte sich die Situation in der Familie. Die Klärung des weiteren Vorgehens gestaltete sich recht schwierig. Es gab eine Entscheidung zur Unterbringung des neu geborenen Kindes in einer Pflegefamilie. Das führte offensichtlich zu einer Zuspitzung der Krise. Am 1. Februar 2012 erfuhren wir, dass das fast drei Jahre alte Kind verstorben war.

Die Herkunftsfamiliengeschichten der Mutter, ihres neuen Partners, die Paargeschichten mit den Vätern der drei älteren Kinder, alle diese Informationen, die in der Arbeit mit Familien und der Einordnung von Geschehnissen hilfreich sind, blieben im Dunkeln.

In der Rückschau gehen wir davon aus, dass es möglicherweise um eine emotionale Beziehungsstörung zwischen Mutter, neuem Partner und den Kindern ging, d.h., die eigene Bedürftigkeit und die der Kinder kann nicht ausreichend wahrgenommen werden.

Ein weiterer Umstand, der zur Verschlechterung der Situation beitrug, war, dass von März 2011 bis Januar 2012 kein Kitaplatz mehr zur Verfügung stand, trotz großer Bemühungen seitens der eingesetzten Helfer. Ab Februar wäre wohl wieder einer vorhanden gewesen. Im vorher zuständigen Bezirk gab es einen Kitaplatz, der aber schon seit März nicht mehr genutzt worden war, so dass der Träger ihn zum August gekündigt hatte.

## **Wirkungen**

**Judith Pfennig:** Die Wirkungen und Auswirkungen dieses Todesfalls erstreckten sich auf die Bereiche:

- Zuständiger Regionaler Sozialer Dienst (RSD),
- Mitarbeiter anderer Regionen,
- im Jugendamt insgesamt,
- auf Leistungserbringer,
- Ministerium und Politik.

Allen gemeinsam ist Hilflosigkeit, Mitleid und Wut, die so ein Fall zunächst auslöst.

Als ich von dem Tod des Kindes erfuhr, sagte ich sofort alle Termine ab, um zunächst zu klären, was wirklich passiert ist. Man weiß erst einmal nicht, wohin mit Mitleid und Wut. Wem gilt mein Mitleid eigentlich? Dem Kind – natürlich, aber auch den Mitarbeitern. Eines war dominant: Wir haben schon sehr viel über Kinderschutz, über den Umgang mit Kinderschutz und Nicht-Vermeidbarkeit von Risiken gesprochen. Trotzdem herrscht Angst in der Organisation vor, Angst vor der Analyse, den Schlussfolgerungen, einer „Schuldzuweisung“ und vor Rückschritten in fachlichen Standards. Man hatte Sorge, dass nun schnelle Inobhutnahmen an der Tagesordnung stehen würden, dass Sicherheit vor Fachlichkeit gesetzt werden würde.

Auch in der Politik gab es Angst. In Berlin haben wir es mit einer Zweigliedrigkeit zu tun. Die Bezirke sind nicht autonom, sondern wir haben noch das Abgeordnetenhaus, den Landtag und den Senat, der vergleichbar mit dem Ministerium in anderen Bundesländern ist. Wir sind sehr dicht als Stadtstaat. Wir mussten uns sofort gegenüber dem Abgeordnetenhaus, d.h. dem Landtag, erklären und wurden eingeladen, um Fragen zu beantworten.

Nach der Information über den Tod von Zoe setzte ich mich mit den Fachkollegen zusammen und wir trugen die Fakten zusammen, die uns bekannt waren. Dazu holten wir auch unsere politische Vorgesetzte, weil sie und ich die Meinung vertraten, dass wir zu dem stehen, was das Jugendamt tut, und zu der vorhandenen Fachlichkeit. Wir kennen das Niveau der Fachlichkeit, die Kommunikation im Jugendamt und wenn es Medienanfragen gibt, sollten sie nur über uns laufen.

Das ist bei den Kollegen und Kolleginnen sehr gut angekommen, weil sie damit freier waren, auch in ihrer Trauer. Wir haben mit dem Schutz der Kolleg/innen nach innen und nach außen eines vergessen: uns selbst. Die Stadträtin und ich waren nachher völlig fertig und mussten dann auch einmal auf uns aufpassen.

Ich löste drei externe und interne Analysen aus:

- Familiendynamik und Dynamik des Hilfeprozesses (extern und intern),
- Umgang mit Standards des Berliner Kinderschutzverfahrens (extern),
- Kooperation verschiedener Dienste (intern).

Einen Auftrag zur Untersuchung des Umgangs mit Standards gab ich an die Kollegin, die in Berlin für die Arbeitsgruppe verantwortlich ist, die sich mit Kinderschutz im Land Berlin befasst. Es sollte analysiert werden, ob Standards verletzt oder ob alle Standards eingehalten worden sind. Das Kinderschutzzentrum bat ich, uns bei der fachlichen Bewertung der Familiensituation und -dynamik zu helfen. Ich selbst begann ebenfalls eine Analyse, indem ich mir durch Aktenstudium ein eigenes Bild erarbeitete. Diese drei Perspektiven verknüpften wir zu einem zusammenfassenden Ergebnisbericht, den wir dem Abgeordnetenhaus und dem Landesjugendhilfeausschuss übergaben.

Unsere Grundhaltung war und ist, aus Fehlern zu lernen. Wir haben nur eine Chance, zumindest uns gegenüber ehrlich und offen damit umzugehen und Schlussfolgerungen daraus zu ziehen, was daraus zu lernen ist. Ich vertrete die Grundauffassung, dass sich jede Organisation immer wieder überprüfen muss, um weiterzukommen. Insofern war diese Katastrophe, die das Jugendamt sehr verändert hat, auch eine Chance, unsere Arbeit

zu überprüfen und zu verbessern. Es fand eine Erörterung mit Mitarbeiter/innen des Jugendamts, im Kreis der 12 Berliner Jugendamtsdirektoren, im Kinder- und Jugendhilfeausschuss des Bezirkes und des Landes, mit Mitarbeiter/innen der zuständigen Senatsbehörde und dem Gesundheitsdienst statt. Es stellte sich heraus, dass der Gesundheitsdienst gerade in unserem Fall eine besondere Bedeutung hatte, da er über mehr Informationen verfügte als das Jugendamt.

## **Standards**

Ich möchte noch auf einen Aspekt hinweisen, der heute im Plenum bereits zur Sprache kam, nämlich auf die Sache des „Bauchgefühls“ im Kinderschutz. Über diese Sache haben wir im Amt sehr lange nachgedacht und diskutiert. Es gibt in der Auswertung keine Verletzung von Standards. Es gibt keinen „Fehler“.

Letztlich ist ein Standard aber auch nur eine gemeinschaftliche Vereinbarung darüber, wie man womit umgeht. Die Kinderschutzstandards in Berlin sind formale und eher verfahrensorientierte Standards: Übergabe-, Informations- und Grundkulturstandards. Standards geben mehr Sicherheit, aber Kinderschutz ist mehr als das Einhalten von Standards. Das mussten wir auch in der Analyse unseres Falls erkennen.

Ein Standard muss gelebt werden (können) und als Grundhaltung einheitlich etabliert sein. In Berlin stehen wir vor der Problematik, dass die Voraussetzungen, diese Standards mit Leben zu füllen, indem Zeit investiert wird, Qualifikationen erworben oder aufgefrischt werden können, eine Anerkennungskultur erfahren werden kann, schlecht sind. Wir versuchen es in den einzelnen Bezirken. Ich hoffe, meine Kolleg/innen spüren die Wertschätzung und Anerkennung, aber das Gesamtklima in der Stadt ist nicht geeignet, um diese Standards zu leben. Und so passierte es, dass in drei verschiedenen Jugendämtern im Land Berlin die Einschätzung und die aufgewendete Zeit für die Analyse dessen, was in der Familie passiert, sehr unterschiedlich gehandhabt worden war.

Kindeswohlgefährdung zu erkennen und einzuschätzen ist hochkomplex und eine fachliche Herausforderung, die fehleranfällig ist. Kriteriengestützte Einschätzungsbögen und Verfahrensvorschriften helfen, das Risiko von Fachkräften kalkulierbar zu halten.

## **Risiko trotz Einhaltung von zum Ereigniszeitpunkt vorhandenen Standards**

Standards allein machen noch keine erfolgreiche Kinderschutzarbeit aus.

In unserem Fall von Zoe und ihren Geschwistern, die sofort alle in Obhut genommen wurden und noch heute außerhalb der Familie stationär untergebracht sind und von uns betreut werden, waren wir über bestimmte Dinge nicht informiert. Es herrschte aufgrund der Turbulenzen innerhalb der kurzen Zeit mangelndes Wissen über Biografien und Dynamiken in der Herkunftsfamilie und in der Familiengeschichte, sowohl bei uns im Amt als auch beim leistungserbringenden Träger.

Gemeinsam mit dem Träger, der zwei Familienhelfer sehr intensiv in der Familie eingesetzt hatte, stellten wir fest, wie schwierig es ist, in solchen turbulenten Szenen die Distanz zu behalten. Alles konzentriert sich auf das zu erwartende neue Kind, aber es sind

noch drei andere Kinder da. Den Blick auch auf die Kinder zu behalten, ist eine Schwierigkeit. Helferinnen können sich überfordern, indem sie versuchen, sowohl die Bedürfnisse der Eltern als auch die der Kinder zu befriedigen. Überforderung führt zum Handeln im guten Glauben, jedoch nicht zum nüchternen Abwägen von Risiken. Sie sahen in unserem Fall die Gefahr, dass die Mutter sich wieder aus dem Kontakt und aus der Hilfe zurückzieht, wenn man zu dicht herankommt. Das ist eine Frage der Balance. Die Angst, Vertrauen und den mühsam hergestellten Kontakt zu verlieren, hat möglicherweise eine Kontrolle verhindert. Die Sprachlosigkeit der Eltern führt zur Sprachlosigkeit der Fachkräfte (bereichsübergreifend).

Diese beiden divergierenden Sachverhalte: die Sprachlosigkeit und die Turbulenzen haben zu einer Überforderungssituation für diejenigen, die am Fall gearbeitet haben, geführt.

### **Netzwerke in der Kinderschutzarbeit**

In der Analyse beschäftigten wir uns außerdem mit den vorhandenen Netzwerken und kamen zu folgenden Ergebnissen:

- Netzwerke gibt es im Bezirk zwischen unterschiedlichen Fachschaften (Kita, Schule, Sozialamt, Gesundheit etc.).
- Netzwerke zwischen Bezirken und gleichen Fachschaften sind nicht allein formale Aktenabgabe.  
Wichtig ist, dass Netzwerke einerseits vertikal, andererseits horizontal funktionieren, weil wir festgestellt haben, dass zum Beispiel das Netzwerk Gesundheit zwischen den unterschiedlichen Wohnorten nicht gut funktioniert hatte. Die einzelnen Gesundheitsbereiche haben in ihrer eigenen Fachschaft keine Informationen transportiert. Die Kommunikation zwischen Gesundheitsamt und Jugendamt funktionierte ebenfalls nicht gut. Übergaben wurden zeitlich sehr verzögert durchgeführt.
- Vernetzung benötigt eine gemeinsame Grundkultur. Am Fall „Zoe“ merkten wir, dass wir Vernetzung brauchen, die auch durch gemeinsame Arbeit entsteht und nicht nur durch Netzwerke als System, die einem von außen aufgedrückt werden. Eine gemeinsame Grundkultur entwickelt sich nach unserer Erfahrung auch durch gemeinsame Fortbildung. Wir haben Fortbildungen im Gesundheitsbereich, im Jugendbereich und auch im Schulbereich zum Thema „Kinderschutz“. Eine gemeinsame Fortbildung mit den verschiedenen Fachperspektiven wäre weit effektiver und müsste ausgebaut werden.
- Netzwerke können Krisen und Ausgaben verhindern, wenn Geld zur Vernetzung und in Ressourcen investiert wird, nicht umgekehrt.  
In Berlin wird akzeptiert, dass Netzwerkarbeit wichtig ist. Man geht davon aus, dass durch Netzwerkarbeit und Vernetzung Ressourcen erschlossen werden – was durchaus der Fall ist – und dass dadurch Ausgaben verringert werden. Das ist der falsche Ansatz.

## Haltung der Leitung

Die Grundsätze des fehlerfreundlichen Klimas, das ich seit 2007 versuche zu etablieren und das sich im Fall „Zoe“ und bis heute bewährt hat, liegen darin, das „Unerwartete zu managen“ und sich auf Fehler produktiv zu konzentrieren:

- Ereignisse, bei denen es (beinahe) zur Katastrophe kam, werden analysiert,
- gegen vereinfachte Interpretationen gewappnet sein und auftreten,
- Selbstkritisch und sensibel gegenüber den organisationalen Abläufen sein (Supervisionen, Beratungen u. a.),
- Respekt vor fachlichem Wissen und Können.

Im Zusammenhang mit dem Tod des Kindes Zoe haben wir uns noch einmal mit diesen Fragen befasst und uns auch gegen Widerstände und die dringende Forderung, schnell zu Ergebnissen zu kommen und schnell jemanden zu identifizieren, der Fehler gemacht hat und schuld ist, gewappnet und gegen einfache Interpretationen angekämpft. Das ist nicht nur schwer, sondern nach meiner Erfahrung gegenüber den Medien aussichtslos. Die Medien haben eine andere Rolle. Sie sind in Berlin sofort mit der Kamera im Büro, ohne sich anzumelden, und treten sehr aggressiv auf. Trotzdem haben wir unsere Vorgehensweise durchgehalten.

Das fehlerfreundliche Klima ist bei uns im Wachsen, weil sich so etwas nicht verordnen lässt. Es ist vor allem vom Respekt vor dem fachlichen Wissen und Können der Kolleg/innen geprägt. Das ist in jeder Leitungsebene wichtig.

Fehlerfreundliches Klima muss auch nach außen getragen werden, z.B. gegenüber dem Leistungserbringer, denn wir haben einen gemeinsamen Jugendhilfeauftrag, ein gemeinsames Arbeiten, ein gemeinsames Risiko und ein gemeinsames Aufarbeiten. In unserem Fall hat die Presse auf den ersten Griff nicht herausbekommen, obwohl sie immer schneller waren als wir, wer der leistungserbringende Träger ist. Wir haben sofort, nachdem wir vom Tod des Kindes erfahren hatten, mit dem Träger sehr kooperativ zusammengearbeitet, auch in der Phase der Strafverfolgung durch die Staatsanwaltschaft.

Unser Wunsch ist es, dass dieses fehlerfreundliche Klima auch für unsere Vorgesetzten im Ministerium und in der Politik gilt. Es ist auch für sie ein schwieriger Prozess. Politik hat in ihren Denkstrukturen und Grundhaltungen Fehlerfreundlichkeit vielleicht sich selbst gegenüber, wenn es beispielsweise um den Flugplatz geht, aber nicht gegenüber der Sozialen Arbeit.

Dieses fehlerfreundliche Klima zu etablieren und Risiken als zu unserer weiteren Arbeit gehörend anzunehmen, wurde durch folgende Aspekte unterstützt:

- Kenntnis der Fachlichkeit der Mitarbeiterinnen und Vertrauen in fachliches Handeln,
- als Grundkultur wurde im Jugendamt erarbeitet:
  - vor und zu den Kolleginnen und Kollegen stehen,
  - Hilfebedarf der Mitarbeiterinnen erkennen und Angebote machen,

- Information nach innen durch die Leitung, nicht durch die Medien,
- Arbeit mit Kolleginnen in Abschnitten:
  - akute Phase,
  - dann am Fall,
  - und – wichtig – danach am Thema
- Ehrliche und kritische Analyse zulassen.

Die akute Phase ist die, in der man von einem toten oder geschädigten Kind erfährt. Sie ist durch den Schreck und die Trauer und auch durch Hilflosigkeit gekennzeichnet. In der nächsten Phase setzt das gemeinsame Nachdenken darüber ein, was tatsächlich passiert ist. Das konnten wir gut miteinander managen. Es ist aber außerdem sehr wichtig, unbedingt am Thema zu bleiben, auch wenn der Alltag uns täglich hart fordert. Der Kinderschutz ist ein Dauerthema. Wir wissen zwar eine Menge, aber müssen uns immer wieder austauschen und hinterfragen.

### **Kinderschutz bleibt Risiko und kann fachlicher Motor sein Schlussfolgerungen in Pankow**

Im Jugendamt Pankow wurde ein Risikobericht als Teil des Risikomanagements entwickelt sowie ein schriftlicher Krisen- und Notfallplan erstellt. Vorher hatten wir Verabredung und lediglich partiell Schriftliches zur Hand. Das hat in unserem Fall auch funktioniert, aber danach haben wir es noch einmal als Sicherung im Ablauf reglementiert. Das ist sehr hilfreich, wenn es in einer Situation hektisch wird. Darin ist festgehalten, wer wann informiert.

In der Analyse des Falls haben wir einen Schwachpunkt identifiziert. Es gab den Versuch, die drei Kinder wieder in eine Kindertagesstätte zu geben, bevor das vierte Kind geboren wurde. Das misslang. Wir haben große Probleme in Pankow mit nicht vorhandenen freien Kita-Plätzen. Die Familienhelfer sind gar nicht auf die Idee gekommen, dass auch die Kindertagesstätten zur Jugendhilfe gehören. Sie haben überall nach Plätzen gesucht, anstatt sich an uns im Amt zu wenden. Inzwischen gibt es eine Kooperationsvereinbarung mit einzelnen Trägern von Kindertageseinrichtungen. Darin ist das Vorhalten von Reservelplätzen festgeschrieben worden. Damit haben wir bei diesen Trägern Ressourcen, die auch geeignet sind – eine Elterninitiativ-Kita z.B. ist nicht in jedem Fall für unsere Bedarfe geeignet. Diese Vereinbarungen gelten inzwischen im Land Berlin als Muster.

Kinderschutz ist obligatorischer Bestandteil der bezirklichen Qualitätsdialoge mit den freien Trägern der Jugendhilfe.

Unsere Fortbildungen haben wir überprüft und die Themen erweitert (sehr kleine Kinder, Feinzeichen (Wahrnehmen von Signalen), Familiengeschichten, neue Partner, Resilienz). Die Fortbildungen werden u.a. gemeinsam mit dem Bereich Gesundheit durchgeführt.

Supervision wird inzwischen wieder fallbezogen, in der Gruppe oder einzeln, angeboten. Das war für einige Zeit aus Haushaltsgründen nicht möglich gewesen. Die ersten waren natürlich die Kollegen, die mit dem Fall befasst waren.

## Risikobericht (fachlicher Diskussionsstand)

**Simone Matthe:** In der Phase nach dem akuten Fall haben wir im Jugendamt sehr viel Aufgeschlossenheit erlebt, sich den Fragen, den Fehleranalysen und dem Thema des Risikomanagements zu stellen. Angeregt durch eine Fachtagung im vergangenen Jahr zum Thema „Risikomanagement“ entschlossen wir uns, gemeinsam mit allen Regionen einen Risikobericht für den Bezirk zu erarbeiten. Wir befinden uns jedoch noch in der Diskussion.

- Das Ziel soll eine gemeinsame Identifizierung möglicher Risikoquellen und Schlussfolgerungen für das eigene System sowie eine interne fachliche Qualifizierung und Außenargumentation (z.B. gegenüber dem Kinder- und Jugendhilfeausschuss) sein. Wir wollen nicht warten, bis wieder etwas passiert, sondern aktiver dranbleiben und vermitteln, wie unsere Arbeitsbedingungen sind und wie wir die Probleme angehen.
- Wir müssen uns den ermittelten Problemlagen widmen, denn mit der Analyse des Falls „Zoe“ haben wir viel erreicht. Wer hätte erwartet, dass acht Träger dabei sind, Plätze in ihren Kitas für uns zur Verfügung zu halten und die Kinder im Notfall innerhalb von fünf Tagen aufzunehmen?

Die Erstellung des Berichtes soll folgende Aspekte berücksichtigen:

- Fehleranalysen nach einem verabredeten Modell  
Es ist noch nicht genau identifiziert, für welche Fallkonstellationen und nach welchem Modell vorgegangen werden soll, es soll aber ein einheitliches Modell geben. Es soll etwas Regelmäßiges werden, einmal jährlich sollen dazu alle Regionen beteiligt werden.
- Beteiligung der Mitarbeiter/-innen der RSD zur Kernfrage „Wie sind wir im Kinderschutz aufgestellt?“  
Die Mitarbeiter/innen, die mit den Familien arbeiten, müssen unbedingt in Bezug auf ihre Arbeitsbedingungen und ihre Problemlagen gehört werden.

Am Anfang hatten wir eine Idee von einem umfangreichen Werk, aber die Zeitressourcen sind knapp, so dass wir uns auf die wesentlichen Dinge konzentrieren. Es fand ein ganztägiger Workshop statt, an dem festgestellt wurde, dass nur zwei Stränge zu meistern sind: einmal die Fallanalysen und eine Mitarbeiterbefragung. Das ist ein Prozess, der ab und zu ins Stocken gerät, aber weitergeführt wird.

**Judith Pfennig:** Zum Abschluss möchten wir Ihnen noch zeigen, was ein halbes Jahr nach dem Tod von Zoe im „Stern“ geschrieben stand:

„Zoe, 2, starb praktisch unter den Augen des Jugendamtes. Gegen eine Hilfsorganisation wird wegen Betrugsverdachts ermittelt. Der Fall erzählt von einer Branche, die mit Steuergeld hohe Umsätze macht.“ (Stern, 3.8.2012)

Es gab eine außerordentlich langwierige Diskussion mit dem Journalisten. Der „Stern“ hatte herausgefunden, wer der Leistungserbringer war, ein in Berlin und Brandenburg

aktiver und in seiner Qualität durchaus geschätzter Träger, und festgestellt, es handele sich um eine „Sozialmafia“, denn er ist sehr ausdifferenziert vernetzt. Mit der Formulierung „eine Branche, die mit Steuergeld hohe Umsätze macht“ denunzierte der Stern die eigentlich dahinter liegende Leistung. Die Grundhaltung dieses Journalisten war, dass man bestimmten Leuten die Kinder wegnehmen müsse. Damit waren wir wieder beim Wächteramt und bei der Rolle, die wir in den Augen der Öffentlichkeit einnehmen sollen, aber nicht einnehmen wollen.

Die Ergebnisse der Untersuchungen haben ergeben:

- Die Ermittlungen wegen unterlassener Hilfeleistung der Helferinnen wurden eingestellt.
- Die Ermittlungen wegen Leistungsbetruges gegen den Träger wurden eingestellt. Es wurde vermutet, dass mehr Stunden abgerechnet worden waren als die Familienhelferinnen tatsächlich in der Familie waren. In solch einem Verfahren entstehen verschiedene Denunziationsmöglichkeiten, zum Beispiel durch unzufriedene ehemalige Mitarbeiter.
- Gegen die Mitarbeiter des Jugendamtes wurden keine staatsanwaltlichen Ermittlungen geführt.

Damit wollen wir in die Diskussion überleiten. Vielen Dank.

## Nachlese: Was nehme ich mit aus diesem Tag?

**Prof. Dr. Christian Schraper**, Universität Koblenz-Landau: In der Vorbereitung dieser Tagung haben wir lange darüber nachgedacht, ob wir es wagen können, Fachkolleginnen und -kollegen zu bitten, hier über ihre Erfahrungen mit schwierigen, problematischen, gescheiterten Fallverläufen, also konkret auch über tote Kinder und Gerichtsprozesse zu sprechen. Während des Tages habe ich den Eindruck gewonnen, dass es gelungen sein könnte, bin aber nicht sicher. Daher würde mich Ihre Einschätzung sehr interessieren: War es möglich, produktiv und offen, nicht verletzend, über Erfahrungen in „problematischen Kinderschutzfällen“ zu sprechen, Kinderschutzfälle, in denen „etwas passiert ist“?

**Teilnehmerin:** Ich empfand es als sehr nah, sehr dicht und noch einmal sehr bedrückend. Mir ist mitunter die Luft etwas ausgegangen, vor allem deshalb, weil mich die Diskussion emotional sehr eingebunden hat. Ich finde es mutig und anerkennenswert, dass es Menschen gibt, die sich auf diese Weise der Diskussion stellen, denn sonst wäre es uns Zuhörer/innen nicht möglich gewesen, so intensiv teilzunehmen.

**Teilnehmerin:** Es war fachlich und emotional sehr dicht und wir haben aus den Erfahrungen der Personen, die sich hier zur Verfügung gestellt haben, viel gelernt. Dafür möchte ich mich bedanken.

**Teilnehmerin:** Mir hat gefallen, dass man auch einmal über einen Hamburger Fall sprechen konnte, weil die Aufarbeitung des Falles „Lara Mia“ nur von einer Seite erfolgte. Ich habe Anfang September hier in Berlin auf dem Fachkongress des Kinderschutzbundes eine ähnliche Situation erlebt und war sehr beeindruckt von den Kolleginnen aus Berlin-Pankow, die einen misslungenen Kinderschutzfall bearbeitet hatten. Ich glaubte, dass das wohl nur in Berlin möglich ist. Daher bin ich froh, dass auch ein Hamburger Fall in dieser Weise, in einem anderen Kontext diskutiert wurde. Ich habe die Erkenntnis gewonnen, dass es wichtig ist, jemanden von außen auf so einen Fall schauen zu lassen. In dem Berliner Fall hatten die Pankower Kollegin und die externe Fachkraft eine gemeinsame Sprache gesprochen. Ich wäre froh, wenn wir in Hamburg auch so weit wären.

**Teilnehmerin:** Ich fand es sehr beeindruckend und wünsche mir, dass diese Diskussion noch sehr viel mehr in die Öffentlichkeit getragen wird, damit die Öffentlichkeit nicht nur das eine Bild sieht – Das Jugendamt hat versagt –, sondern sich auch intensiver mit den Hintergründen befasst. Vielen Dank an die Kolleg/innen für ihren Mut, diese Fälle hier vorzustellen.

**Peter Lukasczyk**, Jugendamt Düsseldorf: Die Diskussion hat mich wirklich begeistert, weil wir uns viele Gedanken darüber machen, warum es uns nicht gelingt, über solche Fallverläufe zu sprechen. Die bekannten Fälle scheitern oft in der Praxis, weil man nicht darüber redet, obwohl die Methoden, wie man ohne Verletzungen darüber reden könnte, doch auf dem Tisch liegen. Wenn das Signal von dieser Tagung ausgeht, dass sich eine prominente Gruppe hier zu diesem Thema getroffen hat und solche produktiven Diskussionen führt, und die Öffentlichkeit erfährt, dass wir sehr wohl über solche nicht gelun-

genen Fälle sprechen, haben wir einen ersten Schritt dazu getan, unsere Reputation in der Öffentlichkeit deutlich zu verbessern. Und das begeistert mich.

**Teilnehmerin:** Durch die Gespräche über diese Fälle findet eine Enttabuisierung dieses Themas statt. Die Angst ist immer gegenwärtig, aber man guckt sich solche Fälle oft lieber nicht genauer an. Hier empfinde ich es so, als hätten wir uns der Angst direkt gestellt und hätten das Thema aus der Tabuzone geholt. Man konnte es sehr gut nachvollziehen, was berichtet wurde, und man konnte sich darüber austauschen. Dadurch ist ein ganz anderer Umgang mit dem Thema für die einzelnen Personen möglich geworden. Das halte ich für sehr wichtig.

**Prof. Dr. Christian Schrapper:** Sie haben es auf den Punkt gebracht. Obwohl es für „Beratungs-Profis“ nicht wirklich überraschend ist, weil wir auch in Beratungsprozessen genau darauf setzten, dass das gemeinsame und offene Sprechen über Probleme der erste Schritt zu einer möglichen Lösung und gleichzeitig eine große Herausforderung darstellt. Aus den eigenen „Fehlern“ zu lernen, ist immer am schwersten.

**Teilnehmerin:** Ich sehe es als sehr positiv, dass freie und öffentliche Träger in einer Runde saßen. Kinderschutz kann nur in einer Kooperation gelingen und nicht in gegenseitiger Schuld- und Fehlerzuweisung.

**Teilnehmerin:** Eingehend auf Ihre Frage, ob es gelungen ist, die Personen, die sich offenbart haben, auch zu schützen, kann ich bestätigen, dass es in unserem Forum 1 sehr gut gelungen ist, das abzugrenzen und die Kolleg/innen zu schützen. Ein Kompliment daher auch an die Moderation.

**Teilnehmer:** Mich würde eine Rückmeldung derjenigen interessieren, die ihre Fälle vorgestellt haben, wie sie die Atmosphäre empfunden haben und ob sie sich ausreichend geschützt gefühlt haben.

**Teilnehmerin:** Leider ist es in meinem Forum nicht zu einer ausführlicheren Fallvorstellung gekommen. Man hätte es so gestalten können, dass sich die Kolleginnen trotzdem geschützt gefühlt hätten. Das Anschauen des Falles und eine Enttabuisierung haben mir daher ein wenig gefehlt. Was tatsächlich passiert ist, blieb ein wenig „im Nebel“. Es war trotzdem eine spannende Diskussion.

**Astrid Diers,** Bezirksjugendamt Hamburg-Altona: Ich habe den Hamburger Fall „Lara Mia“ vorgestellt und mich gut geschützt gefühlt. Der Fall war auch kein Geheimnis, weil er damals in Hamburg öffentlich diskutiert wurde, inklusive der Familiensituation. Die Diskussion war auch ein Gewinn für mich, es gab keinerlei Angriffe, die dazu geführt hätten, dass ich nun mit einem Schuldgefühl aus dieser Tagung herausgehe. Auch wenn zu Recht kritische Fragen gestellt wurden, gingen sie jedoch nie in einen Angriff über und ich empfand das Forum als sehr solidarisch. Ich kann den Fall heute nach vier Jahren gut für mich abschließen. Es war hilfreich für mich, hier zu sein und ich bedanke mich bei

den Veranstaltern, dass sie mir die Möglichkeit gegeben haben, den Fall auf diese Weise noch einmal zu bearbeiten.

**Prof. Dr. Christian Schraper:** Frau Diers hatte zur Einführung des Forums gesagt, sie hätte vor einem halben Jahr ihren Aktenschrank aufgeräumt und endlich den Aktenstapel „Lara Mia“ beiseitegelegt. Nun kam der Anruf aus Berlin und sie musste alles erneut hervorholen. Vielleicht können Sie nun ihre Unterlagen endgültig ablegen.

**Babeth Janitz,** Jugendamt Schwerin: Wir haben uns in dem Forum sehr wohl gefühlt. Es ging uns nicht darum, inhaltlich auf den Fall einzugehen. Wir wollten über unsere Erfahrungen und unser Erleben mit Ihnen ins Gespräch kommen und auch darüber, wie man mit uns umgegangen ist und was wir aus dem Fall und dem Umgang damit gelernt haben. Wir hoffen darauf, dass uns die Eltern und Großeltern die Genehmigung zur Veröffentlichung der Fallgeschichte in einem Buch geben werden.

**Bert Kaufmann,** Jugendamt Bremen: Ich habe mich – ähnlich wie die Kollegin aus Hamburg – in meinem Forum sehr wohl und gut angenommen gefühlt und hatte keine Probleme, über den Fall zu sprechen. Mir kam es so vor, als sei es auch ein Stück Verarbeitung für mich. Ich habe mich bei dem Forum bedankt, weil es wirklich angenehm war, wie die Kolleg/innen mitgegangen sind.

**Uta Heidelberg,** Jugendamt Osnabrück: Es ist meines Erachtens sehr gut möglich, ohne Angriffe über das Geschehen in einem misslungenen Fall zu sprechen. Für mich liegt der Fall bereits fast 20 Jahre zurück. Aber das Forum hier war noch einmal ein wichtiger Schritt für mich und ich möchte mich an dieser Stelle ebenfalls bei dem Forum bedanken.

**Simone Matthe,** Bezirksjugendamt Berlin-Pankow: In unserem Forum 5 ist noch einmal deutlich geworden: Fehleranalyse ist nur dort möglich und machbar, wo Leitung eine klare Haltung einnimmt, Wertschätzung und Anerkennung für die Fachkräfte, für ihre Fachlichkeit und ihre gute Arbeit zeigt und wo auch nachhaltig ein Fehlermanagement eingerichtet wird. Wenn die Leitung diese Haltung nicht hat, laufen wir Fachleute gegen die Wand.

**Prof. Dr. Christian Schraper:** Wir haben uns in der Vorbereitungsgruppe sehr gewünscht, dass es gelingen könnte, über diese Fälle konstruktiv zu diskutieren – und es scheint tatsächlich für viele gelungen zu sein. Dies halte ich für sehr wichtig und längst nicht selbstverständlich. Nach meiner Einschätzung gab es bisher in keinem der bekannt gewordenen „problematischen“ Kinderschutzfälle in der Bundesrepublik seit Osnabrück, über Bremen, Schwerin, Stuttgart, Dresden, Leipzig, Hamburg bis zuletzt Berlin – Königswinter muss man noch abwarten – eine innerhalb der Jugendhilfe-Fachöffentlichkeit erarbeitete Einschätzung und Beurteilung, die auch nur „einigermaßen“ einvernehmlich zentrale Befunde und Schlussfolgerungen herausarbeiten konnte. Angefangen in Osnabrück – mit der berühmten „Mörsberger-Salgo-Kontroverse“ – stehen kontroverse Positionen gegeneinander, was solange unverzichtbar ist und produktiv sein kann, solange es um Klärung geht, was genau „passiert“ ist, und wie dies bewertet wird.

Ich habe mich wie in einem Déjà vu gefühlt, als ich in Königswinter wieder Thomas Mörsberger auf der einen und Herrn Bringewat auf der anderen Seite habe agieren sehen. Es geht genauso weiter, wie es vor 20 Jahren in Osnabrück endete. Damals wie heute muss man sich entscheiden, auf welche Seite man sich stellt. In Strafverfahren mit Anklage und Verteidigung ist kontroverse Positionierung gefordert und unverzichtbar. Aber zu einer produktiven Aufarbeitung für notwendige Weiterentwicklung der Kinderschutzarbeit haben diese um die Klärung der Schuldfrage kreisenden Auseinandersetzungen kaum geführt, selbst wenn sie nicht bis vor ein Strafgericht gelangt sind. So hat es Hamburg im Fall Lara Mia, über den Frau Diers hier gesprochen hat, einen „Expertenbericht“ gegeben, der so eindeutig politisch instruiert und instrumentalisiert war, dass die Fachkräfte ihn nur als durchsichtigen Versuch einer Schuldzuweisung ablehnen konnten. In Bremen fand eine aufwendige politische Aufarbeitung statt, mit viel Mühe, aber letztlich, um politische Positionen festzuklopfen und Schuld von der einen auf die andere Seite zu schieben.

Wenn es aber nicht gelingt, aus diesen fachlichen und politischen Kontroversen begründete und tragfähige Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung der Kinderschutzarbeit herauszuarbeiten, dann bleibt es ein Streit um des Streitens willen. Wie sehr tote Kinder in der Jugendhilfe zu moralischer Empörung und politischer Positionierung herausfordern, war und ist in diesen Fällen eindrucksvoll zu beobachten. Unsere Hoffnung war, dass eine Veranstaltung wie diese dazu beitragen kann, den unverzichtbaren nächsten Schritt in den fachpolitischen und fachlichen Kontroversen um einen „guten“ und zuverlässigen Kinderschutz zu gehen, weg von den Schuldzuweisungen hin zu einer konstruktiven Verarbeitung.

Daher halte ich es für sehr bedeutsam, dass in den Foren offensichtlich für alle konstruktive Gespräche über das, „was passiert ist und was passiert, wenn etwas passiert“ gelungen sind – und noch mal: Das war nicht selbstverständlich. Diese Anstrengungen, diese verunsichernden, bedrückenden und ängstigenden Erfahrungen zugänglich und besprechbar zu machen, sowohl um zu verarbeiten als auch um „zu lernen“, sind wir Kindern, den zu Schaden gekommenen, den gestorbenen Kindern schuldig. Die Erfahrung zeigt leider auch, dass der Tod eines Kindes schnell wieder in Vergessenheit gerät, wenn der nächste Konflikt ansteht. Wenn es hier und heute in Ansätzen gelungen ist, dass sich Fachkräfte der Kinderschutzarbeit darüber verständigen konnten, was aus der Reflexion dramatisch misslungener Kinderschutzfälle zu gewinnen ist, sind unsere Hoffnungen in Erfüllung gegangen. Dafür noch einmal an alle Beteiligten herzlichen Dank.

Nun der Blick nach vorne: Welche Erkenntnisse und Befunde haben Sie nun aus dieser Auseinandersetzung mit den Einzelfällen im Hinblick auf das Tagungsthema „Risiko und Umgang mit dem Risiko im Kinderschutz“ gewinnen können?

**Kerstin Kubisch-Piesk**, Bezirksjugendamt Mitte, Berlin: Es fehlt nach wie vor eine rechtliche Beratung und Absicherung. Viele Kolleg/innen haben Angst, weil es – zumindest in Berlin – keine klare Regelung und kein Verfahren gibt, wenn einem Kollegen/einer Kollegin etwas passiert oder eine Strafanzeige droht. Es wäre schön, von dieser Tagung aus noch einmal an die Senatsverwaltung eine entsprechende Formulierung zu geben, weil das dringend notwendig ist. Das heißt, es gibt keinen rechtlichen Beistand. Die Kollegen müssen sich selbst darum kümmern und das auch selbst bezahlen.

**Teilnehmerin:** Mir ist noch einmal klar geworden, dass wir zwar *ein* Jugendhilfegesetz haben, aber gut 600 Auslegungen, in jeder Gemeinde eine andere Struktur, wie man mit Fällen umgeht. Das ist zu bedenken. Ich halte es für bedauerlich, dass der Umgang davon abhängig ist, in welcher Stadt ich tätig bin.

Wir haben heute zu Beginn von einem Bauingenieur gehört, der ebenfalls regresspflichtig ist, wenn er eine Brücke falsch baut. Ich weiß aber nicht, ob ich als Mitarbeiterin eines Bauingenieurs auch privatrechtlich haften muss. In einem Fall muss jedoch die Familienhelferin die Kosten selbst tragen. Darum ist der Vergleich ein wenig hinkend.

**Teilnehmerin:** Ich bin seit zehn Jahren im Jugendamt in einer Steuerungsfunktion beschäftigt und habe mit Erschrecken festgestellt, dass ich mich habe „einlullen“ lassen, weil ich keine Lust mehr auf diese Diskussion zum Thema „Personalausstattung im ASD“ hatte und selbst inzwischen dazu neige, dieses Thema abzutun, weil es keine Lösung dafür geben kann. Ich nehme heute aus dem Hamburger Forum mit, nicht damit aufzuhören, auch wenn an verschiedenen Stellen gesagt wird, dass das Thema der Personalfrage zu komplex ist, um diese zu lösen. Damit kann ich mich nicht zufrieden geben. Ich habe neue Motivation gewonnen, nach Lösungen zu suchen. Sicher ist es im ASD komplexer als in der Vormundschaft, aber es muss auch für den ASD möglich sein, sachliche Empfehlungen zu geben, um ein Minimum und das Ideal an Personalausstattung festzustellen.

**Prof. Dr. Christian Schrapper:** Zur Frage der Personalausstattung habe ich aus unserem Forum einen Satz von einem Kollegen aus Leipzig notiert: „Ausreichende Personalressource ist nicht alles, aber ohne ausreichende Personalressource ist alles nichts.“ Das bringt die Kontroverse um Arbeitsbelastungen, Fallzahlen und Personal gut auf den Punkt.

**Teilnehmerin:** Eine Erkenntnis aus dem heutigen Tag ist auch, dass es nicht dabei bleiben darf, für den „Fall der Fälle“ gut gerüstet zu sein, sondern wir müssen weiter nach langfristigen Konzepten und Wegen suchen, solche Fälle wenigstens unwahrscheinlicher zu machen. Es bleibt ein Wissen darum, dass man das Risiko stets mit sich schleppen wird und man niemals Konzepte und eine Personalausstattung entwickeln kann, die problematische Kinderschutzfälle völlig ausschließen. Trotzdem darf die Suche nach langfristigen Konzepten nicht aufgegeben werden. Hierzu müssen wir uns als Profession besser aufstellen und dieses Feld wieder mehr in den Blick rücken, auch gegenüber der Öffentlichkeit.

**Prof. Dr. Christian Schrapper:** Das Haftungsrisiko im Kinderschutz ist dann am geringsten, wenn alle Kinder gesund und gut gefördert groß werden. Das klingt zwar banal, ist es aber nicht. Die Konzentration der fachlichen Diskussionen um den Kinderschutz auf Fragen der Gefahrenabwehr, den Umgang mit Gefahren und die Gefahrenrisiken erzeugt eine Einseitigkeit in der Perspektive auf den „Schutz von Kindern vor Gefahren für ihr Wohl“, die selbst in hohem Maße gefährlich ist, geht es doch im Kinderschutz nicht ausschließlich darum, Kinder vor Gefahren zu schützen. Es geht vor allem darum, Kindern wieder zu ihrem Recht auf Entwicklung und Erziehung zu einer „eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ zu verhelfen, so die schönen Formulierungen im Kinder- und Jugendhilfegesetz. Auch in Krisen- und Gefahrensituationen, trotz aller

Gefährdungsrisiken und vor allem aus der Gefahr heraus muss als zentraler Auftrag auch in der Kinderschutzarbeit begriffen werden, das Recht der Kinder auf Entwicklung und Erziehung zu schützen und zu realisieren. Die Herausforderung ist daher nicht nur, ob Gefahren rechtzeitig und richtig erkannt werden können, sondern auch, was zu tun ist, um die kindliche Entwicklung vor diesen Gefahren zu schützen. Prüffrage muss also sein: Ist das, was ich als Fachkraft im Kinderschutz tue, zuverlässig als Schutzmaßnahme und möglichst keinen neuen Schaden verursachend – dies allein ist schon schwer genug –, sondern eröffnet diese Schutzintervention auch positive Perspektiven für gesundes Wachstum und gute Entwicklung des Kindes?

Es ist aus meiner Sicht der weiterführende Zugang, eine auf die Kinderrechte bezogene Diskussion um die Gestaltung und Weiterentwicklung des Kinderschutzes zu führen statt einer vor allem an Gefahrenvermeidung orientierten Debatte. Kinder haben einen Anspruch auf Schutz und Förderung als eigenständige Rechtssubjekte, nicht in Konfrontation und Abgrenzung zu ihren Eltern, aber wo erforderlich auch mit Schutz vor ihren Eltern. Kindeswohlgefährdung ist immer auch eine massive Verletzung der Rechte von Kindern und ihrer grundgesetzlich garantierten Würde. Das ist nicht nur so daher gesagt, sondern für mich eine wichtige Orientierung, um gerade mit Eltern in respektvoller Weise darüber sprechen zu können, worauf ihr Kind Anspruch hat und wie es in Zusammenarbeit mit ihnen gelingen kann, diese Ansprüche zu realisieren. Ohne Eltern abzuwerten und zu beschämen, muss dabei zur Sprache kommen, was wir Profis zusammen mit den Eltern und notfalls auch ohne sie dafür tun müssen, damit ein Kind „gut groß werden“ kann. Das ist zugegebenermaßen nicht einfach. Mir ist in den heutigen Vorstellungen und Diskussionen noch einmal eindrücklich deutlich geworden, dass wir uns auch vor einer einseitigen Konzentration auf die Gefahr und die Abwendung von Gefahr „schützen müssen“, weil dies Kinder nicht schützt und fördert.

**Teilnehmerin:** Ich habe etwas vielleicht Banales aus der Diskussion mitgenommen, nämlich den Fokus auf die traumatisierten Mitarbeiter, traumatisiert nicht nur in der Akutsituation, sondern langfristig. Gerade in der Leitung neigt man dazu, erst einmal die Organisation schützen zu wollen, vor der Presse und der Öffentlichkeit. Es ist jedoch wichtig, langfristig seinen Leuten Unterstützung hinterherzutragen, nicht darauf zu warten, dass sie selbst um Coaching bitten, sondern nachhaltig dafür zu sorgen, dass sie das auch bekommen.

**Prof. Dr. Christian Schrapper:** Genau in diesem Punkt stehen wir nach meiner Einschätzung noch sehr am Anfang. Schon für die betroffenen Kolleginnen und Kollegen gelingt die Bearbeitung der traumatisierenden Erfahrungen kaum, die es bedeuten, wenn in eigener Zuständigkeit ein Kind massiv zu Schaden kommt oder gar stirbt. Auch davon war heute in den Foren eindrucksvoll die Rede. Nach meiner Erfahrung in der Begleitung betroffener Jugendämter, so wie aktuell das in Hamburg oder Königswinter, weiß ich, dass es auch „traumatisierte“ Organisationen gibt. Die betroffenen Organisationen sind in ihren Strukturen, ihrem Selbstverständnis, in ihren Arbeitsweisen über die einzelnen Personen hinaus erheblich beeinträchtigt und gefangen, so dass auch hier die bekannten Traumaabwehr- und Verarbeitungsphasen durchgemacht werden müssen, vom Ignorieren über Wut, von heftigen Schuldzuweisungen bis hin zur Depression. Und schließlich der Erkenntnis, dass auch Organisationen sich einer aktiven „Traumaaarbeit“ stellen müssen,

um diese tief verunsichernden Erfahrungen – in unserer Zuständigkeit konnten wir ein Kind nicht schützen – wieder konstruktiv integrieren zu können und nicht Tabu oder Schuld einzelner abspalten zu müssen. Solche Konzepte einer „Traumarbeit“ oder auch „Traumabegleitung“ für Organisationen entwickeln sich erst langsam und vorsichtig. Die Kolleginnen und Kollegen, die in und mit dem Schweriner Jugendamt arbeiteten, haben hierzu einen sehr wichtigen Beitrag geleistet. Auch darüber konnte heute ausführlicher gesprochen werden und es wird bald auch nachzulesen sein.<sup>1</sup>

**Carola Pinnow**, Bezirksjugendamt Friedrichshain-Kreuzberg, Berlin: Ich möchte an einer anderen Stelle anschließen. Wir entwickeln eine Fehlerkultur, setzen uns für eine gute, professionelle Arbeit in den Jugendämtern ein, so wie heute hier auch. Wir setzen uns mit Fällen auseinander, die nicht optimal gelaufen sind. Das ist ein Zeichen von Professionalität. Wir brauchen ausreichend Personal, wir brauchen in den Jugendämtern eine Kultur, die die Kolleg/innen schützt. Das ist alles richtig. Wir brauchen nichtsdestoweniger eine berufspolitische Position, mit der wir aus dieser Defensivhaltung herauskommen, permanent den Kopf einziehen und entschuldigen zu müssen, was wieder versäumt oder nicht ausreichend getan wurde. Wir haben Grund, aufrecht dazustehen und zu verdeutlichen, dass wir eine verdammt schwere und gute Arbeit leisten, bei der auch Fehler passieren können, die keiner will. Wir haben keinen Grund, uns zu verstecken. Daher brauchen wir eine andere berufspolitische Positionierung.

