



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Nationales Zentrum
Frühe Hilfen



Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen

Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des
Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse

Analyse

Kinder

Schutz



Vorwort

Die allermeisten Eltern meistern bravourös die großen Herausforderungen, die die Geburt eines Kindes mit sich bringt. Und auf der Ebene von Ländern und Kommunen gibt es zahlreiche Helfer, die jungen Familien unter die Arme greifen, wenn Probleme auftauchen. Aber wenn wir bemerken, dass Eltern überfordert sind und ihre Kinder gefährden, muss der Staat seine Wächterfunktion wahrnehmen. Dafür kommt es entscheidend darauf an, dass die beteiligten Stellen alle notwendigen Informationen haben und Zuständigkeiten geklärt sind.



Die schrecklichen Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, die immer wieder in den Medien auftauchen, erinnern uns daran, dass alle Hilfesysteme Bruchstellen haben. Wenn es um den Schutz von Kindern vor Gewalt geht, ist ihr Versagen besonders tragisch. Es gibt keine endgültige Sicherheit, aber wir können professionell daran arbeiten, Fehlentscheidungen und Schwachstellen in Organisationsstrukturen auf ein Minimum zu reduzieren.

Aus diesem Grund müssen wir mit Mut und Offenheit aufklären, warum Kinder immer wieder durch alle Netze fallen, warum vorhandene Systeme nicht gegriffen haben. Ich wünsche mir eine selbstverständliche Kultur, Fehler konsequent zu analysieren und aus ihnen zu lernen. Ich bin sehr froh, dass Bund, Länder und Kommunen nun gemeinsam beim Nationalen Zentrum Frühe Hilfen eine Plattform aufbauen, die Defizite im Kinderschutz identifiziert und Lösungen erarbeitet, die alle umsetzen können, die im Bereich Kinderschutz in Deutschland Verantwortung tragen.

Dabei geht es nicht darum, die Schuldfrage in den Vordergrund zu stellen. Es geht darum, rechtzeitig Lücken im System zu finden. Das sind wir unseren Kindern schuldig.

A handwritten signature in black ink, which reads "Ursula v. der Leyen". The signature is fluid and cursive.

URSULA VON DER LEYEN
BUNDESMINISTERIN FÜR FAMILIE, SENIOREN,
FRAUEN UND JUGEND

Inhalt

I.	Einleitung: Aufbau der Expertise – Kinderschutzfälle im Spiegel der Berichterstattung in den Jahren 2007 und Frühjahr 2008	7
1.1	Ergebnisse der quantitativen Analyse	10
1.1.1	Geschlecht und Alter der betroffenen Kinder	10
1.1.2	Art der Misshandlung	11
1.1.3	Folgen der Misshandlung	12
1.1.4	Familienverhältnisse.....	12
1.1.5	Täter der Misshandlung.....	12
1.1.6	Alter der Eltern.....	13
1.1.7	Herkunft der Eltern	13
1.1.8	Beruf und Berufstätigkeit der Eltern	13
1.1.9	Psychische Auffälligkeiten des Täters und Suchtmittelmissbrauch	14
1.2	Zusammenfassung.....	14
II.	Darstellung der Methodik der Fehleranalyse in anderen Anwendungsbereichen (z. B. Luft- und Raumfahrt, Medizin)	18
2.1	Einleitung	18
2.2	Definitionen	19
2.3	Risikomanagement/Fehlermanagement.....	20
2.3.1	Risikomanagement.....	20
2.3.2	Fehlermanagement	20
2.3.3	Fehlertheorien	21
2.3.4	Fehlerentstehung	21
2.3.5	Organisationen/Unternehmen mit hoher Betriebssicherheit.....	23
2.4	Critical Incident Reports – Berichterstattungen	24
2.4.1	Fehlerkultur.....	26
2.4.2	Voraussetzungen für ein Berichterstattungssystem.....	28
2.4.3	Methode des Berichterstattungssystems.....	31
2.4.4	Nachteile von Berichterstattungssystemen.....	34
2.4.5	Vorteile von Berichterstattungssystemen.....	35
2.4.6	Resultate von Berichterstattungssystemen	35
2.5	Beispiele einzelner Berichterstattungssysteme (Luftfahrt, Kernkraft, Medizin)...	35
2.5.1	Berichterstattungssysteme in der Luftfahrt.....	35
2.5.2	Berichterstattungssysteme in Kernkraftwerken	37
2.5.3	Berichterstattungssysteme in der Medizin	39
2.6	Fazit.....	47

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

III.	Rechtliche Fragestellungen in Bezug auf systematisches Fehlerlernen in Berichterstattungssystemen und retrospektiven Kommissionen	49
3.1	Rechtliche Fragestellungen bezüglich der Berichterstattungssysteme.....	49
3.1.1	Verfassungsmäßigkeit.....	49
3.1.2	Datenschutz.....	49
3.1.3	Zivilrechtliche Haftung	55
3.1.4	Strafrechtliche Verantwortung	56
3.1.5	Disziplinarmaßnahmen	60
3.1.6	Mögliche rechtliche Neuregelungen.....	60
3.2	Fazit.....	63
IV.	Internationale Ansätze für die Analyse von Fehlschlägen im Kinderschutz	65
4.1	Von der rechtsmedizinischen Untersuchung zur komplexen Analyse des Scheiterns von Hilfe- und Schutzmaßnahmen bei Fehlschlägen im Kinderschutz	65
4.2	Ergebnisse und Wirkungen von Analysen zu Fehlschlägen im Kinderschutz	69
V.	Qualitative Interviews zu beinahe tödlichen Ereignissen mit Blick auf verhindernde Ressourcen	73
5.1	Einleitung	73
5.2	Fragestellungen der Interviews.....	74
5.2.1	Schwachstellen des Kinderschutzes.....	74
5.2.2	Denkbarkeit eines weiteren „Kevin“-Falls – Risiken und Schutzmechanismen	81
5.2.3	Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Probleme und positive Strukturen.....	84
5.2.4	Fehlerkultur, Risikomanagement und Fehlerberichtssysteme im Kinderschutz...	88
5.2.5	Beispiele für Beinahe-Unfälle	92
5.2.6	Personalressourcen	93
5.2.7	Fortbildungen, Schulungen, externe Managementberatungen.....	93
5.2.8	Auswirkungen der aktuellen Kinderschutz-Debatte	96
5.2.9	Umgang mit Kinderschutzfällen	99
5.2.10	Verbesserungsbedarf.....	100
5.3	Fazit.....	101
VI.	Verbesserter Umgang mit Problemfällen im Kinderschutz, eine Managementaufgabe	102
6.1	Gespräch mit Herrn Schwenker, Roland Berger Strategy Consultants GmbH, München, am 28.3.2008, 14.00 Uhr–15.40 Uhr	103
6.2	Gespräch mit Herrn Weiland von „Roland Berger Strategy Consultants“ zu der Thematik „Was können wir von den ‚ARGen‘ und für die ‚ARGen‘ im Kontext der Kinderschutzproblematik lernen?“	109
6.3	Gespräch mit Herrn Prof. Malik, Malik Management Zentrum, St. Gallen, am Montag, den 31. 3. 2008.....	111

VII.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen zum Umgang mit problematischen Kinderschutzverläufen	122
7.1	Schlussfolgerungen	122
7.2	Empfehlungen	123
7.2.1	Verbesserter Umgang mit Sachaufgaben durch gesteigerte Fachlichkeit	123
7.2.2	Zur Verbesserung der Sacharbeit müssen auch Arbeitsvorgänge „handwerklich“ optimiert werden	124
7.2.3	Managementaufgaben.....	124
7.2.4	Kommunikation verbessern, Kommunikationsprobleme abbauen	128
7.2.5	Einstellungsfragen, Selbstwert und Emotionalität	128
7.3	Maßnahmenkatalog	129
7.3.1	Steigerung der Fachkompetenz durch Fortbildung, Weiterbildung und Ausbildung, insbesondere durch kostengünstigen Einsatz von E-Learning-Programmen..	129
7.3.2	Organisationsentwicklung, Management und Auditierung	129
7.3.3	Einführung eines prozess- und ergebnisbezogenen Controllings und Hilfeprozessmanagements.....	129
7.3.4	Kommunikationstraining.....	129
7.3.5	Etablierung einer „Fehlerkultur“	130
7.4	Ressortübergreifende Themen	130
7.4.1	Im Gesundheitswesen.....	130
7.4.2	Mit dem BMBF	130
7.4.3	Justiz.....	130
7.4.4	Arbeit	130
7.4.5	Inneres.....	131
VIII.	Verzeichnisse.....	132

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fehlerentstehungsmodell	22
Abbildung 2: Modelle – Das „Schweizer Käse“-Modell, modifiziert nach Reason (2000) – Kette von Systemproblemen.....	22
Abbildung 3: Das Eisberg-Modell	24
Abbildung 4: Schema eines Critical Incident Reporting Systems	31
Abbildung 5: Unfalluntersuchung und Analyse-Ablaufdiagramm	32
Abbildung 6: Fehlerkette beim Führungslück der Herald of Free Enterprise 1987	33
Abbildung 7: Fischgräten-Diagramm „Mitursächliche Faktoren“	40
Abbildung 8: Übersicht über Fehlerbegriffe	42
Abbildung 9: Prozesskette.....	43
Abbildung 10: General-Management-Modell	113
Abbildung 11: Standardmodell der Wirksamkeit.....	114
Abbildung 12: Präventionsmodell Kinderschutz aus dem Gespräch Prof. Fegert mit Prof. Malik nach dem Modell von Prof. Frederic Vester	117
Abbildung 13: Dreidimensionale Kommunikationsstruktur	120
Abbildung 14: Syntegrations-Prinzip	120

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Alter der betroffenen Kinder	10
Tabelle 2: Art der Misshandlung	11
Tabelle 3: Familiäre Situation der Kinder in den jeweiligen Fällen.....	12
Tabelle 4: Täter der Misshandlung	13
Tabelle 5: Eigenschaften erfolgreicher Fehlerberichtssysteme	30
Tabelle 6: Länder mit und ohne routinemäßige, auf Praxislernen hin orientierte Systeme der Analyse von Fehlschlägen nach Axford & Bullock (2005, S. 82) ..	66
Tabelle 7: Die sechs am häufigsten identifizierten Praxisprobleme mit Relevanz für schwerwiegende Misserfolge im Kinderschutz in einer von Sinclair und Bullock (2002) analysierten Stichprobe von 40 Untersuchungsberichten aus Großbritannien	69

I.

Einleitung: Aufbau der Expertise – Kinderschutzfälle im Spiegel der Berichterstattung in den Jahren 2007 und Frühjahr 2008

Errare humanum est, in errore perseverare stultum.

Dieses lateinische Sprichwort, welches Irren als menschlich, das Verharren im Irrtum aber als Dummheit bezeichnet, belegt, dass Fehler und Krisen in Systemen von jeher als Veränderungs- oder Lernanreiz verstanden worden sind. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass sehr viele Publikationen und Berichte zu dieser Thematik sich auf diesen Grundsatz zurückbeziehen, welcher in der Regel auf den Kirchenvater Hieronymus (57. Brief 12) zurückgeführt wird.

Aber auch in Ciceros „Philippika“ findet sich die verständnisvolle Äußerung „Cuiusvis hominis est errare“ – Jeder kann sich irren.

Fehler und Irrtümer Einzelner sind Herausforderungen an Systeme, nicht dumm zu bleiben, sondern Rahmenbedingungen zu verändern. Die vorliegende Expertise zur Verbesserung von Kinderschutz durch systematische Fehleranalyse nähert sich der Problematik zunächst über die mediale Rezeption von Fehlern und Problemfällen, also über die in der Öffentlichkeit wahrgenommene Spitze des Eisberges. Dann wird in einem zweiten Abschnitt die Methodik der Fehleranalyse aus anderen Anwendungsbereichen in Industrie und Management (z. B. Luft- und Raumfahrt, Reaktorsicherheit, Medizin) dargestellt, um schließlich internationale Vorbilder für entsprechende Fehleranalysen im Kinderschutz und in der Jugendhilfe zu erörtern. Qualitative Interviews zur Praktikerperspektive im Kinderschutz, zu Leitungsfragen und schließlich Gespräche zum Management sind eine weitere Erkenntnisquelle dieses Gutachtens. Anschließend werden die dargelegten Befunde interpretiert und in Schlussfolgerungen und Empfehlungen für ein deutsches Projekt zur Fehleranalyse übergeführt.

Ziel dieser Darstellung ist die Beschreibung des medialen Bildes des deutschen Kinderschutzes anhand von problematischen Extremfällen, welche sich nach der breiten öffentlichen Diskussion im Fall „Kevin“ im Jahr 2006 ereignet haben. Dabei geht es einerseits um die Wahrnehmung der Häufigkeit von Fällen, die selbst nur als Spitze eines Eisberges zu bezeichnen sind, und andererseits um den Eindruck, welchen die Leser dieser Publikationen, aber auch Politiker und andere Entscheidungsträger von der Qualität der Kinderschutzarbeit aufgrund dieser Datenlage bekommen müssen. Deutlich wird daraus, dass die Probleme Fehlschläge, Fehlhaltungen, aus Fehlern lernen im Kinderschutz proaktiv thematisiert werden müssen, wenn nicht verständlicherweise vor dem Hintergrund dieser stark emotional bewegenden Fälle der staatliche Wächter permanent defensiv reagieren soll. Beachtet werden soll auch die öffentliche Wahrnehmung von Erklärungen bzw. Entschuldigungen.

gungen von öffentlicher Seite bzw. die Darstellung medialer „Rückzugsgefechte“ bis zum Eingestehen von Problemen.

Fast täglich berichten die Medien von Fällen, in denen Kinder verwaorlost aufgefunden, misshandelt und getötet wurden. Genaue statistische Angaben dazu, wie viele Kinder Opfer von Gewalt und Vernachlässigung in ihrer häuslichen Umgebung werden, gibt es nicht. Die Medienberichte geben aber einen Eindruck von der Art und den Folgen der Misshandlung und liefern in vielen Fällen Anhaltspunkte für Fehler der Verantwortlichen.

Nach Erhebungen des Statistischen Bundesamtes kam es im Jahr 2006 in Deutschland in 25.847 Fällen zu einer Inobhutnahme durch das Jugendamt. Dabei war eine Überforderung der Eltern in 10.778 Fällen der Anlass für die Inobhutnahme, in 2.942 Fällen lagen der Maßnahme eine Vernachlässigung und in 2.419 Fällen Anzeichen für eine Misshandlung des Kindes zugrunde.

Einen Anhaltspunkt für die Anzahl der Kinder, die in Deutschland getötet werden, bietet die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS), die im Jahr 2006 157 Fälle von Mord und Totschlag zum Nachteil von Kindern unter 16 Jahren registrierte. Die Zahl der in Deutschland den Strafverfolgungsbehörden bekannten Fälle einer Misshandlung von Kindern ist in der PKS für das Jahr 2006 mit 3.639 Fällen ausgewiesen. In 1.597 Fällen kam es laut PKS im selben Jahr zu Ermittlungen wegen einer Verletzung der Fürsorge- und Erziehungspflicht.

Die Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes weist für das Jahr 2006 433 Fälle von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0–15 Jahren auf, die aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen zu Tode gekommen sind.

Obwohl es schwere und massive Fälle von Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern zu allen Zeiten gab und diese statistischen Angaben für die letzten Jahre keinen Anstieg in diesem Bereich widerspiegeln, greifen die Medien die Thematik in den vergangenen Jahren verstärkt auf. Spektakuläre Fälle wie der Fall „Jessica“ aus Hamburg aus dem Jahr 2005 und der Fall „Kevin“ in Bremen aus dem Jahr 2006 haben zu einer breiten öffentlichen Diskussion über Fehler der Verantwortlichen und über strukturelle Mängel geführt. Diese öffentliche Diskussion und die detaillierte Aufarbeitung der Vorkommnisse, wie sie z. B. im Rahmen des ausführlichen fundierten Untersuchungsberichts der Bremer Bürgerschaft erfolgt ist, kann wichtige Erkenntnisse für den Umgang mit zukünftigen Fällen liefern (und hat schon eine Reihe von Fachbeiträgen und Analysen mit hervorgebracht, die sich auf der Basis dieses Berichts mit der Praxis der Jugendhilfe auseinandersetzen (Emig, 2007; Gehrman et al., 2008; Salgo, 2007)). Außerdem kann sie Aktivitäten dahingehend auslösen, welche Veränderungen vorgenommen werden müssen, damit Fehler zukünftig verhindert werden können. Dabei sollte die Diskussion in den Medien und in der Fachöffentlichkeit auch als Chance begriffen werden, aus den Fehlern, die im Einzelfall gemacht wurden, zu lernen und die Erkenntnisse entsprechend umzusetzen.

Für diese Expertise wurde eine Studie über die in den Medien berichteten Kinderschutzfälle durchgeführt, welche gesondert von der Universität Ulm wissenschaftlich publiziert wird. Hierzu wurde eine umfangreiche Recherche aller mehr oder weniger ausführlich in den

Medien behandelten Fälle durchgeführt, die Aufschluss über die Umstände und Hintergründe des jeweiligen Falles und die Beteiligung von Behörden und Institutionen geben sowie Hinweise auf mögliche Fehler von Verantwortlichen und strukturelle Probleme offenlegen. Durch die Darstellung der Fälle sollte eine Problemübersicht vorgenommen werden, die Ansatzpunkte für einen Prozess des Lernens aus Fehlern zeigen kann.

Um einen Überblick über die Art und Häufigkeit von hochproblematischen Kinderschutzverläufen in Deutschland zu ermöglichen, wurde zunächst eine Internetrecherche mit den Stichworten „Misshandlung“, „Vernachlässigung“, „Verwahrlosung“ und „Kindstötung“ durchgeführt. Die genannten Begriffe wurden in eine Suchmaschine eingegeben. Zusätzlich wurden die Onlinearchive der überregionalen Tageszeitungen „Frankfurter Allgemeine Zeitung“, „Süddeutsche Zeitung“, „Bild“, „Frankfurter Rundschau“, „Die Welt“ sowie der Wochenzeitung „Die Zeit“ und der Wochenmagazine „Der Spiegel“, „Stern“ und „Focus“ mit den genannten Stichworten durchsucht. Zu den hierbei ermittelten Fällen, die sich in den Jahren 2007 und 2008 ereigneten bzw. die in diesem Zeitraum bekannt wurden, wurde jeweils mit individuell auf den jeweiligen Fall bezogenen Stichworten weiterrecherchiert. Hier wurde insbesondere in den Onlinearchiven der Regionalzeitungen der betreffenden Region recherchiert. Zu den Fällen wurden zahlreiche Informationen zum betroffenen Kind, zu den Eltern, zur Art der Misshandlung, zu den Folgen, zur Beteiligung der Behörden, zu den Umständen des Bekanntwerdens und zum Ort des Vorfalls erfasst. Die Daten wurden quantitativ ausgewertet.

Der gewählte Zugang der Internetrecherche kann keine vollständige Erfassung aller in den Medien rezipierten Vorfälle garantieren. Aufgrund des bereits vor der Beauftragung liegenden Untersuchungszeitraumes konnte keine laufende Pressebeobachtung, sondern nur eine retrospektive Analyse der noch verfügbaren Informationen erfolgen. Erhoben werden konnten nur die Fälle, in denen zum Zeitpunkt der Recherche im März und April 2008 Medienberichte im Internet abrufbar waren. Wie bei Presserecherchen generell sind Einschränkungen in Bezug auf die Vollständigkeit und den Realitätsgehalt der Meldungen zu berücksichtigen.

Die Fälle unterscheiden sich erheblich im Umfang der Berichterstattung. Während manche Vorfälle ausführlich dargestellt wurden, fand sich zu anderen Fällen nur eine dreizeilige Meldung.

1.1 Ergebnisse der quantitativen Analyse

Es folgt eine Beschreibung der im Rahmen der Analyse erfassten Fälle. Schlussfolgerungen und Verallgemeinerungen der Ergebnisse sind aufgrund der Wahl des Datenzuganges nur sehr eingeschränkt möglich. Da die Informationen nur die in den Medien dargestellten Aspekte berücksichtigen und wesentliche Berichte evtl. nicht mehr zur Verfügung standen, können keine repräsentativen Schlüsse auf Kinderschutzfälle in Deutschland im Allgemeinen gezogen werden.

Für den Zeitraum vom 1. Januar 2007 bis zum 17. April 2008 wurden insgesamt 133 Kinderschutzfälle erfasst, die mehr oder weniger umfangreich Beachtung in den Medien fanden. Insgesamt waren in diesen Fällen 203 Kinder von Misshandlung, Vernachlässigung oder Gewaltdelikten betroffen.

1.1.1 Geschlecht und Alter der betroffenen Kinder

Die geschädigten Kinder waren zu gleichen Teilen Jungen und Mädchen. In jeweils 88 Fällen waren die betroffenen männlichen und ebenso häufig weiblichen Geschlechts. In 27 Fällen war das Geschlecht des betroffenen Kindes in den Medienberichten nicht angegeben. Die jüngsten betroffenen Kinder waren neugeboren, die ältesten waren 17 Jahre alt. Das Durchschnittsalter lag bei drei Jahren und elf Monaten. Im Median waren die Kinder zwei Jahre alt. In der folgenden Tabelle sind Anzahl und Anteil der Kinder in den jeweiligen Altersgruppen angegeben.

Tabelle 1: Alter der betroffenen Kinder

Altersgruppe	Anzahl	Prozent
Neugeborene	35	18,2
unter einem Jahr	38	19,8
ein Jahr bis zwei Jahre	32	16,7
über zwei bis vier Jahre	22	11,5
über vier bis acht Jahre	33	17,2
über acht Jahre	32	16,7
Gesamt	192*	100,0

* Bei elf Kindern war das Alter nicht zu ermitteln

Opfer wurden Kinder aus allen Altersgruppen. Hinsichtlich der Art der Misshandlung gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

1.1.2 Art der Misshandlung

Die unterschiedlichen Misshandlungs-, Vernachlässigungs- und Verwahrlosungsformen wurden in verschiedenen Kategorien zusammengefasst und in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 2: Art der Misshandlung

Art der Misshandlung	Anzahl	Prozent
Tötung unmittelbar nach der Geburt	34	16,7
Vernachlässigung/Verwahrlosung	82	40,4
Vernachlässigung/Verwahrlosung mit Todesfolge	8	3,9
Misshandlung	30	14,8
Misshandlung mit Todesfolge	18	8,9
gezielte Tötung	31	15,3
Gesamt	203	100,0

Tötung unmittelbar nach der Geburt: In vielen Fällen haben die Frauen die Schwangerschaften vor ihrer Umwelt verheimlicht und das Kind allein und heimlich in der häuslichen Umgebung zur Welt gebracht. Um eine Entdeckung zu verhindern, wurde das Kind z. B. durch Zuhalten der Atemwege, durch Erdrosselung oder durch das Ablegen in einer Plastiktüte getötet. In anderen Fällen wurde das Kind nicht versorgt und starb an Unterkühlung und Nahrungsmangel. Die Leichen der Kinder wurden häufig in der unmittelbaren Umgebung der Mütter aufbewahrt und nur zufällig entdeckt. In anderen Fällen wurden die sterblichen Überreste in Parks, Wäldern, Mülltonnen, Kellern usw. abgelegt.

Verwahrlosung und Vernachlässigung: Die Fälle betrafen Kinder, die in vermüllten Wohnungen bzw. in unhygienischen Verhältnissen lebten, die nicht ausreichend ernährt und versorgt wurden, die auf sich allein gestellt waren oder nur mangelhaft beaufsichtigt wurden.

Misshandlung: Unter dieser Kategorie wurden Fälle des Schüttelns von Säuglingen, von massiven Gewalteinwirkungen auf den Körper – Treten, Schlagen, Beißen, Verbrühen, Quälen und andere Formen von Gewalt – erfasst, die vom Täter nicht mit dem unmittelbaren Ziel der Tötung des Kindes vorgenommen wurden.

Unter der Kategorie „**gezielte Tötung**“ wurden die Fälle erfasst, in denen es dem Täter durch seine Handlung gerade auf den Tod des Kindes ankam. Darunter fallen auch 15 Fälle des sogenannten erweiterten Suizides. Dabei handelt es sich um Fälle, in denen der Täter vor seinem versuchten oder vollendeten Suizid einen oder mehrere seiner Familienangehörigen tötet, ohne dass diese(r) vorher zugestimmt hatte(n).

Nur in zehn Fällen wiesen der Täter oder die Täterin klare Anzeichen von geistiger Verwirrung bzw. einer psychischen Erkrankung auf.

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

1.1.3 Folgen der Misshandlung

In 85 Fällen wurde von keinen offensichtlichen körperlichen oder seelischen Beeinträchtigungen berichtet (41,9%). Hier waren in erster Linie Kinder, die aus vermüllten, nicht kindgerechten Wohnungen befreit wurden, betroffen. Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten oder sonstige Beeinträchtigungen aufgrund der Misshandlung wurden nicht berücksichtigt. Sie wurden in der medialen Darstellung nur sehr vereinzelt beschrieben. In 20 Fällen wurde von teilweise erheblichen Verletzungen der betroffenen Kinder berichtet (9,9%).

91 Kinder (44,8%) sind infolge von Misshandlungen gestorben.

Bei fünf Kindern wurde explizit von körperlichen Mangelerscheinungen berichtet (2,5%), zwei Kinder hatten sonstige Folgen.

1.1.4 Familienverhältnisse

Aus den analysierten Medienberichten wurden Angaben zu den Familienverhältnissen, in denen die betroffenen Kinder zur Tatzeit lebten, ermittelt. In 22 Fällen konnten hierzu keine Angaben erhoben werden. In den übrigen Fällen stellte sich die familiäre Situation, in denen die betroffenen Kinder lebten, wie in der folgenden Tabelle aufgelistet, dar:

Tabelle 3: Familiäre Situation der Kinder in den jeweiligen Fällen

Familiäre Situation	Anzahl	Prozent
zusammenlebende leibliche Eltern	53	47,7
alleinerziehende Mutter	42	37,8
alleinerziehender Vater	2	1,8
Mutter lebt mit neuem Partner	11	9,9
Vater lebt mit neuer Partnerin	1	0,9
Kind lebt bei Verwandten	1	0,9
Kind lebt bei Pflegefamilie	1	0,9
Gesamt	111	100,0

In 69 Fällen fanden sich in den Medienberichten keine Angaben zu Geschwisterkindern. Ob es sich in diesen Fällen um Einzelkinder handelt oder ob die Geschwister nur in den Darstellungen nicht erwähnt wurden, konnte nicht ermittelt werden. In 36 Fällen lebten in der Familie zwei Kinder (37,1%), in 14 Fällen drei Kinder (10,5%), in jeweils fünf Fällen waren vier und fünf Kinder vorhanden (3,8%), in zwei Fällen hatten die Eltern sechs Kinder (1,5%) und in jeweils einem Fall gab es acht und elf Geschwister.

1.1.5 Täter der Misshandlung

Die in den Medienberichten benannten Täter der Misshandlungen sind in der folgenden Tabelle dargestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Begriff Täter nicht im strafrechtlichen Sinne gebraucht wird. Die Bezeichnung sagt nichts über eine Verurteilung aus, sondern benennt den in den Medien dargestellten Urheber der Misshandlung.

Tabelle 4: Täter der Misshandlung

(mutmaßlicher) Täter	Anzahl	Prozent
leibliche Mutter	73	58,4
leiblicher Vater	21	16,8
neue Partnerin des Vaters	1	0,8
neuer Partner der Mutter	14	11,2
Vater und Mutter	14	11,2
sonstige Personen	2	1,6
Gesamt	125*	100,0

*Keine Informationen in 14 Fällen

1.1.6 Alter der Eltern

Die Mütter der Kinder waren im Durchschnitt 28 Jahre alt. Der Median lag bei 27 Jahren. Die jüngste Mutter war 16, die älteste 46 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Väter wurde mit 32 Jahren errechnet. Der Median betrug 29 Jahre. Die Altersspanne bei den Vätern reichte von 18 bis 66 Jahren.

Werden nur diejenigen (Stief-)Elternteile berücksichtigt, die als Urheber der Misshandlungen bekannt wurden, ergibt sich kein Unterschied in den Alterszahlen.

1.1.7 Herkunft der Eltern

Nur in wenigen Fällen wurden in den Medienberichten Informationen zur Herkunft der Eltern gemacht. In fünf Fällen wurde ausdrücklich erwähnt, dass es sich um eine deutsche Mutter handelt. Jeweils einmal wurden Kasachstan, Kongo, Kroatien, Lettland, Marokko, Mazedonien, Polen und Thailand als Herkunftsland der Mutter benannt. In drei Fällen wurde berichtet, dass die Mutter türkischstämmig sei. In 117 Fällen fehlten Angaben zur Herkunft.

Bei zwei Vätern wurde ausdrücklich Deutschland als Herkunftsland angegeben. Jeweils ein Vater stammte aus Afrika, Nigeria, Kasachstan, Kroatien, Marokko, Mazedonien, Serbien, den USA. Zwei Väter stammten aus der Türkei. In allen anderen Fällen fehlten ausdrückliche Angaben in den analysierten Berichten (121).

1.1.8 Beruf und Berufstätigkeit der Eltern

Ebenfalls nur sehr vereinzelt wurde der Beruf der Eltern angegeben. Bei den (Stief-)Müttern wurden als Berufe jeweils einmal benannt: Altenpflegerin, Arbeiterin, Ärztin, Bäuerin, Einzelhandelskauffrau, Kindermädchen, Köchin, Konstrukteurin, Kosmetikerin, Modedesignerin, Polizistin, Schulsekretärin, Soldatin. In zwei Fällen wurde berichtet, dass die Mutter Schülerin sei, in drei Fällen sei die Mutter ungelernt. In 115 Fällen fanden sich bei der Recherche keine Angaben.

In 15 Fällen wurde angegeben, dass die Mutter zum Zeitpunkt des Vorfalls keiner Beschäftigung nachging. Von einer Berufstätigkeit wurde in lediglich vier Fällen berichtet. Zwei

Mütter befanden sich in der Schulausbildung. In den übrigen Fällen (112) konnten keine Informationen über die Berufstätigkeit der Eltern ermittelt werden.

Bei den (Stief-) Vätern wurden als Berufe jeweils einmal Akademiker, Arzt, Außendienstmitarbeiter, Autolackierer, Gelegenheitsarbeiter, Koch und Schweißer, Kraftfahrer, Schlosser und Schuhmacher angegeben. Zwei Väter (beide mutmaßliche Täter) waren Polizisten. In 122 Fällen fehlten entsprechende Angaben.

Bei zehn Vätern wurde berichtet, dass sie keiner Berufstätigkeit nachgehen, acht Väter waren laut Medienberichten berufstätig. In 115 Fällen fehlten entsprechende Angaben.

1.1.9 Psychische Auffälligkeiten des Täters und Suchtmittelmissbrauch

Die Medienberichte wurden danach durchgesehen, ob sich Hinweise auf psychische Auffälligkeiten finden lassen. In 16 Fällen gab es entsprechende Informationen in den Veröffentlichungen. Bei sechs Personen wurde berichtet, dass sie sich wegen dieser Auffälligkeiten in Behandlung befinden.

Informationen zu einem Suchtmittelmissbrauch waren in 17 Fällen vorhanden.

1.2 Zusammenfassung

Aus den analysierten Fällen und den in den Berichten enthaltenen Hinweisen auf Vorwürfe und Versäumnisse gegenüber den Behörden lassen sich die im Folgenden aufgelisteten möglichen Fehler und Fehlerquellen ermitteln. Voranstellend soll noch einmal betont werden, dass sich aus den Medienberichten lediglich Anhaltspunkte für Fehler ermitteln lassen, die generell im konkreten Fall in Betracht kommen. Ob den Behörden im Einzelfall wirklich ein konkretes Fehlverhalten vorzuwerfen ist, könnte nur im Wege einer ausführlichen Analyse anhand aller verfügbaren Informationsquellen (Behördenakten, Zeugenaussagen etc.) ermittelt werden.

- **Informationsquellen** zur Überprüfung von Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung werden evtl. nur **unvollständig oder oberflächlich** genutzt (z. B. Erkundigungen in der Schule statt Hausbesuch, fehlende Befragung von Nachbarn).
- **Organisatorische Schwierigkeiten** behindern einen rechtzeitigen Beginn der für notwendig erachteten Hilfen (z. B. terminliche Schwierigkeiten, Probleme bei der Beschaffung einer geeigneten Wohnung).
- Die **Behörden bleiben untätig, weil die Eltern keine Hilfe angefordert haben**, obwohl ihnen dies jederzeit möglich gewesen wäre. Hier wird die Verantwortung für das Nicht-handeln der Behörde den Eltern zugewiesen.
- Das **Jugendamt erkennt einen Hilfebedarf, überlässt die Entscheidung, ob die Hilfe angenommen wird, aber den Eltern** und lässt sich hinhalten. Eine ablehnende Haltung der Eltern wird zu lange akzeptiert.

- | Die **Vorgeschichte der Eltern oder Lebenspartner wird nicht ausreichend beachtet.**
- | Maßnahmen finden zu **unregelmäßig** statt.
- | Das **Kind wird nicht gesehen** oder nicht sorgfältig genug in Augenschein genommen.
- | Ein **positiver Momentaneindruck** von Eltern und Kind führt trotz einschlägiger Vorgeschichte zu nachlassender Kontrolle.
- | Von Kontrollmaßnahmen wird abgesehen, weil die Integrität der Familie höher bewertet wird, obwohl entsprechende Probleme aus der Vergangenheit bekannt sind.
- | Eine **Bewertung von Hinweisgebenden** wird ohne Überprüfung übernommen oder nicht übernommen, auch wenn eine andere Bewertung möglich erscheint.
- | Bei Informationen über eine saubere und unauffällige Erscheinung des Kindes in der Schule oder im Kindergarten wird auf einen Hausbesuch verzichtet, obwohl Hinweise auf Vernachlässigung vorliegen.
- | **Wirtschaftliche Probleme und Schwierigkeiten** werden nicht mit der Frage des Kindeswohls in Verbindung gebracht, mögliche Auswirkungen auf die Kinder werden nicht geprüft.
- | Bei **Wohnortswechseln** arbeiten Jugendämter nicht schnell und gut genug zusammen. Es entsteht eine „Aufmerksamkeitslücke“, wenn die Zuständigkeiten noch nicht eindeutig sind (z. B. wenn der Zeitpunkt eines Umzugs unklar ist). Ein Entzug aus dem Zugriff eines Jugendamtes führt zur Bewertung eines neuerlichen Vorfalls als „Erstfall“ beim neu zuständigen Jugendamt.
- | **Erklärungen der Eltern für die Ursache von Verletzungen wird zu leicht Glauben geschenkt.**
- | Bei gewalttätigen oder -verdächtigen Eltern wird fälschlicherweise davon ausgegangen, dass **Besuche in hoher Frequenz die Gefahr für das Kind bannen können.**
- | Die Situation wird aufgrund fehlender ausführlicher Gespräche mit den Eltern verkannt. Eigene Hilferufe der Eltern werden so gewertet, dass sie sich noch um ihre Kinder sorgen und die Hilfe zwar nötig, aber nicht dringlich ist.
- | Hilfeleistungen werden davon abhängig gemacht, ob die Eltern Hilfe anfordern, ohne dass sich die Behörde von der neuen Situation ein eigenes Bild verschafft, nur weil es in der Vergangenheit gut funktioniert hat.
- | Sehr **häufige Besuche** von Mitarbeitern führen dazu, dass das Gefühl entsteht, **alles im Griff** zu haben, und dass das Kind nicht mehr so genau angesehen wird.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

- | Die **Wirksamkeit einmal installierter Hilfen wird nicht oder nur** in zu großen Abständen **überprüft**.
- | Aussagen von Eltern, bei denen ein akuter Hilfebedarf festgestellt wird, sie würden demnächst Unterstützung von ihrer Familie oder von Freunden erhalten, wird bereitwillig geglaubt, insbesondere wenn die Hilferufe zunächst von den Eltern selbst ausgingen.
- | Vermitteln die Eltern einen **kooperativen Eindruck**, wird dies überbewertet und führt zu einem Nachlassen der Aufmerksamkeit und der Kontrollen.
- | **Vorstrafen und Vorgeschichte von Eltern** oder Lebensgefährten bleiben unbekannt und werden nicht berücksichtigt – die Vernetzung zur Polizei und zu anderen Stellen ist unzureichend.
- | **Informationen verschiedener Mitarbeiter werden nicht vernetzt** und daher bei Entscheidungen einzeln bewertet und nicht verknüpft.
- | Bei **beendeten Maßnahmen** wird **nicht überprüft**, ob die Eltern tatsächlich auch langfristig ohne Hilfe auskommen.
- | Ermittlungen beschränken sich auf den Zustand des Haushalts, der dann für Rückschlüsse auf das Kindeswohl herangezogen wird – **Kinder werden nicht oder nur oberflächlich angesehen**.
- | **Meist männliche Lebensgefährten bleiben unbeachtet**.
- | **Mangelhafte Dokumentation**
- | **Fehlende Wiedervorlagen**
- | Bewertung der Gefahr wird dem Melder überlassen.
- | Der Begriff „Kindeswohlgefährdung“ wird als Eingangsschwelle für ein Handeln nach vorgeschriebenen Maximen verstanden. Unterhalb dieser Schwelle wird das Handeln von subjektiven Vorgehensweisen und Entscheidungen bestimmt.
- | An einer **einmal getroffenen Bewertung wird festgehalten** (z. B. dass die unhygienischen Zustände der Wohnung keine Kindeswohlgefährdung seien), ohne dass die weitere Entwicklung überprüft wird.
- | **Fehlbewertung der Ernsthaftigkeit und Gefährlichkeit** der psychischen Erkrankung eines Elternteils
- | **Fehlbewertung von Hinweisen** und Notrufen ohne genaue Überprüfung
- | **Ungeeignete Maßnahmen** (grobmaschige Betreuung bei akuten Gefahren für Kleinkind)

- | **Vertrauen auf Selbstregulation** in einer Familie, die immer selbst Hilfe geholt hat, ohne mit dem nunmehr betroffenen Familienmitglied zu sprechen.
- | **Neue Aspekte** (z. B. die Geburt eines weiteren Kindes) führen nicht zu einer Überprüfung und Bewertung des Hilfebedarfes aufgrund der veränderten Umstände – Beurteilung stützt sich weiterhin auf vormalig festgestellte Kriterien.
- | **Personalmangel und Überlastung** führen zu Unterlassen dringend erforderlicher Hausbesuche.
- | Eigene Erklärungen für geschilderte Umstände dienen ohne gesonderte Recherche als Grundlagen für Entscheidungen.
- | **Häufigkeit der Besuche wird mit Sicherheit verwechselt, die Effizienz der Maßnahmen wird nicht überprüft.**
- | Fehlbewertungen der Gewichtigkeit der Probleme der Eltern, Scheu davor überzureagieren.

Für eine sorgfältige Fehleranalyse, die ein Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen ermöglicht, ist eine genaue Analyse aller Umstände eines Falles erforderlich, die anhand einer Analyse von Medienberichten selbstredend nicht geleistet werden kann. Die aus den Medienberichten ermittelten Anhaltspunkte für Fehleinschätzungen, Unterlassungen, Verzögerungen, fehlende Vernetzung und Zusammenarbeit und andere Ursachen für Fehlschläge, die auf Ermittlungsergebnissen, Vermutungen, Vorwürfen, Vorurteilen, Beschuldigungen oder voreiligen Stellungnahmen beruhen, können dennoch als Ausgangsbasis für weitergehende Überlegungen dahingehend dienen, wie die in anderen risikoreichen und gefahrträchtigen Bereichen schon vielfach etablierten Fehlermanagementsysteme auch im Kinderschutz angewendet werden können, um ein Lernen aus diesen problematischen Kinderschutzverläufen zu ermöglichen und zu einer Vermeidung dieser Problemsituationen in der Zukunft beizutragen.

II.

Darstellung der Methodik der Fehleranalyse in anderen Anwendungsbereichen (z. B. Luft- und Raumfahrt, Medizin)

2.1 Einleitung

Systematische Fehleranalyse ist vor allem in risikoreichen Industriezweigen, z. B. in der Raumfahrtindustrie, in der kommerziellen Luft- und Seefahrt, in der Energiebranche, insbesondere in der Atomindustrie, ein Standard, der dazu führt, dass in der systematischen Aufarbeitung von kritischen Ereignissen und tatsächlichen Fehlern Hinweise auf **Sicherheitslücken im Gesamtsystem** erkannt werden.

Bereits in den vierziger Jahren des letzten Jahrhunderts, während des Zweiten Weltkrieges, entstand in der amerikanischen Luftwaffe die Idee, Zwischenfälle („incidents“) zu nutzen, um zukünftige Unfälle bzw. zukünftiges Scheitern von Missionen zu vermeiden. Aufgrund der damals durchgeführten Studien wurde die Basis für eine Reihe von Empfehlungen geschaffen, die zu wichtigen Veränderungen innerhalb der Air Force führte. Seitdem sanken die Unfallzahlen deutlich (Flanagan, 1954). Als im Jahre 1974 ein amerikanisches Flugzeug bei dem Anflug auf den Flughafen Washington-National abstürzte, stellte sich bei den nachfolgenden Untersuchungen heraus, dass sechs Wochen zuvor bereits ein Flugzeug einer anderen Airline einen Unfall an derselben Stelle knapp vermieden hatte. Daraufhin forderte der amerikanische Kongress die Federal Aviation Administration (FAA, amerikanische Bundesluftfahrtbehörde) auf, ein System zu schaffen, um alle Arten von Zwischenfällen zu sammeln und zu analysieren sowie wichtige Informationen an alle Teile der Luftfahrt weiterzuleiten. Es entstand das Aviation Safety Reporting System (ASRS, Luftfahrtsicherheitsberichtssystem), welches 1976 von der NASA eingeführt wurde. Seitdem wurden inzwischen ca. 474.000 Zwischenfälle gemeldet (EUCARE, 1999).

Auch in anderen Staaten wie Großbritannien, Kanada, Australien, Neuseeland, Südafrika und Russland wurden eigene Berichtssysteme für die Luftfahrt eingeführt (EUCARE, 1999).

Aber nicht nur in der Luft- und Raumfahrt wurden Berichtssysteme eingeführt. Auch in der Industrie, insbesondere innerhalb von heiklen Industriebetrieben, wurde das Erfassen von Beinahe-Zwischenfällen eingeführt. In der Kernkrafttechnologie, der petrochemischen Herstellung, der Produktion von Stahl und auch innerhalb des Militärs wurden Methoden entwickelt, mit Fehlern nicht nur reaktiv umzugehen, sondern auch proaktiv (Huber/ Urbinelli, www.sulm.ch/PDF/CIRS-Funktion_Systematik.pdf, letzter Aufruf am 18.3.2008).

2.2 Definitionen

Eine Fehleranalyse dient dazu, Werkzeuge zu entwickeln, um mit unsicheren Handlungen von Menschen zurechtzukommen. Sie besteht aus zwei Komponenten: dem Verringern des Auftretens gefährlicher Fehler und – da Fehler nie gänzlich ausgeschlossen werden können – der Schaffung von Systemen, die besser mit dem Auftreten von Fehlern umgehen und deren schädigende Effekte vermindern können (Reason, 2000). Aufgetretene Fehler werden auf ihre Ursachen und Auswirkungen hin untersucht, um aus ihnen dahingehend zu lernen, wie zukünftig solche Fehler vermieden werden können und die Sicherheit verbessert werden kann.

Um im Folgenden die Methodik der generellen Fehleranalyse darstellen zu können, ist es zunächst erforderlich, die entsprechende Terminologie zu klären.

I „Zwischenfall“

Unter Zwischenfall wird ein Ereignis verstanden, das unter leicht veränderten Bedingungen zu einem tatsächlichen Unfall hätte führen können (Barach & Small, 2000).

I „Unerwünschtes Ereignis“

Ein unerwünschtes Ereignis ist ein Vorkommnis, das möglicherweise, aber nicht zwangsläufig zu einem konsekutiven Schaden führt (Gesundheit und Gesellschaft Spezial 10/2005, S. 2).

I „Aktive Fehler“

Aktive Fehler treten auf der Ebene des einzelnen Mitarbeiters auf (Gesundheit und Gesellschaft Spezial 10/2005, S. 2).

I „Beinahe-Fehler“

Ein Beinahe-Fehler ist ein Fehler, bei dem das Abweichverhalten rechtzeitig erkannt und so ein tatsächlicher Fehler vermieden wird (Gesundheit und Gesellschaft Spezial 10/2005, S. 2).

I „Risiken“

Risiken werden definiert als Faktoren, welche die Fehlermöglichkeit erhöhen und äußere Einflüsse einschließen.

I „Latente Risiken“

Latente Risiken sind Aspekte im System, welche das Entstehen eines Fehlers ermöglichen (Helmreich, 2000).

I „Krise“

Der Begriff „Krise“ bezeichnet eine problematische, mit einem Wendepunkt verknüpfte Entscheidungssituation. Charakteristisch für eine Krise sind eine dringende Notwendigkeit von Handlungsentscheidungen, ein durch die Entscheidungsträger wahrgenommenes Gefühl der Bedrohung, ein Anstieg an Unsicherheit, Dringlichkeit und Zeitdruck sowie das Gefühl, das Ergebnis sei von prägendem Einfluss auf die Zukunft. Außerdem haben es die Entscheidungsträger oft mit unvollständiger oder verfälschter Information zu tun (Gredler, 1992). Krisen bergen aber gleichzeitig auch die Chance zur (aktiv zu suchenden qualitativen) Verbesserung (Schubert & Klein, 2006).

I „Krisenmanagement“

Unter Krisenmanagement versteht man den systematischen Umgang mit Krisensituationen. Dies beinhaltet die Identifikation und Analyse von Krisensituationen, die Entwicklung von Strategien zur Bewältigung einer Krise sowie die Einleitung und Verfolgung von Gegenmaßnahmen. Auch die Krisenprävention durch Frühaufklärung, Früherkennung und Frühwarnung fällt in den Bereich des Krisenmanagements (Romeike, <http://www.risknet.de/Krisenmanagement.108.0.html>, letzter Aufruf am 15.4.2008).

2.3 Risikomanagement/Fehlermanagement

2.3.1 Risikomanagement

Unter Risikomanagement versteht man eine Prozessanalyse mit dem Ziel, Risikosituationen mit möglichen rechtlichen Konsequenzen aufzudecken, bzw. eine Managementmethode, die das Ziel hat, in einer systematischen Form Fehler und ihre Folgen zu erkennen, zu analysieren und zu vermeiden (Gesundheit und Gesellschaft Spezial 10/2005, S. 2). Risikomanagement basiert auf einem Verständnis von Natur und Ausdehnung von Fehlern, der Änderung von Bedingungen, unter denen sich Fehler ereignen, der Bestimmung des Verhaltens, das Fehler verhindert oder vermindert, sowie auf der Schulung von Mitarbeitern im Umgang mit Fehlern (Helmreich, 2000). Risikomanagement dient der Fehlerrückführung durch Fehlervorbeugung. Als solches ist das Risikomanagement ein Teil des Qualitätsmanagements (Hart & Becker-Schwarze, 2005; Ulsenheimer, 2003). Risikomanagement setzt bei den Fehlerquellen an, um daraus zu lernen und für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Dies ist ein dynamischer, sich stetig wiederholender Prozess, der institutionell durch die Einsetzung eines „Risk-Managers“ abgesichert werden muss, damit die Umsetzung der diskutierten Vorschläge, Empfehlungen und zwingend erforderlichen Maßnahmen tatsächlich erfolgt (Ulsenheimer, 2003). Auf der ersten Stufe des Risikomanagements steht die Sammlung von Informationen über Fehler. Je detaillierter die Informationsbasis des Risikomanagements ist, desto besser können sich Fehler- und Risikovermeidungsstrategien entwickeln (Hart/Becker-Schwarze, 2005).

2.3.2 Fehlermanagement

„To err is human“ – Irren ist menschlich, war der Titel eines viel beachteten Reports des US-amerikanischen Institute of Medicine (IOM) im November 1999, der sich mit medizinischen Fehlern befasste.

Auch in der zivilen Luftfahrt fand man heraus, dass 70% der Fehler, die sich hier ereignen, auf menschliches Versagen zurückzuführen sind (Helmreich, 2000). Fehler lassen sich nicht gänzlich vermeiden, daher ist der Schlüssel zur Sicherheit ein effektives Fehlermanagement (Helmreich, 2000). Effektives Fehlermanagement besteht aus der gezielten Risikoidentifikation sowie dem nachfolgenden Prozess der Bewertung, Bewältigung und Risikoüberwachung (Buchmann, 2004; Hohenstein, 2007). Für die Risikoidentifikation und damit für ein effektives Fehlermanagement ist entscheidend, welche Fehlerkultur es gibt, d. h. wie in der Organisation bzw. dem Unternehmen mit Fehlern umgegangen wird. Dies hängt insbesondere davon ab, welcher Fehlertheorie gefolgt wird.

2.3.3 Fehlertheorien

a) Personeller Ansatz

Traditionell liegt der Fokus bei der Fehleridentifikation auf den Fehlern und Verfahrensverletzungen der Mitarbeiter am „scharfen Ende“, also bei den unmittelbar ausführenden Personen. Nach diesem personellen Ansatz sind die Gründe für Fehler in irrigen mentalen Prozessen wie Vergesslichkeit, Motivationslosigkeit, Unaufmerksamkeit und mangelnder Sorgfalt zu suchen. Daher zielen Gegenmaßnahmen unmittelbar darauf ab, das menschliche Verhalten zu ändern. Fehler werden als moralische Angelegenheit behandelt (Reason, 2000).

b) Systemischer Ansatz

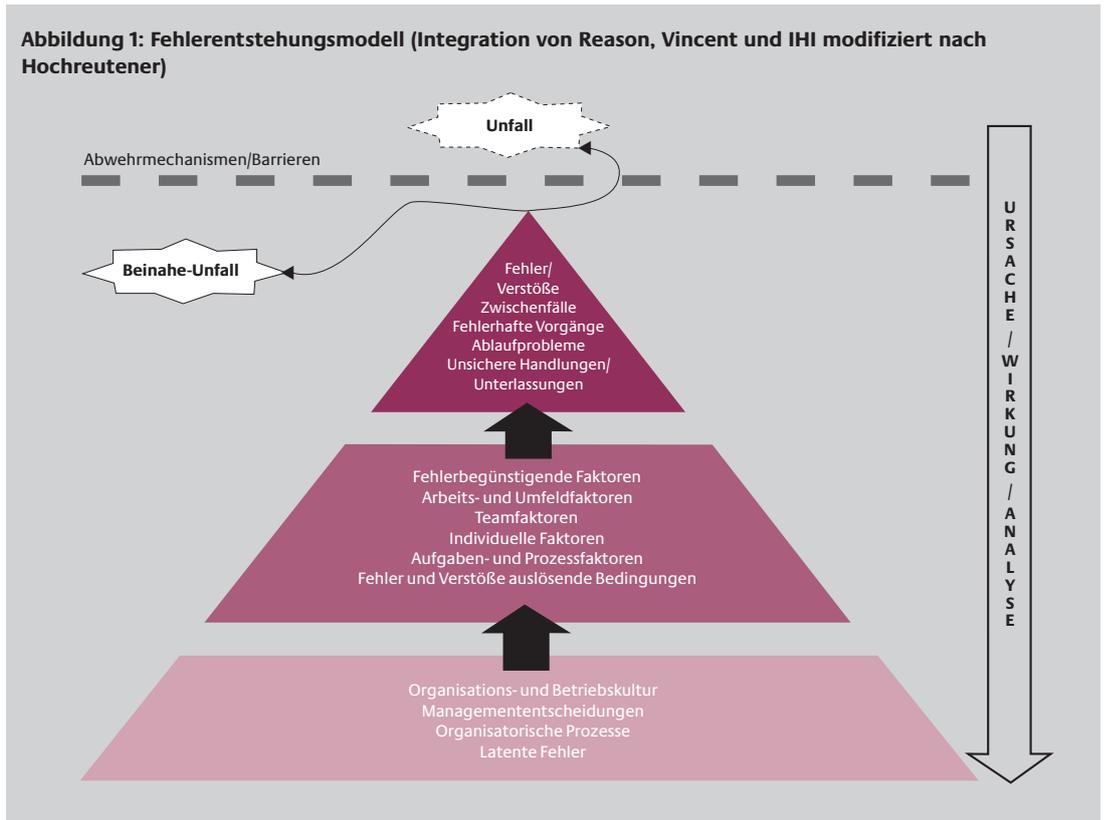
Allerdings wurden im Bereich der Luftfahrt etwa 90% der menschlichen Fehler als schuldlos bewertet (Reason, 2000). G. Richardson, die sich bereits 1985 mit der Sicherheit in der Luftfahrt beschäftigte, formulierte, dass Fehler aufgrund menschlichen Versagens das Ergebnis und nicht die Ursache seien (Richardson, 1985). Die tatsächliche Ursache finde man z. B. in der Luftfahrt in allen Umständen, die die Urteilsfähigkeit eines Piloten und seine Handlungsfähigkeit beeinträchtigt haben.

Daher geht der systemische Ansatz davon aus, dass Fehler, die selbst in den besten Organisationen zu erwarten sind, eher die Folgen als die Ursachen sind. Der Ursprung hierfür ist in dem System des Unternehmens bzw. der Organisation zu suchen (Reason, 2000).

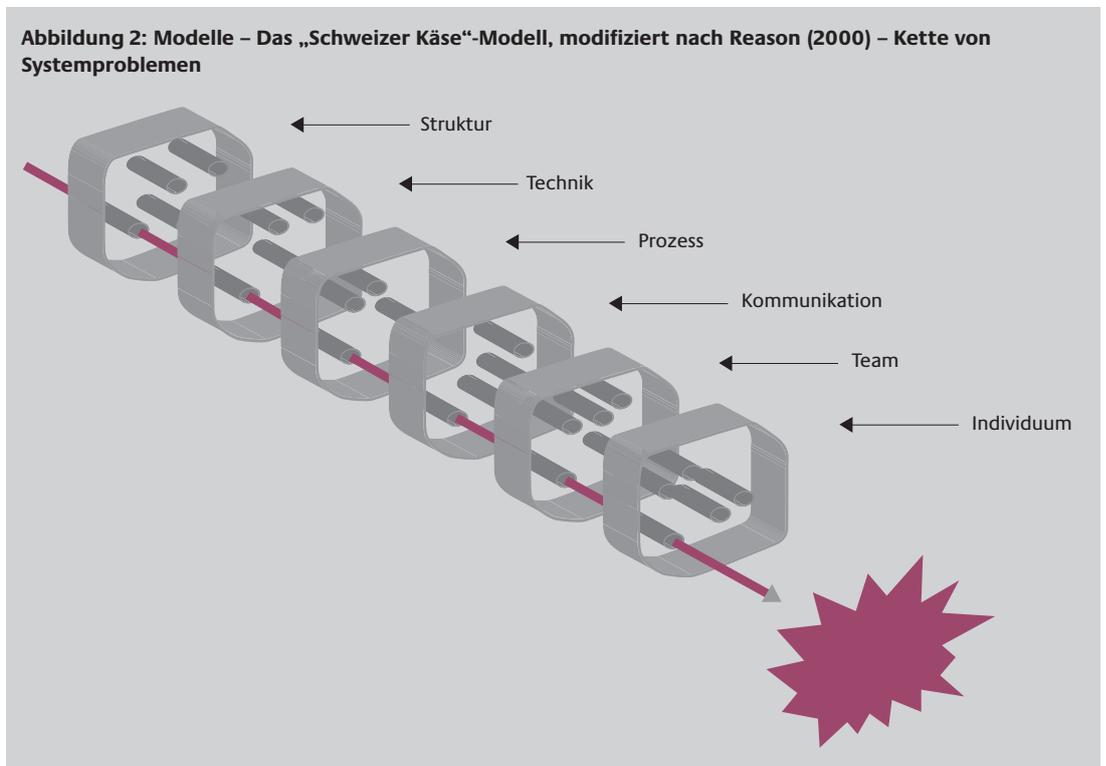
Gegenmaßnahmen fußen somit auf der Annahme, dass zwar nicht die menschlichen Konditionen geändert werden können, jedoch die Bedingungen, unter denen Menschen arbeiten. Bei einem Unfall stellt sich die Frage, wie und warum die Sicherheitsbarrieren des Systems versagt haben (Reason, 2000). Betrachtet man nur die menschlichen Ursprünge eines Fehlers, isoliert man den Fehler von seinem Kontext im System. Fehler sind nicht das Monopol einiger „Unglücklicher“, sondern können auch den Besten passieren (Reason, 2000). Außerdem geschehen Fehler oft in wiederkehrenden Mustern (Reason, 2000).

2.3.4 Fehlerentstehung

In der Regel gibt es in jedem System Sicherheitsbarrieren und Hürden, um Unfälle zu verhindern. Diese Barrieren können verschiedene Formen annehmen, so etwa physische (z. B. Zäune), natürliche (z. B. Entfernungen), menschliche Handlungen (z. B. Überprüfungen) und verwaltungstechnische Kontrollen (z. B. Training). Erst wenn diese Grenzen ebenfalls versagen, kann es zu einem Unfall kommen. Reason (1994) und Vincent et al. (1998) haben ein dynamisches Modell der fehlerbegünstigten Faktoren und beitragenden Faktoren, von unsicheren Handlungen, Unterlassungen, Fallmanagement, Problemereignissen und fehlerhaften Vorgängen entwickelt. An der Spitze dieser Fehlerpyramide steht dann das fehlerhafte Ereignis. Liegen die verschiedenen Schwachstellen nicht auf einer Ebene, kommt es zu einem sogenannten „Near Miss“ (Beinahe-Unfall), der letztendlich gerade noch rechtzeitig durch Schutzmechanismen, Barrieren und korrigierende Intervention abgewendet wurde. Dies wird in der nachfolgenden Grafik veranschaulicht:



Damit es zu einem Unfall kommt, müssen an vielen Stellen Lücken vorhanden sein, die sich in dem entscheidenden Moment so aufreihen, dass sie durchlässig für Fehler sind (Reason, 2000).



Als Analysemethoden nennen Reason und Vincent die Root Cause Analysis oder die Error and Risk-Analysis (ERA), welche quasi vom Ereignis ausgehend die beitragenden Bedingungen bis hin zur Organisationsstruktur und Fragen der Haltung, Einstellung im gesamten Betrieb zurückverfolgt (vgl. Abb. 6 Herald of Free Enterprise).

Die Unfallsequenz nimmt ihren Anfang somit in organisatorischen Prozessen (Entscheidungen bezüglich Planung, Design, Kommunikation, Regulation) und wird über verschiedene organisatorische Wege an den Arbeitsplatz übermittelt. Dort schaffen die latenten Fehler die lokalen Voraussetzungen für Fehler und Vorschriftenverletzungen. Latente Fehler werden also von Personen verursacht, die zeitlich und räumlich vom Risiko entfernt sind (Stock, 1999).

2.3.5 Organisationen/Unternehmen mit hoher Betriebssicherheit

In Organisationen, die unter besonders gefährlichen Bedingungen weniger Unfälle haben als andere Unternehmen, etwa nukleare Flugzeugträger, Flugverkehr-Kontroll-Systeme und Kernkraftwerke, ist anerkannt, dass die menschliche Fähigkeit, sich auf wechselnde Situationen und Ereignisse einzustellen, eine der bedeutendsten Sicherheiten darstellt (Reason, 2000). Zuverlässigkeit ist „ein dynamisches Nicht-Ereignis“ (Weick, 1987). Die Dynamik liegt darin, dass Sicherheit durch pünktliches menschliches Zutun gewährt wird. Es ist zudem ein Nicht-Ereignis, da erfolgreiche Fehlervermeidungen selten Aufmerksamkeit erhalten (Reason, 2000). Diese Organisationen können sich den lokalen Umständen entsprechend anpassen. Während der Routinarbeiten werden sie in der konventionellen hierarchischen Weise gesteuert. Aber in Zeiten hohen Zeitdrucks oder in Notfällen wechselt die Kontrolle zu den Experten vor Ort. Eines der wichtigsten Merkmale ist, dass diese Organisationen Fehler erwarten und alles tun, um ihre Mitarbeiter im Erkennen und im Umgang mit diesen zu schulen. Sie analysieren kontinuierlich ähnliche Fehler und versuchen, ihr System dementsprechend zu reformieren (Reason, 2000). Außerdem ist für sie wichtig, aus Fehlern zu lernen. Hierzu gehören insbesondere Berichtssysteme, die sich mit den Zwischenfällen und Beinahe-Unfällen auseinandersetzen und diese analysieren (Gaba, 2000).

Zwischenfazit:

Prinzipiell kann vor dem Erfahrungshintergrund in der Industrie schon einmal die Eingangsfrage positiv beantwortet werden. „Ja“, es ist möglich, aus eigenen Fehlern und Fehlern anderer zu lernen, und zwar immer dann, wenn nicht primär die Schuldfrage eines Einzelnen im Vordergrund steht, sondern wenn das Prinzip verstanden wird, welches zu dem fatalen Irrtum oder Fehler geführt hat. Im Gegensatz dazu wird in den Medien häufig nur im Wege eines prinzipiell strafrechtlichen Zugangs nach einem Schuldigen gesucht, der im Sinne der Abstrafung eines Sündenbocks fungieren soll. Es ist leichter, mit dem Finger auf eine Person zu zeigen, als unangenehme Fragen über die latenten Fehler zu stellen, welche die Handlungen der einen Person erlaubt haben (Gaba, 2000).

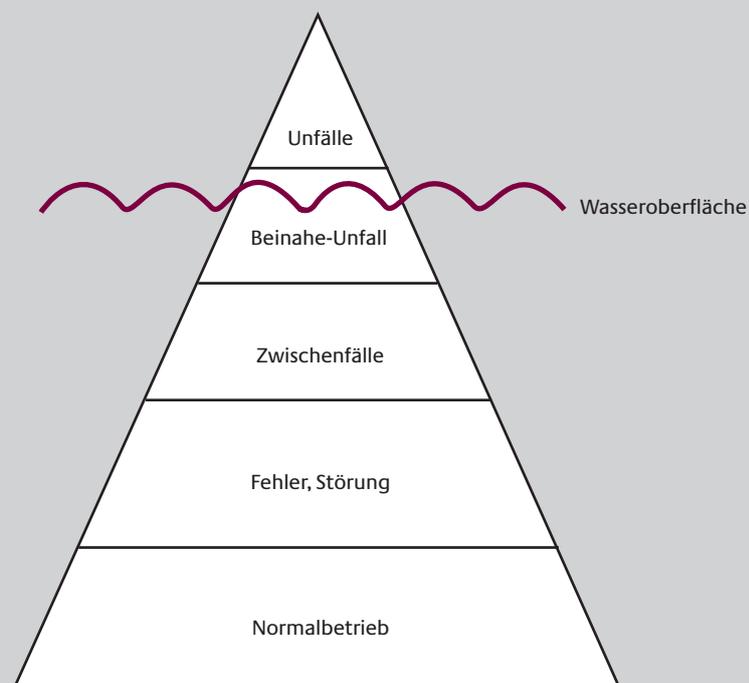
Um aus Fehlern zu lernen, muss akzeptiert werden, dass Irren menschlich ist und deshalb das Versagen einzelner Menschen in bestimmten Situationen nie ganz zu vermeiden sein wird. Konzentriert man sich dagegen nur auf diese persönlichen Faktoren beim letztthandelnden Schadensverursacher und wird dem Team erlaubt, so weiterzumachen wie bisher, werden die Prozesse, Strukturen und auch sonstigen Ergebnisse nicht infrage gestellt. Fehleranalyse ist primär eine **Qualitätsfrage** und adressiert deshalb Fragen der **Strukturqualität**, der **Prozessqualität** und der **Ergebnisqualität**. Häufig setzt nach schwierigen Ereignis-

sen eine Distanzierung und Entsolidarisierung ein, die zu folgender Haltung führt: „Bei uns könnte so etwas nicht passieren.“ Tatsächlich ist ein Lernen aus Fehlern aber nur möglich, wenn man sich den gefahrgeneigten Charakter menschlichen Handelns in der Hightech-Industrie, in der Medizin oder auch in der Jugendhilfe ständig vor Augen hält und sich die Frage stellt, **ob es im eigenen Bereich Mechanismen gibt, die den gleichen Fehler eines Einzelnen verhindert hätten.**

2.4 Critical Incident Reports – Berichterstattungen

Bereits H. W. Heinrich (1931), ein amerikanischer Ingenieur, fand heraus, dass einem Unfall mit gravierenden Schäden grundsätzlich eine Reihe von Zwischenfällen jeglicher Art vorausgehen, die lediglich zu leichten oder gar keinen Verletzungen/Schäden führen. Heinrich, der für ein Versicherungsunternehmen tätig war, untersuchte Möglichkeiten, die Anzahl von Schadensfällen zu verringern. Zu diesem Zweck untersuchte er Unfallberichte von Unternehmen. Seine Ergebnisse veröffentlichte er in dem Buch „Industrial accident prevention“ (Verhinderung von Unfällen in der Industrie). Darin präsentierte er ein Konzept, welches als „Heinrich ratio“ bekannt wurde. Dieses Konzept beruht auf der Beobachtung, dass Arbeitsunfällen mit schweren Verletzungen oder Todesfolgen häufig ähnliche Unfälle vorangehen, welche oftmals nur durch Zufall nicht in einem Schaden resultieren. Seine systematische Analyse von mehr als 50.000 Arbeitsunfällen, wie sie in Unternehmensberichten aus den 1920er-Jahren geschildert wurden, ergab, dass durchschnittlich einem Unfall mit einer schweren Verletzungsfolge 29 Unfälle mit leichteren und 300 Unfälle ohne Verletzungen vorangingen (Taxis et al., 2005). Diese Theorie kann in einer Pyramide bzw. einem Eisberg veranschaulicht werden.

Abbildung 3: Das Eisberg-Modell, Grafik modifiziert nach Taylor-Adams & Vincent, The London Protocol, 2004.



In allen anderen Fällen wurde ein katastrophaler Ausgang aufgrund der vorhandenen Barrieren verhindert. In diesen Fällen spricht man von einem „Near Miss“, einem Beinahe-Unfall (vgl. 2.3.4). Ob es zu einem Unfall oder lediglich zu einem Beinahe-Unfall kommt, hängt von individuellen, technischen und organisatorischen Faktoren ab (Barach & Small, 2000). Folglich verursachen dieselben Muster von Fehlerursachen und ihrer Zusammenhänge sowohl Unfälle als auch Beinahe-Unfälle (Barach & Small, 2000). Lediglich das Vorhandensein oder die Abwesenheit von Abwehrmechanismen entscheidet über den tatsächlichen Ausgang. Daher kann es für die Verbesserung der Sicherheit wertvoller sein, sich auf die Daten von Beinahe-Unfällen zu konzentrieren, als auf die Daten eines einzigen Unfalls. Auf diesem Gedanken beruhen freiwillige Berichtssysteme, in deren Rahmen die Mitarbeiter einer Organisation bzw. eines Unternehmens Zwischenfälle und Beinahe-Unfälle melden können. Je mehr Informationen man über die kleineren Vorfälle an der Basis des Eisberg-Modells hat, desto besser können prophylaktische Maßnahmen zur Unfallvermeidung abgeleitet werden (Staender, 2001). Dieses sogenannte „Critical Incident Reporting“ ist neben der klassischen Komplikationskonferenz in der Medizin (hierbei handelt es sich um eine Maßnahme der Qualitätssicherung, wobei eine Besprechung von Ärzten und Mitarbeitern eines Krankenhauses hinsichtlich auftretender Schwierigkeiten erfolgt) und einer Reihe anderer Untersuchungstechniken ein zentrales Instrument der Fehleranalyse, um Mängeln in den verschiedensten Prozessen auf die Spur zu kommen (Staender, 2001). Neben einem solchen Berichterstattungssystem wurden in der Industrie weitere Methoden der Fehleranalyse (Detektionsmethoden) entwickelt, wie etwa die retrospektive Analyse (Aktstudium), Ermittlungsberichte (insbesondere bei tragischen Großereignissen), die systematische Analyse mehrerer großer Ereignisse sowie die prospektive Analyse im Sinne eines Risk Assessments im Verlauf.

Aus den Erfahrungen der Fehleranalyse in der Industrie ist das Berichterstattungssystem des „Critical Incident Reporting“ (Meldung von Zwischenfällen) entstanden, eine Methode, die sich besonders bewährt hat. Sie wird daher im Folgenden eingehender dargestellt.

Ziel der Berichterstattung ist die gründliche Untersuchung und Analyse eines Ereignisses, um für die Zukunft aus Fehlern zu lernen und somit die Sicherheit in einem Unternehmen stetig zu verbessern. Wenn auch einige Berichtssysteme ausdrücklich nur die Meldung von Beinahe-Unfällen und nicht von tatsächlichen Unfällen verlangen, ist es nach Auffassung von Hart und Becker-Schwarze müßig, in dem Berichterstattungssystem zwischen Beinahe-Fehler und Fehler zu differenzieren (Hart & Becker-Schwarze, 2007). Der Grund liegt in der Zielsetzung des Risikomanagements, die nicht in der Fehlerverfolgung, sondern im Erkennen von Risikosituationen besteht. Auf das Erkennen von Risikosituationen kommt es insbesondere deshalb an, weil sie häufig die Vorstufe von Fehlern sind (Hart & Becker-Schwarze, 2007). Andererseits muss das Berichtssystem nicht auf negative Ereignisse beschränkt werden. Begreift man Zwischenfälle als unerwartete, aus der Routine herausragende Ereignisse, so gilt dies auch in der positiven Form. Auch positive Ereignisse können sicherheitsrelevant sein, wobei man aus guten Fehlern unter Umständen sogar noch besser lernt. Daher sollten Berichtssysteme auch die positiven Ereignisse erfassen und ihr Zustandekommen und ihre Replizierbarkeit systematisch analysieren (Rall et al., 2006).

Es werden nach Hart & Becker-Schwarze (2005) folgende Varianten der Berichterstattung unterschieden:

- freiwillige ./ verpflichtende Systeme
- offene (interne) ./ geschlossene (externe) Systeme
- allgemeine ./ spezielle Berichtsbereiche

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Bei freiwilligen Berichtssystemen handelt es sich um Systeme, in denen es den Mitarbeitern selbst überlassen bleibt, Meldungen zu erstatten oder nicht. Dagegen gibt es etwa in der Luftfahrt oder in der Kernkraft auch gesetzliche Regelungen, wonach Mitarbeiter unter gewissen Umständen verpflichtet sind, über Zwischenfälle oder Unfälle zu berichten (vgl. 2.5.1, 2.5.2).

Offene Systeme sind solche, deren Berichterstattungssysteme allgemein zugänglich sind. Das sind regelmäßig computergestützte Systeme, die allen Nutzern offenstehen. Es gibt also keine bestimmte Institution, an die das Berichtssystem gebunden ist. Ein bekanntes Beispiel für solch ein offenes System stellt das in der Schweiz für den medizinischen Bereich entwickelte Critical Incident Reporting System (CIRS, vgl. 2.5.3) dar. Unter geschlossenen Systemen versteht man institutionell begrenzte Berichterstattungssysteme, wobei diese sich wiederum in verschiedene Varianten aufgliedern. So können sie sich etwa auf insgesamt eine Institution erstrecken (z. B. ein Krankenhaus) oder auch nur auf mehrere ausgewählte Disziplinen oder Abteilungen (z. B. das Modell der Bremer Kinderkliniken, vgl. 2.5.3; Hart & Becker-Schwarze, 2005).

Ferner kann es Berichtssysteme für gesamte Institutionen/Unternehmen geben, in denen alle Mitarbeiter unabhängig von ihrem Beruf oder ihrer Abteilung Meldungen erstatten können (allgemeine Berichtsbereiche). Umgekehrt gibt es auch Berichtssysteme in einzelnen, isolierten Bereichen, also nur für eine bestimmte Berufsgruppe oder Abteilung (spezielle Berichtsbereiche).

2.4.1 Fehlerkultur

Grundlage für ein funktionierendes Berichterstattungssystem ist eine „Fehlerkultur“, welche ganz im Gegensatz zur öffentlichen Diskussion im Kinderschutz derzeit die Möglichkeit von Fehlern „akzeptiert“ und damit einräumt, dass Risiken existieren und Fehler immer passieren können. Risiken können zwar nie vollständig eliminiert, sie können aber systematisch einbezogen werden. Die Voraussetzungen für Fehler liegen nicht nur beim einzelnen Handelnden, sondern auch in Organisation, Strukturen und Prozessen.

Es gibt keinen Platz für eine „Nullfehlermentalität“, sondern es bedarf einer neuen Fehlerkultur (Bandi-Ott, 2007). Die Berichterstattung funktioniert nur dann, wenn eine Kultur des Umgangs mit unerwünschten Ereignissen entwickelt wird, die sich nicht auf die Suche nach einem Sündenbock konzentriert. Nur wenn Offenheit und Ehrlichkeit den Berichterstatter nicht schädigen, wird es eine Bereitschaft geben, über (Beinahe-)Fehler bzw. Vorkommnisse zu berichten. Aus diesen Gründen müssen die Berichte vertraulich, unvoreingenommen, unabhängig und objektiv behandelt werden (Huber/Urbanelli, www.sulm.ch/PDF/CIRS-

Funktion_Systematik.pdf, letzter Aufruf am 18. 3. 2008). Die Berichte dürfen nicht für Sanktionen benutzt werden. Ziel ist es, Abläufe sicherer zu machen, und nicht die Suche nach Schuldigen. Um Vertrauen zu schaffen, heißt es in der Fehlerverarbeitungskultur nicht „Wer ist schuld?“, sondern „Warum ist das Ereignis geschehen?“. Die Entdeckung von Fehlern soll als Warnung betrachtet werden und zugleich massive Verbesserungs-/Vorbeugungspotenziale aufzeigen (Buchmann, 2004). Es ist daher wichtig, dass eine Fehlerkultur implementiert wird, die mit Fehlern aktiv, präventiv und vorurteilsfrei umgeht, und der die Erkenntnis zugrunde liegt, dass Fehler in ihrem Entstehungskontext beurteilt werden müssen. Schuldzuweisungen bei unbeabsichtigten Fehlern verhindern nur einen Lerneffekt und erschweren einen positiven Lernprozess (Bandi-Ott, 2007).

Erfahrungen in der Medizin haben gezeigt, dass zu einer Fehlerkultur auch gehört, Fehler einzugestehen und sich dafür bei den Betroffenen zu entschuldigen bzw. Bedauern zu äußern. Offene und ehrliche Kommunikation über Fehler schafft und rekonstruiert Vertrauen. Die Reaktionen von Betroffenen werden auch dadurch beeinflusst, wie mit dem Zwischenfall umgegangen wird. Offenes Eingeständnis, Sensibilität, gute Kommunikation und gutes Management der Gegenmaßnahmen können emotionales Trauma, welches durch den Fehler hervorgerufen werden kann, verringern. Indem der Fehlerverursachende die Verantwortung für sein Handeln übernimmt und sich entschuldigt, erkennt er die Gefühle des Betroffenen, wie etwa Wut, Demütigung, Misstrauen und Angst, an und zeigt ein Verständnis für die Auswirkungen dieser Gefühle. Die Entschuldigung hilft dabei, die Würde des Betroffenen wiederherzustellen und den Heilungsprozess einzuleiten. Sie hilft auch dem Fehlerverursacher, mit seinem eigenen emotionalen Trauma umzugehen. Dagegen führen das Nichteingeständnis des Fehlers und die fehlende Entschuldigung dazu, der Verletzung eine Beleidigung hinzuzufügen, da die Situation des Betroffenen nicht respektiert wird. Dies kann ein mächtiger Impuls für den Betroffenen sein, sich zu beschweren oder eine Klage zu erheben (Barnes et al., 2006). Die Entschuldigung ist ein wesentlicher Aspekt der Übernahme von Verantwortung, selbst wenn – wie gewöhnlich – mehrere Schwachstellen im Gesamtsystem den Fehler verursacht haben. Sie kann helfen, die Wut und den Ärger des Betroffenen zu zerstreuen. Die wenigsten Betroffenen verstehen, dass Fehler in der Regel durch Systemchwächen verursacht werden. Sie halten weiterhin das Individuum für verantwortlich. Daher ist es für sie sehr wertvoll, wenn sich der in ihren Augen Verantwortliche entschuldigt und Bedauern zeigt. Der Ausdruck von Mitgefühl ist eine wesentliche, menschliche Antwort auf einen Zwischenfall, unabhängig von seinen Ursachen (Barnes et al., 2006). Entschuldigungen zeugen von Respekt und Mitgefühl für den Betroffenen. Die Entschuldigung nimmt die Emotion aus einem Zwischenfall und kann einiges der Wut auf den Verursacher nehmen. Die Betroffenen mögen noch immer verärgert über den Fehler sein, doch sie konzentrieren sich mehr darauf, mit den Folgen umzugehen (Guadagnino, 2005). Es gibt hingegen kaum Beweise für die Befürchtung, dass die Entschuldigung das Risiko eines nachfolgenden gerichtlichen Verfahrens erhöht. Im Gegenteil, gerichtliche Erfahrungen haben gezeigt, dass zwei Drittel der entsprechenden Klagen von einem Unterlassen der Übernahme von Verantwortung, Entschuldigung und offener Kommunikation herrühren (Barnes et al., 2006). Die Information über den Vorfall wird auch ohne das Eingeständnis sehr wahrscheinlich über einen anderen Informationskanal weitergeleitet, sodass es besser ist, vorher mit dem Betroffenen zu sprechen, ehe es erscheint, dass die Information nur gegeben wird, weil das Vertuschen gescheitert ist (Guadagnino, 2005).

Sollte noch nicht klar sein, ob der Zwischenfall auf einen Fehler zurückzuführen ist, sollte dennoch Bedauern für den Vorfall geäußert werden. Es ist sehr wichtig für den Betroffenen zu sehen, dass der Vorfall ernst genommen und bedauert wird. Allerdings ist es auch wichtig, keine voreiligen Einschätzungen vorzunehmen und sogleich sich selbst oder einem anderen die Schuld zu geben, wenn noch nicht alle Fakten bekannt sind. Stattdessen sollte eine vollständige Untersuchung und eine Bekanntgabe der Ergebnisse angekündigt werden.

Für den Betroffenen ist es überdies wichtig zu sehen, dass dem Zwischenfall Veränderungen im System folgen, sodass er auch sein Gutes hatte und das Leiden des Betroffenen nicht umsonst ist. Dieses Gefühl hilft ihm und seinen Angehörigen, mit den Schmerzen oder dem Verlust umzugehen (Barnes et al., 2006).

Fehlereingeständnisse und Entschuldigungen sind Teil eines kulturellen Wandels, der notwendig ist in Institutionen. Es ist erforderlich, generell anzuerkennen, dass Menschen fehlbar und Fehler nicht auszuschließen sind. Das Eingeständnis von Fehlern und die angemessene Weitergabe an Kollegen und Institutionen sind wichtig, damit diese lernen, wo Verbesserungsbedarf besteht (Guadagnino, 2005). Das Nichteingestehen von Fehlern kann den Bemühungen zur Verbesserung der Sicherheit zuwiderlaufen (Hébert et al., 2001).

2.4.2 Voraussetzungen für ein Berichterstattungssystem

a) Vertrauen

Erste Voraussetzung für ein funktionierendes Berichterstattungssystem ist das Vertrauen derjenigen, welche Bericht erstatten sollen. Es muss daher eine Atmosphäre geschaffen werden, die vertiefte Fehleranalysen erlaubt. Diese muss frei von Schuldzuweisungen, Bestrafungen, Sanktionen sein, damit wertneutral über Fehler diskutiert werden kann. Die Identität der Berichter muss folglich geschützt, disziplinarische Maßnahmen gegen Berichter müssen ausgeschlossen werden. Vor jeglicher systematischer Fehleranalyse steht somit der Aufbau einer Fehlerkultur in dem entsprechenden Unternehmen bzw. der entsprechenden Organisation.

b) Anonymität bzw. Vertraulichkeit der Berichterstattung

Ferner muss die Berichterstattung freiwillig und anonym erfolgen. Anonymität ist erforderlich, um den Schutz der Mitarbeiter vor internen Sanktionen zu gewährleisten. Auch aufgrund der noch offenen rechtlichen Lage ist die Anonymität des Berichterstattungssystems wichtig. Ein Meldesystem ist im Falle einer Untersuchung nicht vor dem richterlichen Zugriff geschützt (Buchmann, 2004; Hart & Becker-Schwarze, 2005). Je anonymere das System und je weniger die dort zusammengetragenen Informationen Identifikationen ermöglichen, desto seltener wird ein solcher Zugriff auf das Berichterstattungssystem erfolgen (Hart & Becker-Schwarze, 2005). Außerdem erhöht Anonymität die Kommunikationsoffenheit und die Bereitschaft der Meldenden (Hart & Becker-Schwarze, 2007).

Jeder Bruch der Anonymität könnte daher mit großer Wahrscheinlichkeit zum Zusammenbruch des Berichterstattungssystems, welches auf dem Vertrauen der Melder beruht, führen. Daher ist Anonymität von zentraler Bedeutung für das Berichterstattungssystem (Rall et al., 2006). Auch wenn die Anonymität die Validierung der eingegangenen Meldungen

erschwert, ist dies zugunsten einer hohen Zustimmung der Meldenden zum Berichterstattungssystem hinzunehmen, jedenfalls so lange, wie in dem betroffenen Unternehmen noch keine gewachsene und konsequente Fehlerkultur herrscht, in der Fehler als „Schatz“ angesehen werden, weil aus ihnen die zukünftige Vermeidung von Fehlern gelernt werden kann (Hart & Becker-Schwarze, 2005; Staender, 2001).

Gegebenenfalls ist es jedoch schwierig, die Anonymität zu wahren, wenn das Berichterstattungssystem in einem geschlossenen System, also innerhalb einer kleineren Organisation oder eines Unternehmens durchgeführt wird. Dort lassen sich leichter Rückschlüsse auf den betreffenden Melder ziehen. Allerdings ist die Anonymität nach Ansicht von Barach und Small (2000) auch nicht immer wünschenswert. Die Analysten können den Melder nicht auf nähere Informationen ansprechen. Anonyme Berichte könnten unzuverlässig sein. Außerdem kann Anonymität Verantwortlichkeit und Transparenz gefährden. Doch auch nach dieser Ansicht sollte die Anonymität wenigstens zu Beginn der Einführung des Berichterstattungssystems gewahrt werden, um Vertrauen aufzubauen, bis die Meldenden praktische Erfahrungen sehen (Barach & Small, 2000). Auch das weltweit anerkannte Berichtssystem der NASA, ASRS (dazu im Einzelnen unter 2.5.1), behandelt die Berichte lediglich vertraulich. Erst nach Erhalt der gesamten wesentlichen Informationen werden individuelle Merkmale gelöscht, sodass eine Identifizierung nicht mehr möglich ist (Gaba, 2000).

c) Feedback, Einfachheit der Berichterstattung

Um die Mitarbeiter zu motivieren, Berichte zu erstatten, ist ein regelmäßiges Feedback wichtig, damit ihnen der Wert ihrer Informationen deutlich wird. Des Weiteren wird die Motivation von Mitarbeitern, Berichte zu erstatten, durch eine möglichst einfache Form der Berichterstattung erhöht. Das Berichtsformular soll einfach und für jeden zugänglich sein. Ist das Berichtsformular zu lang, schreckt es die Ausfüllenden ab. Andererseits darf es auch nicht zu kurz sein, da es sonst nicht genug in die Tiefe gehen kann. Spezifische Fragen erleichtern die Arbeit für den Ausfüllenden, doch wird dadurch die Art und Menge der Informationen von vornherein eingeschränkt. Offene Fragestellungen geben dem Berichterstatter die Möglichkeit, seine Sicht der Dinge zu schildern, doch sind offene Fragen auch zeitaufwendiger und fordern mehr analytisches Denken vom Berichter (Staender, 2001). In jedem Fall ist es wichtig, in den Berichterstattungsformularen die Möglichkeit für Freitext einzuräumen, damit die Meldenden ihre eigene Sicht der Dinge schildern können.

d) Zeitnahe Analyse durch unabhängige Experten

Gute Berichtssysteme erfordern eine zeitnahe Rückmeldung, damit Verbesserungen baldmöglichst umgesetzt werden können und die Motivation der Mitarbeiter erhalten bleibt. Gute Berichtssysteme sind zudem unabhängig. Sie bauen auf die Fehleranalyse durch Experten, welche zeitnah erfolgen muss, sodass die Rückmeldung direkt zu einer Verbesserung und Umsetzung führt. Ein Expertenteam, welches die Fehler analysiert, sollte immer auch externe Dritte beschäftigen, da diese sich „trauen“ können, Zusammenhänge zwischen den den Fehlern zugrunde liegenden Faktoren und systematischen Problemen der Organisation oder Prozesse herzustellen (Rall et al., 2006). Externe Experten können aufgrund ihrer fehlenden Betriebszugehörigkeit manche Aspekte gegebenenfalls objektiver beurteilen.

Zugleich sollten aber auch Experten dem Team angehören, welche das Unternehmen bzw. die Organisation gut kennen (Taylor-Adams & Vincent, 2004).

e) Umsetzung der Ergebnisse aus der Fehleranalyse

Die praktische Umsetzung der notwendigen Abhilfemaßnahmen und Verbesserungsvorschläge ist die wichtigste Folgerung des Berichterstattungssystems, insbesondere aus juristischer Sicht (Ulsenheimer, 2003). Die Hinweise und Empfehlungen des Expertenteams sollen als Chance begriffen werden, die Qualität zu verbessern und die Verantwortlichen juristisch unangreifbar zu machen. Da nicht alle Anregungen und Vorschläge sofort umgesetzt werden können und nicht für alle Probleme sogleich „Patentrezepte“ zur Hand sind, ist zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen und zwischen kostenneutralen und kostenintensiveren Maßnahmen zu unterscheiden (Ulsenheimer, 2003). Im Hinblick auf die Risikoprävention wird deutlich, dass es sich bei der Fehleranalyse nicht um eine singuläre Maßnahme, sondern um eine Dauereinrichtung handelt (Ulsenheimer, 2003).

Die folgende Tabelle fasst die Eigenschaften erfolgreicher Fehlerberichtssysteme nach verschiedenen Literaturangaben zusammen:

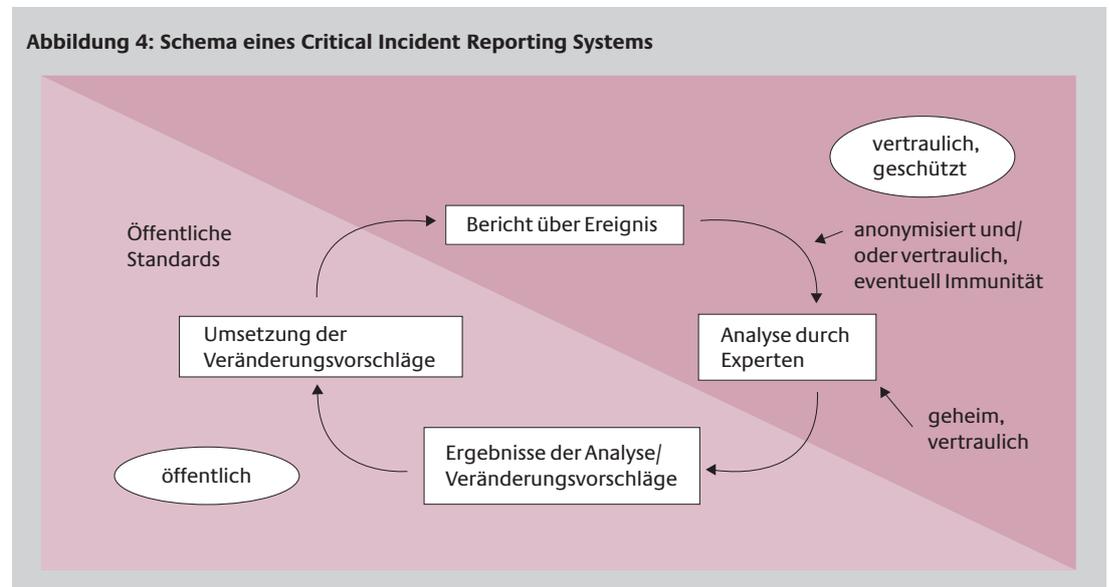
Tabelle 5: Eigenschaften erfolgreicher Fehlerberichtssysteme

Eigenschaft	Erklärung
Freiwilligkeit	Die Erstattung eines Berichts erfolgt freiwillig, es gibt keine Meldepflicht.
Anonymität bzw. strenge Vertraulichkeit	Rückschlüsse auf den Berichterstattenden sind nicht möglich, da das Berichtserstattungssystem anonym oder streng vertraulich ist. Es werden keine Daten an Dritte weitergegeben.
Sanktionsfreiheit	Die Berichterstattung zieht keine Sanktionen nach sich.
Unabhängigkeit	Das Berichtsprogramm sowie die analysierenden Experten sind von jeglicher Autorität, die Berichtende/Nutzer bestrafen oder Einfluss auf die Auswertung der Berichte nehmen könnte, unabhängig.
Analyse durch ein Expertenteam	Die eingegangenen Berichte werden von einem Expertenteam analysiert, das sowohl mit den spezifischen Umständen des Umfelds des Meldenden vertraut ist als auch die zugrunde liegenden Systemfehler erkennen kann.
Zeitnahe Rückmeldung an die Berichterstatter und Umsetzung der evaluierten Empfehlungen	Die Berichte werden zügig analysiert und die Ergebnisse bzw. Empfehlungen dem Berichterstatter bzw. der Allgemeinheit der Nutzer bekannt gegeben. Ferner werden die durch die Analyse evaluierten Empfehlungen zügig umgesetzt.
Systemorientiertheit	Die Empfehlungen haben Veränderungen von Systemen, Prozessen oder Produkten im Blick.
Einfachheit	Das Formular zur Berichterstattung ist einfach auszufüllen und für jeden zugänglich.
Freitextfelder	Das Berichtsformular lässt ausreichend Raum für Freitext.

Modifiziert nach: Thomeczek, Ch., Rohe, J., Ollenschläger, G. (2007). In: Madea, B., Dettmeyer, R. (Hrsg.) (2007). Medizinschadensfälle und Patientensicherheit, S. 174. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

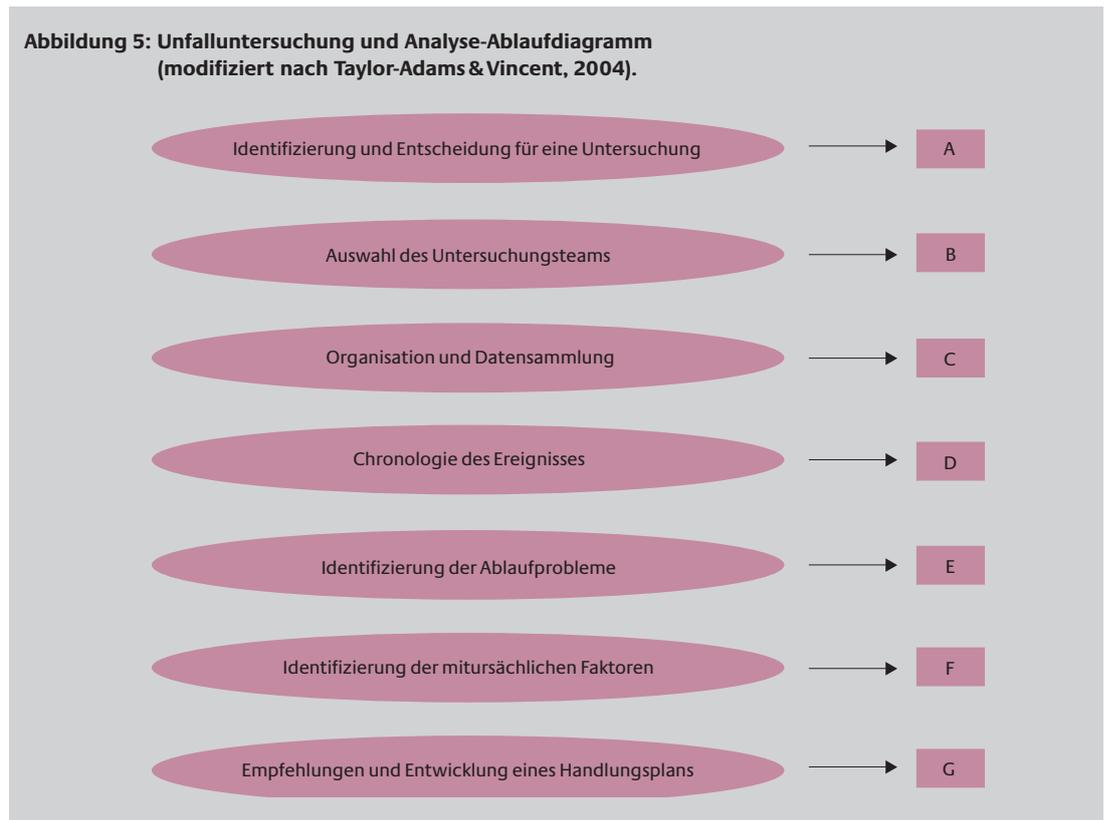
2.4.3 Methode des Berichterstattungssystems

Das Schema solcher Critical Incident Reporting Systems (CIRS), welche sich mittlerweile auch in der Medizin etablieren, ist immer dasselbe:

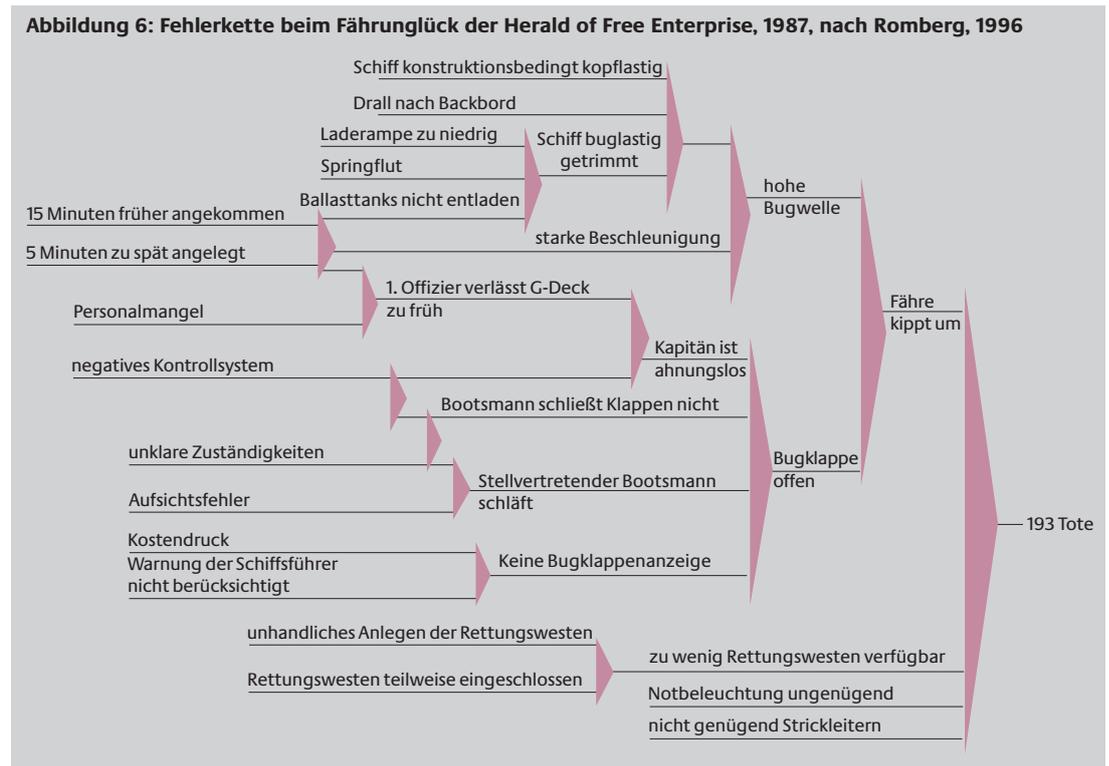


In der Berichterstattung eines kritischen Ereignisses werden alle Elemente, sowohl die aktiven Fehler als auch die latenten Bedingungen, im Detail untersucht, wobei mit den unsicheren Handlungen der ausführenden Personen und den Barrieren, die versagt haben, begonnen wird und der Prozess bis hin zu den organisatorischen Abläufen zurückverfolgt wird. Der erste Schritt ist es, die aktiven Fehler zu identifizieren, die unmittelbar negative Konsequenzen haben können. Danach werden die Bedingungen untersucht, in denen Fehler aufgetreten sind, sowie der breite organisatorische Kontext. Fehlerbegünstigende Faktoren und die entsprechenden Abwehrmechanismen werden beschrieben und gewichtet. Aus den Erkenntnissen werden Empfehlungen zur besseren Fehlerprävention abgeleitet bzw. priorisiert. Es folgt die Beschreibung des Idealprozesses sowie ggf. eine Beschreibung der Bewältigungsschritte nach einem Schadenseintritt. Schließlich sind die so gewonnenen Erkenntnisse breit zu publizieren (Hochreutener, 2007).

Für das Vorgehen bei der Untersuchung und Analyse von Unfällen hat sich ein Vorgehen gemäß dem folgenden Ablaufschema bewährt:



Größere Katastrophen wie z. B. bei der NASA mit Apollo 13 oder der Raumfähre „CHALLENGER“ oder auch Flugzeugabstürze bzw. Fährschiffkatastrophen wurden in sehr differenzierten Expertenberichten analysiert. Der Untersuchungsbericht zur Fährkatastrophe am 6. 3. 1987 in Seebrügge, als die Fähre „Herald of Free Enterprise“ kenterte, relativierte die Meldung in der Tagespresse, wonach dieses Unglück als unvermeidliche Folge menschlichen Versagens dargestellt wurde. Eine genauere Analyse ergab eine Fehlerkette, die letztendlich nur im Zusammenwirken zum fatalen Ergebnis von 192 Toten führte (vgl. Abb. aus Geo, Grafik Elsevier Science Publishers).



Anhand der Analyse wurde deutlich, wie sich die in der Grafik aufgeführten Faktoren und weitere mittelbare Faktoren – wie fehlende genaue Aufgabenteilung, Zeitdruck, zu wenig Laderampen, die falsche Erfassung der Passagierzahlen und das Ignorieren der Hinweise der Kapitäne auf fehlende Kontrolllampen durch das Management – auf den Vorfall auswirkten (Rick et al., 2002).

Auch das Unglück von Tschernobyl vom 26. 4. 1986 stellte sich als das Produkt einer fehlenden Sicherheitskultur dar. Das Reaktor-Design war aus sicherheitstechnischer Sicht unzulänglich und tolerierte keine Fehler seitens der ausführenden Mitarbeiter. Dies bewirkte einen gefährlichen Status des Systems. Die Mitarbeiter waren darüber nicht informiert und sich nicht bewusst, dass der durchgeführte Test den Reaktor in einen explosiven Zustand versetzen konnte. Zudem verfuhr sie nicht nach etablierten Verfahrensvorschriften. Die Kombination all dieser Faktoren provozierte einen nuklearen Unfall von größter Schwere, bei dem der Reaktor innerhalb von wenigen Sekunden vollständig zerstört wurde (AEN, 2002).

Dem Challenger-Unglück vom 28. 1. 1986 ging ebenfalls eine Reihe von Faktoren voraus, welche sich in ihrer Verkettung als mitursächlich für den Absturz darstellten. Die direkte technische Unfallursache war ein Fehler im Anschlussstück zwischen den beiden niederen Abschnitten des rechten Feststoffraketenantriebs. Die Dichtungen (O-Ringe), welche verhindern sollten, dass heiße Gase durch das Anschlussstück während der Treibstoffverbrennung des Raketentriebwerks austreten, waren defekt. Der Grund hierfür war ein fehlerhaftes Design, welches zu anfällig auf Kälte, verschiedene Materialien, Wiederverwendung und weitere Faktoren reagierte. Der Untersuchungsbericht der vom Weißen Haus eingesetzten, unabhängigen Untersuchungskommission deckte jedoch eine Reihe mitursächlicher Faktoren auf. Die Erosionsgefahr war der NASA bereits seit Jahren als Risiko bekannt, doch sowohl die NASA als auch die Firma Thiokol, welche die O-Ringe herstellte, akzep-

tierten die Erosion der Dichtungen als unvermeidliches Flugrisiko. Solange es zu keinem Unfall kam, wurde dieses Risiko als weniger hoch für die nächsten Flüge eingestuft. Eine genaue Analyse hätte den Zusammenhang zwischen dem Schaden an den Dichtungen und niedrigen Temperaturen aufgedeckt, wurde aber zu keiner Zeit durchgeführt. Das Sicherheitsprogramm, welches noch während des Apollo-Programms sehr gründlich war, wurde bis 1986 zunehmend ineffektiv. Dadurch wurden die Sicherheitsbarrieren stark abgeschwächt. Hinzu kam, dass die NASA seit 1985 plante, bis zum Jahre 1990 jährlich jeweils 24 Flüge ins Weltall zu starten. Ursprüngliche Pläne waren von einer Mission pro Woche ausgegangen. Bereits lange vor dem Challenger-Unglück war offensichtlich, dass diese Pläne überehrgeizig waren. Dies wirkte sich insbesondere auf die Sicherheit der einzelnen Missionen aus (The Presidential Commission Report on the Space Shuttle Challenger Accident, 1986).

Aufgrund der Temperaturvorhersage für den 28.1.1986 kam es zu einer Telefonkonferenz zwischen Entwicklern bei der Firma Thiokol, der Firma Rockwell, welche für das Design und die Entwicklung des Orbiters verantwortlich war, und dem Marshall Space Center, das für die externen Tanks verantwortlich war. Es wurde besprochen, dass die Booster für die vorhergesagten Temperaturen nicht geeignet seien und der Start abgebrochen werden sollte (Mewes, 1996). Sicherheitsingenieure waren bei der Telefonkonferenz nicht zugegen. Das Management der Firma Thiokol sprach sich schließlich für den Start der Raumfähre aus. Grund hierfür war offensichtlich das Interesse eines Hauptkunden, des Marshall Space Centers, an dem Start der Raumfähre.

Auch während des Countdowns am 28.1.1986 wurde kein Sicherheitsexperte hinzugezogen, der wichtige Entscheidungen getroffen hätte. (The Presidential Commission Report on the Space Shuttle Challenger Accident, 1986).

2.4.4 Nachteile von Berichterstattungssystemen

Nachteile von Berichterstattungssystemen sind erhöhte Kosten und ein hoher Zeitaufwand. Allerdings sind die Kosten unter dem Gesichtspunkt vermiedener Schädigungen und damit auch ausbleibender Kostenfolgen zu sehen. Auch muss die Berichterstattung nicht in jedem Fall intensiv gestaltet werden. In einfachen Fällen kann auch eine kurze Überprüfung anhand der vorgeschilderten Kriterien erfolgen (Taylor-Adams & Vincent, 2004).

Ferner kann mit einem Berichterstattungssystem keine quantitative Auswertung über die Grundgesamtheit vorgenommen werden, da die Berichterstattung freiwillig erfolgt. Auch im Wege einer Schätzung lässt sich nicht beurteilen, wie oft welche Probleme in einer Organisation auftreten. Beispielsweise kann ein Problem sehr häufig und von mehreren Personen gemeldet werden, während eine andere Problemkonstellation kaum oder gar nicht berichtet wird. Eine quantitative Abschätzung von Trends ist nicht möglich. Es fehlt die Datengrundlage, anhand derer beurteilt werden kann, ob es mehr oder weniger Komplikationen eines bestimmten Typs gibt. Die Berichterstattungssysteme haben vielmehr häufig einen paradox anmutenden Effekt: Wenn sie etabliert sind, steigt plötzlich die Anzahl der gemeldeten Zwischenfälle, was aber auf die erwünschte Sensibilisierung der Meldenden zurückzuführen ist. Charles Billing, der Gründer des weltweiten Aviation Safety Reporting Systems, formulierte daher: „Das Zählen von Zwischenfällen ist eine Zeitverschwendung“ (Rall et al., 2006).

Repräsentative Daten können mit solchen Berichterstattungssystemen wohl nicht erzielt werden (Hart & Becker-Schwarze, 2007; Helmreich, 2000).

2.4.5 Vorteile von Berichterstattungssystemen

Da Zwischenfälle viel häufiger auftreten als tatsächliche Unfälle, kann die Analyse von Zwischenfällen, Beinahe-Unfällen und unerwünschten Ereignissen als ein Frühwarnsystem fungieren und rechtzeitige präventive Maßnahmen ermöglichen (Staender, 2001). Sie bieten eine breite Datenbasis für das Sicherheitsmanagement (Staender, 2001). Zwischenfälle und Unfälle haben die gleichen Wurzeln. Die Berichtsanalyse kann damit auf die gleichen Ursachen für Systemmängel stoßen wie eine Unfallanalyse. Eine systematische Auswertung der Faktoren, die zur Bewältigung der Krise und zur Vermeidung eines tatsächlichen Unfalls geführt haben, kann aufzeigen, was in einzelnen kritischen Situationen hilfreich sein kann und welche Kapazitäten der Mitarbeiter gefördert werden sollten. Da es häufig zu keinem negativen Ausgang kommt, fällt es auch aus psychologischer Sicht leichter, ohne Verlust des Ansehens über das Ereignis zu berichten (Staender, 2001). Ein Berichterstattungssystem bietet somit die Gelegenheit, aus Fehlern zu lernen, um diese zukünftig zu vermeiden. „Man muss nicht jeden Fehler erst selbst gemacht haben, um daraus zu lernen“ (Gerlach, F. M., 2005, in: Gesundheit und Gesellschaft Spezial 10/2005, S. 13).

2.4.6 Resultate von Berichterstattungssystemen

Studien von Unfällen in der Luftfahrt, Kernkraft und Medizin sowie in der Industrie, im Transportwesen und in militärischen Bereichen haben zu einem viel breiteren Verständnis der Unfallverursachung geführt (Taylor-Adams & Vincent, 2004). An einem Einzelfall wird systematisches Denken geschult. Dabei werden die Organisation und die in ihr eingebauten Systemprobleme sowie nichtoffensichtliche Hintergrundfaktoren erkannt. Ferner wird die Betriebsblindheit aufgehoben. Es wird eine Abkehr vom Schulddenken vollzogen. Durch den Analyseprozess kommt es zu einer Fehlerkulturentwicklung. Durch strukturiertes Verfahren wird Innovation produziert. Vor allem aber werden durch die Analyse zahlreiche Erkenntnisse und Verbesserungsempfehlungen generiert, die weit über den Einzelfall hinaus bedeutsam sind (Hochreutener, 2007).

2.5 Beispiele einzelner Berichterstattungssysteme (Luftfahrt, Kernkraft, Medizin)

2.5.1 Berichterstattungssysteme in der Luftfahrt

Im Bereich der zivilen Luftfahrt gibt es bereits gesetzliches Regelwerk zur Berichterstattung bei Unfällen und schweren Störungen. Dieses findet sich im Luftverkehrsgesetz vom 14. 1. 1981 in der Fassung vom 25. 6. 1998, dem Gesetz über die Untersuchung von Unfällen und Störungen bei dem Betrieb ziviler Luftfahrzeuge vom 26. 8. 1998 und der Luftverkehrsordnung vom 14. 11. 1969 in der Fassung vom 26. 8. 1998. Ziel der Gesetzgebung ist es, Ursachen und Hintergründe zu klären, nicht aber, Schuldige zu finden oder Haftungsfragen zu klären. Insbesondere § 5 Luftverkehrsordnung regelt die Anzeige von Flugunfällen und Störungen.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Auf internationaler Ebene führte die International Civil Aviation Organization (ICAO), eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen für die zivile Luftfahrt, verbindliche Standards für den zivilen Luftverkehr ein. Die Meldepflichten für Unfälle und schwere Störfälle sind in Annex 13 der Konvention über die Internationale Zivile Luftfahrt geregelt („Aircraft Accident Investigation“ of ICAO, July 1994).

◀ Inhalt

Darüber hinaus gibt es verschiedene freiwillige Meldesysteme:

◀ zurück

- | Aviation Safety Reporting System, ASRS
- | Aviation Safety Airways Program, ASAP
- | Confidential Human Factors Reporting Program, CHFRP
- | Human Failure Analysis Classification System, HFACS
- | Line Operations Safety Audit in Aviation, LOSA

weiter ▶

Alle diese Berichterstattungssysteme sind vertraulich, freiwillig und ziehen keine Sanktionen gegen den Berichtersteller nach sich.

Das bekannteste Berichtssystem weltweit ist das Aviation Safety Reporting System, ASRS (<http://asrs.arc.nasa.gov>). Die Federal Aviation-Administration der USA fordert seit 1975 alle Piloten, Mechaniker, das gesamte Bord- und Bodenpersonal und alle anderen an der Luftfahrt beteiligten Personen auf, tatsächlich gefährliche Situationen oder potenzielle Gefährdungen per Post oder nun auch direkt im Internet per „Electronic Report Submission“ zu berichten. Den Meldern wird **strengste Vertraulichkeit** garantiert, und was noch wichtiger ist, es besteht für die Melder garantierte **Immunität vor möglichen Sanktionen**, wenn sie den Bericht binnen zehn Tagen nach dem Ereignis einreichen. Vor diesem Hintergrund sind seit der Einführung des Systems 1976 über 474.000 differenzierte Berichte eingegangen, welche zur Identifikation prinzipieller Probleme und Schwachstellen im Flugsicherheitssystem und Sicherheitsprozeduren geführt und wesentlich zur Verbesserung beigetragen haben. Gleichzeitig werden diese Maßnahmen aber auch im Sinne der Prozessqualität für die **Entwicklung von Leitlinien und Richtlinien** genutzt. Es wird also nicht nur das Material verbessert, sondern auch Abläufe werden optimiert bzw. **Standards** werden **definiert**. Kennzeichnend für dieses System ist also der Anreiz für die Melder, durch Straffreiheit möglichst zeitnah gefährliche Situationen zu berichten, gleichzeitig wird die Beteiligung auch dadurch gefördert, dass die Ergebnisse durch regelmäßig erscheinende Veröffentlichungen der Berichte und Schlussfolgerungen zu bestimmten Themen den Nutzern zurückgegeben werden und dadurch deutlich wird, dass es sinnvoll ist, über Fehler oder „Critical Incidents“ zu berichten.

Gefahrenmeldungen werden an die kommerzielle und an die private Fluggemeinde weitergegeben. In den gesamten dreißig Jahren wurde die Vertraulichkeit des Systems in keinem einzigen Fall verletzt (NASA, 2006, <http://www.spaceref.com/news/viewpr.html?pid=21271>, letzter Aufruf am 4. 3. 2008).

Das System LOSA nutzt Experten, die auf normalen Flügen im Cockpit mitfliegen, um Gefährdungen der Sicherheit, Fehler und deren Management zu dokumentieren (Helmreich, 2000). Beispielsweise wurden durch die Analyse eines kanadischen Flugzeugabsturzes, der durch das unentdeckte Vereisen eines Flügels verursacht wurde, zehn latente Faktoren entdeckt, einschließlich des Flugzeugdesigns, mangelnder Fachaufsicht sowie organisatorischer Charakteristika, etwa Managementfehler und mangelhaftes Training, die für den Unfall mitursächlich waren. Ohne diese Analyse wären die Risiken und Sicherheitsgefährdungen hauptsächlich unerkannt geblieben (Helmreich, 2000).

EUCARE (European Confidential Aviation Safety Reporting Network) war von 1992 bis 1999 ein europäisches Forschungsprojekt an der TU Berlin und wurde entwickelt, um freiwillige Fehlerberichte zu sammeln, zu analysieren und die Ergebnisse zu nutzen, um möglicherweise Menschenleben in der Luftfahrt zu retten. Die Berichte konnten von jedem Mitglied der Fluggemeinde („aviation community“) erstattet werden und wurden mit absoluter Vertraulichkeit behandelt. EUCARE beschäftigte Experten aller Luftfahrtbereiche, um die Berichte zu analysieren. Dies geschah in zwei Phasen. Zuerst erfolgte die anfängliche Analyse, in der EUCARE notfalls sofort auf eine Meldung reagieren konnte. In der zweiten Phase erfolgte die generelle Analyse. Das Ereignis wurde systematisch analysiert und in Kontext mit anderen Berichten gesetzt. Auch wenn das Verfahren zeitaufwendig war und sehr viel Fachwissen erforderte, so wurden in dieser Phase doch die besten Resultate erzielt. Die Informationen wurden schließlich an die entsprechenden Stellen weitergeleitet und in einem regelmäßig erscheinenden Newsletter verbreitet. Die Fortsetzung des Projekts erfolgte jedoch nicht, sodass EUCARE im Juni 1999 eingestellt wurde (EUCARE, 1999, <http://www.eucare.de/whatis.html>, letzter Aufruf am 4.3.2008).

2.5.2 Berichterstattungssysteme in Kernkraftwerken

Auch für Kernkraftwerke gibt es gesetzliche Regelungen über meldepflichtige Ereignisse. National gibt es die atomrechtliche Sicherheitsbeauftragten- und Meldeverordnung (AtSMV). Auf internationaler Ebene werden Berichte in das IAEA Nuclear Events Web-based System (NEWS) aufgenommen.

Jedoch gibt es keinen geregelten internationalen Informationsaustausch über erkannte Zuverlässigkeitsprobleme und kleinere Sicherheitsverbesserungen im Kernkraftsystem. So fiel am 25.7.2006 im schwedischen Kernkraftwerk Forsmark die Wechselstromversorgung der Drehzahlmesser an zwei Notstromdieseln aus. Dies war ursächlich dafür, dass die beiden Generatoren nicht ansprangen. Eine Recherche nach dem Störfall ergab, dass es im typähnlichen Reaktor Olkiluoto in Finnland ein Zuverlässigkeitsproblem bei den Drehzahlmessern der Notstrom-Aggregate gegeben hatte, welches vom Kernkraftwerksmanagement erkannt und in den Jahren 2003–2005 beseitigt wurde. Diese Erkenntnisse und Erfahrungen wurden in Schweden jedoch nicht bekannt.

Auch die Auswahl der zu meldenden Ereignisse und der Kreis der Meldenden sind in der Kernenergie national anders definiert als in der Luftfahrt (Krägenow, 2007). Laut der AtSMV ist in deutschen Kernkraftwerken ein vom Betreiber bestellter kerntechnischer Sicherheitsbeauftragter für die Überprüfung der Meldung von meldepflichtigen Ereignissen an die

Behörden zuständig. Die Meldepflicht richtet sich nach §§ 6–10 AtSMV. Meldepflichtig selber ist gemäß § 6 Abs. 1 AtSMV der Inhaber der Genehmigung zum Betrieb einer kern-technischen Anlage, ohne dass konkrete Personen verpflichtet sind. Meldepflichtig sind gemäß § 6 Abs. 2 AtSMV nur Ereignisse, die die in den Anlagen 1 und 2 aufgeführten Melde-kriterien erfüllen. Der in den Anlagen 1 und 2 zur AtSMV aufgeführte Katalog ist insofern abschließend. Die Meldung ist mittels amtlichen Meldeformulars, § 7 Abs. 1 AtSMV, an die Aufsichtsbehörde zu richten. Das amtliche Meldeformular wird von den Umweltministerien der einzelnen Bundesländer herausgegeben. In dem Formular werden die Betriebswerte vor und nach dem Ereigniseintritt sowie die beteiligten Einrichtungen erfragt. Ferner sollen gemäß § 7 Abs. 1 AtSMV das Ereignis und seine Auswirkungen und Ursachen beschrieben werden. Auch die Maßnahmen/Behebung sowie die Erkennung und Vorkehrungen gegen Wiederholung sollen angegeben werden. Hierfür sind Freitextfelder vorgesehen. Die Beschreibung hat so zu erfolgen, dass sie im Hinblick auf die kerntechnische Sicherheit ausreichend beurteilt werden kann (§ 7 Abs. 1 AtSMV). In § 8 AtSMV werden die Fristen zur Meldung eines meldepflichtigen Ereignisses festgeschrieben, abhängig von den verschiedenen Kategorien, in die ein meldepflichtiges Ereignis eingestuft wird. Andere Ereignisse als die in den Anlagen 1 und 2 zur AtSMV aufgeführten müssen nicht gemeldet werden. Außerdem müssen unter bestimmten Bedingungen Funktionsstörungen, Schäden oder Ausfälle in sicherheitstechnisch wichtigen Systemen auch bei Ausfall eines Systems dann nicht gemeldet werden, wenn der Fehler innerhalb von 24 Stunden behoben werden kann. Die Ereignismeldungen gehen national an Landesbehörden, das Bundesamt für Strahlenschutz, das Bundesumweltministerium (BMU) und die Gesellschaft für Anlagen- und Reaktorsicherheit (GRS). Letztere analysiert im Auftrag des BMU, ob die Ereignismeldungen auch für die Sicherheit anderer Anlagen relevant sind. Das Bundesamt für Strahlenschutz sammelt die Ereignismeldungen in einer Datei. Für eine Auswahl der Ereignismeldungen, etwa zehn bis zwölf von 130–150 Meldungen jährlich, verfasst die GRS Weiterleitungsnachrichten, welche weitergehende Informationen zu den Ereignissen, eine vertiefte Analyse und Empfehlungen für die Kraftwerksbetreiber beinhalten. Empfänger der Weiterleitungsnachrichten sind das BMU, die Landesbehörden und die Betreiber. Allerdings gibt es kein lückenloses Informationssystem für Weisungen der Aufsichtsbehörden an die Betreiber. Diese werden als bilaterale Angelegenheit zwischen der Behörde und dem jeweiligen Kraftwerk behandelt und weder den anderen Landesbehörden noch dem BMU oder internationalen Behörden systematisch und vollständig bekannt gemacht.