**Prof. Dr. Christian Schrapper:** Der Hinweis auf die berufspolitische Positionierung sozialpädagogischer Fachkräfte im Kinderschutz ist ein hervorragendes Stichwort für meine Schlussworte am Ende des ersten Tages dieser Veranstaltung zum „Haftungsrisiko Kinderschutz“.

Aktuell ist ein Diskussionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft ASD/KSD<sup>2</sup> vorgestellt worden, in dem als Kernthese behauptet wird, sozialarbeiterische Berufsidentität sei vor allem von den realen Möglichkeiten abhängig, professionell „beraten“ zu können. So richtig die Hinweise auf massiv beeinträchtigende Bedingungen qualifizierter professioneller Sozialarbeit in vielen Jugendämtern und ASDen sind und so wichtig es auch m.E. ist, „Beratung“ als Symbol für helfende und hilfreiche Interventionen zum Kern sozialarbeiterischer Berufsidentität zu erklären, so rückwärts gewandt und wenig weiterführend bewerte ich die Idee und vor allem die Tonlage dieses Positionspapiers, den alten und gerne bemühten Gegensatz von „Bürokratischer Verwaltung“ und „beratender Sozialarbeit“ als Ursache für all die Unbilden bedrohter Berufsidentität in den modernen und unüberschaubaren Zeiten zu erklären.

Damit werden all die Arbeitsfelder und Tätigkeiten sozialarbeiterischer „Berufsvollzüge“ abgewertet und abgespalten, die inzwischen in nahezu jedem Jugendamt und ASD un-

---

<sup>1</sup> Biesel, Kay/Wolff, Reinhart (im Druck): Das dialogisch-systemische Fall-Labor. Ein Methodenbericht zur Untersuchung problematischer Kinderschutzverläufe. Expertise. Erstellt im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 4. Köln. 2014

<sup>2</sup> BAG ASD/KSD: ASD: Die bedrohte Berufsidentität der Fachkräfte und der Zustand der Organisation. Ein Aufruf zur kritischen Debatte um Zukunftsperspektiven des ASD. August 2013  
[http://imos.web.fh-koeln.de/bagasd/wp-content/diskussionspapier\\_bag\\_12-08-2013\\_3.pdf](http://imos.web.fh-koeln.de/bagasd/wp-content/diskussionspapier_bag_12-08-2013_3.pdf)

trennbar dazugehören: planen und steuern, kontrollieren und kooperieren, managen und politisch Einfluss nehmen. Gerade der Kinderschutz ist ein Feld, in dem die damit verbundenen Spannungen besonders deutlich spürbar sind. Hier hilft es m.E. wenig, die kontroversen und konkurrierenden Anforderungen nach dem Schema „gute Beratung“ und „schlechte Bürokratie“ auszuspielen.

Daher teile ich Ihre Ansicht und halte es – auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit den Kinderschutzfällen – für nötig, das, was ein ASD ist und sein kann und das, was die Identität seiner Fachkräfte ausmacht, nicht rückwärtsgewandt mit Blick auf das „Verlorene“ zu diskutieren, sondern realistisch, auf die Gegenwart bezogen darüber zu diskutieren, wie wir mit den komplexen und widersprüchlichen Anforderungen zurechtkommen können. Z.B. wird sich Personalfuktuation im ASD in den nächsten Jahren kaum ändern. Der ASD wird wie andere Arbeitsbereiche mit höherem Mitarbeiterwechsel rechnen müssen. Es hilft nichts, lediglich darüber zu klagen, dass die alten, erfahrenen Mitarbeiter fehlen und die jungen noch nicht umfassend ausgebildet und richtig eingearbeitet sind. Vielmehr geht es darum, die Bedingungen eines veränderten Arbeitsmarktes konstruktiv zu gestalten, also z.B. zu überlegen, was jungen Sozialarbeiter/innen angeboten werden kann, damit sie sich entscheiden zu bleiben. Das Arbeitsfeld des ASD hat viel anzubieten aber es muss auch attraktiv „übergebracht“ werden.

Zum Abschluss will ich versuchen, den Bogen zu schließen. Wir sind mit dem Thema „Haftungsrisiko“ gestartet und haben versucht, uns aus drei Perspektiven – juristisch, pädagogisch und organisatorisch - der Frage zu nähern, wofür wer ggf. zu haften hat, wo die Risiken liegen und was das für die Arbeit im Kinderschutz bedeutet. In den anschließenden Foren mit Akteuren aus „problematischen Kinderschutzfällen“ ist deutlich geworden, dass die Arbeit im Kinderschutz – und nicht nur dort –, eine Arbeit in und mit erheblichen Risiken für alle Beteiligten ist.

Wichtig ist mir, am Ende dieser Auseinandersetzungen mit den Haftungsrisiken im Kinderschutz daran zu erinnern, dass Risiken eingegangen werden müssen, um Kinder vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen. Ja, Sie müssen etwas riskieren, um überhaupt Kindern Entwicklung und Perspektive zu ermöglichen und wieder zu eröffnen, in Situationen, die durch erhebliche Belastung und Gefährdung geprägt sind. Wenn Sie nicht bereit sind, darauf zu setzen, dass Mütter und Väter durch entsprechende Unterstützung und eine positive Begleitung und Verstärkung ihrer guten Absichten wieder in die Lage kommen, tatsächlich das zu sein, was sie gern sein wollen, nämlich gute Eltern für ihre Kinder, wird es auch für die Kinder nicht gelingen, wieder positive Entwicklung zu ermöglichen. Wenn Sie auf der anderen Seite nicht riskieren, ein Kind aus einer Gefahrensituation herauszunehmen, auch auf die Gefahr hin, dass es genau daran erheblichen Schaden nehmen kann, gehen Sie ebenfalls erhebliche Risiken ein. Wenn Sie also nicht bereit sind, „etwas zu riskieren“, werden Sie im Kinderschutz kaum etwas für den Schutz von Kindern erreichen können.

Unser Blick auf Risiken kann also nicht davon dominiert werden, das Risiko, dass etwas passiert, nur zu vermeiden. So wichtig und richtig es ist, Risiken kindlicher Entwicklung - dazu gehören „Leben und körperliche Unversehrtheit“ an erster Stelle aber nicht allein – rechtzeitig zu erkennen und richtig einzuschätzen, so falsch wäre es, diese Risiken ausschließlich unter der Haftungsperspektive zu bewerten. Haftungsrisiken zu kennen und

sachgerecht und verantwortlich einschätzen zu können ist das eine. Das andere und m.E. bedeutsamere ist es jedoch, Risiken verantwortlich einzuschätzen, die eingegangen werden müssen, damit Kindern überhaupt Entwicklung und Erziehung ermöglicht werden können. Um solche Risiken in Hilfeprozessen in der Lebenswelt der Kinder oder in Einrichtungen und Pflegefamilien z.B. als unverzichtbarer Vertrauensvorschuss, durch den ein Hilfe und Schutzkonzept getragen wird, einzugehen, ist es erforderlich, gut einschätzen zu können, worin das Risiko besteht und wie verantwortlich dafür Sorge getragen werden kann, dass das, was riskiert wird, nicht zu der schädigenden und gefährlichen Seite kippt. Zum Beispiel kann der Versuch, das Kind mit Unterstützung bei den Eltern zu belassen, doch dazu führen, dass die Eltern in ihrer dauernden Überforderung nichts mehr tun und ihr Kind verhungert – wie es in einigen der hier bearbeiteten Fälle geschildert wurde. Umgekehrt muten Sie einem Kind und seiner Familie traumatisierende Trennungen zu, indem Sie das Kind herausnehmen, und in Heim oder Pflegefamilie wird es dann vielleicht auch nicht besser, das Kind muss erneute Wechsel von Lebensorten und Bezugspersonen ertragen. Sie alle kennen genügend Fälle, in denen die Versuche, Kinder zu schützen, eher dazu geführt haben, dass sie mit Blick auf die gesamte Entwicklung noch wesentlich gefährdeter waren.

Risiko muss also begriffen werden als etwas, was es einerseits zu wagen gilt, was aber andererseits verantwortlich eingeschätzt und „gehandelt“ werden muss. Hierfür benötigen Sie eine ausreichende und sachgerechte Ausstattung, fachliche Arbeitsweisen und Instrumente sowie Selbstbewusstsein und Haltung. Diese „offensive“ Art, mit dem Risiko umzugehen, ist meiner Ansicht nach die größere Herausforderung für das Risiko im Kinderschutz, als sich mit den – zugegebenermaßen wichtigen – Fragen des Haftungsrisikos im engeren Sinne zu beschäftigen.

Morgen wird es daher im Wesentlichen um diese Fragen gehen: Was brauchen Sie, was ist erforderlich, dass im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, in den Jugendämtern und den Einrichtungen mit dem immer vorhandenen Risiko, Kinder vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen, aber vor allem, Kindern Entwicklung und Erziehung zu ermöglichen, angemessen fachlich und verantwortlich umgegangen werden kann? Dafür wünsche ich Ihnen morgen viel Erfolg.

# Alles Risiko? Zum Katastrophenpotenzial des Kinderschutzes und seinen Folgen

PROF. DR. KAY BIESEL

Professor für Kinder- und Jugendhilfe mit dem Schwerpunkt Kinderschutz,  
Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit,  
Institut Kinder- und Jugendhilfe, Basel

## Ausgangsfragen

Kinderschutz ist belastet von Diskussionen über Risiken, Gefahren und Fehler<sup>1</sup>. Angst dominiert die Praxis zunehmend. Sie lähmt Fachkräfte wie Organisationen Sozialer Arbeit. Und doch gibt es Hoffnung, scheint der „Aufbruch ins Unversicherbare“<sup>2</sup> möglich. Jedenfalls rücken die Veranstalter dieser Tagung das Entwicklungspotenzial des Themas „Haftungsrisiko Kinderschutz“ in den Vordergrund. Sie verdrängen dabei aber auch nicht das Katastrophenpotenzial des Kinderschutzes. Sie akzentuieren bewusst die blockierenden und die bewegenden Anteile der Kinderschutzpraxis, indem sie uns unbewusst ein Bild präsentieren, eine Metapher. Sie konzeptualisieren Kinderschutz als einen blockierten Motor.

Doch wie kam es zur Blockierung des Kinderschutzes? Warum wurde die Fahrt im Kinderschutz nicht weiter wie bisher fortgesetzt? Warum musste der Motor Kinderschutz repariert bzw. sogar ausgetauscht werden? Kurz: Welches Katastrophenpotenzial hat Kinderschutz? Und was sind seine Folgen?

## Vorbemerkungen

Kinderschutz ist (und zwar weltweit) Motor für (erregte) Reformbemühungen in der Kinder- und Jugendhilfe, für gesetzliche, organisationale, konzeptuelle und methodische Veränderungen. Dies wird schon anhand der bewegten Geschichte des Kinderschutzes ersichtlich (**Abbildung 1**)<sup>3</sup>. Sie verdeutlicht, dass der Schutz von Kindern schon immer mit der Bewältigung von Kontingenzen und der Entsprechung soziokulturell geformter Erwartungen einherging. Eine Konfliktlinie ist dabei bis heute wesentlich geblieben, nämlich, „was die private und was die öffentliche Verantwortung für Kinder ist“<sup>4</sup>.

Kinderschutz ist insofern Spiegelbild gesellschaftlicher Macht- und Herrschaftsverhältnisse. Er ist gebunden an sich verändernde sozio-kulturelle Vorstellungen darüber, was Kinder für ihr Wohl benötigen und was Kinder sind: Ob sie als Objekte der Gefährdung oder der Sorge oder ob sie als deviante oder als resilienten Akteure angesehen werden<sup>5</sup>. Damit geht die Frage einher, ab wann der Staat das Recht und die Pflicht hat, im Interesse des

---

<sup>1</sup> Biesel (2011)

<sup>2</sup> Hempel/Bartels/Markwart 2013

<sup>3</sup> vgl. exemplarisch: Fegert/Ziegenhain/Fangerau 2010, S. 18ff.; Föhn 2005; McGowan 2005

<sup>4</sup> Honig 1999, S. 7

<sup>5</sup> Wolff et al. 2013b

Kindeswohls in den privaten Raum der Familie einzugreifen und welcher Formen der Prävention und Kontrolle er sich zur Förderung und zum Schutz von Kindern bedienen darf<sup>6</sup>.

In Deutschland hat man lange Zeit einen familienorientierten Ansatz im Kinderschutz verfolgt, nachdem man in den 1960er-Jahren im Zuge der Protestbewegung gegen den punitiven Kinderschutz und vor allem gegen die obrigkeitsstaatlichen und fürsorgeorientierten Praktiken der Jugendämter aufbegehrt hatte. Resultate dieses Aufbegehrens sind u.a. die Gründung der Kinderschutz-Zentren und – nach langen Debatten – das Kinder- und Jugendhilfegesetz<sup>7</sup>. Der familienorientierte Ansatz ist von der sozialwissenschaftlichen Annahme geprägt, dass Eltern bei der Erziehung und Bildung ihrer Kinder Unterstützung benötigen. Kindeswohlgefährdung wird sowohl als Ausdruck von unbewältigten, sich zuspitzenden sozialen Problemen als auch von Partnerschaftskonflikten angesehen. Sie wird insgesamt als gesellschaftlich rückgebundenes Phänomen betrachtet<sup>8</sup>. Davon abgedorndert hat sich eine ganz eigene Praxis im Umgang mit sexueller Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Familien und Institutionen entwickelt; sie gibt aber bis heute auch immer wieder Anlass zur Kritik und öffentlicher Empörung<sup>9</sup>.

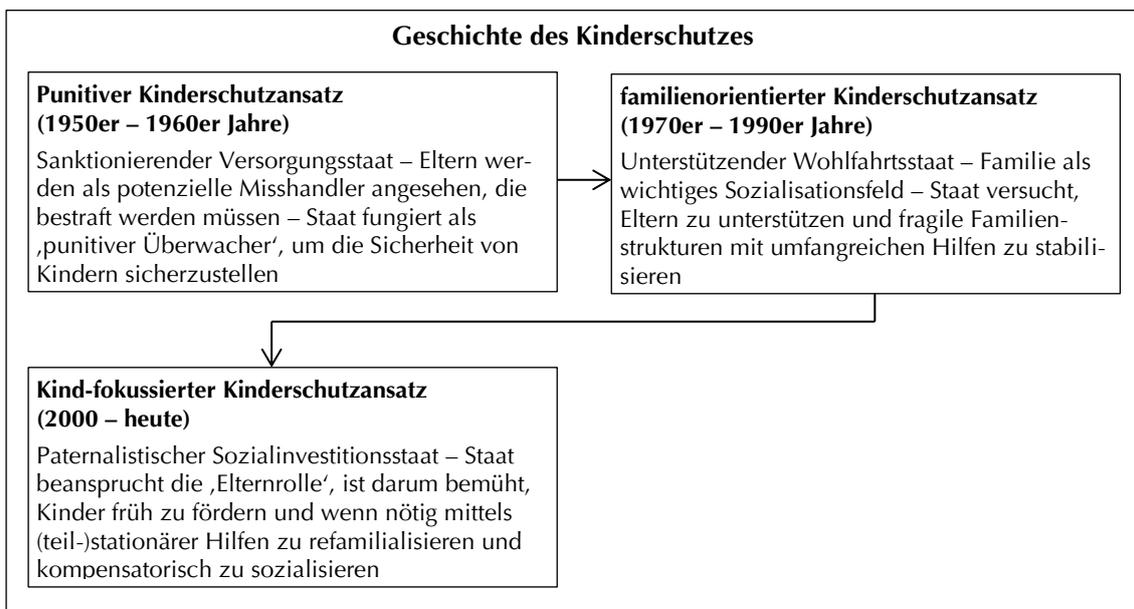


Abbildung 1

© Kay Biesel

Mittlerweile kann man jedoch eine Trendwende im Kinderschutz beobachten: Kinder werden inzwischen unabhängig von ihren Herkunftsmilieus als Subjekte mit eigenen Rechten angesehen<sup>10</sup>. Aus diesem Grund stehen auch nicht mehr nur die Unterstützung von sozial belasteten und benachteiligten Familien im Vordergrund der Kinderschutzpraxis, sondern auch die frühe Förderung von Kindern sowie die präventive Abwendung von

<sup>6</sup> siehe hierzu grundsätzlich: Donzelot 1980

<sup>7</sup> siehe hierzu u.a.: Biesel 2010; Wolff/Biesel/Heinitz 2011

<sup>8</sup> vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. 2009, S. 34ff.

<sup>9</sup> vgl. Deutsches Jugendinstitut e.V. 2011

<sup>10</sup> Liebel 2012; Maywald 2008

Gefährdungen des Kindeswohls. Im internationalen Raum spricht man in diesem Zusammenhang auch von einem kind-fokussierten Ansatz<sup>11</sup>. Er ist gebunden an eine ‚neue Regierung des Sozialen‘, an eine Politik der Mobilmachung und Kontrolle<sup>12</sup>, in einer verunsicherten Sicherheitsgesellschaft<sup>13</sup>. Diese Politik, die mit dem Ausbau Früher Hilfen, neuartigen Auflagen- und Kontrollhilfen und einer steigenden Anzahl von Inobhutnahmen einhergeht<sup>14</sup>, destabilisiert allerdings die Profession Sozialer Arbeit. Sie führt zu einer Etablierung einer Sicherheitspraxis, in der die (präventive) Abwendung von Kindeswohlgefährdung gegenüber anderen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe Oberhand gewinnt. Sie bedroht den ganzheitlichen Zuschnitt der Kinder- und Jugendhilfe, die Identität der Fachkräfte und die programmatische Ausrichtung ihrer Organisationen<sup>15</sup>.

### **Kinderschutz und seine Abhängigkeit von gesellschaftlichen Konjunkturen und Thematisierungswellen**

Soweit meine Vorbemerkungen. Sie sollten veranschaulichen, dass Kinderschutz von gesellschaftlichen Konjunkturen und Thematisierungswellen abhängig ist. Er wird beeinflusst von sich durchsetzenden Normalitätsparametern<sup>16</sup>. Sie können wie folgt akzentuiert werden<sup>17</sup>:

- Kinder dürfen nicht, insbesondere nicht durch Unterlassungen oder Handlungen ihrer Eltern, gefährdet, vernachlässigt, misshandelt oder sexuell ausgebeutet werden.
- Sie dürfen in Folge von Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Ausbeutung nicht sterben – ihr gewaltsamer Tod ist ein gesellschaftlicher Tabubruch sondergleichen.
- Kinder sind einzigartig und verletzlich. Sie bedürfen der frühen Förderung und müssen vor Gefährdungen in Familien und in Institutionen geschützt und auf ein Leben im flexiblen Kapitalismus vorbereitet werden; ihre Vernachlässigung, Misshandlung und sexuelle Ausbeutung ist gesellschaftlich in Frage gestellt und wird bei Aufdeckung je nach Form und Schweregrad und erst recht, wenn Fachkräfte und Organisationen Sozialer Arbeit davon Kenntnis hätten erlangen und dagegen hätten vorgehen können, skandalisiert.
- Sozial benachteiligte Familien sind für Kinder bedrohliche und risikoreiche Entwicklungsorte – was nun aber auch für Institutionen innerhalb und außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe zutrifft.
- Dennoch sind Institutionen öffentlicher Erziehung besser darin, Kinder aus sozial benachteiligten Familien früh zu fördern und zu bilden; als öffentliche Räume des Aufwachsens können sie durch die staatliche Gemeinschaft nämlich besser kontrol-

---

<sup>11</sup> Gilbert/Parton/Skivenes 2011, S. 255

<sup>12</sup> Lessenich 2009

<sup>13</sup> vgl. Hünersdorf 2011

<sup>14</sup> Statistisches Bundesamt 2013

<sup>15</sup> siehe exemplarisch am Beispiel des ASDs: Bundesarbeitsgemeinschaft ASD/KSD 2013

<sup>16</sup> Behnisch 2011

<sup>17</sup> vgl. ebd.; 2011, S. 46ff.

liert und wirksamer für die Sicherstellung des Schutzes von Kindern zugänglich gemacht werden.

- Durch Frühe Hilfen können sozial benachteiligte Eltern im Interesse des Kindeswohls aktiviert und zugleich sanft sanktioniert bzw. indirekt diszipliniert werden.
- Im Gefährdungsfall haben die Interessen und Bedürfnisse des Kindes Vorrang gegenüber den Rechten und Verpflichtungen der Eltern. Eltern werden zwar nicht immer wie früher für ihre Unterlassungen oder Handlungen bestraft und verfolgt, sie werden aber unter Androhung des Familiengerichts verstärkt dazu aufgefordert, Anordnungen und Auflagen erfüllen zu müssen. Diese wiederum tragen eher nicht dazu bei, Eltern bei der Bewältigung ihrer Belastungen, Probleme, Konflikte und Krisen zu unterstützen, so dass sie auf Dauer ohne professionelle Hilfe Verantwortung für sich, für ihre Partnerschaft und für das gesunde Aufwachsen ihrer Kinder übernehmen können.

Solche Normalisierungsparameter haben auch Einfluss auf die Diskussionen über Risiken, Gefahren und Fehler im Kinderschutz. Sie konfrontieren die Fachkräfte und die Organisationen Sozialer Arbeit mit unerfüllbaren Ansprüchen und Erwartungen. Sie führen zur Ausweitung von Formen sozialer Kontrolle, zur Absenkung der Eingriffsschwelle im Gefährdungsfall und gleichlaufend zum Anstieg von Gefährdungsmeldungen, aber auch zu mehr Verunsicherung im Umgang mit Kindeswohlgefährdung. Sie treiben das Katastrophenpotenzial des Kinderschutzes unnötig künstlich in die Höhe, indem sie die Fachkräfte Sozialer Arbeit davon abhalten, unbekannte, da sich erst im Nachhinein herausstellende Entwicklungsrisiken im Interesse der Förderung und Sicherstellung des Kindeswohls wohl überlegt und reflektiert einzugehen. Zugleich führen sie dazu, dass Organisationen Sozialer Arbeit gegenüber Risiken und Fehlern im Kinderschutz nicht offen eingestellt sind.

So erstaunt es auch nicht, dass im Kinderschutz inzwischen von einer „Praxis vor Kevin“, einer „Praxis nach Kevin“ und einer „Praxis vor, vor Kevin“ gesprochen wird. So paradox diese Formulierung anmuten mag. Sie signalisiert eine Zeitenwende im Kinderschutz, die bis heute Einfluss auf die Praxis hat. Denn es durfte und konnte nicht sein, dass Soziale Arbeit Schuld am Tod eines potenziell gefährdeten Kindes hatte. Reformen wurden gestrickt, Gesetze und Bestimmungen verändert<sup>18</sup>. Vor allem aber wurden Verfahrensregelungen eingeführt und neue fachliche Standards im Umgang mit Kindeswohlgefährdung gesetzt. Plötzlich wurden aus Multi-Problem-Familien Hochrisiko-Familien und es mussten soziale Frühwarnsysteme und Netzwerke Früher Hilfen eingerichtet werden. Das Motto lautete: Nicht noch einmal, nicht hier – nicht wir.

Die Fachkräfte machten mit bei diesem ‚Hase-und-Igel-Spiel‘, in dem es nur Opfer und Verlierer gab und in dem bereits feststand, dass es in Zukunft wieder ein zu schnelles, ein zu spätes, ein zu zögerliches professionelles Eingreifen in den privaten Raum der Familie im Interesse des Kindeswohls geben würde<sup>19</sup>. Sie wussten sich nicht anders zu helfen, als die medial inszenierte Erregung zu erdulden. Sie litten mit, mit den gepeinigten Kindern,

---

<sup>18</sup> vgl. Meysen/Eschelbach 2012

<sup>19</sup> vgl. Goldstein/Freud/Solnit 1982, S. 115ff.

für die öffentlich Anklage erhoben wurde, und mit den Fachkräften, die im Fokus des medialen Fegefeuers standen. Viele waren verunsichert und wollten genau wissen, wofür sie haftbar gemacht werden können, was es heißt, das staatliche Wächteramt auszuüben und als Garant für den Kinderschutz gegenüber Eltern und anderen Bezugspersonen von schutzbedürftigen Kindern Stellung zu beziehen. Andere wiederum wollten nicht unschuldig schuldig und für eine Praxis haftbar gemacht werden, die nicht die ihre ist – in der es an Strukturen, Ressourcen und Anerkennung mangelt. Sie verließen das Feld und setzten sich ab. Einige jedoch blieben und kämpften weiter. Sie wollten Prinzipien einer lebensweltorientierten oder auch systemisch inspirierten Sozialen Arbeit nicht einfach über Bord werfen. Sie hielten durch bis heute. Sie wurden von ihren Organisationen aber dazu genötigt, den Erwartungsdruck der Gesellschaft und Politik in Verfolgungsdruck zu transformieren. Sie wurden von dem Sog einer Katastrophenpraxis erfasst, in der der Ausnahmefall der Regelfall ist. Eine Praxis, in der Kinder durch Unzulässigkeiten, Regelverstöße und Zuwiderhandlungen von Fachkräften regelmäßig zu sterben scheinen und Fachkräfte Gefahr laufen, für den Tod von Kindern öffentlich angeklagt und strafrechtlich haftbar gemacht zu werden.

Soviel zur Blockade. Denn eine solche Praxis, in der der Ausnahmefall zum Regelfall ausgerufen wird, ist kontraproduktiv. Sie heizt Ängste an, und zwar auf beiden Seiten: sowohl auf Seiten der Fachkräfte als auch der Familien. Eine solche Praxis ist defensiv und rückwärtsgewandt. Sie verschärft das ohnehin strukturell vorhandene Professions- und Organisationsproblem Sozialer Arbeit im Kinderschutz<sup>20</sup>.

### **Im Kinderschutz ist nicht alles (strafrechtliches) Haftungsrisiko**

Im Kinderschutz ist nicht alles strafrechtliches Haftungsrisiko. In der Praxis stehen die Fachkräfte nicht immer ‚mit einem Bein im Gefängnis‘, können Kindeswohlgefährdungen nicht immer verhütet und Kindesmisshandlungen nicht immer verhindert werden. Es ist überzogen anzunehmen, dass Soziale Arbeit jedes in seiner Entwicklung bedrohte Kind vor Misshandlungen und Gefährdungen schützen kann. Zwar gibt es eine lebhafteste Debatte über strafrechtlich relevante Fehler, die bei der Einschätzung von Kindeswohlgefährdung eine Rolle zu spielen scheinen<sup>21</sup>. Aber fern aller strafrechtlichen Haftungsfragen, die mit Irritationen über die bislang ungeklärte Garantienstellung von Fachkräften in der öffentlichen wie freigemeinnützigen Kinder- und Jugendhilfe verbunden sind<sup>22</sup> und die Handlungsfähigkeit der Fachkräfte bedrohen<sup>23</sup>, gibt es ganz andere Herausforderungen, die es im Kinderschutz zu meistern gilt. Insbesondere muss darüber nachgedacht werden, wie Kinderschutz im 21. Jahrhundert aussehen könnte<sup>24</sup> und wo Kinderschutz momentan steht.

---

<sup>20</sup> vgl. Klatetzki 1998, S. 73

<sup>21</sup> vgl. Bringewat 2012, S. 333ff.; Mörsberger 2013a; Mörsberger 2013b

<sup>22</sup> Mörsberger 2013a; Mörsberger 2013b

<sup>23</sup> Biesel 2009; Meysen 2011; Verein für Kommunalwissenschaften e.V. 1999

<sup>24</sup> siehe hierzu u.a. Barlow/Scott 2010

## Die Katastrophe des Kinderschutzes und ihre Folgen

Kinderschutz ist, wie bereits ausgeführt wurde, in den letzten Jahren von einem Katastrophendiskurs bestimmt worden. Fälle über Kinder mit den Namen ‚Laura-Jane‘, ‚Kevin‘, ‚Jessica‘, ‚Lea-Sophie‘ oder ‚Anna‘ haben eine ganze Profession in Verruf gebracht. Sie stehen im übertragenen Sinne für eine Praxis des Versagens und Scheiterns. Sie sind die erlebte und gelebte Katastrophe Sozialer Arbeit im Kinderschutz im negativen wie im positiven Sinne.

Im negativen Sinne befördern sie die Gefährdung einer Profession, die die gestiegene Aufmerksamkeit für den Kinderschutz nicht als Professionalisierungsmotor zu nutzen weiß, da sie sich im Handlungsfeld ihres eigenen Standortes unsicher ist. Im Anschluss an Überlegungen von Hildenbrand<sup>25</sup> könnte man aus professionstheoretischer Perspektive auch sagen, Soziale Arbeit hat sich im Kinderschutz auf eine Position der Ortslosigkeit eingelassen, auf ein ‚Dazwischen‘. Sie bezieht weder Stellung noch grenzt sie sich gegenüber den anderen Professionen selbstbewusst ab. Sie ist insofern im Dazwischen, geht aber nicht dazwischen. Sie hat keine klare Richtung, weiß nicht, wo die Reise im Kinderschutz hingeht. Ihre verzweifelten Versuche, ihr Gesicht zu bewahren, münden in diskriminierende Sicherheitspraktiken der Risikokontrolle. Anstatt sich neu zu bestimmen und zu markieren, wofür sie zuständig ist und was sie kann, lässt sie sich von der medial inszenierten Katastrophe, von einer Politik interventionistischer Prävention disziplinieren. Sie lässt sich in Beschlag nehmen von einer paranoischen Erzählung, von einem soziokulturell geformten Angst- und Stress-Syndrom – von einer ‚Hystorie‘<sup>26</sup>. Sie ist gezeichnet von Angst, wird mit Anweisungen und Standardisierungen methodisch stranguliert, weiß weder aus noch ein, zuwartend auf die nächste Katastrophe.

So viel ist sicher: Die nächste Katastrophe wird kommen. Unverhofft. Plötzlich. Ohne Ankündigung. Und dann geht es weiter und es werden abermals ‚Sündenböcke‘ gesucht, ‚Schuldige‘ ausgemacht, die dafür öffentlich herhalten und symbolisch haften müssen, dass Kindeswohlgefährdungen nur bedingt berechenbar und Entscheidungsrisiken<sup>27</sup> sowie Fehler im Kinderschutz nicht hundertprozentig auszuschließen sind, denn es ist unmöglich, den Katastrophenfall im Kinderschutz durch die Berechnung von Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadenhöhe zu vermeiden und auf diese Weise sicher zu entdramatisieren<sup>28</sup>.

Auch die Familien werden – wie bereits beobachtet werden kann – von der massenmedial inszenierten Skandalisierung erfasst. Sie entlädt sich als Unverständnis und Wut gegenüber den ‚gefassten Misshandlern‘ sowie den erfolglosen Fachkräften und Organisationen Sozialer Arbeit (speziell gegenüber den Jugendämtern). In der Folge steigen die Belastungen der Fachkräfte, kommt es zu neuen Risiken organisationaler Art, verschlechtert sich das Image der Organisationen Sozialer Arbeit, verfestigen sich Zugangsbarrieren, werden Kindeswohlgefährdungen über- oder unterbewertet und Arbeitsbedingungen akzeptiert, die den Erfolg und die Wirksamkeit von Kinderschutz blockieren. Ein solches

---

<sup>25</sup> Hildenbrand (2013)

<sup>26</sup> Showalter 1997

<sup>27</sup> Luhmann 2003, S. 201ff.

<sup>28</sup> vgl. Münkler 2013, S. 96

Worst-Case-Szenario lässt sich in einem Schaubild wie folgt veranschaulichen (**Abbildung 2**):

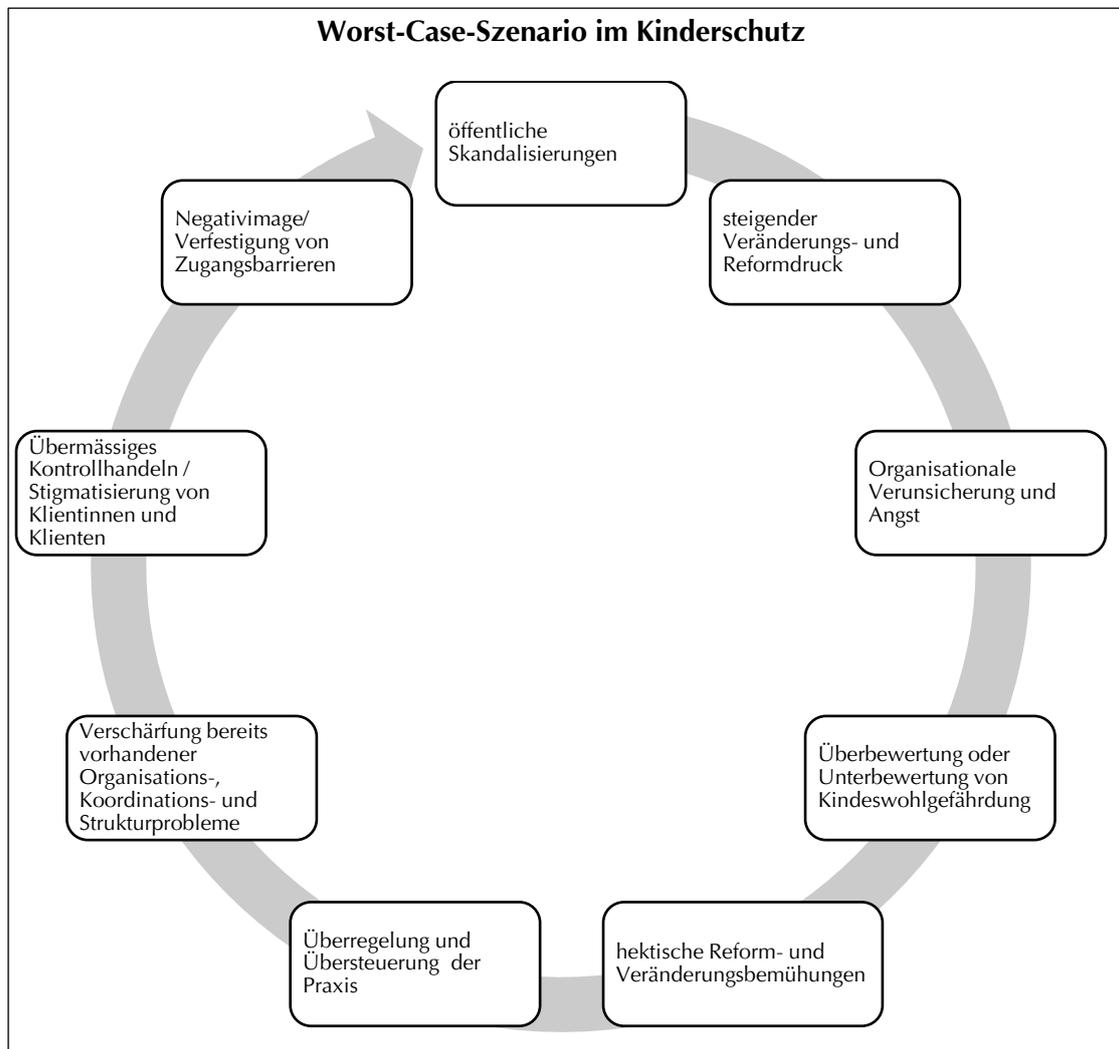


Abbildung 2

© Kay Biesel

Im positiven Sinne führen die in den letzten Jahren skandalisierten Kinderschutzfälle mit Todesfolge dazu, dass sich Soziale Arbeit damit auseinandersetzen muss, was ihre Mission und Aufgabe im Kinderschutz ist, und sie sich darüber im Klaren wird, von welchem Ort aus sie sich dem ‚Kampf der Professionen‘ um das ‚Grenzobjekt Kinderschutz‘<sup>29</sup> stellt. „Grenzobjekte stellen Verbindungen zwischen unterschiedlichen sozialen Handlungsfeldern her“<sup>30</sup>. Sie können, wie es beim Fall einer sich allmählich bestätigenden oder sich ausschließenden Kindeswohlgefährdung immer wieder vorkommt, unterschiedlich interpretiert und mit Sinn versehen werden. Im Kinderschutz haben wir es mit einem Grenzobjekt zu tun, weil an Fällen von Kindeswohlgefährdung zumeist verschiedene Professi-

<sup>29</sup> vgl. Franzheld 2013, S. 85; Hildenbrand 2013; Klatetzki 2013

<sup>30</sup> Klatetzki 2013, S. 117

nen beteiligt sind, die sich mehr oder weniger darüber einig sind und einig werden, ob das Wohl eines Kindes gefährdet ist. Zwischen ihnen kommt es aufgrund unterschiedlicher professioneller Sinnkonstruktionen immer wieder zu kommunikativen Missverständnissen, zu gegenläufigen Entscheidungen und Handlungen. Sie sind darin begründet, dass Kinderschutz als Grenzobjekt eine professionssprengende Eigenschaft besitzt.

Kindeswohlgefährdung kann je nach professioneller Lesart entweder a) als Verletzung, Schädigung, Krankheit (Perspektive der Medizin), b) als Delikt, Verstoß, Delinquenz (Perspektive der Polizei und Strafjustiz), c) als pädagogisches Problem/als Leistungsstörung (Perspektive der Schule), oder aber d) als soziales Problem/als Konflikt (Perspektive der Sozialen Arbeit) aufgefasst werden (**Abbildung 3**).

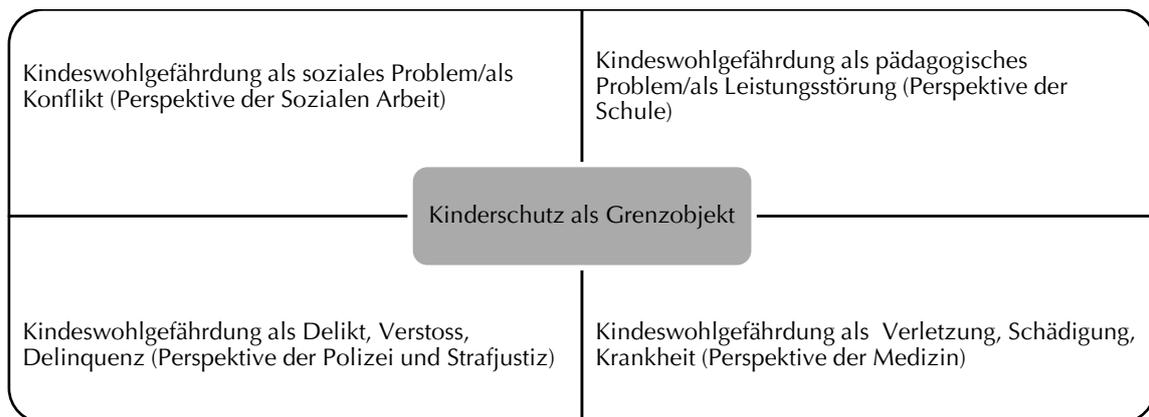


Abbildung 3

© Kay Biesel

Um in diesem Gewirr unterschiedlicher professioneller Orientierungen, Auffassungen und Deutungen die Übersicht zu bewahren, braucht es Klarheit, muss man im „System of Professions“<sup>31</sup> wissen, was man tut:

- wie man Gefährdungseinschätzungen vornimmt,
- wie man sozialpädagogische Diagnosen über Kindeswohlgefährdung fasst,
- wie man weiterführend Schlussfolgerungen daraus zieht,
- welche Unterstützungen notwendig und geeignet sind
- und wie man Hilfen plant, realisiert und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft.

Das, was man im Kinderschutz tun und lassen kann, ergibt sich demnach nicht einfach von selbst. Kinderschutz muss als Grenzobjekt von einer Profession zunächst einmal ‚in Besitz genommen‘, verstanden, konzeptualisiert, verantwortet und dann zum Gegenstand interdisziplinärer sowie interorganisationaler Kommunikation und Kooperation gemacht werden<sup>32</sup>.

<sup>31</sup> vgl. Abbott 1988

<sup>32</sup> vgl. Franzheld 2013, S. 94

Wie wir im Kontext des Projekts „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“<sup>33</sup> zeigen konnten, ist der Umgang mit Gefährdungsmeldungen sowie die Abklärung, der Verlauf und der Ausgang von Kinderschutzfällen in hohem Maße dadurch beeinflusst, wie Fachpersonen ihre Aufgaben im Kinderschutz verstehen und dann reflektiert umsetzen, vor allem aber: wie sie die Nutzerinnen und Nutzer von sozialen personenbezogenen Unterstützungsleistungen konzeptualisieren. Unsere Forschungen zeigen, dass Nutzerinnen und Nutzer im Kinderschutz überwiegend defizitär wahrgenommen und als unerreichbare und passive Hilfeempfänger klassifiziert werden. Im Kontext von Abklärungen und Fallbearbeitungsprozessen werden sie tendenziell nur dann als Partner mit Ressourcen angesehen, wenn sie den Interventionsbedürfnissen der Fachpersonen zustimmen und den vorgeschlagenen Unterstützungen und Maßnahmen folgen. Kinderschutz wird in diesem Zusammenhang in zwei ambivalent zueinander stehende Pole gespalten. Mit dem einen Pol wird „Kinderschutz als eine Praxis der Überprüfung, Ermittlung und helfenden Intervention“<sup>34</sup> gekennzeichnet. Mit dem anderen Pol wird „Kinderschutz als Praxis ganzheitlicher und gemeinwesenorientierter Hilfeaktion“<sup>35</sup> markiert. Beide Pole schließen sich nicht aus, verweisen aber auf unterschiedliche konzeptionelle Orientierungen. Zusammenbetrachtet und unter Heranziehung des gesamten empirischen Materials und der daraus gewonnenen Erkenntnisse deuten sie darauf hin, wo für sich Soziale Arbeit im Kinderschutz stark machen und qualifizieren muss<sup>36</sup>:

- für nachhaltige und wirksame Hilfeprozesse,
- für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Klientinnen und Klienten,
- für den Einsatz und die Verwendung von verbindlichen Verfahrensabläufen,
- für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen,
- für kompetente und gesunde Fachkräfte,
- für balancierte Familienstrukturen, Generationen- und Geschlechterbeziehungen.

Damit stehen weitere Erfordernisse in Beziehung, wie z. B. die Sicherstellung einer ausreichenden Ressourcenausstattung, vor allem von Zeit für die unmittelbare Zusammenarbeit mit belasteten Familien und von Gefährdung und Misshandlung bedrohten Kindern und Jugendlichen, von erreichbaren und Sicherheit gebenden Fachkräften<sup>37</sup>. Daran anknüpfend benötigt Soziale Arbeit im Kinderschutz dringender denn je

- öffentliche Anerkennung,
- ein Mindestmaß an professioneller Autonomie und Kontrolle,
- ein klares Rollen-, Aufgaben- und Zielverständnis,
- realistische (gesellschaftliche) Erwartungen,
- angemessene Bezahlung,

---

<sup>33</sup> Wolff et al. 2013a

<sup>34</sup> ebd. 2013a, S. 130

<sup>35</sup> ebd. 2013a, S. 137

<sup>36</sup> ebd. 2013a, S. 261

<sup>37</sup> ebd. Wolff et al. 2013a, S. 266f.

- klare Konzepte, Standards, Kriterien, Regelungen und Vorschriften,
- ausreichende Fort- und Weiterbildungen,
- ein fachliches Vorgehen mit Bezug zu Theorien und aktuellen Forschungsergebnissen,
- ausreichende Möglichkeiten zum gegenseitigen Lernen,
- einen guten Mix aus erfahrenen und unerfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern,
- aktuelle und empirisch überprüfte Verfahren, Methoden und Techniken zur Gefährdungseinschätzung und Hilfeplanung,
- ausgewogene Fallzahlen,
- erfüllbare Aufgaben und Anforderungen,
- Fall- und Teamsupervisionen,
- gegenseitige Hospitationen.

Es sind dies jene Praxismerkmale, die notwendig sind, um die emotional belastende Arbeit im Kinderschutz, die im Kern hoch fehleranfällig ist und durch Entscheidungsrisiken<sup>38</sup> sowie durch strukturelle Ungewissheit<sup>39</sup> und weniger durch Haftungsrisiken belastet wird, mit Selbstvertrauen, Wissen, Kompetenz, Zeit, Intuition, Leidenschaft und vor allem ohne Angst ausüben zu können.

## Schluss

Die überall zu beobachtenden Reformbemühungen (vor allem im Sinne von Anstößen zu diagnostischen Einschätzungsinstrumenten und zu Verfahrensregelungen) haben im Kern bislang nicht zur durchgreifenden Verbesserung der Kinderschutzpraxis geführt. Vielmehr haben sie die Praxis mit erheblichen Zusatzbelastungen und neuen Herausforderungen konfrontiert.

Kinderschutz gelingt aber nur dann, wenn Kinder, Jugendliche und Familien Vertrauen in die Qualität und Wirksamkeit der Kinder- und Jugendhilfe haben, wenn sie ihre Ängste überwinden, sich gegenüber den Fachkräften öffnen und über das, was sie bewegt und beschäftigt, offen erzählen. Hierfür wäre allerdings eine dialogisch-systemische Arbeitsweise notwendig, ein Fallverstehen in der Begegnung.<sup>40</sup> Ein solches Fallverstehen wird in Organisationen Sozialer Arbeit aber oftmals nicht favorisiert (speziell in Jugendämtern), da es der Kinderschutzpraxis an finanziellen Ressourcen, vor allem aber an einer Kultur lernender Organisationen<sup>41</sup> sowie an gut ausgebildeten und erfahrenen Fach- und Leitungskräften mangelt. Die Ursachen und Hintergründe von Kindeswohlgefährdungen werden aus diesem Grund immer noch nicht gut genug erkannt und zum Gegenstand dialogisch-systemischer Beratung-, Reflexions- und Unterstützungsprozesse gemacht.

---

<sup>38</sup> Luhmann 2003

<sup>39</sup> vgl. Gigerenzer 2013

<sup>40</sup> vgl. Welter-Enderlin/Hildenbrand 2004

<sup>41</sup> grundlegend: Argyris/Schön 1996; Senge 1998

Kinderschutz benötigt künftig Jugendämter, die zuverlässig, achtsam und fehleroffen sind<sup>42</sup>, die forschungsbasiert arbeiten, einen aufeinander bezogenen kind-fokussierten sowie familienzentrierten Ansatz verfolgen und die die sie umgebenden Umwelten als komplexe und turbulente Gebilde akzeptieren. Derart aufgestellte Jugendämter haben eine umfangreiche Leistungspalette niedrigschwelliger und passgenauer Hilfen (von der Jugendarbeit über die Förderung der Erziehung in der Familie und in Kindertagesstätten bis hin zu erzieherischen Hilfen und Unterstützungen in akuten Not- und Krisenlagen) und ein teilhabeförderndes Konzept im Umgang mit Kindeswohlgefährdung. Sie definieren ihre Ziele, bestimmen Indikatoren für Qualität und Erfolg, befragen ihre Nutzerinnen und Nutzer und leiten unter Heranziehung ihrer Ergebnisse Lernprozesse sowie organisationale Veränderungen ein. Sie etablieren transdisziplinäre Kinderschutzteams, bestehend aus Sozialarbeitenden, Psychologen, Therapeuten und Ärzten, die gleich bezahlt und anerkannt auf die Bearbeitung von Kindeswohlgefährdung spezialisiert sind. Diese Teams arbeiten beziehungsorientiert und partnerschaftlich mit belasteten Familien und von Gefährdung und Misshandlung bedrohten Kindern zusammen. Sie haben Zeit für sie, sind reflektiert im Umgang und in der Anwendung von Gefährdungseinschätzungsinstrumenten und setzen auf einen stärkenorientierten Ansatz. Sie machen sich frei von einer vereinseitigten Praxis der Gefahrenabwehr, indem sie von ihren Führungskräften darin bestärkt werden, auf Nutzerinnen und Nutzer zuzugehen, sie so zu achten und zu respektieren, wie sie sind, und darin geschult werden, auch dann bei ihnen zu bleiben, wenn Widerstand und Abwehr den Hilfeprozess dominieren, erst recht, wenn sich bereits alle anderen Professionen und Systeme von ihnen abgewendet haben.

Wenn dies gelingt, kommt der Motor des Kinderschutzes – um an die Metapher zu Beginn meiner Ausführungen anzuknüpfen – auch wieder in Schwung. Dann ist gewährleistet, dass die vielfältigen Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe nicht einfach blind zulasten von Gefährdungseinschätzung und Gefahrenabwehr eingeschränkt oder sogar aufgegeben werden. Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, wie er in § 8a SGB VIII formuliert ist, ist eine von vielen allgemeinen Vorschriften der Kinder- und Jugendhilfe. Es wird Zeit, dass sich die Profession diesen Umstand wieder vergegenwärtigt und Kinderschutz nicht zu einem Gefahrenbereich der Kinder- und Jugendhilfe in Gestalt von risikoaversen Jugendämtern erklärt!

---

<sup>42</sup> Biesel 2011; Weick/Sutcliffe 2010

## Literatur

- Abbott, Andrew (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor.* Chicago.
- Argyris, Chris/Schön, Donald A. (1996). *Die lernende Organisation. Grundlagen, Methode, Praxis.* Stuttgart.
- Barlow, Jane/Scott, Jane (2010). *Safeguarding in the 21st century - where to now.* Dartington.
- Behnisch, Michael (2011). „Spezialisten für das Normale“. Über Normalitätsparameter innerhalb der Kindeswohldebatte. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutzzentren e.V. (Hg.). *Das ist doch nicht normal! Alles anders, alle gleich - Verantwortung gegen Ausgrenzung.* Köln. S. 41-70.
- Biesel, Kay (2009). Professioneller Selbstschutz statt Kinderschutz? . In: *Sozialmagazin.* (4). S. 50-57.
- Biesel, Kay (2010). (Jüngste) Entwicklungen von Hilfe und Kontrolle in der Kinder- und Jugendhilfe. In: *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V.,* (9). S. 385 - 389.
- Biesel, Kay (2011). *Wenn Jugendämter scheitern. Zum Umgang mit Fehlern im Kinderschutz.* Gesellschaft der Unterschiede. Bd. 4. Bielefeld.
- Bringewat, Peter (2012). Strafrechtlich relevante Fehler bei der „Einschätzung des Gefährdungsrisikos“ nach § 8a SGB VIII. In: *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe.* (9). S. 330-336.
- Bundesarbeitsgemeinschaft ASD/KSD (2013). *ASD: Die bedrohte Berufsidentität der Fachkräfte und der Zustand der Organisation. Ein Aufruf zur kritischen Debatte um Zukunftsperspektiven im ASD.*
- Deutsches Jugendinstitut e.V. (2011) (Hg.). *Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen. Abschlussbericht des DJI-Projekts im Auftrag der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann.* München.
- Donzelot, Jacques (1980). *Die Ordnung der Familie.* Frankfurt a. M.
- Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Fangerau, Heiner (2010). *Problematische Kinderschutzverläufe. Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes.* Weinheim und München.
- Franzheld, Tobias (2013). Eine Ethnographie der Sprachpraxis bei Kindeswohlgefährdung und ihre Bedeutung für einen interdisziplinären Kinderschutz. In: *Soziale Passagen.* (5). S. 77-96.
- Fürniss, Tilman (2005). *Geschichtlicher Abriss zur Kindesmisshandlung und Kinderschutzarbeit von C.H. Kempe bis heute.* In: Deegener, Günther/Körner, Wilhelm (Hg.). *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch.* Göttingen. Bern. Toronto. Seattle. Oxford. Prag. S. 19-33.
- Gigerenzer, Gerd (2013). *Risiko. Wie man die richtigen Entscheidungen trifft.* 4. Aufl. München.
- Gilbert, Neil/Parton, Nigel/Skivenes, Marit (2011). *Changing Patterns of Response and Emerging Orientations.* In: Gilbert, Neil/Parton, Nigel/Skivenes, Marit (Hg.). *Child Protection Systems. International Trends and Orientations.* New York. S. 243-257.
- Goldstein, Joseph/Freud, Anna/Solnit, Albert J. (1982). *Diesseits des Kindeswohls.* Frankfurt a.M.

Hempel, Leon/Bartels, Marie/Markwart, Thomas (2013) (Hg.). Aufbruch ins Unversicherbare. Zum Katastrophendiskurs der Gegenwart. Bielefeld.

Hildenbrand, Bruno (2013). Das KJHG und der Kinderschutz: Eine verpasste Professionalisierungschance der Sozialpädagogik. Unveröffentlichtes Manuskript. Marburg:

Honig, Michael-Sebastian (1999). Entwurf einer Theorie der Kindheit. Frankfurt a.M.

Hünersdorf, Bettina (2011). Soziale Arbeit in der (Un-)Sicherheitsgesellschaft. Eine Theorie von Sozialer Arbeit braucht eine Sozialtheorie von Gesellschaft. . In: Die Kinderschutz-Zentren (Hrsg.). Hilfe...! Über Wirkungen, Risiken und Nebenwirkungen im Kinderschutz. . Köln. S. 15-43.

Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (2009). Kindeswohlgefährdungen erkennen und helfen. 11. überarb. Aufl. Berlin.

Klatetzki, Thomas (1998). Qualitäten der Organisation. In: Merchel, Joachim (Hg.). Qualität in der Jugendhilfe. Kriterien und Bewertungsmöglichkeiten. Münster. S. 61-75.

Klatetzki, Thomas (2013). Die Fallgeschichte als Grenzobjekt. In: Hörster, Reinhard/Köngeter, Stefan/Mülle, Burkhard (Hg.). Grenzobjekte. Soziale Welten und ihre Übergänge. Wiesbaden. S. 117-135.

Lessenich, Stephan (2009). Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus. 2. unveränd. Aufl. Bielefeld.

Liebel, Manfred (2012). Kinder und Gerechtigkeit. Über Kinderrechte neu nachdenken. Weinheim und Basel.

Luhmann, Niklas (2003). Soziologie des Risikos. Unveränd. Nachdruck der Ausgabe von 1991. Berlin. New York.

Maywald, Jörg (2008). Die Umsetzung der Kinderrechte als Leitbild in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In: e.V., Sozialpädagogisches Institut des SOS Kinderdorfs (Hg.). Kinderschutz. Kinderrechte. Beteiligung. München. S. 50-73.

McGowan, Brenda G. (2005). Historical Evolution of Child Welfare Services. In: Mallon, Gerald P./McCartt Hess, Peg (Hg.). Child Welfare for the Twenty-first Century. A Handbook of Practices, Policies, and Programs. New York. S. 10-46.

Meysen, Thomas (2011). Zwischen Absicherungsmentalität und fachlichem Risiko - Handlungsfähigkeit der Jugendhilfe trotz strafrechtlicher Verantwortung. In: Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik (Hrsg.): Kinderschutz. Dokumentation der fachlichen Weiterentwicklung im Spiegel der AGFJ-Tagungen von 1997 - 2011. Sonderdokumentation. Berlin. S. 65-73.

Meysen, Thomas/Eschelbach, Diana (2012). Das neue Bundeskinderschutzgesetz. Baden Baden.

Mörsberger, Thomas (2013a). Das Strafrecht als prima ratio des SGB VIII? Zu den andauernden Irritationen um die Haftungsrisiken im Kinderschutz (Teil 1). Zugleich eine Erwiderung auf Bringewat, ZKJ 9/2012. In: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe. (1). S. 21-24.

Mörsberger, Thomas (2013b). Das Strafrecht als prima ration des SGB VIII? Zu den andauernden Irritationen um die Haftungsrisiken im Kinderschutz (Teil 2). In: Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe. (2). S. 61-67.

Münkler, Herfried (2013). Revolution. Krieg und Katastrophe. Ein Diskurs über Domestizierung und Enthegung. In: Hempel, Leon/Bartels, Marie/Markwart, Thomas (Hrsg.). Aufbruch ins Unversicherbare. Zum Katastrophendiskurs der Gegenwart. Bielefeld. S. 95-139.

Senge, Peter M. (1998). Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation. 6. Aufl. Stuttgart.

Showalter, Elaine (1997). Hystorien. Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medien. Berlin.

Statistisches Bundesamt (2013). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Vorläufige Schutzmaßnahmen 2012. Stuttgart.

Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (1999) (Hg.). „... und schuld ist im Ernstfall das Jugendamt“ Probleme und Risiken sozialpädagogischer Entscheidungen bei Kindeswohlgefährdung zwischen fachlicher Notwendigkeit und strafrechtlicher Ahndung. Berlin.

Weick, Karl E. /Sutcliffe, Kathleen M. (2010). Das Unerwartete managen: Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen. 2., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart.

Welter-Enderlin, Rosmarie /Hildenbrand, Bruno (2004). Systemische Therapie als Begegnung. 4. Aufl. Stuttgart.

Wolff, Reinhart/Biesel, Kay/Heinitz, Stefan (2011). Child Protection in an Age of Uncertainty: Germanys Response. In: Gilbert, Neil/Parton, Nigel/Skivenes, Marit (Hg.). Child Protection Systems: International Trends and Orientations. New York. S. 183-2013.

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

Wolff, Reinhart /Flick, Uwe /Ackermann, Timo /Biesel, Kay /Brandhorst, Felix /Heinitz, Stefan/ Patschke, Mareike /Robin, Pierinne (2013b). Kinder im Kinderschutz – Zur Partizipation von Kindern und Jugendlichen im Hilfeprozess – Eine explorative Studie. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 2. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln.

# Was gehört zu einem professionellen Umgang mit dem Risiko?

## Arbeitsgruppe 1: Leiten im Risiko

### Wie viel Leitung braucht der Kinderschutz?

LOU VOSSEN

Leiterin des Bezirksjugendamtes Köln Ehrenfeld

#### 1. Organisationsstruktur der Bezirksjugendämter

Der Bezirk Ehrenfeld in Köln ist ein mittelgroßer Bezirk mit 105.000 Einwohnern. Köln besteht insgesamt aus neun Stadtbezirken (**Abbildung 1**). Köln-Mülheim ist der größte Bezirk mit 144300 Einwohnern. In Mülheim gibt es vier ASD-Gruppen mit etwa 10 bis 13 Mitarbeiter/innen sowie einen Gefährdungsmeldungs-Sofortdienst mit acht Personen.



Abbildung 1

© Stadt Köln

Chorweiler ist bezogen auf die Einwohnerzahl mit 80306 Einwohnern der kleinste Bezirk. Der ASD verfügt dort über zwei ASD-Gruppen und eine kleinere Gruppe des Gefährdungsmeldungs-Sofort-Dienstes.

Der Jugendhilfebedarf in den neun Bezirken richtet sich nach der jeweiligen Bevölkerungsstruktur. Die Größe eines Bezirkes ist dabei nicht allein ausschlaggebend.

Alle neun Bezirksjugendämter in Köln verfügen über einen Allgemeinen Sozialen Dienst, einen Gefährdungsmeldungs-Sofort-Dienst und Spezialdienste (Erziehungsbeistandschaft, Interkultureller Dienst), eine Gruppe Wirtschaftliche Jugendhilfe und eine Gruppe der Beistandschaft.

## 2. Der Gefährdungsmeldungs-Sofortdienst (GSD)

Im Jahr 2007 standen wir vor der Situation, dass der Personalbestand im Amt seit zehn Jahren unverändert geblieben war – bei einer Steigerung der Fallzahlen von 45 Prozent. Die Belastung für die Mitarbeitenden war erheblich!

Im Jahr 2008 beschloss der Rat in Köln, einen so genannten Gefährdungsmeldungs-Sofortdienst einzurichten. Im Zuge dessen sind den neuen Bezirksjugendämtern 45,5 Stellen und fünf Leitungsstellen zugeteilt worden.

Man hat somit die Bearbeitung der Krisenintervention von der sonstigen Fallbearbeitung getrennt und dem GSD seit 2009 folgende Aufgaben zugeschrieben (**Abbildung 2**):

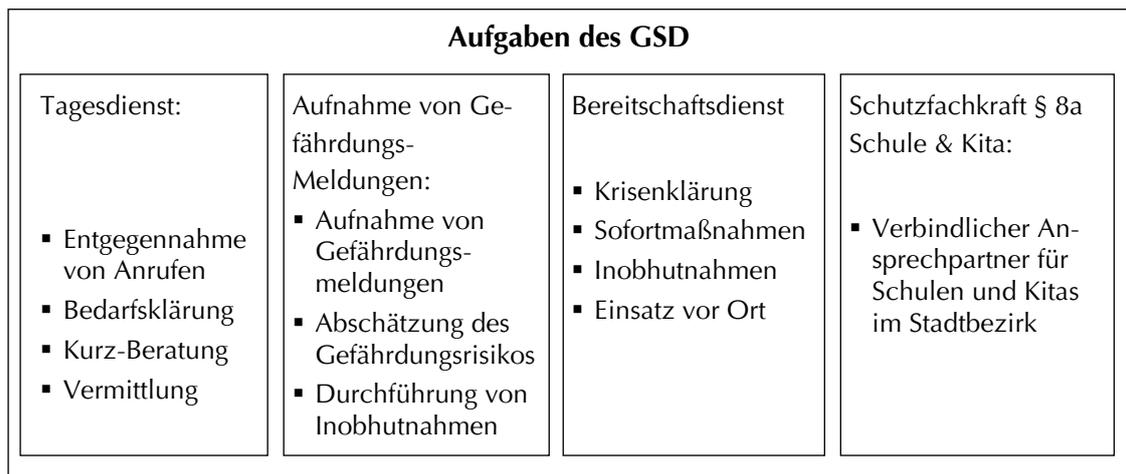


Abbildung 2

© Lou Vossen

Der GSD übernimmt den Tagesdienst, den zuvor der ASD geleistet hat. Er nimmt alle eingehenden Meldungen entgegen, führt eine Bedarfsklärung und gegebenenfalls eine kurze Beratung durch und vermittelt an den ASD oder an andere Dienste in der Stadt. Der GSD nimmt Gefährdungsmeldungen entgegen, nimmt eine erste Abschätzung des Gefährdungsrisikos vor und führt Inobhutnahmen durch, wenn es sich als notwendig erweist.

Außerhalb der Öffnungszeiten des Jugendamtes übernimmt der GSD für das gesamte Stadtgebiet einen Bereitschaftsdienst, im Rahmen dessen in Fällen, die eine mögliche Kindeswohlgefährdung zum Inhalt haben, eine Risikoeinschätzung vorgenommen wird und ggf. Inobhutnahmen durchgeführt werden. Der GSD ist gleichzeitig Schutzfachkraft gemäß § 8a SGB VIII für Kitas und Schulen. Er steht den Fachkräften dort beratend zur Seite.

### 3. Der Allgemeine Soziale Dienst in Köln

Die Teams des ASD sind Sozialräumen zugeordnet. Ein **SozialRaumTeam** besteht aus drei bis sieben Mitarbeitenden des ASD und jeweils zwei Mitarbeitenden des zuständigen freien Trägers. In den SRTs werden Falleinschätzungen vorgenommen, das heißt, es wird in der kollegialen Beratung nach einem bestimmten, festgeschriebenen Verfahren eingeschätzt, ob ein Fall dem Leistungs-, Grau- oder Gefährdungsbereich zuzuordnen ist.

Die SRTs bearbeiten die Gefährdungsmeldungen der ihnen bereits zugeteilten Fälle. Wenn ein Fall zur Risikoeinschätzung in das Sozialraumteam kommt, versucht man, einen Mitarbeitenden des GSD in die Sitzung zur fachlichen Beratung hinzuzuziehen.

### 4. Funktion der Leitung im ASD und GSD

Die Einschätzung des Gefährdungsrisikos findet sowohl im GSD als auch im ASD im Rahmen der kollegialen Beratung statt. Die Gruppenleitung wird nach der Falleinschätzung/Gefährdungseinschätzung informiert, bevor mögliche weitere Schritte eingeleitet werden.

Über 8a-Meldungen sowie die Ergebnisse der Risikoeinschätzung wird die Bezirksjugendamtsleitung informiert. Sowohl die Gruppenleitung als auch die Bezirksjugendamtsleitung werden durch einen entsprechenden Vordruck, auf dem die entsprechende Meldung sowie weitere Handlungsschritte aufgeführt sind, informiert.

Kann die Gruppenleitung oder die Bezirksleitung die Einordnung des Falls in den Leistungs-, Grau- oder Gefährdungsbereich nicht mittragen, obliegt ihr die Entscheidung über das weitere Vorgehen. Die Gruppenleitung und die Bezirksjugendamtsleitung stehen während des gesamten Prozesses zur Reflektion zur Verfügung.

### 5. Prozess der Neuerarbeitung der Richtlinie Minderjährigenschutz

Im Jahr 2010 nahmen wir an einem Projekt des nationalen Zentrums Frühe Hilfen „Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz“, gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen der Jugendämter Düsseldorf und Leipzig als Partnerstädte der Stadt Karlsruhe als Hauptprojektstadt, teil.

Als ein Ergebnis dieses Projektes stellte sich heraus, dass unsere Richtlinie zum Thema Kinderschutz veraltet war und einer Überarbeitung bedurfte.

Dazu wurde eine Arbeitsgruppe mit Beteiligung von Mitarbeitenden und Führungskräften der neun Bezirksjugendämter und des Sachgebietes Grundsatzangelegenheiten gegründet, die durch Herrn Prof. Dr. Biesel beraten und fachlich begleitet wurde.

Im Rahmen der Neuerarbeitung der Richtlinie führten wir eine **Befragung der Mitarbeiterschaft des ASD und des GSD in den Bezirksjugendämtern zum Thema „Kinderschutz“** in Form von Interviews durch. Durch diese Form der Beteiligung sollte sichergestellt werden, dass die Mitarbeitenden sowohl ihre Erwartungen bezogen auf das Arbeitsinstrument „Richtlinie“ als auch ihre Haltung bezüglich des Themas Kinderschutz zum

Ausdruck bringen konnten. Das Interesse an diesen Interviews war zum Teil groß, zum Teil wurde uns aber auch Unverständnis entgegengebracht. Einige Bezirke haben sich an den Interviews nicht beteiligt. Insgesamt war die Beteiligung geringer, als wir uns das gewünscht hatten. Es gab aber auch viele Teams, die sich zur Verfügung stellten und der Idee aufgeschlossen gegenüber standen und sich sehr engagiert an diesem Prozess beteiligt haben.

Auf einer Veranstaltung für Leitungskräfte der Bezirksjugendämter und der zentralen Fachabteilung wurden die Ergebnisse der Interviews vorgestellt und im Anschluss daran folgende Fragestellungen gemeinsam bearbeitet:

- Welche Aufgaben haben Sie als Leitungskraft bei der Bearbeitung von Kindeswohlgefährdungsmeldungen und -fällen wahrzunehmen?
- Was erwarten Sie von den Mitarbeitenden des GSD/ASD bzw. der Gruppenleitung/Bezirksjugendamtsleitung bei der Bearbeitung von Kindeswohlgefährdungsmeldungen und -fällen?
- Welche professionellen Grundprinzipien sind für Sie als Leitungskraft bei der Bearbeitung von Kindeswohlgefährdungsfällen von Bedeutung?

An dieser Stelle möchte ich eine Auswahl aus den Antworten vorstellen.

#### **Welche Aufgaben haben Sie als Leitungskraft bei der Bearbeitung von Kindeswohlgefährdungsmeldungen und -fällen wahrzunehmen?**

- Leitung ist präsent.
- Leitung vermittelt Ruhe und Gelassenheit.
- Leitung schafft passende Rahmenbedingungen (Personal, Fortbildung, Supervision, etc.).
- Bezirksjugendamtsleitung und Gruppenleitung schaffen ein angstfreies, konstruktives Arbeitsklima.
- Förderung einer positiven Teamstruktur durch die Gruppenleitungen.
- Leitung muss versuchen, den Mitarbeitenden äußeren Druck abzunehmen und fernzuhalten.
- Leitung muss Erwartung der Mitarbeitenden auf Entscheidungskompetenz erfüllen.
- Gruppenleitung (Bezirksjugendamtsleitungen) achtet auf die Einhaltung der fachlichen Standards, die in der Richtlinie festgeschrieben sind.
- Leitung sorgt dafür, die Haltung in Kinderschutzfragen der Mitarbeitenden zu vereinheitlichen.
- Gruppenleitung hat die Fachaufsicht und überprüft in diesem Rahmen die geplanten Schutzmaßnahmen.
- Gruppenleitung (Bezirksjugendamtsleitung) hat eine beratende und unterstützende Funktion.

- Gruppenleitung regt durch Nachfragen Mitarbeitende an, ihre Intuition und Emotionen zu konkretisieren.
- Gruppenleitung begleitet Mitarbeitende in schwierigen Fällen.

**Was erwarten Sie von den Mitarbeitenden des GSD/ASD bzw. der Gruppenleitung/Bezirksjugendamtsleitung bei der Bearbeitung von Kindeswohlgefährdungsmeldungen und -fällen?**

- Die Mitarbeitenden haben eine Informationspflicht der Leitung gegenüber – Leitung ist in Gefährdungsfällen immer mit einzubeziehen. Guter Informationsfluss ist wichtig!
- Die Mitarbeitenden sollen tätig werden, d.h. nicht Krisen aussitzen, sondern handeln!
- Die Mitarbeitenden müssen eine gute Reflexionsbereitschaft und -fähigkeit besitzen.
- Persönliche Grenzen der Mitarbeitenden respektieren und Überforderung anzeigen, d.h., es wird ein offener Umgang mit Überforderung erwartet.
- Ausreichendes Fachwissen muss vorhanden sein, fachliche Fortbildung und Supervision müssen wahrgenommen werden.
- Eine strukturierte, klare, nachvollziehbare Dokumentation ist ganz wesentlich im Prozess der Kindeswohlgefährdungsbearbeitung.
- Wichtig ist ein positives Klima im Team, das eine positive Streitkultur einschließt. Es muss möglich sein, Konflikte miteinander auszuhandeln.
- Als wesentlich wurde außerdem die Vermittlung von Grenzen erachtet.
- Ein Team muss zur selbstständigen Einschätzung des Falles in der Lage sein.
- Die Bezirksjugendamtsleitung soll als Ressource genutzt werden.
- Wesentlich ist auch eine selbstkritische Offenheit bei Benennung von Fehlern.

**Welche professionellen Grundprinzipien sind für Sie als Leitungskraft bei der Bearbeitung von Kindeswohlgefährdungsmeldungen und -fällen von Bedeutung?**

- Eigene Grenzen kennen und akzeptieren,
- Keine Parteilichkeit fürs Kind (diese Antwort wurde im Zusammenhang mit der Frage nach dem Einbeziehen der Eltern in den Bearbeitungsprozess genannt),
- Wertschätzung den Eltern gegenüber,
- Beteiligung von Kindern, Jugendlichen und Eltern,
- Klarheit über das Wächteramt,
- Professionelles Standing,
- Professionelle/emotionale Distanz zu Meldung und Fakten,
- Bereitschaft zur Reflektion des eigenen Handelns,

- Offenen Fachaustausch fördern,
- Mut zum Dissens,
- Verlässlichkeit – emotional, fachlich,
- Ein Menschenbild: ethische Grundprinzipien, Fairness,
- Richtlinienkenntnis,
- Fachkenntnisse der gesetzlichen Grundlagen,
- Verbindliche Regelungen sind einzuhalten,
- Kollegialer Austausch,
- Mut zur Entscheidung.

Die Gruppe der Leitungskräfte bestand aus 40 Personen. Somit wird ein Gesamtbild beschrieben, das sich aus unterschiedlichen, individuellen fachlichen Haltungen zusammensetzt.

**Für die weitere Diskussion in der Arbeitsgruppe erhielten vier Kleingruppen den Auftrag, drei zentrale Thesen zur Fragestellung „Wie viel Leitung braucht der Kinderschutz?“ zu erarbeiten.** Außerdem sollten drei prägnante Gesichtspunkte, bezogen auf die jeweilige Institution der Teilnehmer, formuliert werden. Letzter Teil der Fragestellung konnte aus zeitlichen Gründen nicht mehr im Plenum vorgetragen werden.

#### **Ergebnisse der Kleingruppenarbeit:**

- Leitung so viel wie nötig, so wenig wie möglich. „Leitung so viel wie nötig“ bedeutet: ständige Präsenz, Fachaufsicht, Fach- und Entscheidungskompetenz. „Einmischen“ ist gefragt, gegebenenfalls entscheiden.
- Als Leitung vertreten: Abschied von der Omnipotenz im Kinderschutz, mehr positive Pressearbeit forcieren, auch für innerbetriebliche Organisationsbezüge, gute Rahmenbedingungen für gute Arbeit herstellen.
- Gut informierte Leitung mit Fallverständnis ist Arbeiterschutz.
- Leitung regt an und wirkt mit (steuert) an der Entwicklung von Haltungen und an der Erarbeitung von fachlichen Standards im Kinderschutz und achtet auf vergleichbare Arbeitsweisen in den Regionen.
- Für was benötigt man Leitung im Kinderschutz?
- Ab wann benötigt man Leitung im Kinderschutz?
- Leitung kontrolliert die Einhaltung von Standards.
- Leitung beobachtet, wer was wann braucht.

- Klima fördern, dass Unterstützung eingefordert wird → Leitung muss diese Unterstützung individuell geben können.
- Leitung ist präsent, gibt Rahmen vor (u.a. personelle Ressourcen), stößt Reflexion der Prozesse auf der Metaebene an.
- Mitarbeiterförderung als Leitungsprinzip.
- Vertrauen und Selbstvertrauen  
↳ Verantwortung delegieren.
- Fehlertoleranz für angstfreies Arbeiten  
↳ und als Entwicklungschance.
- Mut zur Leitung! (Was brauchen Leitungskräfte?)

Unabhängig davon, wie Leitung sich im Kinderschutz aufstellt, ist es aus meiner Sicht dringend erforderlich, im Jugendamt eine Kultur zum Thema Fehlermanagement im Kinderschutz zu entwickeln. Dazu ist es notwendig, Verfahren festzuschreiben, die es erlauben, Kinderschutzfälle im Nachgang sachlich zu betrachten, um daraus zu lernen ohne das Handeln der beteiligten Fachkräfte zu bewerten.

# Was gehört zu einem professionellen Umgang mit dem Risiko?

## Arbeitsgruppe 2: Reduzierung des Risikos durch fachliche Konzepte und gute Organisation

REGINA QUAPP-POLITZ

Leiterin der Abteilung für Familie und Jugend, Jugendamt Stuttgart

WULFHILD REICH

Mitarbeiterin der Dienststelle Qualität und Qualifizierung, Jugendamt Stuttgart

In Vorbereitung dieser Arbeitsgruppe stellten wir uns u.a. die Frage, für wen sich eigentlich das Risiko reduzieren soll:

- Für die Kinder und Jugendlichen, nicht in einer Gefährdungssituation zu leben?
- Für die Eltern, die Hilfe und Unterstützung bekommen? (Wie wir wissen, haben Eltern nicht von vornherein die Absicht, ihr Kind zu misshandeln oder zu vernachlässigen. Kinder in Not sind immer Kinder von Eltern in Not.)
- Für die Mitarbeiterschaft?

Wir stellen Ihnen unsere Entwicklung vor, die dazu führt, dass das Risiko für alle drei Bereiche reduziert werden kann. Dabei betonen wir ausdrücklich, dass dies der Stuttgarter Weg ist und nicht in allen Teilen in jedem Jugendamt umgesetzt werden kann. Es hängt nicht zuletzt von den unterschiedlichen Akteuren, von der Amtsleitung und vom politischen Willen ab, wie der Weg im jeweiligen Jugendamt aussehen kann.

### 1. Die Organisationsstruktur „Beratungszentren“ des Stuttgarter Jugendamts

Zunächst möchten wir Ihnen unser Organisationsmodell „Beratungszentrum für Kinder und Familie“ vorstellen.

Vor ungefähr zehn Jahren haben wir uns im Jugendamt Stuttgart von der Organisation „Allgemeiner Sozialer Dienst“ verabschiedet. Der Organisationsentwicklungsprozess begann allerdings bereits im Jahr 1996, als der damalige ASD in Leistungserbringer und Leistungsgewährer getrennt wurde. Die weitere Entwicklung hat eine Umstrukturierung der Hilfen zur Erziehung mit sich gebracht. Es gibt zehn sozialräumliche Steuerungsgebiete und in jedem Bereich ist ein freier Träger für die Gesamtversorgung im Sozialraum zuständig. Das hatte damals viele Diskussionen ausgelöst. Wir haben dieses Konstrukt aber von Herrn Prof. Münder überprüfen lassen und es ist so bestehen geblieben. Dabei ist dem Sozialen Dienst eine gehörige Aufgabe zugewachsen. Der Soziale Dienst hat in den Stadtteilteams, die zusammen mit den HzE-Trägern gebildet werden, so präsent zu sein, dass die Hilfe hypothetisch gebildet wird und alle drei Monate Kontraktgespräche dazu geführt werden. Ein Beratungszentrum verantwortet im Jahr ein Budget von etwa 1-2 Millionen Euro im Jahr.

Damals wurde festgestellt, dass der Soziale Dienst bei dieser hohen Verantwortung auch ordentlich bezahlt werden muss. Bei uns werden alle Sozialarbeiter nach S 15 bezahlt. Das ist die höchste Stufe, die ein Sozialarbeiter erreichen kann.

Die Entwicklung in Stuttgart umfasst demnach den Umbau der Hilfen zur Erziehung und außerdem den „ASD in Bewegung“, was beinhaltet, dass der ASD andere Zugänge als über die Straßenzuständigkeit schaffen wollte. Es entstand zudem eine große Diskussion zur Frage: Worin liegt der Unterschied zwischen den Angeboten der Sozialen Dienste, die sich sozialräumlich und lebensweltorientiert aufstellen, und den Erziehungsberatungsstellen? Im Zuge dieser Diskussion kamen wir zu dem Ergebnis, dass wir vielleicht nach einer Umorientierung auf eine Zusammenlegung der beiden Bereiche die höhere Mittelschicht verlieren könnten, die nicht mehr in die Erziehungsberatungsstellen kommt, die aber andere Wege finden würde. Etwa zur gleichen Zeit gab es ein Gutachten über die Erziehungsberatungsstellen. Wir hatten vier städtische und einige Erziehungsberatungsstellen in freier Trägerschaft. Aus dem städtischen Bereich mussten wir infolge des Gutachtens 2,5 Stellen abgeben und somit eine Erziehungsberatungsstelle schließen. Das bestärkte uns in unserem Entschluss, den ASD und die Erziehungsberatungsstellen zusammenzuführen.

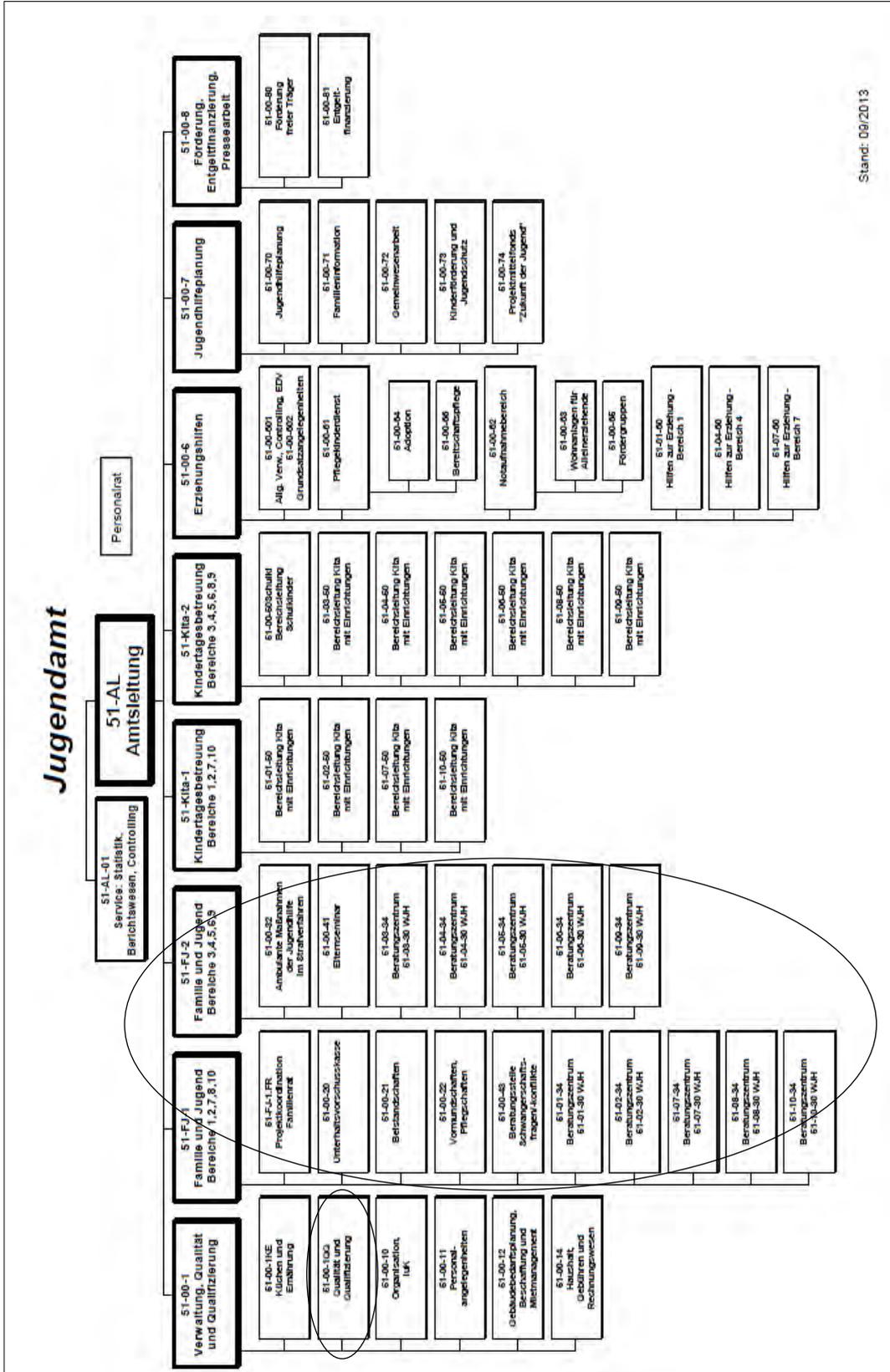
Im Rahmen der Hilfen zur Erziehung hatten wir bereits den ASD und die Wirtschaftliche Jugendhilfe zusammengeführt. Die Mitarbeiter der WJH hatten wir in den Sozialen Dienst integriert. In das neue Beratungszentrum wurden zuletzt auch die psychologischen Fachkräfte eingebunden.

**Abbildung 1** gibt eine Übersicht über die gegenwärtige Struktur des Jugendamtes Stuttgart. Im Folgenden soll es insbesondere um die Beratungszentren in den beiden Abteilungen „Familie und Jugend“ und um die Dienststelle „Qualität und Qualifizierung“ gehen. Die Dienststelle „Qualität und Qualifizierung“ wurde im Jahr 1999 als Ergebnis der Organisationsentwicklung gebildet. Vorher hatten die einzelnen Fachabteilungen ihre eigenen Stabsstellen, die alle für sich konzeptionell arbeiteten. Diese Arbeit wollten wir bündeln, um die Qualitätsentwicklung des Jugendamtes sowie ein jährliches Fortbildungsprogramm strukturell zu sichern.

Das Jugendamt Stuttgart ist ein riesiges Gebilde mit 3.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Das erklärt sich u.a. daraus, dass wir stadteigene Kitas mit über 10.000 Plätzen haben. Diese wollen wir aber auch nicht aufgeben, weil dort die Kooperation zu den Sozialen Diensten stattfindet, die sich anders als mit einem freien Träger gestaltet.

Der Leiter der Beratungszentren für Jugend und Familie im Aufgabenbereich 51-FJ-1 ist für fünf Beratungszentren, für die Beistandschaften, die Pflegschaften/Vormundschaften und den Unterhaltsvorschuss verantwortlich (**Abbildung 2**).

Auch der Aufgabenbereich 51-FJ-2 umfasst fünf Beratungszentren, weiterhin den Täter-Opfer-Ausgleich, Betreuungsweisungen, Soziale Trainingskurse und das Anti-Gewalt-Training. Wir haben die Jugendhilfe im Strafverfahren ebenfalls im letzten Jahr dezentralisiert und das Personal in die Beratungszentren gegeben (**Abbildung 3**). Außerdem gehört das Elternseminar dazu, das heute sein 50-jähriges Jubiläum feiert. Seit drei Jahren gibt es das Projekt Kinderschutz mit dem Olgahospital. Das Olgahospital ist *die* Kinderklinik in Stuttgart und es ist uns gelungen, Kinderschutz in der Klinik zu etablieren.



Stand: 09/2013

© Jugendamt Stuttgart

Abbildung 1

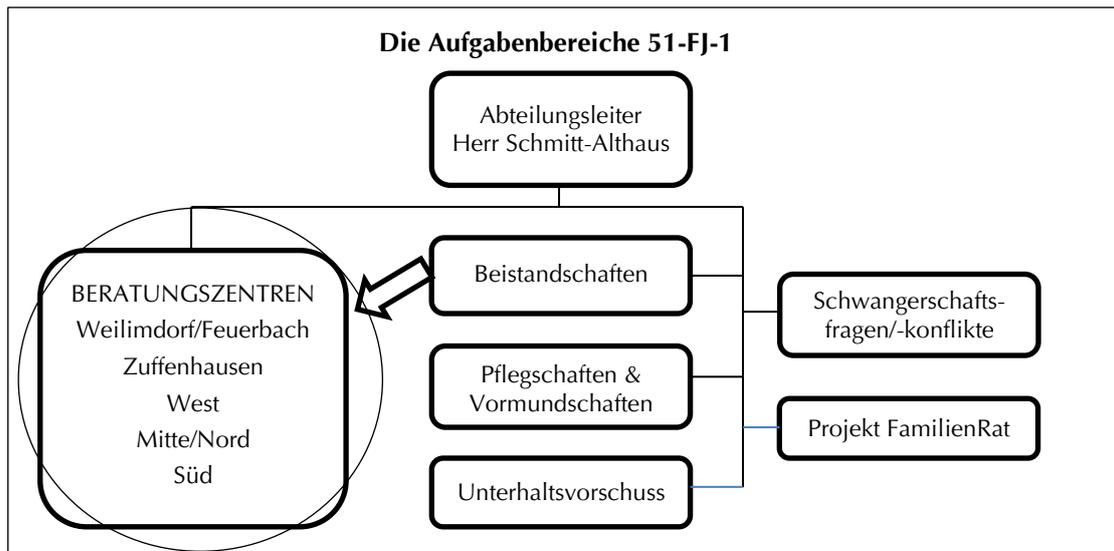


Abbildung 2

© Jugendamt Stuttgart

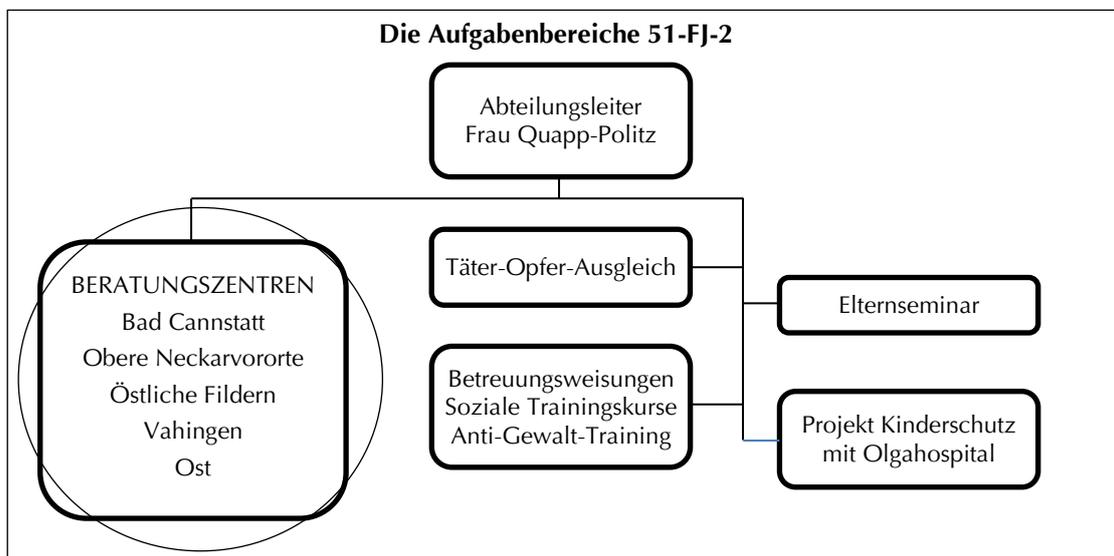


Abbildung 3

© Jugendamt Stuttgart

## 2. Was ist ein Beratungszentrum?

Ein Beratungszentrum ist ein Zentrum für Familie, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, aber auch für alle Anderen bis 63 Jahre, danach gibt es einen Wechsel in eine andere Dienststelle, die sich „Leben und Wohnen im Alter“ nennt und im Sozialamt angesiedelt ist.

Beratungszentren gibt es in allen zehn Bereichen der Stadt. Es sind Zentren mit einem breit gefächerten Angebot psychologischer, psychosozialer und sozialer Beratung und Hilfen. Diese Beratungszentren sind für die Familien Erstanlaufstellen – mit dem Ziel der Information, des Clearings, der Vermittlung, der Beratung und der Begleitung sowie der Krisenintervention bei psychosozialen, sozialen und materiellen Problemlagen, die Kinder, Jugendliche, Familien oder alleinstehende Erwachsene betreffen.

Die Beratungszentren erbringen allgemeine Sozial- und Lebensberatungen, Familienberatung, Erziehungsberatung, psychologische Beratung, Beratung bei Trennung und Scheidung, Beratung zur elterlichen Sorge und zum Umgangsrecht, Beratung und Vermittlung zu Hilfen zur Erziehung und anderen Jugendhilfeleistungen, Leistungen im Bereich individueller Schutz von Kindern und Jugendlichen sowie Sicherung des Kindeswohls. Es sind Zentren für Kinderschutz und für Frühe Hilfen. Es sind Zentren, die Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfe vermitteln und finanzieren können. Gegebenenfalls wird an andere und spezialisierte Hilfen verwiesen. Wir erbringen außerdem persönliche Hilfen nach SGB II und SGB XII. Einen wesentlichen Arbeitsanteil nimmt die Kooperation und Vernetzung, d.h. die Einzelfall übergreifende Sozialarbeit ein. Wir erbringen die Wirtschaftliche Jugendhilfe und die Jugendhilfe im Strafverfahren.

Das Besondere eines Beratungszentrums liegt in:

- multiprofessionellen Teams,
- Sozialarbeit, psycho-sozialer Beratung und Wirtschaftlicher Jugendhilfe unter einer Leitung,
- freiwilligen Aufgaben, hoheitlichen Aufgaben und Pflichtaufgaben in einem Dienst,
- Dezentralisierung der meisten Aufgaben des Jugendamtes, die direkt den Bewohnern zugutekommen,
- sozialräumlicher Ressourcenverantwortung (HzE).

Im Beratungszentrum arbeitet ein multiprofessionelles Team von 18 bis 30 Mitarbeiter/innen in Vollzeit und Teilzeit. In jedem Beratungszentrum sind zwei psychologische Fachkräfte tätig. Wir bemühen uns, Sozialarbeiter und Psychologen mit Migrationshintergrund einzustellen, denn Stuttgart ist eine Stadt mit einem hohen Migrantenanteil. Wir haben außerdem festgestellt, dass das Verhältnis von Männern und Frauen in der Beratung 28 zu 72 beträgt. Das korrespondiert damit, dass weitaus weniger Männer Beratung in Anspruch nehmen. Daher wollen wir mehr Männer in die Beratungsarbeit bekommen. Die Beratungszentren sind insgesamt mit 185 Stellen, davon zehn Leitungsstellen und 20 Sekretariatsstellen ausgestattet.

Diese Beratungszentren machen es den Bürgern leichter, weil ihnen ganzheitliche Hilfen im Stadtteil angeboten werden. Die Beratungszentren sind in den Stadtteilen sehr bekannt. Wir leisten Hilfen aus einer Hand an einer Dienststelle. Damit entfallen in den meisten Fällen lange Wege sowie die Prozedur, von einer Dienststelle zur anderen geschickt zu werden. Sozialräumliche Ressourcen können leichter mit der Einzelfallhilfe verbunden werden. Die Mitarbeiter/innen in den Beratungszentren müssen sich gut im Stadtteil auskennen und gut vernetzt sein. Wichtig ist dabei die Verankerung des multiprofessionellen Teams im Sozialraum.

Bei der Arbeit der Teams sind folgende **Bedingungen** zu erfüllen:

- strikte Anwendung des Datenschutzes z.B. bei Datenerhebung, Datenspeicherung und -verarbeitung, bei der Aktenführung – dazu haben wir eine sehr dezidierte Aktenordnung,
- Klarheit im Umgang mit und Trennung von verschiedenen Rollen und Aufgaben.

**Ziele und Aufgaben** der Beratungszentren sind:

- psycho-soziale Grundversorgung der Stuttgarter Bürger/innen sichern,
- bürgernahe Anlaufstelle in den Bereichen bieten,
- bedarfsgerechte Hilfen und Unterstützung realisieren,
- Netzknoten bilden für die Angebote von Jugendhilfe, von Früher Förderung von Familien, von Kinderschutz, Sozialhilfe, JobCenter, Schulen, Kindertagesstätten, Ärzte, Polizei u.v.m.,
- präventive Aufgaben erfüllen.

Die Netzknoten Frühe Förderung bedeuten, dass die Beratungszentren auch Anlaufstellen für junge Familien sind. Wir werden eine Handlungskonferenz Frühe Förderung einrichten und koordinieren, um mehr Familien gezielter zu erreichen. Die Frühe Förderung ist bei uns kein Extra-Bereich, sondern ebenfalls in die Beratungszentren integriert worden. Vom Bundesprogramm Frühe Hilfen erhielten wir für die Vernetzung für jedes Beratungszentrum 30 Prozent der Finanzierung sowie zusätzlich eine halbe Stelle in jedem Aufgabenbereich zur Koordinierung. Wir haben uns bewusst dafür entschieden, die Frühe Förderung in unseren Beratungszentren zu behalten.