Damit ein Ereignis international bekannt gemacht und in NEWS aufgenommen wird, sind eine International Nuclear Event Scale-Einstufung von Level 2 und höher oder Ereignisse, die ein internationales öffentliches Interesse verursachen, erforderlich. Kleinere Ereignisse, die im Vorfeld Hinweise auf Zuverlässigkeitsprobleme geben könnten, sollen in diesem System ausdrücklich nicht berichtet werden. Der detaillierten technischen Information über Ereignisse und Störfälle dient das Internationale Incident Reporting System (IRS) der International Atomic Energy Agency (IAEA) und der Nuclear Energy Agency der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Hier werden nicht nur Ereignisse berichtet, die bereits zur signifikanten Beeinträchtigung der Sicherheit eines Reaktors geführt haben, sondern auch kleinere Vorkommnisse. An dem System sind mehr als 30 Staaten beteiligt. Innerhalb Deutschlands gehen die Ereignismeldungen der Betreiber an die Zentrale Melde- und Auswertestelle (ZMA) des VGB PowerTech (Verband der Groß-

kessel-Besitzer, 1920 als Zusammenschluss der deutschen Betreiber von Kraftwerken gegründet). Dies ist die zentrale Verbindungsstelle zwischen den deutschen Kraftwerksbetreibern und dem Event Reporting System der World Association of Nuclear Operators (WANO), in der weltweit die Kraftwerksbetreiber zusammengeschlossen sind. Sie unterhält ein Operating Experience Program, das den internationalen Informationsaustausch sicherstellen soll. Die Ereignisberichte werden von einem zentralen Team analysiert und zu Erfahrungsreports oder Ereignisreports zusammengefasst. Den Aufsichtsbehörden sind die Erkenntnisse der WANO offenbar nicht zugänglich. Gesetzliche Pflichten für einen Informationsaustausch zwischen den Unternehmen bestehen nicht. Weitere Berichtssysteme in diesem Bereich sind das Licensing Event Reports (LER), das Human Performance Information Systems (HPIS), das Human Factors Information System (HFIS), das Nuclear Regulatory Commission Allegations Systems Process (NRACS) sowie das Diagnostic Misadministration Reports-regulatory Information Distribution System (RIDS) (Barach/Small, 2000). Die Katastrophe von Three Mile Island, Pennsylvania, am 28.3.1979 (ein fehlerhaftes Druckventil hatte den schlimmsten US-amerikanischen Nuklearunfall ausgelöst) führte dazu, dass für den gesamten Industriezweig neue gesetzliche Regelungen geschaffen wurden. Das Risiko einer einzigen möglichen Katastrophe und ihre Auswirkungen auf die gesamte Industrie überwog sämtliche Bedenken gegen ein Berichterstattungssystem für Beinahe-Unfälle. Der intensivierte Zugang zu einer Verfahrensverbesserung durch einen Fokus auf Sicherheit lohnte sich auch finanziell aufgrund einer effizienteren Produktion (weniger Abschaltungen, Abfahren und Kapazitätsabbau). Wie in der Luftfahrt gibt es einen Trend zur Sammlung der detailliertesten Informationen anhand eines vertraulichen und sanktionsfreien Berichterstattungssystems (Barach & Small, 2000).

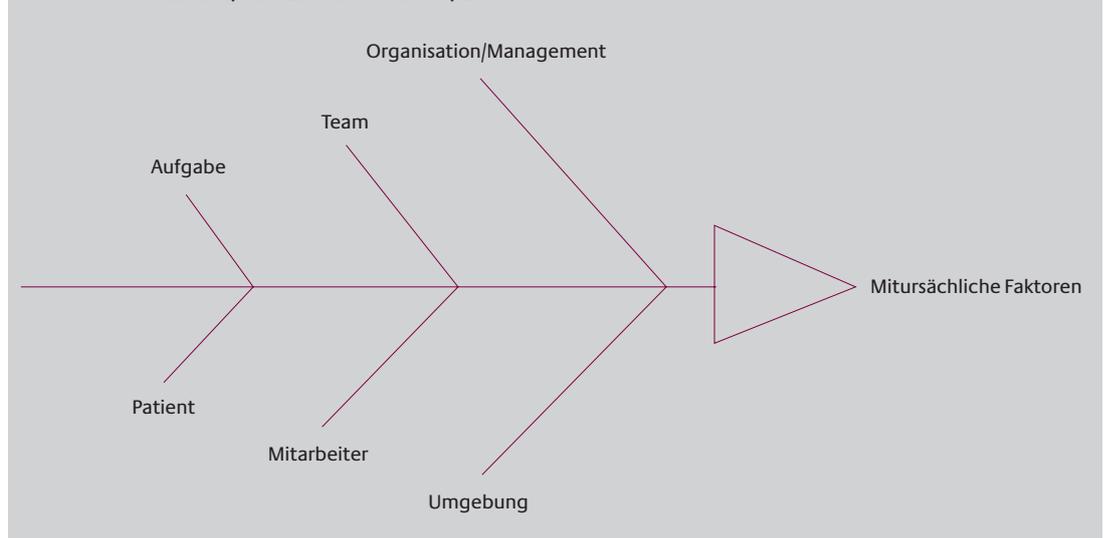
2.5.3 Berichterstattungssysteme in der Medizin

In Schweden besteht bereits seit 1937 eine gesetzliche Meldepflicht für vermeidbare unerwünschte Ereignisse im Gesundheitswesen, unabhängig von der Tatsache, ob der Patient dadurch zu Schaden gekommen ist oder nicht. Der Hintergrund für diese Gesetzgebung waren einige Todesfälle in den 30er-Jahren in einem Stockholmer Krankenhaus, die zunächst vertuscht wurden. Es wurde eine Abteilung für die medizinische Klärung gemeldeter Vorfälle bei der zentralen Gesundheitsbehörde eingerichtet sowie eine Disziplinarbehörde, der sämtliches Medizinalpersonal unterstellt ist. Diese Behörde verfügt auch über entsprechende Sanktionsmöglichkeiten, wobei der Sanktionsbeschluss von einem Gremium aus Juristen, Ärzten und Laien unter Leitung eines Richters getroffen wird. Diese disziplinarrechtlichen Maßnahmen sind gefürchtet und werden von Betroffenen und der Öffentlichkeit als angemessene Bestrafung empfunden, sodass strafrechtliche Klärungen vor Gericht so gut wie nicht vorkommen. Die von der Gesundheitsbehörde bearbeiteten Fälle werden regelmäßig im offiziellen Ärzteorgan anonymisiert publiziert, um die so evaluierten Ergebnisse zu verbreiten und Wiederholungen vorzubeugen. Veröffentlichungen besonderer Fälle werden zudem in einer sogenannten Risikovisite an alle entsprechenden Kliniken verschickt, wo es dem Chefarzt obliegt, diese den Mitarbeitern zur Kenntnis zu bringen. Alle aufgearbeiteten Fälle werden in einer zentralen Datenbank erfasst und sind für das Medizinalpersonal zugänglich (Aubert de la Rue, 2007).

Im Bereich von freiwilligen Meldesystemen hat die Anästhesiologie eine Pionierrolle eingenommen. Dort hat sich Blum (1971) als Erster mit der Methodik des Critical Incidents Reportings auseinandergesetzt. 1978 untersuchte Cooper (1978) wiederkehrende Muster bei Zwischenfällen in der Anästhesie mit dieser Technik. Die ersten nationalen Daten zu kritischen Ereignissen in der Anästhesie wurden laut Staender (2001) 1993 von den australischen Anästhesisten veröffentlicht, welche sich seit 1987 mit der Zwischenfallanalyse beschäftigten. 1996 schließlich wurde die Critical Incident Reporting-Methode als qualitätssicherndes Instrument für die Anästhesie in der Schweiz adaptiert und ein elektronisches „Reporting System“ erstellt, das Standard-Internet-Technologie nutzt. Es trägt die Bezeichnung Critical Incident Reporting System (CIRS). Sinn des CIRS ist es, aus den darin enthaltenen Informationen Präventionsstrategien abzuleiten. Dabei ist es wichtig, dass die CIRS-Datenbanken neben Fehlern auch die Bedingungen und Umstände, unter denen das fehlerhafte Verhalten und dessen Bewältigung erfolgten, erfasst und klassifiziert werden (Staender, 2001). Im November 2004 legten Taylor-Adams und Vincent in „Systems Analysis of Clinical Incidents – The London Protocol“ dar, wie eine verständige und tiefgründige Untersuchung und Analyse eines Zwischenfalls erfolgen sollten, die über die traditionelle Gleichsetzung von Fehlern und Schuld hinausgehen.

Das London-Protokoll stellt jedoch keine „Root-Cause-Analysis“ (Ursache-Wirkung-Analyse) dar, da es für gewöhnlich eine ganze Kette von Ereignissen und vielen verschiedenen mitwirkenden Faktoren gibt, die zu dem Zwischenfall bzw. dem Unfall führen. Ferner ist die Erforschung, warum und wie etwas geschehen ist, nur eine Station der Analyse. Das eigentliche Ziel ist es, das Ereignis zu nutzen, um zu analysieren, was dieses Ereignis über Schwachstellen und Unzulänglichkeiten im Gesundheitssystem enthüllt. Daher ist das London-Protokoll vielmehr eine Systemanalyse, welche alle Personen im System und die Formen ihrer Zusammenarbeit mit einschließt (Taylor-Adams & Vincent, 2004). Taylor-Adams und Vincent übernahmen das Fehlermodell von Reason und passten es an die Gegebenheiten in der Medizin an. Danach soll ein Team aus internen und externen Experten eingesetzt werden, um einen Unfall oder Zwischenfall zu untersuchen. Diese sollten so schnell wie möglich alle Fakten und Stellungnahmen bezüglich des Vorfalls zusammentragen. Anhand dessen soll sodann eine detaillierte Chronologie des Ereignisses aufgestellt werden. Anschließend kann das Expertenteam die mitwirkenden Faktoren identifizieren.

Abbildung 7: Fischgräten-Diagramm „Mitursächliche Faktoren“. Grafik modifiziert nach Taylor-Adams & Vincent, The London Protocol, 2004.



Oft ist es hilfreich, dies in einer Diskussionsrunde mit den beteiligten Personen zu tun.

Schließlich sollen Empfehlungen ausgesprochen und ein Plan aufgestellt werden, wie die Empfehlungen umgesetzt werden können.

Der Europarat hat 2006 Empfehlungen zur Prävention von Schadensereignissen und von Patientensicherheit herausgegeben (Recommendation Rec (2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care).

Diese Empfehlungen basierten auf einer Arbeitsgruppe des Europäischen Gesundheitskomitees des Europarats (CDSP). Dieses Komitee stellte folgende Prinzipien heraus:

- Patientensicherheit wird als Grundlage für gute Behandlungsqualität und als Grundrecht eines jeden Patienten angesehen.
- Es braucht kohärente und schlüssige Rahmenbedingungen für ein Vorgehen, welches auf einem systemischen Ansatz basiert.
- Es soll eine Kultur der Sicherheit geschaffen werden, welche offen und fair ist. Es ist nicht das Ziel, jemanden zu beschuldigen.
- Reporting, d. h. die Meldungen von Fehlern in systematischer Weise, ist ein Erfordernis, um wirklich aus Fehlern lernen und Probleme bearbeiten zu können.
- Patientensicherheit ist nicht ein Luxus für Reiche, sondern eine Pflichtaufgabe für alle.

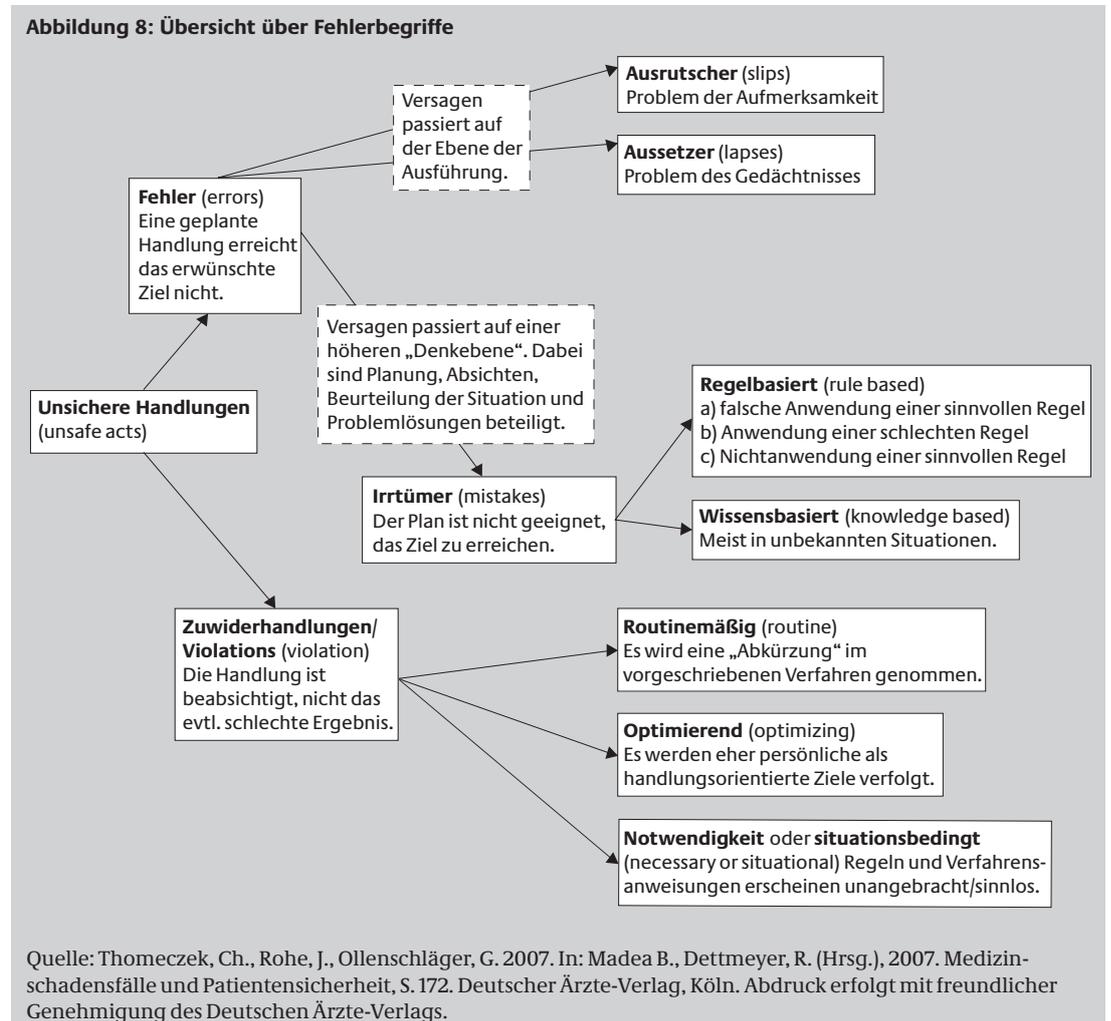
Der komplette Text dieser Erklärung findet sich im Internet unter: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>.

Mitglieder dieser Arbeitsgruppe haben in einem Beitrag (Mierzewski, Council of Europe & Pennanen (Finnland, 2007)) auf **elementare Verhaltensregeln nach Eintreten eines Schadens** hingewiesen. Sie unterstreichen, dass Takt im Umgang mit den Betroffenen und auch mit der Öffentlichkeit wesentlich ist, und formulieren als Regel ein **ABC zum direkten Umgang mit Patienten oder der Öffentlichkeit nach Fehlerereignissen**. Gerade weil in der Jugendhilfe offensichtlich nach einigen Fällen auch im Bereich der Kommunikation der Fehler erhebliche Einstellungs- und Haltungsprobleme deutlich wurden, sei dies auch hier zitiert. Das ABC lautet folgendermaßen:

- A = Admitting an incident (das Ereignis zugeben)
- B = Bowing for apology (sich entschuldigen)
- C = Consolation (Tröstung)
- D = Disclosure (Offenlegung)
- E = Education and lessons (Schlussfolgerung)
- F = Fixing damages (Schadens- bzw. Problembeseitigung).

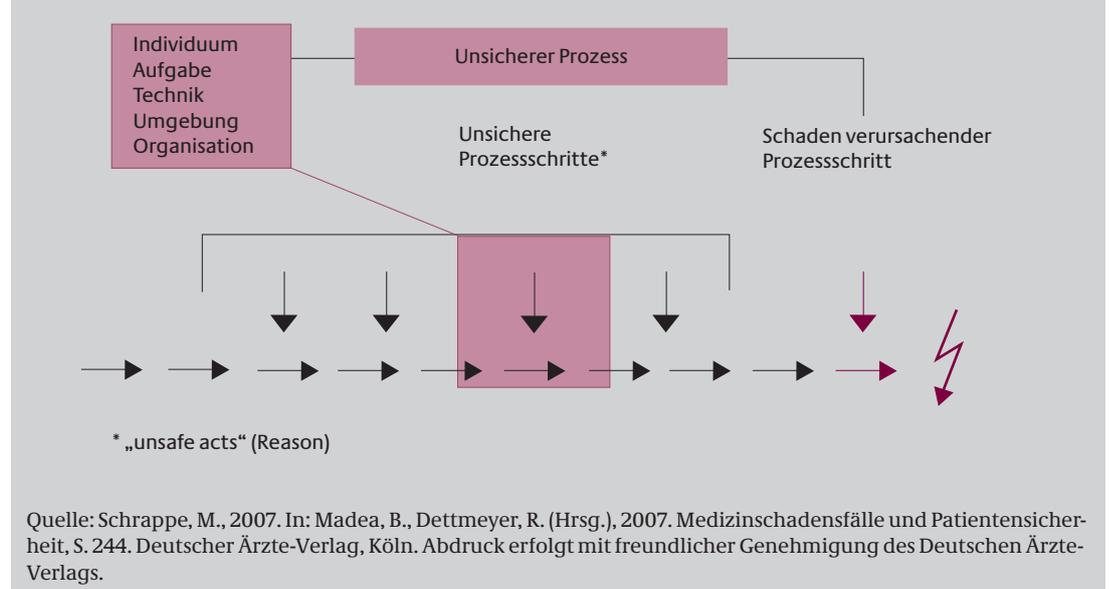
Im Englischen unterstreicht das Wort „**bowing**“ (for apology; dt.: sich verbeugen), die damit verbundene Demutsgeste sehr bildlich (vgl. 2.4.1).

In der Medizin hat sich in den letzten Jahren eine umfangreiche Fehlersystematik etabliert. Zentral sind die sogenannten „adverse events“ oder unerwünschten Ereignisse vor allem bei Medikamentengaben oder Operationen. Im Rahmen von Pharmastudien gibt es systematische „adverse event reporting systems“, mit denen versucht wird, in kontrollierten Untersuchungen tatsächliche Medikamentennebenwirkungen von subjektiv wahrgenommenen Wirkungen durch den Vergleich zur Placebogabe zu unterscheiden. Andere Definitionen sind aber vielleicht für unseren Zusammenhang wesentlicher. Man spricht in der Medizin auch von **kritischen Ereignissen (critical incidents)**, von Beinahe-Schäden (**near misses**), und man unterteilt Schadensfälle in vermeidbare unerwünschte Ereignisse (preventable adverse events) und unvermeidbare unerwünschte Ereignisse, sodass hier die **Sorgfaltspflicht** mit ins Spiel kommt. Dabei wird also deutlich, dass einerseits fahrlässig gehandelt worden sein kann, wenn ein Schaden entsteht, also ein Fehler vorliegen kann und es sich damit um ein vermeidbares Ereignis handelt. Andererseits gibt es auch Schadensfälle, bei denen bei aller Sorgfalt ein fataler Ausgang nicht zu vermeiden war. Der Prüfung sorgfältigen Vorgehens kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu. Um Sorgfalt prüfen zu können, bedarf es einer hinreichenden Dokumentation, da sonst eine Beweislastumkehr eintritt. Es ist natürlich immer schwierig, nach einem fatalen Ereignis belegen zu wollen, dass man alles richtig gemacht hat. Insofern ist eine sorgfältige Entscheidungsfindung mit Güterabwägung und Dokumentation eine zentrale Voraussetzung, um unvermeidbare von vermeidbaren Schadensfällen unterscheiden zu können. Thomeczek et al. (2007) geben eine Übersicht über Fehlerbegriffe:



Schrappe hat mit Blick auf die Patientensicherheit darauf hingewiesen, dass Fortschritte bei Fehleranalysen und Patientensicherheit auf institutioneller Ebene eingebettet werden müssen. Alle Prozessschritte bedürfen einer eingehenden Analyse, wobei unterschiedliche Dimensionen wie die individuelle Perspektive, die definierte Aufgabe, die Standardvorgehensweise, Umgebung, Umfeld und Organisationsvariablen beachtet werden müssen. Deutlich wird, dass wenn man das Konzept der Fehlerkette ernst nimmt, es sich bei der Entstehung von Fehlern häufig um unsichere Prozessschritte handelt, in der Medizin sogenannte „Care Management Problems“ (Vincent et al., 1998), deren letzter selbst Schaden verursachender Prozessschritt dann zum Ereignis führt.

Abbildung 9: Prozesskette



Will man in Institutionen die Prozesskette nachhaltig beeinflussen, braucht es ein Commitment der Leitung, die Sicherstellung einer nichtbestrafenden Vorgehensweise durch Garantie von Anonymität, durch Immunität, Straffreiheit oder Ähnliches, so könnte meines Erachtens im Kontext der Debatte in der Jugendhilfe derzeit durchaus erwogen werden, ob Ansätze der strafrechtlichen **Diversions**, Straffreiheit bei Selbstmeldung, ähnlich wie im Steuerrecht, die ja nach jüngsten Ereignissen in Deutschland breit diskutiert werden, nicht sinnvollerweise auch hier Anwendung finden können. In der Regel haben selbst schwerste Schadensfälle wie z. B. der Osnabrücker Fall nicht mit massiven Geldstrafen oder gar Haftstrafen geendet, sondern sind eingestellt worden. Mit Blick auf die Verhältnismäßigkeit ließe sich also wahrscheinlich sehr gut, ähnlich wie in der Luft- oder Raumfahrt, eine Melderegulierung etablieren, die Straffreiheit für das rechtzeitige Melden von fehlerhaften Entscheidungen garantiert. Dies wäre natürlich durch ein Rechtsgutachten zu prüfen. **Reduktion der Angst** ist allerdings eine wesentliche Voraussetzung, um aus der Heimlichkeit und Verdeckung herauszukommen und eine Fehlerkultur zu etablieren. Wichtig ist darüber hinaus ein Training bestimmter Mitarbeiter in Schadensanalyse und Analyse der Prozesskette. In der Medizin haben sich Ombudsmannsysteme insbesondere auch bei der Einbeziehung der Patientenperspektive Partizipation bewährt. Auch Steuerungsgruppen zur Koordination von Bemühungen im Fehlerlernen haben sich als sinnvoll erwiesen. Unabdingbar sind fachlich kompetente, rasch reagierende Instrumente zur Rückkoppelung, z. B. „Safety Commissions“.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Mit Unterstützung der Krankenkassen haben sich in Deutschland, zum Teil nach Schweizer Vorbild (dort Stiftung Patientensicherheit Schweiz, welche wiederum auf Vorbilder aus der Schweizer Luftfahrt zurückgegriffen hatte), auch Aktionsbündnisse für Patientensicherheit gebildet. Zentral fokussieren diese Aktionsbündnisse auf die Erarbeitung von konkreten Präventionsstrategien für wichtige Problembereiche.

Am 28. 2. 2008 wurde von dem Aktionsbündnis für Patientensicherheit e. V. eine Patientenbroschüre mit dem Titel „Aus Fehlern lernen“ veröffentlicht. Darin bekennen sich zum einen mehrere Ärzte und Mitarbeiter im Gesundheitswesen öffentlich zu Fehlern, die ihnen unterlaufen sind. Zum anderen wird darin die systematische Fehleranalyse anhand der oben vorgestellten Methodik gefordert und anhand praktischer Fallbeispiele erläutert. Diese Broschüre stieß auf großes Interesse in den Medien und in den Reihen der Ärzteschaft teilweise auf große Widerstände (Becker & Zander, 2008).

Dieses Aktionsbündnis für Patientensicherheit ist ein Pendant zu der schweizerischen Stiftung für Patientensicherheit und vor allem politisch tätig. Auch zwei bedeutende Haftpflichtversicherungen für Krankenhäuser haben sich dem angeschlossen. Diese arbeiten intern ebenfalls mit Berichterstattungssystemen. Dabei besteht jedoch die Gefahr des Missbrauchs der evaluierten Daten für eigene Zwecke.

Das Patienten-Sicherheits-und-Simulations-Zentrum an der Universitätsklinik Tübingen (TüPASS) hat ein überregionales und interdisziplinäres Berichterstattungssystem „Patienten-Sicherheits-Informations-System“ (PaSIS) eingerichtet, in dem Angehörige des Gesundheitswesens Beinahe-Fehler und kritische Ereignisse berichten können. Daneben gibt es noch ein spezielles Berichterstattungssystem für die Notfallmedizin, das Patienten-Sicherheits-Optimierungs-System (PaSOS). Die Angaben von Meldern werden streng vertraulich behandelt und pseudonymisiert: Jedem Eintrag wird ein Code zugewiesen, der im Internet markiert wird. Sollte es Rückfragen oder Rückmeldungen geben, kann sich die entsprechende Person dann auf diesen Code hin melden. Der Code wird verschlüsselt in einer Datenbank hinterlegt, ohne jegliche Angaben zu Namen oder sonstigen persönlichen Daten. Die Anonymität der Daten hat dabei oberste Priorität. Im Zweifel wird sogar in Kauf genommen, dass Daten verloren gehen, über die man den Melder hätte identifizieren können. Dieses Problem stellt sich häufig bei kleineren Berichtseinheiten, z. B. kleineren Krankenhäusern. Zu genaue Laborwerte und weitere vermeintliche Kleinigkeiten könnten unter Umständen zur Identifizierung des Melders führen. Seitens PaSIS werden diese Daten dann entweder modifiziert oder auch ganz gelöscht. Damit andererseits aber auch sichergestellt wird, dass Systemfehler oder Fehler an technischer Ausrüstung auch vor Ort behoben werden können, melden sich die Kliniken bei PaSIS an, sodass nachvollzogen werden kann, welche Fälle sie betreffen. Besonderer Wert wird dabei auf die Analyse durch ein Expertenteam sowie auf ein zeitnahe Feedback bei den Meldern gelegt.

PaSIS umfasst inzwischen deutschlandweit 42 Kliniken, davon vier Unikliniken und sechs Maximalversichernde. Auch eine große österreichische Klinik ist bereits bei PaSIS gemeldet, eine zweite wird in Kürze folgen.

Neben PaSIS/PaSOS gibt es noch weitere medizinische Berichterstattungssysteme:

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

- „Jeder Fehler zählt“, ein Berichterstattungssystem der niedergelassenen Hausärzte. Dieses dient jedoch mehr der Transparentmachung von Fehlern. Eine vertiefte Analyse durch Experten erfolgte bislang nicht. Erst jetzt wird mit der Erstellung einer Analyse durch externe Dritte begonnen.
- CIRS (Critical Incident Reporting System) medical, ein Berichterstattungssystem, welches an Schweizer Kliniken eingerichtet wurde. Auch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (äzq) in Deutschland nimmt daran teil, unterstützt von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Allerdings erfolgt hier ebenfalls noch keine Analyse durch Experten mit einem anschließenden Feedback an die Melder. Das internetbasierte Berichterstattungssystem ist anonym, freiwillig und sanktionsfrei. Es stellt ein Diskussionsforum für Ärzte und anderes medizinisches Fachpersonal dar. Durch den gegenseitigen Erfahrungsaustausch sollen Fehler in Zukunft vermieden und Risiken minimiert werden (Deutsches Ärzteblatt, 2008).
- CIR (Critical Incident Reporting) net, ein neues Schweizer Projekt, welches sämtliche kleinen Berichterstattungssysteme in der Schweiz zusammenfassen will. Expertenanalysen werden seit Mitte 2007 durchgeführt. Als besonderes Problem stellt sich hierbei die für das System erforderliche Dreisprachigkeit (Deutsch, Französisch, Italienisch) dar.
- Kuratorium Deutscher Altershilfe (KDA), auch hier gibt es aufgrund Personalmangels kein Feedback für die Melder.
- CIRS Notfallmedizin wurde in Kempten durch Professor Sevrin ins Leben gerufen.
- CIRS Forum Patientensicherheit.
- BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte).

Ferner gibt es viele kleine Berichterstattungssysteme in einzelnen Krankenhäusern. So hat etwa die Berliner Charité ein Berichterstattungssystem eingeführt (nicht zuletzt aufgrund der Morde durch eine Krankenschwester des Klinikums). Dieses wird jedoch in Papierform geführt und bietet somit keine rechtliche Sicherheit bezüglich einer möglichen Strafverfolgung bzw. der Beschlagnahme der Daten durch die Polizei/Staatsanwaltschaft.

Auch an der Medizinischen Hochschule Hannover wurde ein Berichterstattungssystem eingeführt, welches erfolgreich ist. Allerdings wird dieses nicht der Öffentlichkeit zugänglich gemacht aus Angst vor einer Kollision mit datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie einer möglichen Strafverfolgung durch die Staatsanwaltschaft.

Es könnte naheliegen, in der Folge eines gründlichen Fehleranalyseprojektes auch in Deutschland in der Jugendhilfe ein Aktionsbündnis Kindersicherheit durch verbessertes interdisziplinäres Fallmanagement und Prozessanalyse zu gründen. Derzeit bestehen im Bereich der Medizin konkrete Pläne zur Einrichtung eines Trainingszentrums, in dem spezifische Angebote zur Ausbildung in Schadensanalyse, Kommunikation und Arbeitspsychologie vermittelt werden (Schrappe, 2007). Wahrscheinlich sind „Critical Incident Reporting

Systeme“ aus der Pädiatrie, d. h. der Kinderheilkunde, noch am ehesten auf die Situation in der Jugendhilfe zu übertragen. Die Norddeutschen Kinderkliniken haben ein Projekt durchgeführt (Norddeutsches Risikomanagementprojekt: „Risiken verringern – Sicherheit steigern – Kinderkliniken für Patientensicherheit“).

Vereinigt waren folgende Kinderkliniken:

Bremen: Professor-Hess-Kinderklinik, Klinikum Mitte (Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Monika Ellmers, Irmgard Danne);

Klinik für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Klinikum Mitte (Dr. Georg Selzer, Gabriele Thiele, Irmgard Danne);

Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Klinikum Links der Weser (Dr. Martin Claßen, Ruth Linden, Truus Strom);

Klinik für Kinder- u. Jugendmedizin, Klinikum Nord (Dr. Christian Ribbentrop, Dr. Heiko Bratke, Annegret Hashagen, Sabine Ihlenfeldt, Elke Streit);

Hamburg: Altonaer Kinderkrankenhaus (Dr. Martin Richter, Heike Jipp, Hans Olshausen);

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift (Michael Korf, Annica Christensen);

Klinikum Nord – Heidberg, Abt. für Kinderheilkunde (Uwe Thiede, Heike Sellhorn);

Krankenhaus Mariahilf (Heiko Mattern, Mandy Wessel, Dr. Gyde Jungjohann, Dr. F. Baumann);

Klinik und Poliklinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie; Universitätsklinikum Eppendorf (Dr. Johannes Drescher, Thomas Schnahs);

Zentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Eppendorf (Prof. Dr. Hans Henning Hellwege, Heiderose Killmer);

Hannover: Pädiatrische Kardiologie und Intensivmedizin, Kinderklinik Medizinische Hochschule Hannover (Dr. Michael Sasse, Dr. Friederike Danne, Christiane Ganzer);

Kiel: Klinik für Allgemeine Pädiatrie/Onkologische/Station M1 (Dr. Alexander Claviez, Christian Timke, Monika Herzog);

Klinik für Neuropädiatrie/Station NP (Dr. Andreas van Baalen, Brigitte Kaack);

Interdisz. Intensiv-Station der Klinik für Allgemeine Pädiatrie und Klinik für Kinderkardiologie/Station KI (Dr. Olaf Jung, PD Dr. Martin Krause, Chris Hart, Monika Trent);

alle Universitätsklinika Schleswig-Holsteins.

In dieser Zusammenarbeit wurde ein Berichtsbogen entwickelt, der einfache Fragen stellt und Freitext zur Verfügung stellt, um Fehlerereignisse zu berichten. Die Fragen werden im Folgenden wiedergegeben:

- Wer berichtet?
- Wer ist betroffen?
- Woran leidet die Patientin/der Patient?
- Was ist passiert und mit welchen Folgen?
- Wie schätzen Sie die Folgen zum jetzigen Zeitpunkt ein?

- | Wo und wann fand der Vorfall statt?
- | Wobei ist der Vorfall passiert?
- | Wer oder was hat den Vorfall hauptsächlich ausgelöst?
- | Warum ist es passiert?
- | Persönliche Gründe in der Kommunikation?
- | Gründe in der Organisation?
- | Wie wäre ein solcher Vorfall künftig zu vermeiden?

Dieser Berichtsbogen wurde vom Institut für Gesundheits- und Medizinrecht in Bremen weiterentwickelt, die Berichte wurden dort gesammelt, analysiert und ausgewertet. Vor allem aber wurden die Auswertungsergebnisse zurückgemeldet und mit Vorschlägen zur Fehlervermeidung versehen. Zusätzlich wurden monatlich Beispielfälle mit medizinischen und rechtlichen Kommentaren versehen und an die Beteiligten verschickt. Dadurch ergab sich eine permanente Kommunikation zwischen innen (Kliniken) und außen (Institut), die für die Funktionsfähigkeit eines solchen Risikomanagements unverzichtbar ist (Hart & Becker-Schwarze, 2007).

Seit Beginn dieses Projektes im Mai 2005 gingen ungefähr 1.000 Berichte ein. Die Berichte kamen im Durchschnitt zu 70% aus dem Bereich der Pflege und zu 30% aus dem Bereich der Ärzteschaft. Hart 2007 berichtet über risikovermindernde Maßnahmen, die sich aus diesem Fehlermeldesystem ergeben haben. Dabei betont er, dass Standards ärztlichen und pflegerischen Handelns stärker definiert und hervorgehoben worden seien. Ein Augenmerk sei auf die Organisation von Prozessen und die Kommunikation innerhalb von Kliniken und zwischen unterschiedlichen Akteuren gerichtet worden (Hart & Becker-Schwarze, 2007).

Das Projekt endete jedoch im Sommer 2007, nachdem die Finanzierung ausgelaufen war.

In geschlossenen Berichterstattungssystemen (innerhalb von Krankenhäusern) war die Wahrung der Anonymität schwieriger als in einem offenen System einer Fachgesellschaft. Dafür war es einfacher, eine permanente Kommunikation zwischen innen und außen herzustellen und zeitnah auf die Berichte zu reagieren, was anhaltende Aufmerksamkeit der Melder gewährleistet und der Gefahr des „Vergessens“ vorbeugt. Offene Berichterstattungssysteme würden auf Dauer an der fehlenden Gegenseitigkeit des Austauschs scheitern, wenn sie nicht mit besonderen Anreizen und Rückkoppelungen verbunden sind (Hart & Becker-Schwarze, 2007). Wichtig ist, dass die Evaluation der Berichte zu Konsequenzen im Risikomanagement führen.

2.6 Fazit

Eine systematische Fehleranalyse, welche Fehler, Zwischenfälle und Unfälle nutzt, um aus ihnen für die Zukunft zu lernen, hat sich in vielen Bereichen der Technik und der Industrie bewährt. Insbesondere in der Luftfahrt und in der Kernkraft hat die Fehleranalyse eine lange Tradition, anhand derer viele Verbesserungen eingeführt wurden, die einen direkten Einfluss auf die Sicherheit hatten. In der Medizin wird dieses Instrument derzeit immer stärker eingesetzt.

Losgelöst von dem traditionellen Schulddenken und der Suche nach einem Sündenbock bieten Fehler und Zwischenfälle die Möglichkeit, Risiken im Gesamtsystem zu erkennen und zu eliminieren, sodass eine kontinuierliche Verbesserung der Sicherheitsstandards eines Unternehmens oder einer Organisation erfolgt. In einer Fehlerkultur, welche dies anerkennt, haben sich freiwillige Berichtssysteme bewährt, die die eingehenden Meldungen streng vertraulich oder sogar anonym behandeln, sie analysieren und die evaluierten Ergebnisse der Fachöffentlichkeit bekannt geben. Ein wesentlicher Aspekt der freiwilligen Meldesysteme ist die Sanktionsfreiheit, weil dies die Meldebereitschaft deutlich erhöht.

Fehler sind für gewöhnlich nicht allein auf menschliches Versagen zurückzuführen, sondern entstehen in einem bestimmten systematischen Kontext, welcher durch eine generelle Fehleranalyse aufgedeckt wird. Fehler werden auch nie gänzlich ausgeschlossen werden können. Im Regelfall werden Fehler auf anderen Ebenen von den vorhandenen Sicherheitsbarrieren abgefangen. Kommt es aber auf allen Ebenen zu Fehlern und versagen die Kontrollmechanismen, entsteht ein unerwünschtes Ereignis. Um die Schwachstellen in den Sicherheitsbarrieren sowie im gesamten System transparent zu machen, ist es wichtig, ein gezieltes Risiko- und Fehlermanagement zu implementieren, welches ein freiwilliges Berichterstattungssystem beinhalten sollte.

Während einer Fachtagung in Berlin am 29. und 30. 11. 2001 zu dem Thema „Die Verantwortung der Jugendhilfe zur Sicherung des Kindeswohls“ äußerte ein Teilnehmer, es sei gut, dass man nicht wisse, wie viele Fälle von Kindeswohlgefährdung man mit professioneller Sozialarbeit schon verhindert habe. Vielleicht sollte jedoch ein Umdenken in der Hinsicht erfolgen, dass gerade das Wissen über fehlerverhindernde Ressourcen verbreitert und verbreitet wird, um zukünftig Risiken gezielt zu verringern und Fehler zu vermeiden.

III.

Rechtliche Fragestellungen in Bezug auf systematisches Fehlerlernen in Berichterstattungssystemen und retrospektiven Kommissionen

3.1 Rechtliche Fragestellungen bezüglich der Berichterstattungssysteme

3.1.1 Verfassungsmäßigkeit

Die rechtliche Zulässigkeit eines Meldesystems muss sich zunächst an der Verfassung, dem Grundgesetz, selbst orientieren. Hierfür ist Voraussetzung, dass die Implementierung eines Berichterstattungssystems die Grundrechte Dritter nicht verletzt bzw. soweit durch die Implementierung Grundrechte Dritter beschränkt werden, dies angemessen im Sinne der Verfassung ist.

Die Einrichtung eines Berichterstattungssystems könnte grundsätzlich mit dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung (Art. 1 Abs. 1 i. V. m. Art. 2 Abs. 1 GG) sowie dem Grundrecht der Eltern auf Erziehung ihrer Kinder (Art. 6 Abs. 2 GG) kollidieren. In diesen Fällen müsste sichergestellt sein, dass ein solches Berichtssystem einen verfassungskonformen Zweck erfüllt und diesen mit geeigneten, erforderlichen und angemessenen Mitteln verfolgt.

Voraussetzung hierfür ist, dass klar definiert wird, was in einem solchen Berichtssystem gemeldet werden soll. Insofern könnten die oben unter 2.2 aufgeführten Definitionen „Beinahe-Fehler“, „Fehler“ und „Zwischenfall“ bzw. „kritisches Ereignis“ herangezogen werden. Ferner müsste ausdrücklich geregelt werden, wie das Berichterstattungssystem aufgebaut und durchgeführt wird. Dem Bestimmtheitsgrundsatz (die rechtliche Zulässigkeit muss im Lichte der beeinträchtigten Grundrechte ausreichend konkretisiert sein) ist Rechnung zu tragen.

3.1.2 Datenschutz

a) Geschichte und gesetzliche Grundlagen des Datenschutzes

Bereits Ende der 50er-Jahre des letzten Jahrhunderts wurde die Datenerhebung durch die Verfassungsschutzbehörden und Nachrichtendienste problematisiert. Etwa ein Jahrzehnt später wurden die Möglichkeiten der computergestützten Datenverarbeitung zum Gegenstand der Datenschutzdiskussion (Steigerwald, 1996). Das Bundesverfassungsgericht verschärfte und präziserte mit seinem Volkszählungsurteil von 1983 die Datenschutzanforderungen. Der Bürger hat ein Recht, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten zu bestimmen. Dieses Recht auf informationelle Selbstbestimmung folgt aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG (Steigerwald, 1996).

Der Datenschutz ist bundesrechtlich im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. In den einzelnen Bundesländern gibt es eigene Landesdatenschutzgesetze. Daneben gibt es bereichsspezifische Datenschutzregelungen, insbesondere in den Datenschutzregelungen des Sozialgesetzbuches (SGB) (Steigerwald, 1996). Der Schwerpunkt der datenschutzrechtlichen Regelungen liegt dabei auf den personenbezogenen Daten.

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

b) Personenbezogene Daten

Personenbezogene Daten sind gemäß § 3 Abs. 1 BDSG Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person (Betroffener). Die Definition wurde bewusst weit gefasst. Darunter fallen Angaben über Name und Alter, Daten über Gesundheit, charakterliche Eigenschaften, Qualifikation und bestimmte Tätigkeitszeiten. Entsprechend der Vorgabe durch die EG-Datenschutzrichtlinie von 1995 wurden Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder Sexualleben als besondere Art personenbezogener Daten bestimmt, § 3 Abs. 9 BDSG (Geis, 2007). Lediglich auf Sammelangaben über einen bestimmten Personenkreis (z. B. die Höhe der Gehälter in einem Unternehmen) oder auf anonyme Daten findet der Datenschutz keine Anwendung.

Unter anonymisierten Daten versteht man solche, die derart verändert worden sind, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person zugeordnet werden können, § 3 Abs. 6 BDSG (Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz, 2005).

Dagegen versteht man unter Pseudonymisierung gemäß § 3 Abs. 6a BDSG das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Reidentifizierungsrisiken können sich aus dem Verfahren der Pseudonymgenerierung und/oder dem Umfang der Datensätze ergeben. Da eine Rückverfolgung auf eine bestimmte oder bestimmbarer Person nicht ausgeschlossen ist, unterliegen die pseudonymisierten Daten weiterhin den Datenschutzgesetzen.

Das BDSG trennt grundsätzlich zwischen Datenschutz im öffentlichen und im nicht öffentlichen Bereich. Der Begriff der „öffentlich-rechtlich organisierten Einrichtungen“ in § 2 Abs. 1 BDSG umfasst alle staatlichen Stellen, also Behörden, Organe der Rechtspflege und andere Einrichtungen des Bundes, die weder Behörden noch Organe der Rechtspflege sind. Für öffentliche Stellen der Länder gelten die jeweiligen Landesdatenschutzgesetze, § 2 Abs. 2 BDSG (Geis, 2007). Unter „nicht-öffentlichen Stellen“ versteht das Gesetz natürliche und juristische Personen, Gesellschaften und andere Personenvereinigungen des Privatrechts, soweit sie nicht zu den öffentlichen Stellen zählen, § 2 Abs. 4 BDSG. Sofern sie Daten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen oder in oder aus nicht automatisierten Dateien verarbeiten, nutzen oder dafür erheben, unterliegen auch sie dem BDSG. Nur bei Datenerhebungen bzw. Datenverarbeitungen ausschließlich für den persönlichen oder familiären Bereich ist das BDSG nicht anwendbar (Geis, 2007).

Gemäß § 5 BDSG ist es den bei der Datenverarbeitung beschäftigten Personen untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen (Datengeheimnis). Ferner sind diese Personen gemäß § 5 BDSG bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit auf das Datengeheimnis zu verpflichten, welches auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit fortbesteht. Verstöße gegen den Datenschutz können als Ordnungswidrigkeiten (§ 43 Abs. 2 BDSG) oder als Straftaten (§ 44 BDSG) mit Geldbußen oder Freiheitsstrafen bis zu zwei Jahren geahndet werden.

c) Definitionen

Im Folgenden werden zunächst die wichtigsten Begriffe im Bereich des Datenschutzes definiert:

I „Verantwortliche Stelle“

Jede Person oder Stelle, die personenbezogene Daten erhebt, verarbeitet oder nutzt, ist eine verantwortliche Stelle im Sinne des § 3 Abs. 7 BDSG.

I „Empfänger“

Die Person oder Stelle, welche die Daten erhält, ist Empfänger im Sinne des § 3 Abs. 8 S. 1 BDSG.

I „Erheben“

„Erheben“ von Daten ist das gezielte Beschaffen von Daten über den Betroffenen, § 3 Abs. 3 BDSG.

I „Datenverarbeitung“

Unter „Datenverarbeitung“ werden mehrere Vorgänge verstanden:

- I das „Speichern“, welches das Erfassen, Aufnehmen und Aufbewahren personenbezogener Daten auf einem Datenträger zum Zweck ihrer weiteren Verarbeitung oder Nutzung umfasst, § 3 Abs. 4 Nr. 1 BDSG;
- I das „Verändern“, also das inhaltliche Umgestalten gespeicherter personenbezogener Daten, § 3 Abs. 4 Nr. 2 BDSG;
- I das „Bekanntgeben“ gespeicherter oder durch Datenverarbeitung gewonnener personenbezogener Daten an eine andere Person als den Betroffenen, also das Übermitteln, wenn die Daten durch die speichernde Stelle an den Empfänger weitergegeben werden oder der Empfänger von der speichernden Stelle Daten konkret einsieht oder abrufen, § 3 Abs. 4 Nr. 3 BDSG;
- I das „Sperrern“, das Kennzeichnen personenbezogener Daten, um ihre weitere Verarbeitung oder Nutzung einzuschränken, § 3 Abs. 4 Nr. 4 BDSG;
- I das „Löschen“, also das Unkenntlichmachen der Informationen auf dem Datenträger, § 3 Abs. 4 Nr. 5 BDSG.

I „Nutzen“

Unter „Nutzen“ versteht man jede Verwendung personenbezogener Daten, soweit es sich nicht um deren Verarbeitung handelt, § 3 Abs. 5 BDSG.

d) Erlaubnisvorbehalt/Zweckbindung

Grundsätzlich sind Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung unzulässig, sofern dies nicht ausnahmsweise erlaubt ist, § 4 BDSG. Die Erlaubnis kann sich entweder aus gesetzlichen Regelungen ergeben oder aus der Einwilligung des Betroffenen, § 4 Abs. 1 BDSG.

Gemäß §§ 14, 28, 29 BDSG ist die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten durch öffentliche Stellung weiterhin grundsätzlich nur zulässig, wenn dies zur Erfüllung der in der Zuständigkeit der verantwortlichen Stelle liegenden Aufgaben erforderlich ist und sie für die Zwecke erfolgt, für die die Daten erhoben bzw. gespeichert worden sind (sogenannte „Zweckbindung“). Der Zweck, für den die Daten verarbeitet oder genutzt werden sollen, ist somit bereits bei der Erhebung konkret festzulegen, § 28 Abs. 1 S. 2 BDSG. Aufgrund von entsprechenden Rechtsvorschriften, der Einwilligung des Betroffenen oder aus sachlichen Gründen, wie z. B. dem Interesse des Betroffenen oder zur Gefahrenabwehr, kann aber ausnahmsweise die Verarbeitung personenbezogener Daten für einen anderen Zweck zulässig sein (Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, 2007).

e) Betroffene

In einem Berichterstattungssystem kommen in der Regel die datenschutzrechtlichen Belange zweier Personengruppen in Betracht: diejenigen der Melder und diejenigen derer, über die im Rahmen der Meldungen berichtet wird.

Hinsichtlich des Datenschutzes und bezogen auf die Berichterstatter wird in aller Regel von der Einwilligung auszugehen sein, da die Berichterstattungssysteme freiwillig und nicht verpflichtend sind. Jedoch ist sehr wichtig, dass die Angaben der Melder pseudonymisiert oder sogar anonymisiert werden, damit das Vertrauen der Melder in das Berichtssystem erhalten bleibt. Ein Bruch der Vertraulichkeit kann das Zusammenstürzen des gesamten Systems nach sich ziehen (Kuhn, 2003). Allerdings kann die Anonymisierung/Pseudonymisierung mit erheblichem Aufwand verbunden sein. Außerdem besteht die Gefahr, dass sich die einzelnen Berichte trotz Anonymisierung/Pseudonymisierung zuordnen lassen, wenn ein Fall öffentlich bekannt wird. Insbesondere in kleinen Berichtseinheiten besteht selbst bei pseudonymisierten Daten die Gefahr der Re-Identifizierung anhand des geschilderten Ereignisses. In diesen Fällen ist es empfehlenswert, nur kritische Ereignisse ohne Schaden zu berichten. Grundsätzlich sollte jedoch in allen Berichterstattungssystemen darauf geachtet werden, dass personenbezogene Daten und spezifische Details durch die Administratoren gelöscht bzw. verändert werden. Die Verfremdung der Falldaten setzt aber in jedem Fall voraus, dass die Validität für die Auswertung der Berichte erhalten bleibt. Die De-Identifikation kann nicht nur die Unkenntlichmachung von Personen und Orten beinhalten, sondern auch bedeuten, die Originalmeldung nach der Auswertung zu vernichten. Im ASRS-Programm der Luftfahrt erfolgt die Löschung der Personenidentifikation in der Regel innerhalb von 72 Stunden nach Eingang der Meldung. Ferner besteht eine gesetzliche Zweckbindungsgarantie für das ASRS. Allerdings können je nach Zusatzwissen einige Leser trotz De-Identifikation erkennen, um welche Personen oder Institutionen es sich handelte. Es empfiehlt sich daher, die De-Identifikation in einem Team unter Einbezug der Mitarbeiter durchzuführen, damit auch berufsspezifisch ein Feedback an die Kollegen erfolgen kann, wie konkret de-identifiziert wird. Dies wird das Sicherheitsgefühl der Meldenden stärken. Hinsichtlich der Vernichtung der Originalmeldung besteht ein Zielkonflikt: Aus Gründen

des Vertraulichkeitsschutzes und des Datenschutzes ist die Vernichtung anzuraten. Allerdings kann es wichtig sein, bei Auftreten von neuen kritischen Ereignissen alte Meldungen erneut unter die Lupe zu nehmen. Daher könnte die Entgegennahme und Auswertungsbegleitung an eine externe Stelle, etwa ein Anwaltsbüro, eine Lösung sein. Sinnvollerweise ist auch eine Datenbearbeitungs-/Datenschutzrichtlinie zu formulieren (Kuhn, 2003).

Für PaSIS/PaSOS wurde ein eigenes System entwickelt, um die Anonymität aller beteiligten Personen zu gewährleisten, welche höchste Priorität hat. Die Auswertung der Berichte hat sich dem Prinzip der Anonymität ausdrücklich unterzuordnen. Eher wird ein Fall nicht berichtet oder nicht im gemeldeten Umfang veröffentlicht, wenn Rückschlüsse auf den Melder bzw. seine Institution nicht sicher ausgeschlossen werden können. Ein eingehender Fallbericht wird in einer Datenbank hinterlegt, die nur von einem autorisierten „Anonymisierer“ ausgelesen werden kann. Dem Analyse-Team und den Nutzern werden nur de-identifizierte bzw. anonymisierte Daten zur Verfügung gestellt. Nach der De-Identifikation wird der Original-Fallbericht aus der Datenbank gelöscht. Erhalten bleiben nur die anonymisierten Daten, die Fallnummer und der Fallcode. Letztere werden vergeben, damit später eventuell noch offene Fragen anonym beantwortet werden können. Die gespeicherten Daten, welche auf einem Server im Hochsicherheitstrakt eines professionellen Internet-Anbieters diebstahlsicher verwahrt werden, enthalten keine Informationen, die Rückschlüsse auf die Melder zuließen. IPs, Computer- oder Internetzugangsdaten werden nicht gespeichert.

Außer den Daten der Melder können auch die personenbezogenen Daten Dritter datenschutzrechtlich in Betracht kommen, über die unter Umständen in einer Meldung berichtet wird. Zum Beispiel kann der Fehlerbericht eines Arztes Angaben über medizinische Daten eines Patienten beinhalten oder der Bericht eines Mitarbeiters des Jugendamtes Daten über das persönliche Umfeld einer bestimmten Familie. Da es hier keine Rechtsvorschrift für die Übermittlung solcher Daten gibt, ist grundsätzlich die Einwilligung der betroffenen Personen einzuholen, falls personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet oder genutzt werden sollen. Anders stellt sich dies jedoch dar, wenn die Daten anonym sind. Wenn Rückschlüsse auf eine bestimmte oder bestimmbare Person nicht möglich sind, bedarf es weder einer gesetzlichen Regelung noch der Einwilligung der Betroffenen. Solange sich aus den übermittelten personenbezogenen Daten nicht die Identität des Betroffenen herauslesen lässt, bestehen hier keine datenschutzrechtlichen Probleme. Eine vollständige Anonymität könnte jedoch problematisch werden, wenn etwa in einem kleinen Berichtsbereich oder nach Öffentlichwerden eines Falles eine Identifizierung möglich ist. Es stellt sich auch die Frage der Praktikabilität. Um die Meldungen im Bereich Kinderschutz analysieren zu können, bedarf es eines breiten Fallwissens. Anonyme Meldungen, die keinen Kontakt zu dem Melder ermöglichen, können hier oftmals unzulänglich sein. Damit bedarf es grundsätzlich zunächst einer gesetzlichen Erlaubnisvorschrift zur Datenübermittlung.

f) Beschlagnahme und Offenbarung der Daten

Eine weitere Schwierigkeit im Rahmen des Datenschutzes stellt sich unter dem Gesichtspunkt der Offenbarung und Beschlagnahme der Daten im Strafverfahren dar.

Mit der Datenübermittlung verlieren die Daten regelmäßig den strafrechtlichen Schutz vor Offenbarung und Beschlagnahme im Strafverfahren. Bezüglich dieser Daten besteht daher kein Zeugnisverweigerungsrecht. Die 67. Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder im März 2004 hat sich daher für die Einführung eines Forschungsgeheimnisses zunächst nur für medizinische Daten ausgesprochen. Dadurch soll unter anderem ein Zeugnisverweigerungsrecht für Forscher und ein Verbot der Beschlagnahme dieser Daten geschaffen werden. Diese Vorschläge stellen aber nur einen ersten Schritt auf dem Weg zu einer allgemeinen Regelung des besonderen Schutzes personenbezogener Daten in der Forschung dar. Durch solche Regelungen würde die rechtlich zulässige Datenübermittlung erleichtert (Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, http://www.bfdi.bund.de/cln_027/nn_530456/DE/Themen/EinzelneRechtsgebiete/Verwaltungsrecht/Artikel/Forschungsgeheimnis.html, letzter Aufruf am 23. 4. 2008).

Im Falle von PaSIS/PaSOS besteht dagegen auch unter diesen Aspekten ein hoher Datenschutz. PaSIS/PaSOS wurde als Informationsdienst der Fachöffentlichkeit und damit als Redaktion anerkannt. Dies bedeutet, dass für PaSIS/PaSOS als Redaktion, für die Mitarbeiter, aber auch für die Melder Presserecht gilt. Damit steht den beteiligten Personen ein Zeugnisverweigerungsrecht gemäß § 383 Abs. 1 Nr. 5 Zivilprozessordnung (ZPO) für das Zivilverfahren und nach § 53 Abs. 1 Nr. 5 Strafprozessordnung (StPO) für das Strafverfahren zu. Das weitreichende Zeugnisverweigerungsrecht des § 53 Abs. 1 Nr. 5 StPO erstreckt sich auf die Person des Informanten, die im Hinblick auf ihre Tätigkeit gemachte Mitteilung, deren Inhalt, den Inhalt selbst erarbeiteter Materialien und den Gegenstand berufsbezogener Wahrnehmungen. Ferner unterliegen alle Daten gemäß § 97 Abs. 5 StPO grundsätzlich einem Beschlagnahmeverbot hinsichtlich Schriftstücken, Ton-, Bild- und Datenträgern, die sich im Gewahrsam der Mitarbeiter oder der Redaktion befinden. Zumindest ist eine Versiegelung bis zur endgültigen Prüfung zu veranlassen.

§ 8a SGB VIII

Informationen aus den Jugendämtern sind Sozialdaten gemäß § 35 Abs. 1 SGB I. Unter Sozialdaten versteht man Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person (Betroffener), die von einer in § 35 SGB I genannten Stelle im Hinblick auf ihre Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, § 67 Abs. 1 S. 1 SGB X.

Im Kinder- und Jugendschutz besteht eine spezial-gesetzliche Norm hinsichtlich des Datenschutzes, § 65 SGB VIII. Dies ist die zentrale Vorschrift in der Kinder- und Jugendhilfe, die dem besonderen Vertrauensschutz in der Familienhilfe Rechnung trägt. Das Vertrauen in den jeweiligen Hilfebeziehungen im Jugendamt, in der Beratungsstelle, in der sozialpädagogischen Familienhilfe, im Kindergarten oder in der sonstigen Kinder- und Jugendschutzarbeit stellt eine wichtige Grundlage für das Gelingen der jeweiligen Hilfe dar. Daher schützt das Recht diese Vertrauensbeziehung und stellt klar, dass der Schutz der personenbezogenen Daten sowohl im Jugendamt als auch beim vertraglich verpflichteten Träger von Einrichtungen und Diensten zu gewährleisten ist, § 61 SGB VIII. Gemäß § 65 SGB VIII dürfen Sozialdaten, die einem Mitarbeiter eines Trägers der öffentlichen Jugendhilfe anvertraut worden sind, nur unter den in dieser Vorschrift aufgezählten Voraussetzungen (Einwilligung oder unter den Voraussetzungen, wonach auch die Schweigepflicht gem. § 203 StGB

gebrochen werden darf) weitergegeben werden (Meysen, 2006). Unter gewissen Voraussetzungen normiert § 8a SGB VIII jedoch eine Pflicht der Fachkräfte bei einem Leistungserbringer zur Weitergabe von Informationen an das Jugendamt, und zwar dann, wenn einer Fachkraft gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt geworden sind, sie zusammen mit einer insoweit erfahrenen Fachkraft eine erste Gefährdungseinschätzung vorgenommen hat, sie vorher oder im Anschluss auf die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten zugegangen ist, um auf die Inanspruchnahme von entsprechenden Hilfen hinzuwirken, und eine (weitere) Risikoabschätzung ergeben hat, dass die eigene Hilfe und ggf. weitere bereits in Anspruch genommene Hilfen nicht zur Gefährdungsabwendung ausreichen, § 8a Abs. 2 SGB VIII. Damit entspricht die Schwelle, ab wann die Weitergabe von Informationen an das Jugendamt zulässig ist, derjenigen, ab der das Jugendamt das Familiengericht anzurufen hat, § 8a Abs. 3 S. 1 SGB VIII.