### **Zugänge zu den Beratungszentren**

Ein Zugang zum Beratungszentrum sind seit fast drei Jahren die **Willkommensbesuche**. In Stuttgart erhalten alle Familien mit einem Neugeborenen einen Brief vom Oberbürgermeister, in dem das Neugeborene willkommen geheißen und in dem die Familie darauf hingewiesen wird, dass in absehbarer Zeit das Jugendamt zu Besuch kommen wird. Wir schreiben an die Familien einen Brief mit einem Terminvorschlag. Diesen kann die Familie annehmen, aber auch ablehnen. 85 Prozent der Familien lassen uns hinein. Im Gegenteil: Es kommen mitunter telefonische Anfragen, wann wir denn kämen. Bei diesen Besuchen überreichen wir ein Willkommensgeschenk in Form eines Kapuzenhandtuchs mit dem eingestickten Wappen von Stuttgart (einer Stute) und ein Elternbegleitbuch. In diesem Buch stehen Adressen aus dem Stadtteil, wohin sich junge Familien mit verschiedenen Anliegen wenden können, die Öffnungszeiten der Bücherei und auch ein Gutscheine für die Benutzung über ein halbes Jahr, viele Informationen über das Aufwachsen von Kindern, Anleitungen zum Singen, Spiele werden beschrieben usw.

Es werden grundsätzlich alle Familien besucht und nicht nur die Familien, bei denen wir Probleme vermuten. Die Kolleg/innen, die zum Willkommensbesuch in die Familien gehen, nehmen auch prekäre Lebenssituationen wahr. Sie greifen jedoch nicht sofort defizitorientiert ein, sondern bieten weitere Beratung und Hilfe an. Die Kolleg/innen kommen mit „normalen“ Familien in Kontakt, die sie bisher nicht kannten, und geraten nicht in die

Situation, überall mit einem „Tunnelblick“ nur Defizite und Problemfamilien zu sehen. Außerdem stärken diese Besuche das Image des Jugendamtes.

Ein weiterer Zugang ist die **Orientierungs- und Erstberatung**, die an den Wochentagen zur üblichen Bürozeit besetzt ist. Dort wird jeweils gemeinsam mit dem Beratungssuchenden entschieden, ob mit dieser Beratung das Anliegen bereits bearbeitet werden kann oder ob eine Weitervermittlung bzw. eine Zuordnung in die Fallverteilung erfolgen muss. Innerhalb von zwei Wochen wird vereinbart, ob ein Mitarbeiter in die Familie geht oder ob es einen Termin im Büro gibt.

Es gibt einen **Krisen- und Notfalldienst** nach Geschäftsschluss, der von einem freien Träger sichergestellt wird. Hier arbeiten einige Mitarbeiter/innen von uns als Honorarkräfte mit.

Zugänge erschließen sich außerdem über **telefonische Anfragen, E-Mail-Kontakte**, über die **Beratung im Beratungszentrum** oder **Hausbesuche, Außensprechstunden**, z.B. in Schulen, Kitas usw. oder durch **Überweisung durch Dritte**, z. B. Schulen, Kitas, Polizei.

Wir beteiligten uns an dem Projekt „Migrationssensibler Kinderschutz“. Dabei wurden zahlreiche Akten ausgewertet und festgestellt, dass 30 Prozent im Kinderschutz Selbstmelder sind. Das halten wir für ein hohes Qualitätsmerkmal für die Institution.

### **3. Reduzierung des Risikos im Kinderschutz durch Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung**

**Qualitätssicherung ist Leitungsaufgabe.** Dies definiert bereits das Verhältnis zur Dienststelle Qualität und Qualifizierung in Stuttgart. Bei der Umstrukturierung des Jugendamtes wurde beschlossen, dass Qualitätssicherung und konzeptionelle Entwicklung zwar Leitungsaufgaben sind, aber der Unterstützung durch Verantwortliche mit durchaus anderen Sichtweisen bedürfen.

Die Leitung nimmt die Qualitätssicherung in der **Fachaufsicht**, durch **Rückfragen** und **Dienstbesprechungen, Beratung in Einzelfällen** und im **Kontraktmanagement** wahr. Im Zuge der **HZE-Vereinbarung** sitzen die Abteilungsleitung und die Bereichsleitung stets in den Steuerungsrunden. Dort wird die Entwicklung im HZE-Bereich besprochen.

Die Leitung ist für die Entwicklung von **Standards** und deren Umsetzung verantwortlich. Unsere **Dienstanweisung Kinderschutz** ist mit drei Seiten überschaubar und beschränkt sich auf das Wesentliche. In dieser Dienstanweisung ist verankert, wann die Abteilungsleitung einzuschalten ist: nicht nur bei presserelevanten Fällen, sondern auch bei schwierigen Interventionsverläufen. Außerdem wird die Notwendigkeit betont, dass es einen Außenblick gibt. Es wird darauf hingewiesen, dass die Einschaltung der Abteilungsleitung geteilte Verantwortung ist und der einzelne Sozialarbeiter nicht alleingelassen wird.

Eine jährliche **Fallreflexion** wird über einen ganzen Tag durchgeführt. Diese nennt sich „Lernen aus der Praxis“ und verschafft den Sozialarbeiter/innen die Gelegenheit, sich gegenseitig unter einem bestimmten Thema, wie z.B. Kooperation mit Schule oder Kin-

derschutz, ihre Fälle vorzustellen und diese zu reflektieren, dazu wird auch die Sichtweise der Familie zur Hilfeleistung eingeholt.

Die **Teamentwicklung** wird kontinuierlich fortgeführt. Im **Beschwerdemanagement** werten wir regelmäßig Beschwerdefälle aus.

Es wurde eine **verbindliche Fallsupervision** für Fachkräfte der Sozialarbeit und Beratung eingeführt. Jede Fachkraft muss zwei Fälle in einem Supervisionsprozess vorstellen. Wir verfügen allerdings auch (noch) über genügend finanzielle Mittel, um diese Form der Supervision durchführen zu können. Außerdem findet Einzelsupervision in drei bis fünf Sitzungen statt, wenn jemand in einem schwierigen Fall steckt – nicht zwingend in einem Kinderschutzfall, sondern auch in anders gearteten problematischen Fällen.

Unsere Leitungen werden kontinuierlich, jeweils zu dritt, gecoacht. Außerdem haben wir im Jugendamt so genannte „Lernen-aus“-Gruppen, d.h. Lernen aus Fallverläufen, aus Reflexionen usw. Wir sind das einzige Jugendamt in der Bundesrepublik, das seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kontinuierlich in der systemischen Arbeit schult. Alle drei Jahre wird ein dreijähriges Seminar aufgelegt. Die Mitarbeiter/innen, die sich zwei Jahre im Berufsleben befinden, können sich dazu anmelden und diese systemische Ausbildung absolvieren. Der Eigenanteil an den Gebühren beträgt 340 Euro im Jahr. In der Regel umfasst ein Seminar eine Gruppe von etwa 15 Personen.

#### **4. Reduzierung des Risikos im Kinderschutz durch fachliche Konzepte und gute Organisation**

Das Sachgebiet „Qualität und Qualifizierung“ mit seinen 13 Mitarbeiter/innen ist das zentrale Unterstützungssystem zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung im Jugendamt. Es ist fachdienstbezogen als auch -übergreifend tätig. Dabei kommt sehr viel Organisationswissen etwa über Kulturen, Teamentwicklung, Praxisberatungsthemen zusammen. Die Zuständigkeiten für die einzelnen Fachabteilungen und damit auch die Themenverantwortlichkeiten sind im Sachgebiet personell aufgeteilt. So werden Aufträge zur Qualitätssicherung und -entwicklung im Kinderschutz mit den beiden Fachabteilungen Familie und Jugend sowie mit den Fachabteilungen Kita oder auch mit dem städtischen HzE Träger bearbeitet. Es kann aber auch trägerübergreifende Beauftragungen, z.B. für Fachtage geben.

Das Sachgebiet „Qualität und Qualifizierung“ bietet eine Chance für den Transfer von Erkenntnissen aus dem Kinderschutz in andere Fachdienste oder Fortbildungen. Themenverantwortung heißt immer auch, für Beiträge im jährlichen Fortbildungsprogramm des Jugendamts zu sorgen. In der Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen hat das Sachgebiet die Chance eines „Außen“blicks und der übergreifenden Wahrnehmung auf die Beratungszentren, die wir an die Abteilungs- und Bereichsleitungen zurückspiegeln können.

Seit vier Jahren führen wir eine **Einarbeitungsqualifizierung für neue Mitarbeiter/innen** der Beratungszentren in die Grundlagen und Kinderschutz-Standards des Jugendamts – wie das Diagnoseinstrument Kinderschutzbogen – durch. Ebenso werden die gültigen Kooperationsvereinbarungen, zum Beispiel mit dem Suchthilfesystem, dem sozialpsychiatrischen Dienst oder der Stuttgarter Ordnungspartnerschaft gegen häusliche Gewalt vor-

gestellt. Diese Qualifizierungsmodule sind auch für neue Mitarbeiter/innen des städtischen HzE-Trägers sowie für Kooperationspartner geöffnet, die direkt im Vertrag mit uns stehen, wie zum Beispiel der Migrationssozialdienst, die Familienhebammen oder das Kinderschutzteam im Olgahospital. Für das nächste Jahr haben die Stuttgarter Reha-Träger ihr Interesse an dieser Fortbildung angemeldet. Diese Öffnung bewährt sich, weil es während des Kurses zu Begegnungen zwischen unterschiedlichen Akteuren kommt und das Thema „Kinderschutz“ auch in anderen Arbeitsbereichen ein Gesicht bekommt und die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache unterstützt wird. Es hat außerdem den Effekt, dass Berufseinsteiger/-innen für sich gleich ein kollegiales Netzwerk bilden können.

Bereits seit 1996 setzen wir so genannte „**Hilfeprozessmanager**“ entsprechend der insofern erfahrenen Fachkraft bei Verdacht oder Offenlegung von sexuellem Missbrauch gegen Kinder und neuerdings auch bei sexuellen Übergriffen unter Kindern ein. Das hat eine gewisse Beruhigung und einen Abbau von Ängsten im Umgang mit dem Thema gebracht, wir können hier auf eine hohe Fachkompetenz und viel Erfahrungswissen zurückgreifen. Hilfeprozessmanager sind nicht in den Fall involviert, sie kommen aus unterschiedlichen Fachdiensten.

Ende der 1990er-Jahre ist der Fall „Jenny“ durch die Presse gegangen. Danach hatten wir das Glück, dass der Amtsleiter Stellen, die weggefallen wären, für einen Zeitraum retten konnte. So konnte das Projekt „Weiterentwicklung der Kinderschutzarbeit in den Sozialen Diensten“ aufgelegt werden. Im Rahmen dieses Projekts wurde der Auftrag erteilt, ein Instrument zur Gefährdungseinschätzung zu entwickeln. Das war die Urfassung des Stuttgarter Kinderschutzbogens. Damit ging eine Qualifizierung des gesamten Arbeitsfeldes, d.h. aller damals 120 Sozialarbeiter/innen und der Leitungen einher.

Nach Projektende wurde zur nachhaltigen Sicherung des Kinderschutzes der **Fachzirkel Kinderschutz** gebildet. Dieser setzt sich nicht nur aus Mitarbeiter/innen der Fachbasis zusammen, sondern auch aus zwei Bereichsleitungen der Beratungszentren und der Mitarbeiterin zum Thema Kinderschutz des Sachgebiets „Qualität und Qualifizierung“. Wir leiten diesen Fachzirkel zu dritt; dadurch ist gewährleistet, dass auf der Ebene der Leitungen in deren monatlicher Besprechung zeitnah Problemanzeigen oder -themen geklärt werden können. Der Fachzirkel bearbeitet Aufträge der Abteilungsleitungen zur Weiterentwicklung im Kinderschutz, z.B. aktuell das Thema „Gefährdungen im Jugendalter“. Darüber hinaus stehen unser Zirkel und die entsprechende Arbeitsgruppe im Jugendamt Düsseldorf in einem jährlichen Fachaustausch. In der nächsten Woche soll es insbesondere um Gefährdungen im Jugendalter – um Zugänge, Erfahrungen und Vernetzungen – gehen. Unsere beiden Jugendämter sind in ihrer Struktur, Größe und Ausstattung gut vergleichbar.

Das **interne Fortbildungsprogramm** des Jugendamtes enthält Kinderschutz-Themen, die immer wiederkehrende Qualifizierungsbedarfe abdecken, zum Beispiel Umgang mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern, die Arbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie usw.

Seit 2010 findet ein **jährlicher trägerübergreifender Kinderschutz-Fachtag** statt. Das Thema des nächsten Fachtags wird „Kinderschutz macht Schule“ sein, ein komplexes und

anspruchsvolles Thema, das da seinen Auftakt für Stuttgart findet. Diese kommunalen Kinderschutz-Fachtagungen sind für uns ein wichtiger Baustein zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz, wie sie ja auch im Bundeskinderschutzgesetz gefordert wird.

Voraussetzungen für die praktische Umsetzung der Fachkonzepte und Strukturen sind die Abstimmung auf der Leitungsebene, eine abgestimmte Jahres-Arbeitsplanung im Jugendamt und die Entwicklung von Konzepten, Leitlinien, Kooperationsvereinbarungen z. B. mit dem Suchthilfeverbund, der Wohnungsnotfallhilfe und mit den Jobcentern. Die bestehenden Kooperationsvereinbarungen sind gegebenenfalls zu prüfen und in Übereinstimmung mit neuen Gesetzeslagen zu aktualisieren. Dazu gehört ein regelmäßiger Kontakt und Austausch über Best Practice oder über Fälle, die nicht optimal laufen. Hier bieten sich gemeinsame Workshops an.

Die Dienstanweisung Kinderschutz für die Beratungszentren bezieht sich vor allem auf die Gefährdungseinschätzung und den Einsatz des Kinderschutzbogens und auf die Durchführung der Fallberatung. Sie enthält außerdem die Aufforderungen, bei Dissens einen Runden Tisch und bei sehr komplexen Fällen auch den Außenblick durch „Qualität und Qualifizierung“ und die Abteilungsleitung zu nutzen.

Ein weiteres methodisches Konzept ist der **Familienrat**. Inzwischen können wir auf Erfahrungen mit 100 durchgeführten Familienräten verweisen, die von ehrenamtlichen Koordinator/innen begleitet werden. In 30 Prozent der Fälle ging es um die Frage des Kinderschutzes.

Bereits erwähnt wurde das **Kinderschutz-Team am Olgahospital/Kinderklinik**. Vor Jahren ist das Pflegepersonal mit der Bitte um Schulung auf uns zugekommen. Sie hätten mitunter das „Bauchgefühl“, dass etwas in der Interaktion des Kindes mit den Eltern oder im Verhalten der Eltern nicht stimmt. In einem längeren Prozess ist ein Konzept zum Kinderschutz an dieser Klinik entstanden. Es gibt Untersuchungen, die besagen, dass etwa 3 Prozent aller Kinder, die in der Kinderklinik sind, ihre Verletzungen durch Misshandlungen oder Vernachlässigung erfahren haben. Das würde für die Kinderklinik in Stuttgart ungefähr 400 betroffene Kinder bedeuten. Bis dahin gab es eine Kooperation mit der Kinderklinik über 10 bis 15 Kinder bzw. Familien, mehr jedoch nicht. Die meisten Kinderkliniken schreiben „rote Zahlen“, so dass sie keine zusätzlichen Stellen bekommen könnten. Daher legten wir vom Jugendamt dem Gemeinderat eine entsprechende Vorlage als gemeinsames Konzept vor und forderten sechs Stellen, um den Kinderschutz an der Klinik in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt zu etablieren. Die Politik bewilligte uns vier unbefristete Stellen. Damit waren wir zufrieden. Seitdem arbeiten Sozialarbeiter/innen, eine Ärztin und eine Kinderkrankenschwester in diesem Kinderschutzteam. Da hier Jugendhilfe- und Gesundheitssystem unmittelbar aufeinandertreffen, brauchten wir am Anfang viel Zeit, um uns über Begriffe und unterschiedliche Auffassungen zu verständigen. Oftmals entdecken Ärzte zwar massive Misshandlungen, aber nicht Anzeichen von Vernachlässigung. Auf der anderen Seite mussten wir von der Jugendhilfe uns darauf einstellen, dass Fallberatungen oder Beratungen mit den Eltern in der Küche oder in einem Bettzimmer stattfinden müssen, da keine anderen Räume zur Verfügung stehen. Mittlerweile ist das Kinderschutz-Team so etabliert, dass wir in diesem Jahr schon 145 Kinder bzw. Familien betreuten. Innerhalb von drei bis vier Tagen muss unter Einbeziehung des Beratungszentrums ein Schutzkonzept erarbeitet werden, so dass kein betroffenes Kind

ohne Schutzkonzept aus der Klinik entlassen wird. In einem nächsten Schritt wollen wir Ärzte schulen. Auch in der Frage der Fortbildungsdauer und -durchführung müssen sich die Systeme angleichen. Wir haben uns bewusst dafür entschieden, keine Kinderschutzambulanz einzurichten, in die die Kinder geschickt werden können. Wir wollten mit dem Kinderschutz direkt dort tätig sein, wo die Kinder sind. Das Kinderschutz-Team sorgt nicht nur für die Überleitung von Kindern im Stadtgebiet Stuttgart, sondern auch von Kindern aus den Landkreisen, denn es handelt sich beim Olga-Hospital um eine sehr große Klinik.

Es bestehen außerdem §-8a-Vereinbarungen mit ca. 300 Einrichtungen der Jugendhilfe, die in diesem Jahr überarbeitet werden mussten. Dazu führten wir zahlreiche Informationsveranstaltungen durch, da in vielen Einrichtungen auch zahlreiche Ehrenamtliche tätig sind.

### **Was wesentlich dazu gehört...**

Wesentliche Aspekte unserer Arbeit im Kinderschutz sind Kommunikation auf Augenhöhe, Respekt der Leitung vor der Arbeit der Mitarbeiter/innen und ein respektvoller Umgang der Mitarbeiter/innen mit den Familien.

Unsere Hoffnung liegt auf breit aufgestellten Beratungszentren in den Stadtgebieten und damit Hilfen für Familien und Jugend.

Um ein angstreduziertes Klima zu schaffen, haben wir uns in Bezug auf mögliche Bedrohungssituationen für die Mitarbeiter/innen der Beratungszentren die Räume kritisch angeschaut. Wir haben Inhouse-Seminare mit den Teams durchgeführt und eine Empfehlung erarbeitet, wie mit Bedrohungssituationen umgegangen werden kann. Wir erarbeiteten außerdem einen Leitfaden zum Thema der Prävention sexualisierter Gewalt und von Grenzverletzungen in unseren eigenen Reihen sowie der Intervention in dem Fall, dass solche Handlungsweisen zutage treten.

Gegenüber unseren Kooperationspartnern machen wir deutlich, dass wir in Bezug auf den Umgang mit Sozialdaten und Interventionen die Regel: „Vielleicht gegen den Willen der Eltern, aber nie ohne ihr Wissen!“ unbedingt einhalten, d.h., dass es um ein transparentes Arbeiten geht.

Ein wichtiges Thema ist Leitungswechsel oder häufiger Personalwechsel. Unbesetzte Stellen bilden ein Vakuum, in dem Standards möglicherweise brüchig und nicht mehr gelebt werden. Die Organisation hat hier eine hohe Verantwortung, dafür zu sorgen, dass das nicht geschieht. In diesem Zusammenhang stellen sich die Fragen:

- Wie können neue Mitarbeiter/innen gehalten und unterstützt werden?
- Wie kann Haltung und Erfahrungswissen weiter gegeben werden, z. B. bei Generationenwechsel auf Leitungs- oder Mitarbeitererebene im Jugendamt?
- Welche Vorsorge ergreift eine Organisation?
- Wie kann Nachhaltigkeit gesichert werden?

## 5. Reduzierung des Risikos im Kinderschutz durch das Wahrnehmen von Entwicklungsaufgaben

Im Bereich der **Prävention** sehen wir folgende Entwicklungsaufgaben:

Beim städtischen HzE-Träger haben wir eine Stelle für Clearing sowie für Training für Eltern mit Säuglingen, die meist direkt aus der Klinik kommen. Wir sehen einen Weiterentwicklungsbedarf im **Ausbau des Clearing- und Trainingskonzepts**.

Die **Netzwerkstrukturen** der Frühen Hilfen in den Stadt-Bereichen sind zu überprüfen. Doppelstrukturen müssen vermieden und Synergien gebildet werden.

Der **Aufbau einer Männerberatung** in den Beratungszentren ist vor dem Hintergrund der oft in der Beratung bzw. in der Kinderschutzarbeit nicht anwesenden und kaum erreichbaren Väter und Partner erforderlich. Eventuell müssen wir andere Beratungsmethoden und Möglichkeiten der Ansprache entwickeln. Es gibt bereits seit einigen Jahren eine AG Männerberatung, die auch die freien Träger mit entsprechenden Erfahrungen einbezieht. Wir sind dabei, eine Konzeption dazu zu erarbeiten.

Die Entwicklung von **Instrumenten und Verfahren** richtet sich auf folgende Punkte:

Für die **Beratung der Berufsheimnisträger**, d.h. für die Ärzte, aber auch für die Schulen, gibt es in Stuttgart die Möglichkeit, dass diese sich beim Kinderschutzzentrum beraten lassen können. Hier ist zu untersuchen: Wird dieses Beratungsangebot genutzt? Welche Erfahrungen machen die insoweit erfahrenen Fachkräfte in der Beratung der Berufsheimnisträger? Welche Bedarfe werden sichtbar?

In der interdisziplinären AG Kinderschutz haben wir im letzten Jahr damit begonnen, ein trägerübergreifendes **Rahmenkonzept für den Umgang mit sexuell übergriffigen Minderjährigen** zu entwickeln, damit pädagogische Interventionen nicht ins Leere laufen oder Auflagen, die aus einem Strafverfahren formuliert werden, für diese Zielgruppe sinnvoll sind. Diese Erarbeitung verbindet viele unterschiedliche Sichtweisen, was eine umfangreiche Verständigungsarbeit erfordert. Wir gehen davon aus, dass wir dieses Konzept im nächsten Jahr als praktische Handreichung vorlegen können.

In Bezug auf **Vernetzung** steht das Gelingen der **Zusammenarbeit mit dem Schulsystem auf Stadt-Bereichsebene** als Entwicklungsaufgabe an erster Stelle. In der Kooperation mit dem Schulsystem insgesamt stehen wir erst ganz am Anfang.

Im Bereich der **Qualifizierung** ist die offene Frage: Welche Elemente der Qualitätsentwicklung im Kinderschutz auf kommunaler Ebene brauchen wir, um nicht „mehr desselben“ zu schaffen, sondern etwas zu entwickeln, was einen Nutzen für uns alle hat? Die Integration der Reha-Träger in die Qualifizierung steht ebenfalls auf dem Programm.

### Fazit:

Das Jugendamt Stuttgart nimmt eine sehr aktive Rolle im Kinderschutz für die gesamte Stadt wahr. Nach Reinhard Wiesner darf es keine kinderschutzfreie Zone geben. In diesem Sinne versuchen wir uns produktiv zu verhalten. Dazu bedarf es eines großen Res-

pekts der Leitung vor der Arbeit des Sozialen Dienstes. Es bedeutet aber auch, dass wir die Arbeit, die in den Beratungszentren geleistet wird, darstellen und erläutern. Viermal jährlich findet bei uns eine so genannte große Dienstbesprechung des Amtsleiters statt, an der die 55 Abteilungs- und Dienststellenleitungen teilnehmen. Dazu wurden auch die Inhalte des Bundeskinderschutzgesetzes vorgestellt, so dass deutlich wurde, womit sich die einzelnen Teile der Organisation beschäftigen, wie sie zusammenwirken und welche Rolle jeder einnimmt.

Wir alle sind Fachkräfte in besonderer Verantwortung. Daher müssen wir ein angstreduziertes Klima herstellen, um überhaupt gut arbeiten zu können. Wenn wir nicht respektvoll miteinander umgehen, können wir das auch nicht mit den Eltern und Familien tun.

## Was gehört zum professionellen Umgang mit dem Risiko?

### Arbeitsgruppe 3: Arbeiten mit dem Risiko – Geeignete Instrumente, Verfahren und Methoden

PETER LUKASCZYK

Leiter der Abteilung für Soziale Dienste, Jugendamt Düsseldorf

MARCO CABREIRA DA BENTA

Stellvertretender Leiter einer Außenstelle der Sozialen Dienste, Jugendamt Düsseldorf

#### Die Geschichte einer guten Freundschaft

Die Diskussionen um die Einführung von Diagnoseinstrumenten begannen bereits vor 15 Jahren. Sie wurden vor dem Hintergrund von Überlegungen geführt, wie man mit Kindeswohlgefährdungsfällen umgeht, wie Fachkräfte zu ihrer Einschätzung kommen und wie das entsprechend dokumentiert wird. Der Weg führte vom Glinder Manual über die Stuttgarter Kinderschutzbögen zur gemeinsamen Praxisforschung und -weiterentwicklung zu einem fachlichen Diagnoseinstrument. Das heißt, wir sind mit Stuttgart seit vielen Jahren eng verbunden und stehen im regelmäßigen Fachaustausch über unsere Vorgehensweise in der Kinderschutzarbeit. Das heute existierende Instrument ist ein Gemeinschaftsprodukt aus der Zusammenarbeit zweier Städte. Inzwischen sind die Hamburger Kollegen zu diesem Verbund dazugekommen. Es wurde eine gemeinsame Verpflichtung vereinbart, dass niemand etwas tut, was er mit dem jeweils anderen nicht abspricht. Das ist neu in der Zusammenarbeit von Kommunen. Neben dem Föderalismus gibt es noch so etwas wie kommunale Zusammenarbeit, weil ansonsten die Situationen untereinander nicht mehr vergleichbar sind. Uns liegt sehr viel daran, dass wir neben den vorhandenen Unterschieden bestimmte Gleichheiten und Ähnlichkeiten haben.

**Kinderschutzbögen schützen keine Kinder.** Sie sind sicher darin einer Meinung. Das ist auch in unserer Zusammenarbeit nicht intendiert, sondern die Fachkompetenz der Mitarbeiter/innen im ASD ist entscheidend. **Das Diagnoseinstrument begleitet und unterstützt den Entscheidungsprozess und dessen Dokumentation.** Um nicht mehr und nicht weniger geht es dabei. Daher sprechen wir auch nicht mehr von einem Kinderschutzbogen, wir lehnen diesen Begriff bewusst ab – obwohl er uns immer noch aus dem Mund rutscht, so leicht lässt er sich nicht überwinden. Aber die Idee, die dahinter mitschwingt, nämlich die Annahme, das Vorhandensein eines solchen Bogens könne Kinder schützen, gefällt uns schon lange nicht mehr. Wir reden von einem Diagnoseinstrument zur Unterstützung der fachlichen Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung. Das ist der Arbeitstitel, der hinter der Entwicklung eines solchen Instrumentes steht.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass **das Diagnoseinstrument** kein Produkt einer Software-Firma oder einer wissenschaftlichen Hochschule ist, **sondern aus der Praxis heraus entstand und in der Praxis weiterentwickelt wird.** Hinter den Produkten stehen Fachkräfte des ASD. Forschung und Lehre begleiten den Prozess. Wir stehen in guter Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI). Heinz Kindler sitzt meist mit dabei, wenn wir weitere Schritte beraten, ob sie durchführbar sind oder nicht. Das heißt, wir kennen auch die kleinen Fehler in dem System. Diese werden wir aber erst später bearbeiten.

Auf der Agenda steht zum Beispiel das Problem des Kinderschutzes bei Jugendlichen. Diese zurzeit etwas vernachlässigte Position soll demnächst ausgebaut werden. Dazu wird ein Workshop stattfinden und es gibt entsprechende Vereinbarungen. Die Ankerbeispiele werden ergänzt. So wird das Modul wieder en vogue sein.

## Evaluation

Das Diagnoseinstrument, das wir Ihnen hier vorstellen, ist **das einzige evaluierte Diagnoseinstrument** in Deutschland. Alle anderen sind nicht evaluiert. Die Evaluation bezieht sich im Prinzip auf zwei Fragestellungen:

### 1. Welche Voraussagefähigkeit hat das Instrument?

Voraussagefähigkeit bedeutet nicht „Glaskugel“, sondern heißt, es stellt sich heraus, dass, wenn wir zu dem Ergebnis kommen, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder nicht auszuschließen ist, im weiteren Fallverlauf tatsächlich eine Kindeswohlgefährdung eingetreten ist. Es ist für die Praxis wichtig zu wissen, sich auf das Ergebnis verlassen zu können und dass wahrscheinlich, wenn nichts unternommen wird, eine Kindeswohlgefährdung eintreten wird. Wenn Sie irgendwo in eine Wohnung kommen und eine Verwahrlosung deutlich erkennbar ist, brauchen Sie kein Diagnoseinstrument. Die meisten Fälle verlaufen jedoch anders und die Anzeichen einer Kindeswohlgefährdung sind verdeckter. Unser Diagnoseinstrument hat – evaluiert – eine hohe, positive Aussagefähigkeit, d.h., dass der Wahrscheinlichkeitsgrad des Eintretens einer Kindeswohlgefährdung hoch ist.

### 2. Ist das Diagnoseinstrument vergleichbar?

Die Kollegin A und der Kollege B sollten bei gleicher Fallkonstellation „sehr hohe Wahrscheinlichkeit“ zur gleichen Einschätzung kommen. Das wurde von uns folgendermaßen erarbeitet: Fallbeschreibungen sind zwischen Stuttgart und Düsseldorf gekreuzt worden. Die Kollegen in Stuttgart bearbeiteten Fälle aus Düsseldorf und unsere Kollegen Fälle aus Stuttgart, jeweils mit vergleichbarer Ergebnisstruktur. Diese sind gekreuzt anhand des Diagnoseinstruments ausgefüllt worden. Die Einschätzungen waren hochsignifikant gleich.

Eine dritte Frage kommt hinzu: Es gibt international evaluierte Instrumente. Hält unser Instrument auch einem internationalen Vergleich stand? Diese Prüfung übernahm Heinz Kindler vom DJI, indem er unsere Fälle mit international anerkannten Diagnoseinstrumenten ausfüllte. Auch dabei stellte sich eine hohe Signifikanz heraus, das heißt, er kam zu den gleichen Ergebnissen.

## Voraussetzungen für die Implementierung von Diagnoseinstrumenten

Eine Voraussetzung für die Implementierung solcher Programme ist die **harmonische Integration in die Ablaufprozesse**. Das heißt, die Programme dürfen nicht im Widerspruch zu den Ablaufprozessen stehen, sondern müssen damit gekoppelt werden.

Die **Verfahrensstandards zur Bearbeitung einer Kindeswohlgefährdung** müssen **gesichert** sein. Wir verkaufen ungern dieses Programm an Städte, die nichts, sehr wenig oder sehr schlechte Strukturen haben. Auch das gibt es in Deutschland leider nach wie vor. Das Instrument würde unter solchen Bedingungen etwas vorgaukeln, was es nicht gibt. Es muss ein Rahmen darum gesetzt werden, der in einigen Städten nicht vorhanden ist und auch nicht gesetzt wird.

Bei diesem Instrument in Stuttgart und in Düsseldorf wurden die Wertigkeiten zwar unterschiedlich strukturiert, aber die **Einbeziehung der Leitung** ist bei uns ein Standardmodul in jeder Kindeswohlgefährdungssituation. Jede Kindeswohlgefährdung geht über den Tisch der Leitung und die Leitung ist integraler Bestandteil der Beratungs- und Entscheidungssituationen. Damit muss man sich arrangieren, es gibt viele, die das so nicht organisieren. Unser Bogen ist so angelegt, dass er stets das Monitoring der Leitung enthält, bis dahin, dass die Leitung die Sicherstellung des Entscheidungsprozesses dokumentiert. Frau Reich aus Stuttgart hatte eine Zeitlang in Australien hospitiert. Dort wird es noch extremer gehandhabt: Die Teams umfassen nicht mehr als sieben Mitarbeiter und die für das jeweilige Team zuständige Leitungskraft hat eine ganz andere Funktion, sie erfüllt eine Monitoring- und Supervisorfunktion gegenüber den Mitarbeitern. Das muss man natürlich nicht eins zu eins auf unsere Ämter übertragen, aber das zeigt, dass man mit Leitungssituationen im Kinderschutz auch anders umgehen kann als davon auszugehen, dass Kinderschutz ausschließlich Aufgabe der Fachkräfte ist und die Leitung damit nichts zu tun hat und lediglich gefragt wird, wenn es schwierig wird. Leitung sollte ein integraler Bestandteil sein. Leitung hat sehr wohl etwas mit Kinderschutz zu tun.

Die hohe Fachlichkeit und Kompetenz der Fachkräfte ist mit **regelmäßiger Weiterbildung** zu unterstützen. Die Bögen ersetzen nicht das Fachwissen.

Eine weitere Voraussetzung zur Einführung solcher Programme ist die **Akzeptanz ihrer Sinnhaftigkeit bei den Fachkräften**. Es müssen nicht alle Fachkräfte das Diagnoseinstrument unbedingt begrüßen. Sie müssen nur sehen, dass es durchaus sinnvoll ist. Alles andere ist Leitungsgeschäft. Ich würde nicht so weit gehen, dass es nur eingeführt wird, wenn restlos alle Mitarbeiter damit einverstanden sind. Die Frage ist vielmehr, ob die Mitarbeiter verstehen, dass es eine interessante und sinnvolle Ergänzung und Unterstützungsmöglichkeit darstellt.

Durch die Implementierung des Programms sollen **Doppelarbeiten vermieden** werden. Die Dokumentation des gesamten Klärungsprozesses findet im Diagnoseinstrument statt.

Das Instrument muss die **Transparenz gegenüber den Betroffenen** sichern. Man kann die Bögen auch mit den Betroffenen aufarbeiten und das zum Thema einer Überprüfung machen. Die Transparenz schließt die Beteiligung bei der Erstellung bestimmter Teile des Diagnoseinstrumentes ein.

### **Risiken und Nebenwirkungen**

Das Instrument weist einige Risiken und Nebenwirkungen auf. Es wird gefährlich, wenn es eine **Beliebigkeit des Einsatzes** gibt, d.h. wenn man sich jeweils entscheidet, den Bogen zu verwenden oder auch nicht. Wenn ein Jugendamt etwas verpflichtend festlegt,

aber nicht durchsetzt, gibt es ein Dienstaufsichtsproblem. Daraus könnte man folgern, dass das Jugendamt am besten dran ist, das nichts dergleichen hat. Der Mitarbeiter/die Mitarbeiterin ist selbst verantwortlich für sein/ihr eigenes Handeln. Sobald etwas geregelt ist, gibt es ein Problem, wenn es nicht konsequent umgesetzt wird.

Eine **Doppeldokumentation** wird möglich, wenn man sich nicht auf die Dokumentation im Diagnoseinstrument reduziert, sondern trotzdem noch eine eigene Handakte mit separaten Notizen, Protokollen usw. vornimmt, so dass in der Situation zu viel bearbeitet wird und man nicht mehr weiß, was eigentlich gilt: die separaten Notizen oder die Eintragungen im Bogen.

Das System arbeitet mit einer **Reduzierung von Komplexität**. Es konzentriert sich auf Kernbereiche und Kernaussagen. Das kann Risiken in sich bergen. Die Komplexitätsreduzierung ist gleichzeitig ein Risiko, aber auch eine Chance.

Es können sich **Routinefehler** einschleichen. Verunsicherung wird nicht mehr zugelassen, weil man sich zu sehr auf das Ergebnis und die Struktur des Dokumentationsinstrumentes verlässt und die fachliche Diskussion zu weit nach hinten rückt. Darum muss immer wieder deutlich gemacht werden: Es ist kein Ersatz für die fachliche Diskussion, sondern eine Unterstützung.

## Chancen

Die Chancen liegen in der **Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen und der Notwendigkeit, Entscheidungen treffen zu müssen**. Man wird vom System immer aufgefordert, im Ergebnis eine Entscheidung zu treffen. Es gibt dadurch weniger Graubereiche, denn wenn entschieden wird, eine Kindeswohlgefährdung ist nicht auszuschließen, gibt es eine Verpflichtung, weiterzumachen und weitere Schritte zu beschließen.

Ein Vorteil ist die **einheitliche Dokumentation**. Die Dokumentationen in einer Kommune oder in einem Jugendamt sind in Bezug auf die Entscheidungsstrukturen vergleichbar.

Man wird durch **alle relevanten Wahrnehmungsdimensionen** geleitet. Das sind alle Dimensionen, die man in einer Kindeswohlgefährdung beachten muss. So kann keine Dimension außer Acht gelassen werden, da das System die Mitarbeiter leitet. Es ist nicht auszuschließen, dass man etwas weniger, nicht richtig oder nicht ausreichend wahrnimmt, aber es kann nicht passieren, dass man etwas überhaupt nicht wahrnimmt.

Das System hilft bei der **Unterstützung neuer und unerfahrener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**. Wohlgermerkt: Es hilft dabei, es ersetzt die Unterstützung nicht.

Es gibt eine **Präsentation von Widersprüchen**, das heißt, man sieht relativ schnell, wenn etwas nicht stimmen kann.

Durch die gemeinsame Dokumentation gibt es eine deutliche **Unterstützung in der gemeinsamen Einschätzung des Tandems**. Es bildet eine Dokumentationsgrundlage für die beiden Mitarbeiter, aufgrund derer sie sich auf eine Bewertung verständigen müssen.

Die **Reduzierung der Komplexität** sehen wir auch als Chance.

Ein weiterer Vorteil ist die **Automatisierung der Bundesstatistik**. Wenn der Bogen ausgefüllt wird, läuft die Statistik im Monitoring mit und muss nicht extra verfasst werden.

Das System ermöglicht ein **datengeschütztes Berichtswesen**, was in Zukunft immer wichtiger wird – nicht zuletzt im Rahmen der politischen Debatte darüber, welche Informationen man aus der Kommune herausziehen darf.

Das Programm wird heute nicht mehr auf dem Papier bearbeitet, sondern am PC, ist aber für die Besuche bei den Familien ausdrückbar, so dass man die Bögen zusammen mit den Familien ausfüllen und bearbeiten kann.

Soweit die Begründung für unsere Einschätzung, dass es zu einer Professionalisierung der Sozialarbeit gehört, auch mit solchen Instrumenten zu arbeiten. Wir haben keine Verwaltungsmitarbeiter, die Kinderschutz miterledigen, sondern wir haben ausgebildete Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter wie Sie, die Kinderschutzarbeit betreiben. Das Instrument unterstützt sie bei dieser schwierigen Arbeit. Nach unserer Einschätzung ist es ein Modul zur deutlichen Reduzierung von Risiken. Es hat selbst einige Risiken, aber es nimmt auch bestimmte Risiken.

# Was gehört zum professionellen Umgang mit dem Risiko?

## Arbeitsgruppe 4: Kooperation im Risiko Netzwerke lebendig und wirksam gestalten

ULRIKE GROB-WEIDLICH

Koordinatorin Netzwerk Kinderschutz, stellvertretende Abteilungsleitung Jugendhilfen und Soziale Dienste, Jugendamt Worms

HOLGER MÜLLER

Leiter des ASD-Sozialbezirks Leipzig Ost

Die Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit der Frage, welchen Beitrag Netzwerke zu einem effektiven Kinderschutz leisten können und was es für eine gelingende Kooperation braucht.

### Ablauf der Arbeitsgruppe:

- Vortrag und Präsentation zur Kooperation im Risiko und der Gestaltung von Netzwerken,
- Film „5 Jahre Landeskinderschutzgesetz RLP“,
- Diskussion und Kleingruppenarbeit



Abbildung 1

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

Die Verabschiedung des Bundeskinderschutzgesetzes ist ein Indikator dafür, dass der Gesetzgeber die Notwendigkeit erkannt hat, die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für das Wohlergehen und die Entwicklung von Kinder, wie sie auch im Grundgesetz als Sozialstaatspostulat verankert ist, stärker einzufordern und abzusichern. Über die elterlichen Pflichten und Rechte hinaus soll sich diese Verantwortung in Netzwerken etablieren

und entwickeln, deren Funktion und Aufgabe, bezogen auf den Kinderschutz, deutlich hervorgehoben ist. Zentrale Aufgabe ist es, das eigenverantwortliche Handeln der Netzwerkpartner hinsichtlich der im Kinderschutz relevanten Aspekte zu sichern. Dieses professionelle Handeln geht weit über das Melden von Problemen an den Allgemeinen Dienst hinaus (**Abbildung 1**).

Eine zentrale Intention liegt darin, einen guten Zugang zu Familien zu sichern, um wahrgenommene Probleme bezüglich des Wohlergehens und der Entwicklung von Kindern angemessen und wertschätzend mit den Familien zu besprechen und neue Zugänge zu Hilfeleistungen aktiv zu gestalten. Eine gute Kommunikation mit und nicht über die Familie sichert die bestmögliche Einbeziehung der Familien in die Gefährdungs- und Risiko einschätzung und Entwicklung funktionierender Schutzkonzepte. Hierzu benötigt es gute Absprachen, Vereinbarungen und Verfahrensstandards auf der strategischen und operativen Ebene der Netzwerkarbeit im Kinderschutz.

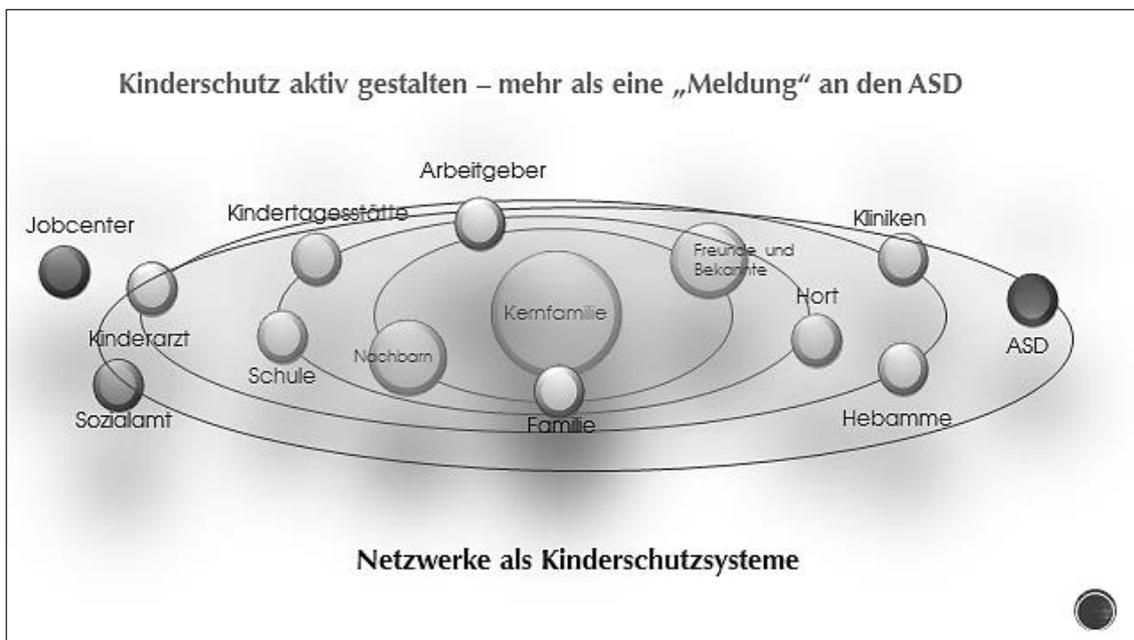


Abbildung 2

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

Eltern und deren Kinder haben das Recht und die Pflicht auf eine eigenverantwortliche und gemeinschaftsfähige Lebensführung. Die die Familie unmittelbar umgebende Gemeinschaft, bestehend aus Verwandtschaft, Nachbarn, Hausarzt, Kindertagesstätte, Schule und Hort, um nur einige zu benennen, stellt die „natürliche“ Form eines für die Familie vorhandenen Netzwerkes dar. Wir sprechen im weitesten Sinne auch von „Regelsystemen“ der Familien, Kinder und Jugendlichen. Sind diese Netzwerke im „Regelsystem“ der Familien im Interesse der Kinder und Jugendlichen aktiv, so werden diese persönlichen Netzwerke von der Familie als attraktiv erlebt und angenommen. Dies stellt eine große Ressource für den präventiven Kinderschutz dar (**Abbildung 2**).

In der Gestaltung aktiver Netzwerke bedeutet dies, alle zentralen Berufsgruppen aus diesen Systemen in die Arbeit in den lokalen Netzwerken Frühe Hilfen und Kinderschutz mit einzubeziehen und gelingende Kooperationen zwischen diesen aufzubauen. Den Netz-

werken kommt damit eine zentrale Bedeutung zu für ein Verständnis eines gelingenden Kinderschutzes in Kinderschutzsystemen!

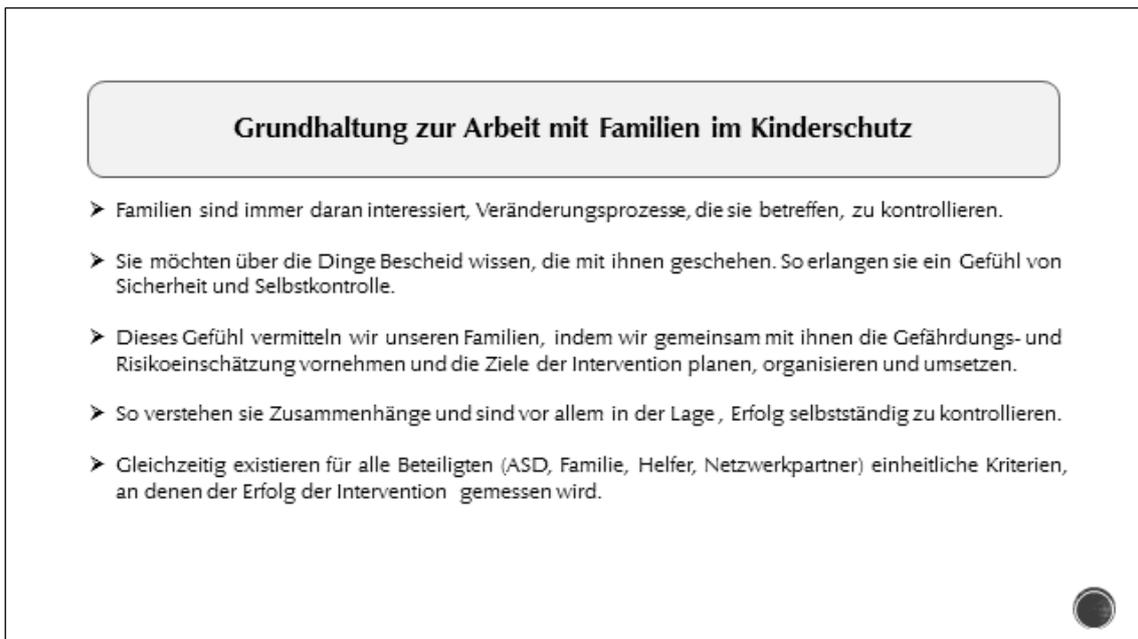


Abbildung 3

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

Die Kooperation in Kinderschutzsystemen erfordert auch eine gemeinsame Grundhaltung der Helfer der verschiedenen Berufsgruppen (**Abbildung 3**). Diese gilt es im Netzwerk gezielt zu kommunizieren und weiterzuentwickeln. Sie stellt eine wichtige Basis für ein gemeinsames Fallverständnis dar und für eine Abstimmung von beteiligungsorientierten Präventionsketten.