Bei Gefahr der Vernachlässigung oder Gewaltanwendung, insbesondere bei dem Vorliegen einer Gefahr für Leib und Leben des Kindes, darf eine Übermittlung dieser Daten somit erfolgen. Grundsätzlich dürfen auch Ärzte Daten an die Jugendämter oder an die Polizei weiterleiten, wenn die Gefahr für Leib und Leben des Kindes nicht anders abgewehrt werden kann. Die Schweigepflicht nach § 203 StGB steht dann einer Weitergabe der Informationen nicht entgegen (Meysen, 2006).

3.1.3 Zivilrechtliche Haftung

a) Organisationsverschulden

Eine zentrale Kategorie des modernen Zurechnungs- und Haftungsrechts bildet das Organisationsverschulden (Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e. V., DGMR, 2006). Damit ist gemeint, dass der Träger einer Einrichtung bzw. ein Unternehmer dafür sorgen muss, dass die innerbetrieblichen Abläufe derart organisiert sind, dass eine ordnungsgemäße Geschäftsabwicklung möglich ist. Die Organisationspflicht umfasst Auswahl, Überwachungs- und Anleitungspflichten sowie die Pflicht zur Ausstattung des Personals mit den adäquaten technischen Hilfsmitteln. Auch ausreichende personelle und infrastrukturelle Ressourcen müssen bereitgestellt werden (Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e. V., DGMR, 2006).

Fügt ein Mitarbeiter einem Dritten Schaden zu, ist die Einrichtung/das Unternehmen für diesen Schaden verantwortlich. Primär verantwortlich ist der jeweilige Träger der Einrichtung. Eine Haftungsfreistellung kann nur erfolgen, wenn der Träger einen „Entlastungsbeweis“ im Sinne des § 831 Abs. 1 S. 2 BGB führen kann, d. h. wenn er nachweisen kann, dass er die ihm obliegenden Organisationspflichten wahrgenommen hat (Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e. V., DGMR, 2006). Dazu reicht es jedoch nicht, dass der Träger den Nachweis erbringt, dass er den für den fraglichen Bereich verantwortlichen Mitarbeiter sorgfältig ausgewählt und überwacht hat. Darüber hinaus ist er verpflichtet, den gesamten Ablauf der Betriebsvorgänge und die Tätigkeit des Personals so einzurichten und zu überwachen, dass Dritte nicht geschädigt werden. Sollten Strukturen und Organisationsformen dazu verändert werden müssen, sollte ein geeignetes Risikomanagement-Verfahren die Einführung der neuen Strukturen begleiten (Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e. V., DGMR, 2006). Haftungsrechtlich wird das zu beurteilende Tun oder Unterlassen daran gemessen,

ob die im Verkehr erforderliche Sorgfalt gewahrt ist. Anknüpfungspunkt für die verkehrserforderliche Sorgfalt ist der fachliche Standard des betroffenen Sachgebiets (Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e. V., DGMR, 2006).

b) Pflicht zur Einrichtung eines Risikomanagements/Berichterstattungssystems? Rechtliches Regelwerk und insbesondere das Haftungsrecht können die Funktionsfähigkeit des Risikomanagements nicht nur unterstützen, sondern auch behindern. Die präventive Funktion des Haftungsrechts und die Schadensausgleichsfunktion können miteinander in Konflikt geraten. Es stellt sich daher die Frage, ob eine haftungsrechtliche Pflicht zur Einrichtung eines Risikomanagements besteht und welche Pflichten sich ergeben, wenn ein solches eingerichtet ist. Gibt es in beiden Fällen Konsequenzen bei Verletzung der Pflichten? Gibt es Offenbarungspflichten gegenüber Dritten? Nach dem geltenden Straf- und Zivilverfahrensrecht kann es einen staatsanwaltlichen oder gerichtlichen Zugriff auf die in dem Berichterstattungssystem gesammelten Informationen geben, wenn diese zur Klärung individueller Strafvorwürfe oder Fehlerfragen beitragen können. Nur die Anonymität der Systeme kann dies verhindern. Ein bestimmtes Risikomanagementsystem kann durch das Haftungsrecht nicht vorgeschrieben werden, es sei denn, eine sicherheits- oder sozialrechtliche Regelung ordnete dies an. Allerdings kann die Einrichtung eines Risikomanagements den Haftungsschuldner auch nur von der unternehmerischen Organisationshaftung entlasten. In bestimmten Fällen, etwa bei Verdacht einer Gefahrerhöhung, können sich die Organisationspflichten aber situativ so verdichten, dass eine Reaktionspflicht mit dem Inhalt Risikoprävention entsteht. Eine Aufklärungspflicht gegenüber Dritten besteht nur, wenn mit ihnen ein diesbezüglicher Vertrag geschlossen wurde oder eine nachvertragliche Pflicht aus dem vorangehenden Vertrag mit dem Dritten erwächst. Dies ist jedoch nur in Ausnahmefällen gegeben (Hart & Becker-Schwarze, 2005, die diese Aspekte für den medizinischen Bereich untersuchten).

Eine zivilrechtliche Haftung für Schäden an Dritten bleibt somit zunächst grundsätzlich von der Errichtung eines Berichtssystems sowie der Meldung innerhalb eines solchen Systems unberührt.

3.1.4 Strafrechtliche Verantwortung

Grundsätzlich bleiben die strafrechtliche Verantwortung durch die Meldung eines Fehlers oder Unfalls ebenso wie die zivilrechtliche Haftung unberührt. Es stellt sich jedoch die Frage, wann überhaupt eine strafrechtliche Verantwortung in Betracht kommt.

a) Verletzung der Schweigepflicht

Die strafrechtliche Schweigepflicht ist in § 203 StGB verankert. Ein Verstoß gegen diese Schweigepflicht wird gemäß § 205 StGB jedoch nur auf Antrag des Opfers verfolgt. Schutzzweck des § 203 StGB ist die Geheim- und Individualsphäre des Einzelnen, insbesondere Umstände, die sich auf den persönlichen Lebensbereich beziehen. Ausnahmen von der Schweigepflicht können die ausdrückliche Einwilligung des Betroffenen, Meldepflichten, Kapitalverbrechen und im Sozialrecht verankerte Mitwirkungs- und Auskunftspflichten sein (Kratz, 2006). Probleme hinsichtlich der Schweigepflicht gibt es also nur, wenn die Daten so übermittelt werden, dass sie Rückschlüsse auf den Betroffenen zulassen. Dies ist nicht der Fall, wenn die Daten in einem Berichterstattungssystem anonymisiert werden.

Liegen die Voraussetzungen für einen rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 StGB vor, kann die Schweigepflicht aus dem Güterabwägungsprinzip aufgehoben sein. Das ist der Fall, wenn das Vertrauen des Betroffenen geringerwertig gegenüber einem anderen Rechtsinteresse ist (Gruner, 2006).

b) Strafbares Handeln/Unterlassen bei Begehung des Fehlers

Bei der Frage nach einer Strafbarkeit geht es immer nur um die persönliche Vorwerfbarkeit gegenüber einer Person, die zum Handeln verpflichtet war. Hingegen geht es nicht um die institutionelle Verantwortung eines Trägers oder Arbeitgebers (Meysen, 2006). In Betracht kommen insbesondere die Straftatbestände der Körperverletzung (§§ 223 ff. Strafgesetzbuch, StGB) bzw. der unterlassenen Hilfeleistung (§ 323c StGB) mit Geldbußen oder Freiheitsstrafen bis zu zwei Jahren. Die Meldung eines solchen Fehlers befreit nicht von einer etwaigen strafrechtlichen Verantwortlichkeit. Im Gegenteil: Sollte ein Rückschluss auf die Person des Melders oder des Dritten, über den berichtet wurde, möglich sein, kann die Meldung im Rahmen des Ermittlungsverfahrens bzw. des Strafverfahrens grundsätzlich gegen ihn verwendet werden.

c) Strafbares Handeln/Unterlassen bei Begehung eines Fehlers in der Kinder- und Jugendhilfe

Hierbei geht es nicht um die Begehung aktiver Straftaten oder die Verletzung von Rechtspflichten, die jeden Bürger betreffen, etwa die Unterlassung von Hilfeleistung bei Unglücksfällen, welche nach § 323c Strafgesetzbuch (StGB) unter Strafe gestellt ist. Vielmehr stellt sich die Frage, wann Fachkräften ein unterlassenes Tätigwerden zum Schutz von Kindern oder Jugendlichen vorwerfbar ist (Meysen, 2006). Im deutschen Strafrecht ist das Unterlassen einer Handlung nur dann ausnahmsweise strafbar, wenn eine besondere Pflicht zum Tätigwerden bestand, § 13 StGB. Besteht eine besondere Pflicht zum Tätigwerden, spricht man insoweit von einer „Garantenstellung“. Der „Garant“ soll die Abwehr eines Schadens von dem Opfer gewährleisten. Das bedeutet aber nicht, dass die Fachkräfte bei der Hilfeleistung eine Garantiehafung für Schädigungen des Kindes übernehmen. Maßgeblich sind die Umstände des Einzelfalls, also auch der jeweilige Arbeitskontext mit seinen gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen. Fachkräfte, die bei einem Träger der öffentlichen oder freien Jugendhilfe Aufgaben nach dem SGB VIII wahrnehmen bzw. Leistungen erbringen, übernehmen im Rahmen des § 8a SGB VIII auch Aufgaben zum Schutz von Kindern und Jugendlichen. Man spricht hier von einer „Beschützergarantenstellung“. Diese Garantienstellung verdichtet sich in der konkreten Hilfsituation zu einer „Garantenpflicht“ (Meysen, 2006). Von dieser Garantienpflicht ist keine Freizeichnung möglich, ebenso wenig wie die Übertragung einer solchen Pflicht auf einen anderen Träger. Damit das Unterlassen nach § 13 StGB einer aktiven strafbaren Handlung gleichgestellt wird, müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Das Kind muss unfähig sein, sich der drohenden Gewalt zu entziehen;
- der Unterlassende ist verpflichtet, zum Schutz des bedrohten Rechtsguts tätig zu werden;
- der Unterlassende muss das tatsächliche, das die Bedrohung auslösende Geschehen beherrschen.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Dabei ist die Schutzlosigkeit des Kindes/Jugendlichen im Kontext des § 8a SGB VIII stets gegeben, da sie gerade das Wesen der Kindeswohlgefährdung ausmacht. Auch eine Pflicht zum Tätigwerden ist in der Regel anzunehmen (Meysen, 2006). Fraglich ist regelmäßig, ob die Fachkraft das Geschehen beherrscht hat, in dem Sinne, dass sie durch ihr Tätigwerden das schädigende Ereignis mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit hätte abwenden können. Einerseits wird der Geschehensablauf maßgeblich durch die Familie mitbestimmt, die von außen nur bedingt gesteuert und kontrolliert werden kann, und andererseits sind die Befugnisse zum Eingreifen beschränkt. Dabei sind Unterschiede bei den Fachkräften im Jugendamt und bei Fachkräften in Einrichtungen und bei Diensten differenziert zu betrachten (Meysen, 2006).

Handelt das Jugendamt im Bereich Kinder- und Jugendhilfe, so stellt dies Verwaltungshandeln dar. Sofern Verwaltungshandeln rechtmäßig erfolgt, kann dieses nicht strafbar sein. Die Rechtmäßigkeit richtet sich ausschließlich nach der sozialpädagogischen Fachlichkeit im rechtlichen Rahmen des SGB VIII. Abzustellen ist hierbei auf die „ex-ante-Sicht“, also darauf, wie sich der Hilfefall für die zuständige Fachkraft zu dem Zeitpunkt dargestellt hat, an dem das vermeintlich erforderliche Handeln ausgeblieben ist. Spätere Erkenntnisse dürfen ihr nicht vorgehalten werden. Eine strafrechtliche Verantwortung ist allenfalls dann gegeben, wenn die Fachkraft nach dem SGB VIII befugt und verpflichtet war einzuschreiten, dies aber rechtswidrig unterlassen hat (Meysen, 2006).

Eine strafrechtliche Verantwortung von Leistungserbringern ist grundsätzlich nur in ganz außergewöhnlichen Ausnahmefällen gegeben. Dies ist der Fall, wenn das Handeln einer solchen Fachkraft nicht den fachlichen Anforderungen des SGB VIII oder bei der jeweiligen Leistungserbringung entsprochen hat und wenn sich die Gefahr für das Kind bei rechtmäßigem bzw. ordnungsgemäßigem Handeln mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht verwirklicht hätte. Der nötige Schutz müsste also durch fachliches Handeln garantiert sichergestellt werden können. Im Hinblick auf die nur bedingt steuerbare Eigenverantwortung der Eltern sowie der zwischengeschalteten Entscheidungsfindungsprozesse im Jugendamt, beim Familiengericht oder bei der Polizei ist dies in den meisten Fällen aber nicht gegeben (Meysen, 2006).

Die Gefahr einer strafrechtlichen Verfolgung oder gar einer Verurteilung ist daher – objektiv betrachtet – sehr gering (Meysen, 2006).

d) Organisationsverschulden

Bei der strafrechtlichen Beurteilung des Organisationsverschuldens gelten zunächst dieselben Kriterien wie bei der zivilrechtlichen Betrachtung. Allerdings ist ferner auch der subjektive Sorgfaltsmaßstab zu berücksichtigen. Dieser knüpft an die dem Einzelnen mögliche Erkennbarkeit der Gefahr ebenso an wie an die tatsächliche Fähigkeit, die Gefahr abzuwenden, also an die persönliche Vermeidbarkeit eines schadenverursachenden Organisationsfehlers. Die bei der Realisierung eines Organisationsrisikos besonders relevante Übernahmefahrlässigkeit wird begrenzt durch die Frage der Vorwerfbarkeit (Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e. V., DGMR, 2006).

e) Dateneinsicht durch die Staatsanwaltschaft/Verwertbarkeit der evaluierten Daten in einem Gerichtsverfahren

Grundsätzlich können die Daten, welche im Rahmen der Berichterstattungssysteme evaluiert wurden, für zivile und strafrechtliche Verfahren relevant sein. Gibt es eine Meldung zu einem konkreten Schadensfall, hat das Gericht kaum die Möglichkeit, auf eine Herausgabe dieser Unterlagen zu verzichten. Auch Meldungen, welche auf ein Organisationsverschulden in einem bestimmten Berichtsbereich hinweisen, könnten rechtlich relevant sein. Schließlich kann eine Meldung auch von Bedeutung sein, wenn es darum geht, die Kausalität eines Schadensfalles mit bestimmten Vorgehensweisen zu klären (Kuhn, 2003).

Derzeit gibt es keine rechtliche Regelung, wonach diese Daten von der gerichtlichen Verwertbarkeit ausgeschlossen sind.

Gemäß § 152 Abs. 1 Strafprozessordnung (StPO) ist die Staatsanwaltschaft zur Erhebung der öffentlichen Klage berufen (Offizialprinzip). Sie ist verpflichtet, wegen aller verfolgbaren Straftaten einzuschreiten, sofern zureichende tatsächliche Anhaltspunkte vorliegen, soweit nicht gesetzlich ein anderes bestimmt ist, § 152 Abs. 2 StPO (Legalitätsprinzip).

Da die Strafverfolgung aufgrund des Offizialprinzips grundsätzlich nur dem Staat und nicht dem einzelnen Bürger obliegt, ist die Staatsanwaltschaft verpflichtet, jeden Verdächtigen zu verfolgen und bei Vorliegen der Voraussetzungen Anklage zu erheben (Meyer-Goßner, 2007). Das Legalitätsprinzip berechtigt und verpflichtet die Staatsanwaltschaft, wegen verfolgbarer Straftaten bei zureichenden Anhaltspunkten einzuschreiten. Dazu gehört auch, dass die Staatsanwaltschaft verpflichtet ist, von ihren Zwangsbefugnissen Gebrauch zu machen (Meyer-Goßner, 2007). Zu diesen Zwangsbefugnissen gehört insbesondere auch die Beschlagnahme von Beweisgegenständen, § 94 Abs. 2 StPO. Zweck ist die Sicherstellung von Gegenständen zu Beweis Zwecken, unabhängig davon, ob der Gegenstand in einem späteren gerichtlichen Verfahren beweisheblich ist oder nicht. Bei potenzieller Beweisbedeutung muss der Gegenstand sichergestellt werden; es gilt insoweit das Legalitätsprinzip (Meyer-Goßner, 2007). Die Beschlagnahme ist nötig, wenn der Gegenstand nicht freiwillig herausgegeben wird. Allerdings steht die freiwillige Herausgabe der Beschlagnahme nicht entgegen. Sie besteht darin, dass der Gegenstand (etwa der Computer) in amtliche Verwahrung genommen oder sonst sichergestellt wird (Meyer-Goßner, 2007). Beschlagnahmen dürfen nur durch den Richter, bei Gefahr im Verzug auch durch die Staatsanwaltschaft und ihre Hilfsbeamten (Polizei), angeordnet werden, § 98 Abs. 1 S. 1 StPO. Die Beschlagnahme nach § 97 Abs. 5 S. 2 in den Räumen einer Redaktion, eines Verlages, einer Druckerei oder einer Rundfunkanstalt darf nur durch den Richter angeordnet werden, § 98 Abs. 1 S. 2 StPO. Der Beschlagnahmebeschluss des Gerichts ist von der Staatsanwaltschaft oder unter Umständen von der Polizei zu beantragen. Ist ein solcher gerichtlicher Beschluss ergangen, wird die Beschlagnahme durchgeführt. Dabei darf unmittelbarer Zwang gegen sich widersetzende Personen als auch gegen Sachen angewendet werden (Meyer-Goßner, 2007).

Aufgrund des Legalitätsprinzips, also des Verfolgungszwangs der Staatsanwaltschaft, empfiehlt es sich folglich, keine wirklichen Schadensfälle in dem freiwilligen Berichtssystem zu erfassen. Hierzu findet ohnehin eine offizielle Untersuchung statt. Außerdem hat das Gericht an diesen Daten besonderes Interesse, sodass ein großer Druck entsteht, die entspre-

chenden Meldungen herauszugeben. Dasselbe gilt auch für außergerichtliche Gutachten. Überdies ist es auch nicht erforderlich, ernsthafte Schadensfälle zu melden, da die kritischen Ereignisse, in denen ein Schadenseintritt noch einmal abgewendet werden konnte, ohnehin viel häufiger sind als wirkliche Schadensfälle. Dieses Prinzip wird auch bei dem großen Berichterstattungssystem der Luftfahrt, ASRS, angewendet. Auf den Meldeformularen steht zuoberst: „Do not report aircraft accidents on this form.“ („Melden Sie auf diesem Formular keine Flugzeugunfälle.“) (Kuhn, 2003).

3.1.5 Disziplinarmaßnahmen

Unbeschadet der zivil- und strafrechtlichen Folgen einer Meldung über einen Fehler sind auch gegebenenfalls disziplinarrechtliche Maßnahmen und Maßnahmen seitens berufsständischer Kammern (z. B. Ärztekammer, Rechtsanwaltskammer) zu bedenken. Auch deren Maßnahmen bleiben von der Errichtung eines Meldesystems bzw. der Meldung eines Fehlers grundsätzlich unberührt. Die Einzelheiten hängen jedoch von dem jeweiligen Berufsstand und der für ihn geltenden Regelungen ab.

3.1.6 Mögliche rechtliche Neuregelungen

a) Immunität des Melders

Im ASRS besteht für den Melder unter gewissen Voraussetzungen Immunität. Da es sich bei dem ASRS um ein freiwilliges Berichtssystem handelt, bei dem Berichter von sich aus Meldungen einreichen, ohne davon einen finanziellen Anreiz zu haben, können sanktionsbefugte Behörden nach US-amerikanischem Recht Bußgelder und Strafen für unbeabsichtigte Ordnungswidrigkeiten aussetzen, um den Berichtseingang zu erhöhen. Diese Aussetzung von Disziplinarmaßnahmen gegenüber den Meldern bezeichnet man im US-amerikanischen Recht als Immunität. Vor der Gründung des ASRS hatte es bereits zahlreiche Versuche gegeben, Meldesysteme aufzubauen, welche jedoch an der weitverbreiteten Angst vor rechtlichen Konsequenzen scheiterten. Die Federal Aviation Administration (FAA) erkannte, dass es einer unabhängigen Forschungseinrichtung bedurfte, die keine Verordnungs- oder Strafbefugnis hat, um das Programm als unbeteiligter Dritter umsetzen zu können. Daraufhin wurde die NASA gebeten, das ASRS-Programm zu gestalten. Die Immunität wird also nicht durch das ASRS oder die NASA eingeräumt, sondern durch die FAA. Dabei werden zwei Arten von Immunität offeriert, die „use immunity“ und die „transactional immunity“. Die „use immunity“ steht in engem Zusammenhang mit der Vertraulichkeit des Berichtssystems und garantiert, dass Informationen, die das ASRS von den Berichtern erhält, bei Verfolgungen durch die FAA oder bei juristischen Untersuchungen, die im Zusammenhang mit dem Vorfall stehen, nicht gegen die Melder verwendet werden können. Die Identität wird dadurch geschützt, dass die Namen sowie alle anderen Informationen, die zur Identifizierung beitragen könnten, aus dem Bericht entfernt werden. Ausnahmen von der „use immunity“ stellen Meldungen über strafbare Handlungen oder gesetzlich definierte Unfälle dar. Informationen über strafbares Verhalten werden zur Verfolgung an das US-Justizministerium und an die FAA weitergeleitet. Die „transactional immunity“ beinhaltet eine Strafaussetzung bei Ordnungswidrigkeiten im Austausch für die Sicherheitsinformationen, die der Melder zur Verfügung stellt („quid pro quo“). Voraussetzungen hierfür sind jedoch, dass die Ordnungswidrigkeit unabsichtlich und nicht vorsätz-

lich geschehen ist, dass die Ordnungswidrigkeit weder einen Unfall noch eine Straftat darstellt und auch nicht auf mangelnde Kompetenz oder Qualifikation hinweist, dass die Meldung innerhalb von zehn Tagen nach dem Vorfall eingereicht wurde und dass gegen den Berichter in den letzten fünf Jahren vor dem gemeldeten Ereignis kein Ordnungswidrigkeits- oder Strafverfahren anhängig war. Zwar kann die Strafe bei einer absichtlichen Handlung oder der Folge einer absichtlichen Handlung nicht ausgesetzt werden, doch diese Entscheidung wird nicht durch die Mitarbeiter des ASRS getroffen. Sie geben auch nicht die Quellen solcher Informationen preis. Auch auf Anfragen der FAA würde das ASRS diese Information nicht weitergeben. Allerdings untersucht die FAA nur einen winzigen Prozentsatz der Ereignisse, die dem ASRS gemeldet werden (Reynard & Connell, 1996).

Das deutsche Recht kennt Immunität insbesondere als Recht der Organe der Gesetzgebung, denn die Immunität schützt das Parlament (Meyer-Goßner, 2007). Dies bedeutet, dass eine Person, die Immunität genießt, nur mit Genehmigung des Parlaments zur Verantwortung gezogen werden darf, Art. 46 Abs. 2, 3 Grundgesetz (GG). Damit stellt die Immunität ein Verfahrenshindernis mit Verfassungsrang dar, d. h. ein Verfahren ohne vorherige Genehmigung durch das Parlament (über welche dieses völlig frei entscheidet) ist von vornherein nicht möglich. Die Tat ist nicht verfolgbar. Die Immunität beginnt grundsätzlich mit der Annahme der Wahl beim Wahlleiter und entfällt durch die Genehmigung der Strafverfolgung oder das Ende des Mandats (Meyer-Goßner, 2007). Eine Immunität für Nichtmitglieder des Parlaments kennt das deutsche Strafrecht nicht.

b) Strafbefreiung

Das deutsche Recht kennt jedoch eine ausdrückliche Strafbefreiung im Steuerstrafrecht. Gemäß § 371 Abs. 1 Abgabenordnung (AO) wird straffrei, wer nach einer Steuerhinterziehung unrichtige oder unvollständige Angaben berichtigt, ergänzt oder unterlassene Angaben nachholt. Unter bestimmten Voraussetzungen kann damit noch nach Vollendung der Straftat (Steuerhinterziehung) Straffreiheit erlangt werden. Voraussetzung ist eine sogenannte Selbstanzeige, d. h. der Täter muss die Berichtigung unrichtiger oder unvollständiger Angaben gegenüber der Finanzbehörde bzw. die Nachholung unterlassener Angaben vornehmen und im Falle einer bereits eingetretenen Steuerverkürzung innerhalb angemessener Frist eine Nachentrichtung hinterzogener Steuern vornehmen. Ferner darf keiner der Ausschlussgründe des § 371 Abs. 2 AO vorliegen. Bei den Ausschlussgründen geht es darum, dass nur derjenige mit Straffreiheit belohnt werden soll, der nicht ohnehin bereits überführt wurde oder mit der Überführung als Täter rechnen muss (Spormann, <http://www.spormann.de/selbst.html>, letzter Aufruf am 15. 4. 2008). Die Möglichkeit zur strafbefreienden Selbstanzeige beruht insbesondere auf fiskalischen Erwägungen. Der Staat will dadurch Hinweise auf bisher verschlossene Steuerquellen und auf unberechtigt geltend gemachte Steuererstattungen erlangen. Ähnlich wie der Rücktritt im Strafrecht ist eine Selbstanzeige ein sogenannter persönlicher Strafaufhebungsgrund, der vor einer Verurteilung durch ein Strafgericht schützt. Sowohl bei der Selbstanzeige als auch beim Rücktritt vom Versuch einer Tat geht es darum, dass der Täter selbst die Vollendung der Tat hindert bzw. rückgängig macht (Kleszczewski, 1999).

Ferner wird im Strafgesetzbuch Straffreiheit für Freiheitsstrafen und Geldstrafen gewährt wegen einzelner Straftaten (§ 84, Fortführung einer für verfassungswidrig erklärten Partei; § 86, Verbreiten von Propagandamitteln verfassungswidriger Organisationen; § 89, Verfassungsfeindliche Einwirkung auf Bundeswehr und öffentliche Sicherheitsorgane; § 129, Bildung krimineller Vereinigungen; § 129a Bildung terroristischer Vereinigungen), wenn entweder die Schuld des Täters gering war oder er sich freiwillig und ernsthaft bemüht, die Tat zu verhindern bzw. rückgängig zu machen.

Möglicherweise könnte für ein Berichtssystem ebenfalls Straffreiheit gesetzlich verankert werden.

Dafür spricht, dass im Falle einer Meldung der Berichterstatter sein eigenes Handeln als fehlerhaft erkennt und entweder bereits alles unternommen hat, um den Schaden erfolgreich abzuwenden, oder erst im Nachhinein erkannte, was zu dem Schaden geführt hat. Mit der Meldung möchte der Berichterstatter gerade erreichen, dass seine Meldung analysiert und ihm und weiteren Personen mitgeteilt wird, wie solche Fehler in Zukunft vermieden werden können. Der Melder ist gerade daran interessiert, dass es nicht zu einer Vollendung einer (weiteren) Verletzungshandlung kommt. Auch dürfte seine Schuld in den meisten Fällen als gering zu bewerten sein.

Dagegen spricht, dass eine generelle Straffreiheit für Meldungen in einem Berichtssystem zu einer Umgehung des Straf- und Haftungsrechts führen würde, indem Täter das Berichtssystem missbrauchen, um einer Strafe für ihr vorsätzlich rechtswidriges Handeln zu entgehen.

Unter diesen Gesichtspunkten wäre es denkbar, in einem Berichtssystem ebenfalls Straffreiheit für die Melder zu verankern, sofern nicht vorsätzliche Taten oder gesetzlich definierte Unfälle gemeldet werden.

c) Strafrechtliche Diversion

Unter „Diversion“ versteht man im deutschen Strafrecht ein Mittel der Staatsanwaltschaft, bei Ersttätern bzw. leichten und mittelschweren Delikten eine Eröffnung des gerichtlichen Strafprozesses zu unterlassen und von einer Strafverfolgung abzusehen. Zweck der Diversion ist die Förderung der Resozialisierung des Täters und die Entlastung der Gerichte. Insbesondere im Jugendrecht kann von der Diversion Gebrauch gemacht werden. In der Regel erfolgt die Verfahrenseinstellung unter Verhängung erzieherischer Maßnahmen, z. B. die Heranziehung zu gemeinnützigen Arbeiten.

Möglicherweise könnte diese Regelung auf die Melder eines Berichterstattungssystems übertragen werden, indem nach Meldung einer strafrechtlich zu ahndenden Tat ebenfalls von einer Strafverfolgung abgesehen wird. Dies kann sich jedoch auch nur auf leichte oder mittelschwere Delikte beziehen, da andernfalls – wie oben ausgeführt – das Berichterstattungssystem rechtlich missbraucht werden könnte. Hierbei bedarf es jedoch keiner gesetzlichen Neuregelung, da in den Fällen leichter oder mittelschwerer Tätigkeit die Staatsanwaltschaft bereits das Recht hat, von einer Strafverfolgung abzusehen.

d) Datenschutz

Gerade das notwendige breite Fallwissen im Kinderschutz, welches unter Umständen mehrere Institutionen und Organisationen umfasst, macht den Datenschutz in diesem Bereich erforderlich.

Da grundsätzlich keine gesetzliche Regelung zur Übermittlung dieser Daten besteht und die Einwilligung der Betroffenen praktisch kaum eingeholt werden kann, könnte eine gesetzliche Regelung dergestalt erforderlich werden, dass einer unabhängigen Stelle, deren Aufgabe genau zu definieren ist, erlaubt wird, Daten zum Zwecke eines Berichtssystems im Rahmen des Qualitätsmanagements zu übermitteln bzw. dass es erlaubt wird, Daten an diese Stelle zu übermitteln. In diesem Zusammenhang müsste gegebenenfalls auch genau geregelt werden, was in einem Berichterstattungssystem gemeldet werden soll. Ohne eine solche gesetzliche Regelung dürfte die Übermittlung der Daten nach derzeitigem Recht nicht zulässig sein.

e) Beschlagnahmeverbot, Zeugnisverweigerungsrecht

Derzeit gibt es kein allgemeines Beschlagnahmeverbot oder ein allgemeines Zeugnisverweigerungsrecht für Mitarbeiter und Melder in einem Berichterstattungssystem. Lediglich PaSIS kann sich aufgrund seiner Pressestellung auf ein umfassendes Beschlagnahmeverbot und ein umfassendes Zeugnisverweigerungsrecht berufen.

Die Angst vor rechtlichen Folgen kann die Effizienz eines Berichterstattungssystems deutlich mindern. Daher könnte die Erstreckung des Beschlagnahmeverbots gemäß § 97 StPO sowie des Zeugnisverweigerungsrechts gemäß § 383 ZPO, § 53 StPO auf Mitarbeiter und Melder eines Berichterstattungssystems empfehlenswert sein (vgl. 3.1.2 f). Denkbar wäre auch die Schaffung eines Zeugnisverweigerungsrechts im System des SGB, sodass es keiner Regelung innerhalb der ZPO bedürfte. Die Schaffung eines expliziten Zeugnisverweigerungsrechts würde dann auch ein Beschlagnahmeverbot implizieren. Es stellt sich jedoch die Frage, ob es einer neuen gesetzlichen Regelung bedarf oder ob im Einzelnen der bereits jetzt gangbare Weg über das Presserecht möglich ist.

In der Kinder- und Jugendhilfe wäre die Einführung eines Übermittlungsverbots gegenüber den Strafverfolgungsbehörden im SGB VIII zu diskutieren, da diese im Rahmen der üblichen Beschränkungen gemäß § 73 SGB X auf entsprechende Fehlerberichte zugreifen dürfen.

Einzelheiten zu sämtlichen aufgeworfenen rechtlichen Fragestellungen wären noch in einem ausführlichen Rechtsgutachten zu klären.

3.2 Fazit

Grundsätzlich befreien Meldungen in einem Berichterstattungssystem nicht von einer rechtlichen Verantwortlichkeit, sondern können im Gegenteil zivil-, straf- und disziplinarrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Die Daten eines Meldesystems sind grundsätzlich nicht vor dem Zugriff der Staatsanwaltschaft oder der Gerichte geschützt. Allerdings ziehen viele Fehler per se keine rechtlichen Konsequenzen nach sich, insbesondere wenn

kein oder nur ein leichter Schaden verursacht wurde. Auch bei einer falschen Prognoseentscheidung, die sich erst in der nachträglichen Schau auf das Geschehen als unrichtig herausstellt, wird man in der Regel keine rechtliche Verantwortlichkeit annehmen können. Um die Meldebereitschaft zu erhöhen, kann aber ein Übermittlungsverbot der Informationen aus einem Berichterstattungssystem gegenüber den Strafverfolgungsbehörden bzw. eine Strafbefreiung in gewissen Grenzen für unbeabsichtigte, leichte oder mittelschwere Fehler diskutiert werden. Auch ein zivil- und strafrechtliches Zeugnisverweigerungsrecht für die Beteiligten an einem Berichterstattungssystem wäre zu überlegen.

Ein anderes rechtliches Problem eines Berichterstattungssystems stellt sich im Hinblick auf die Übermittlung von Daten dar. Eingehende Meldungen können Informationen über Dritte enthalten, die dem Datenschutz unterliegen. Auch die Angaben des Melders fallen unter datenschutzrechtliche Regelungen. Lediglich die Anonymität der Daten ermöglicht eine unbeschränkte Datenübermittlung, doch ist diese zum einen möglicherweise nicht zu gewährleisten, weil der Fall öffentlich bekannt wird oder auch nur einem Teil der Fachöffentlichkeit bekannt ist. Außerdem kann die Anonymität problematisch sein, wenn es noch weiterer Informationen zur Analyse des Falles bedarf. Insofern bedarf es gegebenenfalls einer gesetzlichen Klarstellung, dass personenbezogene Daten bzw. Sozialdaten unter engen Voraussetzungen im Rahmen eines Berichterstattungssystems an eine unabhängige Stelle bzw. von einer unabhängigen Stelle an die Teilnehmer des Berichterstattungssystems übermittelt werden dürfen.

IV.

Internationale Ansätze für die Analyse von Fehlschlägen im Kinderschutz

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

4.1 Von der rechtsmedizinischen Untersuchung zur komplexen Analyse des Scheiterns von Hilfe- und Schutzmaßnahmen bei Fehlschlägen im Kinderschutz

Kommt ein Kind unter Umständen, die auf Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch hindeuten, zu Tode, so zieht dies in der Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland und aller westlichen Demokratien in der Regel strafrechtliche Ermittlungen nach sich, in deren Rahmen versucht wird, die Todesursache und die eventuell schuldhafte Beteiligung weiterer Personen festzustellen. Da rechtsmedizinische Begutachtungen zur Todesursache regelmäßiger Bestandteil solcher Ermittlungen sind, liegen hierzu aus der Bundesrepublik sowie aus vielen weiteren Ländern zahlreiche empirische Untersuchungen vor. In der Bundesrepublik hat sich hier etwa die Rechtsmedizinerin Elisabeth Trube-Becker (z. B. 1982) bleibende Verdienste erworben. Spätere, systematischere Arbeiten wurden unter anderem von Vock et al. (1999a, 1999b, 1999c) vorgelegt. Aus dieser grundlegenden Post-Mortem-Analyseebene lassen sich immer wieder relevante Informationen für die Weiterentwicklung des Kinderschutzes ziehen. Beispielsweise wurde vonseiten der Rechtsmedizin im Rahmen des sogenannten „Osnabrücker Falles“ (Mörsberger & Restemeier, 1997) festgestellt, dass das Verhungern des betroffenen Kindes schon eingesetzt hatte, als noch Kontakte mit der Familienhelferin in der Familie stattfanden. Dieser Fall und vergleichbare Fälle waren in der Fachdiskussion wichtig, um die Notwendigkeit der Inaugenscheinnahme gefährdeter Kinder durch Fachkräfte zu betonen (z. B. Kindler, 2006). Über die rechtsmedizinische Analyse hinaus hat die angesichts hoher Strafbarkeitshürden (Albrecht, 2004) nur in Einzelfällen erfolgende strafrechtliche Aufarbeitung des Handelns von Fachkräften in Kinderschutzfällen trotzdem an einigen Stellen zur Weiterentwicklung des Kinderschutzes beigetragen. So hat etwa in einer bekannt gewordenen Entscheidung das Oberlandesgericht Stuttgart (AZ 1 (15) KLs 114 Js 26273/96, Urteil vom 17.9.1999) die nicht erfolgte Weitergabe von Informationen über einen Gefährdungsfall nach Fallabgabe durch einen früher fallzuständigen ASD-Mitarbeiter als fahrlässige Körperverletzung durch Unterlassen gewertet. In der Folge wurden in einer am 1.4.2003 veröffentlichten Empfehlung des Deutschen Städtetages zur Festlegung von Verfahrensstandards in Jugendämtern bei akut schwerwiegender Gefährdung des Kindeswohls detaillierte Vorschläge zur Dokumentation bei der Fallübergabe gemacht (S. 11).

Generell werden aber in der internationalen Literatur rechtsmedizinische Untersuchungen und strafrechtliche Aufarbeitungen als zwar notwendige, aber nicht ausreichende Formen der Untersuchung von schwerwiegenden Misserfolgen im Kinderschutz angesehen. Hierfür

sind mindestens zwei Gründe ausschlaggebend: Erstens können mit dem Mittel des Strafrechts die zu einem Todesfall oder einem anderweit schwerwiegenden Fehlschlag im Kinderschutz beitragenden Kausalketten nicht oder nur wenige Schritte zurückverfolgt werden, da das Strafrecht auf eindeutig zuordenbare Verantwortlichkeiten und für die Beteiligten vorhersehbare Folgen abstellt, sodass umfassendere Analysemethoden zur Genese von Fehlschlägen (z. B. „Root Cause Analysis“ vgl. 2.3.4) in diesem Rahmen nicht praktiziert werden können. Das Strafrecht fokussiert zudem regelmäßig auf das Verhalten Einzelner, nicht aber auf das gesamte Funktionieren und die Ausstattung des Hilfesystems in einem Fall. Zweitens verändert die Einleitung eines Strafverfahrens die Motivationslage und damit die Mitteilungsbereitschaft bei zentralen Beteiligten, da unter diesen Umständen nicht das Lernen aus Fehlschlägen, sondern vielmehr die Vermeidung von Verurteilungen in den Mittelpunkt rückt. Entsprechend lässt sich feststellen, dass eine Analyse von Strafereignissen im Hinblick auf für das Lernen aus Fehlschlägen wichtige Themen (u. a. nicht erkannte Anzeichen für die Hilfsbedürftigkeit einer Familie, Fehleinschätzungen im Hinblick auf das Ausmaß vorhandener Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiken, verpasste Gelegenheiten, um Hilfe anzubieten, Schwierigkeiten bei der passgenauen Ausgestaltung von Hilfe- und Schutzmaßnahmen sowie Probleme im Zusammenwirken und beim Austausch fallbezogener Informationen zwischen Fachkräften und relevanten Institutionen) wenig ergiebig ist (z. B. Leitner & Troscheit, 2008, zitiert nach Leitner, 2008).

Vor diesem Hintergrund wurden in vielen Ländern Regelungen und Verfahren geschaffen, die breiter angelegte multidisziplinäre Untersuchungen der Abläufe und Ereignisse, die sich im Vorfeld von späteren schwerwiegenden Misserfolgen im Kinderschutz ereignet haben, sicherstellen sollen. Eine international vergleichende Übersicht wurde hierzu von Axford & Bullock (2005) auf der Grundlage einer Expertenbefragung vorgelegt. Die nachfolgende Tabelle enthält eine Auflistung der Situation in zehn Industrienationen, wobei in der ersten Spalte der Tabelle das jeweilige Land genannt wird. Bei Ländern mit föderal organisiertem Kinderschutzsystem (z. B. Kanada) wird auf die Regelung in der Mehrzahl der Bundesstaaten bzw. Provinzen abgestellt. In der zweiten Spalte wird angegeben, ob ein System der routinemäßigen, auf Verbesserungen im Kinderschutz abzielenden Untersuchung von Todesfällen oder ernsthaften Fehlschlägen im Kinderschutz etabliert wurde.

Tabelle 6: Länder mit und ohne routinemäßige, auf Praxislernen hin orientierte Systeme der Analyse von Fehlschlägen nach Axford & Bullock (2005, S. 82).

Land	Routinemäßiges, auf Praxislernen hin orientiertes Analysesystem: ja/nein
Australien	Ja
Belgien	Nein
Kanada	Ja
England	Ja
Deutschland	Nein
Irland	Nein
Neuseeland	Ja
Norwegen	Nein
Schweiz	Nein
Vereinigte Staaten	Ja

Zur Situation in Kanada und in den Vereinigten Staaten existieren länderspezifische Übersichtsarbeiten, die die Situation in verschiedenen Bundesstaaten bzw. Provinzen näher beleuchten (Kanada: Christianson-Wood & Murray, 1999, USA: Durfee & Tilton Durfee, 1995, Webster et al., 2003). In einigen der aufgeführten Länder, die über kein routinemäßiges System der Analyse von Fehlschlägen verfügen, werden solche Analysen dennoch in Einzelfällen durchgeführt, so etwa in Irland. In mehreren Ländern sind entsprechende Untersuchungen auch bei bestimmten Formen unfallbedingter Todesfälle (z. B. in einigen Bundesstaaten der USA) oder auch, unterhalb der Schwelle zum Todesfall, bei schweren Verletzungen eines Kindes infolge von Vernachlässigung bzw. Misshandlung (z. B. in England) möglich.

Die rechtlichen Grundlagen und die organisatorische Verortung beauftragter Kommissionen sind unterschiedlich. In mehreren Ländern existieren gesetzliche Bestimmungen, die die Verpflichtung oder Möglichkeit von Untersuchungen regeln, so etwa in mehreren US-amerikanischen Bundesstaaten (Durfee et al., 2002). Beispielsweise ist auch im australischen Bundesstaat New South Wales im „Community Services Complaints, Reviews and Monitoring Act“ (CS-CRAMA) festgelegt, dass Todesfälle von Kindern durch eine Kommission untersucht werden müssen, wenn sich das Kind in Pflege oder öffentlicher Betreuung befand, wenn in den drei Monaten vor dem Todesfall eine Gefährdungsmeldung bei der zuständigen Behörde einging, die das Kind oder ein Geschwisterkind betraf, oder wenn verdächtige Umstände auf Misshandlung oder Vernachlässigung als Todesursache hindeuten.

Überwiegend werden als **rechtliche Grundlage** für die Arbeit von Kommissionen zur Analyse von problematischen Kinderschutzverläufen allerdings nicht Gesetze, **sondern Verordnungen oder ministerielle Erlasse** zitiert. In England wurden etwa im Rahmen eines regierungsamtlichen Konzeptes zum Schutz von Kindern „Working Together to Safeguard Children“ (Her Majesty’s Government, 2006) in Kapitel 8 Leitlinien für die Untersuchung von Todesfällen bei Kindern aufgrund von Misshandlung oder Vernachlässigung formuliert, mit denen lokale Kinderschutzgremien („Local Safeguarding Children Boards“) betraut wurden. Deren Aufgabe ist es unter anderem in jedem Todesfall, bei dem Misshandlung oder Vernachlässigung als Ursache feststeht oder vermutet wird, eine Untersuchung durchzuführen, mit der geklärt werden soll, ob für die Zusammenarbeit beteiligter Organisationen oder Fachkräfte irgendwelche Lehren gezogen werden sollten, die den Schutz und die Wohlfahrt von Kindern fördern könnten.

In der Mehrzahl der Länder, aus denen Informationen vorliegen, ist die Verantwortung für die Durchführung von Untersuchungen, wie in England, auf kommunaler Ebene angesiedelt. In einigen Fällen existieren Kommissionen auf der Ebene von Bundesstaaten. Mehrere Länder, so etwa die USA und England, haben übergeordnete Arbeitsstellen eingerichtet, deren Aufgabe es ist, lokale Kommissionen zu unterstützen und die Ergebnisse lokaler Untersuchungen zu sammeln, auszuwerten und der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. In den USA hat etwa das „National Center on Child Fatality Review“ einen Teil dieser Aufgaben übernommen. In England beauftragt das „Department for Children, Schools and Families“ in zweijährlichen Abständen unabhängige Wissenschaftler mit der Auswertung der in dieser Zeit angefallenen Untersuchungsberichte (z. B. Brandon et al., 2008).

Soweit sich die Geschichte von Untersuchungen zu Todesfällen von Kindern im Kinderschutz in verschiedenen Ländern nachvollziehen lässt, wurde mit diesen Analysen in den 70er- und 80er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts begonnen, zunächst in der Regel nur bei wenigen ausgewählten Fällen, die die jeweilige Öffentlichkeit stark beschäftigten. Seitdem können mindestens zwei generelle Entwicklungslinien beschrieben werden: Die erste Entwicklungslinie betrifft eine zunehmende Klärung und Festlegung der Abläufe, Struktur und Aufgaben von Untersuchungen sowie der Präsentation und Veröffentlichung von Untersuchungsergebnissen, um die Handlungssicherheit der Beteiligten zu erhöhen und die Fachlichkeit der Untersuchungen zu gewährleisten. Dies spiegelt sich etwa bei verschiedenen Vergleichen älterer und neuerer Untersuchungsberichte (z. B. Reder & Duncan, 1999) wider.

Die zweite Entwicklungslinie betrifft den Fokus durchgeführter Untersuchungen, der sich zunehmend über eine im öffentlichen Interesse erfolgende Aufklärung eventuell professionellen (nicht strafrechtlichen) Fehlverhaltens hinaus in Richtung auf die Förderung von Lernprozessen im Kinderschutz bewegt hat. Dies bedeutet, dass Kooperationslücken, nicht zutreffende Einschätzungen und nicht wirksame Hilfe- und Schutzmaßnahmen unter dem Blickwinkel möglicher Verbesserungen im Kinderschutzsystem und einer Aufklärung der Fachkräfte über Fehlerrisiken diskutiert werden. Weiterhin bedeutet dies, dass individuelles menschliches Versagen, d. h. Verhaltensweisen einzelner Fachkräfte, die den kinderschutzrelevanten Vorgaben der Institution bzw. Organisation nicht gerecht wurden, nicht als Endpunkt einer Untersuchung angesehen wird, sondern vielmehr lokal und überregional nach Wegen gesucht wird, um ein kindeswohldienliches Verhalten von Fachkräften zuverlässiger zu gestalten.

Die methodische Entwicklung von Untersuchungen zu problematischen Kinderschutzverläufen ist erkennbar, aber noch nicht abgeschlossen, da sich mehrere weiterführende Vorschläge in der Diskussion befinden. Beispielsweise wurde von Rzepnicki & Johnson (2005) vorgeschlagen, die aus der allgemeinen Forschung zur Entstehung von Fehlern stammende Technik der „Root-Cause-Analysis“, bei der vom Ereignis ausgehend Kausalketten bis hin zu übergeordneten Organisationsstrukturen und Fragen der Haltung beteiligter Professionen zurückverfolgt werden, auch auf Misserfolge im Kinderschutz anzuwenden. In ähnlicher Weise werden in dem von Munro (2005) vorgeschlagenen Konzept der „Systemanalyse von Fehlschlägen im Kinderschutz“ Interaktionen zwischen Fachkräften und Familien auf drei Ebenen kontextualisiert, d. h. das Handeln der Fachkräfte wird im Hinblick auf das für sie verfügbare Wissen und ihre Praxisüberzeugungen, die verfügbaren Ressourcen und Beschränkungen (z. B. Verfahren als Einschätzhilfen, Zeitdruck) und den organisationellen und juristischen Rahmen analysiert. Techniken des „Critical Incident Reportings“, also der Informationssammlung über kritische Vorfälle, die beinahe, aber nicht tatsächlich zu einem tödlichen Fehlschlag im Kinderschutz geführt haben, wurden bislang in der Literatur nur sehr vereinzelt erwähnt und nicht systematisch im Hinblick auf Vorteile oder erwartbare Probleme bei der Übertragung der Methode aus der Medizin bzw. Industrie diskutiert. Als möglicher Vorteil könnte zum Beispiel vermutet werden, dass bei kritischen Vorfällen im Verhältnis zu tödlichen Fehlschlägen eine größere Bereitschaft zur freiwilligen Mitteilung relevanter Ereignisse besteht. Als mögliches Problem könnte vermutet werden, dass kritische Vorfälle im Kinderschutz auf der Grundlage freiwilliger Angaben nicht zufriedenstellend analysiert werden können, da komplexe Kausalketten mit Beteiligten in verschie-

denen Institutionen dominieren, die ohne hinreichend gewichtigen Anlass nicht alle zur Freigabe der benötigten Informationen bewegt werden können. Über methodische Diskussionen hinaus fehlen bislang jedoch Erprobungen der Methodologie im Kinderschutzbereich, sodass die Bundesrepublik Deutschland hier eine Vorreiterrolle einnehmen könnte.

Fazit:

Multidisziplinär angelegte Analysen zu problematischen Fallverläufen und schwerwiegenden Misserfolgen im Kinderschutz sind in mehreren Ländern gängige Praxis. Sie werden überwiegend mit dem Ziel durchgeführt, in diesen Fällen enthaltene Lernchancen für einen besseren Schutz von Kindern zu nutzen. Die organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen solcher Analysen sind unterschiedlich. Generell zeigt sich aber eine Tendenz zu klaren Regelungen im Hinblick auf die Zusammensetzung von Untersuchungskommissionen, den Untersuchungsauftrag, die Methodik und die Veröffentlichung der Ergebnisse. In einigen Ländern werden Untersuchungsberichte gesammelt und ausgewertet. Beispielhaft ist hier die in England erfolgende systematische Aufarbeitung von Untersuchungsberichten in regelmäßigen Abständen (zwei Jahre) durch unabhängige Wissenschaftler im öffentlichen Auftrag oder die Dokumentation unter einem zentralen Dach wie in den USA („National Center on Child Fatality Review“).

4.2 Ergebnisse und Wirkungen von Analysen zu Fehlschlägen im Kinderschutz

Im Rahmen von Analysen von Fällen eines gravierenden Misserfolgs im Kinderschutz wurden verschiedene Schwachstellen als Ansatzpunkte für Verbesserungen identifiziert. In mehreren Studien (z. B. Brandon et al., 2002, Brandon et al., 2008, Falkov, 1996, Morris et al., 2007, Reder et al., 1993, Reder & Duncan, 1999, Rose & Barnes, 2008, Sanders et al., 1999) wurden vergleichende Analysen vorgenommen, um häufiger vorkommende Schwierigkeiten zu identifizieren, die dann zu Schwerpunkten einer Qualitätsentwicklungsstrategie im Kinderschutz gemacht wurden oder werden sollten.

In der gegenwärtig umfassendsten Analyse von Untersuchungsberichten zu Todesfällen im Kinderschutz (Sinclair & Bullock, 2002), die sich auf 40 Fälle aus Großbritannien stützen konnte, wurden die in der nachfolgenden Tabelle wiedergegebenen Probleme am häufigsten als Ergebnis der Fehleranalyse benannt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Tabelle 7: Die sechs am häufigsten identifizierten Praxisprobleme mit Relevanz für schwerwiegende Misserfolge im Kinderschutz in einer von Sinclair und Bullock (2002) analysierten Stichprobe von 40 Untersuchungsberichten aus Großbritannien.

Identifizierte Praxisprobleme	Häufigkeit der Nennung
Unzureichender Austausch von Informationen	63%
Wenig aussagekräftige Diagnostik	58%
Ineffektive Entscheidungsprozesse	53%
Fehlende Zusammenarbeit zwischen Institutionen	43%
Unzureichende Dokumentation relevanter Informationen	38%
Fehlende Informationen über wichtige männliche Haushaltsmitglieder	23%

Entsprechend dieser Befunde zählen folgende Punkte zu den bislang wichtigsten Anregungen aus der internationalen Literatur zu Ursachen schwerwiegender Misserfolge im Kinderschutz:

- Erhöhung der Zuverlässigkeit und Qualität bei der Weitergabe und Dokumentation von Informationen über Gefährdungsfälle;
- Einführung aussagekräftiger Diagnose- und Risikoeinschätzungsverfahren;
- Sicherstellung zeitnaher, zuverlässiger, auf aussagekräftige Kriterien gestützter Entscheidungsabläufe;
- Stärkung der fallbezogenen Zusammenarbeit zwischen Institutionen und Organisationen, die dem Kinderschutz verpflichtet sind;
- stärkerer Einbezug von im Haushalt lebenden männlichen Partnern bei der Risikoeinschätzung und Hilfeplanung.

Vergleiche von Untersuchungsberichten aus verschiedenen Jahrzehnten (z. B. Parton, 2004) haben zudem gezeigt, dass sich Kinderschutzsysteme aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen mitunter auch neuen Herausforderungen stellen müssen, auf die sie bislang nur unzureichend vorbereitet sind, wodurch die Wahrscheinlichkeit von schwerwiegenden Fehlschlägen steigen kann. Dies trifft etwa auf die Betreuung von Familien mit erheblich unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zu oder auf die Betreuung von Familien aus Gebieten mit einer massiven und länger anhaltenden Traumatisierung der Bevölkerung durch Gewalt und Terror.

Da bislang deutsche Analysen auf vergleichbarem methodischen Niveau fehlen, kann derzeit nur vermutet werden, dass Qualifizierungsanstrengungen bezüglich der aufgelisteten Punkte auch in Deutschland zu einer Weiterentwicklung des Kinderschutzes führen würden.

Untersuchungen zu Todesfällen im Kinderschutz haben in mehreren Ländern wichtige Themen auf der politischen und fachlichen Agenda für die Weiterentwicklung des jeweiligen Kinderschutzsystems platziert und dabei teilweise eine erhebliche Wirkung in der (Fach-) Öffentlichkeit entfaltet. Der englische Untersuchungsbericht zum Todesfall des Kindes Victoria Climbié (Lord Laming, 2003) wurde beispielsweise innerhalb eines Jahres weltweit drei Millionen Mal aufgerufen und hat zu erheblichen Weiterentwicklungen im englischen Kinderschutzsystem geführt, so etwa zum „Every Child Matters“-Programm, das auf die Stärkung lokaler Kooperationen abzielt, und zur Verabschiedung des „Children Act“ im Jahr 2004.

Experten aus Ländern, in denen Fehlschläge im Kinderschutz regelhaft analysiert wurden, schilderten in der eingangs dargestellten Befragung durch Axford & Bullock (2005) ganz überwiegend positive Erfahrungen mit diesem Vorgehen. Genannt wurden insbesondere folgende Punkte:

- Möglichkeit zur Identifikation zentraler Punkte für die Weiterentwicklung des Kinderschutzsystems;
- Förderung der gesellschaftlichen Bereitschaft, in die gezielte Verbesserung des Kinderschutzsystems zu investieren;
- verbesserte Information der Fachkräfte über mögliche Fehler und Risiken professionellen Handelns;
- Stärkung klarer Verantwortlichkeiten im Kinderschutz.

In der veröffentlichten Fachdiskussion (z. B. Munro, 2005, Stanley & Manthorpe, 2004) wurden allerdings teilweise auch kritische Stimmen laut, die insbesondere auf negative Wirkungen einer erhöhten Furcht der Fachkräfte vor einseitigen Schuldzuweisungen abstellten (abnehmende Attraktivität des Arbeitsfeldes Kinderschutz, wachsender Zeit- und Ressourceneinsatz für die Absicherung der Fachkräfte, zunehmende Überregulierung und Verantwortungsscheu). Zur Vermeidung solcher möglichen negativen Folgen wurde empfohlen, den Schwerpunkt von Untersuchungen zu Fehlschlägen im Kinderschutz eindeutig bei der positiven Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten anzusiedeln.

Fazit:

Fallanalysen zu gravierenden Fehlschlägen im Kinderschutz haben in verschiedenen Ländern auf Schwachpunkte in bestehenden Kinderschutzsystemen hingewiesen, so etwa auf einen teilweise unzureichenden Informationsaustausch zwischen Fachkräften oder auf den verbreiteten Einsatz wenig aussagekräftiger Einschätzverfahren. Es ist derzeit nicht klar, ob den international am häufigsten identifizierten Fehlerquellen im deutschen Kinderschutzsystem ein vergleichbares Gewicht zukommt. Dies könnte nur im Rahmen der zumindest probeweisen Etablierung eines deutschen Systems zur Analyse von Fehlschlägen im Kinderschutz eruiert werden. Für ein solches System sprechen die überwiegend positiven Erfahrungen im Ausland. Befragte Experten sahen hierbei Fehleranalysen in erster Linie als Möglichkeit, um zentrale Punkte für die Weiterentwicklung des Kinderschutzsystems zu identifizieren und um die gesellschaftliche Bereitschaft, in die Verbesserung des Kinderschutzsystems zu investieren, zu stärken.

In keinem Land, aus dem Informationen vorliegen, wurde die Untersuchung von Fehlschlägen allerdings als alleiniges Mittel zur Verbesserung des Kinderschutzsystems angesehen. Nach gegenwärtiger Befundlage haben sich insbesondere folgende Maßnahmen bislang in mehreren Untersuchungen als geeignet erwiesen, um Kinder besser vor Vernachlässigung bzw. Misshandlung zu schützen:

- Die Entwicklung, Erprobung und Einführung belegbar wirksamer Formen früher präventiver Hilfe für Familien mit mehrfachen Belastungen (für eine Meta-Analyse siehe Geraert et al., 2004);
- die Stärkung der diagnostischen Kompetenz und Handlungssicherheit von Kinderärztinnen/Kinderärzten im Hinblick auf Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung (z. B. Frank & Räder, 1994);
- die Einführung belegbar aussagekräftiger und nutzerfreundlicher Einschätzungsverfahren zur Unterstützung von Risikobeurteilung und Hilfeplanung in der Jugendhilfe (für eine Forschungsübersicht siehe Kindler, 2007a);
- eine Verbesserung der Wirksamkeit von Hilfeangeboten in Gefährdungsfällen durch kontrollierte wissenschaftliche Interventionsstudien (für eine Forschungsübersicht siehe Kindler & Spangler, 2005);
- die Erleichterung des Zugangs von Basisfachkräften zu fundierten, praxisrelevanten wissenschaftlichen Informationen über Vernachlässigung bzw. Misshandlung und die Bereitstellung fallbezogener Trainings- und Schulungsmaßnahmen für Fachkräfte (für eine Forschungsübersicht siehe Carter et al., 2006);
- die verbindliche Ausgestaltung einer fallbezogenen institutionenübergreifenden Zusammenarbeit in Gefährdungsfällen und der Abbau von Kooperationshemmnissen (für eine Forschungsübersicht siehe Little & Madge, 1998);
- die Stärkung von Fachaufsicht und Gerichten sowie die Qualifizierung von Prozessen der Supervision und Fallberatung als Möglichkeiten der Korrektur von Fehlentwicklungen im Einzelfall (z. B. Goldbeck et al., 2007).