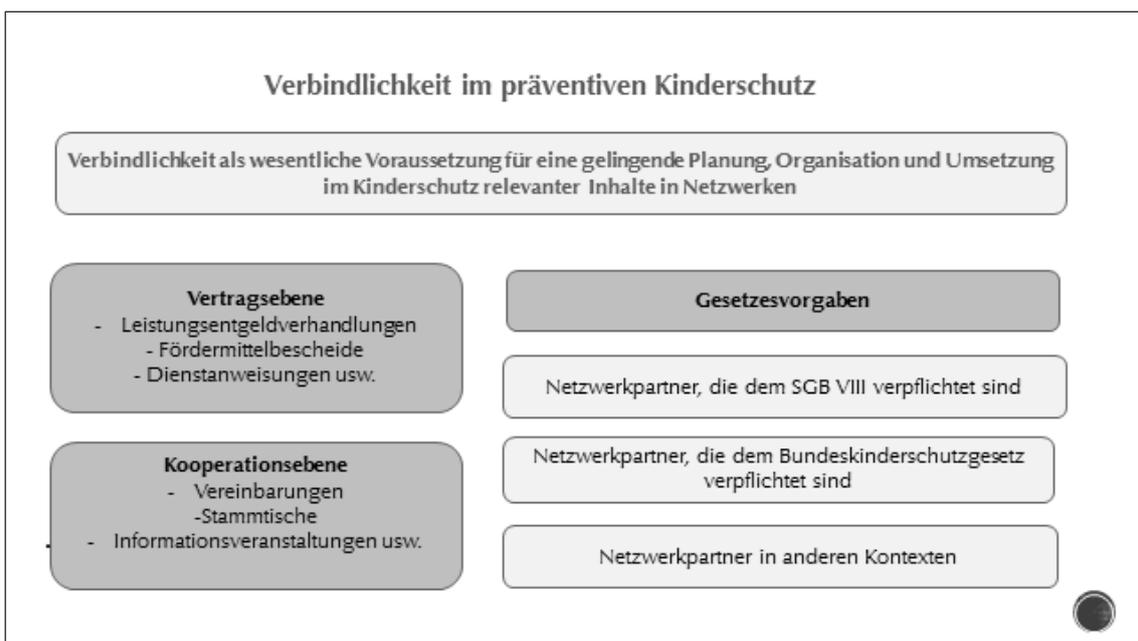


Abbildung 4

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

Gelingende Netzwerkarbeit im präventiven Kinderschutz braucht Planungssicherheit, um Erfolge nachhaltig zu sichern. Es geht somit um das Herstellen von Verbindlichkeiten, welche dazu führen, dass Funktionen und Aufgaben sowie Formen der Zusammenarbeit eindeutig beschrieben sind und nach diesen Vereinbarungen gehandelt wird (**Abbildung 4**). Vereinbarungen sind als Strategien in der öffentlichen Jugendhilfe bereits etabliert, beispielsweise über Leistungsentgeltverhandlungen mit freien Trägern, Vereinbarungen zum Schutzauftrag gemäß § 8a SGB VIII, über Fördermittelbescheide oder über die Gestaltung von Kooperationsvereinbarungen. Gesetzliche Grundlagen finden sich dazu im SGB VIII, aber auch in Landeskinderschutzgesetzen und dem Bundeskinderschutz. § 3 KKG fordert alle Kooperationspartner, die dem Bundeskinderschutzgesetz verpflichtet sind, auf, verbindliche Strukturen in der Zusammenarbeit und in der Kooperation in Netzwerken aufzubauen.

Die Verbindlichkeit in der Aufgabenwahrnehmung im Kinderschutz für Berufsgruppen auch über die Jugendhilfe hinaus regelt § 4 KKG, er beschreibt verbindliche Verfahrensschritte dazu. Kinderschutz in Kinderschutzsystemen ist damit auf verschiedenen Kooperationsebenen gesetzlich geregelt, sowohl fallbezogen als auch fallübergreifend. Dies ist mit den verschiedenen Berufsgruppen zu kommunizieren und Orte für die jeweiligen Kooperationsebenen zu organisieren, diese Aufgabe ist den Jugendämtern übertragen (**Abbildung 5**).

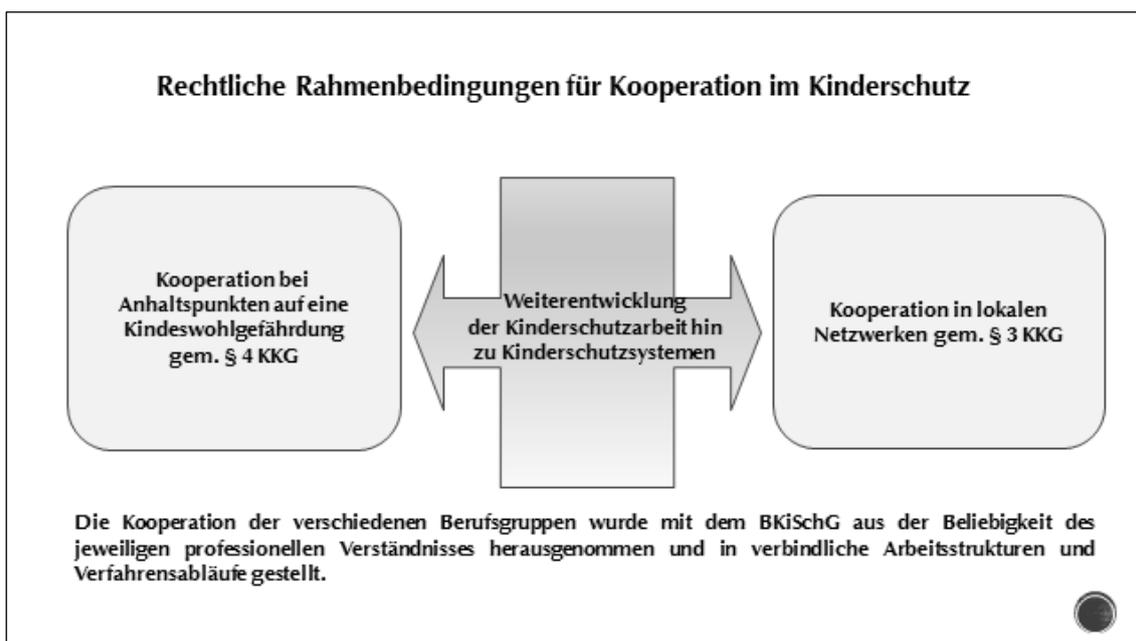


Abbildung 5

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

Der bundesweite Aufbau von lokalen Netzwerken als wesentliche Intention des Bundeskinderschutzgesetzes und der Ausbau Früher Hilfen, vorrangig der Einsatz von Familienhebammen, wird im Rahmen der Bundesinitiative finanziell gefördert und die Etablierung in den Kommunen so unterstützt. Damit erhält die Ausgestaltung eines präventiven Kinderschutzes in den Bundesländern, deren landesrechtliche Regelungen zum Kinderschutz starke Unterschiede ausweisen, einen bundesweit einheitlichen Charakter (**Abbildung 6**).

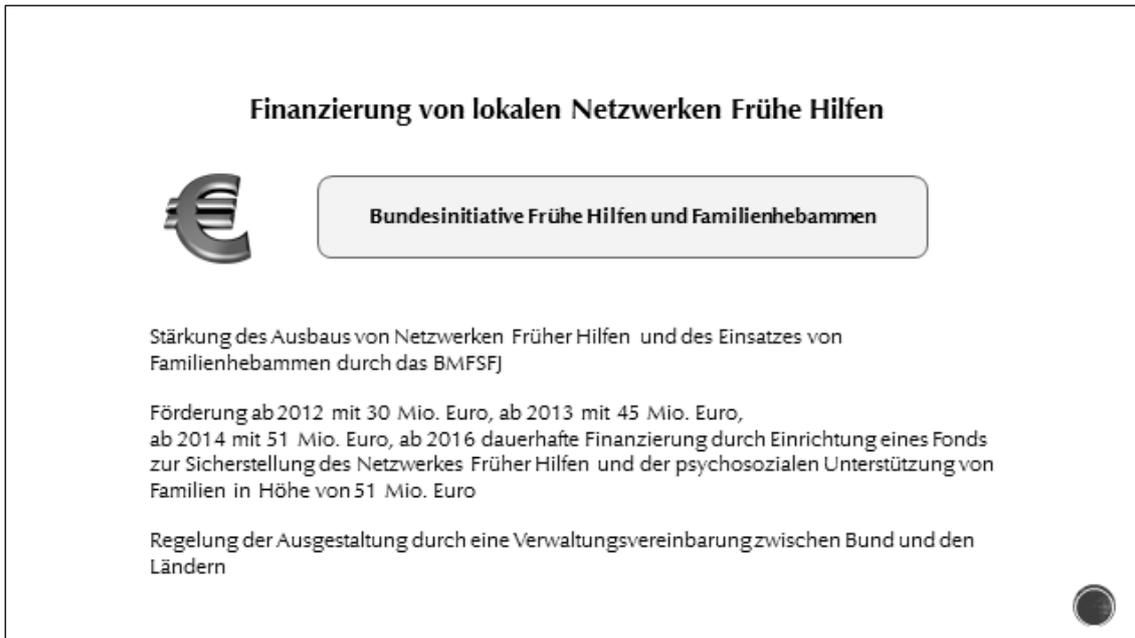


Abbildung 6

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

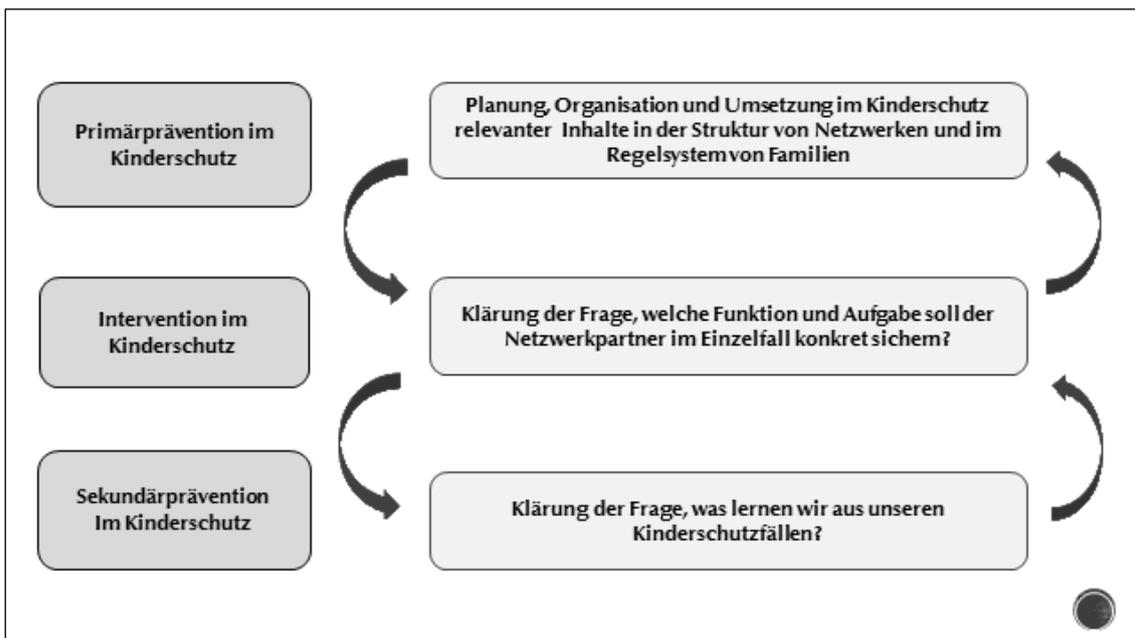


Abbildung 7

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

Die Verortung eines präventiven Kinderschutzes erfolgt auf verschiedenen Präventions- und Kooperationsebenen, die in ihrer Wirkungsweise aufeinander aufbauen und einen Gesamtblick auf die Bedarfe von Familien zulassen. Eine eindeutige Trennung der Präventionsebenen ist in der Praxis kaum möglich, die Übergänge zwischen Prävention und Intervention sind oft fließend (**Abbildung 7**).



Abbildung 8

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

Im primärpräventiven Kinderschutz geht es vorrangig darum, die in „Regelsystemen“ der Familien relevanten Personen, Professionen und Institutionen zu informieren, zu schulen, zu qualifizieren und zu vernetzen, um in Folge eine bessere Unterstützung der Familien im Einzelfall zu sichern (**Abbildung 8**). Ziel dieser fallübergreifenden Kooperation ist es, die Handlungskompetenz der Netzwerkpartner hinsichtlich der eigenen Verantwortung zu stärken. Im Primärpräventiven Bereich ist auch der Ausbau Früher Hilfen zu verorten. Das Vorhalten von möglichst frühzeitigen, gut koordinierten und multiprofessionellen Angeboten, welche insbesondere auf die Entwicklung von Kindern in den ersten drei Lebensjahren abzielen, sollen dazu beitragen, Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Fürsorge- und Erziehungsverantwortung zu stärken und zu unterstützen. Auch hier bedarf es einer Bündelung von Ressourcen der verschiedenen Institutionen und Professionen und der gemeinsame Blick auf die Bedarfe von Familien. Im Mittelpunkt steht hier die Frage: Was kann welche Profession dazu beitragen, niedrigschwellige Zugänge für Familien zu lokalen Unterstützungsangeboten zu gestalten? Im Auf- und Ausbau Früher Hilfen geht es insbesondere darum, vorhandene Angebote zu fördern, inhaltlich zu vernetzen und ggf. spezifisch zu qualifizieren.

Die Qualität der Planung und Organisation netzwerkrelevanter Inhalte der Zusammenarbeit im Kinderschutz entscheidet maßgeblich darüber, wie Prozesse der Umsetzung im Netzwerk gelingen und die ihnen zugeordnete Funktion nachgewiesen werden kann.

Ein gut gestalteter primärpräventiver Kinderschutz hat aus unserer Sicht weitgehende Auswirkungen auf den intervenierenden Kinderschutz. Im intervenierenden Kinderschutz geht es um eine gut aufeinander abgestimmte Kooperation im Einzelfall. Akteure sind hier insbesondere in aller Regel die Allgemeinen Sozialdienste, die Polizei und die Familiengerichte (**Abbildung 9**).

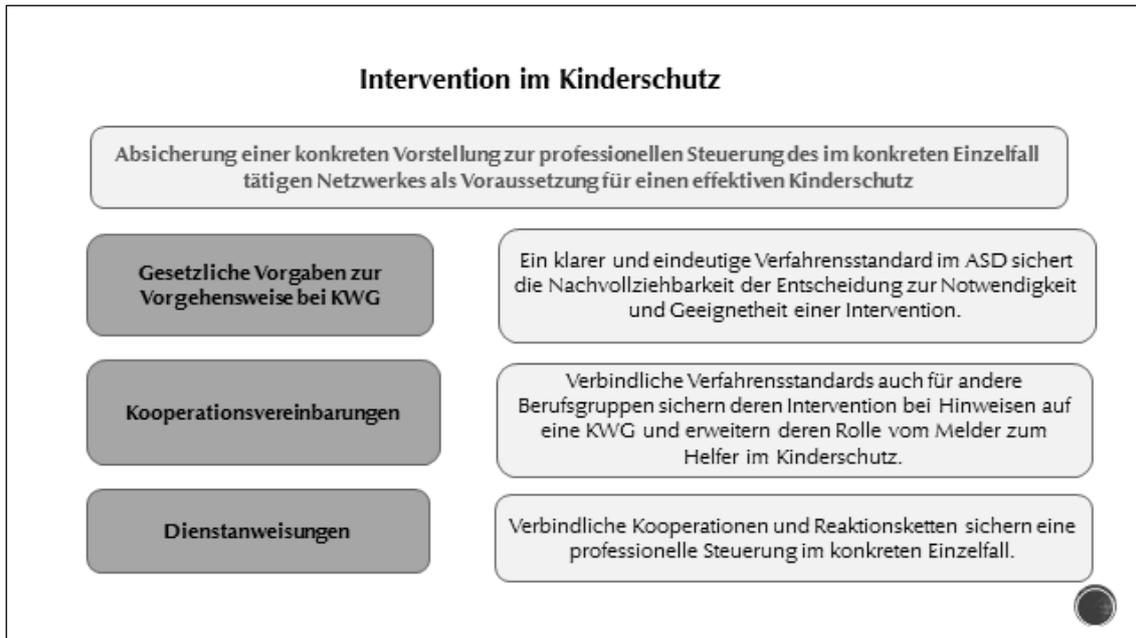


Abbildung 9

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

Bei auftretenden Problemen und Gefährdungsaspekten hinsichtlich des Wohlergehens und der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird in der Praxis des Allgemeinen Sozialdienstes des Jugendamtes immer wieder deutlich, dass gut funktionierende Netzwerke im Umfeld der Familien wesentliche Ressourcen für die Entwicklung eines passgenauen Schutzkonzeptes bieten und helfen, intensive Formen der Intervention und Eingriffe in die elterliche Sorge zu vermeiden. Eine gut abgestimmte Intervention setzt voraus, dass alle beteiligten Institutionen eigene Verantwortlichkeiten im Kinderschutz und die Aufgaben, Rollen und Grenzen der Kooperationspartner kennen und ihren eigenen Handlungsspielraum aktiv nutzen.

Die letztendliche Verantwortung zur Klärung der Frage, inwiefern im Einzelfall das Wohlergehen und die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen gefährdet ist, liegt in der Zuständigkeit der Allgemeinen Sozialdienste. Eine hohe Verbindlichkeit in den Verfahrensstandard für die anderen im BKiSchG genannten Institutionen und Personen zu verbindlichen Formen der Kooperation und zum Aufbau von Reaktionsketten, sowie eindeutige Verfahrensstandards tragen zu einer professionellen Vorgehensweise im Kinderschutz bei. Diese „Kooperation im Risiko“ in dem sonst so unsicheren Feld des Kinderschutzes unterstützt auch die Arbeit des Allgemeinen Sozialdienstes und schafft eine größere Transparenz in der Kinderschutzarbeit. Familien können in Folge Veränderungsprozesse, die sie betreffen und die den Schutz und die Entwicklung ihrer Kinder sichern sollen, besser nachvollziehen und die erforderlichen, zu erreichenden Ergebnisse selbst kontrollieren.

Die Entwicklung und das Sichern einer Fehlerkultur im Umgang mit problematischen Kinderschutzfällen und die Reflexion zu gelungenen Kinderschutzfällen ist ein wesentlicher Bestandteil eines sekundärpräventiven Kinderschutzes (**Abbildung 10**).

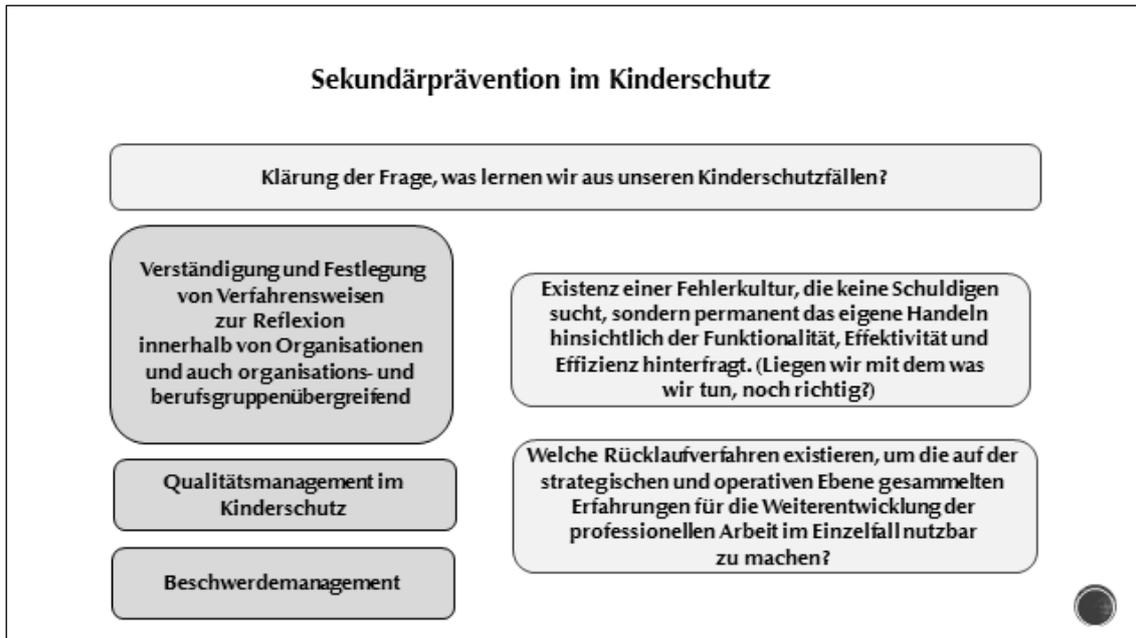


Abbildung 10

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

Hier geht es um die Beantwortung der Frage: Was können wir aus unseren Kinderschutzfällen lernen? Ziel des sekundärpräventiven Kinderschutzes ist es, negative Hilfeverläufe und Folgeerscheinungen zukünftig zu vermeiden. Die Ergebnisse dieses Lernprozesses müssen als Qualitätsentwicklungsprozess den Systemen des primärpräventiven und des intervenierenden Kinderschutzes zugeführt und ausgewertet werden. Methoden der Lernwerkstätten etablieren sich zunehmend in der Jugendhilfe – siehe Projekte des Bundes und der Länder<sup>1</sup>. Diese Form der Prävention stellt auch eine Herausforderung für die interdisziplinäre Kooperation in den Netzwerken und bedarf einer methodischen Verankerung in Kooperationsvereinbarungen u.a., denn Weiterentwicklung und Qualitätssicherung von funktionalen Systemen erfordert reflexive, kontrollierende, regulierende und korrektive Strategien.

Wie genau lässt sich nun Kooperation auf den drei Präventionsebenen konkret gestalten? Wie können Netzwerke lebendig und wirksam gestaltet werden?

Darüber geben die **Abbildungen 11 bis 14** Auskunft.

<sup>1</sup> Vgl. Prof. Dr. Reinhart Wolff, Prof. Dr. Christian Schrapper

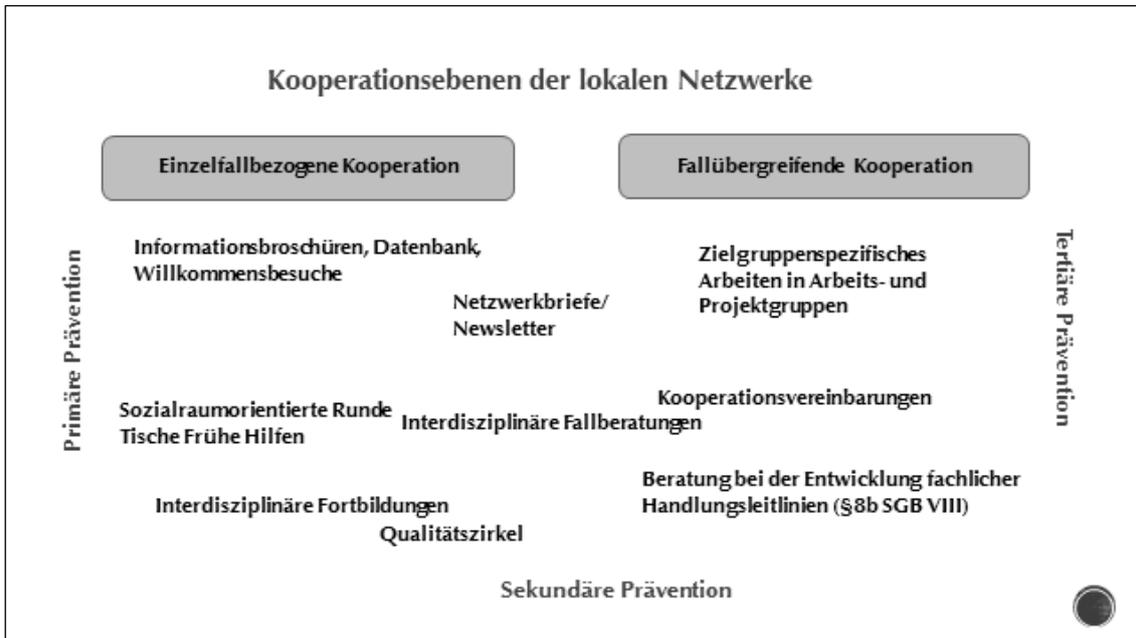


Abbildung 11

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

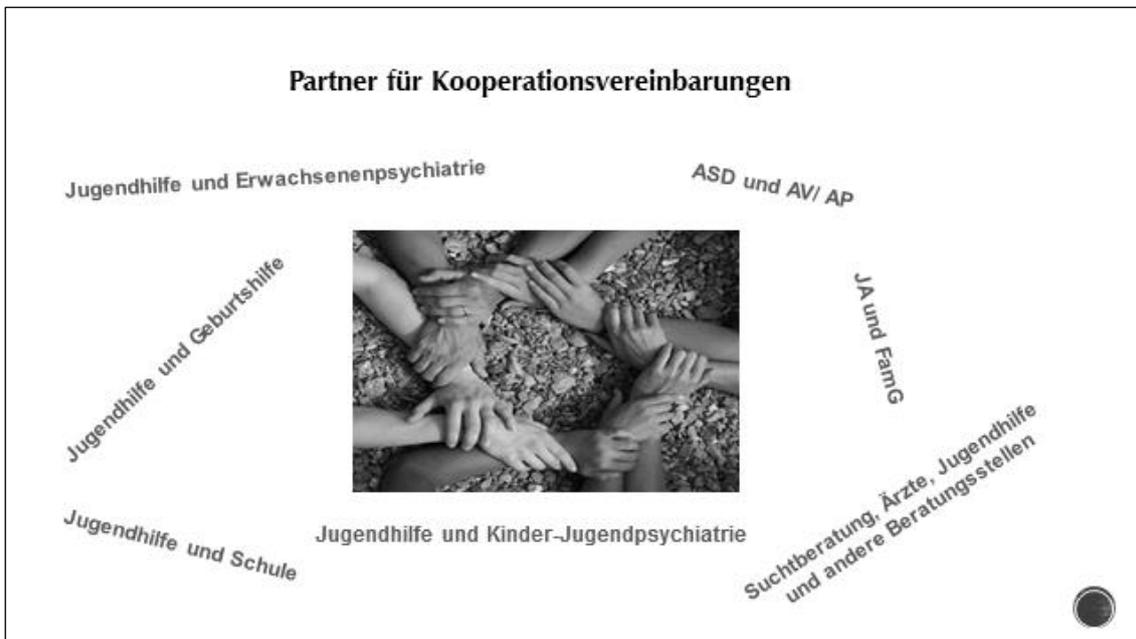


Abbildung 12

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

Um Netzwerkarbeit im Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz zu organisieren und lebendig zu gestalten, braucht es personelle Ressourcen im Sinne einer gezielten Netzwerkkoordination. Das Aufgaben- und Kompetenzprofil einer solchen Koordinationsstelle ist entsprechend den vielfältigen Kooperationsebenen und der Unterschiedlichkeit der Netzwerkpartner und ihrer Anliegen sehr komplex. Netzwerkkoordination ist in der Regel bei den Jugendämtern verortet, wenn auch mit sehr unterschiedlichen Stellenanteilen.

### Ihr Nutzen? Was bringt Ihnen die Arbeit in Kinderschutzsystemen?

- Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von Kindeswohlgefährdung und einheitlicher Verfahrensabläufe aller am Kindeswohl beteiligter Akteure
- Regelmäßiger Austausch fördert Wissen über vorhandene und geplante Angebote
- Möglichkeiten zur gegenseitigen Fallberatung nutzen, d.h. auch andere Berufsgruppen in anonymisierte Beratung mit einbeziehen
- Vermittlung in weiterführende Hilfsangebote durch direkte Kontaktaufnahme zu (bekannten) Fachpersonen (kurzer Dienstweg)
- Eine bessere Verzahnung von Gesundheitshilfe und Jugendhilfe schafft langfristig Entlastung für alle, indem jeder seine Kompetenzen bereitstellt und einbringt ....



Abbildung 13

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

Netzwerke bedürfen einer dauerhaften Pflege und gleichen einer Sisyphusarbeit mit „vielen kleinen Schritten zum Erfolg“. Die dauerhafte Implementierung, d.h. die Gewinnung und Motivation aller Netzwerkpartner – auch der erfahrungsgemäß weniger aktiven Berufsgruppen wie beispielsweise aus dem Gesundheitssystem – bleiben eine anspruchsvolle Daueraufgabe. Sie erfordert klare politische Entscheidungen, um langfristig umsetzbar zu sein.

### Was braucht es für eine gelingende Einbindung der verschiedenen Berufsgruppen?

Verantwortungsübernahme der fachlich und politisch Verantwortlichen zur administrativen Verankerung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten – d.h. das Verständnis, dass Kooperation eine Organisationsaufgabe ist

Flächendeckende Etablierung und Optimierung gesicherter und verbindlicher Kooperationsverfahren

Identifikation motivaler und struktureller Aspekte für Reibungsverluste zwischen den Systemen

Steuerung durch eine koordinierende Fachkraft

Realistische und systematische Entwicklungszeiten



Abbildung 14

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

## Blick auf die Netzwerkarbeit in RLP

Der Kurzfilm „5 Jahre Landeskinderschutzgesetz RLP“, der von der Servicestelle Kinderschutz des LSJV RLP für die Veranstaltung zur Verfügung gestellt wurde, zeigt anschaulich den Entwicklungsstand von Netzwerken Frühe Hilfen und Kinderschutz in RLP 5 Jahre nach Einführung durch das Landeskinderschutzgesetz. Hier kommen Netzwerkkoordinator/innen und Netzwerkpartner zu Wort zu ihren Erfahrungen, Erwartungen und zum Benefit einer gemeinsamen Arbeit in lokalen Netzwerken.

## Ergebnisse der Arbeitsgruppendifkussion

In Kleingruppen wurde folgende Aufgabenstellung bearbeitet und die Ergebnisse im Anschluss gemeinsam diskutiert:

„Sammeln Sie zentrale Aufträge an Ihr Netzwerk. Konkretisieren Sie, was auf den einzelnen Kooperationsebenen erreicht werden müsste, damit Netzwerkarbeit aus Ihrer Sicht erfolgreich ist und Ihnen nützt. Was kann ich dazu beitragen?“

Die Ergebnisse sind in der **Abbildung 15** zusammengefasst.

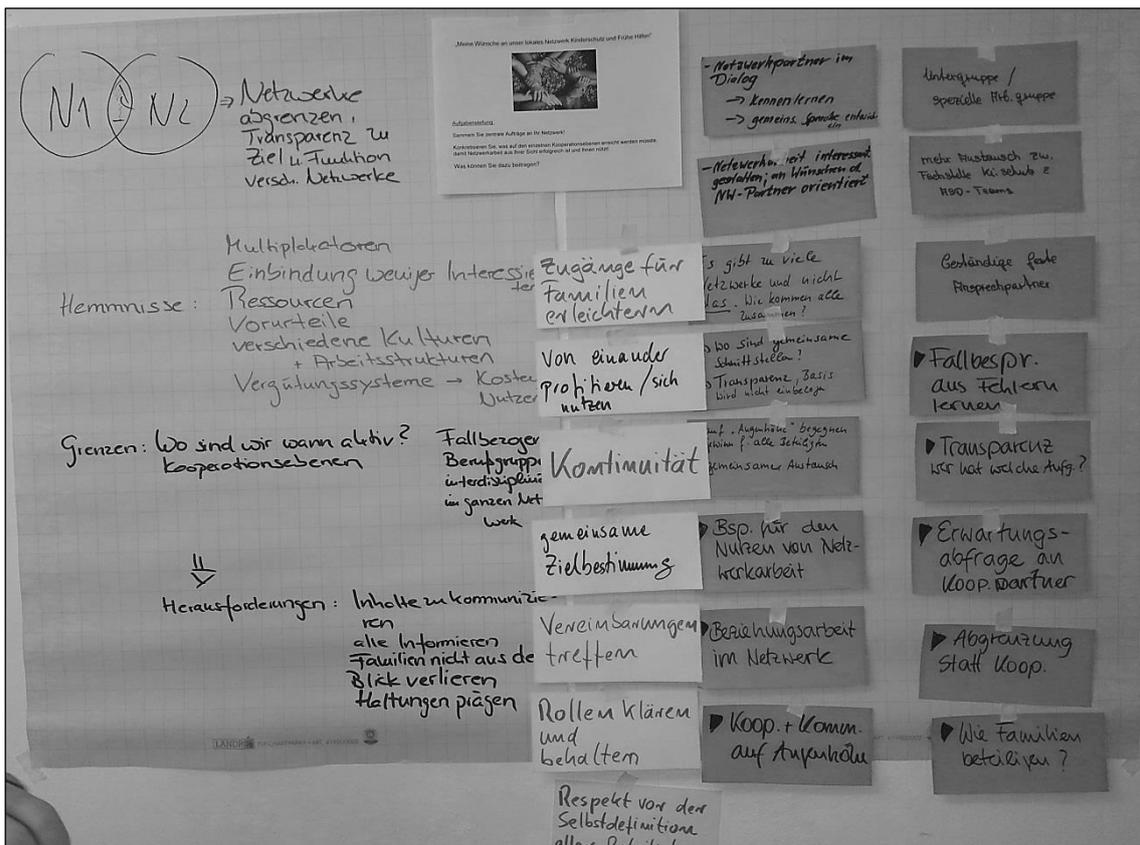


Abbildung 15

© Ulrike Grob-Weidlich, Holger Müller

Als ein sehr wichtiger Aspekt wurde das Einbinden und Funktionieren von Multiplikatoren genannt, um mehr Akteure zu erreichen. Ein Instrument sind zum Beispiel die Newsletter. Sehr viele Hemmnisse können auf der methodischen Ebene aufgegriffen wer-

den. Wir brauchen Methoden, um Menschen zur Kooperation anzuregen – das betrifft sowohl potenzielle Netzwerkpartner als auch Familien. Als höchst wichtig wurden die Herstellung von Verbindlichkeiten und das Festhalten von Ergebnissen aus den gemeinsamen Beratungen aufgeführt. Nicht zu vergessen ist die Kommunikation darüber, welchen Nutzen die Kooperationspartner aus der Arbeit im Netzwerk ziehen können.

## Was gehört zum professionellen Umgang mit dem Risiko?

### Arbeitsgruppe 5: Partizipation im Risiko – Kinder und Eltern einbeziehen

DR. CHRISTINE MAIHORN

Familienberaterin im Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V.

Das Thema dieser Arbeitsgruppe interessierte mich sehr, da ich mich häufig frage, wie es kommt, dass sich in manchen Hilfeprozessen immer mehr Fachkräfte in diversen Gremien um das Wohl eines Kindes kümmern, aber die betroffenen Eltern und Kinder schon nicht mehr „dabei“ zu sein scheinen.

Dadurch gerate ich mitunter selber – als Familienberaterin eines Freien Trägers – in die Rolle, fast stellvertretend für die Familie, mit der ich arbeite, anwesend zu sein und entsprechende Fragen, Reaktionen und Emotionen zu erleben.

Was ist da los? Wie kommt es dazu? Wie ist das gemeint?

Auch wenn ich womöglich selbst mehr Fragen als Antworten habe, versuche ich in meinem einführenden Beitrag zu dieser Arbeitsgruppe einige Gedanken zur Diskussion zu stellen, in der Hoffnung, dass sich ein lebendiger Austausch anschließt, an dem alle Anwesenden teilhaben können.

In der Expertise „Kinder im Kinderschutz“ von R. Wolff, U. Flick, T. Ackermann, K. Biesel, F. Brandhorst, St. Heinitz, M. Patschke und P. Robin<sup>1</sup> werden verschiedene Forschungsfragen erörtert und einige Untersuchungen ausgewertet.

Die Partizipation von Eltern und Kindern steht als Anforderung an die Fachkräfte der Jugendhilfe außer Frage, denn die Beteiligung von Kindern und Eltern ist gesetzlich geregelt (SGB VIII §5, §36 und §8a).

In der Jugendhilfe soll Partizipation seit dem 8. Jugendbericht 1989 zu einem zentralen Paradigma geworden sein<sup>2</sup>. Herausgestellt wird, dass sich im Kinderschutz immer wieder besondere fachliche Herausforderungen ergeben, da es hier um sehr gegensätzliche Interessen und Machtpositionen geht und die Freiwilligkeit nicht gegeben ist, was eine selbstbestimmte Teilhabe von Eltern und Kindern entsprechend einschränkt<sup>3</sup>.

Interessant war mir, dass sich Fachkräfte in englischen Studien überzeugt von der Notwendigkeit von Partizipation zeigten, gleichzeitig aber einräumten, dass Partizipation in Kindeswohlgefährdungsfällen eher als Informationspflicht verstanden wird<sup>4</sup>. Hilfemaßnahmen und die Meinungen der Fachkräfte sollten dementsprechend vor allem von Eltern und Kindern akzeptiert werden.

---

<sup>1</sup> Hrsg. Nationales Zentrum Frühe Hilfen in der BZgA Köln 2013

<sup>2</sup> 8. Jugendbericht (1989), S. 16 f.

<sup>3</sup> Ebenda, S. 17

<sup>4</sup> ebenda, S. 23

In deutschen Studien wird bemerkt, dass sich manche Fachkräfte eine prinzipielle Beteiligung von Kindern kaum vorstellen können, da ihnen das Vertrauen in gelingende Beteiligungsprozesse fehlt<sup>5</sup>. Andere Fachkräfte würden Partizipation als „Bedrohung ihrer Fachlichkeit“ erleben. Wieder andere stellen den Druck, im Kinderschutz schnelle Lösungen erreichen zu müssen, dem Beteiligungsanspruch gegenüber.

Eine weitere Gruppe hingegen sieht im Anspruch, Eltern und Kinder zu beteiligen, einen „positiven Möglichkeitsdruck“.

Gleichzeitig wird herausgestellt, was die Fachkräfte im Kinderschutz tagtäglich bewältigen müssen:

- Sie sind aufgefordert, zwischen der Minimierung von Risiken und der Ermöglichung umfassender Partizipation zu balancieren.
- Sie sollen Entscheidungen treffen, die sich hauptsächlich auf Aussagen Dritter und weniger auf die eigene Inaugenscheinnahme oder Beobachtung stützen können.
- Fachkräfte haben es mit gegensätzlichen Interessen, Rollenanforderungen und Machtpositionen zu tun<sup>6</sup>.

Manipulation, Fremdbestimmung oder „Alibi-Beteiligung“ scheinen so einer tatsächlichen Partizipation gegenüberzustehen. Denn Teilhabe, Beteiligung hieße: mitdenken, mitplanen, mitentscheiden, mitgestalten und mitverantworten.

Wie soll das aber mit Eltern gelingen, die längst passiv geworden sind, sich gewissermaßen „auf dem Beifahrersitz“ eingerichtet zu haben scheinen, die alles laufen lassen, und sei es in eine gefährliche Sackgasse?

Wie gelingen Beteiligungsprozesse mit Familien aus anderen Kulturen, mit denen es elementare Verständigungsschwierigkeiten gibt, oder mit Eltern, die psychosozial arg belastet sind, schnell in Panik geraten oder selber bedrohlich für die Fachkräfte werden?

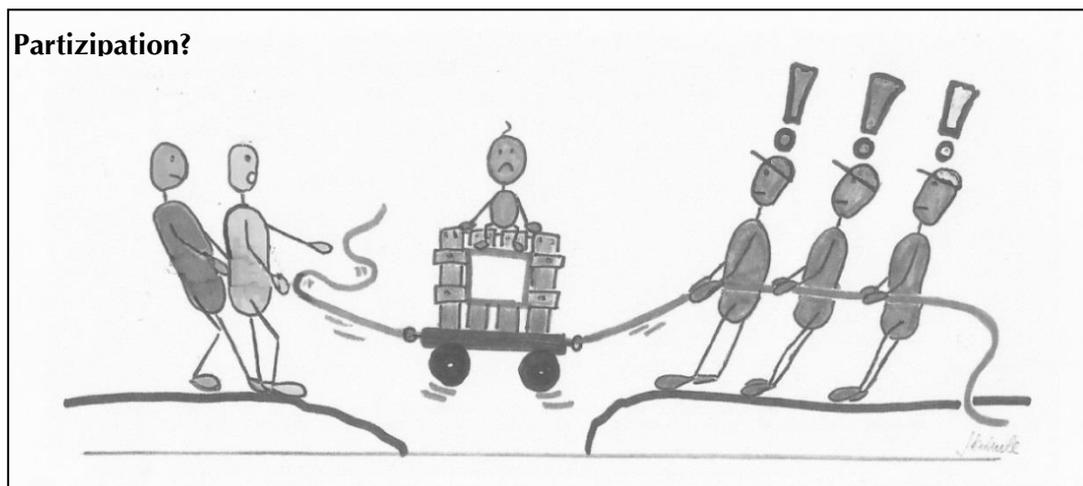


Abbildung 1

© Jana Kuhnle, Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V.

<sup>5</sup> ebenda, S. 24

<sup>6</sup> ebenda, S. 42 f.

Während die Eltern in dem Bild (**Abbildung 1**) die „Karre“ den Abhang womöglich hinunter fallen lassen, die bedrohliche Situation für das Kind nicht mehr aufhalten können, scheinen die Fachkräfte auf der anderen Seite bereit zu sein einzugreifen, zu handeln, Antworten auf die gefährliche Lage zu haben. Wie aber erlebt das Kind die Situation und wie fühlen sich die Eltern dabei? Sie wissen oder können nicht weiter, bei den Fachkräften dagegen herrscht Klarheit: Das Kind muss geschützt werden. „Am Abgrund“ ist keine Zeit für Innehalten und Fragen.

### **Drei kurze Praxisgeschichten**

Eine junge Kollegin berichtete, wie sie an einem großen Bahnhof von einer sehr aufgeregten zugewanderten Frau angefleht wurde, sie möge ihr sagen, was in dem Brief stehe, den sie der Kollegin vors Gesicht hält. Ob da drin stehe, dass ihr die Kinder weggenommen werden, fragt sie ganz direkt. Meine junge Kollegin war entsprechend irritiert, sah die Hilflosigkeit und Panik der Frau und las, dass demnächst eine Gerichtsanhörung käme, da sie nicht kooperationswillig sei.

Partizipation im Risiko? Was war da wohl los?

In einer anderen Geschichte beschloss ein 6-jähriges Kind, das seit kurzem in einer Heimeinrichtung war, die Geschicke selbst in die Hand zu nehmen. Es zog sich die Schuhe an und verkündete, dass es jetzt „heim zu Papa gehe“. Nach einer sicher belastenden Unterbringung des Kindes hatte es vielleicht nicht verstehen können, warum es jetzt für wie lange und wohin gebracht wird.

Wurde es gefragt? Ging es zu schnell, gab es Alternativen, mit denen das Kind besser hätte zurechtkommen können?

In einer dritten Geschichte gelang die Beteiligung der Eltern nach einer vermuteten Kindesmisshandlung, die als häuslicher Unfall erklärt wurde, dadurch, dass die zuständige Fachkraft die Eltern in ihrer Verantwortung für das Wohlergehen ihres Kindes ließ und mit ihnen darin übereinstimmen konnte, dass nicht nur sie, sondern die Eltern selber auch Fragen hatten und in Not waren. Wie kam der Verdacht in der Klinik auf? Wer ist wofür verantwortlich gewesen? Was hat das Kind erlebt und was die Kindesmutter, die zu der Zeit allein mit ihrem Kind war? Warum brachte sie es nicht fertig genauer zu beschreiben, wie die Verletzung des Kindes zustande gekommen war?

Die Fachkollegin konnte den Eltern zutrauen, dass sie in einer Beratungsstelle diese Fragen klären werden, und ließ ihnen dafür auch Zeit. Die Eltern erlebten das als eine unverhoffte Chance, so dass sie ihrerseits sehr zügig Kontakt aufnahmen und in kürzester Zeit alle Fragen gemeinsam klären konnten, bis dahin, weitere Hilfe selbständig in Anspruch zu nehmen, weil die Angst vor dem Zeigen der Unsicherheiten gebändigt war und die Selbstachtung als noch „neue“ Eltern dadurch eher gestärkt schien.

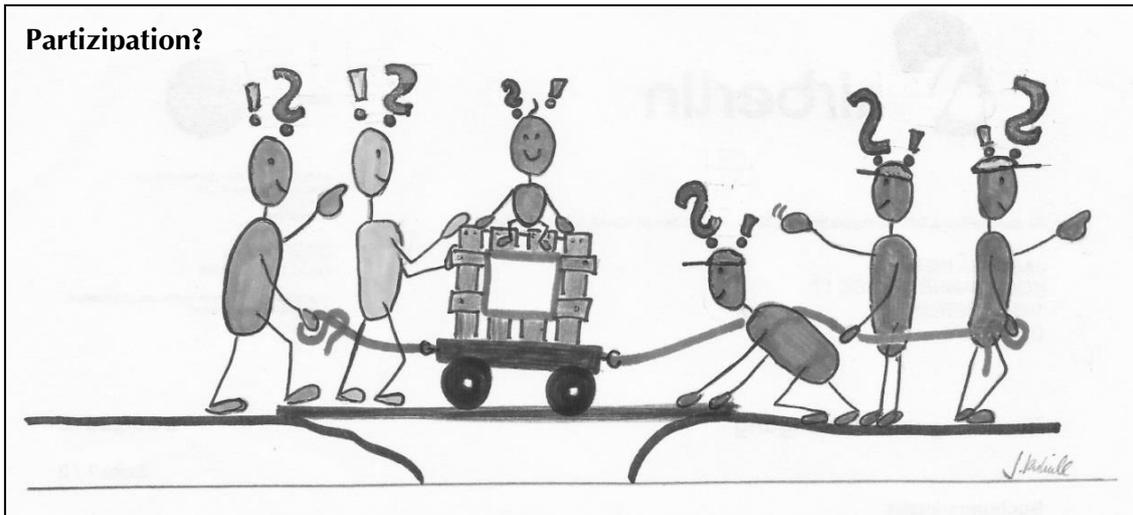


Abbildung 2

© Jana Kuhnle, Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V.

Vielleicht lässt sich dann am besten eine Brücke „über die Gefahr“ bauen, wenn die Fachkräfte ihre eigenen Fragen wiederfinden können und nach dem ersten schützenden Schritt an der Seite der Familie bleiben und die Gefährdung in Co-Produktion abwenden.