Für die politische Steuerung von Maßnahmen zur Verbesserung des Kinderschutzsystems scheint weiterhin die Entwicklung eines Indikatorensystems zur Gesamtbeurteilung der Ergebnisqualität des Kinderschutzsystems und regelmäßige Berichterstattung bezüglich hierfür relevanter Daten sehr wichtig. Entsprechende Systeme sind in verschiedenen Ländern im Einsatz (für eine Übersicht siehe Kindler, 2007b) und enthalten in der Regel mehrere Kriterien, wie etwa die Anzahl bekannt werdender Fälle von Vernachlässigung bzw. Misshandlung, die Wirksamkeit nachfolgender Schutzmaßnahmen im Hinblick auf die Verhinderung weiterer Gefährdungseignisse oder langfristige Entwicklungsverläufe bei Kindern, die Misshandlung oder Vernachlässigung erleben mussten oder bei denen zur Verhinderung von Gefährdungseignissen in elterliche Sorgerechte eingegriffen wurde.

V.

Qualitative Interviews zu beinahe tödlichen Ereignissen mit Blick auf verhindernde Ressourcen

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

5.1 Einleitung

Im Rahmen der Interviews wurden den Gesprächspartnern, allesamt Experten auf dem Gebiet des Kinderschutzes, verschiedene Fragen hinsichtlich Schwachstellen und bestehender Unsicherheiten im Kinderschutz gestellt, um das Gesamtsystem und etwaige Risiken, aber auch bestehende Sicherheitsmechanismen zu betrachten. Auf diese Weise sollte verdeutlicht werden, wie Fehler im Kinderschutz entstehen, aber auch wie und wodurch sie eventuell vermieden werden können. Ein besonderer Aspekt lag dabei auf dem Gedanken, aus Fehlern oder Beinahe-Fehlern zu lernen, um die Sicherheit im Kinderschutz zukünftig zu verbessern. Im Hinblick auf die Prävention von Fehlern wurden auch Fragen zu den Personalressourcen sowie zum Risikomanagement und zu Fortbildungsmöglichkeiten gestellt. Es wurde nach Parallelen des Kinderschutzes zu anderen Bereichen mit einem hohen Gefahrenpotenzial, etwa der Luftfahrt, der Kernenergie oder der Medizin, gefragt, und die dortigen Fehlermanagementmodelle wurden auf ihre Tauglichkeit im Rahmen des Kinderschutzes beleuchtet. Ein wichtiges Thema stellte auch die Frage nach der interdisziplinären Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen und Organisationen im Kinderschutz dar. Auch die Wirkung der aktuellen verstärkten Auseinandersetzung mit Kindesvernachlässigung und dem frühen Kinderschutz auf die Professionellen, die in diesem Bereich tätig sind, wurde hinterfragt, allen Befragten wurde eine Anonymisierung ihrer Angaben angeboten.

Befragt wurden ein Sachgebietsleiter eines norddeutschen Jugendamtes (Diplom-Sozialpädagoge), im Folgenden Sachgebietsleiter genannt, welcher bereits seit 2000 im Kinderdienst des Jugendamtes tätig ist; Herr Dr. Robert Sauter (Diplom-Pädagoge), der Leiter des Bayerischen Landesjugendamtes seit 1990, der zuvor bereits viele Jahre im Bereich der Jugendarbeit tätig war, zuletzt beim Bayerischen Jugendring; Herr Manfred Becker (Maschinenbauschlosser, Sozialarbeiter), der ehemalige Leiter des Pforzheimer Jugendamtes (1994 bis einschließlich Dezember 2007) sowie Gründungs- und Vorstandsmitglied der Aktionsgemeinschaft „Drogen“ in Pforzheim; Herr Bruno Pfeifle, seit 17 Jahren Leiter des Stuttgarter Jugendamtes; Herr Peter Lukasczyk, der Abteilungsleiter Soziale Dienste des Jugendamtes Düsseldorf seit 2002, sowie der Ärztliche Direktor des Sozialpädiatrischen Zentrums am Olgahospital, Stuttgart, Herr Dr. Andreas Oberle (Gynäkologe, Kinder- und Jugendarzt, Familientherapeut), der bereits vorher in Göppingen ein sozialpädiatrisches Zentrum aufbaute.

5.2 Fragestellungen der Interviews

5.2.1 Schwachstellen des Kinderschutzes

Eingangs wurden die Experten nach Sollbruchstellen, an denen gravierende Fehler im Kinderschutz passieren können, befragt. Damit sollten Schwachstellen und Sicherheitsrisiken im System aufgedeckt werden.

◀ Inhalt

◀ zurück

weiter ▶

Hinsichtlich der Schwachstellen im Kinderschutz wurden von den Praktikern insgesamt 15 verschiedene Punkte aufgeführt:

- (1) Die Risikoeinschätzung des jeweiligen Mitarbeiters, der eine Meldung erhält, ob es sich um eine mögliche Kindeswohlgefährdung handelt oder nicht (Sachgebietsleiter, Sauter);
- (2) Probleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit (Pfeifle, Oberle, Becker, Lukasczyk);
- (3) mangelnde Kooperation unterschiedlicher Behörden (Sauter);
- (4) mangelnde finanzielle Ressourcen (Oberle);
- (5) rechtliche Vorschriften zur Datenübermittlung (Becker, Oberle);
- (6) mangelnde Krisenprävention (Sachgebietsleiter);
- (7) mangelnde Fehlerkultur (Lukasczyk);
- (8) Selbstüberschätzung der Mitarbeiter (Lukasczyk);
- (9) zu spätes Eingreifen in das Erziehungsgeschehen (Sauter);
- (10) fehlender Zugang zu Familien (mit Migrationshintergrund) (Sauter, Lukasczyk);
- (11) Öffnungs- und Schließungszeiten des Jugendamtes (Becker);
- (12) die Personalsituation in den Verwaltungen (Becker);
- (13) fehlendes Kinderbewusstsein (Oberle);
- (14) die Ausbildung der Erzieherinnen (Becker) sowie
- (15) die derzeitige Formulierung des § 36 SGB VIII (Becker).

(1) Risikoeinschätzung bei Eingang einer Meldung

Zwei Experten benannten als erste Schwachstelle, an der es zu Fehlern kommen könne, die erforderliche Risikoeinschätzung des jeweiligen Mitarbeiters, der eine Meldung erhalte und abschätzen müsse, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliege. Einig waren sie sich in dem Punkt, dass hierbei die Professionalität des Mitarbeiters entscheidend sei und es ein Spannungsfeld zwischen dem Kinderschutz und der Autonomie der Familie gebe. Im Übrigen stellte der Sachgebietsleiter jedoch stärker auf die **emotionale** Situation des Mitarbeiters ab, während Herr Dr. Sauter den Schwerpunkt auf eine **verbesserte Kenntnis der Risikofaktoren** legte.

Nach Ansicht des Sachgebietsleiters ist es eine Mischung aus persönlichen, individuellen, fachlichen Gesichtspunkten und strukturellen und kommunikativen Bedingungen, die ein Einfallstor für Fehler im Kinderschutz darstellt. Der Experte wies darauf hin, dass ein sehr hoher inhaltlicher und zeitlicher Druck bei den Sozialarbeitern und Ämtern bestehe, da das Thema Kindeswohlgefährdung bei jedem Menschen etwas auslöse. Ohne die entsprechende Persönlichkeit und die entsprechenden Unterstützungssysteme, etwa Supervision, könne aus Gründen des Selbstschutzes der Reflex erfolgen, dass nicht genau hingesehen werde. Ferner habe die Gefährdungsabklärung immer etwas mit Intervention und Eingriff in die Privatsphäre zu tun. Hier gebe es seiner Ansicht nach noch Potenziale, die Mitarbeiter auf

solche Situationen vorzubereiten. Allerdings wies er auch darauf hin, dass unterschiedliche Sichtweisen bezüglich der gemeldeten Ereignisse und des Umgangs mit ihnen bestünden. Daher sei eine ständige Sensibilisierung und Transparenz der Jugendamtsarbeit erforderlich. Er sieht die Aufgabe des Jugendamtes darin, zwischen Sensibilität, Transparenz und Aufklärung in der Gesellschaft tätig zu werden. Gut sei, dass nach dem SGB VIII auch die freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe und die Leistungserbringer selbst in den Abwägungsprozess und die Schutzstellung aufgenommen seien. Bei der Risikoentscheidung würden auch andere Institutionen, bspw. der Kindergarten, eingeschaltet, um zusätzliche Informationen, etwa über Geschwisterkinder, zu erhalten. Der Experte verwies im Zusammenhang mit dem Abwägungsprozess auch auf die Grundrechte der betroffenen Menschen, insbesondere auch der Sorgeberechtigten. Eltern vernachlässigten ihre Kinder nicht mit Vorsatz, sondern es gebe für ihr Tun eine biografische Vorgeschichte. Man dürfe die Eltern nicht ausgrenzen, sondern müsse sie beteiligen und einen Teil der Hilfe auch auf die Erwachsenen lenken. Ohne dies könne nur eine kurzfristige Heilung der kindlichen Opfer erfolgen. Die Bewertung der Sachverhalte habe mehr fachlich und weniger emotional zu erfolgen. Natürlich stehe der Kinderschutz im Vordergrund, aber unter Wahrung der elterlichen Pflichten und Rechte. Es dürfe nicht zu willkürlichem Handeln und willkürlichen Entscheidungen des Staates kommen. Daher seien bei den Abwägungsprozessen immer Verhältnismäßigkeiten herzustellen. Der Experte teilte auch mit, dass bei den Mitarbeitern die Sorge bestehe, dass Betroffene einen Anwalt einschalteten. Er sei aber der Ansicht, das sei ihr gutes Recht, und zu rechtsstaatlichem Handeln gehöre auch, dass die Arbeit immer wieder hinterfragt und diskutiert werde. Auch dies sei ein Sicherheitsfaktor. Eine zweite Problemstelle in diesem Zusammenhang ergebe sich seiner Meinung nach bei der Kommunikation über Wahrnehmungen, d. h. die Kommunikation über das, was Menschen außerhalb des Jugendamtes, also in Institutionen oder in gesellschaftlichen Kontexten, wahrnehmen, und wie deren Wahrnehmung eingeschätzt werde, ob eine Lage risikobehaftet sei oder nicht. Ferner gebe es seiner Meinung nach auch institutionelle Einfallstore. Dies habe insbesondere mit demungsverfahren bzw. dem Ablauf in Behörden zu tun, wo es vorkomme, dass Sachen liegen blieben, die nicht sofort erledigt werden müssten. Im Rahmen der gegebenen Arbeitsbelastung könnten falsche Prioritäten gesetzt werden. Schließlich könne es seiner Ansicht nach aber auch sein, dass das Jugendamt und seine Mitarbeiter zu spät von einer Gefährdung erführen.

Herr Dr. Sauter wies darauf hin, dass die derzeit öffentlich skandalisierten Fälle fast alle behördlich bekannt gewesen seien. Es stelle sich somit natürlich die Frage, wie es sein könne, dass die Behörden von einer kritischen Situation Kenntnis hätten und am Ende ein Kind trotzdem zu Tode komme. Die Schwierigkeit liege seiner Ansicht nach in dem Komplex der Risikoabwägung. Die Risikofaktoren seien bekannt. Das Bayerische Landesjugendamt habe insofern ein eigenes System sozialpädagogischer Diagnose entwickelt, das evaluiert und inzwischen überarbeitet worden sei, sogenannte sozialpädagogische Diagnosetabellen, in denen Risikomerkmale aufgeführt seien, welche im Aufwachsen, Erleben und Handeln von Kindern eine Rolle spielten. Diese seien auch den Fachkräften in der Sozialarbeit bekannt. Im konkreten Fall stehe man jedoch vor der schwierigen Abwägung, ob die Gefährdung eines Kindes so massiv sei, dass man das Kind aus der Familie herausnehmen müsse oder nicht. Dies sei bei allen Fällen der kritische Punkt, da die Tötungsfälle stets innerhalb der Familie passiert seien, dort, wo sich das Kind aufgehalten habe. Möglicherweise wisse man

noch zu wenig über Risikofaktoren. Dies könne vielleicht ein Forschungsproblem sein. Erst in den 90er-Jahren hätten Forschungen über Risikofaktoren in dem Maße eingesetzt, dass es eine gewisse Verständigung darüber gebe, was Risikofaktoren seien. Einige dieser Risikofaktoren seien auch gesellschaftspolitische Tabuthemen, etwa das Faktum der Situation eines Kindes bei einer alleinerziehenden Mutter. Bei der Güterabwägung bestehe ein Risiko, wie man die Risikofaktoren bewerte. Hierbei könne es zu Fehleinschätzungen kommen. Diese seien möglicherweise noch hinzunehmen, da die Bewertung prognostisch erfolge. Es gebe aber auch im Rahmen des Verlaufs gewisse „Verwerfungen“, z. B. wie oft man es zulasse, dass ein Elternteil zum Jugendamt bestellt werde und nicht erscheine. Im Falle von Kevin habe etwa eine unzureichende Beteiligung der Familie vorgelegen. Hier stelle sich die Frage, wo die Toleranzgrenze zu ziehen sei. Dies sei auch eine Frage der fachlichen Weiterentwicklungen der Berufsausübung. Die Familiengerichte seien in dieser Hinsicht eher strikt und erwarteten mindestens drei Versuche des Jugendamtes, mit der Familie Kontakt aufzunehmen. Hintergrund sei die Tatsache, dass in der Konsequenz immer früher in die Autonomie der Familie eingegriffen werde.

(2) Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde von der Mehrheit der Befragten als Schwachstelle bzw. als kritischer Punkt in dem Bereich Kinderschutz dargestellt und ausführlich besprochen. Da im weiteren Verlauf des Interviews die Frage nach der interdisziplinären Zusammenarbeit gezielt gestellt wurde, werden die Aussagen der Experten zu diesem Thema unter 5.2.3 im Einzelnen ausführlich dargestellt.

(3) Mangelnde Kooperation zwischen Behörden

In Fällen wie „Kevin“ oder „Jessica“ sei es nach Kenntnis von Herrn Dr. Sauter auch zu Fehlern in der Kooperation unterschiedlicher Behörden gekommen. Im Fall „Jessica“ habe die für die Schulpflicht zuständige Behörde, das Schulamt, offenbar keinen Grund zu weiteren Veranlassungen gesehen, obwohl das schulpflichtige Mädchen ein Jahr lang nicht beschult worden sei. Es dürfe nicht geschehen, dass die Kommunikation zwischen Jugendamt und anderen Sozialbehörden, in diesem Fall der zuständigen Schulverwaltung, nicht funktioniere.

(4) Mangelnde finanzielle Ressourcen

Als großes Problem benannte Herr Dr. Oberle unzulängliche finanzielle Ressourcen. Man benötige im Bereich Kinderschutz viel Geld und Ressourcen, die nicht zur Verfügung gestellt würden. Man könne keine Werbung betreiben und bekäme auch keine Sponsoren. Man könne diese Sache jedoch nicht nebenher laufen lassen, weil sie zu komplex sei. Kinderschutz sei in unserer Gesellschaft nicht etabliert. Es stelle ein unangenehmes Thema dar, welches viel Bestürzung auslöse, aber in letzter Konsequenz als nicht so wichtig angesehen werde. Herr Dr. Oberle wies darauf hin, dass ein niedergelassener Arzt große Probleme bekäme, wenn er einen Fall von sexuellem Kindesmissbrauch in seiner Praxis habe. Ein niedergelassener Arzt müsse für einen Kinderschutzfall viel Zeit aufwenden, und im Zweifel treffe er eine Fehlentscheidung. Gleichzeitig sei es ein undankbares Geschäft. Ein Kinderschutzfall bereite viele Mühen, provoziere unangenehme Nachfragen und erfordere das Auftreten als Gutachter vor Gericht. Aus diesen Gründen ließen viele Ärzte lieber die Finger davon, weil ihnen dieses Geschäft weder Ruhm und Ehre noch finanzielle Abgeltung bringe. Herr Dr. Oberle äußerte Verständnis dafür, dass sich die Ärzte in diesem Bereich eher zurück-

hielten. Außerdem bestünden Ängste, jemandem Unrecht zu tun. Dann habe der Arzt nicht nur die Mutter als Feind, sondern zum Beispiel die ganze Kindergartentruppe. Dies könne für einen niedergelassenen Kinderarzt in ökonomischer Hinsicht schwierig werden. Man müsse sich darüber klar sein, dass es Kinderschutz nicht zum Nulltarif gebe.

(5) Rechtliche Probleme bei der Übermittlung von Daten

Eine andere Schwachstelle sehen zwei Experten in den rechtlichen Vorschriften zur Datenübermittlung. Alle Befragten waren sich einig, dass der Kinderschutz gegenüber dem Datenschutz Vorrang habe. Dennoch wird gerade im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht bei der Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialbereich Verständnis für die Situation der Ärzte ausgedrückt, welche im Zweifel dazu führe, dass ein Arzt keine Meldung an das Jugendamt erstatte. Uneinig waren sich die Experten hinsichtlich der Einführung einer generellen Meldepflicht für Ärzte.

Herr Becker führte aus, dass der Datenschutz sehr berechtigt sei, doch liege seines Erachtens ein Missverständnis in der Begriffswahl vor. Es gehe nicht – wie oftmals angenommen – darum, dass man nichts sagen dürfe, sondern darum, den Missbrauch von Daten zu verhindern. Folglich müsse seiner Ansicht nach die Zweckbestimmung der Datenoffenbarung mehr ins Blickfeld genommen werden. In dieser Hinsicht sieht er noch einen Entwicklungsbedarf. Wenn beispielsweise ein Arzt erkennen würde, dass die Darlegung der Eltern, das Kind sei die Treppe hinuntergefallen, von der medizinischen Sicht aus nicht stimmen könne, dürfe er nur dann das Jugendamt benachrichtigen, wenn er eine konkrete Gefahr für das Kind befürchte. Die Abwägung, wann eine Gefahr konkret ist, sei jedoch in der Praxis schwierig. Wäre aber eine Datenübermittlung bereits im Vorfeld zulässig, könnte das Jugendamt sich etwa zunächst beim Kindergarten erkundigen, wie die Situation des Kindes sei, ohne gleich die Familie damit zu konfrontieren. Die Rechtslage solle so sein, dass die Sorge um das Kind wichtiger ist als die Offenbarung einer medizinischen Problemstellung. Im Zweifel würde ein Arzt bei Abwägung dieser Interessen derzeit eher nichts sagen. Es bedürfe hier mehr Rechtsklarheit und damit -sicherheit. Natürlich könne mit Schulungen und Übungen die Situation verbessert werden, doch es sei besser, wenn eine rechtliche Klarstellung dahingehend erfolge, dass die Unversehrtheit des Kindes das höhere Gut sei und der Schutz der Eltern vor evtl. unbegründeter Zuschreibung von Ursachengefahren an zweiter Stelle stehe. Herr Becker gab auch zu bedenken, dass viele Eltern den Kinderarzt wechseln würden, wenn sich herumspräche, dass dieser bei Verdacht auf Verletzung des Kinderschutzes das Jugendamt anruft. Damit ein Arzt, der mit dem Jugendamt kooperiert, nicht der Dumme sei, müsste seiner Ansicht nach eine gesetzliche Regelung erfolgen, dass alle Kinderärzte bei Verdacht auf Verletzung des Kinderschutzes Meldungen machen müssten.

Auch nach Ansicht von Herrn Dr. Oberle ist Datenschutz unter den Ärzten ein sehr großes Thema. Seiner Ansicht nach gebe es jedoch bei Kindesmisshandlungen keinen Raum für Datenschutz. Aber natürlich könne man sich dahinter hervorragend verstecken. Die Leute hätten Angst vor eigenen Problemen, die einem solche Meldungen einbringen könnten. Man könne nur Schwierigkeiten bekommen, im Zweifel ein Verfahren wegen Verletzung der Schweigepflicht. Dies könne für einen niedergelassenen Arzt problematisch werden. Um diesen Schwierigkeiten zu begegnen, sei ein lokales Netzwerk notwendig. Voraussetzung

dafür sei, dass es jemand koordiniere. Dies müsse in der Regel das Jugendamt sein, weil dieses nachher auch die weiteren Konsequenzen daraus ziehen müsse. Ein solches Netzwerk müsse umfassend die unterschiedlichen Professionellen im Bereich Kinderschutz einbeziehen. Man müsse sich austauschen. Hier sieht Herr Dr. Oberle das Problem, dass die Strafverfolgungsbehörden sofort einschreiten müssten, wenn sie Kenntnis von solchen Fällen erhielten. Nach Ansicht von Herrn Dr. Oberle gebe es aber auch hier Wege, wie man fair miteinander umgehen könne. Eine generelle Meldepflicht für Ärzte bei dem Verdacht auf Kindesmissbrauch lehnt Herr Dr. Oberle ab. Dies wäre das Ende der Kinderschutzdiskussion im medizinischen Bereich. Wenn die Eltern wüssten, sie würden sich jemandem anvertrauen, der es sofort weitermeldet, dann würden sie sich gar nicht mehr melden. Wenn Kinderärzte zu Ermittlern würden, werde der Grundgedanke der Unterstützung quasi ausgehebelt.

(6) Mangelnde Krisenprävention

Ein weiterer Schwachpunkt ist nach Ansicht des Sachgebietsleiters, dass man im Falle einer Krise, also einer Kindeswohlgefährdung, zwar bereit sei, ganz viele personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen, es aber im Vorfeld hieran fehle. Es würden keine Vereinbarungen getroffen, nicht debattiert, und Netzwerke bestünden nur auf dem Papier. Zugänge zu Sozial- und Bildungsfeldern seien nicht gleich. Das hochselektive Schulsystem grenze von Anfang an aus. Auch in diesem Bereich gelte es, Ressourcen auszubauen. Zudem würden Erkenntnisse nicht publiziert, ein Voneinanderlernen finde nicht statt.

(7) Mangelnde Fehlerkultur

Herr Lukasczyk stellte fest, dass Mitarbeiter nicht gezielt aus ihren Fehlern lernten und Fehler nicht offen kommunizierten. Dies führe seiner Ansicht nach zu psychologischen Prozessen des Vermeidens, Versteckens und Geheimhaltens bei den Mitarbeitern und habe mit einer professionellen Struktur nichts mehr zu tun. Als Professioneller müsse man immer in der Lage sein, Fehler zuzugeben, auch wenn der Grund dafür in der eigenen „Schusseligkeit“ liege, denn dies könne auch aus einer hohen Belastungssituation, wie sie innerhalb der sozialen Arbeit gegeben sei, resultieren. Diese hohe Belastungssituation grenze seiner Meinung nach bereits fast an das Unmenschliche, was sich möglicherweise aus der Situation der Anspruchshaltung der Gesellschaft an die Institution des Jugendamtes ergeben könne. Dieser hohe Anspruch, alle anderen dürften versagen, nur das Jugendamt nicht, da dies die letzte Instanz im Kinderschutz sei, erzeuge sehr starke, interpersonale, psychologische Effekte. In dieser Struktur könne es zu Sollbruchstellen in der Wahrnehmung der einzelnen Mitarbeiter im Kinderschutz kommen.

(8) Selbstüberschätzung der Mitarbeiter

Herr Lukasczyk äußerte ferner die Sorge, dass sich Mitarbeiter überschätzten und sich zu sicher in ihrer Einschätzung seien. Dies seien oftmals die erfahrenen Mitarbeiter, die überzeugt seien, dass sie alles richtig machten. Herr Lukasczyk ist der Ansicht, dass es dazu gehöre, immer eine latente Unsicherheit bei sich selber zu produzieren, um die Kommunikation mit anderen zu suchen und nicht blind zu werden.

(9) Zu spätes Eingreifen in das Erziehungsgeschehen

Als weitere Schwachstelle sieht Herr Dr. Sauter das Problem an, dass teilweise zu spät eindeutig in das Erziehungsgeschehen eingegriffen wird.

(10) Fehlender Zugang zu Familien (insbesondere mit Migrationshintergrund)

Herr Dr. Sauter wies auch darauf hin, dass es in Familien mit Migrationshintergrund für das Jugendamt noch schwieriger sei, Zugang zu erlangen. Das liege an den unterschiedlichen Lebenslagen und Sprachen sowie dem soziokulturellen Hintergrund, welcher auch die Erziehung bedinge. Herr Lukasczyk legte aber auch dar, dass generell eine schlechte Kommunikation mit den Familien zu einer Sollbruchstelle führe. Spreche man nicht mit den Eltern und Kindern, gebe es auch keine gemeinsame Diskussionsebene, und dann traue man den Eltern auch nichts zu. In solchen Fällen gebe es kein wirkliches emotionales Zutrauen in eine Veränderungssituation.

(11) Öffnungs- und Schließungszeiten des Jugendamtes

Herr Becker sieht es als größte Schwachstelle im Kinderschutz an, dass das Jugendamt und damit der Allgemeine Soziale Dienst Öffnungszeiten und Schließungszeiten habe. Die Erreichbarkeit des Jugendamtes sei – gemessen am 24-Stunden-Lebenstag der Eltern, Kinder und Familien – in weniger als der Hälfte der Stunden des Tages gegeben. Menschen, die auf etwas aufmerksam geworden seien und in der Zeitphase eines frischen Hergangs motiviert seien, spontan anzurufen, würden sich bis zum Morgen des nächsten Tages überlegen, was mit ihnen passiere, wenn sie eine Meldung machten, die eventuell nicht stimme, was und wie sie etwas sagen dürften und dass sie sich vielleicht täuschten. Solche Zweifel führten oft dazu, dass sich die Anrufstimmung des Vorabends am nächsten Vormittag, wenn das Jugendamt wieder zu erreichen ist, gelegt habe. Wenn jemand, der den Impuls zu einer Mitteilung habe, diese nicht in dem Moment loswerden könne, so sei dies die gravierendste Sollbruchstelle, die es überhaupt gebe. Zur Lösung des Problems gebe es eine Telefonnummer, über die das ständig besetzte Frauenhaus erreicht werden könne. Die dortigen Mitarbeiterinnen könnten dann eine Fachkraft eines beauftragten freien Trägers, welche ab 17:00 Uhr bis zum nächsten Morgen „Stille Bereitschaft“ habe, kontaktieren. Allerdings sei diese Telefonnummer bislang noch nicht öffentlich bekannt, sondern nur den Anlaufstellen wie Beratungsstellen, Telefonseelsorge, Polizei u. a. Hier gebe es noch Verbesserungsbedarf. Allerdings wies Herr Becker auch darauf hin, dass im Falle der öffentlichen Bekanntmachung der Telefonnummer nach neuen Medienberichten über Kinderschutzfälle die Zahl der Anrufe sprunghaft ansteigen würde. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit würde sich die Mehrzahl der Fälle im Nachhinein als unbegründet herausstellen, doch müsse zunächst eine Überprüfung erfolgen, was einen Arbeitsaufwand darstellen würde, der mit der gegenwärtigen Personalkapazität nicht zu decken sei. Dennoch ist es nach Ansicht von Herrn Becker wesentlich, dass jede Person, die das wünscht, sofort anrufen könne, selbst auf die Gefahr hin, dass die Meldung unbegründet sei.

(12) Personalsituation in den Verwaltungen

Eine weitere Schwachstelle stellt nach Ansicht von Herrn Becker die Personalsituation in den Verwaltungen dar. Wenn es erforderlich sei, dass es eine Stelle gebe, bei der zu jeder Zeit angerufen werden könne, müsse es auch jemanden geben, der den Anruf entgegennehme und in angemessener Weise entsprechend reagiere. Dies bedeute auch, dass sich der Mitarbeiter in einer Arbeitssituation befinden müsse, die es ermöglicht, rasch zu verstehen, worum es geht, und sich auf die schwierige Konstellation einzustellen. Dies habe etwas mit der Arbeitsmenge zu tun. Herr Becker verwies darauf, dass sich die Hinweise bereits während der Öffnungszeiten des Jugendamtes in den letzten drei Jahren zwischenzeitlich verdreifacht hätten.

Da im Verlaufe des Interviews auch gezielt nach der Personalsituation gefragt wurde, wird dieser Bereich unter 5.2.6 noch einmal ausführlich dargestellt.

(13) Fehlendes Kinderbewusstsein

Ein weiteres Problem stellt nach Ansicht von Herrn Dr. Oberle das fehlende Kinderbewusstsein dar. Es gebe in der Gesellschaft ein Umweltbewusstsein, man kümmere sich um die Umwelt, trenne Müll und verbrauche weniger Benzin. Dies sei eine gute Entwicklung, doch nunmehr sei es an der Zeit, auch ein Kinderbewusstsein in der Gesellschaft zu schaffen. Dazu müsse man zunächst einmal wissen, was ein Kind brauche. Die Menschen hätten verlernt, wie viel Schlaf, Essen und Trinken ein Kind brauche. Solches Wissen werde nicht mehr tradiert und sei in den Familien nicht mehr vorhanden. Es fehle das Bewusstsein, was einem Kind guttut und was nicht. Außerdem fehle ein gesamtgesellschaftliches Bewusstsein, welches auch dazu führe, dass es zum Beispiel einem Nachbarn auffalle, wenn es einem Kind nicht gut gehe. Dabei gehe es vor allem um Unterstützung, nicht um Anklage. Auch einem Kind müsse ein gesundes Körpergefühl vermittelt werden sowie das Selbstbewusstsein, „Nein“ sagen zu können. Herr Dr. Oberle verwies auch darauf, dass einige Formen der Kindesmisshandlung wie Rauchen oder Alkohol in der Schwangerschaft in der Gesellschaft völlig tabuisiert seien. Es müsse ein Bewusstsein geschaffen werden, wie ein solches Problem zu lösen sei, nicht über eine Bestrafung, sondern über das Schaffen einer Haltung, dass Rauchen und Alkohol bei einer Schwangeren nicht üblich seien. Man dürfe die Leute nicht sogleich als Problem hinstellen, sondern müsse über ein Hilfeangebot einsteigen. Dann merke man relativ schnell, ob dieses laufe oder nicht. Wenn jemand darauf nicht eingehen würde, müsse man einsteigen, sich selbst Unterstützung suchen und das Jugendamt einschalten.

(14) Ausbildung von Erzieherinnen

Herr Becker ist der Ansicht, dass die Ausbildung der Erzieherinnen in Deutschland dringend verbessert werden müsse. Gerade im Kindergarten bestehe ein intensiver Kontakt zwischen Eltern und Erziehern. Die Ausbildungsform und die Beschäftigung von Kinderpflegerinnen seien seiner Meinung nach deutlich überholt, weil qualitativ nicht mehr ausreichend. Hier sei das Land aufgefordert, diese Ausbildung nicht mehr staatlich anzuerkennen.

(15) § 36 SGB VIII

In rechtlicher Hinsicht sieht Herr Becker Verbesserungsbedarf hinsichtlich des § 36 SGB VIII bezüglich des Hilfeplans. Dieser Paragraph bestehe nur aus wenigen Sätzen und gebe nicht konkret vor, wie qualifiziert der Hilfeplan sein müsse, während der § 8a SGB VIII sehr deziert sei. Die Konkretheit der gesetzlichen Ausgestaltung des § 8a SGB VIII korrespondiere inhaltlich mit dem Hilfeplan gemäß § 36 SGB VIII, doch diese Korrespondenz werde im Zusammenhang oft nicht gesehen und finde sich in der inhaltlichen Ausgestaltung des § 36 SGB VIII nicht wieder. Die nachhaltige Verbesserung des Kinderschutzes setze auch eine Qualifizierung des Hilfeplans im konkreten Einzelfall voraus.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

5.2.2 Denkbarkeit eines weiteren „Kevin“-Falls – Risiken und Schutzmechanismen

Im Hinblick auf die medial präsenten Kinderschutzfälle wurden die Experten gebeten darzustellen, warum ein Fall wie „Kevin“ in Bremen auch in ihrem Verantwortungsbereich passieren könnte oder warum gerade nicht. Die Gesprächspartner sollten hierzu ihre Bedenken schildern, aber auch, was ihnen Sicherheit verleiht. Auch bei dieser Frage sollten systematische Problemstellen benannt werden. Zugleich sollten jedoch bestehende Schutzmechanismen aufgezählt werden.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Alle Experten sind sich darüber einig, dass tragische Kinderschutzfälle grundsätzlich auch in ihrem Bereich passieren könnten, da Menschen Fehler machen. „Es wäre töricht zu sagen, irgendetwas im Kinderschutz kann bei uns nicht schief gehen. Das wäre eine Illusion, die man nicht haben darf, sonst ist man schon von vornherein auf dem falschen Gleis“, sagte Herr Becker. Man werde Fehler nicht verhindern können, aber es sei schon viel wert, wenn die Maschen, durch die etwas fallen kann, viel kleiner gemacht würden.

Die Risiken für einen Kinderschutzfall wie „Kevin“ sieht Herr Dr. Oberle zunächst in den Familien. Man bemühe sich, diese Risiken überschaubar zu halten, doch sei man darauf angewiesen, dass die Familien mitarbeiteten und die eigene Einschätzung richtig sei. Herr Dr. Oberle verwies auf einen Fall in Stuttgart, wo eine Mutter ihrem sieben Monate alten Kind ein Messer in den Bauch gestochen habe, weil es ein Schreikind gewesen sei. Glücklicherweise werde das Kind ohne Schaden überleben, doch es stelle sich natürlich die Frage, ob man hier im Vorfeld etwas hätte bemerken müssen. Herr Dr. Sauter bezog sich auf einen Fall, wo ein Kind in Bayern auf einem Bauernhof aufgewachsen sei und bis zum sechsten, siebten oder gar achten Lebensjahr von der Mutter weggesperrt worden sei. Das Kind habe behördlicherseits gar nicht existiert. Insofern könne er nicht ausschließen, dass ein Kind durch das Raster fällt.

Der Sachgebietsleiter gab zu bedenken, dass Freiheiten und grenzwertige Lebensentwürfe akzeptiert werden müssten. Diesbezüglich könnten die Lebensrisiken nie vollständig minimiert oder gar ausgeschlossen werden.

Die Befragten waren sich aber auch darüber einig, dass Fälle wie „Kevin“ oder „Lea-Sophie“ in ihren Bereichen nicht in dieser Form vorkommen könnten, da sie insofern gewisse Schutzmechanismen hätten. Sämtliche Experten stellten heraus, dass in schwierigen Fällen eine Teambesprechung der Normalfall sei. Herr Dr. Sauter verwies auf die unterschiedliche Bewertung von Risikofaktoren, etwa des Aufwachsens bei drogenabhängigen Eltern. Er verwies ferner auch auf die gesetzlichen Vorgaben und Zuständigkeiten, die solche Fälle grundsätzlich verhindern müssten.

Die Experten benannten in diesem Zusammenhang verschiedene Sicherheitsmaßnahmen, welche grundsätzlich oder in ihren Bereichen dazu beitragen, das Auftreten tragisch endender Kinderschutzfälle gering zu halten. Herr Becker äußerte die Ansicht, dass ein ganzheitliches Handeln in allen Bereichen des Kinderschutzes erforderlich sei, um voranzukommen. „Mit der Spitze des Eisberges, die Kinderschutz heißt, kann ich alleine nichts anfan-

gen, ich muss den ganzen Eisberg betrachten.“ Die Sicherheit schaffenden Strukturen begannen seiner Meinung nach bereits in der Organisation des Jugendamtes. Nach seinem Führungsprinzip und Führungsstil habe er ein starkes Delegationsprinzip im Amt gehabt, welches ein sehr gutes Vertrauensverhältnis zwischen den Führungskräften zur Folge gehabt hätte. Das Jugendamt habe ein amtsspezifisches Leitbild gehabt, wonach es sozusagen ein Schiff sei, das seinen Kurs nur dann gut halten und das Ziel erreichen könne, wenn alle Offiziere und die Mannschaft wüssten, warum wohin gefahren werde. Sollte der Kapitän sich anderweitig kümmern müssen, müssten der Kurs und das Ziel gleich bleiben. Herr Becker teilte ferner mit, dass in Pforzheim die Sozialraumorientierung vergleichsweise sehr früh, nämlich bereits 1994, eingeführt worden sei. Es gebe 18 Sozialräume, welche die 24 Stadtteile umfassten, und diese 18 Sozialräume seien acht Sozialraumkonferenzen zugeordnet. Im Durchschnitt seien damit 2,5 Stadtteile bzw. Sozialräume einer Sozialraumkonferenz zugeordnet. Der Soziale Dienst sei aufgrund der Sozialraumorientierung in vier geografische Stadtgruppen mit vier Gruppenleitern aufgeteilt worden. Diese Leiter sowie der Abteilungsleiter und der Amtsleiter trafen sich regelmäßig mehrfach im Jahr, um Entwicklungsfragen zu diskutieren. Dreimal im Jahr gebe es ganztägige, manchmal sogar zweitägige Führungskräfteklausurtagungen für alle Führungskräfte, von der Gruppenleiterin und der Sachgebietsleiterin bis hin zum Abteilungsleiter und zum Amtsleiter. Zu diesen Klausurtagen habe er stets einen externen Überraschungsgast eingeladen. Dies könne ein Unternehmer, ein Mitarbeiter der Planungsbehörde über Stadtentwicklung oder ein Arzt vom Krankenhaus gewesen sein. Das Prinzip, sich mit Blickwinkeln von außen konfrontieren zu lassen, sei Bestandteil der Führungsverantwortung gewesen. Dieses sei der fruchtbare Boden, auf dem gearbeitet werde und der für Aufmerksamkeit Sorge, Kinderschutzmeldungen angstfrei und damit konstruktiv zu begegnen. Vom systemischen Ansatz her gebe es einen arbeitstäglichen Bereitschaftsdienst für neue Meldungen, um den Mitarbeitern für die normale Arbeit den Rücken freizuhalten, sodass nicht ständig jemand unangemeldet zu einem Sozialarbeiter komme. Der Mitarbeiter, welcher Bereitschaft habe, sei dagegen darauf eingestellt, dass er mit überraschenden und manchmal auch unangenehmen Meldungen konfrontiert werden könne. Die organisatorischen Voraussetzungen, um die Arbeit mit der richtigen Haltung machen zu können, seien somit systemisch angelegt. Ferner gebe es natürlich das Vier-Augen-Prinzip, das bedeute, dass der Mitarbeiter in Kinderschutzfällen nicht alleine entscheide, sondern wisse, dass er sie mit dem Vorgesetzten, dem Gruppenleiter, bearbeiten müsse. Wenn der den Vorgesetzten nicht erreichen könne, sei er allerdings laut Dienstanweisung ermächtigt, eine eigene vorläufige Entscheidung zu treffen. Ein solches Organisationssystem mache einen Mitarbeiter nicht zu einem unmündigen Menschen. Herr Becker ist der Ansicht, dass eine solche Haltung derzeit in den Jugendämtern insgesamt zunehme, aber es auch noch viele Ämter gebe, in denen dies nicht der Fall sei. Dies hänge oft auch an der Haltung von einzelnen Personen. Als weiteren Punkt von systemischen Sicherheiten nannte Herr Becker die wirtschaftliche und finanzielle Basislage. In vielen Ämtern habe das Geld oftmals eine höhere Priorität als die inhaltliche Arbeit. Er sieht Jugendhilfe im Spannungsfeld zwischen erfolgreicher Tätigkeit und zunehmendem Ausgabenfaktor. Er habe darum die Mittel des Vorjahres zum Arbeitsbudget erklärt und auf die vier Gruppen aufgeteilt. Jede Gruppe habe gewusst, dass ihnen eigentlich nicht mehr Geld als das zugeteilte Budget zur Verfügung stehe. In der Entscheidungsfrage, was sie mit diesem Geld machen, blieben sie selbstständig. Dies habe zu sehr kreativen Ideen geführt. Er selbst habe in einer Dienstanweisung den Satz formuliert: „Ich will den Wettbewerb der Arbeitsgruppen, aber keine Konkurrenz.“

Das Wissen, dass das Geld endlich sei, sei im Übrigen jedem Einzelnen aus seinem Privatleben bekannt. Man müsse sich also überlegen, dass man auch bei Eintritt des Unerwarteten noch Geld brauche. Allerdings stehe den Mitarbeitern insofern ein Gestaltungsraum zur Verfügung. Auch dieses trage seiner Ansicht nach zu einer erhöhten Aufmerksamkeit bei und ermögliche einen Synergieeffekt. Schließlich seien all diese Entwicklungen auch immer kontinuierlich an die kommunalpolitisch entscheidende Stelle, den Jugendhilfeausschuss, mit Vorlagen mitgeteilt worden, sodass auch die Politiker aufmerksam gemacht worden seien.

Der Sachgebietsleiter teilte mit, dass die Einführung des § 8a SGB VIII, der im Oktober 2005 implementiert worden sei, zu einer größeren Sicherheit geführt habe. Zu diesem Paragraphen gebe es bei ihnen seit März 2006 eine Dienstanweisung, an die alle Mitarbeiter des Jugendamtes gebunden seien. Darin heiße es, dass bei Meldungen über Kindeswohlgefährdungen dem unverzüglich, also noch am Tag des Eingangs der Meldung, nachgegangen werden müsse. Dies bedeute, dass zwei Mitarbeiter vor Ort recherchierten. Sodann sei eine Risikoabwägung vorzunehmen und ein Schutzplan zu erstellen. Außerdem habe nach Eingang einer solchen Meldung eine Meldung an das Team bzw. den Sachgebietsleiter zu erfolgen, um sich rückzuversichern, ob hier gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen. Diese Regelung habe für Klarheit und Struktur gesorgt. Dadurch würden Risiken minimiert, dass Kinder durch das Handeln des Jugendamtes zusätzlich in Gefahr gebracht würden. Der Experte erläuterte, dass man in der Dienstanweisung bewusst unterlassen habe, den Begriff der Kindeswohlgefährdung als solchen zu definieren, damit im Falle einer von der Definition abweichenden Gefährdung diese nicht übersehen würde. Er äußerte, dass man lieber einmal mehr hinschaue. Ein wichtiger Punkt hinsichtlich der Sicherheitsfaktoren sei die Psychohygiene der Mitarbeiter, damit diese mit den Arbeitsbelastungen umgehen könnten, denn auch die eigene Biografie löse bei der Bewältigung anderer Biografien viel aus. Dazu fänden regelmäßig, mindestens alle sechs Wochen, Gruppensupervisionen statt und bei Bedarf auch Einzelsupervisionen. Ferner gebe es regelmäßige Teamgespräche, in denen Mitarbeiter ihre Fälle vorstellen könnten. Dies sei wichtig, damit auch noch eine andere Dimension des Sachverhaltes wahrgenommen werde. Auch gebe es eine kollegiale Struktur, die es aber auszubauen gelte. In seinem Bereich gebe es nunmehr seit einiger Zeit eine Kinderschutzhotline, die bei einer Landesstelle angesiedelt sei. Dort könne jedermann etwaige Kindeswohlgefährdungen melden.

Auch Herr Dr. Sauter benannte als vorhandene Sicherheitsstruktur die Tatsache, dass in Bayern keine schwierigen Risikoabschätzungen allein von einem Mitarbeiter getroffen würden, sondern dass dazu immer eine Fallbesprechung stattfinde. Es sei Vorgabe, eine erfahrene Fachkraft beizuziehen und die Entscheidung über den Fall im Team zu treffen. Auch zu Hausbesuchen gehe man in aller Regel zu zweit. Zudem sei die Gewichtung der Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung in den fachlichen Empfehlungen des Landesjugendamtes definiert.

Zu den Sicherheit schaffenden Maßnahmen zählt für Herrn Pfeifle auch eine entsprechend fachlich ausgerichtete Organisationsstruktur des Jugendamtes, in der eine fachdienstübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit abgebildet und damit besser gewährleistet werden kann. So hat das Jugendamt Stuttgart im Rahmen von fachlichen Organisations-

entwicklungsprozessen die Fachabteilungsstruktur aufgelöst und durch Regionalabteilungen ersetzt. Das heißt, dass – bezogen auf eine bestimmte Stuttgarter Region – ein Abteilungsleiter sowohl für den ASD als auch für die städtischen Kindertageseinrichtungen zuständig ist. Außerdem wurden die städtischen Erziehungsberatungsstellen aufgelöst und die Mitarbeiter mit ihren Aufgaben in die einzelnen ASD-Bereiche in den Stadtteilen integriert. Entstanden sind interdisziplinäre Beratungszentren. Diese Entwicklung wird derzeit noch ausgeweitet mit dem Ziel, auch die Beistandschaften in diese Zentren zu integrieren, also mit dem Ziel des frühzeitigen Angebots von Hilfen.

Außerdem gebe es Leitfäden für die Mitarbeiter zur Unterstützung der Risikoabwägung in Kinderschutzfällen.

Auch das Arbeitsklima innerhalb eines Jugendamtes, insbesondere der Umgang mit „Fehlern“ bzw. „Fehlerfreundlichkeit“ (kein ganz einfacher Begriff gerade im Kinderschutz) sei ein wichtiger Punkt.

Herr Lukasczyk teilte mit, dass der Leitungsanteil auch in der Frage der Kontrolle und Beratung der Mitarbeiter deutlich angezogen worden sei, sodass Fälle, die nicht gut liefen, auffielen. Sicherheit verleihe auch die Tatsache, dass über viele Jahre intensiv fachlich und konzeptionell zu dem Thema Kinderschutz gearbeitet und in Schulungen investiert worden sei, sodass die Mitarbeiter einen hohen fachlichen Standard hätten.

5.2.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Probleme und positive Strukturen

Eine weitere Frage galt den Risiko- und Problemfaktoren in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Insbesondere wurde nach Verständigungs-, Vernetzungs- und Regelungsbedarf gefragt. Gleichmaßen sollten die positiven Faktoren in der interdisziplinären Zusammenarbeit benannt werden. Da Kinderschutz viele unterschiedliche Institutionen und Organisationen berührt, ist die funktionierende Zusammenarbeit der jeweiligen Fachkräfte von großer Bedeutung. Mit der Frage sollte aufgezeigt werden, in welchen Bereichen die Zusammenarbeit funktioniert und in welchen nicht und welche Gründe dafür maßgeblich sind.

Die Experten aus Stuttgart, Norddeutschland und Pforzheim waren sich darüber einig, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit weiter ausgebaut werden müsse. Es gebe bereits gute Anfänge, doch nach wie vor einen großen Handlungsbedarf. Wenngleich der Ansatz bei allen Befragten, die Verbesserung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen, gleich war, so gibt es sehr verschiedene Kritikpunkte und Maßnahmen, um dieses Ziel zu erreichen. In jedem Fall wird jedoch großer Wert darauf gelegt, dass sich die Professionellen untereinander persönlich kennenlernen und somit der Grundstein für eine Zusammenarbeit gelegt wird.

Herr Dr. Oberle stellt in einigen Bereichen bereits sehr gute interdisziplinäre Zusammenarbeit fest, sieht aber Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Kommunikation der verschiedenen Professionen. Es sei wichtig, dass die verschiedenen Professionen voneinander wüssten und einander kennen würden, insbesondere ihre Stärken und ihre Grenzen.

Es bedürfe auch „Dolmetscher“ für die unterschiedlichen Berufsgruppen, um die jeweiligen Anliegen in den anderen Professionen verständlich zu machen. Je mehr Möglichkeiten es gebe und je intensiver diese seien, umso schwieriger sei das Miteinander. Jeder kümmere sich nur um seine eigenen Angelegenheiten, finde sich selbst am wichtigsten und grenze andere aus. Dabei sei das Thema Kinderschutz seiner Meinung nach so komplex, dass es oftmals nur noch gemeinsam gehe. Die Hauptproblemfelder lägen in dem Bereich Jugendamt und Medizin, doch werde daran derzeit sehr intensiv gearbeitet. Einen gewissen Austausch gebe es inzwischen von Kinderärzten und dem Sozialpädiatrischen Zentrum. Ferner nannte er als Problembereiche die spezialisierten Beratungsstellen sowie die Polizei, die man bislang oftmals außen vor gehalten habe, wenngleich sie auch eine wichtige Rolle spielten. Ein weiteres Problem gebe es mit den Richtern, welche häufig Unabhängigkeit mit Uninformiertheit verwechselten und zum Teil keine Kenntnis von der Materie Kinderschutz hätten, aber darüber entschieden. Es gebe auch Familienrichter, die sich einbrächten, doch hinge das sehr von den jeweiligen Menschen ab und stelle lediglich ein persönliches Zusatzengagement dar, aber keine generelle Linie. Damit sei es auch nicht verlässlich. Kinderschutz müsse wegkommen von Einzelpersonen, welche lediglich die Grundstruktur schaffen. Es müsse auch die Struktur geben, die das Ganze festige und ermögliche. Es dürfe nicht sein, dass alles zusammenbräche, wenn eine Person weg falle. Man müsse immer wieder überlegen, wo Ressourcen vorhanden seien und wie man Leute in das System einbeziehen könne. Er fragte sich, warum etwa Pädagogen und Erzieherinnen keine Ansprechpartner seien, obwohl diese das Kind am häufigsten nach den Eltern sähen. Diese könnten Fakten über das Verhalten des Kindes weitergeben. Wichtig sei auch, dem Einzelnen, der sich überlegt, eine Meldung zu erstatten, nicht die Verantwortung aufzubürden, dass etwa der Kindsvater aufgrund der Meldung ins Gefängnis komme. Dazu bedürfe es seiner Ansicht nach vertrauensbildender Maßnahmen. Solange die Menschen das Gefühl hätten, sie sollten Fakten liefern, um jemanden zu bestrafen, spielten viele nicht mit, um nicht schuld zu sein. Dagegen seien viele Menschen bereit mitzumachen, wenn es darum gehe, einen kindgerechten Korridor zu bauen und einige Bereiche davon zu übernehmen. Wichtig sei es, miteinander zu reden. Außerdem müsse man miteinander und voneinander lernen. Dazu müsse man sich realistische Ziele setzen und sich auch zumuten, realistische Schritte zu machen. Dabei dürften auch Fehler passieren. Der gewaltige Anspruch, auf einmal seien alle gewaltfrei, nirgendwo gebe es mehr einen Kevin, erzeuge einen hohen Druck, der kein guter Motivator sei. „Sondern einfach sagen, wir machen uns auf den Weg, wir wollen irgendwann keine misshandelten Kinder mehr. Aber bis dahin wollen wir uns miteinander auf den Weg machen. Wenn wir diesen riesigen Dampf rausnehmen, wären wir vielleicht auch manchmal besser unterwegs.“

Herr Lukasczyk sieht hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit die Gefahr der Autoritätsüberlagerung bezüglich der Frage der Wertigkeit von Professionen bei einzelnen Mitarbeitern. Dies bedeute, wo die eigene Profession aufgrund mangelnden Selbstwertgefühls oder mangelnder beruflicher Identität unterhalb die anderer, höher eingeschätzter Professionen rutsche, führe dies dazu, dass man sich entweder von dieser nichts sagen ließe oder allein aufgrund der Autorität einer anderen Profession deren Wahrnehmung für richtiger halte als die eigene. Im medizinischen Bereich gebe es nach wie vor einen hohen Abstimmungsbedarf, da nur wenige Meldungen aus diesem Bereich erfolgten und diese dann oft zu spät kämen. Auch im Bildungsbereich gebe es großen Handlungsbedarf. Hier

entstehe ein hoher Druck aufgrund der Tatsache, dass diese Kinder eigentlich die Klassensituation und das Fortkommen der Klassensituation behinderten und daher sehr schnell der Wunsch und der massive Druck entstehe, schnell etwas zu unternehmen, am besten eine stationäre Lösung zu finden. Entscheidend seien auch Ablaufstrukturen. Mittlerweile würden in allen Bereichen schriftliche Kooperationsvereinbarungen getroffen, um Rechte und Verbindlichkeiten beider Seiten zu klären. Bereits der Prozess der Entwicklung solcher Vereinbarungen bringe viele Kooperationsschritte mit sich. Allerdings müssten diese Vereinbarungen auch mit Leben gefüllt und kontrolliert werden sowie veränderbar sein.

Herr Pfeifle verwies darauf, dass man unglaublich viele Institutionen oder Felder habe, die mit Kindern und Familien in Berührung kämen. Es stelle sich aber die Frage, ob alle diese Felder wirklich das Kind im Blick hätten. Manchmal werde das Kind auch als Stabilisationsfaktor in einer Familie gesehen und der Kinderschutz nicht ausreichend beachtet. Die Sucht- und Drogenhilfe oder die Sozialpsychiatrie beispielsweise hätten einen bestimmten Auftrag, der als ursprüngliche Zielgruppe auf die Eltern bzw. Elternteile gerichtet sei. Daher stelle sich seiner Ansicht nach die Frage, wie man es schaffen könne, in allen Diensten eine Sensibilität für den Kinderschutz heranzuziehen. Eine große Sensibilität für den Kinderschutz zu erreichen, sieht Herr Pfeifle als wichtige Aufgabe an. Seiner Meinung nach gebe es einen großen Handlungsbedarf in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Man müsse sich fragen, wie die Aussage von unterschiedlichen Professionen in der Öffentlichkeit wirke und wie dieses wiederum auf die Zusammenarbeit wirke. Auch müsse geklärt werden, wie mit unterschiedlichen Auffassungen umgegangen werde. An diesen Formen der Zusammenarbeit müsse man noch dringend arbeiten. Hierfür sei es wichtig, miteinander zu reden.

In Stuttgart gebe es Kooperationsvereinbarungen zum Kinderschutz, z. B. mit der Sozialpsychiatrie oder der Drogenhilfe, um eine gemeinsame Verständigungsebene zu erreichen. Eine Kooperationsvereinbarung gebe es auch mit der städtischen Kinderklinik. Die Kooperationsvereinbarung regelt, dass bei allen neugeborenen Kindern von drogenabhängigen Müttern der Allgemeine Soziale Dienst eingeschaltet wird. Somit sei das Jugendamt von Anfang an in den Fall involviert. Außerdem gebe es in Stuttgart einmal im Monat einen Kinderarztstammtisch, an dem sich Mitarbeiter des Jugendamtes mit Kinderärzten zum Austausch über Kinderschutzfragen trafen. Es gebe durchaus Kinderärzte, die in einzelnen Fällen das Jugendamt über einen Kinderschutzfall informieren. Ein wesentlicher Punkt in diesem Zusammenhang sei auch der Schutz des Informanten bzw. eine gute Vorbereitung des Informanten auf etwaige Konfrontationen. So habe ein baden-württembergischer Kollege einen Fall gehabt, dass eine Erzieherin dem Allgemeinen Sozialen Dienst eine Kinderschutz-Meldung gemacht habe. Es war jedoch ein anderer Allgemeiner Sozialer Dienst eines Landkreises zuständig. Weil dieser den Vorgang offenlegte, wurde die Erzieherin von den Eltern wegen Verleumdung angezeigt. Das Thema ist seiner Ansicht nach hochsensibel.

Der Sachgebietsleiter wies darauf hin, dass Kooperation sehr viel Arbeit bedeute, da es gerade zwischen Jugendhilfe und Medizin noch immer Verständigungsprobleme gebe, weil die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedliche „Codes“ benutzten und sich auch anders geben würden. Insofern bestehe ein hoher Kommunikationsbedarf. Hilfreich sei, dass die Bereichssozialarbeiter in ihren Bereichen und bei den Kinderärzten sehr gut bekannt seien. Jährlich fänden ein bis zwei Treffen mit den Kinderärzten und dem Gesundheitsamt statt,

um einander kennenzulernen und Hemmschwellen im Umgang abzubauen. Potenziale und Ressourcen würden so ausgeleuchtet. Ärzte und andere Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe könnten sich auch beim Jugendamt beraten lassen, indem sie einen Fall anonymisiert darstellten.

Auch Herr Becker ist der Ansicht, dass das Thema Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsbereich und der Jugendhilfe bundesweit noch ein gewisses Problem sei. Hinsichtlich etwaiger datenschutzrechtlicher Bestimmungen seien Jugendhilfe und Gesundheitswesen bis vor Kurzem noch zu weit auseinander gewesen. Er betrachtet es als einen der großen Vorteile und Veränderungen, die z. B. durch das Projekt mit dem Kinderschutz Baden-Württemberg, welches von der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Ulm unter Herrn Prof. Dr. Fegert aufgegriffen worden sei, dass die Institutionen, die mit dem Kind befasst seien, und die Eltern endlich enger miteinander ins Gespräch kämen. Er habe zum Thema der Kooperation von Institutionen bereits vor zehn Jahren aus Anlass der Thematik von Organisationsentwicklung („Corporate Identity“) zwecks Schulentwicklung gemeinsam mit einem Schulrat in einem Fachbuch ein gemeinsames Kapitel geschrieben. Dies habe man sich zuvor auch nicht vorstellen können. Es habe aber auch zu einer anderen Vernetzung geführt. Bereits Ende der 90er-Jahre habe in Pforzheim ein Projekt im Kontext Schulentlassungen, Berufsfindungen, Berufsorientierung stattgefunden, welches – bezuschusst vom Landesjugendamt Baden – die Vernetzung im Mittelpunkt gehabt habe, also die Zusammenführung von Leuten, die formal in verschiedenen Organisationen oder Institutionen arbeiten, aber praktisch enger zusammenarbeiten müssten. Befragt nach der interdisziplinären Zusammenarbeit teilte Herr Becker mit, dass Pforzheim Modellstandort für das Bundesmodellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“ sei. Damit sie überhaupt berechtigt den Antrag dafür stellen konnten, sei die bestehende Vernetzungssituation mit den freien Trägern wie dem Caritasverband und dem Kinderschutzbund im Rahmen des „Lokalen Bündnisses für Familie“ im Vorfeld entscheidend gewesen. Auch im Rahmen der Sozialraumkonferenzen gebe es ein Grundprinzip des Miteinanders. Von diesen acht Sozialraumkonferenzen würden vier von Gruppenleitern des Sozialen Dienstes öffentlich moderiert und vier von freien Trägern. Dort säßen dann alle beieinander, die Beratungsstellen, die Kindergärten, die Polizei, die Schulen, der Bürgerverein und der Soziale Dienst. Auch hier seien insbesondere das Miteinander in der Arbeit und eine motivierende Stimmung wichtig. Es bedürfe des Aufbaus und der Pflege einer Vertrauensatmosphäre. Im Hinblick auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bereich des Kinderschutzes zwischen Gesundheits- und Sozialbereich sieht er noch einen starken Entwicklungsbedarf, wenngleich die Anfänge bereits ganz gut seien. Vom Gesundheitsamt würde er sich jedoch eine etwas stärkere aktive Mitarbeit wünschen. In Pforzheim gebe es kein nennenswertes Problem in der interdisziplinären Zusammenarbeit, doch sei das ertragsorientierte Ergebnis noch nicht so stark und nachhaltig, wie es sein sollte. Er verwies in diesem Zusammenhang auf die geringe Versorgung an ambulanter Kinderpsychiatrie, da es in Pforzheim nur einen einzigen Therapeuten gebe.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

5.2.4 Fehlerkultur, Risikomanagement und Fehlerberichtssysteme im Kinderschutz

Anschließend wurde den Gesprächspartnern anhand von Beispielen von Fehlermanagement in anderen Bereichen, etwa der Luftfahrt, der Kernenergie oder der Medizin, die Frage gestellt, wie es sich mit der Fehlerkultur in ihrem Bereich verhält und ob eine schnelle Adaption an Gefährdungslagen gewährleistet ist. Insbesondere wurden sie auch danach gefragt, ob sie sich ein Risikomanagement, insbesondere ein Fehlerberichtssystem, wie es in diesen Bereichen bereits seit Jahren erfolgreich eingesetzt wird, auch im Kinderschutz vorstellen könnten. Hintergrund war die grundlegende Frage der vorliegenden Expertise, ob eine Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse möglich ist. In den genannten Bereichen findet zum Teil seit vielen Jahren ein erfolgreiches Lernen aus Fehlern statt, welches zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Sicherheit geführt hat. Grundlegend für ihr Risikomanagement sind eine bestehende Fehlerkultur und eine schnelle Adaption an Gefahrenlagen.

Die Experten waren sich einig, dass ein Fehlermanagement und ein Fehlerberichtssystem auch im Kinderschutz sinnvoll wären. Hinsichtlich des Bestehens einer Fehlerkultur dahingehend, dass Beinahe-Fehler passieren können und die Chance beinhalten, aus ihnen zu lernen, um die Sicherheit zukünftig zu verbessern, waren die Befragten jedoch uneins. Mehrheitlich gibt es noch keine positive Fehlerkultur, in der Fehler im Rahmen der alltäglichen Fallbearbeitung oder Beinahe-Unfälle konstruktiv ausgewertet werden. Auch ein systematisches Lernen aus Fehlern findet überwiegend noch nicht statt.

Das Vorherrschen einer Fehlerfreundlichkeit wurde von dem Sachgebietsleiter aus Norddeutschland bejaht. Der Sachgebietsleiter teilte hierzu mit, Hintergrund der Fehlerfreundlichkeit sei die Einstellung, dass Fehler die Quelle des Lernens seien. Fehler an sich könnten nicht ausgeschlossen werden, wohl aber ihre Wiederholung. Auch Risiken könnten nicht ausgeschlossen, aber sie könnten minimiert werden. Daher würden Fehler nicht sofort dienstrechtliche Maßnahmen nach sich ziehen.

Auch Herr Pfeifle benannte die Fehlerfreundlichkeit als zentralen Punkt, der sich in der Haltung der Vorgesetzten im Umgang mit Fehlern niederschlagen müsse. Alle Mitarbeiter bekämen schriftlich, dass sie, solange sie aufgrund der vorgegebenen Kinderschutz-Standards des Jugendamtes handelten, dienstrechtlich vom Jugendamt geschützt werden. Dies sei ein Signal für die Mitarbeiter, dass Fehler auch bei guter fachlicher Arbeit passieren könnten. Wenn ein Fehler auftrete, werde geprüft, was man daraus lernen könne. Das Prinzip der Fehlerfreundlichkeit schlage sich auch im Beschwerdemanagement des Jugendamtes nieder. Das Beschwerdemanagement sehe so aus, dass bei einem Kontakt mit dem Jugendamt die Bürgerinnen auch darüber informiert werden, wo und an welcher Stelle sie eine Beschwerde vortragen könnten und dass sie eine Antwort auf ihre Beschwerde erhalten werden. Die Beschwerden werden zentral erfasst und ausgewertet. Einmal im Jahr werde überprüft, ob und wenn ja welcher inhaltliche Handlungsbedarf aufgrund der Beschwerden besteht.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Die anderen Befragten sprachen nicht von einer expliziten Fehlerkultur oder verneinten gar ihr Bestehen.

Herr Becker äußerte sich dahingehend, dass es sicherlich wie überall gewisse Neigungen gebe, Fehler unter den Teppich zu kehren. Doch gebe es eine wöchentliche Fallverteilungsrunde, in der die ganze Gruppe, bestehend aus sieben bis neun Mitarbeitern, mit dem Gruppenleiter die eingegangenen Fälle bespreche und kläre, wer aufgrund seiner Kompetenzen und seiner Kapazität den jeweiligen Fall übernehme. Somit wisse jeder in der Gruppe, welcher Mitarbeiter welchen Fall habe, sodass die Frage der Heimlichkeit bereits an organisatorisch gesetzte Grenzen stieße. Ferner müsse, wenn über einen Fall zu entscheiden sei, dieser in der Runde vorgetragen werden, und mehrere Fachkräfte müssten darüber befinden. Dies sei nicht nur gesetzliche Vorgabe, sondern das Feedback der Kollegen sei auch für die entsprechenden Mitarbeiter sehr wichtig. Überdies diene es auch dazu, dass ein Mitarbeiter im Falle von Krankheit oder Urlaub vertreten werden könne. Die Situation, dass ein dringlicher Fall heimlich, still und leise im Schrank eines Mitarbeiters liege, gebe es nicht. In Gruppengesprächen würde bereits deshalb über ungute Erfahrungen gesprochen, weil dort, wo etwas schief gehe, die emotionale Betroffenheit der Mitarbeiter sehr hoch sei. Es sei gar nicht zu vermeiden, dass dies besprochen werde. Allerdings erfolgten diese Besprechungen nicht so systematisiert, sondern liefen de facto über das kollegiale Aufarbeiten, zumal die Fälle in der Regel zu zweit bearbeitet würden.

Auch Herr Dr. Sauter berichtet nicht von einer expliziten Fehlerkultur. Die Kollegen tauschten sich über Fehler gelegentlich aus, doch das Landesjugendamt erfahre nicht systematisch, wo Fälle gut verlaufen seien oder wo es zu heiklen Situationen ohne böses Ende gekommen sei.

Herr Dr. Oberle verneinte sogar die Existenz einer Fehlerkultur. Man sei von ihr Welten entfernt. Die bestehende Kulturfrage: „Wer ist schuld, wer sind die Komplizen? Wen kann man bestrafen?“ Wichtiger sei es jedoch zu klären, was das System für ein Problem gehabt habe und wie man dieses Problem beseitigen könne. Insofern müsse ein Kinderbewusstsein nicht nur für den Normalfall, sondern auch für die Abweichungen geschaffen werden. Stattdessen werde nach Sühne verlangt und der Täter bestraft, anstatt das Opfer geschützt. Dabei sei eine positive Fehlerkultur eine wesentliche Voraussetzung für die Schaffung eines interdisziplinären Netzwerkes auf vertrauensvoller Basis. Im Rahmen eines Fehlermanagements fehle die gegenseitige Unterstützung.

Auf die Frage nach einem Qualitätsmanagement teilte Herr Dr. Oberle mit, dass das Sozialpädiatrische Zentrum als einzige Abteilung im Krankenhaus ein solches eingeführt habe. Ein wichtiger Punkt hierbei sei das mühsam zu etablierende Beschwerdemanagement, um Beschwerden aufzunehmen, als Chance zu sehen und umzusetzen. Aus solchen Dingen lerne man.

Herr Lukasczyk teilte mit, dass in seinem Bereich eine Fehleranalyse nur dann vorgenommen werde, wenn tatsächlich ein Fehler in der Konfliktsituation mit Mitarbeitern auffalle. Voraussetzung für eine Fehlerkultur sowie ein Lernen aus Fehlern sei ein eigenständiges Risikomanagement. Zunächst müsse ein Risikomanagement aufgebaut werden, um dort das Element der Fehler, der aktiven Fehlersuche, der Fehlermeldung und der Fehleranalyse

zu implementieren. Es sei nicht erforderlich und auch nicht machbar, ein eigenes Risikomanagement zu entwickeln, sondern ein solches sei von Professionen, die damit Erfahrung haben, zu übertragen. Eine Fehlerkultur ohne Risikomanagement funktioniere seiner Ansicht nach nicht. Aber: „Risikomanagement hat eine extreme Bedeutung gerade bei Kinderschutzfragen.“ Die Frage nach einem internen Risikomanagement verneinte auch Herr Dr. Sauter. Seiner Ansicht nach stelle es insgesamt ein Defizit dar, dass es im öffentlichen Bereich kein vernünftiges Beschwerdemanagement gebe. In diesen Bereich werde zu wenig investiert. Verglichen mit der Luftfahrt, die sehr viel in die Sicherheit investiere und ständig Fortbildungen für das Flugpersonal organisiere, um die Fehlerquote so niedrig wie möglich zu halten, sieht er hier ein „abenteuerliches Missverhältnis“ von Ressourcenverfügbarkeit. Gerade im Bereich Beschwerdemanagement sieht er Klärungsbedarf, da in öffentlich skandalisierten Fällen die Jugendämter immer wieder in der Kritik stünden. Vereinzelt Modellprojekte nützten seiner Ansicht nach nichts. Zur Alltagstauglichkeit müsse so etwas implementiert werden. Mittelbar versuche man, Risikopotenziale dadurch zu verringern, dass man die einschlägige Forschung über Risikofaktoren immer wieder zur Kenntnis nehme und versuche, aus den bekannt gewordenen Fällen Schlüsse zu ziehen. Hier gebe es im Hinblick auf die Skalierung von Diagnoseleitmarken noch Forschungsbedarf. Zurzeit werde an einer Neubearbeitung der vom Bayerischen Landesjugendamt aufgestellten Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs (Sozialpädagogische Diagnose) gearbeitet. Zur Etablierung eines Evaluationsprozesses müsste in fünf Jahren eine erneute Überarbeitung erfolgen, doch gebe es keine Finanzierung von Langzeitstudien, sondern immer nur punktuelle Projektfinanzierungen bis zu drei Jahren. Im Bereich der Jugendhilfe sei ihm derzeit keine Langzeitstudie bekannt. Dies sei seiner Ansicht nach aber die einzige Möglichkeit, um seriöse Kenntnisse über Entwicklungsverläufe herbeizuführen.

Die Frage, ob im Kinderschutz ein Fehlerberichtssystem sinnvoll sei, bejahten die Befragten einhellig. Es bestehe aber noch einiger Entwicklungsbedarf. Ein systematisches Lernen aus Fehlern finde in den meisten Institutionen noch nicht statt. Es würden aber die Berichte über tragisch endende Kinderschutzfälle wie „Kevin“ ausgewertet, um gleiche Fehler zu vermeiden. Herr Dr. Sauter hält es für möglich, dass man im Rahmen kollegialer Beratung oder Supervision überprüfe, ob man einen Fall in eine andere Richtung lenken könne. Systemsichere Formen gebe es bis dato nicht. Es gebe aber eine provisorische Beratungskultur. Um jedoch eine sinnvolle Fehleranalyse betreiben zu können, bedürfe es einer gewissen stressfreien Atmosphäre zu den Kollegen. Dies sei in seinem Bereich gegeben, doch gebe es noch zu wenig Systematik in der Aufarbeitung, sowohl was die negativen als auch was die positiven Fälle betreffe. Hierfür sei im Landesjugendamt noch kein Ansatzpunkt gefunden worden. Hinsichtlich der Frage nach Möglichkeiten, aus Fehlern zu lernen, kann sich Herr Dr. Sauter freiwillige Workshops vorstellen, in denen man Einzelfälle in aller Offenheit miteinander diskutiert, um individuellen Fehlleistungen, organisatorischen Mängeln und weiteren Fehlerursachen auf die Spur zu kommen. Doch sei dieses seiner Meinung nach sehr schwierig zu installieren. Das größte Problem bestehe in der Nähe zu straf- oder disziplinarrechtlichen Verfahren. Der geschützte Raum sei sehr schwer herzustellen. Hinsichtlich der Anonymität gebe es eine Grenzwertigkeit. Natürlich seien die Daten in solchen Workshops zumindest teilweise anonymisiert, doch könnte gegebenenfalls jemand aus der Praxis den Fall erkennen. In diesem Bereich gebe es zu wenig Erfahrung und zu wenig Instrumente, um so etwas durchzuführen. Aufgrund der sehr heftigen politischen Kinderschutzdiskussion

wolle er zurzeit auch niemandem zumuten, in aller Offenheit einen kritischen Fall zu besprechen. Erst vor Kurzem sei ihm von einem Fall berichtet worden, wo sich eine von einer Meldung betroffene Person verunglimpft gefühlt habe. Sie wolle nun vom Jugendamt wissen, wer sie „verpiffen“ habe. Das Jugendamt teilte mit, dass man keine Auskunft erteilen würde, denn dann werde niemand mehr den Jugendämtern etwas mitteilen. Die betroffene Person habe daraufhin ein Urteil erwirkt, dass die Information herausgegeben werden müsse. Solche Vorfälle sprächen sich in den Jugendämtern herum. In diesem Rahmen sei es sehr schwierig, wenngleich auch nicht unmöglich, eine Fallbesprechung durchzuführen. Er äußerte insofern Verständnis für die Zurückhaltung der Sozialpädagogen. Auch hier sieht Herr Dr. Sauter einen Handlungsbedarf. In jedem Fall wäre eine offene Fallbesprechung wünschenswert.

Herr Dr. Oberle begrüßt grundsätzlich den Gedanken eines selbstlernenden Berichtssystems, stellt aber die Frage, wie man selbst lernen solle, wenn die vielen Mitglieder, die zuliefern sollen, weder im fachlichen noch im praktischen Bereich mit der Problematik befasst seien. Es sei insofern wichtig, wissenschaftliche Theorien daraufhin zu überprüfen, ob sie an der Basis funktionierten. Außerdem setze ein solches Berichtssystem voraus, dass die möglichen Berichterstatter die Möglichkeit des Vernetzens und des vertrauensvollen Miteinanders hätten. Davon sei man aber, wie bereits ausgeführt, noch weit entfernt. In einem Krankenhaus, das strikt hierarchisch sei, sowohl von der Befehlsstruktur als auch von dem gesamten inhaltlichen Aufbau her, sei ein Fehlermanagement mit einem selbstlernenden Berichtssystem schwer zu etablieren. Es gebe keine Kultur, in der es akzeptiert sei, Fehler einzugestehen. Dies beinhalte im Gegenteil eher Schwierigkeiten für die eigene Karriere.

Auch Herr Becker sieht noch Entwicklungsbedarf hinsichtlich des systematischen Lernens aus Fehlern, welches bislang noch nicht stattfindet. Der Fall „Kevin“ sei von dem Leiter des Sozialen Dienstes intensiv ausgewertet worden, um gleiche Fehler zu vermeiden. Die Erkenntnisse hätten zu einer Ausweitung der dienstlichen Regelungen zum Kinderschutz im Einzelfall geführt.

Dagegen gibt es im Jugendamt Stuttgart Ansätze eines systematischen Fehlermanagements. Herr Pfeifle führte hierzu aus, dass sich die Leiter der Beratungszentren, die Abteilungsleiter des Jugendamtes und er sich alle vier Wochen in einem Leitungsforum austauschten. Mindestens einmal im Jahr werde auch das Thema Kinderschutz miteinbezogen, sodass Fälle ausgewertet und Schlussfolgerungen aus ihnen gezogen würden. So sei im November 2007 der Fall „Kevin“ ausgewertet worden. Man habe überprüft, ob es ähnliche Fehlerquellen auch in Stuttgart gebe und wenn ja, wie darauf reagiert werden solle. Insbesondere im Rahmen der Amtsvormundschaften werde überlegt, ob diese zentralisiert und aus den Beistandschaften herausgelöst werden sollen, sodass diese im alltäglichen Geschäft nicht untergingen. Die Fälle, die in solchen Leitungsforen ausgewertet würden, seien anonymisiert, damit niemand vorgeführt werde. Auch das sei ein Aspekt der Fehlerfreundlichkeit. Es könne aber vorkommen, dass der betroffene Leiter seinen Fall erkenne. Hinsichtlich etwaiger Datenschutzprobleme ist Herr Pfeifle der Ansicht, dass Kinderschutz vor dem Datenschutz Vorrang habe. Herr Pfeifle findet den Gedanken, aus Fehlermanagement-Konzepten anderer Bereiche, etwa der Luftfahrt oder Kernenergie, zu lernen, sehr interessant, hilfreich und auch machbar. Wichtig sei aber, dass es sinnvoll sei und nicht lediglich zu

einer größeren Arbeitsbelastung führe. Es müsse klar gesagt werden, wie Risikomanagement in anderen Bereichen konkret aussehe, um zu überprüfen, ob dies auch im Rahmen des Kinderschutzes taue. Es sei hilfreich, über den Tellerrand der Sozialarbeiter in ganz andere Professionen hineinzuschauen. Im nächsten Jahr könne sicherlich über ein Fehlerberichtssystem nachgedacht werden.

Hinsichtlich der Frage nach der schnellen Adaption an Gefahrenlagen waren sich die Experten wiederum einig, dass die Verantwortlichen im Krisenfall sehr schnell agieren könnten und dabei grundsätzlich keine Hierarchiestufen zu beachten seien. Die volle Entscheidungskompetenz über mögliche Hilfen oder Interventionen liege im Notfall bei den Mitarbeitern vor Ort. Die Hierarchien seien insofern flach. Der Sachgebietsleiter teilte hierzu mit, dass der Mitarbeiter sich umgekehrt auch darauf verlassen könne, dass die Leitung hinter seinen Entscheidungen stehe. Das gewähre einen Handlungsspielraum und mache ein schnelles Handeln im Ernstfall möglich. Es sei stets ein Ansprechpartner vorhanden, wenn ein Mitarbeiter Hilfe benötige. Es bestehe aber dennoch Verbesserungsbedarf dahingehend, dass im Rahmen von Fehlermanagement die Verantwortungen dorthin zu verschieben seien, wo sie hingehörten. Leitung solle weniger als Kontrolle, denn als Hilfe und Unterstützung verstanden werden.

Auch Herr Pfeifle stellte dar, dass die Dienste des Jugendamtes nicht primär hierarchisch, sondern dezentral, sozialräumlich angesiedelt sind, verbunden mit der vollen Entscheidungskompetenz, aber auch der Verantwortung im Einzelfall. Kinderschutzfälle müssen nicht von Anfang an nach „oben“ gemeldet werden. Es liegt in der Entscheidung der Mitarbeiter bzw. der Leitung vor Ort, ob sie die Einschaltung und vor allem Unterstützung der zuständigen Abteilungsleitung für notwendig erachten bzw. einfordern wollen.

5.2.5 Beispiele für Beinahe-Unfälle

Ferner wurden die Gesprächspartner um Beispiele gebeten, in denen es durch verschiedene Umstände und gegebenenfalls auch Fehler zu einem kritischen Ereignis kam, dessen tragischer Ausgang aber dennoch abgewendet werden konnte. Hierbei sollten die Experten darlegen, welche Faktoren beinahe zu einem Unfall geführt haben bzw. grundsätzlich geeignet sind, einen Unfall herbeizuführen, und welche Faktoren die Realisierung des Unfalls verhindert haben.

Die Mehrzahl der Befragten gab an, dass es sicherlich Fälle in ihren Bereichen gegeben habe, die nicht optimal gelaufen seien, von denen sie jedoch keine Kenntnis im Einzelnen hätten.

Herr Dr. Oberle nahm Bezug auf den Fall, in dem eine Mutter ihrem Kleinkind ein Messer in den Bauch gestochen habe, da es immerzu geschrien habe. Er stellte die Frage, ob sich die Mutter auch ernst genommen und aufgehoben gefühlt hätte, falls sie zum wiederholten Male in einer Ambulanz oder beim Kinderarzt wegen ihres schreienden Kindes erschienen wäre. Natürlich stelle sich andererseits aus Sicht der Professionellen auch die Frage, wie ernst man solche Leute nehmen könne. Der Faktor Mensch spiele immer eine gewisse Rolle. Es könne zu Konflikten zwischen Familienhelfer und Eltern kommen. Hier fehlten ebenfalls die Ressourcen, um ein klärendes Gespräch oder eine Supervision durchzuführen.

Herr Dr. Oberle verwies auch auf die Problematik, dass man auf Informationen angewiesen sei, gerade aber drogenabhängige Eltern nicht immer die Wahrheit sagten. Insofern stelle sich die Frage, wo man Vertrauen haben könne und wo Kontrolle besser sei. Es müsse geklärt werden, wo es an menschlichen Schwächen liege, wo an Uniformiertheit und wo einfach an Überlastung. Es gebe zu wenig Leute und zu wenig Ressourcen. Zwar werde viel über die Problematik geschrieben, aber zu wenig praktisch dafür getan.

5.2.6 Personalressourcen

Die Experten wurden auch zu den gegenwärtigen Personalressourcen befragt. Einig waren sich die Befragten in dem Umstand, dass grundsätzlich mehr Personal benötigt wird, allerdings nicht nur für die Problematik des Kinderschutzes.

Herr Pfeifle gab diesbezüglich an, dass auch der ASD/die Beratungszentren in Stuttgart seines Erachtens noch zu wenig Personal hätten, doch nicht allein wegen der Kinderschutzfälle. Kinderschutz habe immer oberste Priorität und führe dazu, dass alle anderen Fälle zurückgestellt werden müssten. Dies sei auch in einer Dienstanweisung festgeschrieben. Dann würden aber andere Fälle liegen bleiben. Insbesondere die Erziehungsthematik nehme an Bedeutung zu, es sei schwieriger geworden, Kinder großzuziehen. Die Eltern benötigten daher immer mehr Unterstützung. Eine gute Zusammenarbeit mit den Eltern brauche Zeit: „Eine gut durchgeführte Trennungs- und Scheidungsberatung kann einen Kinderschutzfall verhindern.“

Herr Becker äußerte sich dahingehend, dass die derzeitige Personalsituation seines Erachtens gerade noch ausreichend in Bezug auf die Handlungsmöglichkeiten in konkreten Fällen sei. Sie sei jedoch nicht ausreichend, um die vorgenannten Schwachstellen abzubauen, in guter Weise präventiv zu reagieren und vermehrte Hinweise überprüfen zu können. Der Sachgebietsleiter würde eine Aufstockung der Personalressourcen zwar begrüßen, bezweifelte jedoch, dass die Einstellung zusätzlicher Mitarbeiter verhindern könne, dass wichtige Angelegenheiten im Amt liegen blieben. Dies sei auch eine Frage der Einstellung der Mitarbeiter.

5.2.7 Fortbildungen, Schulungen, externe Managementberatungen

Außerdem wurden die Gesprächspartner befragt, ob es Fortbildungsangebote bzw. Schulungen für Mitarbeiter in dem Bereich des Kinderschutzes gibt und wenn ja, zu welchen Themen. Auch wurde die Frage nach externen Managementberatungen für Jugendamtsleitungen gestellt. Damit sollte der Fokus auf die Fachlichkeit der Professionellen im Kinderschutz gerichtet werden.

Die Experten waren übereinstimmend der Ansicht, dass Fort- und Weiterbildungen in verschiedenen Bereichen wichtig seien. Mehrheitlich wurden die bestehenden Angebote auch als ausreichend angesehen.

Herr Pfeifle teilte mit, dass Fortbildungsmittel in Höhe von ca. 200.000 € jährlich zur Verfügung stünden und ein Mitarbeiter grundsätzlich zehn Tage im Jahr Fortbildung in Anspruch

nehmen könne, was aber nicht immer genutzt werde. Er wies darauf hin, dass Kinderschutz zwar ein wichtiges und ständiges Thema sei, eine Fortbildung aber auch zu anderen Themen wie etwa der systemischen Beratung wichtig sei. Grundinstrumentarium im Rahmen einer Fortbildung zum Thema Kinderschutz sei der Kinderschutzbogen samt seiner Inhalte. Weiter werde behandelt, welche Schritte in Kinderschutzfällen zu gehen sind, welche Professionen miteinbezogen werden müssen, was die richtigen Hilfen seien, wie eine Familie stabilisiert werden könne, wie man zu einer guten Risikoabschätzung komme. Die Auswertung der Kinderschutzbögen habe z. B. gezeigt, dass die Rolle des Partners oft außer Acht gelassen oder unterschätzt werde, weil dieser in der Regel nicht präsent sei. Gerade dies sei aber oftmals ein heikler Punkt.

Auch Herr Becker sieht die Situation als zufriedenstellend an. Es gebe Fortbildungen zum Thema Wahrnehmung und Kommunikation, welches ja schon zur Ausbildung der Mitarbeiter schlechthin gehöre. Den Mitarbeitern hätten bis zu zehn Fortbildungstage im Jahr zugestanden. Herr Becker wies darauf hin, dass es auffalle, wenn ein Mitarbeiter, der wisse, dass er bis zu zehn Tage in Fortbildung gehen könne, dieses nicht mache. Er müsse sich fast schon rechtfertigen, wenn er nicht auf Fortbildungen ginge, obwohl er die Gelegenheit dazu habe. Außerdem gebe es bei Bedarf ein Führungskräfte-Coaching für die Abteilungs- und Gruppenleiter. Zu den Kompetenzen der Mitarbeiter gehörten nicht nur fachliche Kompetenzen, sondern weitere wie etwa die Kommunikationskompetenzen und die persönliche Kompetenz. Dies setze eine grundsätzliche Personalentwicklung voraus. Das Jugendamt sei das einzige Amt der Stadt gewesen, das ein eigenes, fachspezifisches Personalentwicklungskonzept erarbeitet habe, mit Zustimmung der Personalvertretung, da es insofern auch um Potenzialanalyse und Entwicklungsbedarf gegangen sei. Ein guter Mitarbeiter sei derjenige, der zu seinem Chef sagen würde, er habe Entwicklungsbedarf. Ein solch systemisches Vorgehen sei gut für den Kinderschutz, denn die Qualität habe immer etwas mit den Rahmenbedingungen zu tun. Je „unguter“ dagegen die Rahmenbedingungen seien, umso größer seien die Fallstricke.

Herr Dr. Sauter teilte diesbezüglich mit, dass die Landesjugendämter selber Fortbildungsprogramme anböten. Jährlich würden etwa 35 bis 38 Kurse für Fachkräfte in den Jugendämtern und bei freien Trägern durchgeführt. Zurzeit gebe es eine hohe Nachfrage, insbesondere im Hinblick auf den Schutzauftrag gemäß § 8a SGB VIII. Auch zahllose andere Institutionen böten Fortbildungen an. Es kämen alle Themen vor. Kommunikationskurse würden aber kaum noch angeboten, da dies für Pädagogen als Basiswissen vorausgesetzt werde. Gesprächsführung sei keine jugendhilfefachliche Angelegenheit, sodass das Landesjugendamt den Schwerpunkt eher auf Fortbildungen lege, in denen bestimmte fachliche Standards vermittelt würden. Allerdings gebe es hierbei keine Eindeutigkeit. Jeder Fortbildungsanbieter könne das machen, was er wolle, und bundesweit gebe es zu den verschiedenen Fragestellungen unterschiedliche Auffassungen und Orientierungen. So könne es zu Unterschieden in der Grundausrichtung bestimmter fachlich konzeptioneller Fragestellungen kommen. Herr Dr. Sauter wies darauf hin, dass es ein Teil des Problems sei, dass es in der Kinder- und Jugendhilfe keine übergreifenden Strukturen gebe, in denen fachliche Standards definiert würden. Es gebe kein Bundsamt fürs Jugendamt, sondern nur die Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter, die aber immer gebrochen sei durch die unterschiedlichen Zuständigkeiten. Dabei machten es die stark profilierenden Selbstständigkeits der verschiedenen politischen Ebenen schwierig,

bundesweit einheitliche Standards zu formulieren. Das Betreiben des Bundes diene nicht der Vereinheitlichung von Standards. Das zuständige Bundesministerium beauftrage sehr unterschiedliche Institute und Institutionen, die Forschungen durchführten, Vorschläge machten und Standards entwickelten. So komme es dann unter Umständen zu divergierenden Empfehlungen, welche alle gleichwertig nebeneinander stünden. Die Praxis vor Ort könne sich dann aussuchen, welchen Empfehlungen sie folge. Diese Beliebigkeit verhindere die stärkere Profilierung der Jugendhilfe hinsichtlich der verschiedenen Standards insgesamt. Auf der Bundesebene wiederum, wo die Dinge zusammengeführt werden müssten, gebe es eher konkurrierende Strukturen. An diesem Punkt wäre nach Ansicht von Herrn Dr. Sauter viel zu tun.

Herr Dr. Oberle ist der Meinung, dass in dem Bereich Fort- und Weiterbildungen viel getan werde, doch im Moment das Interesse daran in der Ärzteschaft nicht so groß sei. Die allgemeine Stimmung gehe dahin, dass die Ärzte mehrheitlich sagten, sie wüssten Bescheid, um mitreden zu können, wollten das Thema aber aus den oben genannten Gründen der persönlichen Schwierigkeiten, die ihnen daraus erwachsen könnten, nicht weiter intensivieren. Fortbildungsbedarf sieht Herr Dr. Oberle in dem Bereich, Interaktionsprobleme zu identifizieren. Auch Fortbildungen zum Thema sexueller Missbrauch und zum Thema, wie man Kinderschutzfälle mit den eigenen Möglichkeiten handhaben könne, seien wichtig. Bei hohen Entscheidungsträgern sei die Fachkunde oftmals nicht ausreichend. Ein weiterer wesentlicher Aspekt im Hinblick auf Fortbildungen sei die mediale Arbeit, wie man Wirkungen ohne Effekthascherei erreichen könne. An entsprechenden Fortbildungen oder interdisziplinären Kinderschutztagungen nähmen seiner Ansicht nach jedoch nur diejenigen teil, die bereits das Wissen und die Erfahrung hätten, etwa Psychologen und Psychosozialarbeiter. Das Thema sollte nach Ansicht von Herrn Dr. Oberle weiter gefasst werden, um Ängste zu nehmen. Noch fehlten bei vielen das Gespür und die Routine, damit umzugehen. Hier sei viel Fachlichkeit erforderlich. Ferner müssten Wissenschaft und Praxis kombiniert werden.

Herr Lukasczyk hält Fortbildungen auch gerade im Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit für wichtig, um dadurch immer wieder Brücken zu anderen Professionen zu bauen und auch in anderen Fachbereichen über aktuelles Wissen zu verfügen.

Der Sachgebietsleiter sieht noch einigen Handlungsbedarf im Hinblick auf Fort- und Weiterbildungen. Seiner Ansicht nach sollte sich jeder Mitarbeiter mehr als nur ein-, zweimal im Jahr fortbilden, weil auch dies zur Psychohygiene gehöre. Angemessen wären mindestens zehn Tage, davon eine Weiterbildung von mehreren Tagen. Dazu bedürfe es der Bereitstellung finanzieller Ressourcen oder wenigstens der Möglichkeit, den Mitarbeiter freizustellen. Ein wirtschaftliches Unternehmen sei auch daran interessiert, dass die Mitarbeiter auf dem neuesten Erkenntnisstand seien. Er hält es für wichtig, über den Tellerrand hinauszublicken und sich auch auf anderen Gebieten weiterzubilden, um mögliche Vorteile für den Kinderschutz zu übernehmen. Er findet Inhouse-Seminare wichtig, da hierüber in den anschließenden Dienstberatungen referiert werden müsse, was eine weitere Auseinandersetzung mit dem Gehörten erfordere. Zur Verbesserung der Sicherheit sei auch Fort- und Weiterbildung im Bereich der Risikoabwägungsprozesse sinnvoll, in denen diese sowohl systematisch als auch analytisch beleuchtet würden. Auch Kooperation und Gesprächsführung seien ein wichtiger Punkt der Weiterbildung. Allerdings sei das Thema „Wie erkenne

ich Kindeswohlgefährdung?“ ein andauernder Prozess, der immer wieder aufs Neue trainiert werden müsse. Er wies darauf hin, dass es viele Kinderschutzkonferenzen gebe, aber so gut wie gar keine zu praxisrelevanten Fragen, wie man mit den Hilfen zur Erziehung umgehe, wie mit begrenzten Mitteln im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe umgegangen werde, wie man Jugendsozialarbeit, Jugendberufshilfe mit Hilfen zur Erziehung effektiv vernetzen könne und wie Gemeinwesenarbeit vor Ort gefördert werden könne.

Auf externe Managementberatungen von Jugendamtsleitungen griff keiner der Befragten zurück. Insgesamt waren sich die Befragten einig, dass sie solche externen Managementberatungen auch nicht als erforderlich ansehen.

Herr Dr. Sauter teilte mit, dass das Landesjugendamt für die einzelnen Jugendämter Organisationsberatungen und Personalentwicklungen mit Blick auf die organisatorischen Abläufe im Amt und deren Verbesserungen durchführe. Externe Managementberatungen für Jugendamtsleitungen gebe es keine. Zwischenzeitlich habe sich die klassische Supervision entwickelt, die nach bestimmten Standards durchgeführt werde. Im Landesjugendamt gebe es das Instrument der Fachberatung auf Anfrage. Jugendämter, die ihre organisatorischen Abläufe auf Fehlerquellen hin untersuchen wollten, könnten sich von der Fachberatung helfen lassen, ein Konzept hierfür zu erstellen und dieses anschließend umzusetzen. Manchmal sei das Landesjugendamt mit eigenen Mitarbeitern beteiligt, in anderen Fällen vermittelten sie andere Supervisionen und Berater. Dies seien aber überwiegend Einzelpersonen. Auch in Stuttgart gibt es nach Angaben von Herrn Pfeifle keine externe Organisations- und Managementberatung für die Jugendamtsleitung, doch würden oft externe Moderatoren zu Besprechungen hinzugezogen, welche nicht nur moderierten, sondern auch Fachwissen mitbrächten, und mit denen gemeinsam am Thema gearbeitet werde. Herr Becker berichtete von Klausurtagen für Führungskräfte, die dreimal im Jahr zur gemeinsamen Orientierung veranstaltet worden seien und zu denen er jedes Mal einen externen Überraschungsgast eingeladen habe, etwa einen Unternehmer, einen Arzt oder einen Mitarbeiter der Planungsbehörde bei der Stadtverwaltung. „Uns mit einem Blickwinkel von außen konfrontieren zu lassen, war schon seit Jahren Bestandteil unserer Führungsverantwortung.“

Der Sachgebietsleiter teilte mit, dass es seines Wissens nur Leitungssupervisionen gebe, jedoch nicht durch externe Dritte. Dieses hält er auch nicht für erforderlich, wengleich man von der Wirtschaft vieles lernen könne, was die Orientierung an Zahlen und Strukturen betreffe, um herauszufinden, wie wirkungsorientiert Jugendhilfe sei.

5.2.8 Auswirkungen der aktuellen Kinderschutz-Debatte

Zum Schluss wurde den Beteiligten eine eher emotionale Frage zur aktuellen Debatte hinsichtlich der Kinderschutzproblematik gestellt und gefragt, ob die verstärkte Auseinandersetzung mit Kindesvernachlässigung und dem frühen Kinderschutz ihrer Ansicht nach die Fachlichkeit stärkt oder eher Angst bei den Professionellen auslöst und damit zu noch mehr Risiken führt.

Hierzu wurden unterschiedliche Meinungen vertreten. Die Mehrheit der Befragten gab an, dass die derzeitige Debatte eher zu einer Verunsicherung und zu einem Verdruss unter den Professionellen führe. Nur ein Befragter war der Ansicht, dass die Debatte auch die Fachlich-

keit stärke. Einig waren sich die Experten, dass die Fälle, die in den Medien dargestellt werden, lediglich die Spitze eines Eisberges darstellten. Viele andere Aspekte blieben unter der Wasseroberfläche und damit unentdeckt. In der weit überwiegenden Mehrheit der Fälle werde eine gute Arbeit seitens der Professionellen geleistet.

Herr Becker stellte in der Primärwirkung zwar eine verstärkte Angst der Mitarbeiter fest. In der Sekundärwirkung sei aber zu beachten, wie das Amt mit Fehlern umgehe. Die aktuelle Diskussion stärke insoweit eher die Fachlichkeit und beflügeln die Diskussion im Jugendamt.

Herr Lukasczyk dagegen befürchtet, dass die aktuelle Debatte überhaupt nichts bringe, sondern vielmehr eine sogenannte „Selbsterfüllende Prophezeiung“ sei. Alle Welt schaue zwar hin, aber alle Welt verstehe nicht, was da eigentlich passiere. Nunmehr werde mit Angst und Schrecken gearbeitet, was zu einer Verunsicherung führe. „Und wie heißt das so schön: Angst ist kein guter Lehrmeister?“ Dies führe zu einer verstärkten Absicherung und einer Explosion der Kosten. Es komme darüber hinaus zu einer Arbeitsverdichtung. Die Meldequote habe sich enorm erhöht, wobei im Ergebnis nicht mehr qualitative Kinderschutzfälle herauskämen. Der Sachgebietsleiter wies ebenfalls darauf hin, dass die öffentlich geführte Debatte über den Kinderschutz auch dazu führe, dass Ängste bei den Professionellen ausgelöst würden. Aber nicht nur der Faktor Kindeswohlgefährdung löse etwas aus, sondern auch die Angst vor Konsequenzen bei fehlerhaftem Verhalten. Schließlich würde im schlimmsten Fall auch die Person des Mitarbeiters selbst im öffentlichen Interesse stehen. In diesem Rahmen sei die finanzielle Wertschätzung nicht angemessen im Hinblick auf das Ausmaß der Verantwortung. Seiner Ansicht nach stünden Sozialarbeiter immer mit einem Bein im Gefängnis. Er zeigte auch auf, dass sich in den meisten Fällen von Meldungen eine Kindeswohlgefährdung nicht bestätige. Unter dem Einfluss der medialen Präsenz des Themas werde allerdings öfter eine vermeintliche Kindeswohlgefährdung wahrgenommen.

Herr Dr. Oberle verwies darauf, dass das, was man zu lesen bekomme, lediglich die Spitze des Eisberges sei. Die Berichterstattung laufe nicht professionell ab, es würden lediglich einzelne Fälle publizistisch hochgejubelt. Es würden nur die spektakulären Fälle wie der Missbrauchsfall „Fritzl“ in Österreich dargestellt, aber nicht darüber berichtet, wie viele Kinder in Deutschland in Armut lebten oder keine adäquate Betreuung hätten. Die Berichterstattung gebe die Realität überhaupt nicht wieder, und daher fühlten sich die Professionellen dort auch nicht abgebildet. Sie führe zur Verängstigung, nicht zur Versachlichung. Wichtiger sei es seiner Meinung nach, die fachliche Arbeit zu fördern, anstatt denjenigen Angst zu machen, die Kinder stärken sollen.

Herr Pfeifle teilte mit, dass er schon den Eindruck habe, dass die Mitarbeiter weniger gestärkt als verunsichert würden. Eine Überlastungsanzeige zur Absicherung gebe es in Stuttgart – noch – nicht. Dies führt Herr Pfeifle zum einen auf die von ihm bereits benannten Maßnahmen zurück und zum anderen auf die Tatsache, dass der Allgemeine Soziale Dienst im letzten Jahr acht neue Stellen erhalten habe.

Herr Dr. Sauter stellte zwar keine lähmende Angst bei den Mitarbeitern fest, jedoch habe sich offensichtlich die Zahl der Mitarbeiter erhöht, die zu Überlastungsanzeigen bereit seien, um nicht jede Überlastung auf ihre eigene Verantwortung nehmen zu müssen. Eine

Phase der persönlichen Verunsicherung könne es schon auch gegeben haben. Durch Aufklärungsarbeit hinsichtlich der juristischen Verantwortlichkeit sei aber bereits in der Vergangenheit für eine emotionale Entlastung gesorgt worden. Aufgrund der Diskussion gebe es inzwischen eine Sensibilität, und Organisationsprobleme würden benannt. Das habe zu einer neuen Sensibilität bei den politischen Entscheidungsträgern im kommunalen Bereich geführt, und es sei neu über die Organisation von Behörden und die entsprechende Verantwortung hierfür nachgedacht worden. Es habe sich aber auch ein gewisser Aktionismus entwickelt, der nicht immer so recht verständlich sei. Hinsichtlich der derzeitigen Diskussion über den Kinderschutz sieht Herr Dr. Sauter inzwischen einen oberen Sättigungspunkt erreicht bezüglich der Einführung von immer mehr Regeln. Weitverbreitet sei die Auffassung, dass man die Jugendämter mal wieder ihren Job machen lassen müsse. Es gebe genügend zu tun, um die freien Träger einzubinden, Netzwerke aufzubauen und zu pflegen sowie innerbetriebliche Dienstanweisungen auf den Weg zu bringen. Natürlich könne man neue gesetzliche Regeln aufstellen, aber diese führten keinen neuen Zustand herbei. Die Jugendämter seien bereits gesetzlich verpflichtet, mit allen Stellen, mit denen ein Kind und Jugendlicher zu tun hat, eng zu kooperieren. Allerdings gebe es dort manchmal Aussetzer. Herr Dr. Sauter betont aber auch, dass im Regelfall die Kommunikation funktioniere und die Fehlerquote im Promille-Bereich liege. In Bayern würden im Jahresdurchschnitt um die 16.000–17.000 Fälle, die mit einer Vollzeitpflege oder Heimerziehung zusammenhängen, laufend bewirtschaftet. Von diesen Fällen sei lediglich eine Handvoll problematisch. Daneben gebe es natürlich noch eine ganze Reihe Fälle, die nicht so optimal gelaufen seien. Dies sei aber immer vor dem Hintergrund der Größenordnung und der Schwierigkeit der Materie zu sehen. Ein verantwortlicher Jugendamtsleiter könne eigentlich nur immer wieder überprüfen, ob die notwendigen Kooperationen funktionierten. Daher werde den Jugendämtern insbesondere im Hinblick auf die Umsetzung des Schutzauftrags nach § 8a SGB VIII empfohlen, dass sie für diese Verfahrensabläufe konkrete Dienstanweisungen und Dienstvorschriften erließen (etwa hinsichtlich der zuständigen Verantwortlichen für die Kooperation) und nichts dem Zufall überließen. Hier sieht Herr Dr. Sauter noch einen Entwicklungsbedarf. Gesetzliche Regelungen würden den Sozialarbeitern oder Sozialpädagogen in der konkreten Situation nicht weiterhelfen. Dieses sei Teil des professionellen Handelns und müsse entsprechend trainiert werden. Zur Umsetzung des § 8a SGB VIII gebe es fachliche Empfehlungen, die große Anerkennung gefunden hätten. Derzeit werde an einer konzeptionellen Weiterentwicklung der sozialpädagogischen Diagnostiktabellen und an der besseren Präzisierung der Abläufe sowie an einer Neuauflage der Handlungsempfehlungen gearbeitet. Er sieht es jedoch als wichtiger an, dass ein Mitarbeiter in schwierigen Situationen bestimmte Grundstrukturen beherrsche, als dass konkrete Handlungsweisungen herausgegeben würden. Es sei nicht möglich, für alle Fallkonstellationen, in denen man im realen Leben Kindern und Familien begegne, eine genaue Anweisung zu erteilen. Das Landesjugendamt könne maximal Empfehlungen und Mustervereinbarungen herausgeben, doch die Konkretisierung bleibe den Jugendämtern überlassen.

Auch Herr Pfeifle äußerte, dass er im Hinblick auf die derzeitigen Aktivitäten im Rahmen des Kinderschutzes einiges für politischen Aktionismus erachte. Das Thema Kinderschutz taugte aber nicht zur politischen Profilierung auf der Basis z. B. nicht immer geeigneter Gesetzesänderungen.

5.2.9 Umgang mit Kinderschutzfällen

Sowohl Herr Pfeifle als auch der Sachgebietsleiter beschrieben dezidiert den Umgang mit Kinderschutzfällen.

Herr Pfeifle wiederholte, dass Kinderschutzfälle als festgeschriebener Standard immer Vorrang haben. Außerdem verwies er auf den in Stuttgart auch gemeinsam mit dem Jugendamt Düsseldorf erarbeiteten Kinderschutzbogen zur Risikoabschätzung. Dieser Bogen sei im Rahmen eines vierjährigen Projektes entwickelt worden, um den Mitarbeitern ein Instrument an die Hand zu geben, um Kinderschutzfälle oder potenzielle Kinderschutzfälle anhand dieses Instruments besser einschätzen und entsprechend reagieren zu können. Anlass hierzu war der Fall „Jenny“ vor vielen Jahren, der sich in Stuttgart ereignete. Ein Kind war zu Tode gekommen, obwohl das Jugendamt kurz vorher informiert worden war. Durch die Gerichte wurde eindeutig festgestellt, dass kein schuldhaftes Verhalten des Jugendamtes vorgelegen habe. Dennoch habe man den Fall zum Anlass genommen, um Abläufe innerhalb des Amtes zu überprüfen und zu verbessern.

Um die Qualität des Bogens zu überprüfen, sei dieses Jahr eine Validierung des Kinderschutzbogens im Deutschen Jugendinstitut vorgenommen worden. Es werde überprüft, wie die Mitarbeiter die Bögen ausfüllten und ob die Fragestellungen hilfreich zur Gefährdungserkennung seien. Auch werde überprüft, welche Fragen eher nicht ausgefüllt werden, obwohl sie zur Risikoabschätzung wichtig wären. Der Kinderschutzbogen wird regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst, damit er tatsächlich als hilfreiches Instrument für die Mitarbeiter in Kinderschutzfällen akzeptiert und genutzt wird.

Ferner teilte Herr Pfeifle mit, dass es in Stuttgart an jedem Tag der Woche von 8 bis 24 Uhr einen Notfalldienst gebe, bei dem Kinderschutzfälle gemeldet werden könnten. Auch gebe es ein allseits bekanntes Kinderschutzheim, in dem täglich rund um die Uhr Sozialarbeiter zur Verfügung stehen und Kinder in Notfällen zu jeder Tageszeit stationär aufgenommen werden.

Nach Angaben des Sachgebietsleiters gibt es einen Notfallplan, wonach zunächst ein vorstrukturierter Meldebogen von dem jeweiligen Mitarbeiter ausgefüllt werden müsse. Darin werde noch keine Gewichtung vorgenommen. Es würden Alter des Kindes, die Anzahl der Kinder, der Inhalt der Meldung, etwa Gefahr für Leib und Leben und/oder Erziehungsmethoden aufgenommen, Originaltöne dokumentiert, der Hausbesuch geschildert sowie eine Einschätzung vorgenommen, ob die Eltern in der Lage seien, bei der Risikoabwägung mitzuwirken oder ob sie bagatellisierten oder aggressiv seien. Auch konkrete Lösungs- und Bewältigungsstrategien würden vorgenommen. Dieser Bogen werde an den zuständigen Sozialarbeiter bzw. dessen Vertretung weitergeleitet. Es gebe immer eine Vertretung, sollte niemand zu erreichen sein, weil alle im Außendienst tätig sind, könne der Sachgebietsleiter erreicht werden. An den Wochenenden gebe es einen Bereitschaftsdienst und in der bereichsfreien Zeit eine Leitstelle, die Meldungen entgegennehme. Nach Eingang der Meldung würde ein Team einberufen, um die Risikoabschätzung vorzunehmen, und ein zweiter Mitarbeiter gesucht, der am selben Tag noch mit seinem Kollegen zu dem jeweiligen Ort fahre. Träfen sie die Sorgeberechtigten nicht an, würden nach Erläuterung des Sachgebietsleiters etwas später ein zweiter und ein dritter Hausbesuch am nächsten Tag gemacht. Sollte

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

dann noch immer niemand angetroffen worden sein, würden die Sorgeberechtigten per Brief informiert, dass sie sich ans Jugendamt wenden sollten. Es bestehe auch die Möglichkeit, die Polizei einzuschalten und die Tür aufbrechen zu lassen, wenn ein konkreter Verdacht vorliege, dass das Kind in der Wohnung sei.

Allerdings hätten nicht alle Mitarbeiter Zugriff auf sämtliche Meldungen über Kindeswohlgefährdungen. Die Meldungen würden gleich an den Gebietszuständigen weitergeleitet. Bei neu zugezogenen Familien würden im Vorfeld Recherchen eingezogen, ob es bei anderen Kollegen bereits eine Akte gebe. Allerdings sei in diesem Rahmen der Datenschutz zu berücksichtigen und zu wahren.

5.2.10 Verbesserungsbedarf

Verschiedentlich wurde von den Befragten zusätzlich Verbesserungsbedarf gesehen. Der Sachgebietsleiter sieht dahingehend Verbesserungsbedarf, dass man stets darauf achte, wie Teamprozesse besser koordiniert und Entscheidungsfindungen transparenter gemacht werden könnten. Man müsse aus dem Einzelkämpferstatus herauskommen.

Herr Dr. Sauter ist der Ansicht, dass Aktivitäten zu konzentrieren seien. Dies beginne bereits bei einfach anmutenden Fragen, etwa wie ein Hausbesuch zu organisieren sei. Dazu gebe es sehr unterschiedliche Vorstellungen, und es wäre sehr hilfreich für alle Beteiligten, wenn es für die Durchführung dieser Hausbesuche in der Profession einheitliche Standards gäbe. Das setze aber einen Verständigungsprozess voraus, der die unterschiedlichen Entwicklungen in den einzelnen Jugendämtern aufgreife, um die Entwicklungen zusammenzuführen. Es gebe keine Instanz, die in der Lage sei, diese Dinge zusammenzuführen. Über gesetzliche Änderungen allein sei das nicht zu erreichen, denn es komme immer wieder zu tragischen Fällen, obwohl es in den meisten Jugendämtern Dienstanweisungen bezüglich des § 8a SGB VIII gebe. Es reiche also nicht alleine aus, Dienstanweisungen aufzustellen, sondern diese müssten präsent sein. Dazu sei es erforderlich, mit den Mitarbeitern darüber zu diskutieren und zu schauen, wo sie funktionierten und wo sie unter Umständen verbesserungsfähig seien. Seiner Ansicht nach würden bei der Besprechung der Fälle teilweise zu wenig die verantwortlichen Chefs angesprochen, die für die hinreichende Organisation zu sorgen hätten.

Herr Lukasczyk legte besonderen Wert auf die Schaffung klarer Strukturen. Im Fall „Lea-Sophie“ in Schwerin habe es offensichtlich keine Anweisung gegeben, wie mit Geschwisterkindern umzugehen sei. Damit habe die Fokussierung nur auf dem einem Symptom „Kind“ gelegen, und andere Beteiligte seien überhaupt nicht in das Blickfeld genommen worden. Über die Evaluation des Kinderschutzbogens habe man auch in Düsseldorf festgestellt, dass die Sekundärpersonen oft nicht in den Fokus genommen würden, weil es diesbezüglich keine Dienstanweisung gebe. Gewalttätige Väter würden somit häufig gar nicht beachtet. An solchen Stellen müssten die Strukturen des Kinderschutzes und die Bandbreite der eigenen Entscheidungsbereiche für die Mitarbeiter ganz klar sein. „Im Kinderschutzbereich geht man immer auf einem Grat, und man muss wirklich ein perfekter Bergsteiger sein. (...) Wenn ich den Grat allein gehe, muss ich perfekt sein. Wenn ich den Grat aber von vielen Menschen gehen lasse, muss ich ihn rechts und links mit Steigseilen befestigen, indem ich sage, wenn du die brauchst, dann kannst du dich einhaken.“ Der Arbeitsweg müsse zwar

klar beschrieben sein, doch sei es auch fatal, wenn der Mitarbeiter gar keinen eigenen Handlungsspielraum mehr habe. Man müsse die Kunst lernen, wie viel Orientierung und Sicherheit einerseits durch klare Anweisungen gegeben werden müssen und andererseits, wie viel Freiraum dem Mitarbeiter gelassen werden müsse.

Allerdings sei auch die Beurteilung und Qualität von Meldungen schwierig. Seit der Einführung des § 8a SGB VIII seien in Bayern etwa 20% mehr Meldungen eingegangen. Von diesen sei aber bei näherer Betrachtung eine Vielzahl überflüssig, sodass die Gefahr bestehe, dass manche Meldungen von den Fachkräften nicht mehr ernst genommen würden, insbesondere wenn sie einen sorgerechten Hintergrund hätten. Es sei schwierig zu entscheiden, ob es sich bei einer Meldung um eine Denunziation oder einen Ernstfall handele.

5.3 Fazit

Die Befragten waren übereinstimmend der Ansicht, dass die tragischen Kinderschutzfälle extreme Ausnahmen seien. Diese gelte es aber so weit wie möglich zu verhindern, wenngleich sie nie völlig ausgeschlossen werden könnten. Schwachpunkte liegen nach Auffassung der Experten insbesondere in der Risikoeinschätzung der jeweiligen Professionellen, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, in der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie im Rahmen der Abwägung von Datenschutz und Kinderschutz. Auch die finanziellen und personellen Ressourcen müssten verbessert werden. Andererseits fänden sich bereits viele verschiedene Schutzmechanismen, welche die Gefahren weitgehend erfolgreich verringerten, etwa in den fachlichen Strukturen, z. B. klaren Dienstanweisungen und dem Vier-Augen-Prinzip, als auch in Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und einer vertrauensvollen Zusammenarbeit. Klare Forderungen wurden nach einer verbesserten interdisziplinären Zusammenarbeit und verbesserten finanziellen und personellen Ressourcen geäußert. Auch wird eine Klarstellung bzw. Überarbeitung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verlangt, um Meldungen an das Jugendamt zu vereinfachen. Auch ein Fehlermanagement und insbesondere ein Fehlerberichtssystem, um aus Fehlern zu lernen, werden von den Experten begrüßt. Allerdings setzten diese eine positive Fehlerkultur voraus, an der es zurzeit überwiegend noch mangle. Dies hänge nicht zuletzt mit der Furcht vor rechtlichen oder wirtschaftlichen Konsequenzen zusammen. Auch die derzeitige öffentliche Debatte um Kinderschutz wird in der Mehrheit kritisch gesehen, da sie die Professionellen verunsichere und die Arbeit erschwere. Ein systematisches Lernen aus Fehlern werde aber nach Ansicht der Experten ein guter Weg sein, um Kinderschutz zukünftig zu verbessern.

VI.

Verbesserter Umgang mit Problemfällen im Kinderschutz, eine Managementaufgabe

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Aufgrund der Analyse einzelner ausführlich dokumentierter Fälle, welche uns zugänglich gemacht wurden, und angesichts der Schlussfolgerungen aus dem Kapitel 2 („Aus Fehlern lernen in anderen Bereichen, Industrie etc.“) wurde uns bei der Erstellung der Expertise deutlich, dass der Bereich, der die **Organisationsverantwortung** und **das Management** zwischen unterschiedlichen beteiligten Akteuren und innerhalb von Institutionen betrifft, aufgenommen werden sollte. Es entstand bei uns die Überzeugung, dass Empfehlungen, welche Ziel der Expertise sein sollten, sich nicht nur auf die individuelle Ebene der Letztverantwortlichen beziehen sollten. Selbstverständlich ist es wichtig, hier zur Qualifizierung, z. B. bei der Falleinschätzung etc., beizutragen (Vorschläge finden sich dazu bei den Empfehlungen). Gleichzeitig sollten aber auch übergeordnete Fragen thematisiert werden, selbst wenn die befragten Experten aus der Jugendhilfe nachdrücklich der Ansicht waren, dass hier keine Managementberatung von außen erforderlich sei.

Die öffentliche Diskussion und auch die Berichterstattung über die Skandalfälle hat in den letzten zwei Jahren auch zu einer teilweisen Verängstigung und Lähmung in der Praxis geführt, welche sicher einem systematischen Aus-Fehlschlägen-Lernen eher entgegensteht. Bei der Durchsicht von protokollierten Einzelfällen, welche uns zugänglich gemacht wurden, wurden auch handwerkliche Mängel, insbesondere im Bereich der Dokumentation, der Informationsweitergabe, der Besprechungsplanung und Koordination, deutlich, welche einen klaren Bezug zu Führungs- und Leitungsangaben und entsprechenden Anordnungen innerhalb von zuständigen Behörden, Institutionen und Praxen haben. Der Erstautor dieser Expertise hat sich deshalb spontan dazu entschlossen, quasi explorativ, zwei Persönlichkeiten aus dem Bereich des Managements, die keine direkten fachlichen Bezüge zur Kinderschutzfragestellung haben, sondern ausgewiesene Experten im Management in der Organisationsentwicklung und Strategieberatung und in Führungsfragen sind, auf diese Aspekte anzusprechen.

In einer E-Mail wurden Herr Dr. Schwenker (CEO von Roland Berger Strategy Consultants) und Herr Prof. Malik (Malik Management Zentrum St. Gallen AG) kontaktiert. Im Rahmen ihres persönlichen sozialen Commitments und der Haltung ihrer Organisationen haben sich beide zeitnah und völlig unbürokratisch die Zeit genommen, für ein persönliches Gespräch zur Verfügung zu stehen. Diese Gespräche sind nicht als qualitative Interviews mit einem Leitfaden und einer spezifischen Auswertemethodik geführt worden, vielmehr ist, nach einer einleitenden Information über die Fragestellung und den Themenkomplex, vieles vor allem im ersten Gespräch erst einmal im Dialog entwickelt worden, wobei durchaus Ergebnisse aus der bisherigen Analyse für diese Expertise und Ergebnisse aus unserer

Netzwerkforschung im Rahmen des Projektes „Guter Start ins Kinderleben“ eingeflossen sind. Herr Malik hat durch Einbeziehung von Mitarbeitern einige Ansatzpunkte und Methoden zum Umgang mit Problemen, die im ersten Gespräch identifiziert wurden, direkt im Gespräch auch visuell demonstriert.

Auf eine ausführliche Wiedergabe wörtlicher Transkripte wurde hier verzichtet, da es nicht um die Analyse von Haltungen oder Einstellungen bei dem Interviewpartner ging. Ziel war vielmehr eine heuristische Validierung einzelner Schlussfolgerungen, welche dem Erstautor der Expertise aus seiner Erfahrung im Krankenhausmanagement als Ärztlicher Direktor und Mitglied eines Fakultätsvorstands aufgefallen waren, durch Experten mit einem fachlichen Schwerpunkt in diesem Bereich der Organisation und der Strategie- und Managementfragen, um verallgemeinerbare Forderungen für den Empfehlungs- und Maßnahmenkatalog und Anregungen für ein geplantes größeres Projekt zu den notwendigen Konsequenzen, welche aus Fehlern gezogen werden müssen, zu bekommen.¹

6.1 Gespräch mit Herrn Schwenker, Roland Berger Strategy Consultants GmbH, München, am 28.3.2008, 14.00 Uhr–15.40 Uhr

Zu Beginn des Gesprächs deutet Herr Dr. Schwenker seine Zweifel an, ob er, da er für diese Problematik nun wirklich kein Experte sei, hier mit seinem Rat hilfreich sein könne. Deshalb wird zunächst das Anliegen des Gesprächs dahingehend erläutert, dass bei den eklatanten Fällen, die hier angesprochen werden, oft nur das menschliche Versagen einzelner Handelnder als Letztverantwortliche zur Diskussion steht, während organisatorische Fragen, sowohl zwischen Institutionen als auch innerhalb von Institutionen im Sinne von Managementaufgaben, eher weniger im Vordergrund stehen.