Drei sehr zugespitzte Fragen sollen verdeutlichen, welche Folgen zu erwarten sind, wenn die Beteiligung der Betroffenen aus dem Blick gerät:

1. Könnte es sein, dass die intensive, anspruchsvolle und verantwortungsvolle Arbeit der Fachkräfte bzw. der größer gewordenen Expertenteams auf der einen Seite zur „Infantilisierung“ und Vereinsamung der Eltern auf der anderen Seite führt, die dann eher zu „Objekten“ von Kinderschutz werden als Subjekte ihrer eigenen Geschicke zu bleiben, mit eigenen Vorstellungen, Ängsten, Wünschen, Ideen, die im „Gefährdungsbereich“ nicht mehr zu interessieren scheinen?
2. Wiederholen sich dann (wenn Beteiligung aus dem Blick gerät) nicht auf der Hilfeebene gerade die schmerzlichen Erfahrungen aus den Herkunftsfamilien, dass nämlich die Erwachsenen (als Metapher gemeint für die Fachkräfte) sie nicht einbeziehen in ihre Entscheidungen, dass über sie verfügt wird, dass die Erwachsenen „ihr Ding“ machen, egal, wie es „den Kindern“ damit geht?
3. Und produziert nicht gerade das dann den Widerstand, der zu erheblichen Schwierigkeiten im Hilfeprozess führt? Die Eltern machen dann nämlich auch „ihr Ding“, wie sie sich selber als Kinder früher „gerettet“ haben, „hinter dem Rücken“ der Erwachsenen natürlich:

Sei es, dass die Familie plötzlich umzieht (um z. B. die zuständige Fachkraft loszuwerden) oder auch ein neues Kind entsteht, (weil z. B. die Perspektive eines untergebrachten Kindes völlig unklar ist und nicht entschieden wird), um nur einiges anzudeuten.

Insofern wage ich die Hypothese, dass gerade in sehr zugespitzten Hilfsituationen, in denen schnell „was passieren muss“, die permanente Beteiligung der Betroffenen, der

Eltern, Kinder (und weiterer für die Familie wichtiger Personen) maßgeblich die Chance der Abwendung einer Gefährdungssituation und der Annahme von Hilfen **mitentscheidet**.

Dafür sind elementare Voraussetzungen nötig, von denen ich zum Schluss noch einige erwähnen möchte. (Dabei lehne ich mich wieder an die Gedanken der schon erwähnten Expertise der Kollegen des Kronberger Kreises an, die das für die Beteiligung der Kinder bereits treffend formuliert haben.)

Eine ernsthafte und stetige Beteiligung von Eltern und Kindern in riskanten Hilfesituationen erfordert demnach:

- eine entsprechende Haltung den Familien in riskanten Lebenssituationen gegenüber
- Zeit und Gelegenheit für die Beteiligung von Eltern und Kindern
- Reflexion der eigenen Ängste und Vorurteile gegenüber einer Beteiligung von Eltern und Kindern
- die Überwindung von eigenen Unsicherheiten (Wie spreche ich mit Kindern unterschiedlichen Alters über Schwieriges in der Familie? Wie begründe ich notwendige Entscheidungen? Wie erfrage ich Selbstbeschreibungen der Beteiligten usw.)
- Selbstklärung
- Supervision
- Kreativität und Mut
- Gelegenheit zu haben, die Familien auch in Nicht-Krisen-Zeiten zu erleben
- Fort- und Weiterbildung zu besonderen Fragen der psychosozialen Arbeit
- Fehlerfreundlichkeit und Qualitätssicherung
- Partizipation als störanfälligen aber auch anspruchsvollen Prozess zu verstehen.

In diesem Sinne möchte ich jetzt einladen, miteinander ins Gespräch zu kommen:

Wie sehen Sie das mit der Partizipation in riskanten Hilfesituationen?

Gibt es überhaupt ein Problem damit?

Wenn ja, was ist das Problem?

Warum ist die Teilhabe von Eltern und Kindern in der Kinderschutz-Praxis dennoch so kompliziert?

# Was gehört zu einem professionellen Umgang mit dem Risiko?

## Arbeitsgruppe 6: Lernen am Risiko – Gute Arbeit im Kinderschutz

BRITTA CLAASSEN-HORNIG

Stadtteileitung Gröpelingen, Referatsleiterin Junge Menschen für den Stadtteil  
Gröpelingen, Sozialzentrum Gröpelingen-Walle, Bremen

### 1. Bilanz der Stadtteilgruppe Gröpelingen – 7 Jahre nach Kevin

Was erwartet Sie heute in dieser Arbeitsgruppe?

Ich möchte Ihnen einen Einblick in die Arbeit der Stadtteilgruppe Gröpelingen gewähren. Im Folgenden werde ich

- Auf die Bilanz der Stadtteilgruppe Gröpelingen – 7 Jahre nach Kevin eingehen,
- die Orientierung und die Herausforderungen benennen
- und zuletzt die Frage aufwerfen, was braucht eine gute Kinderschutzorganisation.

An dieser Stelle werde ich nicht auf Rahmenbedingungen, der Frage von personeller Ausstattung des Casemanagement etc. eingehen. Hier geht es darum den Focus nach „Binnen“ also in/auf die Teamstruktur zu richten.

Seit August 2007 leite ich die Stadtteilgruppe junge Menschen Gröpelingen. Im Jahr 2008 ist eine weitere Leitungskraft hinzugekommen, da das Gesamt-Team gewachsen ist und eine veränderte Leitungsspanne erforderte. Zusammen mit meiner Kollegin sind wir in der Dienst- und Fachaufsicht für die Fachkräfte der Stadtteilgruppe, für den Teambildungsprozess, der Kinder- und Jugendförderung und der kleinräumigen Tagesbetreuung für Kinder in diesem Stadtteil zuständig.

#### Ausgangslage:

Im August 2007 fand ich folgende Situation vor:

Bei fast allen Fachkräften war eine zuweilen hohe Verunsicherung einhergehend mit dem Gefühl der Ohnmacht zu sehen. Das traf erstaunlicherweise auch auf die Casemanager/innen zu, die erst nach „Kevin“ eingestellt wurden und nicht in die Zeit des Auffindens der Leiche und der anschließenden Medienpräsenz einbezogen waren. Hinzu kamen die Fachkräfte, die zu diesem Zeitpunkt bereits lange Jahre in der Stadtteilgruppe gearbeitet haben. Sie waren zum Teil traumatisiert und bedurften eines „Raums“, in dem sie von ihren Erfahrungen, ihren Ängsten berichten konnten. Die Stadtteilgruppe war zu jenem Zeitpunkt weit davon entfernt, dass man von einem verantwortungsvollen mit Übersicht und Wissen einhergehend gutem Kinderschutz sprechen konnte.

Obwohl das Team, wie auch andere Teams in Bremen, personell verstärkt wurde, neue Dienstanweisungen und Fortbildungen in den beruflichen Alltag einfließen, war die Ar-

beit in dieser Zeit eher von einem ständigen Reagieren auf die Anforderungen als von einem übersichtlichen auf alle Eventualitäten abgewogenen Agieren bestimmt.

Darüber hinaus war das Vertrauen von Bürgern aber auch von verschiedenen Institutionen in das Jugendamt, insbesondere in die Stadtteilgruppe Gröpelingen gleich Null.

Nach wie vor waren die Fachkräfte der Stadtteilgruppe einem starken Meldeverhalten der Öffentlichkeit – einhergehend mit der Angst/Verunsicherung der „Melder“, dass ein weiterer „Kevin-Fall“ passiert, bzw. schon wieder passiert sei – ausgesetzt.

Es wurde relativ schnell deutlich, dass allein die Personalverstärkung, die Fortbildungsreihen, die Dienstanweisungen und eine neue Software nicht zur Stabilisierung des Teams beitragen, um dem Arbeiten für den Kinderschutz gerecht zu werden. Im Gegenteil, nach wie vor war eine Verunsicherung, Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation, mit den Arbeits- und Rahmenbedingungen durchgängig wahrzunehmen. Hinzu kam es aufgrund der hohen Arbeitsverdichtung zu einer absoluten Überforderung bei fast allen Fachkräften. Die Gefahr des Ausbrennens bei den Fachkräften war zu jenem Zeitpunkt extrem groß. Und immer die Angst als täglichen Begleiter, den Kinderschutz nicht ausreichend im Blick zu haben.

Aus diesem Grund haben wir damit begonnen, den Blick nach innen zu legen, neue Standards zu erschaffen und Verfahren miteinander festzulegen.

Im Folgenden möchte ich auf

- das Team,
- das Verantwortungsgefüge,
- die Verbindlichkeit,
- die Leitung,
- die Konzeption,
- die Struktur und
- die Teamkultur

eingehen.

## **2. Orientierung und Herausforderungen aus dieser Erfahrung annehmen (These)**

Aus unseren Erfahrungen und der Analyse von Fallverläufen haben wir die Kenntnis gewonnen, dass Falldynamiken oftmals das Ergebnis von widersprüchlichen Informationen, von Routinen und Handlungsdynamiken sind.

Wir haben es oft mit Scheinkooperationen zwischen Familien und Fachkräften zu tun. Kein Klient sagt uns alles, sondern er selbst legt einen Fokus auf ganz bestimmte Dinge, die er mitzuteilen bereit ist. Es ist letztlich an uns Fachkräfte die Aufgabe gestellt, den Fokus weiter zu stellen, allerdings nicht zu weit, um nicht ein unscharfes Bild zu produzieren.

Diesen Herausforderungen müssen wir uns stellen:

- Kinderschutzfälle sind oftmals sehr undurchsichtig.
- Jeder Fall ist einzigartig.
- Die Analyse der Fälle erbringt wiederkehrende und übertragbare Faktoren.<sup>1</sup>

Die letzten beiden Thesen bergen einen Widerspruch in sich. Einerseits ist jeder Fall einzigartig und andererseits beinhaltet jeder Fall wiederkehrende und übertragbare Faktoren, die uns bei der Analyse auffallen und aus denen wir lernen können.

Auch wir als Fachkräfte sind Träger von Risiken und werden mitunter Opfer von Übertragungen. Wenn mehrere Fachkräfte einen Fall bewerten, erhält man unterschiedliche Sichtweisen und Bewertungen. Das ist uns insbesondere im Jahr 2011 aufgefallen, als unsere Stadtteilgruppe erneut mit einem Kinderschutzfall konfrontiert wurde. Es ist ein Kind unter den Augen der Jugendhilfe zu Schaden gekommen. Allerdings kam es nicht zu dieser medialen Aufmerksamkeit gegenüber unserem Team. Damals konnten keine groben Fehler der Fachkräfte festgestellt werden, allerdings ist das Restrisiko, dass etwas passiert, nach wie vor gegeben. Dieser Fall war der Auslöser für unsere erste Fallwerkstatt in Bremen-Gröpelingen, an der nicht nur alle „im Fall beteiligten Fachkräfte, sondern auch die gesamte Leitungs-Hierarchie und die Senatorin und der Pressesprecher teilnahmen.“<sup>2</sup> In dieser Fallwerkstatt mit dem Kronberger Kreis für dialogische Qualitätsentwicklung befassten wir uns vor allem mit den Schnittstellen der Hilfeplanung, Haltungen, etc.

### **3. Was braucht eine gute Kinderschutzorganisation?**

Die Fachkräfte der Stadtteilgruppe Gröpelingen haben sich darauf verständigt, dass für einen guten Kinderschutz und zur Bewältigung der o.g. Herausforderungen folgende Bedingungen erfüllt sein müssen:

- die Kooperation im Team,
- die Identifikation mit der eigenen Rolle ,
- die Identifikation mit dem Aufgabengebiet (dabei sind auch die Abgrenzungen und die entsprechenden Schnittstellen zu berücksichtigen), die Identifikation mit dem Stadtteil (Kenntnisse über die Sozial- und Infrastruktur und Nutzen derselben): In Gröpelingen, einem sehr „bunten“ Stadtteil, wohnen Menschen aus verschiedenen Nationen, wir haben Menschen mit sehr unterschiedlichen Erfahrungen und Biografien, viele unterschiedliche Haltungen darüber, wie Kinder erzogen und aufwachsen sollen,
- Kenntnisse über die Grundsätze der verschiedenen Kulturen,
- Fachwissen sowie
- eine sichtbare und spürbare Leitung.

---

<sup>1</sup> vgl. Heinitz/Claassen-Hornig, Forum Erziehungshilfen 2/13

<sup>2</sup> ebenda

Anders gefragt ...

- Wie viel Team benötigt der Kinderschutz?
- Was benötigt jede/r Einzelne im Team, um diesen Herausforderungen zu begegnen?

Ich erinnere an die Erkenntnis, dass „die bloße Aneinanderreihung von Fachkräften“ noch längst kein Team ausmacht und auch keinen Ort, an dem man sich sicher fühlen und ohne Angst agieren kann.

Unser Leitbild ist einer chinesischen Weisheit angelehnt:

„Jedes Ding hat drei Seiten eine, die du siehst, eine, die ich sehe, und eine, die wir beide nicht sehen.“

Daher stellt sich die Frage, was wir im Kinderschutz brauchen, um am Ende alle drei Seiten zusammenzubringen.

**Unsere These ist:**

**1. Verantwortung ist nicht teilbar.**

Das ist eine provokante These. Sie ist letztendlich darin begründet, dass ein Fall so lange bei der fallführenden Kollegin oder dem fallführenden Kollegen bleibt, bis völlige Klarheit darüber herrscht, dass er übergeben worden ist. Man kann einzelne Aufträge im Zusammenhang mit dem Fall erteilen, aber die Rückmeldungen müssen zum Fallführenden kommen. Das ist sehr wichtig, damit nichts verloren geht.

**2. Kinderschutz ist immer eine Teamleistung.**

Es mag als ein Widerspruch zur ersten These erscheinen, aber die/der Kolleg/in agiert im Kontext des Teams, sie/er braucht die Leistungen, Informationen und Rückmeldungen des Teams, um ihrer/seiner Verantwortung gerecht werden zu können.

**3. Kooperation im Team funktioniert nur mit einer starken Leitung.**

Die Leitung ist verantwortlich für die Strukturen und Rahmenbedingungen.

Die Stadtteilgruppe Gröpelingen hat sich 2007 u.a. mit dem **Dreieck des Kinderschutzes** nach Becker/Langosch beschäftigt (**Abbildung 1**). In der Mitte befindet sich der Kinderschutz. Um den Kinderschutz auszuüben, brauchen wir zunächst eine Struktur, in der wir uns wiederfinden, in der ich weiß, wo meine Aufgaben liegen, was die anderen Kolleg/innen tun, wo man sich eventuell Hilfe holen kann.

Es geht aber auch um das „Wie“ der Beziehungen. Welche Beziehung hat der Einzelne zu seinen Kolleg/innen, zur Leitung, aber auch zu den Klienten? Außerdem geht es darum, Ziele setzen und bearbeiten zu können. Diese Ziele werden in der Beziehungsebene mit den Klienten, den Leistungserbringern usw. gesetzt, bearbeitet, mitunter korrigiert.

Vor dem Hintergrund dieses Bildes haben wir uns im Jahr 2007 entschlossen, neue Strukturen zu entwickeln.

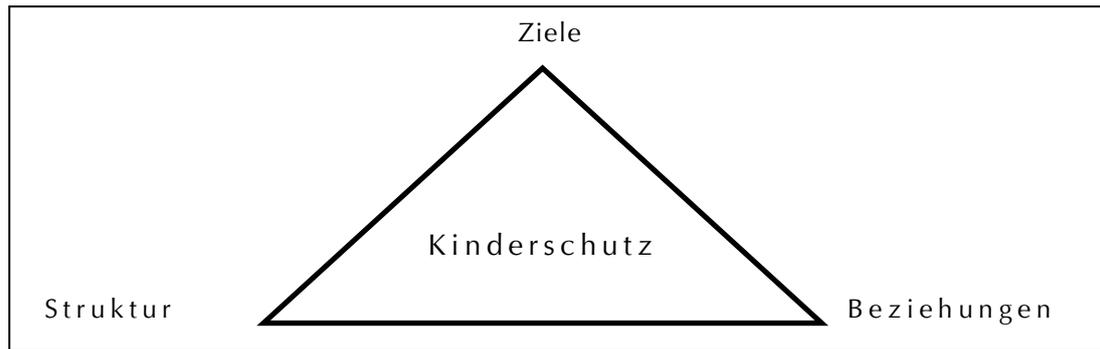


Abbildung 1

(in Anlehnung an Becker/Langosch (2002)<sup>3</sup>)

Strukturen geben Sicherheit. Strukturen müssen aber auch von jedem Teammitglied verstanden und akzeptiert werden. Das muss eine Grundhaltung werden, nicht nur, aber gerade in Kinderschutzfällen oder in unübersichtlichen Situationen. Wir haben es oft mit Familien zu tun, die in Probleme oder Krisen hineingeraten sind, aus denen sie mit unserer Hilfe wieder herauskommen möchten. Insbesondere für krisenhafte Fallverläufe ist ein roter Faden für alle Handlungsschritte unabdingbar. Damit kann man nicht erst beginnen, wenn eine Meldung kommt. Es muss vorher klar sein, wer wann für welche Schritte zuständig ist. Wir haben festgestellt, dass es zu einer Entspannung in der Arbeit beiträgt, wenn man weiß, welche ersten Schritte zu unternehmen sind, um die Aufregung oder Panik herauszunehmen.

Dieser rote Faden, den wir in der Stadtteilgruppe Gröpelingen haben (Gröpelinger Basics<sup>4</sup>), ist verbindlich und nicht verrückbar – gleich einem Gesetz. Die Handlungsschritte werden regelmäßig überprüft, um sie u.a. neuen Gegebenheiten/Herausforderungen anzugleichen.

Anfang des nächsten Jahres findet ein Fachtag statt, auf dem die Vorgehensweisen überprüft werden, ob sie noch der aktuellen Praxis entsprechen. Einiges muss inzwischen nachjustiert werden, da inzwischen neue Kolleg/innen in das Team gekommen sind.

Die Leitung ist Hüter der Struktur.

### Unsere Struktur

Unsere Struktur umfasst folgende Elemente, die an dieser Stelle erläutert werden sollen:

- Bildung von Quartieren,
- Arbeiten im Tandem/in Triaden,
- Erreichbarkeit der Stadtteilgruppe,
- Quartierssitzungen,
- Supervision,

---

<sup>3</sup> Becker/Langosch (2002): Produktivität und Menschlichkeit – Organisationsentwicklung und ihre Anwendung in der Praxis

- Wochenkonferenz,
- Fachlichkeit,
- Leitung.

## **Quartiere**

Die Bildung von Quartieren war unsere Antwort auf die Unübersichtlichkeit. Im Jahr 2007 war eine große Unübersichtlichkeit und Unklarheit über Verantwortlichkeiten und Leistungserbringer in dem großen, kinderreichen Stadtteil festzustellen. Dieser Stadtteil besteht aus vier Ortsteilen. Im ersten Schritt haben wir den Stadtteil in arbeitsfähige Quartiere geteilt. Für jedes Quartier wurde vom Team eine Fachkraft als Quartierssprecher gewählt. Dieser hat die Aufgabe, die Quartierssitzungen zu leiten. Diese Quartierssitzung (ohne Teilnahme von Leitung) findet jeden Donnerstag zu einer festgelegten Zeit statt und ist für alle Fachkräfte verbindlich. Der Quartierssprecher führt Buch über alles, was in den Sitzungen besprochen wird. Er bildet außerdem die Schnittstelle zwischen meinen Kolleg/innen und uns als Leitung. Er sammelt Anregungen, Anliegen und Anmerkungen ein. Einmal im Monat findet zwischen uns als Leitung und den Quartierssprechern ein Jour fixe statt.

Die zwei Teams der Stadtteilgruppe arbeiten mit den fachlichen Schwerpunkten (Kinder im Alter von 0 bis 12 Jahren und Jugendliche/junge Erwachsene im Alter von 12 bis 21 Jahren und darüber hinaus). Auch mit dieser Teilung verstehen wir uns als Ganzes. Diese Schwerpunkte werden in den Wochenkonferenzen wieder zusammengeführt. In unserem Stadtteil leben viele kinderreiche Großfamilien. Hat eine Fachkraft die Fallverantwortung für einen 14-jährigen Klienten, bemerkt aber in der Familie, dass auch kleinere Kinder betroffen sind, zieht er eine/n Kolleg/in aus dem Schwerpunkt 0-12 Jahre zur Klärung hinzu. Die Fallverantwortung verbleibt aber nur bei einer Fachkraft.

Das Ziel der Quartiersbildung und der Bildung von Tandems und Triaden im Quartier im Jahr 2007 war es, Sicherheit und Übersichtlichkeit zu schaffen, Handlungsklarheit und verbindliche Zusammenarbeit sicherzustellen.

## **Tandems/Triaden**

An die Tandems/Triaden werden folgende Anforderungen gestellt:

- Reflexion von Fallverläufen,
- wechselseitige Vertretung,
- Unterstützung in unklaren Fallverläufen,
- Treffen von Absprachen etc.

Die beiden bzw. drei Fachkräfte ergänzen sich und vertreten sich gegenseitig. Die Anforderung an die Fachkräfte besteht darin, die Fallverläufe und elementare Informationen für den anderen transparent nachvollziehbar darzustellen. Vor und nach einem Urlaub findet eine gründliche Übergabe an die andere Fachkraft im Tandem und auch wieder zurück

statt. Das betrifft Post- und E-Mail-Eingänge, wichtige Termine u.a. Trotz der engen Zusammenarbeit bleibt die Fallverantwortung jedoch bei einer Fachkraft.

Es geht darum, einen verbindlichen Ansprechpartner und aber auch ein Gefühl von „Heimat“ zu haben. Die Tandems bilden eine Einheit. Die Fachkräfte stehen im engen Kontakt und in enger Kommunikation zueinander. Beide haben einen Überblick über Fälle und Fallverläufe des anderen. Wir haben festgestellt, dass die Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfähigkeit unter diesen Bedingungen gewachsen ist. Das Team ist wesentlich stabiler geworden und die Sicherheit im Umgang mit Meldungen, Fallverläufen, Klienten ist deutlich gestiegen.

### **Erreichbarkeit**

Im Jahr 2007 – im Zuge der Aufarbeitung des Falles „Kevin“ – wurde der Vorwurf erhoben, dass das Jugendamt „nie erreichbar“ wäre. Wir haben uns aufgefordert, darauf eine für alle Beteiligten handhabbare Antwort zu finden. Daraus ist unser sogenannter „Call und Hintergrundservice“ entstanden.

Die Stadtteilgruppe ist für alle Kooperationspartner/innen der Stadt Bremen verbindlich an fünf Tagen in der Woche von 8:00 Uhr bis 16:30 Uhr zu erreichen. Jeder Kooperationspartner in Bremen-Gröpelingen erhält von uns eine aktuelle Übersicht über alle Namen, Telefonnummern und E-Mail-Adressen der Fachkräfte der Stadtteilgruppe Gröpelingen, etc.

Außerdem haben wir seit 2007 eine interne Handynummer für diese Kooperationspartner geschaltet, für den Fall, dass ein Kooperationspartner mit seinem Anliegen nicht länger als fünf Minuten warten kann. Diese Handynummer ist jeden Tag in Form eines Call- und Hintergrundservices erreichbar. Wenn es „brennt“, kann jede Fachkraft (auch Praktikanten) die eingehende Meldung aufnehmen und an die Fachkraft des Hintergrundservices übergeben. Diese Fachkraft bewertet die Meldung in Rücksprache mit anderen Kollegen und überprüft mit ihnen, ob die Familie bzw. der Fall bereits bekannt ist. Ist die Familie bzw. der Fall bereits in der Bearbeitung und der/die fallverantwortliche Kolleg/in gerade anwesend, wird er/sie von dieser Fachkraft (immer nur im sogenannten 4 Augen Prinzip! Nie allein) zum Ort des Geschehens begleitet. Das Telefon nimmt die Fachkraft nicht mit, sondern der „Call Service“ ist in diesem Moment „stand by“. Häufig ist es in unübersichtlichen Situationen nötig, Rücksprachen mit Kollegen, mit dem meldenden Kooperationspartner, Polizei oder anderen Institutionen zu halten. Die Fachkraft selbst kann in dieser Situation nicht anfangen zu telefonieren, sondern muss sich auf die Einschätzung der Situation und das Managen des Falles konzentrieren und die Familie beruhigen. Die Fachkraft ruft beim „Call Service“ an, um mitzuteilen, was in dem Moment gebraucht wird. Der Kollege im Haus muss das Notwendige organisieren, er verständigt die Polizei, ruft ein Taxi usw.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass diese Form der Erreichbarkeit viel Ruhe gebracht hat. Denn, wenn man nicht erreichbar ist, entstehen solche Bilder wie: „Typisch Behörde“, „Die trinken nur Kaffee“, „Die haben keine Zeit für mich“, „Die wollen keinen Kontakt“ usw. Das Handy klingelt allerdings nur selten. Und unsere Kooperationspartner wissen, dass wir zu 100 Prozent den Meldungen nachgehen, diese überprüfen und bewerten.

## Supervision

Jedes Quartier hat alle vier Wochen eine festgelegte Teamsupervision, die für alle Casemanager/innen verbindlich ist. Anfangs war das Team komplett in einer Supervision, allerdings wurde es mittlerweile zu groß, so dass nun die Quartierteams getrennt (ohne ihre jeweilige Referatsleitung) in die Supervision gehen. Um den Prozess der gesamten Teamentwicklung im Blick zu halten, finden zweimal im Jahr gemeinsame große Teamsupervisionen statt, an denen wir als Leitungskräfte teilnehmen. Wir Leitungskräfte setzen uns einmal jährlich oder nach Bedarf/Anlass mit dem Supervisor zusammen, um Eindrücke zu besprechen und Festlegungen zu treffen.

Dabei handelt es sich nicht um eine Fallsupervision, sondern um eine Teamsupervision, die für jede Fachkraft verbindlich ist. Ausnahmen müssen über unsere Referatsleitung kommuniziert und letztendlich entschieden werden.

Das Team ist **unsere Stärke**, allerdings kommen bei so vielen Menschen mitunter Konflikte auf. Die Supervision bietet eine Chance für Anerkennung und Wertschätzung untereinander. Aufkommende Konflikte werden rechtzeitig besprochen, ehe sie anwachsen. Die Supervision dient damit der Etablierung einer Kultur des Miteinanders sowie der Selbstfürsorge und Prophylaxe gegen Burnout.

## Die Wochenkonferenz

Bremen ist in sechs Sozialzentren mit insgesamt 15 Stadtteilgruppen gegliedert. Jeden Dienstag findet von 9:00 bis 12:00 Uhr die Wochenkonferenz in ganz Bremen statt.

Die Wochenkonferenz ist **das verbindliche Beratungsgremium für das Casemanagement**. Die Teilnahme der Casemanager/innen ist verbindlich und unterliegt festgelegten Regeln und Ritualen. Es beginnt damit, dass uns Leitungskräften bis Freitagnachmittag die Vorlagen, die in die Wochenkonferenz eingebracht werden sollen, vorliegen, um daraus die Vorlage für die Wochenkonferenz des Stadtteilteams Gröpelingen zu erstellen.

**Die erste Rubrik** lautet „**Fälle mit Kurzberatung**“. Hier geht es um bekannte Fälle und in erster Linie um Beendigungen, Verlängerungen u.a. Diese Fälle haben bereits die Beratung durchlaufen.

**Die zweite Rubrik** dreht sich um „**Fälle mit Beratung**“. Hier werden alle Fälle eingebracht, bei denen unklare/unübersichtliche Situationen im Hilfeverlauf entstanden sind, deren Anlass eventuell Meldungen von Anderen sein können, etc. Auch die entstehenden Neufälle müssen hier eingebracht werden. Weitere mögliche Hilfeplanungen werden thematisiert und bewertet. Am Ende einer Beratung steht immer eine Empfehlung des Gremiums, welches im Protokoll von der Referatsleitung verschriftlicht wird.

**Die dritte Rubrik** beschäftigt sich mit dem, **was aus den Meldungen der vergangenen Woche geworden ist**. Die Information bleibt solange in dieser Rubrik, bis klar ist, was aus der Meldung geworden ist.

Auf der Wochenkonferenz wird alles beraten, geregelt und entschieden; es geht nichts verloren. Sämtliche Meldungen vom vergangenen bis zum aktuellen Dienstag sowie detaillierte Informationen dazu werden für alle auf einem Flipchart visualisiert.

Die Wochenkonferenz wird durch die jeweilige Referatsleitung moderiert.

Wir nutzen Methoden, um diese Konferenz optimal zu gestalten, wie zum Beispiel Genogramme, Skalierung u.a. Die Konferenz ist straff durchorganisiert.

Jede Fachkraft ist gehalten,

- die durch die Polizei eingegangenen Meldungen, (von denen die zuständige Referatsleiterin, der Sozialzentrumsleiter, der Service des Sozialzentrums jeweils eine Kopie erhalten)
- sowie Meldungen von anderen Institutionen, Trägern, Bürgern etc. und auch anonyme Meldungen und Informationen mit den wichtigen Eckdaten

strukturiert vorzustellen und seine Kernfragen zu formulieren, um ein Fallverstehen bei den anderen Kollegen zu ermöglichen.

Der Schwerpunkt liegt in der Beratung und Bewertung von so genannten unübersichtlichen Fällen. Die nächsten Handlungsschritte werden überlegt und festgelegt.

Zur ausführlichen Beratung besonders schwieriger Fälle werden zusätzliche Termine vereinbart, eventuell unter Hinzuziehung anderer Akteure wie Therapeuten, Psychologen o.a.

Mitunter waren die festgelegten Handlungsschritte nicht passend und der Fall muss erneut in die Konferenz. Im Protokoll werden alle Festlegungen aufgeführt. Wir verstehen die Wochenkonferenz auch **als Türöffner**, in der neue Türen geöffnet werden. Rückmeldungen werden eingeholt, auch um zu verhindern, dass Fälle „verloren gehen“.

## **Fachlichkeit**

Um Fallverläufe zu verstehen und „Fallstricke“ in der Arbeit zu reduzieren, arbeiten wir mit verschiedenen Methoden wie Fallwerkstätten, Boxenstopp etc.

In der fachlichen Arbeit ist einerseits ein Methodenrepertoire und andererseits Kreativität gefragt, um die passenden Methoden an der richtigen Stelle einzusetzen und ggf. zu kombinieren. Im Umgang mit den Herausforderungen der Fallarbeit sind wir kreativ. Wir verfügen in unserer Arbeit über ein Repertoire an Methoden, die direkt in der Wochenkonferenz angewendet werden, wie Genogramm, Skalierung usw., außerdem über Methoden, die verabredet und extra durchgeführt werden, wie z.B. die Fallwerkstatt.

Um aus Fehlern zu lernen, werden Fallverläufe einer Überprüfung unterzogen, indem unübersichtliche Fallverläufe regelmäßig intern oder mit den Fachkräften der freien Jugendhilfe aus der Repro-Perspektive analysiert werden.

## **Nicht jeder kann alles...**

Für unsere Stadtteilgruppe haben wir festgestellt: Nicht jede/jeder kann alles und muss alles können und nicht jede/jeder kann sich in alles einarbeiten. Ein sozialpädagogisches Grundwissen muss selbstverständlich vorhanden sein, das heißt z. B. Wissen darüber, wie sich Kinder und Jugendliche entwickeln.

Wir sind keine Spezialisten, die nur auf einem bestimmten Gebiet arbeiten, und wollen es auch nicht sein, sondern wir brauchen einzelne Kollegen mit verschiedenen fachlichen Vertiefungsgebieten, wie z.B. Trauma, sexueller Missbrauch, Sucht, junge Mütter, psychisch kranke Eltern, Schnittstelle zum SGB II und XII usw. Dazu haben sie die entsprechenden Fortbildungen absolviert und sind gehalten, ihr Wissen als Multiplikatoren weiterzugeben. Sie erhalten jedoch nicht automatisch nur die Fälle, die zu ihrem Vertiefungsgebiet gehören. Sie fungieren vielmehr als Ratgeber und Ansprechpartner für ihre Kolleg/innen und als solche hören sie die Fälle quasi aus einer Außensicht und können eine andere Warte, eine andere Sichtweise einnehmen. So ist sie/er Experte, ein/e „weiser/weise Kolleg/in“. Damit haben wir gute Erfahrungen gemacht.

## **Kooperation: Und die „Anderen“ im Stadtteil?**

Eine gute Kinderschutzorganisation benötigt das Miteinander mit den angrenzenden Institutionen, wie Schule, Tagesbetreuung, Kinderärzte etc. Dazu bedarf es Strukturen, Haltungen und Verabredungen.

Unser Sozialzentrum hat Kooperationsvereinbarungen mit anderen angrenzenden Ressorts wie Bildung und Gesundheit, mit den im Stadtteil ansässigen Kinderärzten und Schulen, geschlossen. Darin werden Verfahren und Zugänge im Einzelfall geregelt. Um diese Kooperationsvereinbarungen abzuschließen, waren im Vorfeld intensive Gespräche auf Leitungsebene und mehrere gemeinsame Veranstaltungen erforderlich.

Diese Vereinbarungen funktionieren so lange gut, so lange wir sie auch pflegen. Kommen neue Mitarbeiter/innen hinzu, sind diese in die Vereinbarungen einzubeziehen.

Die Vereinbarungen werden regelmäßig in Form von Kooperationsgesprächen überprüft und gegebenenfalls aktualisiert.

## **Leitung**

Inzwischen arbeitet unser Stadtteilteam relativ routiniert und hat sich gut im Stadtteil etabliert. Routine ist notwendig, aber auch gefährlich, vor allem im Kinderschutz. Wie also bleibt ein Team wach?

Als Referatsleitung einer Stadtteilgruppe benötigt man Ideen, wie das Team geführt/angeleitet werden muss und wie sie immer wieder die Arbeit der Kolleg/innen mit Leben erfüllt. Wir haben zurzeit viele neue Kolleg/innen im Team, die eingearbeitet und mit den Gegebenheiten im Stadtteil, inklusive der verschiedenen Kooperationspartner, vertraut gemacht werden müssen.

Es gilt,

- über neue Inputs das fachliche Niveau und die Freude an der Arbeit zu erhalten,
- immer wieder mit den Mitarbeiter/innen zu sprechen,
- die Teamkultur im Blick zu behalten,
- Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiedlichkeit zu fördern,
- neue Kolleg/innen in die „Mitte“ zu nehmen.

Das ist *ein Teil* der Herausforderungen, um letztendlich gute Arbeit im Kinderschutz leisten zu können.

### **Ausblick**

**Im Kinderschutz zu arbeiten bedeutet, auf die Komplexität und Unübersichtlichkeit der Fallkonstellationen mit viel Fachlichkeit, Klarheit und Zusammenarbeit im Team zu reagieren. Dabei ist es notwendig, dass die Grundhaltung und die fachlichen Standards immer wieder überprüft werden.**

Uns hat es selbst erstaunt, wie lehrreich es für uns alle war, als wir das erste Mal einen Fall mit seiner Dynamik im Nachhinein analysiert haben, was wir dadurch lernen konnten und welche neuen Vereinbarungen daraus erfolgten. Diesen Fluss von Reagieren, Analysieren etc. aufrechtzuerhalten, also das fachliche Niveau der Arbeit zu wahren, ist und bleibt eine Herausforderung nicht nur an das Team, sondern an die Leitung und Anleitung. Wir sind sicher, hier auf dem richtigen Weg zu sein.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

# Risiko mal (ganz) anders betrachtet Über den gesellschaftlichen Umgang mit Sicherheit:

## Entscheidungen unter Unsicherheit und begrenzter Zeit, Risikokompetenz und Risikokommunikation

DR. RER. NAT. NICOLAI BODEMER

Postdoc-Stipendiat, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin

„Risiko mal ganz anders“ – wie der Titel des Vortrags sagt, komme ich aus einem anderen Fachbereich als Sie. Dennoch, oder gerade deswegen, hoffe ich, dass unsere Forschungsergebnisse, die ich heute präsentiere, in Ihrem Beruf oder Alltag hilfreich sein können und Ihnen eine neue Sicht auf Risiko und Unsicherheit bieten.

Ich komme vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, welches sich aus vier unterschiedlichen Forschungsgruppen zusammensetzt. Eine davon ist das Center for Adaptive Behavior and Cognition. Diese Forschungsgruppe ist ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Psychologen, Ökonomen, Biologen, Philosophen, Mathematikern, und Statistikern unter der Leitung von Professor Gerd Gigerenzer. Im Zentrum steht die Frage: **Wie entscheiden wir eigentlich unter Unsicherheit?** Innerhalb der Forschungsgruppe gibt es noch eine Subgruppe, bestehend aus fünf Wissenschaftlern, die am Harding Center für Risikokompetenz arbeiten. Der Fokus dieser Gruppe liegt darauf herauszufinden, wie wir unsere Gesellschaft risikokompetenter machen können. Das heißt: **Wie können wir dafür sorgen, dass wir entspannter mit Risiken umgehen?** Ein großer Teil unserer Forschung beschäftigt sich mit medizinischen Entscheidungen und medizinischer Risikokommunikation. Wir arbeiten aber auch zum Thema Risikoverständnis im Finanzbereich oder zu ökologischen Fragestellungen. Das primäre Ziel ist zu erforschen, wie wir Risiken kommunizieren können, damit sie jeder, Experten wie Laien, verstehen und darauf basierend eine informierte Entscheidung treffen kann.

### 1. Risiko und Unsicherheit

Die beiden Begriffe werden auch in der Wissenschaft häufig synonym verwendet. Die Welt der Unsicherheit und des Risikos sind jedoch zwei unterschiedliche Welten, die unterschiedliche Strategien erfordern (**Abbildung 1**).

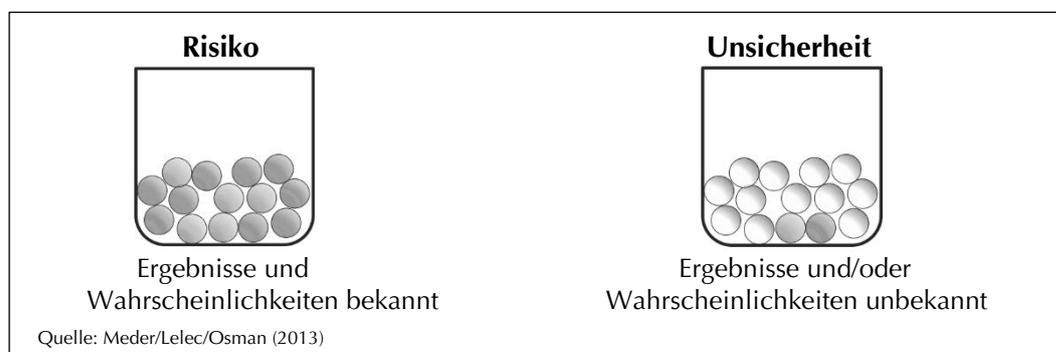


Abbildung 1

© Dr. Nicolai Bodemer

In der Abbildung sind die Unterschiede anhand von Urnen dargestellt, aus denen man Kugeln ziehen kann. In der Welt des Risikos sind die Ergebnisse und deren Wahrscheinlichkeiten bekannt. Wir haben eine Urne mit verschiedenen Kugeln. Wir wissen, welche möglichen Ergebnisse es gibt (hell- und dunkelgrau dargestellt). Und wir kennen die Wahrscheinlichkeit, mit der wir die eine oder andere Kugel ziehen würden. Frank Knight hat bereits 1921 den Unterschied zwischen Risiko und Unsicherheit definiert, denn in der Welt des Risikos können wir Ergebnisse quantifizieren; wir können uns also in der Welt des Risikos der Statistik behelfen.

Auf der anderen Seite haben wir die Welt der Unsicherheit. Diese stellt eine Welt dar, in der wir die Wahrscheinlichkeit nicht quantifizieren können. Wir sind nicht, oder nur sehr begrenzt, in der Lage, uns mit Statistik und Wissen eine Meinung über die zugrunde liegende Wahrscheinlichkeit zu machen. Es gibt noch eine extremere Version der Unsicherheit, in der wir nicht einmal wissen, welche Ergebnisse überhaupt möglich sind.

Diese Unterscheidung ist sehr wichtig, denn eine gute Strategie in der Welt des Risikos ist vielleicht eine schlechte Strategie in der Welt der Unsicherheit und umgekehrt. Lassen Sie mich zunächst auf die Welt des Risikos eingehen, der Welt, mit der wir uns im Harding Center für Risikokompetenz beschäftigen.

## 2. Die Welt des Risikos

Im Zentrum unserer Forschung steht das Thema **Risikokompetenz** und **statistisches Denken**.

### 2.1 Das Problem mit Statistiken

Risiken und Statistiken begegnen wir sehr häufig mit einer gewissen Skepsis; wir glauben, dass etwas verschwiegen wird und können den Kern nur schwer erfassen. Zwei Zitate dazu:

„Statistiken sind wie Bikinis, sie enthüllen eine ganze Menge, verbergen aber das wichtigste.“ (Aaron Levenstein)

Wir kennen das Gefühl, dass Statistiken uns Zahlen liefern, aber wir nicht genau wissen, was sie uns wirklich sagen; was sich tatsächlich dahinter verbirgt – gemäß dem Motto: „Traue keiner Statistik, die du nicht selbst gefälscht hast.“

„Statistisches Denken wird eines Tages so wichtig sein wie die Fähigkeit zu lesen und zu schreiben.“ (Samuel S. Wilks)

Wir leben heute in einer Informationsgesellschaft, in der wir unzählige Informationen zur Verfügung haben, doch wissen wir oft nicht, wie wir diese verstehen und nutzen können. Wie also steht es um unser statistisches Denken?

Hier ein Beispiel zum Thema **Einzelfallwahrscheinlichkeiten**:

„Die Wahrscheinlichkeit, dass es morgen regnet, ist 30%.“

Was bedeutet das?

- (1) Es regnet in 30% der Zeit.
- (2) Es regnet in 30% der Region.
- (3) Es regnet an 30% der Tage wie dem morgigen.
- (4) Drei von zehn Meteorologen glauben, dass es morgen regnet.

Welche Antwort ist Ihrer Meinung nach die richtige? Genau diese Aufgabe, der vierten Antwortalternative ausgenommen, stellte man Leuten in New York und in vier europäischen Städten (**Abbildung 2**).

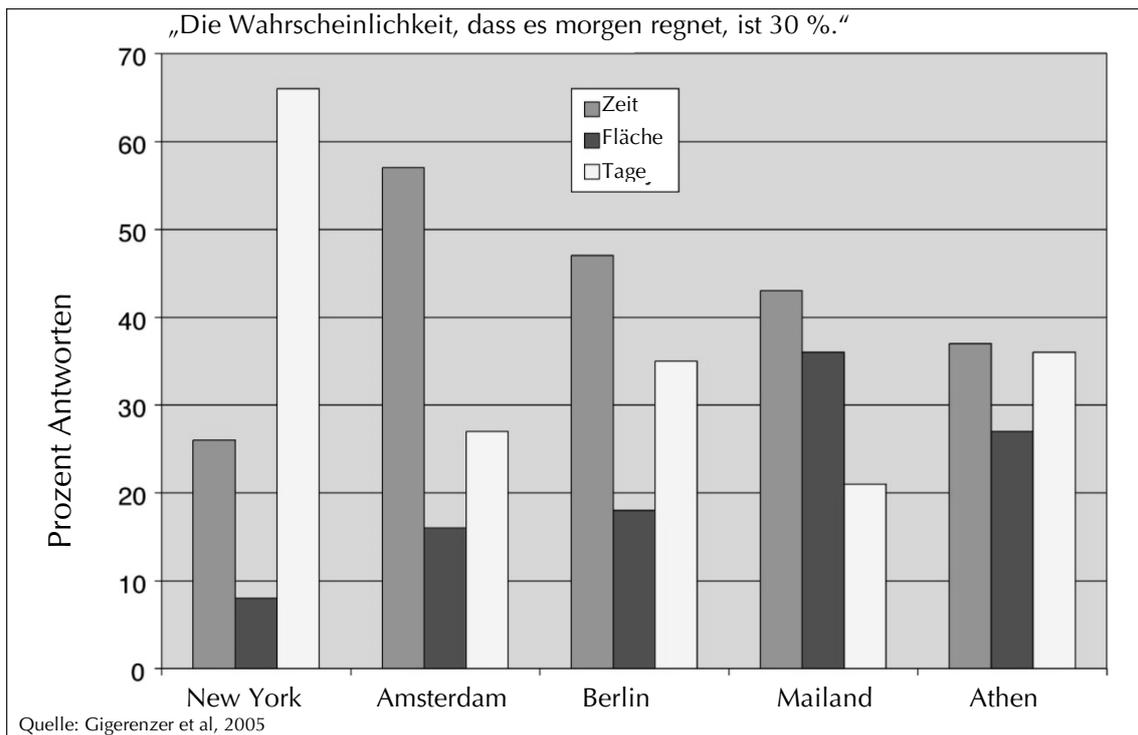


Abbildung 2

© Dr. Nicolai Bodemer

Die meisten New Yorker meinten, es regnet an 30 Prozent der Tage wie dem morgigen. In den europäischen Städten sind die Antworten recht uneinheitlich verteilt. Etliche glaubten, es regnet in 30 Prozent der Zeit oder in 30 Prozent der Region. Das Problem dieser Statistik liegt darin, dass es sich um eine so genannte Einzelfallwahrscheinlichkeit handelt. Per Definition hat diese Einzelfallwahrscheinlichkeit keine Referenzklasse.

Damit jeder versteht, was die Aussage bedeutet, müsste der Meteorologe sagen: „Stellen Sie sich 100 Tage vor, die die gleiche Wetterkonstellation haben wie der morgige Tag. An 30 von diesen 100 Tagen würde es regnen.“ In dem Moment, in dem ich die Referenzklasse mit kommuniziere, ist die Aussage verständlich und es zeigt sich, dass die Tageinterpretation tatsächlich die richtige ist.

Das ist ein Beispiel dafür, wie eine Statistik, die relativ einfach erscheint, zu Missverständnissen führen kann.

Ein weiteres Beispiel: Man hat einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland die Frage gestellt: „Welcher Test liefert absolut sichere Ergebnisse?“ (**Abbildung 3**). Zur Auswahl wurden gestellt: DNA-Test, Fingerabdruck, HIV-Test, Mammographie, Expertenhoroskop. Absolut sicheres Ergebnis beim Mammographiescreening würde bspw. heißen: Eine Frau nimmt an diesem Screening teil und hat ein positives Mammogramm. Bedeutet das zu 100 Prozent, dass sie Brustkrebs hat?