Herr Dr. Schwenker hatte sich im Vorfeld, zur Vorbereitung auf das Gespräch, durch seine Mitarbeiter ausführlich informieren lassen und war persönlich erstaunt und betroffen über das Ausmaß der Problematik „Vernachlässigung von Kindern“. Auch die Zahlen von schweren Misshandlungen und die Zahl von Todesfällen, die ihm seine Mitarbeiter recherchiert hatten, waren Fakten, deren Ausmaß ihm verständlicherweise so nicht bekannt war. Im weiteren Fortgang der Einleitungsphase des Gesprächs wurden die Akteure im System und ihre organisatorische bzw. disziplinäre Verortung, insbesondere in den Bereichen der **Medizin** und der **Jugendhilfe**, von mir erläutert, wobei die Komplexität der organisatorischen Aufgabe zwischen unterschiedlichen Krankenhausbereichen, **zwischen niedergelassenen Praxen, Hebammen, öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe, Polizei** etc. deutlich wurde.

Sodann gab Herr Dr. Schwenker eine kurze Einführung in die Tätigkeit der Firma Roland Berger Strategy Consultants. Bei der Firma Roland Berger Strategy Consultants, welche 1967 gegründet wurde, handelt es sich um eine der weltweit führenden Strategieberatungen.

¹ Die Gespräche wurden außerhalb des Budgets und der Kalkulation der Expertise vom Erstautor persönlich durchgeführt. Auch die Gesprächspartner hatten sich freundlicherweise im Sinne ihres sozialen Commitments hier pro bono zur Verfügung gestellt. Ihnen sei an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich dafür gedankt.

Das Unternehmen mit rund 2.000 Mitarbeitern und 36 Büros ist in 25 Ländern erfolgreich auf dem Weltmarkt vertreten. Die Roland Berger Strategy Consultants berät international führende Industrie- und Dienstleistungsunternehmen sowie öffentliche Institutionen über alle Fragen strategischer Unternehmensführung. Die Strategieberatung ist in globalen Kompetenzzentren organisiert. Dabei decken Industrie-Kompetenzzentren die großen Branchen ab, während funktionale Kompetenzzentren Expertenwissen zu übergreifenden methodischen Fragestellungen bieten. Für jedes Beratungsprojekt wird ein individuelles, interdisziplinäres Expertenteam zusammengestellt. Dieses entwickelt zusammen mit den Kunden ein maßgeschneidertes, kreatives Konzept und begleitet dieses auch in der Umsetzungsphase. Das Unternehmen setzt dabei auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit im Unternehmen selbst und in der Zusammenarbeit mit den Kunden, um pragmatische und umsetzbare Lösungen zu entwickeln.

Nach dieser einleitenden Phase des Gesprächs, bei der der Anlass noch einmal verdeutlicht und basale Grundinformationen ausgetauscht wurden, wurde Herr Dr. Schwenker dann gebeten, durchaus mit Bezug zu Analogien aus ihm vertrauten Bereichen wie der industriellen Organisation, Lösungswege und Möglichkeiten anzudiskutieren.

Einleitend machte Dr. Schwenker deutlich, dass viele Aufgabenstellungen, so unterschiedlich die Felder sein mögen, dann doch ähnliche Problematiken, wie sie auch in größeren Unternehmen und Organisationen auftauchen, aufweisen. So sei es vor ca. 15–20 Jahren durchaus üblich gewesen, dass in Industrieunternehmen verschiedene Bereiche wie Verkauf, Marketing, Research und Development weitgehend aneinander vorbeigearbeitet hätten und primär danach getrachtet hätten, ihre eigenen Abläufe intern zu optimieren. Es sei auch in diesem Feld eine Aufgabe gewesen, Prozess- und Flussorganisationsformen zu entwickeln, interdisziplinäre Teams zusammenzustellen, welche eher projektorientiert als abteilungshierarchisch organisiert sind. Herr Dr. Schwenker wies darauf hin, dass Organigramme, welche mit ihren Kästchen Hierarchien verdeutlichen und Mitarbeiter verorten, in einem solchen Kontext eher antiquiert seien, weil sich Projektgruppen, je nach Aufgabenbereichen, zusammenfinden und wieder auseinanderentwickeln müssten. Dennoch hätten Organigramme offensichtlich einen wichtigen Wert, der auf ein Grundbedürfnis von Menschen eingehe, sie vermittelten nämlich Sicherheit, indem sie jedem seinen Platz, seine Stellung in einer Verantwortungshierarchie verdeutlichen und damit Sicherheit und Unverrückbarkeit signalisierten. Offensichtlich scheint also ein Schwebezustand zwischen aufgabenoffenen prozessorientierten Organisationsformen und hierarchisch geregelten Zuständigkeiten im Alltagsleben notwendig zu sein, um bestimmte komplexe Aufgaben erfüllen zu können.

Auf die **Schnittstellenproblematik** angesprochen, betonte Dr. Schwenker, dass es für interdisziplinäre Teams Anreize brauche, um sich auf interdisziplinäres Arbeiten einzulassen. Bei Roland Berger werde die Bereitschaft zur Zusammenarbeit verschiedener Bereiche, z. B. bei der Beratung eines Kunden, gezielt gefördert. Herr Dr. Schwenker fragte mich dann direkt nach meiner Einschätzung, welche Anreize es im psychosozialen Feld für die Zusammenarbeit gebe. Ich betonte zunächst einmal, dass diese Fragen, wie er es ja selbst dargestellt hatte, allein schon beim Wahrnehmen der Problematik betroffen machen, und damit oft eine hohe intrinsische Motivation vor Ort besteht zusammenzuarbeiten. Gleichzeitig sind solche auf hoher Motivation basierende Vernetzungsstrukturen aber extrem, z. B. durch

Burn-out oder Irritationen, gefährdet. Auf der Ebene von Amtshierarchien zwischen den einzelnen Ressorts in Ministerien etc. gibt es meines Erachtens derzeit keinerlei Ansporn für interdisziplinäre ressortübergreifende Zugangsweisen im Sinne von Anreizen. Für Herrn Dr. Schwenker schien diese Tendenz nachvollziehbar. In der **Anreizstruktur für die Zusammenarbeit scheint offensichtlich ein wesentliches zu lösendes Problem bei der Verbesserung insbesondere der Kontakte zwischen Medizin und Jugendhilfe zu liegen.** Allerdings musste ich auf der Basis praktischer Beobachtungen im weniger brisanten Bereich interdisziplinärer Förderung von Kindern mit drohender Behinderung und Beeinträchtigung, z. B. aufgrund von Vernachlässigung, feststellen, dass vom Gesetzgeber durchaus vorgesehene Komplexleistungen in der Regel nicht realisierbar sind, weil unterschiedliche Leistungserbringer ihre Leistungen lieber innerhalb ihrer Ressorts erbringen und die Klienten dann von Leistungserbringer zu Leistungserbringer ziehen müssen, sodass eher „Managerkalender“ für Kinder und Familien entstehen, als dass konkrete Pakete oder Komplexleistungen erbracht würden. In der Diskussion wurde dann schnell deutlich, dass – wenn also schon die Zusammenarbeit über Ressortgrenzen hinweg im versorgenden Alltag problematisch ist – Reaktionsweisen in extrem belastenden Fällen noch schwieriger zu beeinflussen sind.

Zu bedenken gab Herr Dr. Schwenker, wie stark im Bereich der interdisziplinären Kooperation **datenschutzrechtliche Bestimmungen** und Hindernisse eine prozessorientierte Zusammenarbeit verhindern bzw. belasten könnten. Hier wurden von mir rechtliche Rahmenbedingungen und auch Lösungsmöglichkeiten (vgl. Gutachten Dr. Meysen, 2006) angesprochen, die vor allem die **Partizipation** der betroffenen Familien, insbesondere bei der Vermittlung Früher Hilfen, in den Vordergrund stellten. Dafür ist es nötig, dass Fachkräfte in den einzelnen Bereichen in der Lage sind, solche Probleme anzusprechen und die Weitergabe von Informationen mit Eltern, möglichst einvernehmlich, zu klären.

Unter dem Stichwort „**One face to the customer**“ erklärte Herr Dr. Schwenker am Beispiel von Banken Organisationsformen, in denen versucht wird, dem Kunden eine Kontaktperson zu präsentieren, zu der er Vertrauen aufbauen kann. Gleichzeitig ist eine solche Kontaktperson bei komplexen Anforderungen oft fachlich nicht dazu in der Lage, alle auf sie zukommenden Fragestellungen adäquat zu bearbeiten. Es muss bei solchen Organisationsmodellen deshalb eher darum gehen, dass diese Person Dinge für bzw. mit dem Kunden zusammen klärt und ihn bei der Klärung einer bestimmten Fragestellung begleitet. Herr Dr. Schwenker erläuterte Casemanagement-Modelle, die sich sehr gut auch auf Bereiche im medizinischen und psychosozialen Feld übertragen lassen. Ich berichtete ihm über unser von der World Childhood Foundation finanziertes Projekt zum Hilfeprozessmanagement im Kinderschutz. Als seines Erachtens zentralen Punkt hob Herr Dr. Schwenker hervor, dass bei der Veränderung von Organisationsformen, bei der Entwicklung neuer Organisationsformen für Unternehmen ebenso wie für Behörden, **Werte und Haltungen zentral seien.** Dabei räumte er ein, dass er selbst viel Zeit in verschiedenen Seminaren und Workshops verbracht habe, wobei er sich gefragt habe, was dieses „Gerede von Werten“ bringen solle. Doch mit wachsender Erfahrung sei ihm dann eindeutig klar geworden, dass Werte tatsächlich das Zentrale seien. Werte müssen entwickelt und geglaubt werden, sie müssen gelebt werden, ihre Nichteinhaltung muss beantwortet, ja sanktioniert werden, gleichzeitig muss über **Toleranzspielräume** diskutiert werden, wie viel Abweichung hingenommen werden kann. Wenn es etwa um

Innovationen sowie Forschung und Entwicklung gehe, sei eine gewisse „Fehlertoleranz“ wesentlich. Er erläuterte dies am Beispiel von Zielvereinbarungen, welche sich auf absehbare Controllingprognosen beziehen. Werde Leistung oder Erfolg am Einhalten von solchen Zielen gemessen, wird man es automatisch vermeiden, wachstumsorientierte mutige innovative Ziele anzusprechen. Man wird nur das wirklich Erreichbare definieren. Im Sinne eines **Innovationsmanagements** sei es deshalb wichtig, das Risiko von Fehlern mit in Kauf zu nehmen und aus diesen Fehlern zu lernen, unter der Bedingung, dass sorgfältig und nicht grob fahrlässig gehandelt wurde bzw. dass nicht gegen Strafrecht verstoßen wurde etc. In diesem Zusammenhang diskutierten wir dann die allgemeine Verunsicherung und Angst, die nach der verstärkten öffentlichen und medialen Aufbereitung der Todesfälle im Feld entstanden sind. Herr Dr. Schwenker bestätigte meine Annahme, dass diese **Angst** sich eher **lähmend** auswirken müsse und dass damit evtl. noch mehr Fehler im System zu befürchten seien. Gleichzeitig hakte ich noch einmal nach, dass der Öffentlichkeit gegenüber angesichts von Todesfällen bei vernachlässigten Kindern Begriffe wie „Fehlertoleranz“ oder „aus Fehlern lernen“ kaum vermittelbar seien. Dr. Schwenker betonte, dass er sich dabei auf die angesprochenen Managementprozesse in der Innovation bezogen habe. Deutlich wurde dann im Gespräch, dass es einerseits um **eine handwerkliche Sorgfaltspflicht** geht, welche die **Dokumentation von Entscheidungsprozessen** in Güterabwägungen mit einschließt, dass es aber andererseits darum gehen muss, **Mitarbeiter**, welche nach sorgfältiger Abwägung Entscheidungen getroffen haben, zu **stützen** und ein **Klima zu schaffen, in dem Fehler offen berichtet und im Team analysiert werden können, um eben aus in der Praxis nicht immer vermeidbaren Fehlern zu lernen**. Zentral sei hier eine **Vertrauenskultur** in Teams, Organisationen und Unternehmen.

Herr Dr. Schwenker betonte, dass **Vertrauen** an sich die **zentrale Voraussetzung für Innovationsbereitschaft** und das Aus-Fehlern-Lernen sei. Er erörterte unterschiedliche Umgangsweisen mit Fehleinschätzungen und Risiken in Unternehmen und öffentlich-rechtlichen Administrationen wie z. B. Disziplinarstrafen etc., dennoch betonte er, dass der Umgang mit sorgfältig handelnden Kollegen, welchen ein Fehler unterlaufen ist, mit Kollegen, welche ein vertretbares Risiko fachlich fundiert eingegangen und gescheitert sind, eine zentrale Komponente einer Unternehmens- oder Führungskultur ist. **Vertrauen** ist auch das **zentrale Element von Teamstrukturen und Teamorganisationen**. Vertrauen wiederum entstehe nur durch **gemeinsame Werte**.

Deutlich wurde im Gespräch der Widerspruch zwischen Erwartungen in der Öffentlichkeit, in der Presse, teilweise auch in der Politik, hier richtig handeln zu müssen (kein Fehler darf passieren!) und den Gesetzmäßigkeiten statistischer Risikoabschätzungen mit möglichen Fehlerwahrscheinlichkeiten etc. Da Prognosen immer solche Abschätzungen sind, sind bestimmte Fehlerrisiken immanent. Ein Verständnis für solche Risiken zu wecken ist in einem Feld, welches hohen Werten wie „Kindeswohl“, „heilen“, „primär nicht schaden“ etc. verpflichtet ist, ungeheuer wichtig, um einen rationalen Umgang mit komplexen, auf Prognoseannahmen beruhenden Entscheidungen fachlich fundiert zu ermöglichen. Herr Dr. Schwenker, der von seiner ursprünglichen Ausbildungskernkompetenz aus dem mathematischen Bereich kommt, wies in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der **Spieltheorie** hin, welche ja im rechtlichen Bereich auch für Fragen des Contracting z. B. für sich selbst tragende und stützende Verträge etc. genutzt werden konnte. Er betonte aber auch gleich-

zeitig am Beispiel der derzeitigen Finanzkrise und der Nichtbeachtung von Fehlerwahrscheinlichkeiten bei **Prognosen**, wie häufig es vorkomme, dass Menschen eher nach einfachen Lösungen suchen bzw. Warnhinweise ausblenden und sich selber dann von der Richtigkeit ihrer Annahmen überzeugen. Daran anknüpfend betonte ich, dass im Bereich der Medizin es seit Langem bekannt sei, dass wir im Patientenkontakt in der ersten Viertelstunde ein diagnostisches Vorurteil, eine erste Einschätzung bilden und wir dann den Rest der Zeit meistens damit verbringen, Bestätigungen für unsere Hypothesen zu finden und häufig dissonante Informationen ausblenden. Herr Dr. Schwenker betonte, dass Ähnliches in der Industrie- oder dem Beratungsbereich vorkommen könne. Wenn man ein Projekt starte, sei man oft von einer Lösungsrichtung überzeugt und versuche auch Kollegen, Kunden etc. zu überzeugen. Man könne deshalb leicht dazu tendieren, **Komplexität zu reduzieren** und möglichst überzeugend für eine Hypothese zu argumentieren und widersprechende Elemente auszublenden. In seinem Unternehmen, bei Roland Berger, habe man es sich deshalb zur Regel gemacht, dass Projekte nur nach bestimmten **Standards** gestartet werden dürfen, welche berücksichtigt werden müssen. Des Weiteren sei es dann im Verlauf erforderlich, dass jemand die Rolle des „**advocatus diaboli**“ übernehme und das Projekt kritisch infrage stelle. Daraufhin schilderte ich unsere bisherigen Empfehlungen für den Kinderschutzbereich, die genau in die gleiche Richtung gehen:

- Einsatz standardisierter Risikoinstrumente bei der primären Fallbeurteilung;
- Teamdiskussion mit Abwägung der Pro- und Kontra-Argumente, evtl. Übernahme einer Gegenposition im Team, um systematisch auch negative Aspekte und Begleitphänomene von Entscheidungen herauszuarbeiten;
- Dokumentation dieser Abwägungen als Beleg der Sorgfalt bei der Entscheidung und zur Ermöglichung einer späteren Auswertung und Analyse und damit zum „Aus-Fehlern-Lernen“.

Ich machte auch deutlich, dass z. B. **Teamentscheidungen** etc. schon derzeit im Kinder- und Jugendhilfegesetz § 8a SGB VIII verankert sind, dass aber in der Praxis deutliche Implementationsmängel bestünden. Herr Dr. Schwenker äußerte dafür grundsätzlich Verständnis, weil in einer belastenden Situation das Auflisten von Pro- und Kontra-Argumenten die eigene Position ja verunsichern und angreifbar machen könne und dass deshalb nachvollziehbar sei, dass hier eher im Stillen gehandelt werde. Dies verweise wieder auf den schon besprochenen Part der Vertrauenskultur. Ich schilderte daraufhin meinen Eindruck, dass in der sozialen Arbeit und in manchen psychosozialen Berufsfeldern auch eine ausgesprochen diskursive Kultur bestehe, wo z. T. sehr lange und ausführlich diskutiert werde, aber kaum erfolgte Abwägungen dokumentiert würden. Auch unsere Einblicke in verschiedene Untersuchungsberichte und Akten hätten gezeigt, dass eine große Vermeidungstendenz im Bezug auf Schriftform bestehe. Wenn überhaupt dokumentiert werde, werden hauptsächlich Ergebnisse und Entscheidungen dokumentiert, nicht aber die Abwägungen, welche dazu geführt hätten. Darauf aufbauend, schilderte ich meinen Eindruck, dass durch die Vermittlung handwerklichen Managementwissens z. B. bei der Planung, Gestaltung, Protokollierung und Nachverfolgung von Besprechungen etc. hier erhebliche Verbesserungen erzielt werden könnten. Dies bestätigte Herr Dr. Schwenker sofort am Beispiel einiger Projekt-Erfahrungen von Roland Berger im Bereich der öffentlichen Verwaltung. Hier hätten nicht nur Konzepte entwickelt werden müssen, sondern es sei im Sinne von „Learning by Doing“ oder „Learning on the Job“ sehr viel **handwerkliches Managementwissen** vermittelt worden. Herr Dr. Schwenker bot in

diesem Zusammenhang an, im weiteren Projektverlauf ein Gespräch mit den konkret mit diesem Projekt betrauten Mitarbeitern bei Roland Berger zu vermitteln, damit wir prüfen können, ob bestimmte Erfahrungen aus diesem durchaus vergleichbaren Aufgabenfeld zwischen öffentlicher Verwaltung und freien Trägern auf unsere Fragestellung übertragbar sind.

Gleichzeitig betonte er, dass unter anderem bei einem der genannten Projekte eine große **Skepsis im Feld** gegenüber solchen Organisationsformen und gegenüber einer Evaluation bestanden habe, weil man von der Einzigartigkeit jedes einzelnen Schicksals und Falles (hier von Arbeitssuchenden) überzeugt gewesen sei. Hier stellten wir eine große Deckungsgleichheit der Argumentation in beiden Feldern fest und waren auch der Ansicht, dass die Vorstellung, dass ein CEO von Roland Berger und ein Ärztlicher Direktor einer Universitätsklinik über Lösungsmöglichkeiten für Praxisfragen, für welche die Jugendhilfe die Federführung hat, nachdenken, vielleicht bei vielen Fachkräften „an der Front“ zunächst Befremden auslösen könnte. Verblüffend war jedoch auf der Ebene eines gewissen Abstraktionsniveaus, wie sich bestimmte Managementfragen und organisatorische Probleme ähneln. Daraus ergibt sich meines Erachtens, dass bei dem Versuch, aus den katastrophalen Kinderschutzfällen, welche ja nur die Spitze des Eisberges darstellten, zu lernen, neben fachlichen Qualifizierungen, insbesondere in Bezug auf die Risikoeinschätzung (auch unter Einsatz von Standards, Checklisten etc.), wichtige Organisations- und Managementfragen tangiert sind. Hier müssten handwerkliche Fertigkeiten, z. B. bei der Dokumentation, welche auch bei einem nie auszu-schließenden negativen Ausgang wenigstens das **sorgfältige Vorgehen** belegen können, stärker in den Mittelpunkt gerückt werden. Ohne eine gewisse **Datenlage**, welche auf einer vergleichbaren Dokumentation beruht, wird es kaum die Möglichkeit der **systematischen Analyse** und damit auch nicht eine Gelegenheit zur Etablierung einer empirischen Basis für das systematische Aus-Fehlern-Lernen geben. Herr Dr. Schwenker betonte noch einmal am Beispiel der Arbeitsverwaltung, dass statistische Fallanalysen eben doch gezeigt hätten, dass es **typische Fallkonstellationen und Muster** gebe, welche bestimmte Lösungsansätze sinnvoll machen. Es ist also, wie dies die Forschung im internationalen Bereich im Kinderschutz aufzeigt, durchaus möglich, Handlungsalgorithmen empirisch basiert aufzustellen, **die dennoch im Einzelfall mit guter Begründung ein Abweichen stets ermöglichen sollten**. Eine solche Einführung von Standards und Leitlinien bedeutet keine absolute und definitive Festlegung, sondern definiert ein fachliches, übliches Vorgehen, von dem mit guten Begründungen auch abgewichen werden kann. Ich betonte im Gespräch meine Überzeugung, dass als eine Konsequenz im Sinne des Aus-Fehlern-Lernens es notwendig sei, hier entsprechende Leitlinien, z. B. für Hausbesuche und andere typische Anforderungen, auszuformulieren, und berichtete darüber, dass teilweise sogar von gesetzgeberischer Seite darüber nachgedacht wird, bestimmte Minimalanforderungen, wie z. B. dass ein Kind gesehen werden müsse, im Gesetz festzuschreiben. Herr Dr. Schwenker schätzte dies, ähnlich wie ich, als eher zu weitgehend ein, eventuell vergleichbar mit dem Versuch, durch Stellenbeschreibungen richtiges Handeln festzulegen. Es gehe hier eher um die flexible Adaptation an Herausforderungen, welche Risikoabwägungen und Güterabwägung systematisch beinhalten.

Mit Rückblick auf das Gespräch zeigte der Erstautor dieser Expertise sich erstaunt und erfreut, in wie vielen Bereichen wir zu generell übereinstimmenden Sichtweisen gelangten und vergleichbare Einschätzungen aus völlig unterschiedlichen Perspektiven gewonnen hatten.

Herrn Dr. Schwenker wurde für seine spontane Bereitschaft gedankt, sich hier zu beteiligen, für die Zeit, die er zur Verfügung stellte, und für seine Vorbereitung auf die Thematik. Außerdem wurde betont, dass seine Fachlichkeit bei der Einschätzung von Managementaufgaben eine wichtige externe Bestätigung und heuristische Validierung von Analysepunkten darstellt, die nicht in den Kernbereich meiner fachlichen Kompetenz gehören. Dadurch, dass wir aufgrund einer Abstraktion in Bezug auf die Problematik und aufgrund einer logischen Analyse der Problemstellungen zu ähnlichen Vorschlägen gekommen sind, gewinnen diese Vorschläge zum organisatorischen Bereich, zu Führungsaufgaben und zum Management ein noch stärkeres Gewicht. Auf Anregung von Herrn Dr. Schwenker wurde noch ein vertiefendes Gespräch mit einem Mitarbeiter geführt.

6.2 Gespräch mit Herrn Weiland von „Roland Berger Strategy Consultants“ zu der Thematik „Was können wir von den ‚ARGEn‘ und für die ‚ARGEn‘ im Kontext der Kinderschutzproblematik lernen?“

Ausgangspunkt des Gesprächs war die Umorganisation in der Arbeits- und Sozialverwaltung, die u. a. dazu geführt hat, dass Leistungen, die früher von den Sozialämtern erbracht wurden, nun im Kontext des SGB II die Arbeitsgemeinschaften (kurz: ARGEn) erbringen. So seien die früheren Wege zwischen Sozialamt (Wirtschaftliche Hilfen) und Jugendhilfebereich nicht mehr vorhanden. Es müssten deshalb neue Wege gefunden werden, um wichtige Informationen aus Hochrisikofamilien in die Hilfeplanung einfließen zu lassen.

Herr Weiland führte dazu aus, dass in den „ARGEn“ derzeit generell zwei Faktoren zusammenkämen. Durch die Überführung eines Großteils der ehemaligen Sozialhilfeempfänger aus einer rein kommunalen Verwaltung in eine gemeinsame Verwaltung von Bund (Bundesagentur für Arbeit) und Kommunen habe sich für deren Betreuung die Schnittstelle zu den weiteren kommunalen Einrichtungen verändert. Ebenso habe sich der Betreuungsfokus auch inhaltlich verschoben. Zumindest langfristig werde für diesen Personenkreis eine Perspektive im Arbeitsmarkt angestrebt. Die Vorgabe der Ziele durch die Bundesagentur, die im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales handele, sei primär auf eine Verringerung der Hilfebedürftigkeit ausgerichtet. Dies heiße, bestehende Hemmnisse der sogenannten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen abzubauen und ihre Integration in den Arbeitsmarkt zu fördern.

Der zweite angesprochene Bereich betreffe eher die interne Organisation. Hier liege i. d. R. ein stärkerer Fokus auf der Betreuung des einzelnen Hilfebedürftigen. Zwar sei in den meisten Einheiten ein „Fallmanagementbereich“ institutionalisiert worden, in dem der familiäre Kontext in der Bedarfsgemeinschaft stärker berücksichtigt werden sollte, doch sei dieser Fallmanagementbereich lokal unterschiedlich ausgestaltet. Vom Prinzip her ziele das Fallmanagement auf Kunden mit multiplen Vermittlungshemmnissen und damit wahrscheinlich auf die im Vorgespräch beschriebene Hochrisikoklientel. Bei den Personen, bei denen die Ansprechpartner in den „ARGEn“ solche multiplen Vermittlungshemmnisse feststellen, würde im Rahmen des Fallmanagements die Schnittstelle zu kommunalen Leistungen wie Schuldnerberatung, Suchtberatung, Kontakt zum Jugendamt etc. stärker angesprochen. Hier müsse im Prinzip der Informationsaustausch zwischen der „ARGE“ und den entsprechenden Jugendämtern stattfinden.

Dabei sei angemerkt, dass bei der Gründung der Arbeitsgemeinschaften die Prioritäten zunächst nicht auf diesen sozialen Vernetzungsfragen lagen. In dieser Umstellungsphase habe man zunächst auf die Organisation der Kernbereiche Leistung und Vermittlung fokussiert. Diese Anfangsphase sei abgeschlossen, und der Fokus habe sich erweitert. Dabei werde der Bereich des Fallmanagements bei Personen mit multiplen Vermittlungshemmnissen ganz unterschiedlich gehandhabt. So gebe es z. B. mancherorts ein „integriertes Fallmanagement“. Dort werde de facto zwischen einer „normalen“ Betreuung durch einen „persönlichen Ansprechpartner“ und dem Fallmanagement nicht unterschieden, wobei man sich fragen müsse, ob psychosoziale Risiken so ausreichend erkannt werden könnten. Doch auch dort, wo sich ein spezialisiertes Fallmanagement entwickelt habe, könne man vermutlich nicht ganz ausschließen, dass einzelne Fallmanager die Kinder- und Jugendlichenproblematik innerhalb der Familien oder Bedarfsgemeinschaften nicht immer ausreichend im Blick hätten. Im Prinzip gäbe es relativ viele Konzepte und Papiere zu einem funktionierenden Fallmanagement. In der Praxis sei die Umsetzung dieser Konzepte aber noch ausbaufähig. Für unsere Fragestellung könne es empfehlenswert sein, Handreichungen und Papiere zu entwickeln, die auf diesen Zusammenhang hinweisen. Die Ressourcenallokation diene derzeit vermutlich eher weniger der Stützung der Familie, zumal mit Blick auf die Kinder.

Zu unterscheiden sei außerdem die Situation in den alten und neuen Bundesländern. So gebe es im Osten des Landes viele Langzeitarbeitslose, welche 20 oder 25 Jahre einer geregelten Arbeit nachgegangen seien. Oft seien sie aufgrund der Strukturumbrüche arbeitslos geworden und dann aufgrund ihres Alters und der lokalen wirtschaftlichen Situation dauerhaft ohne Arbeit geblieben. Bei Kunden, die vielfach aus der ehemaligen Sozialhilfe kommen bzw. nie einer geregelten Arbeit nachgegangen sind, sei es nicht das unmittelbare Ziel, aus dem SGB II in den Arbeitsmarkt zu kommen, sondern man müsse diese zunächst einmal sozial integrieren. Ein Erfolg sei es schon, ihnen wieder zu einem geregelteren Leben zu verhelfen, selbst wenn eine Vermittlung in den Arbeitsmarkt noch nicht gelungen sei. Die Einstufung in unterschiedliche Gruppen im Rahmen der Kundendifferenzierung passiere in der Regel nach der Bewilligung von Leistung nach dem SGB II durch ein sogenanntes Profiling. Dazu finde ein ausführliches Interview mit dem persönlichen Ansprechpartner statt. Die Ergebnisse daraus würden in einer sogenannten „Betreuungsmatrix“ hinterlegt, welche „IT-technisch“ umgesetzt sei und aus der sich eine bestimmte Betreuungsstufe ergebe. In diesen Algorithmus gehen sehr unterschiedliche Kriterien ein wie etwa Qualifikation, Mobilität und soziales Umfeld. Mit dem Ergebnis solle der Ansprechpartner vor Ort in gewisser Weise auch eine Empfehlung erhalten, welche Schritte mit dem Kunden einzuleiten seien. Der Mitarbeiter solle darin unterstützt werden, eine geeignete Integrationsstrategie zu entwickeln. Dieses System sei noch im Aufbau.

Vom Interviewer wurde festgestellt, dass eine solche Falleinteilung aufgrund von Kriterien ja auch in gewisser Weise der Aufgabenstellung bei der Erkennung von Hochrisikofällen in der Jugendhilfe entspreche und dass man in diesem Feld häufig mit dem Argument konfrontiert werde, dass eine Klassifikation grundsätzlich kaum möglich sei, weil jeder Fall anders gelagert sei.

Daraufhin gab Herr Weiland zu erkennen, dass er diese Diskussion sehr gut kenne. Tatsächlich beinhalteten solche Klassifikationsversuche immer auch eine Gratwanderung. Man laufe natürlich Gefahr, durch solche hinterlegten Strukturen statistische Häufigkeiten oder Risikoproportionen zwischen „A“ und „B“ zu einer statischen Regel zu erheben, welche in einem bestimmten Einzelfall vielleicht gar nicht zutreffe. Dies sollte aus seiner Sicht nicht passieren, auch im Bereich des SGB II nicht, wo sich durch die unterschiedlichen kommunalen Angebote auch nur schwerlich bundesweit gültige Regelsätze aufstellen ließen. Insofern gehe er nicht davon aus, dass es für den SGB-II-Bereich ein bis ins Detail bundeseinheitliches System geben könne. Dennoch mache die gezieltere Fallsteuerung die Mitarbeiter durchaus zufriedener. Er kenne viel positives Feedback von Mitarbeitern aus Projekten mit vergleichbaren Ansätzen. Es habe die Zufriedenheit der dort Arbeitenden gesteigert, ein unterstützendes System zu haben, das ihnen in begründeten Fällen eine andere Entscheidung ermöglicht. Schließlich könnten, auch wenn es um eine Familie gehe, viele Faktoren eine Rolle spielen. Es bestehe Bedarf, solche Einzelentscheidungen hinsichtlich ihrer Folgen systematischer auszuwerten. Die Evaluation sei der letzte Schritt in einer Kette und biete notwendiges Feedback für eine Weiterentwicklung.

Insofern habe er wenig Kenntnisse z. B. über die Auswirkung auf Familie oder den Kinderschutz. Generell sei es für ihn aber einsichtig, dass klassische Themen der Sozialhilfe stärker in den Blick genommen werden müssten. Das Fallmanagement biete hierfür eine Perspektive.

6.3 Gespräch mit Herrn Prof. Malik, Malik Management Zentrum, St. Gallen, am Montag, den 31.3.2008

Herr Prof. Malik hatte in das Gespräch noch Frau Magister Kropiunik und Herrn Atilla Färber miteinbezogen, um einerseits für sich ein Ablaufprotokoll zu haben und um andererseits wesentliche grafische Elemente und Arbeitsvorgänge sofort visuell simulieren zu können. Das Gespräch fand in einem speziell ausgestatteten Konferenzraum, einem sogenannten Operations Room, im Malik Management Zentrum St. Gallen statt.

Nach einer gegenseitigen persönlichen Vorstellung zeigte Herr Malik ebenfalls zunächst seine Verwunderung darüber, was er primär zu der Thematik beitragen könne. Der Erstautor dieser Expertise stellte sodann in einem Eingangsstatement die derzeitige Problematik im Kinderschutz und den Hintergrund der Expertise dar, worauf Herr Prof. Malik dann mit Bezug auf seine im Entstehen befindliche sechsbändige Lehrbuchreihe meinte, dass darin alles sehr wirtschaftsorientiert klinge, aber natürlich sehr vieles verallgemeinerungsfähig sei. **Management** sei eine der **Schlüsselfunktionen**, welche – richtig verstanden – in jeder Art von Institution, auch in Netzwerken bestimmte, immer wiederkehrende Grundsätze verlange. Natürlich ändere sich die Terminologie im jeweiligen Fachkonzept und natürlich sprechen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter anders und denken wahrscheinlich auch anders als Führungskräfte in der Wirtschaft. So habe jede Disziplin auf der Sach- und Fachebene ihre eigene Vorstellungswelt, ihre eigene Ausbildung und eigene Sprache, dennoch fügten sich auf der Managementebene alle diese Dinge zusammen.

Über das Malik Management Zentrum St. Gallen informierte Herr Prof. Malik, dass rund 250 Personen in dieser kommerziell orientierten Institution zusammenarbeiten. Er betonte, dass es sich hier nicht um ein Universitätsinstitut handle, sondern um eine Einrichtung, die zwar nicht einzig und allein auf Gewinne hin orientiert sei, aber die sich jeden Tag am Markt bewähren müsse. Allerdings seien die Ursprünge dieser Einrichtung in der Universität gewesen. Vor 30 Jahren sei das Management Zentrum St. Gallen zunächst als Stiftung, welche von Anfang an an die Praxis gerichtet war, als Brückenorganisation zwischen Hochschule und Praxis außerhalb der Universität eingerichtet worden. Dies sei damals ein ganz neues Konzept und auch ein nicht unumstrittener Ansatz gewesen. In der Schweiz habe man sich allerdings bei den kantonal zuständigen Bildungsbehörden hier flexibel genug gezeigt. Den großen Unterschied zu den universitären Einrichtungen auf seinem Gebiet sieht Herr Prof. Malik darin, dass sich seine Einrichtung immer am Markt bewähren und vom Markt testen lassen musste. Metaphorisch zog er den Vergleich zur Medizin, wo der praktizierende Arzt zwar auf vielen wissenschaftlichen Grundlagen Entscheidungen aufbauen müsse, aber es doch durchaus fraglich sei, ob die tägliche ärztliche Praxis eine Wissenschaft sei oder nicht. Ähnlich sei es im Management. Hier handle es sich um eine **wissenschaftgestützte** Praxis. Deshalb sei für ihn und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das **Realisieren** und **Umsetzen** ganz entscheidend, ebenso wie der Begriff des „**Funktionierens**“. Die Wirtschaft sei zwar der Hauptansprechpartner seiner rasch wachsenden Einrichtung, dennoch habe das Malik Management Zentrum St. Gallen auch mit Klinikchefs, mit kommunalen Auftraggebern und Wissenschaftsinstitutionen etc. zu tun. So sei sein erstes Lehrbuch auch gerade bei Non-Profit-Organisationen und Non-Business-Organisationen sehr gut angekommen. Die Tätigkeit seiner Institution sei sowohl in Lehre und Ausbildung mit Präsenzseminaren, E-Learning etc. als auch am anderen Pol bei Consulting, also konkreter Hilfe mit Beratung, anzusiedeln. Er selbst sei ausgebildeter Betriebswissenschaftler, und er sei nach St. Gallen gekommen, weil man dort früh ein akademisch fundiertes Managementstudium etablieren wollte. Sein damaliger Chef, Prof. Hans Ulrich, habe die Meinung vertreten, welche sich heute immer wieder als richtig erweisen würde, dass gut ausgebildete Führungskräfte in der Zukunft der entscheidende Engpass werden würden, sowohl in der Wirtschaft als auch in Non-Business-Organisationen. Gleichzeitig habe damals nicht nur in der Schweiz die Meinung grassiert: „Führen kann man nicht lernen, dazu muss man geboren sein, und dann braucht man es eben nicht zu lernen, und die nicht dazu geboren sind, werden es nie lernen.“ Das sei aber ein großer Irrtum. Er behaupte zwar nicht, dass jede Person Management lernen könne, aber doch, dass jeder darin besser werden könne. Die eigentlichen wissenschaftlichen Grundlagen seien für ihn die **Systemwissenschaften**, **Kybernetik** hochkomplexer Systeme, nicht die einfache Regelungstechnik, wie z. B. bei Heizungen, sondern **kybernetische** Grundprinzipien, ohne die heutzutage auch keine Intensivstation funktionieren könne. Er verstehe **Kybernetik** als Wissenschaft vom Funktionieren komplexer Systeme und auch als Wissenschaft vom Lenken, Gestalten und Entwickeln **hochkomplexer** Systeme. „**Hochkomplex**“ charakterisiere also Systeme, welche nicht im Einzelnen durchschaubar seien, die so komplex sind, dass man eigentlich nicht wirklich regulieren könne oder nur teilweise einzelne Dinge, sondern dass man so regulieren müsse, dass ein möglichst hohes Maß an Selbstregulation entstehe. Hier sei vermutlich durchaus ein Bezug zur Interaktion der verschiedenen Beteiligten im Kinderschutz festzustellen. Aus der **Kybernetik** komme auch die Erkenntnis, dass man in solchen **hochkomplexen** Systemen nur gewisse Dinge organisieren könne und sie daher so organisieren müsse, dass **sich das System weit-**

gehend selbst organisiere (vgl. Band 1 und 2 der Lehrbuchreihe). Dieser Bezug auf seinen Hintergrund sei ihm deshalb wichtig, weil Management derzeit durchaus eine Disziplin sei, in der jeder recht haben könne, wo es also noch keine anerkannte konsentrierte Terminologie und Theorie gebe. Insofern seien häufig mangelnde Klarheit der Sprache und unverständliche Definitionen ein Problem. Deshalb habe er sich dafür engagiert, **generell anwendbare Modelle** zu entwickeln.

Zentral seien dabei zwei Modelle: ein Modell für die Person, und zwar für jede Person, welche Managementaufgaben zu erfüllen habe, wie ein Modell für die Institution, wobei sich aus diesen beiden ein drittes für integrierte Managementsysteme ergebe (die grafische Darstellung der Modelle kann von der Homepage des Malik Management Zentrum St. Gallen, www.malik-mzsg.ch, nach Registrierung kostenfrei heruntergeladen werden).

Abbildung 10: General-Management-Modell

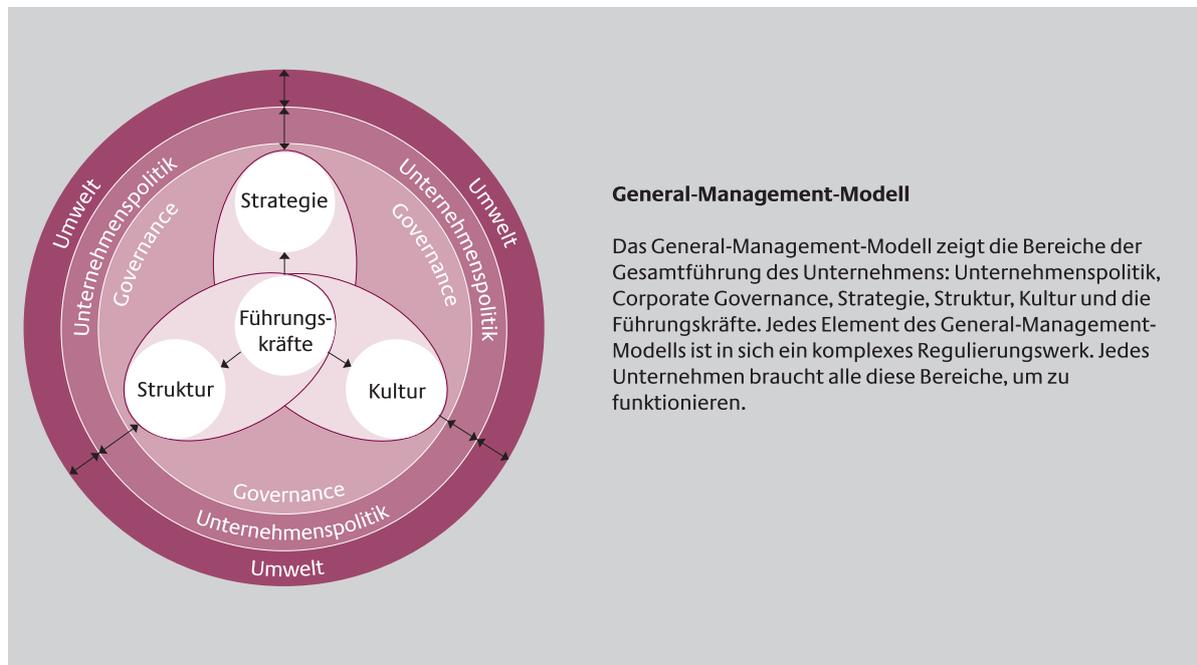
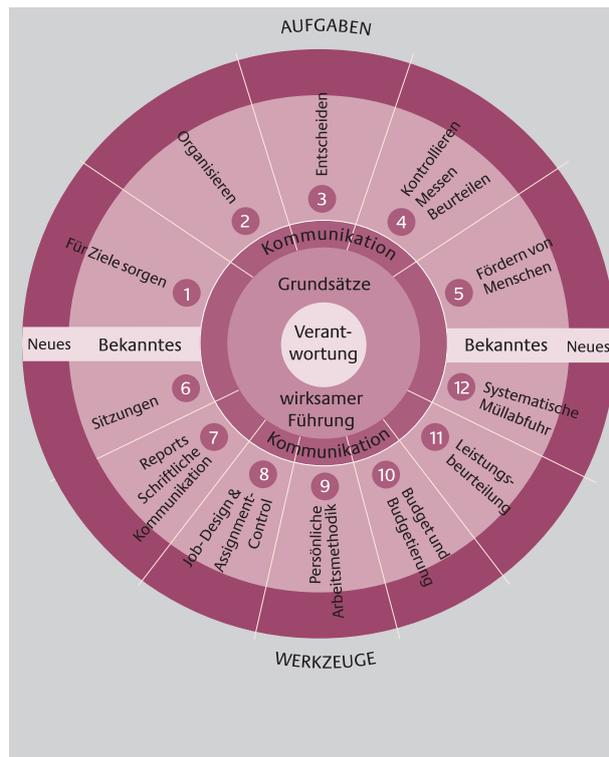


Abbildung 11: Standardmodell der Wirksamkeit

**Standardmodell der Wirksamkeit (Führungsrad)**

Das Standardmodell der Wirksamkeit (Führungsrad) ist nach den vier Elementen der Professionalität eines jeden Berufes aufgebaut. Es umfasst:

1. die Aufgaben, die zu erfüllen sind,
2. die Werkzeuge, die dabei eingesetzt werden,
3. die Grundsätze, die Qualität und Wirksamkeit bestimmen und
4. die Verantwortung für die Konsequenzen der Berufstätigkeit

Um einen zentralen Kern, welcher Werte und eine Handlungsethik (Verantwortung, Grundsätze wirksamer Führung) enthält, bestimmen Kommunikation und Kommunikationsfähigkeit das Management sowohl von Bekanntem als auch von Neuem. Unterschieden werden in zwei Halbkreisen in diesem **Modell generelle Aufgaben im Management**:

- Kontrollieren, Messen, Beurteilen
- für Ziele sorgen, Organisieren, Entscheiden
- Fördern von Menschen

Die Werkzeuge dazu, welche „handwerklich“ beherrscht werden müssen:

- Sitzungen
- Reports, schriftliche Kommunikation
- Job-Design and Assignment-Control
- persönliche Arbeitsmethodik
- Budget und Budgetierung
- Leistungsbeurteilung
- Schutz vor Überlastung durch „systematische Müllabfuhr“

Dieses Standardmodell sei auf jede Führungsposition, sei es in der Wirtschaft oder eben auf wissenschaftliche Institutionsdirektoren, Chefärzte, Jugendamtsleiter etc. anwendbar. Wichtig zum Verständnis sei vielleicht gerade für den Sozialbereich, dass das Management als Begrifflichkeit sich selber in den letzten Jahren in Verruf gebracht habe, z. B. durch die ganze Problematik übertriebener Einkommen und die Gewinnfokussierung. „Natürlich muss man Gewinne machen in der Wirtschaft, genauso wie der Mensch atmen oder essen muss, d. h. aber noch lange nicht, dass der Zweck des Menschen das Atmen ist oder der Sinn

des Lebens das Essen. Also damit bestehen in der Wirtschaft gewaltige Missverständnisse und Fehlentwicklungen seit rund 15 Jahren, die jetzt beginnen uns auf den Kopf zu fallen.“

Im **Non-Business-Bereich**, also im sozialen Bereich, wo es nicht primär um Profite gehen könne, fehle es fast immer an Management. Es fehle nicht an klugen oder gut ausgebildeten Menschen mit allen menschlichen Tugenden wie Barmherzigkeit, Solidarität etc. Es fehle auch nicht an klugen Konzepten, sondern einfach häufig am **Managementhandwerk**. Er teile überhaupt nicht die Meinung der Politik oder die der sozialen Arbeit, das seien alles Versager. Wahrscheinlich gebe es dort genauso viele Könner und Versager wie in der Wirtschaft auch. Wirtschaft sei für die Managementlehre deshalb interessant, weil dort am schnellsten und am leichtesten zu sehen sei, wie sich richtiges Management positiv auswirke und welche Folgen falsches Management habe. „Die Korrekturmechanismen spielen sehr rasch. Im sozialen oder Non-Business-Bereich kann das nur sehr, sehr lange andauern. Sie hatten die Fälle ja drastisch geschildert.“ Wichtig sei also in allen Bereichen eine persönliche Arbeitsmethodik, die in der Regel niemand lerne. Man lerne sie in der Wirtschaftsausbildung genauso wenig wie in der Medizin oder in der sozialen Arbeit.

„Kein Arzt der Welt an der Universität kommt heraus und kann auch nur ein Protokoll schreiben, kann eine Tagesordnung machen usw. Das alles muss in der Praxis gelernt werden, ist aber absoluter Schlüssel für die Wirksamkeit und für den Erfolg.“ Teilweise gebe es auch Missverständnisse, indem man die generell wichtige Leistungsbewertung auf Umsätze, Gewinne etc. reduziere, wo doch in Non-Business-Organisationen ganz andere Dinge im Vordergrund stünden. Dennoch seien auch in Non-Business-Organisationen die gleichen Grundprinzipien wie im „Führungsrad“ dargestellt und bis hin zur „Entschlackung“ der Institution anwendbar. Dies sei ein Modell, welches aus der Biologie komme, denn jeder Organismus betreibe die systematische Entschlackung, die Detoxifizierung, und so müssten auch Organisationen und Menschen in Führungspositionen eine systematische Müllabfuhr haben, um sich auf bestimmte Aufgaben konzentrieren zu können. Er und seine Mitarbeiter scheuten sich nicht, hier auch konkrete handwerkliche Fertigkeiten zu vermitteln. Es gebe z. B. Muster, wie eine gut vorbereitete Tagesordnung aussehe. Im Gegensatz zu den Universitäten werde auch die handwerkliche Profanität vermittelt. Dies mache natürlich noch nicht aus jedem Handwerker einen Künstler. Die Wichtigkeit solcher Ansätze werde zunehmend weit über die Wirtschaft hinaus erkannt, so habe seine Institution die Ehre, die Helmholtzgemeinschaft in Managementfragen ausbilden zu dürfen, 25.000 Beschäftigte, darunter der größte Teil hochkarätige Wissenschaftler in 15 Helmholtzzentren von Nuklearphysik bis zur Klimaforschung etc. Natürlich würden Präsenzseminare, Bücher und Schriften angeboten, wegweisend seien mit Blick auf das **Kosten-/Nutzenverhältnis** aber **E-Learning-Programme**, die in seinem Zentrum wiederholt zum Einsatz gekommen und auch prämiert worden seien. So kommen z. B. computergestützte Lernprogramme mit MP3-Files als CDs, DVDs zum Einsatz, welche ein günstiges Kosten-/Nutzenverhältnis bewirken.

Generell zeigt sich Herr Prof. Malik von der Verallgemeinerbarkeit seines Managementmodells überzeugt. Sicher sei Innovation oder Changemanagement eine der schwierigsten Anwendungsformen von Management. Dies sei dann eben wie Formel-1-fahren. Die Handwerklichkeit Schalten und Bremsen bleibe aber dieselbe. „Ich habe keine Ahnung, was gute Sozialarbeiter ausmacht, ich habe keine Ahnung, wie Kinderpsychiatrie aussieht, aber die

Regulierungsebene, das muss man eben unterscheiden, hat ein hohes Maß an Identität.“ Wenn nun aufgrund der Fachaufgaben, die zu erfüllen sind, zusätzliche Aufgaben, Instrumente nötig sein sollten, dann könne man dies selbstverständlich berücksichtigen, ohne dass dadurch die Funktionalität und die Logik des Gesamtsystems eingeschränkt würden. Ein Managementsystem, wie er es darstelle, könne mit einem **Betriebssystem eines Computers** verglichen werden. Die Inhalte auf seinen und meinen Powerpoint-Folien seien sicher sehr verschieden, dennoch könnten wir beide in diesem System arbeiten, und die Computer könnten hier mit der gleichen Technik problemlos kommunizieren. Dies könne auch die Zusammenarbeit in Netzwerken erheblich fördern, wobei man im sozialen Bereich wahrscheinlich häufiger auf Freiwilligkeit angewiesen sein werde. In diesem Zusammenhang stellte ich dar, dass der Gesetzgeber in den letzten Jahren wiederholt versucht habe, insbesondere z. B. durch die Einführung des § 8a KJHG, Kooperation zwischen Amt und freien Trägern, die Kooperation mit der Familiengerichtbarkeit oder der Medizin im Kinderschutz besser zu strukturieren. Prof. Malik betonte hier die Bedeutung von „Best-Practice-Modellen“, da es im Sinne einer Gauß-Verteilung immer entsprechend dieser statistischen Häufigkeitsverteilung einen gewissen Prozentsatz an stärker ausbildungsfähigen, veränderungsfähigen bzw. nicht belehrbaren Leuten gebe. Sobald eine kritische Masse entstehe, und das sei schon bei ca. 10% der Fall, ganz sicher bei einem Viertel, komme das System in Bewegung, dann würden Veränderungen nicht vorgeschrieben, sondern vorgelegt. Dies sei die Bedeutung auch von Modellprojekten für den Wandel in der Praxis. Wenn man also die Ebene der einzelnen Handelnden verlasse, komme man irgendwann zum Thema der übergeordneten Zwecksetzung eines Systems, zur Strategie. Strategie sei oft ein umstrittenes Wort, gemeint sei aber, was die grundlegenden Wege seien, den Zweck zu erfüllen (vgl. Grafik General-Management-Modell und Übersicht über das integrierte Managementsystem; downloadbar auf der Homepage, siehe oben). Hier gehe es um Strukturen, die häufig im **Verwaltungsbereich** durch ein **klassisches Organigramm** dargestellt würden. Er arbeite aber lieber mit **Netzwerken**, denn es gebe in der Natur auch keine Organigramme, sondern nur mehr oder weniger verkoppelte Systeme in Netzstrukturen. Natürlich sei auch die Frage der **Kultur** von entscheidender Bedeutung in solchen Systemen. Diese drei Dinge, **Strategie, Struktur, Kultur**, seien ineinander verwoben, man könne deshalb an keiner Stelle etwas verändern, ohne dass man damit zahlreiche Wirkungen und Nebenwirkungen in den anderen Bereichen habe. Gesellschaftliche Institutionen wie Familie und Schule veränderten sich, teilweise könnte man meinen, sie erodierten aus einer ganzen Reihe von Gründen. So verliere auch die Kernfamilie teilweise ihre frühere Sozialisationsfunktion. Insofern sei die Frage, was dann an deren Stelle komme. Hiermit ergebe sich die Frage nach der **Modellierung**, nach dem **Verstehen eines Systems im Wandel**. Diese könne man nicht mit Organigrammen erfassen, denn es gehe um Interaktionen, um Zusammenwirken. Wenn sich also an den Rahmenbedingungen etwas verändere, dann verändert sich notwendigerweise auch an anderen Ecken etwas. Sein Ansatz dabei könne als bionische Kybernetik bezeichnet werden, also die Frage: „Was sind eigentlich lebensfähige Systeme?“. Für seine Annäherung an die Ökologie komplexer Systeme sei die Methodik von Prof. Vester, wie z. B. in der Klimaforschung, von Bedeutung. Ähnlich könne man sich in Bezug auf unsere Diskussion über Systemelemente des Umgangs mit Kindesvernachlässigung die gleichen Fragen stellen, welche Faktoren hier in welcher Weise aufeinander einwirken. So könnten positive und negative Kreisläufe, Rahmenbedingungen z. B. in Kinderkrippen, die Finanzen etc. in ein solches Modell wie in unserer vorausgegangen Diskussion eingefügt werden. Zentrale

empirische Erhebungen – auch eine Systemsicht darzustellen und mit den Beteiligten zu diskutieren. Auch unsere kontrollierte Studie zum Hilfeprozessmanagement mit den nachgewiesenen positiven Effekten und wie auch dem negativen Effekt einer sinkenden Beteiligung der Betroffenen wurde von mir kurz dargestellt. Prof. Malik meinte zu diesen Partizipationsdefiziten im Rahmen der Expertenkoordination, dies sei dann eben Expertenwissen, welches häufig in der Gesellschaft nicht eingebunden sei. Herr Prof. Malik zeigte dann das computergestützte Spiel „Ecopolicy“, welches ebenfalls auf Prof. Vesters Arbeiten beruhe und von ihm in Zusammenarbeit mit Prof. Dörner aus Bamberg entwickelt worden sei. Auf Initiative von zwei Lehrern in Schleswig-Holstein sei ein Wettbewerb entstanden, die sogenannte Ecopoliciade Schleswig-Holstein, in der Schülergruppen komplexe Systeme z. B. eine Stadt nachbildeten, mit der ganzen Infrastruktur, mit Industrie, Wohnqualität etc. Die Schüler versuchten dann, quasi in der Rolle der Stadtregierung, das Funktionieren der Stadt zu verbessern. Dies sei natürlich sehr komplex, und zunächst würden sie mehrmals abstürzen, weil das Ganze mit den üblichen Vorstellungen, die man mitbringe, so nicht funktioniere. Man müsse dabei lernen, einfach stärker in diesen Systemzusammenhängen zu denken. Spannend werde das Ganze, wenn diese trainierten Schüler gegen reale Politikerteams spielen würden und ausnahmslos gewännen. Diese Wettbewerbe gebe es mittlerweile in Schleswig-Holstein und Niedersachsen, die jeweiligen Ministerpräsidenten seien die Schirmherren. Prof. Malik verbindet damit die Hoffnung auf eine neue Generation, welche besser dazu in der Lage ist, mit komplexen Fragestellungen jenseits von Spezialistenwissen umzugehen.

Bezugnehmend auf den Ausgangspunkt der Expertise stellt der Interviewer zum Abschluss des Gesprächs noch einmal die konkrete Frage nach dem **Risikomanagement** und nach dem **Aus-Fehlern-Lernen** und vermutet, dass Herr Prof. Malik der Auffassung sei, dass auch in der Risikosituation die von ihm dargestellten Grundprinzipien mehr oder weniger allgemeingültig seien. Prof. Malik stimmt zu und betont die Bedeutung von Vertrauen in prekären Risikosituationen: „Gelingt es, eine Art **Vertrauensbasis** aufzubauen, ich versuche das Wort ‚Kultur‘ nicht allzu sehr zu strapazieren, weil es sonst fast nichts mehr bedeutet, aber Vertrauenskultur ist eher adäquat in diesem Zusammenhang“, dann habe man eine Basis für den Umgang mit Fehlern. **Ohne Vertrauen sei ein Risikomanagement kaum möglich, sondern kehre sich häufig sogar ins Gegenteil um.** Es generiere dann **Angst**, verliere an Glaubwürdigkeit und werde nicht selten als Manipulation oder als Zynismus empfunden. Zentral sei es deshalb, vorhandenes Vertrauen zumindest nicht zu zerstören oder in verunsicherten Institutionen Vertrauen nach und nach wieder aufzubauen. Gleichzeitig spielten aber auch **kontrollierte Routinevorgänge**, wie der Einsatz von **Checklisten**, in komplexen Systemen eine große Rolle. So würde der Flugverkehr nicht funktionieren ohne solche Checklisten, wobei auch **Redundanz** hier eine große Rolle spiele. Denn eine Checkliste sei schnell einmal schlampig ausgefüllt. Deshalb fänden in der Luftfahrtindustrie eine zweite und eine dritte Kontrolle statt. Dadurch reduziere sich die Wahrscheinlichkeit für Fehler, wenn es sich um **unabhängige Evaluationsprozesse** handle. Dies sei wieder mit Bezug auf biologische Modelle wie auf die Vorgehensweise des Gehirns, „aus unzuverlässigen Elementen einen zuverlässigen Output herauszubekommen, durch multiplikative Wahrscheinlichkeiten“. Gerade im Umgang mit Fehlern sei die Haltung der Vorgesetzten von großer Bedeutung: „Ich sage, **Fehler dürfen nicht passieren.** Es gibt ja Leute, die behaupten, Fehler dürfen passieren, bei uns darf man Fehler machen, oder wo man sogar stolz darauf ist, dass

Fehler passieren. Da habe ich ein Problem damit, weil ich sage, ich weiß nicht, ich möchte nicht gerne haben, dass mir das falsche Bein amputiert wird, wenn schon eine Amputation notwendig ist. Ich möchte auch nicht gerne vom Apotheker ein falsches Medikament bekommen.“ Hierbei bestehe eine Riesenkonfusion. In manchen Leitbildern von Firmen stehe explizit, bei uns darf man Fehler machen, um Veränderungsfreudigkeit und Experimentierfreudigkeit zu unterstützen. In einem Chemieunternehmen frage er dann z. B. oft: „Sie müssen mit Explosivstoffen oder mit hochansteckenden Bakterien, Viren etc. oder mit hochtoxischen Stoffen hantieren. Wo dürfen denn da die Fehler passieren, wenn Sie mitten in Frankfurt sitzen?“ Dann werde oft entgegnet, so sei es ja nicht gemeint. Er frage sich aber dann, warum das Management Fehler machen und darauf auch noch stolz sein dürfe. Insofern sei er der Ansicht, dass es bestimmte **kritische Bereiche gebe, in denen Fehler nicht vorkommen dürfen**. Natürlich sei es gleichzeitig eine Führungsaufgabe, Menschen dazu zu befähigen, mit Fehlern und Risiken umzugehen, damit Mitarbeiter nicht vor lauter Angst, ihre Stellung zu verlieren, mit Fehlern falsch umgehen, Dinge verschweigen und sich daraus eine Systempathologie entwickle. Überall, wo Menschen arbeiten, müssten in gewisser Weise Fehler passieren und würden Fehler passieren. Selbstverständlich komme Fortschritt und Evolution auch daraus, dass man eben aus solchen Fehlern lernen müsse, dennoch müsse das „Aus-Fehlern-Lernen“ immer mit der Frage verbunden sein, mit welchen Risiken dies verbunden ist. „Wenn ich das Grundprinzip, Fehler dürfen nicht passieren, formuliere, heißt das nicht, dass sie nicht doch passieren unter sterblichen und unvollkommenen Menschen in Systemen. Aber die Frage ist, wie hoch ist die Rate der Todesfälle? Ist sie steigend oder ist sie sinkend? Aus welchen Gründen passieren sie? Sind es vermeidbare Gründe, die man durch Früherkennung auch entsprechend vermindern könnte, oder sind es, wie Sie sagten, z. B. schwere Fehler in der Dokumentation?“ Er erinnere sich, dass es im hippokratischen Eid heiße, dass man vor allem nicht schaden solle („primum non nocere“). Es sei klar, dass Fehler passieren könnten, aber niemandem sollte wissentlich geschadet werden. Insofern seien Fehler, welche aus Schlamperei oder aus Mangel an Ausbildung, aus Mangel an Sorgfalt etc. geschehen würden, auszuschließen, und auf solche Fehler könnte auch niemand stolz sein. Aber eigentlich seien solche handwerklichen Dinge nicht das zentrale Problem, sondern man sollte zunächst einmal von der positivsten möglichen Voraussetzung an die Sache herangehen und sich fragen: **„Wie kommt es trotzdem zu solchen Fehlleistungen, wenn ich unterstelle, dass alle das Beste wollen, alle hochgebildete Menschen sind, alle engagierte Menschen sind usw.“** Für die Bearbeitung solcher Fragen in komplexen Systemen beschreibt Prof. Malik abschließend das in seinem Zentrum entwickelte Verfahren der Syntegration (siehe Homepage: www.malik-mzsg.ch). Es sei mittlerweile in mehr als 300 Situationen mit komplexen Fragestellungen in der Industrie, in Kommunen etc. angewandt worden und sei eine wirksame, computerunterstützte Kommunikationsstruktur, welche ermögliche, dass viele Personen in kurzer Zeit gemeinsam eine Lösung erarbeiten.