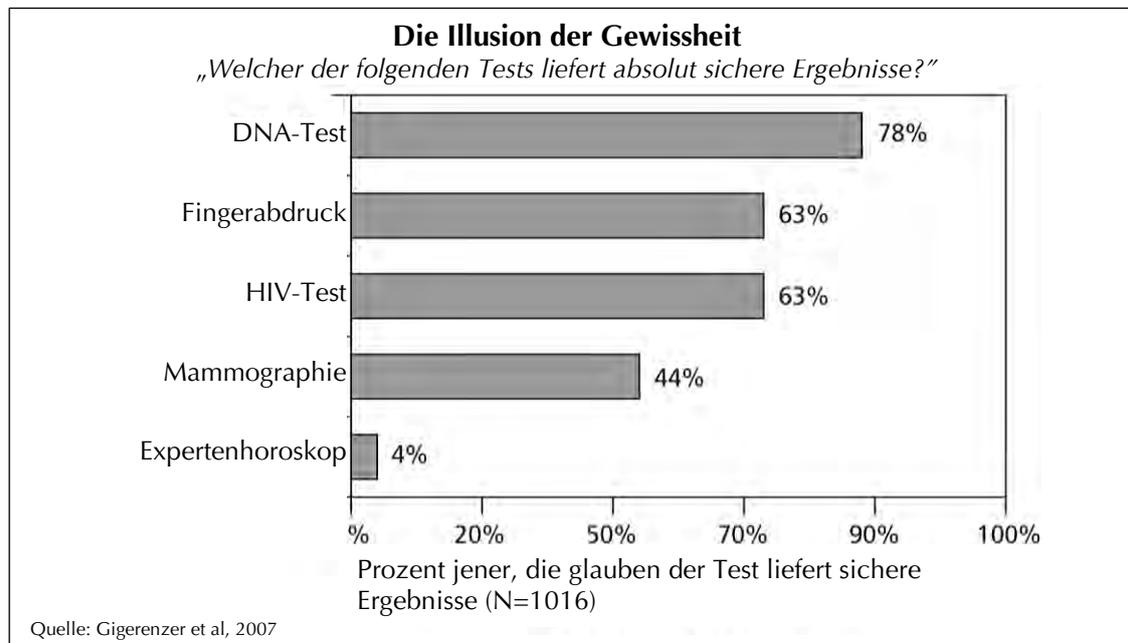


Abbildung 3

© Dr. Nicolai Bodemer

78 Prozent der Befragten sagen, dass der DNA-Test absolut sicher ist, 63 Prozent halten je den Fingerabdruck und den HIV-Test für sicher, 44 Prozent das Mammographiescreening, einige wenige glauben auch an das Expertenhoroskop. In der Realität ist keiner dieser Tests absolut sicher, auch nicht der DNA-Test. Wir suchen oft eine Sicherheit, wo keine gegeben ist und halten diese Illusion aufrecht. Schon Benjamin Franklin sagte: „Nichts ist sicher, außer Tod und Steuern“.

In der psychologischen Forschung und in der Forschung zur Risikokommunikation wird zunehmend untersucht, wie gut wir mit einfachen statistischen Informationen umgehen können. Dabei hat sich der Begriff des Zahlenverständnisses (engl. „Numeracy“) etabliert. Man hat zur Erfassung des Zahlenverständnisses beispielsweise einen Test mit drei Items entwickelt, den man verschiedenen Stichproben in den USA gegeben hat (**Abbildung 4**). Eine Aufgabe ist die Transformierung von 1 Prozent in wie viel von 1.000 oder 1 von 1.000 in wie viel Prozent. Oder man wird gefragt: Angenommen, man würde eine faire Münze 1.000 Mal werfen, wie oft würde man Kopf erwarten?

Wie viele Personen lagen nun richtig? Obwohl es relativ einfache Transformationen sind, haben viele Leute Probleme, diese Zahlenstatistiken zu verstehen. Das zeigt, dass der Umgang mit Statistiken durchaus auch ein Bildungsproblem ist. Wir werden nicht ausreichend in Statistik geschult und haben folglich Schwierigkeiten, Statistiken zu verstehen und adäquat zu kommunizieren.

Umgang mit Statistiken: Zahlenverständnis					
	High School Degree	Some college	College degree	Post-graduate degree	Ärzte
% richtiger Antworten	n=131	n=151	n=103	n=62	n=85
1% ist ___ von 1.000	60%	68%	79%	82%	91%
1 von 1.000 ist ___ %	23%	21%	30%	27%	75%
Erwartung Anzahl Kopf bei 1.000 Würfeln einer Münze?	62%	76%	87%	86%	100%

Quelle: Gigerenzer et al, 2007

Abbildung 4

© Dr. Nicolai Bodemer

Ein weiteres Beispiel aus der Medizin: Es wurde eine Studie in neun europäischen Ländern durchgeführt, in denen Frauen zum Mammographiescreening und Männer zum PSA-Screening befragt wurden. Die Frage an die Frauen lautete: Stellen Sie sich 1.000 Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren vor – für diese Altersgruppe ist das Screening gedacht –, die regelmäßig über zehn Jahre am Mammographie-Screening teilnehmen, und 1.000 Frauen, die nicht daran teilnehmen. Wie viele weniger sterben Ihrer Meinung nach in der Screening-Gruppe an Brustkrebs im Vergleich zu 1.000 Frauen, die nicht am Screening teilnehmen? Als Antwort-Alternativen bekamen die Teilnehmerinnen „keine“, 1 von 1.000, 10 von 1.000, 50 von 1.000, 100 von 1.000 oder 200 von 1.000 oder „weiß nicht“. **Abbildung 5** zeigt die Ergebnisse dieser Befragung für Deutschland und das Vereinigte Königreich.

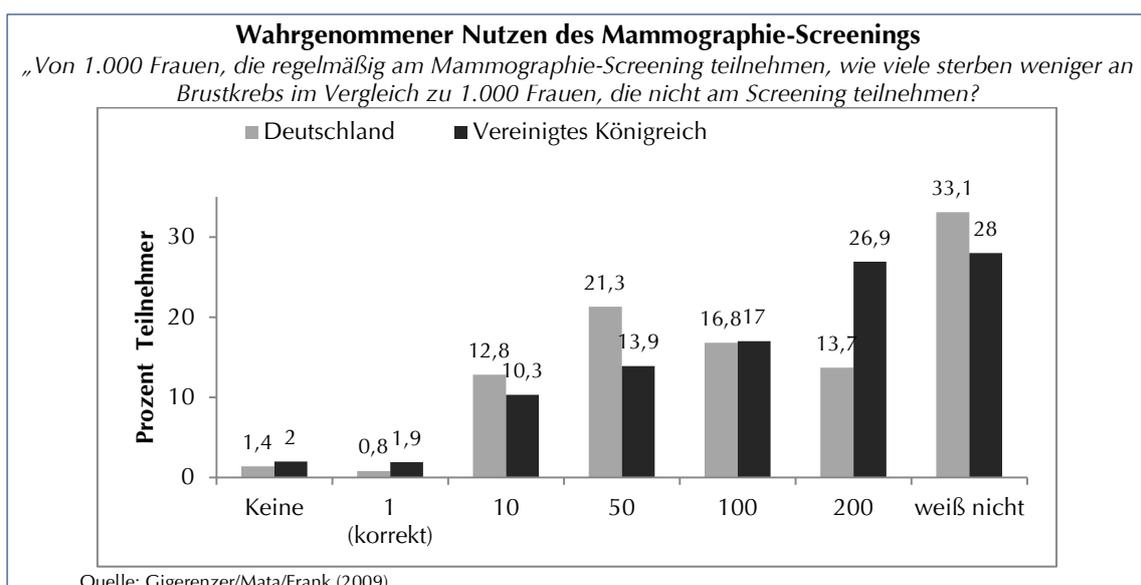


Abbildung 5

© Dr. Nicolai Bodemer

Die beste Evidenz, die wir haben, ist 1 von 1.000. Wo kommt nun diese Zahl her? Von 1.000 Frauen, die nicht zum Screening gehen, sterben 5 an Brustkrebs. Von den 1.000 Frauen, die am Screening teilnehmen, sterben im gleichen Zeitraum 4 an Brustkrebs. Das heißt, eine von 1.000 stirbt weniger an Brustkrebs.

Schaut man sich aber an, was die Bevölkerung über das flächendeckende Screening weiß, sieht man, dass das Unwissen sehr groß ist bzw. dass der Effekt dramatisch überschätzt wird. Es ist ein Beispiel dafür, dass wir scheinbar die Bürger nicht ausreichend darüber aufklären, welcher Nutzen diese Früherkennungsmaßnahmen tatsächlich haben.

Durch die Verwendung relativer **Risikoreduktionen/ -erhöhungen** wird die Öffentlichkeit ebenfalls in die Irre geführt. 1995 gab es in England eine so genannte „Pillenpanik“. Das UK Committee on the Safety of Medicines hatte gesagt, dass die dritte Generation der Antibabypille das Risiko, an einer Thromboembolie zu erkranken, im Vergleich zur zweiten Generation der Antibabypille verdoppeln würde, also um 100 Prozent erhöht. Eine solche Nachricht sorgt natürlich für Schlagzeilen in den Medien und Skepsis gegenüber der Pille. Viele Frauen verzichteten auf die Pille und es kam zu ungewollten Schwangerschaften und Abtreibungen. So konnte man eine Erhöhung der Abtreibungszahlen in England und Wales beobachten: War die Anzahl der Abtreibungen bis 1995 rückläufig, so kam es nach 1995, d.h. in den Folgejahren nach der Veröffentlichung des genannten Statements, zu einem Anstieg (**Abbildung 6**). Wenngleich dies natürlich nur Beobachtungsdaten sind, lässt es die Vermutung zu, dass die Nachricht Ursache für diesen Effekt ist. Die zentrale Frage jedoch wurde nicht gestellt: Was bedeutet dieser Anstieg um 100 Prozent? Tatsächlich erhöhte sich das Risiko von 1 in 7.000 auf 2 in 7.000 Frauen, die eine Thromboembolie erlitten. Das ist, relativ ausgedrückt, eine Verdopplung, absolut ausgedrückt aber nur ein Anstieg um 1 in 7.000.

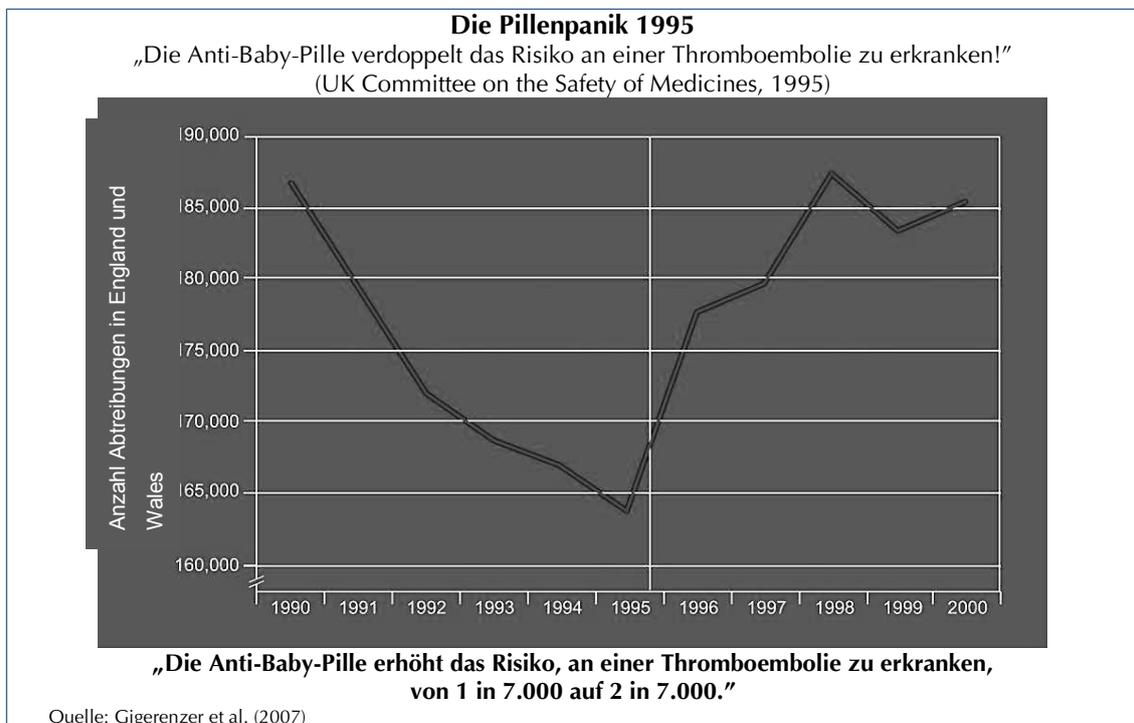


Abbildung 6

© Dr. Nicolai Bodemer

Erinnern wir uns noch einmal an das Mammographiebeispiel. Die gegenwärtig beste Evidenz besagt, dass die Teilnahme am Mammographiescreening das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, von 5 in 1.000 auf 4 in 1.000, d.h. um 1 in 1.000 verringert. Vielleicht kennen Sie die eine oder andere Broschüre zu diesem Thema. Tatsächlich wird häufig der Nutzen des Mammographiescreenings relativ, also als 20 Prozent, kommuniziert. Das ist insofern irreführend, als nicht ersichtlich ist, wie die absolute Risikoreduktion ist (1 in 1.000).

Hier nochmal eine Veranschaulichung des Problems relativer Risikoreduktion. Die relative Risikoreduktion vernachlässigt die Basisrate (**Abbildung 7**).

<b>Eigenschaften relativer Risikoreduktion</b>	
▪ Vernachlässigung der Basisrate:	
– Risikoreduktion von $2/10 \rightarrow 1/10 = 50\%$	
– Risikoreduktion von $2/1.000 \rightarrow 1/1.000 = 50\%$	
▪ Höhere relative Risikoreduktionen bei geringerer Basisrate:	
– Risikoreduktion von $4/1.000 \rightarrow 3/1.000 = 25\%$	
– Risikoreduktion von $2/1.000 \rightarrow 1/1.000 = 50\%$	

Abbildung 7

© Dr. Nicolai Bodemer

Angenommen, wir reduzieren ein Risiko von zwei in zehn auf eins in zehn. Das wäre eine relative Risikoreduktion um 50 Prozent. Allerdings ist es ebenso eine relative Risikoreduktion um 50 Prozent, wenn man ein Risiko von 2 in 1.000 auf 1 in 1.000 reduziert. Ein zweites Problem der relativen Risiken ist: Mit einer geringen Basisrate sind die Effekte sehr groß; je höher die Basisrate ist, desto kleiner werden die Effekte. Eine Risikoreduktion von 4 in 1.000 auf 3 in 1.000 entspricht 25 Prozent. Absolut gesehen ist es eine Reduktion von 1 in 1.000, ebenso bei einer Reduktion von 2 in 1.000 auf 1 in 1.000. Relativ gesehen ist die Risikoreduktion aber deutlich größer.

Scheinbar sind solche relativen Risikoreduktionen kein adäquates Mittel, um über Nutzen und Schaden aufzuklären. Tatsächlich werden aber häufig relative Zahlen anstatt absoluter berichtet; dies gilt auch für die Berichterstattung in medizinischen Fachzeitschriften. Wir im Harding Center arbeiten daran, wie wir dafür sorgen können, dass Ärzte und Patienten nicht in die Irre geführt werden, und erforschen Formate, die einfach und intuitiv zu verstehen sind. Hier ist ein Beispiel unserer Forschung:

Der PSA-Test macht Folgendes: Man nimmt bei Männern Blut ab und kontrolliert, wie hoch der sogenannte PSA-Wert ist. Übersteigt dieser einen bestimmten Schwellenwert, so ist das ein Indikator dafür, dass möglicherweise Prostatakrebs vorliegt. Was ist nun aber der Nutzen und mögliche Schaden des Tests? Als ein sehr transparentes Tool, um Ärzte und Patienten aufzuklären, entwickelten wir eine so genannte Faktenbox (**Abbildung 8**).

Wir stellen uns 1.000 Männer ohne Screening und 1.000 Männer mit Screening vor. Wir stellen die wichtigsten Fragen und tragen sie in die Tabelle ein. Die zentrale Frage ist, wie viele Männer an Prostatakrebs gestorben sind. In beiden Gruppen sterben acht von 1.000 Männern an Prostatakrebs. Auch die Gesamtsterblichkeit ist in beiden Gruppen gleich.

Der fehlende Nutzen ist möglicherweise ein Grund, warum dieser Test sehr kritisch betrachtet wird und in Deutschland eine so genannte IGEL-Leistung ist und die Krankenkassen die Kosten nicht übernehmen.

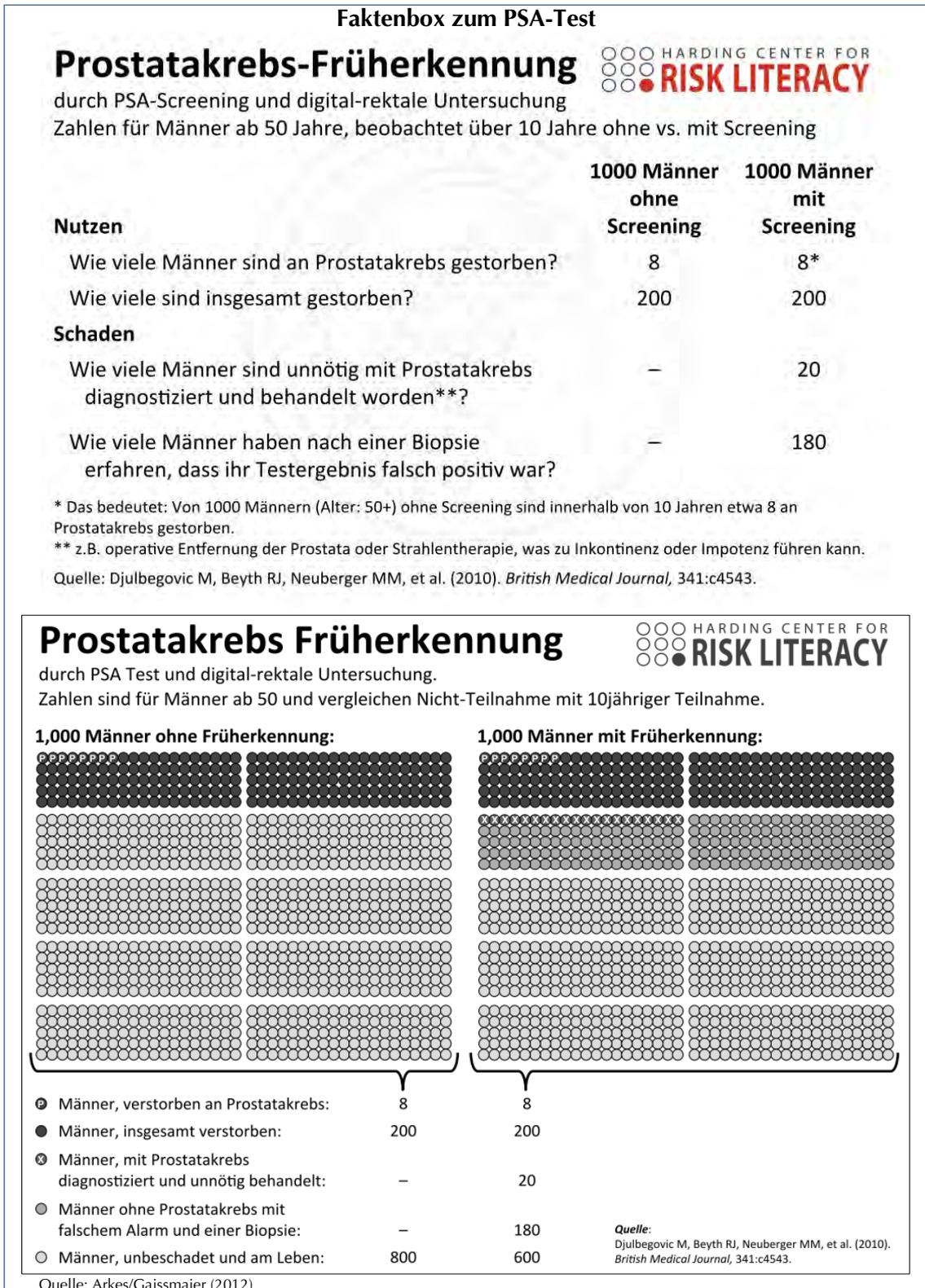


Abbildung 8

© Dr. Nicolai Bodemer

Gleichzeitig – und das wird häufig bei medizinischen Behandlungen vergessen – muss man auch den Schaden kommunizieren. Viele dieser Tests verursachen insofern einen Schaden, dass sie zu so genannten Überdiagnosen führen, d. h., dass der Test Menschen als „krank“ diagnostiziert, obwohl diese gesund sind. Auch kommt es zu sogenannten Überbehandlungen, d.h. Patienten werden unnötigerweise behandelt (z.B. werden unnötige Biopsien oder Operationen durchgeführt).

Mit solchen Faktenboxen versuchen wir, diese Risiken relativ intuitiv und transparent darzustellen. In der unteren Darstellung wurden die gleichen Fakten grafisch aufbereitet. Jede einzelne Person in dieser Gruppe ist durch einen Punkt gekennzeichnet. Man kann farblich markieren, wie viele Männer an Prostatakrebs gestorben sind, wie viele Männer insgesamt gestorben sind und wie viele unnötig behandelt wurden. Diese beiden vorgestellten Tools helfen Ärzten und Patienten gemeinsam medizinische Behandlungen zu evaluieren und dementsprechend zu entscheiden.

**Bedingte Wahrscheinlichkeiten** spielen ebenfalls eine große Rolle in der Medizin sowie in vielen anderen Bereichen des Lebens.

Will man Patienten transparent über einen Test informieren, ist es wichtig, den so genannten positiven prädiktiven Wert zu verstehen. Die zentrale Frage ist also: Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Patientin Brustkrebs hat, wenn das Mammogramm positiv ausfällt? Um diese Wahrscheinlichkeit berechnen zu können, braucht man bestimmte Informationen:

Stellen Sie sich vor, Sie führen Mammographie-Screening in einer bestimmten Region durch. Sie haben folgende Informationen: Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau zwischen 50-69 Jahren Brustkrebs hat, ist **1 Prozent (Prävalenz)**. Wenn eine Frau Brustkrebs hat, dann ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Mammogramm positiv ist, **90 Prozent (Sensitivität)**. Wenn die Frau keinen Brustkrebs hat, dann ist die Wahrscheinlichkeit, dennoch ein positives Mammogramm zu haben, **9 Prozent (falsch-positiv Rate: 1-Spezifität)**.

Kurz ausgedrückt:  $P(\text{Brustkrebs} \mid \text{positives Mammogramm})$

- $P(\text{Brustkrebs}) = 1\%$
- $P(\text{positiv} \mid \text{Brustkrebs}) = 90\%$
- $P(\text{positiv} \mid \text{kein Brustkrebs}) = 9\%$

Wie hoch ist nun die Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau mit einem positiven Mammographieergebnis tatsächlich Brustkrebs hat?

Um das zu berechnen, braucht man eine mathematische Formel, das Bayes' Theorem. Diese Formel wird in den meisten Statistikbüchern gelehrt. Doch um sie erfolgreich anzuwenden, muss man wissen, welche Wahrscheinlichkeit an welcher Stelle einzusetzen ist. Wenn man das kann, muss man außerdem wissen, wie man das ausrechnet. Das ist nicht immer allzu einfach.

$$P(\text{Krebs} \mid \text{positives Mammogramm}) = \frac{0,01 \times 0,90}{0,01 \times 0,90 + 0,99 \times 0,09}$$

Man hat 160 Gynäkologen dieselbe Aufgabe gestellt und ihnen vier Antwortalternativen gegeben: 1, 10, 81 und 90 Prozent. Die Mehrheit der Befragten nannte 90 Prozent (**Abbildung 10**).

Die gleiche statistische Information kann aber auch in ein anderes Format, eine natürliche Häufigkeit, gefasst werden:

Stellen Sie sich vor, Sie führen Mammographiescreening in einer bestimmten Region durch. Sie haben folgende Informationen: 10 von 1.000 Frauen zwischen 50 und 69 Jahren haben Brustkrebs (**Prävalenz**). Von diesen 10 Frauen mit Brustkrebs werden 9 positiv getestet (**Sensitivität**). Von den übrigen 990 Frauen ohne Brustkrebs werden 89 Frauen irrtümlicherweise positiv getestet (**falsch-positiv Rate: 1-Spezifität**).

Noch einmal vereinfacht wird es in **Abbildung 9** dargestellt:

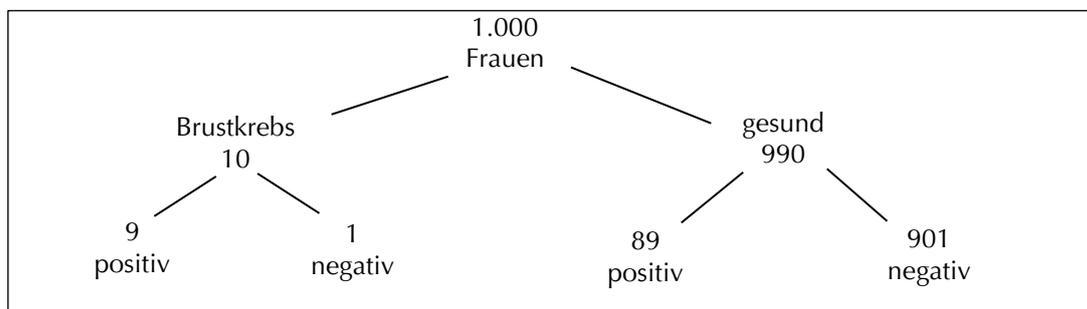


Abbildung 9

© Dr. Nicolai Bodemer

Um die Lösung des Problems zu finden, brauche ich die o.g. Formel nicht mehr. Ich muss lediglich die richtig Positiven dividieren durch die richtig Positiven plus falsch Positiven:

$$\frac{9}{9 + 89}$$

Auch in diesem zugegebenermaßen Schnellkurs zu natürlichen Häufigkeiten, bemerken Sie, dass sich die Berechnung durchaus vereinfacht. In Studien zeigte sich, dass Teilnehmer auch ohne ein Training das Problem allein durch die Darstellung der natürlichen Häufigkeit lösen können, in der Darstellung der bedingten Wahrscheinlichkeiten jedoch kaum jemand die richtige Antwort findet.

Mit den 160 Gynäkologen hat man ein zweistündiges Training durchgeführt. Danach waren die meisten in der Lage, die Aufgabe zu lösen (**Abbildung 10**).

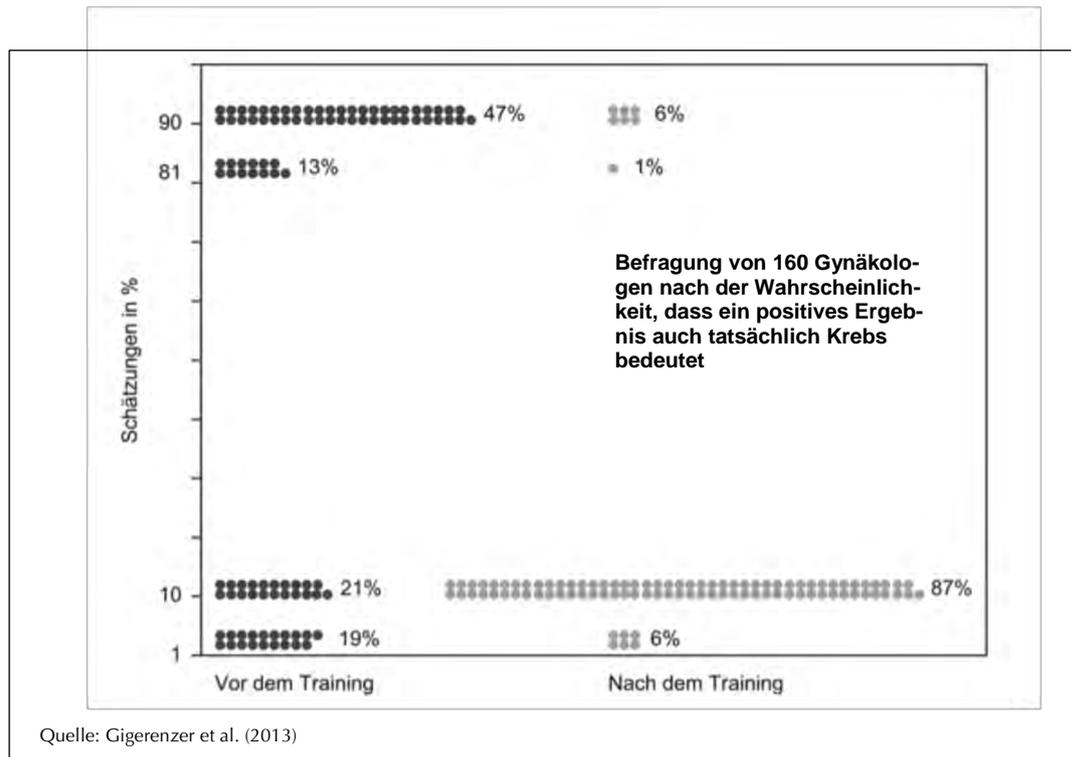


Abbildung 10

© Dr. Nicolai Bodemer

Dieses Beispiel illustriert, dass das Problem des statistischen Verständnisses nicht einfach nur in unserem Kopf, sondern auch in unserer Umwelt existiert. So gesehen stellt die Umwelt eine Risikoinformation auf eine bestimmte Art und Weise dar. Manche Kommunikationsformen sind sehr intuitiv, liegen uns nahe und vereinfachen das Verständnis. Andere wiederum, wie bedingte Wahrscheinlichkeiten, erschweren es uns.

Zusammenfassend für die Welt des Risikos kann man feststellen, dass es Situationen gibt, in denen wir mögliche Ergebnisse kennen und mithilfe von Wahrscheinlichkeit erfassen können. In dieser Welt des Risikos braucht man statistische Kompetenz, die wir durch Bildung und transparente Informationen fördern müssen. So kann man viele der genannten Konzepte spielerisch Kindern beibringen. Ein zentraler Weg zur risikokompetenten Gesellschaft ist also, bereits in der Schule statistisches Denken zu vermitteln. Dieser Bildungsaspekt gilt aber ebenso für Ärzte im Medizinstudium, die häufig nicht, oder nicht ausreichend, in Statistik und der Kommunikation von Risiken geschult werden. Doch gerade in der Medizin gibt es einen Paradigmenwechsel in Richtung shared decision making oder informierte Entscheidung, mit dem Ziel, dass nicht der Arzt allein entscheidet, sondern der Arzt mit dem Patienten gemeinsam Entscheidungen trifft, was Risikokompetenz unverzichtbar macht.

Im Harding Center führen wir auch so genannte Medienanalysen durch, indem wir analysieren, wie Internet, Zeitungen und Broschüren über bestimmte Risiken berichten. Wir stellen häufig fest, dass in den Medien irreführende Formate benutzt werden, wie beispielsweise relative Risikoreduktion, oder zentrale Statistiken gar verschwiegen werden. Daher ist es umso wichtiger, dass Journalisten, Wissenschaftsjournalisten, Patientenvertre-

tungen, Institute, etc. verstehen, wie man statistische Informationen transparent und intuitiv kommuniziert.

### 3. Die Welt der Unsicherheit

In der Welt der Unsicherheit sind Risiken und/oder Wahrscheinlichkeiten unbekannt. Wir haben nur ein limitiertes Wissen über unsere Umwelt, aber auch nur limitierte Zeit und limitierte Ressourcen, um Entscheidungen zu treffen. Wie also können wir gute Entscheidungen unter Unsicherheit treffen?

Im Gegensatz zu vielen anderen Forschungsansätzen zum Thema zeigt unsere Forschung, dass in einer unsicheren Welt einfache Entscheidungsregeln, sogenannte Heuristiken, sehr gut funktionieren, weitaus besser als sehr komplexe Modelle. Benjamin Franklin hatte seinem Neffen einmal einen Rat gegeben: „Wenn Du eine Entscheidung treffen willst, beispielsweise, ob Du heiraten willst oder nicht, oder welchen Beruf Du ergreifen willst, dann nimm ein Blatt Papier, lass Dir drei Tage Zeit, schreibe in eine Spalte die erste Option, in die Spalte daneben die zweite. Dann liste alle Gründe, die dafür oder dagegen sprechen, auf. Gewichte anschließend jeden dieser Gründe – manche sind wichtiger als die anderen – und am Ende addiere das Ganze auf und dann sieh, wo der bessere Wert ist.“

Manche von Ihnen kennen das: Man fertigt eine Pro- und Kontra-Liste an und merkt schon „unterwegs“, dass es schwer ist, die ein oder andere Information zu benennen bzw. zu quantifizieren. Und am Ende schlägt die Liste eine vermeintliche Lösung vor, z.B. Option A, aber irgendwie fühlt man sich damit unwohl und „fühlt“, dass einem Option B irgendwie doch besser gefällt. Dieser Rat von Franklin stößt in einer unsicheren Welt rasch an seine Grenzen. Anders verhält es sich mit unserer Intuition, wie ich gleich zeigen werde.

Häufig haben wir negative Einstellungen gegenüber Entscheidungen, die wir aus der Intuition heraus treffen:

1. Menschen handeln intuitiv, weil sie kognitiv begrenzt sind!
2. Intuition ist immer nur die „zweitbeste“ Lösung!
3. Mehr Information, mehr Zeit, mehr Berechnung ist immer besser!

Viele Forschungsergebnisse trugen zu diesem pessimistischen Bild der menschlichen Intuition bei und schlussfolgerten, dass der Mensch häufig „irrational“ entscheidet, sogenannten kognitiven Illusionen erliegt, und daher keine optimalen Lösungen findet.

Wie allerdings kann man unter Unsicherheit „optimale“ Lösungen finden? Wir zeigen, dass einfache Regeln, die Informationen ignorieren, durchaus sehr gute Strategien sind, die sehr gute Lösungen ermöglichen.

Ein Beispiel für die Intuition im Sport ist die Frage: **Wie fängt man einen Ball?**

Dazu gibt es einerseits den Weg der **Optimierung**. Stellen wir uns vor, wir wollen einem Roboter beibringen, einen Ball zu fangen. Wir können den Roboter mit sämtlichen Senso-

ren und ausreichender Rechenkapazität ausstatten, so dass er sämtliche Informationen integrieren kann. Man kann dem Roboter dann sagen:

- Berechne die Flugbahn mittels anfänglicher Geschwindigkeit!
- Bedenke: Luftwiderstand, Spin, Wind, etc.!
- Sage vorher, wo der Ball herunterfällt und begib dich dort hin!

Alternative kann man dem Roboter beibringen, wie ein Mensch einen Ball fängt. Doch fragt man etwa einen Baseballspieler, wie er einen Ball fängt, kann er das oft nicht beschreiben; er scheint dies intuitiv zu tun. Tatsächlich benutzt er eine einfache Regel, die **Blick-Heuristik**:

- Fixiere den Ball und renne auf ihn zu!
- Passe die Laufgeschwindigkeit so an, dass der Winkel konstant bleibt!
- Du wirst dort sein, wo der Ball runterkommt.

Man kann es sich so vorstellen wie in **Abbildung 11**:

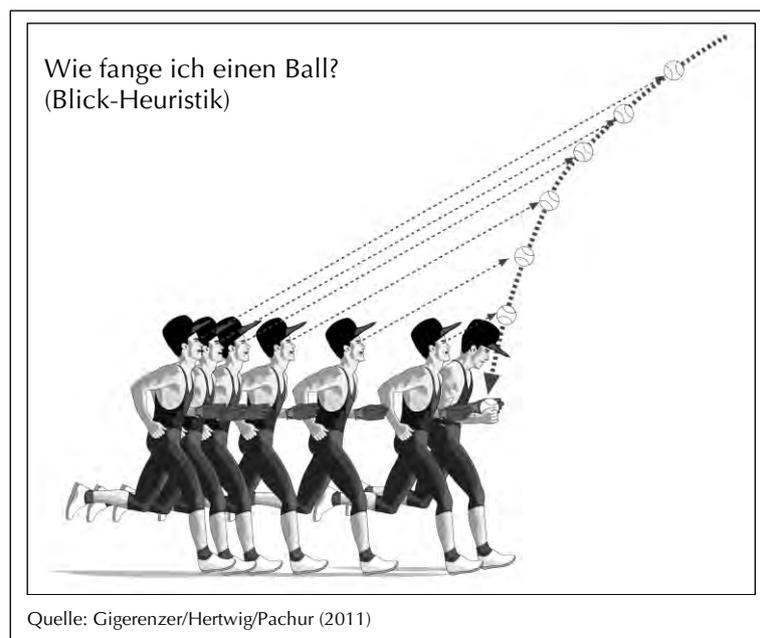


Abbildung 11

© Dr. Nicolai Bodemer

Wenn wir die Geschwindigkeit an den Blickwinkel anpassen, werden wir den Ball fangen. Das heißt, wir ignorieren Informationen wie Windgeschwindigkeit, Spin usw. Dieser Prozess findet sehr intuitiv statt. Das Beispiel zeigt, dass einfache Entscheidungsregeln sehr gut funktionieren können.

Diese Regel kann man in unterschiedlichen Situationen anwenden. Sie erinnern sich womöglich an das „Wunder vom Hudson“, als eine Maschine in New York auf dem Hudson-River notlandete. Das Flugzeug war gestartet und es gerieten Vögel in das Triebwerk. Die Piloten mussten innerhalb kurzer Zeit die Entscheidung treffen, zum La Guardia-Flughafen zu fliegen oder woanders notzulanden. Nun könnte der Pilot anhand ver-

schiedener Parameter berechnen, welche Entscheidung zu treffen sei. Doch war die Zeit knapp. Jeffrey Skiles, der Co-Pilot beim US Airways Flight 1549, sagte später: „Es ist weniger ein mathematisches als vielmehr ein visuelles Problem. Wenn du ein Flugzeug fliegst, wird ein Punkt, den du nicht mehr erreichen kannst, in deiner Windschutzscheibe ansteigen. Ein Punkt, den du überfliegst, wird in deiner Windschutzscheibe absteigen.“ Wenn der Punkt in der Windschutzscheibe konstant bleibt, fliegt man genau darauf zu. Diese einfache Entscheidungsregel ignoriert Informationen, ähnlich der Blick-Heuristik, und ermöglichte so den Piloten, in kurzer Zeit eine Entscheidung zu treffen, die vielen Menschen das Leben rettete.

Ein anderes Beispiel kommt aus der Finanzwelt. Harry Markowitz hat 1990 den Nobelpreis für sein so genanntes „Mean Variance Model“ (Modell aus der Portfoliotheorie) bekommen. Es ist ein sehr komplexes statistisches Modell. Vergleicht man dieses Modell mit einer anderen, einfachen Strategie kommt man zu einem interessanten Ergebnis. Die 1/N-Heuristik, besagt Folgendes: Wenn man N Optionen hat, verteilt man die Ressourcen gleichmäßig auf alle Optionen, ohne sie zu gewichten. Das ist eine sehr einfache Regel.

Wissenschaftler stellten bei einem Vergleich der beiden Strategien fest, dass die einfache Strategie B besser funktioniert als die komplizierte Strategie A. Die einfache Strategie B funktioniert vor allem dann und deswegen besser, wenn wir uns in einer unsicheren Welt bewegen, in einer Welt, in der die Unvorhersagbarkeit hoch ist. Schaut man sich die Finanzwelt der jüngsten Vergangenheit und der Gegenwart an, kann man von einer sehr geringen Vorhersagbarkeit ausgehen. Wenn es gleichzeitig viele Optionen gibt, funktioniert ebenfalls Strategie B besser, vor allem dann, wenn nur wenige Daten vorhanden sind, wir also nur über wenige Informationen verfügen. Die Wissenschaftler haben errechnet, dass Strategie A in 500 Jahren funktionieren würde, weil wir erst dann ausreichend viele Informationen hätten, die für diese Strategie notwendig sind. Das ist ein weiteres Beispiel, dass eine einfache, intuitive Strategie in einer unsicheren Welt besser funktioniert.

Das nächste Beispiel kommt wieder aus dem Bereich der Medizin. Stellen Sie sich vor, Sie seien Notfallmediziner und zu Ihnen käme ein Patient mit einem Verdacht auf einen Herzinfarkt. Die Frage, die Sie zu beantworten hätten, lautet: Schicke ich den Patienten auf die Intensivstation oder reicht es aus, ihn auf die normale Station zu schicken? In einem Krankenhaus in Michigan schickten die Ärzte 90 Prozent aller Patienten mit den entsprechenden Symptomen direkt auf die Intensivstation. Tatsächlich wäre es aber nur bei 25 Prozent der Patienten erforderlich gewesen. Nun sind die Bettenkapazität und die Ressourcen auf der Intensivstation begrenzt und wenn jemand ein Bett blockiert, obwohl er es nicht braucht, ist das ein Nachteil im System. Daher überlegte man sich, was man tun könnte, damit der Entscheidungsprozess verbessert wird, d. h. weniger falsche Zuordnungen passieren, die Ärzte dennoch unter Zeitdruck relativ schnell die richtige Entscheidung treffen. Man gab den Ärzten eine Tabelle (**Abbildung 12**), die bestimmte Parameter enthielt, anhand derer man bestimmte Wahrscheinlichkeiten berechnen und aus dieser Tabelle ablesen konnte. Mithilfe eines Taschenrechners und einem vorgegebenen Schwellenwerte konnte dann die Entscheidung getroffen werden, was mit dem Patienten passieren soll.

### Schnelle Diagnose

HDPI Probabilities Chart for Acute Ischemic Heart Disease

Chest Pain = Chief Complaint						
EKG (ST, T wave Δ's)						
History	ST&T Ø	ST⇔	T↑↓	ST⇔	ST⇔&T↑↓	ST↑↓&T↑↓
No MI& No NTG	19%	35%	42%	54%	62%	78%
MI or NTG	27%	46%	53%	64%	73%	85%
MI and NTG	37%	58%	65%	75%	80%	90%

Chest Pain, NOT Chief Complaint						
EKG (ST, T wave Δ's)						
History	ST&T Ø	ST⇔	T↑↓	ST⇔	ST⇔&T↑↓	ST↑↓&T↑↓
No MI& No NTG	10%	21%	26%	36%	45%	64%
MI or NTG	16%	29%	36%	48%	56%	74%
MI and NTG	22%	40%	47%	59%	67%	82%

No Chest Pain						
EKG (ST, T wave Δ's)						
History	ST&T Ø	ST⇔	T↑↓	ST⇔	ST⇔&T↑↓	ST↑↓&T↑↓
No MI& No NTG	4%	9%	12%	17%	23%	39%
MI or NTG	6%	14%	17%	25%	32%	51%
MI and NTG	10%	20%	25%	35%	43%	62%

Abbildung 12

© Dr. Nicolai Bodemer

Diese Vorgehensweise mutet sehr komplex und nicht sehr benutzerfreundlich an. Daraufhin testete man ein zweites Modell. Der „fast and frugal decision tree“ ist ein Entscheidungsbaum (Abbildung 13), der schnelle Entscheidungen mit wenig Aufwand ermöglicht und der Informationen ignoriert.

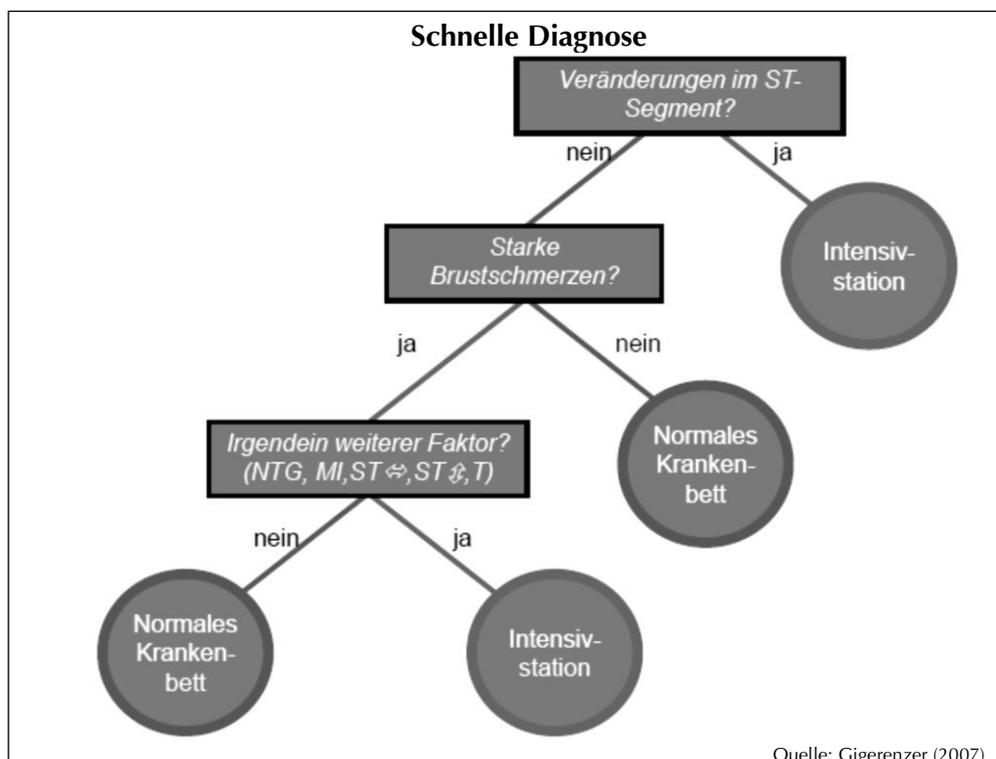


Abbildung 13

© Dr. Nicolai Bodemer

Dieser Entscheidungsbaum besteht nur aus drei Fragen. Der Arzt sieht den Patienten und schaut zuerst danach, ob es eine Veränderung im ST-Segment gibt. Lautet die Antwort „ja“, wird der Patient sofort auf die Intensivstation geschickt. Es kommt gar nicht mehr zu einer weiteren Frage. Ist die Antwort „nein“, wird eine zweite Frage gestellt: Hat die Person starke Brustschmerzen? Bei „nein“ geht die Person in ein normales Krankbett, bei „ja“ wird noch eine dritte Frage gestellt und entsprechend der Antwort wird der Patient doch auf die Intensivstation geschickt oder nicht. Dieser einfache Entscheidungsbaum ist sehr leicht zu lernen und anzuwenden und funktionierte tatsächlich besser als das komplizierte Modell. Die Anzahl der unnötig auf die Intensivstation eingelieferten Patienten ging rapide zurück, zugleich blieb die Anzahl der richtig auf die Intensivstation eingewiesenen Patienten hoch. So ein Entscheidungsbaum ist vor allem dann von Vorteil, wenn wir nur begrenzte Zeit und begrenztes Wissen haben.

„Organspende“ ist ein zuletzt oft diskutiertes Thema. Denn während in einigen Ländern fast alle Bürger potenzielle Organspender sind (Schweden, Belgien, Portugal, Polen), ist es in anderen Ländern nur eine Minderheit (Deutschland, Dänemark, UK). (**Abbildung 14**).

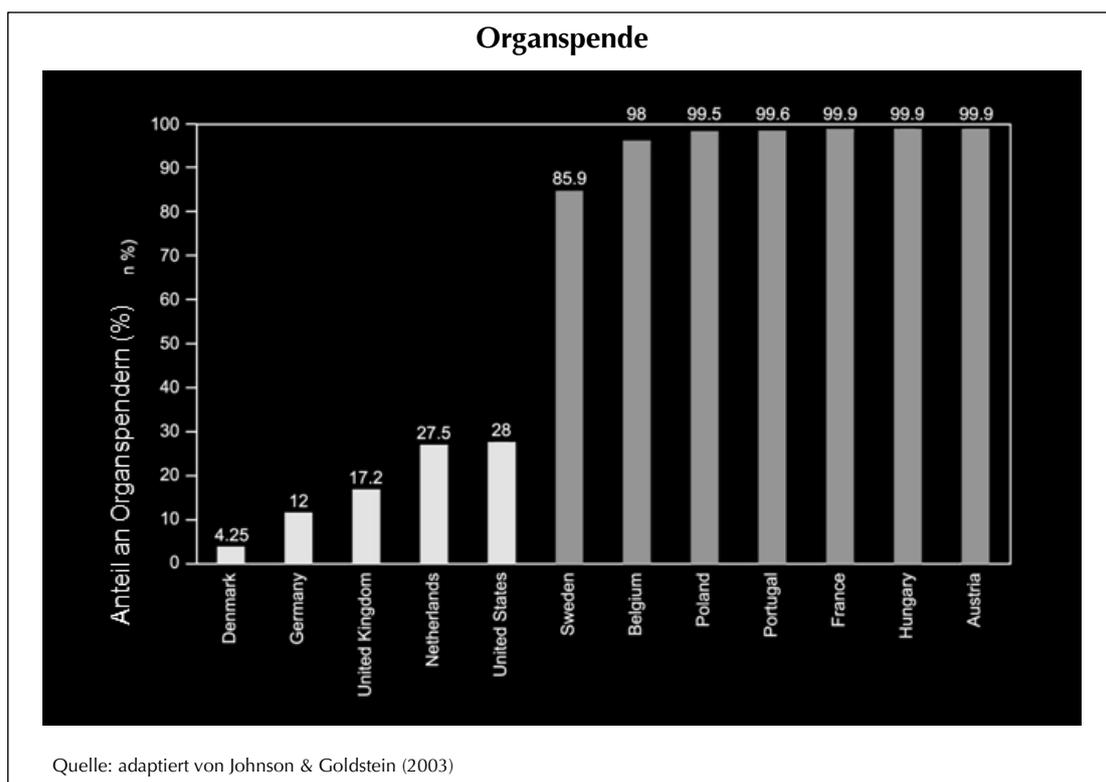


Abbildung 14

© Dr. Nicolai Bodemer

Wie kann man diese Unterschiede erklären? Es gibt eine einfache Heuristik, die besagt: „Wenn es ein *Default* (Standardregel) gibt, folge dem *Default!*“ Die Frage ist also, was ist die Standardregel, der man folgt? In Deutschland muss man, wenn man Organspender sein möchte, aktiv werden und sich als Organspender eintragen. Das ist ein so genanntes opt-in-System. Das heißt, per Default ist erst einmal niemand Organspender. Umgekehrt

ist es in Ländern wie Ungarn. Dort ist erst einmal jeder Organspender. Man muss in einem solchen opt-out-System, aktiv werden wenn man kein Organspender sein möchte.

Ist diese Heuristik nun gut oder schlecht? Die Antwort auf diese Frage hängt stets von der Umwelt ab, in der wir eine Entscheidung treffen. Es ist immer eine Interaktion zwischen dem, was in unserem Kopf vorgeht, und der Umwelt. Ähnlich wie in dem Beispiel mit den natürlichen Häufigkeiten funktionieren unsere Strategien in gewissen Umwelten sehr gut, in anderen Umwelten dagegen nicht.

#### 4. Umgang mit Risiko: Wenn die Intuition in die Irre führt

Durch die Terroranschläge des 11. Septembers 2001 kamen 259 Menschen in Flugzeugen ums Leben. In den folgenden drei Monaten starben zusätzlich 1.600 Menschen durch Autounfälle auf amerikanischen Highways (**Abbildung 15**). Wie ist dies zu erklären? Infolge der Terroranschläge vermieden viele US-Amerikaner das Flugzeug, sie sahen darin ein erhöhtes Risiko zu verunglücken. Gleichzeitig ignorierte man jedoch die Tatsache, dass das Risiko, durch einen Autounfall zu sterben, größer ist als das Risiko, mit dem Flugzeug zu verunglücken. Fährt man zum Beispiel mit dem Auto 20 km, ist die Wahrscheinlichkeit zu verunglücken, genauso so groß wie bei einem Flug von Berlin nach Rom.

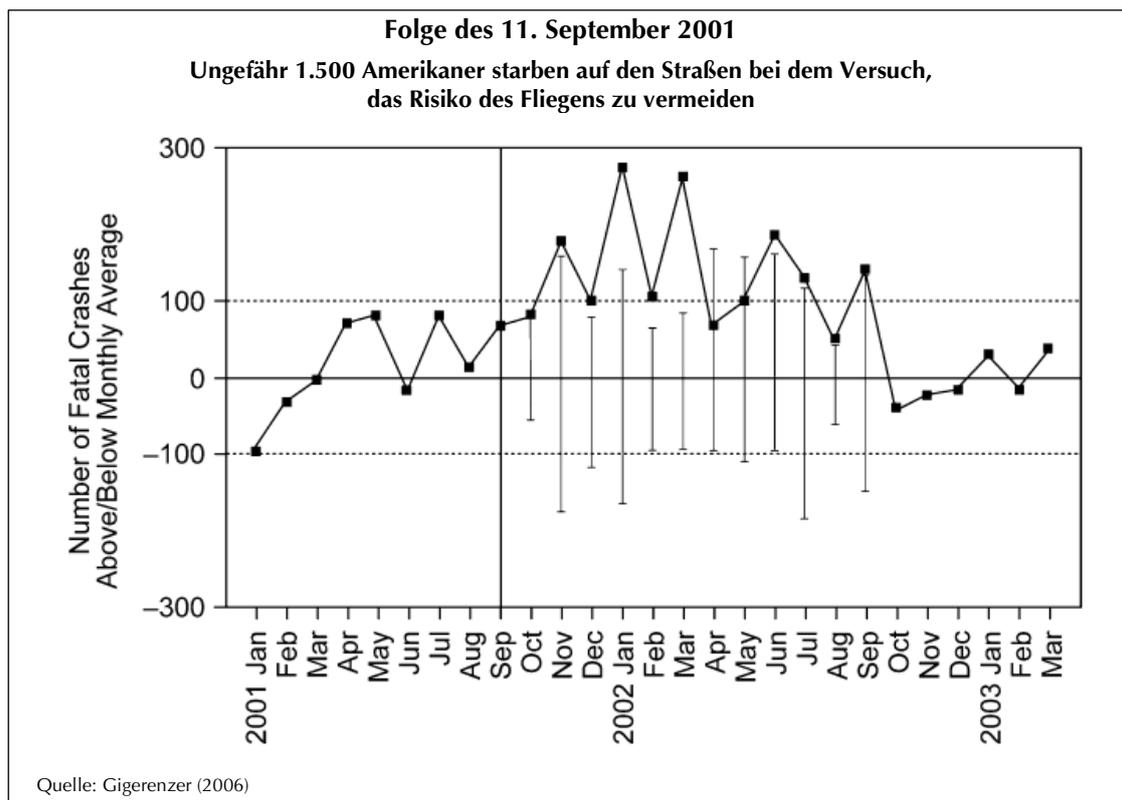


Abbildung 15

© Dr. Nicolai Bodemer

Dieses Beispiel zeigt, dass unsere Intuition nicht immer gut funktioniert und wir Risiken möglicherweise falsch einschätzen, was schwerwiegende Konsequenzen haben kann.

Die Frage ist somit stets, wann – unter welchen Umständen, in welcher Situation – funktioniert eine bestimmte Entscheidungsregel gut, wann nicht? Keine Strategie ist universell die beste, es ist stets ein Zusammenspiel zwischen kognitiver Strategie und Umwelt.

## 5. Zusammenfassung

Richtige Entscheidungen zu treffen hängt von verschiedenen Faktoren ab und es bedarf in unterschiedlichen Situationen unterschiedlicher Strategien. Gerade in der Welt, in der Risiken quantifiziert werden können, ist Risikokompetenz und statistisches Denken unumgänglich. Bildungsprogramme und transparente Risikokommunikationsformen sind zentral, um entspannt mit Risiken umzugehen.

In der Welt der Unsicherheit sind intuitive Entscheidungen, sogenannte Heuristiken, oft gute Strategien. Wir müssen besser verstehen, welche Strategie wann funktioniert und basierend auf diesen Forschungsergebnissen Umwelten gestalten, die uns den Umgang mit Unsicherheit erleichtern.

### Weiterführende Literatur

Gigerenzer, G. (2013). *Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft*. München: Bertelsmann.

### Quellen:

Arkes, H. R., & Gaissmaier, W. (2012). Psychological Research and the Prostate-Cancer Screening Controversy. *Psychological Science, 23*(6), 547–553.

Gigerenzer, G. (2007). *Gut feelings: the intelligence of the unconscious*. New York: Viking.

Gigerenzer, G. (2006). Out of the Frying Pan into the Fire: Behavioral Reactions to Terrorist Attacks. *Risk Analysis, 26*(2), 347–351.

Gigerenzer, G., Mata, J., & Frank, R. (2009). Public Knowledge of Benefits of Breast and Prostate Cancer Screening in Europe. *JNCI Journal of the National Cancer Institute, 101*(17), 1216–1220.

Gigerenzer, G., Gaissmaier, W., Kurz-Milcke, E., Schwartz, L. M., & Woloshin, S. (2007). Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics. *Psychological Science in the Public Interest, 8*(2), 53–96.

Johnson, E. J. (2003). Do Defaults Save Lives? *Science, 302*(5649), 1338–1339.

Meder, B., Le Lec, F., & Osman, M. (2013). Decision making in uncertain times: what can cognitive and decision sciences say about or learn from economic crises? *Trends in Cognitive Sciences, 17*(6), 257–260.

## Literaturhinweise

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe - AGJ-, Berlin (Hrsg.);  
Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter -BAGLJÄ-, München (Hrsg.)  
**Handlungsempfehlungen zum Bundeskinderschutzgesetz - Orientierungsrahmen und erste Hinweise zur Umsetzung.**  
Berlin (2012); 23 S.

Alle, Friederike  
**Kindeswohlgefährdung. Das Praxishandbuch. 2., akt. Aufl.**  
Freiburg/Br.: Lambertus (2012); 288 S.; Lit.; ISBN 978-3-7841-2092-8

Althoff, Monika  
**Fallanalysen im Kinderschutz. Eine reflexionsbezogene Methode zur Erkennung von Risikomustern in Kinderschutzfällen.**  
In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 64 (2012); Nr. 7+8; S. 302-311; Abb., Lit.;  
ISSN 0342-5258

Becker, Rainer ; Hänel, Aileen  
**Gesetzmäßigkeiten bei der Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen wegen Anzeichen auf eine Kindeswohlgefährdung - Bewertung und Konsequenzen.**  
In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger;  
8 (2013); Nr. 4; S. 142-150; Abb., Lit.; ISSN 1861-6631

Becker, Rainer ; Hildebrandt, Johannes  
**Probleme bei der Beurteilung der Gefahrenlage nach Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung, insbesondere im Rahmen der Inobhutnahme.**  
In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 50 (2012); Nr. 6; S. 364-378; Lit.;  
ISSN 0022-5940

Bernzen, Christian  
**Die Bedeutung des Kinderschutzauftrages der Jugendhilfe in der Kinder- und Jugendarbeit.**  
In: Deutsche Jugend, Weinheim: Juventa; 57 (2009); Nr. 12; S. 530-533; ISSN 0012-0332

Biesel, Kay  
**Das neue Bundeskinderschutzgesetz - Aufbruch zum Risiko- und Fehlermanagement im Kinderschutz unter Federführung der Jugendämter?!**  
In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 50 (2012); Nr. 3; S. 131-138; Abb., Lit.;  
ISSN 0022-5940

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  
**(Jüngste) Entwicklungen von Hilfe und Kontrolle in der Kinder- und Jugendhilfe.**  
In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Berlin: Selbstverl.; 90 (2010); Nr. 9; S. 385-389; Lit.; ISSN 0012-1185

Biesel, Kay

**Professioneller Selbstschutz statt Kinderschutz?**

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

Biesel, Kay

**Wenn Jugendämter scheitern. Zum Umgang mit Fehlern im Kinderschutz.**

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

Biesel, Kay ; Wolff, Reinhart

**Das dialogisch-systemische Fall-Labor. Eine Methode zur Untersuchung problematischer Kinderschutzfälle.**

In: Aufbruch - Hilfeprozesse gemeinsam neu gestalten; Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V. (Hrsg.), Köln (2013); S. 115-141; Lit.; ISBN 978-3-943243-05-5

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

Böwer, Michael

**Kindeswohlschutz organisieren. Jugendämter auf dem Weg zu zuverlässigen Organisationen.**

Weinheim: Beltz (2012); 312 S.; Lit.; ISBN 978-3-7799-2809-6

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 (Bearb.)

**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.

Brandhorst, Felix

**Der blinde Fleck. Warum AdressatInnen in der Kinder- und Jugendhilfe als dialogische Lernpartner häufig übersehen werden.**

In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 35 (2011); Nr. 9/10;  
S. 45-48; Lit.; ISSN 0931-279X

Braner-Pörtl, Stefanie

**Immer im Dienst? Strafrechtliche Relevanz von privaten Erkenntnissen bei Mitarbeitern des Jugendamts.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 83 (2011); Nr. 2; S. 68-69; Lit.; ISSN 0003-2336

Bremen, Amt für Soziale Dienste (Hrsg.); Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V., Kronberg (Hrsg.)

Wolff, Reinhart ; Biesel, Kay ; Stork, Remi

**Das Bremer Konzept. Qualitätssicherung und Risikomanagement in der Kinderschutzarbeit.**

Bremen (2010); 79 S.; Lit.

Bringewat, Peter

**Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (§ 8a SGB VIII) und strafrechtliche Garantenhaftung in der Kinder- und Jugendhilfe.**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 1 (2006); Nr. 5; S. 233-242; Lit.; ISSN 1861-6631

Bringewat, Peter

**Schutz des Kindeswohls - eine Aufgabe des Strafrechts?!**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 2 (2007); Nr. 6; S. 225-231; Lit.; ISSN 1861-6631

Bringewat, Peter

**Strafrechtlich relevante Fehler bei der „Einschätzung des Gefährdungsrisikos“ nach § 8a SGB VIII.**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 7 (2012); Nr. 9; S. 330-336; Lit.; ISSN 1861-6631

Bringewat, Peter

**Tod eines Kindes. Soziale Arbeit und strafrechtliche Risiken.**

Baden-Baden: Nomos (1997); 163 S.; Lit.; ISBN 3-7890-4745-7

Britze, Harald ; Hillmeier, Hans

**Ein Praxisbeispiel sozialpädagogischer Diagnostik - die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen des Bayerischen Landesjugendamtes.**

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 51 (2013); Nr. 2; S. 118-124; Lit.; ISSN 0022-5940

Brößkamp, Anselm

**Druck, Kontrolle, Fürsorge - die öffentliche Debatte zum Kinderschutz und die Vertrauensbeziehung zwischen Jugendhilfe und ihren Adressaten, oder: Wo kein Vertrauen, da kein (Informations-)Fluss - Kinderschutz in der Krise.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 82 (2009); Nr. 7-8; S. 343-348; Abb., Lit.; ISSN 0003-2336

Buchholz, Thomas

**Fallberatung im kollegialen Kreis. 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.)

**Hilfe...! - Über Wirkungen, Risiken und Nebenwirkungen im Kinderschutz.**

Köln (2011); 232 S.; Lit.; ISBN 978-3-9813043-5-0

**Das Bundeskinderschutzgesetz. Schwerpunktthema.**

In: Jugendhilfe-Report, Köln: Landschaftsverband Rheinland, Landesjugendamt (2013); Nr. 1; S. 6-24; Abb.

Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.

**Dokumentation von Gefährdungseinschätzungen.**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 8 (2013); Nr. 1; S. 25-27; Lit.; ISSN 1861-6631

Claassen-Hornig, Britta ; Dudek, Bärbel ; Menzel, Heike

**„Ich wusste, dass es immer wieder passieren würde ...!“ (Paul, 8 Jahre).**

**Integrierte Handlungskonzepte für mehrfach belastete Familien und gefährdete Kinder.**

In: Spielräume, Bremen: Amt für soziale Dienste; 17 (2010); Nr. 47/48; S. 56-60; Abb.

Czerner, Frank

**Optimierung des staatlichen Schutzauftrages bei (vermuteter) Kindeswohlgefährdung durch die Novellierungsgesetze vom KICK (01.10.2005) bis zum BKiSchG (01.01.2012)? Teil 1 und Teil 2.**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 7 (2012); Nr. 7; S. 246-251 und Nr. 8; S. S. 301-305; Lit.; ISSN 1861-6631

Dall, Uwe

**Kindeswohl und Pflegefamilie. Der doppelte Schutzauftrag.**

Ibbenbüren: Münstermann (2012); 120 S.; Lit.; ISBN 978-3-943084-06-1

Deutscher Kinderschutzbund Bundesverband e.V. -DKSB-, Berlin (Hrsg.)

Lasner-Tietze, Cordula

**Mindeststandards für die Weiterbildung zur „insoweit erfahrenen Fachkraft“/ Kinderschutzfachkraft gem. § 8a SGB VIII. Standards für einen qualifizierten Kinderschutz.**

Berlin (2011); 45 S.; Lit.

Deutscher Kinderschutzbund Bundesverband e.V. -DKSB-, Berlin

**Mindeststandards für die Weiterbildung zur „insoweit erfahrenen Fachkraft“/ Kinderschutzfachkraft gem. § 8a SGB VIII. Standards für einen qualifizierten Kinderschutz.**

In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2011); Nr. 4; S. 69-70; Lit.; ISSN 0934-8417

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge -DV-, Berlin (Hrsg.)

**Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe - Diskussionspapier des Deutschen Vereins zum Umgang mit §§ 79, 79 a SGB VIII. (Das Diskussionspapier wurde am 30. August 2012 im Fachausschuss „Jugend und Familie“ beraten und am 25. September 2012 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.)**

In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Berlin: Selbstverl.; 92 (2012); Nr. 12; S. 555-561; Lit.; ISSN 0012-1185

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.)

**Erfolg im zweiten Anlauf!? Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes in der kommunalen Praxis. Dokumentation der Fachtagung am 24. und 25. November 2011 in Berlin.**

Berlin (2012); 198 S.; Abb., Lit.; ISBN 978-3-931418-90-8

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

**Risiken - Fehler - Krisen. Risikomanagement im Jugendamt als Führungsaufgabe. Dokumentation der Fachtagung am 18. und 19. April 2012 in Berlin.**

Berlin (2012); 131 S.; Abb., Lit.; ISBN 978-3-931418-92-2

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

Kindler, Heinz

**Kinderschutz in Deutschland stärken. Analyse des nationalen und internationalen Forschungsstandes zu Kindeswohlgefährdung und die Notwendigkeit eines nationalen Forschungsplanes zur Unterstützung der Praxis. Eine Expertise im Auftrag des Informationszentrums Kindesmisshandlung / Kindesvernachlässigung.**

München (2007); 51 S.; Lit.

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

Pluto, Liane ; Gadow, Tina ; Seckinger, Mike ; Peucker, Christian

**Gesetzliche Veränderungen im Kinderschutz - empirische Befunde zu § 8a und § 7 SGB VIII. Perspektiven verschiedener Arbeitsfelder.**

München (2012); 48 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 978-3-86379-077-6

Dießner, Annika

**Die Unterlassungsstrafbarkeit der Kinder- und Jugendhilfe bei familiärer Kindeswohlgefährdung.**

Berlin: Duncker & Humblot (2008); 524 S.; Lit.; ISBN 978-3-428-12429-9

(Strafrechtliche Abhandlungen. Neue Folge; Bd. 197)

Discher, Britta

**Die Kinderschutzfachkraft – „externer Notnagel“ für eine Qualitätssicherung im Prozess der Gefährdungseinschätzung?**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 85

(2012); Nr. 5; S. 240-243; Lit.; ISSN 0003-2336

Discher, Britta ; Schimke, Hans-Jürgen

**Die Rolle der insoweit erfahrenen Fachkraft nach § 8a Abs. 2 SGB VIII in einem kooperativen Kinderschutz.**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger;

6 (2011); Nr. 1; S. 12-16; Lit.; ISSN 1861-6631

Eberl, Ilse

**Kevin, Lisa oder Paul: Softwareunterstützung im Jugendamt bei Meldungen von Kindeswohlgefährdungen.**

In: Der Bayerische Bürgermeister, München: Jehle-Rehm; 65 (2012); Nr. 11; S. 394-395; Abb.; ISSN 0723-7022

Emig, Olaf

**Der vermeidbare Tod eines Kleinkindes unter staatlicher Fürsorge.**

In: Neue Praxis, Lahnstein: Verl. Neue Praxis; 37 (2007); Nr. 5; S. 445-464; Lit.; ISSN 0342-9857

**Empfehlungen zu Führungszeugnissen bei Neben- und Ehrenamtlichen in der Kinder- und Jugendhilfe (§ 72 a Abs. 3 und Abs. 4 SGB VIII).**

In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Berlin: Selbstverl.; 92 (2012); Nr. 11; S. 517-524; ISSN 0012-1185

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

FH Kehl (Hrsg.)

Kunkel, Peter-Christian

**Das Bundeskinderschutzgesetz – „Meilenstein“ oder „Mühlstein“?**

Kehl (2012); 25 S.; Abb.; ISSN 0937-1982

Fieseler, Gerhard

**Garantenpflicht - Konsequenzen für sozialpädagogisches Handeln unter Berücksichtigung berufsrechtlicher und berufsethischer Gesichtspunkte.**

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Bundesanzeiger; 91 (2004); Nr. 5; S. 172-180; ISSN 0176-6449

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

Gedik, Kira

**Verstehensblindheit. Zur Gefahr willkürlicher und schädigender Deutungswut Professioneller.**

In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 35 (2011); Nr. 9/10; S. 49-51; Tab., Lit.; ISSN 0931-279X

Gerber, Christine ; Alt, Christian

**„Wie sind wir im Kinderschutz aufgestellt?“. Ein Fragebogen für eine Mitarbeiter/innenbefragung als Selbstevaluationsinstrument für Jugendämter im Rahmen der Qualitätsentwicklung im Kinderschutz.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 86 (2013); Nr. 2; S. 58-52; Lit.; ISSN 0003-2336

Gerber, Christine ; Backes, Jörg

**Fehlerquellen erkennen - Risiken verringern. Risiko- und Fehlermanagement im Kinderschutz.**

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 15 (2012); Nr. 4; S. 42-28; Lit.; ISSN 1435-4705

Gerber, Christine ; Backes, Jörg

**Risiko- und Fehlermanagement im Kinderschutz.**

In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 64 (2012); Nr. 7+8; S. 290-301; Lit.; ISSN 0342-5258

Gericke, Dietrich

**Der Fall Jenny.**

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband e.V. - EREV -; 76 (1999); Nr. 5; S. 309-312; ISSN: 0943-4992

Gläss, Holger

**Kindeswohlgefährdung in Pflegefamilien.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 86 (2013); Nr. 4; S. 174-178; Lit.; ISSN 1867-6723

Goldberg, Brigitta (Hrsg.); Schorn, Ariane (Hrsg.)

**Kindeswohlgefährdung: Wahrnehmen - Bewerten - Intervenieren.**

Leverkusen: B. Budrich (2011); 244 S.; Abb., Lit.; ISBN 978-3-86649-369-8

Hefendehl, Roland

**Sozialarbeit im lähmenden Bann strafrechtlicher Risiken?**

In: Recht der Jugend und des Bildungswesens, Berlin: BWV Berliner Wissenschafts-Verl.; 53 (2005); Nr. 4; S. 472-485; Lit.; ISSN 0034-1312

Heinitz, Stefan

**Fehler als Anlässe zu lernen? Fachberatung im Kinderschutz und die (neuen) Aufgaben der „insoweit erfahrenen Fachkraft“ nach dem Bundeskinderschutzgesetz.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 85 (2012); Nr. 11; S. 558-562; Tab., Lit.; ISSN 0003-2336

Heinitz, Stefan ; Claassen-Hornig, Britta

**Neue Wege im Umgang mit problematischen Fallverläufen: Die Fall-Werkstatt als Methode der Qualitätsentwicklung.**

In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 19 (2013); Nr. 2; S. 110-115; Tab., Lit.; ISSN 0947-8957

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-Schwartz, Brigitta (Hrsg.), Wiesbaden: VS-Verl. (2010); S. 173-204; Lit.;  
ISBN 978-3-531-16644-5

Hildebrandt, Johannes

**„... in der Hoffnung, dass Sie nicht das Jugendamt alarmieren!“ . Anmerkungen zur Balance zwischen Dienstleistungs- und Schutzauftrag des Jugendamts im Kontext des neu gefassten § 1666 BGB.**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger;  
3 (2008); Nr. 10; S. 396-404; Lit.; ISSN 1861-6631

Hoffmann, Birgit

**Strafrechtliche Verantwortung von Amtsvormündern bzw. -pflegern wegen Unterlassens.**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger;  
2 (2007); Nr. 10; S. 389-394; Lit.; ISSN 1861-6631

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; Abb.

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

Hoppensack, Hans-Christoph

**Kevin's Tod - ein Beispiel für missratene Kindeswohlsicherung.**

In: Unsere Jugend, München: Reinhardt; 59 (2007); Nr. 7+8; S. 290-305; Lit.;

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

**Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung. 2., überarb. u. ergänzte Aufl.**

München: Reinhardt (2012); 188 S.; Abb., Tab., Lit.; ISBN 978-3-497-02327-1

Institut für soziale Arbeit e.V. -ISA-, Münster ; Deutscher

Kinderschutzbund Landesverband NRW ; Bildungsakademie -BiS-, Wuppertal

**Zehn Empfehlungen zur Ausgestaltung der Rolle der Kinderschutzfachkraft nach dem §§ 8a Abs. 4, 8b Abs. 1 SGB VIII und § 4 KKG.**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger;  
8 (2013); Nr. 3; S. 115-120; Lit.; ISSN 1861-6631

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.

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

**Handlungsempfehlungen zum Bundeskinderschutzgesetz. Expertise: Anforderungen an Ausstattung und Leistungsfähigkeit der Jugendämter bzw. der Allgemeinen Sozialen Dienste in NRW unter besonderer Berücksichtigung von Vorgaben aus dem Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG).**

Münster (2012); 45 S.; Lit.

Jungwirth, Judith

**Die Bedeutung von Kindeswohlgefährdung. Entwicklungen und Gegebenheiten in der Kinderschutzarbeit.**

In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialwissenschaften; 38 (2013); Nr. 5/6; S. 6-9; Lit.; ISSN 0931-279X

Kathöfer, Sven ; Kowol, Uli ; Kotthaus, Jochem

**Wie schätzen Jugendämter ihren kommunikativen Auftritt ein? Eine Studie im Kontext „Fremdmelder von Kindeswohlgefährdungen“.**

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 37 (2012); Nr. 6; S. 17-25; Lit.; ISSN 0340-8469

Kaufmann, Ferdinand

**Der unangemeldete Hausbesuch von Fachkräften der Jugendämter in Pflegefamilien.**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 6 (2011); Nr. 6; S. 198-200; ISSN 1861-6631

Kilchling, Michael

**Das strafrechtliche Haftungsrisiko von Jugendamtsbediensteten im europäischen Ausland.**

In: Recht der Jugend und des Bildungswesens, Berlin: BWV Berliner Wissenschafts-Verl.; 53 (2005); Nr. 4; S. 493-505; Lit.; ISSN 0034-1312

**Kinderschutzrecht. Sicherstellung verantwortlicher Wahrnehmung des Hilfe- und Schutzauftrags durch den Allgemeinen Sozialen Dienst - Umgang mit Ergebnissen einer Organisationsuntersuchung. § 13 StGB, § 15 Abs. 1 ArbSchG.**

**DIJuF-Rechtsgutachten 10.04.2012, J 1.220 Ka.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 85 (2012); Nr. 4; S. 206-207; ISSN 0003-2336

Kindler, Heinz

**Kinderschutz und Elternrecht - ein Widerspruch?**

In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2010); Nr. 4; S. 41-47; Abb., Lit.; ISSN 0934-8417

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 ; Sann, Alexandra

**Das kontrollierte Kind. Gefahr erkannt - Gefahr gebannt? Über die Nachteile und unbeabsichtigten Wirkungen, die Frühe Hilfen und Frühwarnsysteme haben können, wenn sie falsch verstanden werden.**

In: DJI-Impulse, München: Deutsches Jugendinstitut (2011); Nr. 94; S. 7-8; Lit.; ISSN 0930-7842

Kleinrahm, Rita ; Keller, Ferdinand ; Fegert, Jörg M. u.a.

**Individuelle Fallsteuerung und Evaluation auf Gruppen- und Einrichtungsebene - Möglichkeiten mit PädZi.**

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband e.V. - EREV -; 89 (2012); Nr. 4; S. 224-236; Abb., Tab., Lit.; ISSN: 0943-4992

Kliemann, Andrea ; Fegert, Jörg M.

**Kategorische Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden bei sexuellem Kindesmissbrauch in Institutionen. Leitlinien und Mindeststandards wollen Leitungskräfte in die Verantwortung nehmen.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 85 (2012); Nr. 3; S. 127-137; Lit.; ISSN 0003-2336

Koblenz, Amt für Jugend, Familie, Senioren und Soziales, Jugendamt (Hrsg.)

**Kindeswohlgefährdung. Handbuch zum Umgang mit Hinweisen auf die Gefährdung des Wohls von Kindern und Jugendlichen im Kommunalen Sozialdienst.**

2., überarb. Aufl.

Koblenz (2010); 68 S.; Abb., Tab.

Köckeritz, Christine ; Dern, Susanne

**Insoweit erfahrene Fachkräfte: Wer sind sie und was machen sie? Empirische Einblicke in ein neu etabliertes Aufgabenfeld der Jugendhilfe.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 85 (2012); Nr. 11; S. 562-567; Tab., Lit.; ISSN 0003-2336

Kohaupt, Georg (Hrsg.); 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

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

Krause-Leipoldt, Carsten

**Diagnostik während der Inobhutnahme.**

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 51 (2013); Nr. 2; S. 125-129; Lit.; ISSN 0022-5940

Kronseider, Daniel Rainer

**Die Strafbarkeit von Mitarbeitern des Jugendamtes bei häuslicher Kindeswohlbeeinträchtigung.**

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

Kunkel, Peter-Christian

**Das Bundeskinderschutzgesetz – „Meilenstein“ oder „Mühlstein“?**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 7 (2012); Nr. 8; S. 288-295; Abb., Lit.; ISSN 1861-6631

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

Lack, Katrin

**Möglichkeiten und Grenzen der Gesetzgebung zur Effektivierung des Kinderschutzes.**

Bielefeld: Giesecking (2012); LXXIII, 612 S.; Lit.; ISBN 978-3-7694-1102-7

Laming, William Herbert

**Perspektiven im Kinderschutz - Britische Einblicke und Ausblicke.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 83 (2010); Nr. 12; S. 540-543; ISSN 0003-2336

Landesjugendamt Westfalen -LWL-, Münster (Hrsg.); Landschaftsverband Rheinland - LVR-, Köln (Hrsg.)

Merchel, Joachim

**Qualitätsentwicklung in der örtlichen Kinder- und Jugendhilfe: Orientierungshilfe zur Umsetzung der Regelungen in §§ 79, 79a SGB VIII.**

Köln/ Münster (2013); 40 S.; 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

Maywald, Jörg

**Kindeswohlgefährdung ja oder nein? Neue Instrumente helfen Erzieherinnen und Erziehern bei der Einschätzung.**

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 15 (2012); Nr. 4; S. 49-53; Lit.; ISSN 1435-4705

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

**„Garantenstellung und Garantienpflichten“: die Schutzfunktion des Jugendamtes zwischen Strafrecht, medialer Öffentlichkeit und fachlichen Konzepten.**

In: Recht der Jugend und des Bildungswesens, Berlin: BWV Berliner Wissenschafts-Verl.; 53 (2005); Nr. 4; S. 456-471; Lit.; ISSN 0034-1312

Metzger, Marius

**Voneinander Lernen: Kollegiale Fallberatung in Kinderschutzgruppen.**

In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis (KJug), Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz; 57 (2012); Nr. 2; S. 55-58 Lit.; ISSN 1865-9330

Meysen, Thomas ; Eschelbach, Diana

**Das neue Bundeskinderschutzgesetz.**

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

Mohr, Simon ; Ziegler, Holger

**Zur Kultur der Kontrolle in der Kinder- und Jugendhilfe.**

In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 18 (2012); Nr. 5; S. 277-280; Lit.; ISSN 0947-8957

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.

Mörsberger, Thomas (Hrsg.); Restemeier, Jürgen (Hrsg.)

**Helfen mit Risiko. Zur Pflichtenstellung des Jugendamtes bei Kindesvernachlässigung. Dokumentation eines Strafverfahrens gegen eine Sozialarbeiterin in Osnabrück.**

Neuwied: Luchterhand (1997); 220 S.; ISBN 3-472-02767-3

Mörsberger, Thomas ; Restemeier, Jürgen

**Helfen mit Risiko. Anmerkungen zu einem Strafverfahren gegen eine Sozialarbeiterin in Osnabrück.**

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 35 (1997); Nr. 2; S. 85-90; ISSN 0022-5940

Mörsberger, Thomas

**Kinderschutz per Betriebserlaubnis. Zur Novellierung der §§ 45 und 47 SGB VIII durch das Bundeskinderschutzgesetz.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 84 (2011); Nr. 11; S. 561-565; Lit.; ISSN 0003-2336

Mörsberger, Thomas

**Schutzauftrag gem. § 8 a SGB VIII als „Dienst nach Vorschrift“?**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 81 (2008); Nr. 7/8; S. 341-347; Lit.; ISSN 0003-2336

Mörsberger, Thomas

**Das Strafrecht als Prima Ratio des SGB VIII? Zu den andauernden Irritationen um die Haftungsrisiken im Kinderschutz (Teil 1 und 2). (Zugleich eine Erwiderung auf Bringewat, ZKJ 9/2012.)**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 8 (2013); Nr. 1; S. 21-24 und Nr. 2; S. 61-67; Lit.; ISSN 1861-6631

Mörsberger, Thomas

**Sündenbock-Suche oder Fehleranalyse? Zu den Reaktionen auf spektakuläre Fälle von Kindesmisshandlung durch Jugendämter, Justiz und Medien.**

In: Recht der Jugend und des Bildungswesens, Berlin: BWV Berliner Wissenschafts-Verl.; 53 (2005); Nr. 4; S. 447-455; Lit.; ISSN 0034-1312

Mörsberger, Thomas

**Weder Panik noch Selbstmitleid ist angebracht! Interview mit Thomas Mörsberger zu strafrechtlichen Risiken in der Jugendhilfe-Praxis.**

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 38 (2000); Nr. 5; S. 228-234; ISSN 0022-5940

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

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

Müller, Regine (Hrsg.); Nüsken, Dirk (Hrsg.)

**Child Protection in Europe. Von den Nachbarn lernen – Kinderschutz qualifizieren.**

Münster: Waxmann (2010); 336 S.; Abb., Tab.; ISBN 978-3-8309-2403-6

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.)

Wolff, Reinhart ; Flick, Uwe ; Ackermann, Timo u.a.

**Aus Fehlern lernen - Qualitätsmanagement im Kinderschutz. Konzepte, Bedingungen, Ergebnisse.**

Opladen: B. Budrich (2013); 297 S.; Abb., Lit.; ISBN 978-3-8474-0105-6

Nationales Zentrum Frühe Hilfen -NZFH-, Köln (Hrsg.)  
Wolff, Reinhart ; Flick, Uwe ; Ackermann, Timo u.a.

**Kinder im Kinderschutz. Zur Partizipation von Kindern und Jugendlichen im Hilfeprozess. Eine explorative Studie.**

Köln (2013); 80 S.; Abb., Lit.; ISBN 978-3-942816-35-9

Nationales Zentrum Frühe Hilfen -NZFH-, Köln (Hrsg.)

**Lernen aus Fehlern - nationale und internationale Erfahrungen im Kinderschutz. Workshopergebnisse des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) am 9. und 10. Juli 2010 im Deutschen Jugendinstitut, München.**

Köln (2010); 20 S.; Abb., Lit.

Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration, Düsseldorf (Hrsg.)

Kriener, Martina ; Nörtershäuser, Klaus

**Risikomanagement bei Kindeswohlgefährdung. Kompetentes Handeln sichern. 2. unveränd. Aufl.**

Düsseldorf (2009); 60 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.

Ostendorf, Heribert

**Die strafrechtliche Verantwortung von Eltern und Betreuern bei Kindesvernachlässigung.**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 3 (2008); Nr. 3; S. 106-110; Tab., Lit.; ISSN 1861-6631

Peters, Friedhelm

**Erleben wir wirklich ein neues Kontrollmuster oder kommt die SPFH zu sich selbst?**

In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 18 (2012); Nr. 5; S. 281-285; Lit.; ISSN 0947-8957

Plewig, Hans-Joachim

**Garantenstellung im Jugendhilfebereich -Reaktionen der Berufsgruppen: Entwicklung von Qualitätsstandards als Reaktion auf Fahrlässigkeitsvorwürfe.**

In: Recht der Jugend und des Bildungswesens, Berlin: BWV Berliner Wissenschafts-Verl.; 53 (2005); Nr. 4; S. 486-492; Lit.; ISSN 0034-1312

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

Pothmann, Jens

**Erkennen von Gefährdungslagen - Jugendämter geben Statistischen Ämtern Auskunft über „8a-Verfahren“.**

In: Forum Jugendhilfe, Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe -AGJ- (2013); Nr. 3; S. 30-36; Abb., Tab., Lit.; ISSN 0171-7669

**Rechtliche Anmerkungen zu jugendamtlichen Standardisierungen der Risikoabschätzung im Handlungsfeld Kindeswohlgefährdung - § 8 a E-SGB VIII. DIJuF-Rechtsgutachten vom 10.01.2005 - J 3.107 MY.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 78 (2005); Nr. 5; S. 231-233; ISSN 0003-2336

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 Kinderschutz. Bericht zum Landesmodellprojekt: „Qualitätsentwicklung Kinderschutz in Jugendämtern in Rheinland-Pfalz“ 2009 - 2011.**

Koblenz (2012); 165 S.; Abb., Lit.

Rixen, Stephan

**Soziale Arbeit - ein rechtliches Risiko? Fehler in der Sozialen Arbeit als juristisches Problem.**

In: Sozial Extra, Wiesbaden: VS-Verl. f. Sozialwissenschaften; 31 (2007); Nr. 9/10; S. 37-40; Lit.; ISSN 0931-279X

Salgo, Ludwig

**Aus Fehlern lernen - Stellungnahme für den Sonderausschuss „Zum Tode des Mädchens Chantal“.**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 8 (2013); Nr. 4; S. 150-156; Lit.; ISSN 1861-6631

Schader, Heike (Hrsg.)

**Risikoabschätzung bei Kindeswohlgefährdung. Ein systemisches Handbuch.**

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

Schone, Reinhold

**Erziehungshilfe im Wandel? - Schutz- und Kontrollkonzepte in der Sozialpädagogischen Familienhilfe.**

In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 18 (2012); Nr. 5; S. 260-266; Lit.; ISSN 0947-8957

Schone, Reinhold

**Kinderschutz - zwischen Frühen Hilfen und Gefährdungsabwehr.**

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 14 (2011); Nr. 3; S. 16-19; Tab., Lit.; ISSN 1435-4705

Schone, Reinhold (Hrsg.); Tenhaken, Wolfgang (Hrsg.)  
**Kinderschutz in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe. Ein Lehr- und Praxisbuch zum Umgang mit Fragen der Kindeswohlgefährdung.**  
Weinheim: Beltz (2012); 280 S.; Lit.; ISBN 978-3-7799-2681-8

Schone, Reinhold; Wolff, Reinhart  
**Frühe Hilfen und Kinderschutz. Entwicklungsperspektiven nach Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes (Interview).**  
In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 15 (2012); Sonderausgabe; S. 56-59; Abb.; ISSN 1435-4705

Schrapper, Christian  
**Betreuung des Kindes Anna. Rekonstruktion und Analyse der fachlichen Arbeitsweisen und organisatorischen Bedingungen des Jugendamts der Stadt Königswinter im Fall „Anna“.**  
In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 86 (2013); Nr. 1; S. 2-16; Abb., Lit.; ISSN 1867-6723

Schröder, Jörg-Achim  
**Gedanken zum systemimmanenten Spagat des Jugendamtes. Zu einer unzeitgemäßen Aufgabenzuordnung.**  
In: Dialog Erziehungshilfe, Hannover: AFET - Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2010); Nr. 3; S. 44-46; Lit.; ISSN 0934-8417

Schweissgut, Johann  
**Der § 8a des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) in der ambulanten Kinder- und Jugendhilfe.**  
In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 50 (2012); Nr. 3; S. 138-143; Abb.; ISSN 0022-5940

Semmler, Yvonne  
**„Denn sie wissen nicht, was die anderen tun“. Eine Explorationsstudie zur Organisation des Bereitschaftsdienstes in der Kinder- und Jugendhilfe.**  
In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 18 (2012); Nr. 2; S. 117-121; Lit.; ISSN 0947-8957

Sommer, Anja  
**Strukturdefizite im Kindschaftsrecht. Warum verwaltungsgerichtliche Kompetenzen dem Familiengericht zugewiesen werden sollten.**  
In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 7 (2012); Nr. 4; S. 135-140; Lit.; ISSN 1861-6631

Sommer, Anja  
**Zur verwaltungsgerichtlichen Überprüfung der Gefährdungsmittelteilung des Jugendamts an das Familiengericht nach § 8a SGB VIII.**  
In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 8 (2013); Nr. 2; S. 68-70; Lit.; ISSN 1861-6631

Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg -SFBB-, Berlin (Hrsg.)  
Möhler-Staat, Christa (Bearb.)

**Qualitätsrahmen Kinderschutz, Qualitätsmanagement und Wirkungscontrolling. 1. Teil.  
27. Januar 2012. Qualitätsmanagement im Jugendamt Arbeitsfeld Kinderschutz.  
Dokumentation der Tagungsergebnisse und Beiträge zum Thema.**  
Berlin (2012); 104 S.; Abb., Lit.

Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg -SFBB-, Berlin (Hrsg.)  
Möhler-Staat, Christa (Bearb.)

**Qualitätsrahmen Kinderschutz, Qualitätsmanagement und Wirkungscontrolling. 2. Teil.  
22. März 2012. Zusammenarbeit im Kinderschutz mit Trägern der HzE. Dokumentation  
der Tagungsergebnisse und Beiträge zum Thema.**  
Berlin (2012); 112 S.; Abb., Lit.

**Strafrechtliche Verantwortung in der Erziehungs- und Familienberatung. Der  
Straftatbestand des § 174 c StGB und seine Voraussetzungen; strafrechtliche  
Konsequenzen der Verletzung einer Garantenpflicht.**

In: Informationen für Erziehungsberatungsstellen, Fürth: Bundeskonferenz für  
Erziehungsberatung e.V. (2007); Nr. 3; S. 3-9; Lit.; ISSN 1434-078X

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

**Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten.**  
Stuttgart: Klett-Cotta (2010); 260 S.; Lit.; ISBN 978-3-608-94663-5

Thole, Werner (Hrsg.); Retkowski, Alexandra (Hrsg.); Schäuble, Barbara (Hrsg.)

**Sorgende Arrangements. Kinderschutz zwischen Organisation und Familie.**  
Wiesbaden: Springer VS; 41 (2012); 252 S.; Lit.; ISBN 978-3-531-94369-5

Univ. Koblenz-Landau, Institut für Pädagogik (Hrsg.)

Schrappner, Christian ; Schnorr, Vanessa

**Lagebild der Organisationsstrukturen und -kulturen der Allgemeinen Sozialen Dienste  
der Kinder- und Jugendhilfe in den Bezirksämtern der Freien und Hansestadt Hamburg.**  
Koblenz (2012); 73 S.; Abb., Lit.

Urban-Stahl, Ulrike

**Was ist sozialpädagogische Fachlichkeit?**

In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 18 (2012); Nr. 5; S. 267-271; Lit.;  
ISSN 0947-8957

Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin (Hrsg.)

**„... und schuld ist im Ernstfall das Jugendamt“. Probleme und Risiken  
sozialpädagogischer Entscheidungen bei Kindeswohlgefährdung zwischen  
fachlicher Notwendigkeit und strafrechtlicher Ahndung. Dokumentation der  
Fachtagung am 16. und 17. November 1998 in Berlin.**

Berlin (1999); 110 S.; Abb., Lit.; ISBN 3-931418-21-9

**Verweigerung der Entgegennahme anonymer Mitteilungen über  
Kindeswohlgefährdungen. § 8a Abs. 1 SGB VIII.**

**DIJF-Gutachten 22.11.2012, J 6.100 LS.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht;  
86 (2013); Nr. 1; S. 27-28; Lit.; ISSN 1867-6723

Weber, Sebastian ; Wocken, Larissa

**Das erweiterte Führungszeugnis als Instrument des Kinderschutzes. Zur Neufassung des § 72a SGB VIII durch das Bundeskinderschutzgesetz.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 85 (2012); Nr. 2; S. 62-66; Lit.; ISSN 0003-2336

Wiesner, Reinhard

**Der Kinderschutz auf der Agenda des Bundesgesetzgebers.**

In: ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, Köln: Bundesanzeiger; 6 (2011); Nr. 10; S. 377-381; Lit.; ISSN 1861-6631

Wiesner, Reinhard

**Das Wächteramt des Staates und die Garantenstellung der Sozialarbeiterin/des Sozialarbeiters zur Abwehr von Gefahren für das Kindeswohl.**

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Bundesanzeiger; 91 (2004); Nr. 5; S. 161-172; ISSN 0176-6449

Wolf, Klaus

**Der vermeidbare Tod - was die Soziale Arbeit aus dem Tod von Kevin lernen muss.**

In: Blickpunkt Jugendhilfe, Berlin: VPK - Bundesverband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe e.V.; 13 (2008); Nr. 2; S. 3-8; Tab., Abb.; ISSN 1613-4230

Wolf, Klaus

**Gegen die falsche Alternative - Schutz der Kinder und des privaten Lebens.**

In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Juventa; 18 (2012); Nr. 5; S. 272-276; Lit.; ISSN 0947-8957

Wolff, Mechthild ; Fegert, Jörg M. ; Schröer, Wolfgang

**Mindeststandards und Leitlinien für einen besseren Kinderschutz. Zivilgesellschaftliche Verantwortung und Perspektiven nachhaltiger Organisationsentwicklung.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 85 (2012); Nr. 3; S. 121-126; Abb., Lit.; ISSN 0003-2336

Wolff, Reinhart (im Gespräch mit Jörg Maywald)

**„Wir brauchen ganzheitliche, vielseitige und pro-aktive demokratische Hilfesysteme, die eine solidarische Kultur des Aufwachsens ermöglichen“.**

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 14 (2011); Nr. 3; S. 48-50; Abb.; ISSN 1435-4705

Zentrum Bayern Familie und Soziales -ZBFS-, Bayerisches Landesjugendamt, München (Hrsg.)

Hillmeier, Hans

**Jugendamtspflichten bei „latenter Kindeswohlgefährdung“.**

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

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

**Zulässigkeit unangemeldeter Hausbesuche zur Gefährdungseinschätzung. VG Münster,  
Urteil vom 2.4.2009 - 6 K 1929/07 - JAmt 2009, S. 264 ff.**

In: Evangelische Jugendhilfe, Hannover: Evangelischer Erziehungsverband -EREV-;  
86 (2009); Nr. 4; S. 249-252; Lit.; ISSN 0943-4992