Abbildung 13: Dreidimensionale Kommunikationsstruktur

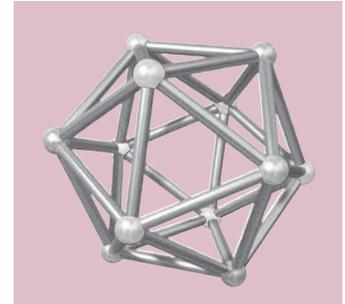
Die Syntegration vernetzt das Wissen der wichtigsten Leute so, dass sie wie ein einziges großes, biologisches Gehirn arbeiten. Eine Eröffnungsfrage wird durch die Teilnehmenden in 12 Themen gegliedert. Diese Themen werden durch produktive Kleingruppen vernetzt und selbstkoordinierend diskutiert. Jeder Teilnehmende ist in 8 Themen als Mitglied, Kritiker und Beobachter direkt involviert.



5 Personen



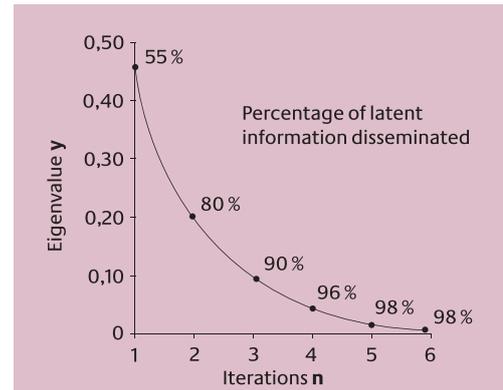
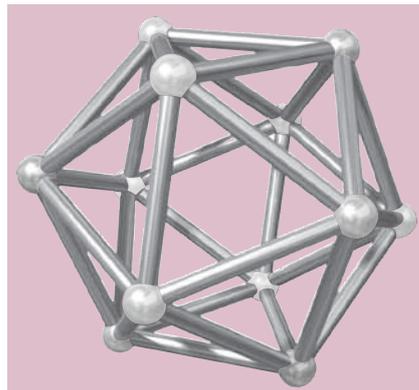
... bearbeiten 1 Thema



30 Personen bearbeiten 12 Themen

Abbildung 14: Syntegrations-Prinzip

Die maximale Verteilung von Information von jedem Thema zu jedem Thema (Eckpunkte) und von jeder Person zu jeder Person (Streben) führt zu **90 % Integration des vorhandenen Wissens in nur drei Schritten** (Kurve rechts). Dadurch entsteht eine gemeinsame Sichtweise zu einer nachhaltigen Lösung.



Entwickelt vom Begründer der Management Kybernetik (St. Galler Management Ansatz) Prof. Dsc. Dr. hc. mult. Stafford Beer in den 90er-Jahren. Er nutzte dazu Erkenntnisse aus der Mathematik, biologischen Computern, Neurophysiologie und -psychologie, Psychologie, Bionik (die technologische Nutzung von Erfindungen der Natur), Kybernetik und der Informationstheorie.

Da z. B. 30 Teilnehmer zu einer komplexen Frage nicht gemeinsam kommunizieren können, werden der Modelllogik folgend, dass der Icosaeder in der Natur die stabilste Struktur darstelle, zwölf Teilthemen definiert, zu denen innerhalb von z. B. 3 Tagen die größtmögliche Zahl von Menschen in der kürzestmöglichen Zeit zu einem Konsens kommen sollen. Jeder Teilnehmer werde gebeten anzugeben, bei welchem der zwölf Teilthemen er die größte Kompetenz habe. Dieser hierarchisierte Input werde dann in einen mathematischen Optimierungsalgorithmus eingegeben, in dem nun alle Teilnehmer nach ihren Kompetenzen und Fähigkeiten auf die zwölf Themen optimal für Arbeitsgruppen zugeordnet würden. Zwölf Themen und 30 Teilnehmer ergeben eine Zahl von etwa 1050 kombinatorischen Möglichkeiten, für die der Rechner ungefähr eine Stunde, z. B. während eines Mittagessens, rechnen müsse, um dann die optimale Gruppenzusammensetzung herauszufinden. Nach einem festgelegten zeitlichen Ablauf beginne dann die Diskussion, wobei immer zwei Gruppen simultan diskutieren, über vier limitierte Zeiträume, wie z. B. 45 oder 60 Minuten. Alle 30 Personen erfüllten so über die Zeit hinweg verschiedene Rollen. Sie seien einmal Mitglieder von Diskussionsgruppen, ein anderes Mal Kritiker, die wie ein Reflecting-Team die Diskussion der Diskussionsgruppe verfolgen und eingreifen können, oder Zuhörer, die wirklich still, ohne zu intervenieren, zuhören müssen. So komme es zu einem Phänomen, was man vielleicht in den Naturwissenschaften „Reverberation“ nennen würde. Wissen würde sich verbreiten und vernetzen. Die ursprünglich 30 individuellen Gehirne würden im Bild quasi beginnen, wie eines zu arbeiten. So kämen dann Konsensformulierungen zustande, mit Maßnahmeplänen, die ein hohes Maß an Umsetzungskraft hätten.

Im abschließenden Austausch wurde Herrn Prof. Malik noch einmal sehr für seine Informationen, die Zeit und den Personaleinsatz gedankt und gemeinsam über eine mögliche Übertragbarkeit bzw. den Einsatz solcher Methoden bei Kinderschutzfragestellungen spekuliert.

VII.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen zum Umgang mit problematischen Kinderschutzverläufen

7.1 Schlussfolgerungen

Aus der medialen Rezeption wird deutlich, dass gravierende Fehler im Kinderschutz insbesondere bei Vernachlässigung in der frühen Kindheit mit **Kommunikationsproblemen zwischen Systemen und innerhalb von Systemen zusammenhängen**. Einer sogenannten **Vernetzungsanalyse** kommt deshalb bei der Fehleranalyse eine wichtige Bedeutung zu. Problemlösungen sind in Prozessstandards sowohl in der innerbehördlichen Kommunikation als auch in der interdisziplinären Kommunikation zu suchen. Betrachtet man **Sorgfaltspflichten**, so sind teilweise eklatante Verstöße gegen das **Mehraugenprinzip** bzw. das Prinzip der Teameinschätzung und gegen das Prinzip der sorgfältigen Dokumentation, insbesondere auch von Entscheidungszusammenhängen und Befunden, z. B. im Rahmen von Hausbesuchen festzustellen. Offensichtlich bestehen für viele dieser Prozeduren keine einheitlichen Vorgehensweisen bzw. Standards.

In verschiedenen europäischen und außereuropäischen Staaten haben Fallanalysen zu gravierenden Fehlschlägen im Kinderschutz auf solche und andere Schwachpunkte in bestehenden Kinderschutzsystemen hingewiesen, zum Beispiel auf einen teilweise unzureichenden Informationsaustausch zwischen Fachkräften oder auf den verbreiteten Einsatz wenig aussagekräftiger Einschätzverfahren (Sinclair & Bullock, 2002). Ob den international am häufigsten identifizierten Fehlerquellen im deutschen Kinderschutzsystem ein vergleichbares Gewicht zukommt, ist derzeit unklar. Dies könnte nur im Rahmen einer Etablierung eines deutschen Systems zur Analyse von Fehlschlägen im Kinderschutz eruiert werden (vgl. Kapitel 4). Die überwiegend positiven Erfahrungen im Ausland sprechen eindeutig dafür. Beispielhaft ist in England die systematische Aufarbeitung einzelner Untersuchungsberichte in regelmäßigen Abständen (zwei Jahre) durch unabhängige Wissenschaftler im öffentlichen Auftrag oder die Dokumentation unter einem zentralen Dach wie in den USA („National Center on Child Fatality Review“) (Brandon et al., 2008), die in Deutschland unter dem Dach des „Nationalen Zentrums Frühe Hilfen“ erfolgen könnte.

Das überwiegende Ziel dieser Analysen besteht darin, die in diesen Fällen enthaltenen Lernchancen für einen besseren Schutz von Kindern zu nutzen. Auch wenn Unterschiede hinsichtlich der organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen solcher Analysen bestehen, zeigt sich eine generelle Tendenz zu klaren Regelungen bezüglich der Zusammensetzung von Untersuchungskommissionen, des Untersuchungsauftrags, der Methodik und der Veröffentlichung der Ergebnisse (vgl. Kapitel 4). Fehleranalysen wurden von den befragten Experten in erster Linie als Möglichkeit gesehen, zentrale Punkte für die

Weiterentwicklung des Kinderschutzsystems zu identifizieren und die gesellschaftliche Bereitschaft zu stärken, in die Verbesserung des Kinderschutzsystems zu investieren (Axford & Bullock, 2005). Manche internationale Studien zu Fehleranalysen haben gezeigt, dass Problemfälle im Kinderschutz in der Regel auch auf **Haltungsprobleme** zurückzuführen sind. Häufig werden bestimmte Einschätzungen zu früh und auf einer **nicht hinreichenden Datenlage** bzw. Güterabwägung getroffen. Später werden dann neue Informationen und Befunde nur noch zur Legitimation der ursprünglichen Entscheidung herangezogen.

Die Übersicht zur Methode der Fehleranalyse in anderen Anwendungsbereichen wie der Luft- und Raumfahrt und Medizin ergab, dass eine „**Fehlerkultur**“ zu einem Lernen aus Fehlern erforderlich ist. Dies bedeutet, dass man prinzipiell die Möglichkeit von Fehlern bei gefahrgeneigten Tätigkeiten akzeptieren und sich primär die Frage stellen muss, ob es Mechanismen gibt, welche Fehler eines Einzelnen verhindern bzw. kompensieren könnten. Bei der Fehleranalyse steht also nicht die Schuldfrage im Vordergrund, sondern es geht um **Sicherheitslücken im Gesamtsystem**. Dabei sind Fragen der **Strukturqualität**, der **Prozessqualität** und der **Ergebnisqualität** zu analysieren. Verschiedene **Detektionsmethoden** für solche Lücken im System, wie z. B. „Critical Incident Reporting Systems“, retrospektive Analysen (Aktenanalyse von Ermittlungsberichten etc.) sowie die systematische Analyse von Großereignissen wurden dargestellt. Betrachtet man Fehler als eine Kette von Systemproblemen und nicht als das persönliche Versagen des Letzten in der Kette, dann geht es primär auch um **Managemententscheidungen**, **Ressourcenallokation** und **Organisationsfragen**. Deutlich wurde auch, dass zu einer Fehlerkultur ebenfalls eine **Kultur der Kommunikation** von begangenen Fehlern gehört. Hier ist eine entsprechende Haltung, welche einräumt, was geschehen ist, welche sich entschuldigt, welche Gesten des Trostes und der Wiedergutmachung einschließt, welche schonungslos die Fakten offenlegt und dann daraus Konsequenzen zieht, unbedingt erforderlich.

In verschiedenen Interviews mit Angehörigen unterschiedlicher Arbeitsbereiche aus Jugendhilfe, Medizin, Polizei, Familiengerichtbarkeit und Management wurde versucht, mit einem qualitativen Ansatz emotionale Dimensionen der Fehlerproblematik, wie z. B. die **lähmende Angst bei laufenden Diskussionen**, besser zu erfassen. Gleichzeitig wurde nach Beispielen mit kreativen Lösungsvorschlägen und vorhandenen Ressourcen im positiven Umgang mit Risiken gesucht. Hieraus ergeben sich folgende Empfehlungen für ein Eckpunktepapier:

7.2 Empfehlungen

7.2.1 Verbesserter Umgang mit Sachaufgaben durch gesteigerte Fachlichkeit

- Steigerung der Kompetenz im Erkennen von Risiken und in der Integration unterschiedlicher Perspektiven im Rahmen einer Güterabwägung (Lern- und Weiterbildungsziele: systematisiertes Erkennen von Risiken, sorgfältige Abwägung von Risiken und Ressourcen, Erörterung der Entscheidungsgrundlage).

- I Etablierung einer Pflicht zur Dokumentation, welche den Sorgfaltspflichten entspricht, d. h. mindestens Dokumentation von Pro- und Kontra-Argumenten für eine Entscheidung, damit eine Güterabwägung deutlich und nachvollziehbar ist. Idealerweise sollten mögliche Szenarien bei verschiedenen Interventionen bzw. Nichtinterventionen abgewogen werden.**
- I Steigerung des Wissens über Suchterkrankungen, psychiatrische Erkrankungen, Delinquenz bei Eltern und ihre Auswirkungen auf die Erziehungsfähigkeit.
- I Steigerung des Wissens, welches für interdisziplinäres Handeln befähigt (Steigerung der Systemkompetenz; u. a. rechtliche Kenntnisse; z. B. muss ein Arzt wissen, dass er zum Ausschluss von Risiken ein mit Misshandlungsverdacht vorgestelltes Kind auf jeden Fall – auch ohne Einverständnis der Eltern – untersuchen darf). Zur Orientierung sollten ausformulierte fachliche Standards im Sinne von Leitlinien und „Standard Operating Procedures – SOPs“ dienen. Solche Standards sollten z. B. für **Hausbesuche**, für **Interventionsentscheidungen** etc. festgelegt werden.
- I Steigerung der Fachlichkeit durch Schaffung neuer Weiterbildungs-, Fortbildungs- und Ausbildungsangebote. Evtl. Einführung eines spezifischen Schwerpunktaufbaustudiums mit Masterabschluss im Bereich interdisziplinären Kinderschutzes, Einführung von E-Learning-Angeboten, Schaffung von Kompetenznetzstrukturen.
- I Einführung von „Critical Incident Reporting“-Systemen oder eines Berichtswesens zu riskanten Vorfällen. Multidisziplinär angelegte Analysen von schwerwiegenden Misserfolgen im Kinderschutz sind in mehreren Ländern gängige Praxis. Deutschland hat im Gegensatz zu vielen anderen Ländern wie England, den USA und Kanada bislang keine entsprechenden Vorgehensweisen (vgl. Tab. 9, Kap. 4).
- I Kommunikation von negativen Botschaften und Fehlern oder Problemen.
- I Steigerung des Wissens über datenschutzrechtliche Zusammenhänge und Voraussetzungen.

7.2.2 Zur Verbesserung der Sacharbeit müssen auch Arbeitsvorgänge „handwerklich“ optimiert werden

Hierzu gehört:

- I Vorbereitung, Strukturierung und effiziente Lenkung der relevanten Teamsitzungen und Teamentscheidungen (Tagesordnung, Pro/Kontra-Liste, To-Do-Liste mit Fristen und Wiedervorlage von Vermerken etc.).
- I Verbesserung der schriftlichen Kommunikation, Dokumentation und des Berichtswesens durch entsprechende Arbeitshilfen und vorgegebene Standards.
- I Controlling und Datenerfassung im Kinderschutzbereich, generelle Outcome-Bewertung in der Fallarbeit, Bewusstmachen von fachlichen Stärken und Ressourcen in der Fallarbeit.

7.2.3 Managementaufgaben

- I Ziele definieren, Verantwortlichkeiten klarstellen, Anreize für Fehlererkennen setzen.** Erreichbare fachliche **Ziele** müssen in einer Institution oder in vernetzten Verbänden **definiert** und vereinbart werden. Organisationsmängel müssen abgestellt werden. Beendigung von Verantwortungsdiffusion, fehlender Fachaufsicht, fehlender Integrations- und Fachverantwortung- und Steuerungsübernahme der Jugendhilfe bei gleichzeitiger rechtlicher

Federführung. Umgekehrt herrscht im Gesundheitswesen häufig die Ansicht, nur abgegrenzte berufliche Aufgaben zu erfüllen und nicht für Organisation und Kommunikation bei weiterführenden Hilfen verantwortlich zu sein. Zentral scheint es, sowohl in der interdisziplinären Kommunikation als auch in der Fallarbeit im Jugendamt, **Anreizstrukturen für das frühzeitige Erkennen von Fehlern und Fehlentwicklungen** zu geben. Gedacht werden kann an eine Verknüpfung der notwendigen, differenzierten Ressourcenallokation mit der Bedingung einer fachlichen Standards entsprechenden Dokumentation mit Güterabwägungen und einer systematischen Einschätzung der Situation unter Anwendung von adäquaten Risikoabschätzungsinstrumenten (am besten abgesichert durch unabhängige Einschätzer).

■ **Werte, Haltungen gemeinsam erarbeiten.** Da die Übersicht sowohl der nationalen Krisenfälle wie der internationalen Literatur gezeigt hat, dass häufig Überzeugungen, Einstellungen – letztendlich Werte und Wertungen – dazu geführt haben, dass bestimmte Informationen nicht wahrgenommen oder ausgeblendet wurden, ist es auch wichtig im Sinne der Leitbildentwicklung, die Frage von Werten und Grundsätzen stärker zu diskutieren. Ein **zentraler Wertekonflikt**, der in der Diskussion der Jugendhilfe scheinbar lähmend wirkt, ist die Vorstellung des **Paradigmenwechsels**, weg von einem **Jugendwohlfahrtsgesetz** als „Überwachungsgesetz“ und hin zu einem **Dienstleistungsgesetz mit partizipativen Aushandlungsprozessen mit den Sorgeberechtigten im KJHG**. Offensichtlich werden teilweise die **Familienorientierung** des KJHG und der wichtige Grundsatz der **Teilhabe von Familien** als Grenze oder **Widerspruch in Bezug auf Kinderschutzmaßnahmen** angesehen. Die individuell auszutarierende Balance zwischen momentaner Erziehungsfähigkeit und den Aufgaben der staatlichen Gemeinschaft, entsprechend Art. 6 Grundgesetz, auch mit Blick auf die **Entwicklungsprognose** von Kindern und ihren Förderbedarf, muss stärker als **positives Alleinstellungsmerkmal der Fachlichkeit** ausformuliert und in Leitbildern verankert werden und darf nicht weiter als unlösbarer Widerspruch oder als ideologischer Streit aufgefasst werden. So müssen antagonistische Debatten über Ressourcenorientierung versus Interventionen, Auflagen etc. teilweise in neue, ergänzende Ansätze, Entwicklung von Ressourcen, Stärkung von Autonomie z. B. durch Auflagen übergeführt werden. Sowohl im psychotherapeutischen Bereich als auch z. T. im Bereich der Arbeitsverwaltung hat sich deutlich gezeigt, dass man nicht nur auf Motivation setzen kann, wenn es um Veränderungen geht, sondern dass manchmal auch Druck nötig ist, um erste Schritte einzuleiten, die dann zu einer stärkeren Selbstständigkeit und Weiterentwicklung führen.

Aktive **Bürgerinnen** und **Bürger**, besorgte Großeltern und Verwandte, die **dem Jugendamt Problemlagen mitteilen** und somit das wachsame Auge der staatlichen Gemeinschaft repräsentieren, haben ein Recht, auf eine **fachlich fundierte**, im Sinne der zu schützenden Kinder interessierte Offenheit bei den Fachkräften zu stoßen. Hierzu gehört ein Haltungswechsel, der solche Melder nicht als Denunzianten oder Störfaktoren wahrnimmt. Es erscheint wichtig, dass an solchen grundsätzlichen Werten und Haltungen parallel zur handwerklichen Verbesserung der Sacharbeit gearbeitet wird.

Eine zentrale Haltungs- oder Wertefrage ist auch die Frage des **Vertrauens** der Mitarbeiter auf die Unterstützung durch Teams und Vorgesetzte in solchen schwierigen Fragen. Zentral für eine „offene Fehlerkultur“, in der Irrtümer zugegeben und bearbeitet werden können, ist eine Vertrauenskultur. Dabei muss jeder verstehen, dass bei grob fahrlässigem

Handeln oder persönlichem Versagen sie/er auf jeden Fall **strafrechtlich** als Letzthandelnder verantwortlich ist und auch nicht durch ein Amt geschützt werden kann. Ganz anders verhält es sich mit der **Organisationsverantwortung**, die selbstverständlich bei der Leitung anzusiedeln ist. Dieser Unterschied zwischen **strafrechtlicher und zivilrechtlicher Haftung** ist vielen Handelnden, sowohl im Jugendamt als auch in der Medizin, häufig nicht geläufig und hat in der Aufarbeitung einiger dramatischer Fälle, wie z. B. dem Osnabrücker Fall, auch zu erheblicher emotionaler Verwirrung geführt.

- I Fallsteuerung und Leistungsbewertung, Beschleunigungsgebot und Sorgfaltsgebot** bei der Fallbearbeitung und bei der Entscheidungsfindung in Risikosituationen; adäquate Ressourcenallokation, mehr Zeit für komplexe Fälle, weniger Zeit für Routinefälle (Ressourcenallokation abhängig von fundierter Falleinschätzung durch Standardinstrumente und adäquater Dokumentation, siehe oben). Kinderschutzfälle bedingen die Zusammenarbeit Vieler, deshalb sind **Flow-Modelle** angebrachter als einzelne Experten oder Abteilungen, die versuchen, jeweils nur ihre Leistung zu optimieren. Eine wichtige Managementaufgabe liegt in der Leistungsbewertung und im Fördern von Mitarbeitern. Insuffiziente Mitarbeiter, die es überall gibt, müssen kompensiert werden und dürfen keine Entscheidungen ohne Fachaufsicht treffen.
- I Qualitätssicherung.** Zur Qualitätssicherung gehört eine gute Beschreibung der lokalen Strukturen (**Strukturqualität**): Wer steht im Netz zur Verfügung, wo sind problematische Schnittstellen? Unsere Forschung hat z. B. gezeigt, dass vielerorts die Arbeitsverwaltung, die psychiatrischen Kliniken und teilweise die Frühförderung in den Köpfen derer, die das Versorgungsnetz bilden, nicht repräsentiert sind.
- I Prozessqualität.** Zum Thema Prozessqualität ist es wichtig, Abläufe stärker zu strukturieren, getroffene Entscheidungen in einen Verlauf einzubetten und den weiteren Verlauf zu verfolgen und damit auch die Richtigkeit von einmal getroffenen Entscheidungen in adäquaten Zeiträumen neu zu überprüfen. Psychologisch können viele kritische Entscheidungen im Kinderschutz, bei denen es, wie es Anna Freud treffend formuliert hat, häufig um das Dilemma geht, „zu früh zu viel“ oder „zu spät zu wenig“ gemacht zu haben, mit dem sogenannten Rubikon-Paradigma aus der Entscheidungsforschung beschrieben werden: Verschiedene Informationen führen zu einem Ansteigen des Drucks, bis schließlich eine Entscheidung fällt. Wenn die Entscheidung gefallen ist, erfolgt eine gewisse Einengung auf die Umsetzung der Handlung, welche auch notwendig ist, denn es ist schlicht nicht möglich, z. B. einer Familie gegenüberzutreten und die Fremdunterbringung eines Kindes durchzusetzen und gleichzeitig zu sagen, wir waren uns auch nicht schlüssig, ob das das Richtige ist, aber jetzt versuchen wir es einmal so, und dann das Für und Wider auszuführen. Dennoch muss vorher das Für und Wider genau abgewogen und dokumentiert werden, und nach der erfolgten Handlung darf im Prozess des Kinderschutzes das Problem nicht als „abgehakt“ oder ein für alle Mal entschieden gelten, sondern der weitere Verlauf muss zur Evaluierung bisheriger

Entscheidungen herangezogen werden. Hierzu gehört auch, dass die zur Handlung notwendige Einengung der Wahrnehmung wieder aufgeweitet wird, sodass die gesamte Breite aller Faktoren neu reflektiert werden kann. Handwerklich gehören zur Prozessqualität z. B. die Definition „sinnvoller“ **Wiedervorlagen zur Überprüfung von Hilfen**, die Definition altersentsprechender, zeitlicher Spielräume, die bei Säuglingen sehr kurz sein müssen etc.

I Ergebnisqualität. Festzustellen ist ein genereller Mangel an Daten, sowohl im Gesundheitsbereich als auch im Bereich der Jugendhilfe. Nach wie vor wird die Diagnose Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, obwohl entsprechende Klassifikationskategorien in der Zusatzklassifikation der ICD-10 zur Verfügung stehen, im medizinischen Bereich aus verständlichen Gründen nicht gestellt, um die Heranziehung der möglichen Täter und damit den automatischen Einbezug der Staatsanwaltschaft über die Krankenkassen zu vermeiden (§ 294a SGB V).

Ein Qualitätsmonitoring im Kinderschutz bedarf aber einer vernünftigen Datenlage. Hier sind dringend Verbesserungen in verschiedenen Systemen erforderlich. Ein entsprechendes **Berichtswesen** sollte etabliert werden.

Systematisches Lernen des Kinderschutzsystems anstoßen: Ohne ein entsprechendes **Controlling** funktioniert Kinderschutz nicht. Hierzu fehlen allgemeine Steuerungsdaten (derzeit empiriefernes, dafür ideologielastiges Feld). Hier müssen Zielgrößen für Steuerung und Controlling entwickelt und erhoben werden, um Einzelfallentscheidungen auch in einem komplexeren Rahmen verantwortlich einordnen zu können. Eine wichtige Managementaufgabe liegt in der Leistungsbewertung und im Fördern von Mitarbeitern, welche ihren Stärken entsprechend eingesetzt werden sollten. Erfolgreiche Kinderschutzarbeit erfordert Stärken in der interdisziplinären Kommunikation, in der Entscheidungsfreudigkeit bei gleichzeitiger überlegter Abwägung.

I Hilfeprozessmanagement als Unterstützung in der interdisziplinären Zusammenarbeit

Als Folge ernüchternder Ergebnisse unserer bisherigen Vernetzungsforschung beantragten wir bei der World Childhood Foundation ein Projekt zur Hilfeprozesskoordination im Kinderschutz. In dieser Studie ist es uns erstmalig im deutschsprachigen Bereich gelungen, im Kinderschutz eine randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie mit wirklichen Fällen aus der Praxis der Jugendhilfe durchzuführen. Diese Studie wurde mittlerweile veröffentlicht in „Child Abuse and Neglect“, der weltweit führenden Zeitschrift zu empirischer Forschung im Bereich Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch (Goldbeck et. al., 2007). In unserer Studie bekam eine Fallgruppe Hilfeprozesskoordination (HPK) durch institutionsexterne Supervision/Beratung durch Kinderschutzexperten. Die Fallführung blieb bei der jeweils meldenden Stelle im Feld, d. h. beim Jugendamt oder beim Kinderschutzbund, bei beteiligten Praxen, Beratungsstellen etc. Vereinbart wurde eine einheitliche Qualitätssicherung von Diagnostik und Intervention, welche leitlinienorien-

tiert standardisiert wurde. Die Hilfeprozesskoordination konnte zwei bis sechs Beratungstermine innerhalb von sechs Monaten in Anspruch nehmen. Für Entscheidungen galt nicht ein Mehrheits-, sondern ein Konsensprinzip.²

7.2.4 Kommunikation verbessern, Kommunikationsprobleme abbauen

Ein wesentliches Kommunikationshindernis sind Selbstwertprobleme und Vorurteile z. B. über den Status anderer Berufsgruppen.

Unklare Zuständigkeit und multiple beteiligte Personen zwischen den Institutionen führen zu Kommunikationsproblemen. Lösung: „**One face to the customer.**“ Ein Ansprechpartner im Jugendamt steuert die Kontakte zum Gesundheitswesen, zur Polizei etc.

Dysfunktionale Kommunikation in Krisenfällen beruht auf mangelnder Zusammenarbeit im „Friedenzustand“. Alle später fallentscheidenden Probleme sind also schon im Vorfeld virulent und müssen durch eine gute Praxis der interdisziplinären Zusammenarbeit, z. B. bei gemeinsamer Förderung von Kindern, vorgebahnt werden. Ohne gute Alltagszusammenarbeit keine Vertrauensbasis bei „Großalarm“. Insofern sind Komplexleistungen der Hilfe zwischen den Systemen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe, die im SGB IX auch vorgesehen sind (z. B. im Rahmen der Frühförderung), unbedingt gemeinsam umzusetzen, weil diese gemeinsamen positiven Erfahrungen die Systeme der Jugendhilfe und Gesundheitshilfe auf eine verlässliche Zusammenarbeit in Krisensituationen vorbereiten.

7.2.5 Einstellungsfragen, Selbstwert und Emotionalität

Tunnelblick, Haltungsmängel, Einstellungsmängel, „cognitive shut down“, Angst, Fehler zu machen, überzogene Optimalitätsansprüche, Abkapselung, Intransparenz, hohe Kränkbarkeit, rein auf Besprechungen ohne schriftliche Fixierung beruhende Arbeit, Überbetonung aktiver Hilfe und Handelns, Missachtung des „Schriftkrams“ etc. führen zu riskanten, nicht kontrollierbaren Situationen, die den Einzelnen aus dem System herauslösen. Hierzu gehören auch familiäre Belastungen, Sucht oder psychische Probleme von Mitarbeitern im Hilfesystem, die die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen können. Insofern ist eine Fürsorge in diesem Bereich und eine Offenheit in der Kommunikation über solche Vorgänge unbedingt erforderlich.

² Insgesamt konnten von 80 gemeldeten Fällen im Jahr 2003 42 in die Interventionsgruppe mit Hilfeprozesskoordination und 38 in eine „treatment as usual“- (TAU)-Kontrollgruppe eingeteilt werden. Am Schluss waren die HPK-Teilnehmer zufriedener mit dem erreichten Kinderschutz (2/3 versus 1/2). Sie verzichteten häufiger auf Strafanzeigen, legten Wert auf präzise Absprachen innerhalb des Helfersystems und erreichten ihre in den HPK-Sitzungen vereinbarten Ziele überwiegend. Im Ressourcenverbrauch bestand kein Unterschied zwischen HPK und Kontrollgruppe. Auch dies ist wichtig hervorzuheben in Zeiten, in denen stets der Rotstift des Kämmerers bei der Einführung von Innovation eine entscheidende Rolle spielt. Die HPK-Teilnehmer betonten, dass sie sicherer bei der Interventionsplanung und im Umgang mit Vernachlässigung geworden seien, berichteten aber auch durch ihr höheres diagnostisches Wissen von einer gewissen Verunsicherung bei schweren Misshandlungsformen und bei der Abschätzung von Misshandlungsfolgen, weil hier differenzialdiagnostische Überlegungen eine stärkere Rolle spielten. Dieser Effekt ist durchaus positiv, weil offensichtlich hierdurch „Schnellschüsse“, also unüberlegte, emotional getriggerte Interventionen in verantwortlicher Weise reduziert werden konnten. Ein negatives Ergebnis hatte die bessere Koordination. In der HPK-Gruppe sank die Partizipation der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Dies ist ein Ergebnis, welches eindeutig nach Verbesserung von Prozesskoordinationskonzepten ruft. Offensichtlich haben es die Helfer weniger nötig, mit den Betroffenen zu kommunizieren, wenn sie sich untereinander stärker einig sind. Insofern ist empirische Forschung immer auch Ansatz zu neuer Forschung und zu neuer Entwicklung.

7.3 Maßnahmenkatalog

Einleitung

Auf der Basis der in dieser Expertise formulierten Empfehlungen und gestützt auf den in der Fachwelt abgestimmten „Ulmer Aufruf zum Kinderschutz“, veröffentlicht in Ziegenhain und Fegert (2007), empfehlen wir folgendes Maßnahmenbündel:

7.3.1 Steigerung der Fachkompetenz durch Fortbildung, Weiterbildung und Ausbildung, insbesondere durch kostengünstigen Einsatz von E-Learning-Programmen

Erarbeitung einheitlicher prozeduraler Basisstandards für Hausbesuche, Interventionsentscheidungen, Teamentscheidungen, Dokumentation (Mehraugenprinzip), Hilfeprozessmanagement etc., sogenannte „Standard Operating Procedures“ (SOP) für Hausbesuche, für Interventionsentscheidungen, Teamsitzungen, Dokumentation.

7.3.2 Organisationsentwicklung, Management und Auditierung

Für Jugendamtsleitungen v. a. zur Verbesserung der Ressourcenallokation bei schwierigen Fällen als Anreiz für verbesserte, fachlich fundierte Fallarbeit in den Teams. Unterstützung des Aufbaus einer Vertrauenskultur mit hoher Transparenz. Adäquate Ressourcenallokation (Fallzahlbelastung steht in angemessenem Verhältnis zur Schwierigkeit der Fälle).

Um engagierten Kommunen einen Anreiz zur Ausformulierung und Überprüfung von Standards im Kinderschutz zu bieten, wird empfohlen, vergleichbar zum Audit „Familie und Beruf“ der Hertie-Stiftung, ein ähnliches Auditierungsverfahren auf freiwilliger Basis mit Bezugnahme auf ausformulierte Standards (siehe oben) einzuführen.

7.3.3 Einführung eines prozess- und ergebnisbezogenen Controllings und Hilfeprozessmanagements

Generelle Qualitätssicherungsarbeit (Strukturqualität, Prozessqualität); Erfassung relevanter statistischer Daten, Risikokartografie, um z. B. ressourcenadäquat allozieren und ein lokales Reporting einordnen zu können; verbesserte Datenerhebung im Feld ermöglicht auch verstärkte Evaluation und damit Gesamtsteuerung auf kommunaler Ebene sowie auf Länder- und Bundesebene.

7.3.4 Kommunikationstraining

In der interdisziplinären Perspektive unter Berücksichtigung von Einstellungsfragen, Fragen des professionellen Selbstwerts und der emotionalen Belastung durch Risikofälle. Insbesondere Verbesserung des Umgangs mit „irritierenden Fremdmeldungen“, keine Hostilität gegenüber Fremdmeldern.

7.3.5 Etablierung einer „Fehlerkultur“

Durch systematische Detektionsinstrumente, Reporting Systems, professionelle Auswertung und Überführung in fehlervermeidende Standards im Rahmen eines groß angelegten Bundesmodellprojektes.

7.4 Ressortübergreifende Themen

7.4.1 Im Gesundheitswesen

Gezielte Information der Ärzteschaft und der approbierten Psychologenschaft über Datenschutzfragen und Meldebefugnisse; Information der Ärzteschaft und approbierten Psychologenschaft über Hilfeangebote und Organisationsstrukturen der Jugendhilfe.

Information von Fachkräften im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie und der Sucht- und Drogenhilfe über spezifische familienbezogene Aspekte und Risikovariablen sowie die Notwendigkeit zur Zusammenarbeit. Gezielte Veränderungen zwischen SGB V und SGB VIII zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Systemen, Änderungen des § 294a SGB V (Mitteilung drittverursachter Gesundheitsschäden an Krankenkassen), um die Diagnosestellung in Fällen von Kindesmisshandlung zu ermöglichen.

7.4.2 Mit dem BMBF

Anstoß zu Projekten zur Grundlagenforschung im Bereich „Frühe Vernachlässigung“, z. B. Emotionserkennung bei Müttern, frühe Bindung von traumatisierten Müttern und Probleme in der Mutter-Kind-Interaktion sowie in der anwendungsbezogenen Forschung und Ausbildung. Ausschreibung von Präventions- und Interventionsstudien in einem quasi-experimentellen oder experimentellen, wissenschaftlich kontrollierten Design durch DFG oder BMBF bzw. DFG und BMBF gemeinsam. Ausbildungsprojekte, z. B. spezielle Masterstudiengänge an Fachhochschulen, sollten initiiert werden.

7.4.3 Justiz

Hier müssen insbesondere die Schnittmengen mit der Familiengerichtsbarkeit, Chancen und Risiken von Auflagen im Kinderschutzverfahren etc. thematisiert werden.

7.4.4 Arbeit

Im Bereich der sogenannten „ARGen“ werden jetzt eine Fülle von Informationen wahrgenommen, die früher vor allem den Sozialämtern zugänglich waren. Mit wirtschaftlichen Risikosituationen, Sanktionen gegenüber Familien, Anrechnung von Kindergartenkosten etc. wird in diesem Rahmen umgegangen, ohne dass sie, im Gegensatz zu früher, für ein wirtschaftliches Gesamtbild bei der Risikoabschätzung regelmäßig miteinbezogen werden können.

7.4.5 Inneres

Zahlreiche Bundesländer haben in den letzten Jahren bei der Polizei starke Anstrengungen für einen verbesserten Umgang mit häuslicher Gewalt unternommen. Die Schnittstelle „Akute Interventionen bei **häuslicher Gewalt** und nachfolgende längerfristige Hilfeplanung und Risikoevaluationen“ sollte besser bearbeitet werden. Dabei ist auch wichtig, dass die Jugendhilfe durch entsprechende aggregierte Datensätze, welche anonymisiert das Gesamtgeschehen darstellen, ihren Kooperationspartnern deutlich macht, wie wichtig ihre Meldungen und ihre Mitarbeit insgesamt sind, auch wenn im Einzelfall aus Datenschutzgründen nicht jeweils eine individuelle Rückmeldung, z. B. an die Polizei, gegeben werden kann. Dies beugt der frustrierenden Einschätzung vor, die häufig bei der Polizei vorherrscht, dass sie immer wieder in die gleichen Familien gehen müsse, ohne dass tatsächlich bei den Helfern irgendetwas geschehe.

VIII.

Verzeichnisse

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Literaturverzeichnis

Agence pour l'énergie nucléaire (AEN) (2002). Chapter 1 – The site and accident sequence. Chernobyl: Assessment of Radiological and Health Impact 2002 Update of Chernobyl: Ten Years On. <http://www.nea.fr/html/rp/chernobyl/c01.html>, letzter Aufruf am 4. 3. 2008.

Albrecht, H. J. (2004). Sozialarbeit und Strafrecht: Strafbarkeitsrisiken in der Arbeit mit Problemfamilien. In: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (Hg.). Verantwortlich handeln – Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung. Saarbrücker Memorandum. Köln: Bundesanzeiger Verlag, 183–228.

Aubert de la Ruee, R. (2007). Medizinische Behandlungsfehler und Patientenrechte in Schweden. Schweizerische Ärztezeitung 46: 1658–1960.

Axford, N. & Bullock, R. (2005). Child Death and Significant Case Reviews: International Approaches. Report to the Scottish Executive. Dartington: Dartington Social Research Unit.

Bandi-Ott, E. (2007). Wenn etwas schiefgeht – Kommunizieren nach einem Zwischenfall. Schweizerische Ärztezeitung 11: 453.

Barach, P. & Small, S. D. (2000). Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. BMJ 320: 759–763.

Barnes, J., Connor, M., Crowley-Ganser, C., Delbanco, T., Federico, F., Freedman, A., Gershanoff, M. D., Hanscom, R., Hopkins, C. C., Jernegan, G., Kim, H., Leape, L., Roberson, D., Ryan, J., Sato, L. & Van Pelt, F. (2006). When things go wrong – Responding to adverse events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. www.macoalition.org

Becker, M. & Zander, B. (2008). Ärzte-Outing provoziert Kritik. Spiegel-Online, <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,druck-538596,00.html>, letzter Aufruf am 29. 2. 2008.

Blum, L. L. (1971). Equipment design and „human“ limitations. Anesthesiology 35: 101–102.

Brandon, M., Howe, D., Black, J. & Dodsworth, J. (2002). Learning How to Make Children Safer. An Analysis for the Welsh Assembly Government of Serious Child Abuse Cases in Wales. Cardiff: Welsh Assembly Government.

Brandon, M., Belderson, P., Warren, C., Howe, D., Gardner, R., Dodsworth, J. & Black, J. (2008). Analyzing child deaths and serious injury through abuse and neglect: What can we learn? A biennial analysis of serious case reviews 2003–2005. London: Department for Children, Schools and Families.

Buchmann, B. (2004). Fehlerverarbeitungskultur im Gesundheitswesen. Rede zum Anna Seiler-Gesundheitspreis 2004 in Bern. http://www.annaseilerpreis.ch/fileadmin/annaseiler/annaseiler_users/pdf/fehlerkultur_buchmann-mrz04.pdf, letzter Aufruf am 15.4.2008.

Carter, Y. H., Bannon, M. J., Limbert, C., Docherty, A. & Barlow, J. (2006). Improving child protection: a systematic review of training and procedural interventions. *Archives Of Disease In Childhood*, 91: 740–743.

Christianson-Wood, J. & Murray, J. (1999). Child death reviews and child mortality data collection in Canada. Ontario: Health Canada.

Cooper, J. B., Newbower, R. S., Long, C. D. und McPeck, B. (1978). Preventable Anesthesia Mishaps: A Study of Human Factors. *Anesthesiology* 49: 399–406.

Der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz (2005). http://www.datenschutz-bayern.de/technik/orient/ohilfe_pan_03.html, letzter Aufruf am 1. 4. 2008.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (2007). BfDI – Info 1. Bundesdatenschutzgesetz – Text und Erläuterung. Rheinbach: Druckpartner Moser Druck + Verlag GmbH.

Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e. V. (DGMR) (2006). Rechtsfragen in Klinik und Praxis. *Ärzteblatt Sachsen* 4: 157–160.

Deutscher Städtetag (2003). Strafrechtliche Relevanz sozialarbeiterischen Handelns. Empfehlungen zur Festlegung fachlicher Verfahrensstandards in den Jugendämtern bei akut schwerwiegender Gefährdung des Kindeswohls (Stand: 1. 4. 2003). Berlin/Köln: Eigenverlag.

Durfee, M. & Tilton Durfee, D. (1995). Multiagency Child Death Review Teams: Experience in the United States. *Child Abuse Review* 4: 377–381.

Durfee, M., Tilton Durfee, D. & West, P. (2002). Child fatality review: an international movement. *Child Abuse and Neglect* 26: 619–636.

Emig, O. (2007). Der vermeidbare Tod eines Kleinkindes unter staatlicher Fürsorge. *Neue Praxis*, 445–464.

EUCARE, <http://www.eucare.de/whatis.html>, letzter Aufruf am 4.3.2008.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Falkov, A. (1996). Study of Working Together „Part 8“ Reports. Fatal Child Abuse and Parental Psychiatric Disorder: An Analysis of 100 Area Child Protection Committee Case Reviews Conducted under the Terms of Part 8 of Working Together under the Children Act 1989. London: Department of Health.

Flanagan, J. C. (1954). The Critical Incident Technique. *Psychological Bulletin* 51 (4): 327–358.

Frank, R. & Räder, K. (1994). Früherkennung und Intervention bei Kindesmisshandlung. Forschungsbericht. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit.

Gaba, D. M. (2000). Structural and Organizational Issues in Patient Safety: A Comparison Of Health Care To Other High-Hazard Industries. *California Management Review* 43 (1): 83–102.

Geeraert, L., van den Noortgate, W., Grietens, H. & Onghena, P. (2004). The Effects of Early Prevention Programs for Families with Young Children at Risk for Physical Child Abuse and Neglect: A Meta-Analysis. *Child Maltreatment* 9: 277–291.

Gehrmann, G. & Müller, K. D. (2008): Stärkenorientierung – schlecht für das Kindeswohl? Von der Dämonisierung des systemischen Ansatzes in der Sozialen Arbeit nach dem Tod von Kevin. *Sozialmagazin* 3: 36.

Gesundheit und Gesellschaft Spezial 10/2005. Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft. Fehlerprävention in der Medizin. Mehr Sicherheit für Leib und Leben.

Gneis, I. (2007). Datenschutzrecht. Online-Publikation, aktualisiert im Februar 2007. <http://www.ivo-geis.de/veroeffentlichungen/datenschutzrecht.pdf>, letzter Aufruf am 15. 4. 2008.

Goldbeck, L., Laib-Koehnemund, A., Fegert, J. M. (2007). A randomized controlled trial of consensus-based child abuse case management. *Child Abuse and Neglect* 31: 919–933.

Gredler, Margaret E. (1992). Designing and Evaluation Games and Simulations. A Process Approach. Huston: Gulf Publishing Company.

Gruner, A. (2006). Aufbewahrung von Patientenunterlagen und Einsichtsrecht in die Patientendokumentationen. *Ärzteblatt Sachsen* 4: 163–164.

Guadagnino, C. (2005). Effects of medical error disclosure & apology. *Physician's News Digest* 2005. <http://www.physiciansnews.com/spotlight/205.html>

Hart, D. & Becker-Schwarze, K. (2005). Die juristische Sicht: Konflikt zwischen Haftungsrecht und Incident Reporting? *Gesundheitsrecht* 4 (1): 1–5.

Hart, D. & Becker-Schwarze, K. (2007). Risiken verringern – Sicherheit steigern: Ein Critical-Incident-Reporting-System in norddeutschen Kinderkliniken. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 12: 87–95.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Hébert, P. C., Levin, A. V. & Robertson, G. (2001). Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. Canadian Medical Association February 20. 164 (4).

Heinrich, H. W. (1931). Industrial Accident Prevention. NY and London: McGraw-Hill.

Helmreich, R. L. (2000). On error management: lessons from aviation. BMJ 320: 781–785.

Her Majesty's Government (HM) (2006). Working Together to Safeguard Children. London: The Stationery Office.

Hochreutener, M.-A. (2007). Systematische Fehleranalyse öffnet den Blick. Präsentation 30.5.2007. Stiftung für Patientensicherheit, Zürich. Informationen: info@patientensicherheit.ch

Hohenstein, C. (2007). CIRS – wichtiger Teil des Risikomanagements im Rettungsdienst. Rettungsdienst. 6. 30 (590): 22–27.

Huber, A. R. & Urbinelli, R. Critical Incident Reporting: Weshalb nicht von den Erfahrungen der Industrie und Luftfahrt lernen? www.sulm.ch/PDF/CIRS-Funktion_Systematik.pdf, letzter Aufruf am 18.3.2008.

Kindler, H. (2006). Wie kann ein Verdacht auf Misshandlung oder Vernachlässigung abgeklärt werden? In: Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. & Werner, A. (Hg.). Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: dji, 420–428.

Kindler, H. (2007a). Empirisch gestützte Diagnostik und Intervention bei Kindeswohlgefährdung. In Sommerfeld, P. & Hüttemann, M. (Hg.), Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis. Hohengehren: Schneider, 76–91.

Kindler, H. (2007b). Kinderschutz in Deutschland stärken. Vorschlag für einen nationalen Forschungsplan. München: Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung.

Kindler, H. & Spangler, G. (2005). Wirksamkeit ambulanter Jugendhilfemaßnahmen bei Misshandlung bzw. Vernachlässigung. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung 8, 101–116.

Kleszczewski, D. (1999). Die Selbstanzeige mit strafbefreiender Wirkung für Dritte. Vortrag vor der Leipziger Juristenfakultät am 15. Dezember 1999. <http://www.uni-leipzig.de/~straf/forschung/tagungen/html>, letzter Aufruf am 15.4.2008.

Krägenow, T. (2007). Internationale Informationssysteme zur Vermeidung von Störfällen – Die Rolle der Betreiber. atw 52 (2): 80–84.

Kratz, M. (2006). Datenschutz im nicht-öffentlichen Bereich. Ärzteblatt Sachsen 4: 161–162.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Kuhn, H. (2003). „Melden Sie keine Flugzeugunfälle auf diesem Formular!“, CIRS medical – Maßnahmen für den Vertraulichkeitsschutz. Schweizerische Ärztezeitung 84 (26): 1399–1407.

Leitner, H. (2008). Persönliche Mitteilung am 21. 8. 2008.

Leitner, H. & Troscheit, K. (2008). Fälle von Kindesvernachlässigung und -misshandlung mit Todesfolge und schwere Körperverletzung im Land Brandenburg. Eine Untersuchung anhand von Staatsanwaltschaftsakten 2000–2005. Oranienburg: unveröffentlicher Forschungsbericht.

Little, M. & Madge, J. (1998). Interagency Assessment of Need in Child Protection. Dartington: Dartington Research Unit.

Lord Laming (2003). The Victoria Climbié Inquiry: Report of an Inquiry by Lord Laming. London: The Stationary Office.

Mewes, Michael (1996). Fehler in sicherheitsrelevanten Systemen. Referat vom 14.11.1996 im Seminar „Entwicklung sicherheitskritischer Software-Systeme“ an der Technischen Universität Berlin, Professor Dr. Sergio Montenegro. http://sergio.montenegros.de/seminar/fehler_sicherheit.html, letzter Aufruf am 15.4.2008.

Meyer-Goßner, L. (2007). Strafprozessordnung. 46. Aufl. München: C. H. Beck.

Meysen, T. (2006). Kooperation beim Schutzauftrag: Datenschutz und strafrechtliche Verantwortung – alles rechtens? In: Jordan, E. (Hg.): Kindeswohlgefährdung. Weinheim: Juventa, 63–84.

Mörsberger, T. & Restemeier, J. (1997). Helfen mit Risiko. Zur Pflichtenstellung des Jugendamtes bei Kindesvernachlässigung. Neuwied: Luchterhand.

Morris, L., Williams, L. & Beak, K. (2007). A Study of Case Reviews submitted to the Welsh Assembly Government under Chapter 8 of „Working Together to Safeguard Children: A Guide to Interagency Working to Safeguard and Promote the Welfare of Children“. Cardiff: University of Wales.

Munro, E. (2005). Improving practice: Child protection as a systems problem. Children and Youth Services Review 27, 375–391.

NASA (2006). NASA Aviation Safety Reporting System Turns 30. <http://www.spaceref.com/news/viewpr.html?pid=21271>, letzter Aufruf am 4. 3. 2008.

Parton, N. (2004). From Maria Colwell to Victoria Climbié: Reflections on Public Inquiries into Child Abuse a Generation Apart. Child Abuse Review 13, 80–94.

Rall, M., Martin, J., Geldner, G., Schleppers, A., Gabriel, H., Dieckmann, P., Krier, C., Volk, T., Schreiner-Hechtjen, J. & Möllemann, A. (2006). Charakteristika effektiver Incident-Reporting-Systeme zur Erhöhung der Patientensicherheit. Grundlage für den Aufbau eines bundesweiten Registers für sicherheitsrelevante Ereignisse durch DGAI/BDA. *Anästh Intensivmed* 47: 9–19.

Reason, J. (1998). Foreword. In: Bognor, M. S. (Hg.): *Human error in Medicine*. New Jersey: Hillsdale.

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ* 320: 768–770.

Reder, P. & Duncan, S. (1999). *Lost Innocents. A follow-up study of fatal child abuse*. London: Routledge.

Reder, P., Duncan, S. & Gray, M. (1993). *Beyond Blame: Child Abuse Tragedies Revisited*. London: Routledge.

Reynard, B. & Connell, L. (1996). Guest Corner: Das ASRS und das Immunitätsprinzip. *EUCAREVIEW* 10 (3).

Richardson, G. (1985). Practical approaches to the use of psychology for aviation safety. Focus on commercial aviation safety; Issue 1: 23–29.

Rick, L., Springer, N., Tezcan, H. & Grahl, M. (2002). Das Führungsglück der Herald of Free Enterprise. Seminararbeit WS 02/03, Technische Universität Berlin. <http://user.cs.tu-berlin.de/~murki/papers/kosis.pdf>, letzter Aufruf am 18.3.2008.

Romberg, J. (1996). Warum wir alle Fehler machen. *GEO* 2: 8–27.

Romeike, F. Krisenmanagement. <http://www.risknet.de/Krisenmanagement.108.0.html>, letzter Aufruf am 15.4.2008.

Rose, W. & Barnes, J. (2008). Improving safeguarding practice. Study of serious case reviews 2001–2003. London: Department for Children, Schools and Families.

Rzepnicki, T. & Johnson, P. R. (2005). Examining decision errors in child protection: A new application of root cause analysis. *Children and Youth Services Review* 27: 393–407.

Salgo, L. (2007): Erste Eindrücke beim Lesen des Untersuchungsberichts der Bremischen Bürgerschaft zum Tode von Kevin. *AGSP Magazin*. <http://www.agsp.de/html/d249.html>, letzter Aufruf am 3.6.2008.

Sanders, R., Colton, M. & Roberts, S. (1999). Child abuse fatalities and cases of extreme concern: lessons from reviews. *Child Abuse and Neglect* 23: 257–268.

Schrapppe, M. (2007). Patientensicherheit: Weitere Entwicklungen und Perspektiven. In: Madea, B., Dettmeyer, R. (Hg.). Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Häufigkeit – Begutachtung – Prophylaxe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 243–248.

Schubert, K. & Klein, M. (2006). Das Politlexikon. Bonn: Dietz.

Sinclair, R. & Bullock, R. (2002). Learning from Past Experience: A Review of Serious Case Reviews. London: Department of Health.

Spormann, R. (2004). Die strafbefreiende Selbstanzeige im Steuerstrafrecht. <http://www.spormann.de/selbst/html>, letzter Aufruf am 28.3.2008.

Staender, S. (2001). „Incident Reporting“ als Instrument zur Fehleranalyse in der Medizin. ZaeFQ, 479 ff.

Stanley, N. & Manthorpe, J. (2004). The Age of the Inquiry. Learning and Blaming in Health and Social Care. London: Routledge.

Steigerwald, M. (1996). Datenschutz im KJHG. Referat vom 30. September 1996 im Familien- und Jugendrecht III an der Universität Frankfurt am Main, Professor Dr. Gisela Zenz. <http://martin-alt.lichtvoll.de/studium/familienrecht/datenschutz-kjhg.html>, letzter Aufruf am 15.4.2008.

Stock, A. (1999). Referatssammlung zum Seminar: Handlungstheorien – Fehlhandlungen – Handlungsfehler. Würzburg, 126–134.

Taxis, K., Gallivan, S., Barber, N. & Franklin, B. D. (2005). Can the Heinrich ratio be used to predict harm from medication errors? Report to the Patient Safety Research Programme (Policy Research Programme of the Department of Health). http://eprints.pharmacy.ac.uk/764/1/BarberMedication_Errors.pdf, letzter Aufruf am 8.5.2008.

Taylor-Adams, S. & Vincent, C. (2004). Systems Analysis Of Clinical Incidents – The London Protocol. <http://www.csru.org.uk/contact.htm>, letzter Aufruf am 18.3.2008.

Thomeczek, C. (2003). Menschliche Medizin – Zum Umgang mit Fehlern im Krankenhaus – Medizinische Behandlungsfehler – ein Überblick. Vortrag an der Katholischen Akademie in Berlin am 18.10.2003. http://www.kuenstlerhaus-berlin.de/Flyer/thomeczek_medizinische-behandlungsfehler.pdf, letzter Aufruf am 15.4.2008.

Thomeczek, C. (2006). Risikomanagement, Fehlermanagement – sind die Konzepte der Luftfahrt auf das Gesundheitswesen übertragbar? Präsentation 16. Münchner Qualitätsforum 2006. München, 23./24. November 2006. äzq 2006.

Thomeczek, C., Rohe, J. Ollenschläger, G. (2007). Incident Reporting Systeme – in jedem Zwischenfall ein Fehler? In: Madea, B., Dettmeyer, R. (Hg.). Medizinschadensfälle und Patientensicherheit. Häufigkeit – Begutachtung – Prophylaxe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 169–176.

[◀ Inhalt](#)[◀ zurück](#)[weiter ▶](#)

Trube-Becker, E. (1982). Gewalt gegen das Kind: Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch und Tötung von Kindern. Heidelberg: Kriminalistik-Verlag.

Ulsenheimer, K. (2003). Risikomanagement aus juristischer Sicht. ZaeFQ 97: 624–630.

Vincent, C., Taylor-Adams, S., Stanhope, N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. British Medical Journal 316: 1154–1157.

Vock, R., Trauth, W., Althoff, H., Betz, P., Bonte, W., Hilgermann, R., Höhmann, E., Kleiber, M., Krämer, M., Leukel, H., Lignitz, E., Madea, B., Metter, D., Pedal, I., Pollak, S., Ramms, M., Scheller, M., Schellmann, B., Schlang, C., Schmidt, V., Springer, E., Varchmin-Schultheiss, F., Weiler, G. & Wilske, J. (1999a). Tödliche Kindesmisshandlung (durch physische Gewalteinwirkung) in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10.1990. Archiv für Kriminologie 203: 73–85.

Vock, R., Trauth, W., Althoff, H., Betz, P., Bonte, W., Hilgermann, R., Höhmann, E., Kleiber, M., Krämer, M., Leukel, H., Lignitz, E., Madea, B., Metter, D., Pedal, I., Pollak, S., Ramms, M., Scheller, M., Schellmann, B., Schlang, C., Schmidt, V., Springer, E., Varchmin-Schultheiss, F., Weiler, G. & Wilske, J. (1999b). Tödliche Kindesvernachlässigung in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10.1990. Archiv für Kriminologie 204: 12–22.

Vock, R., Meinel, U., Geserick, G., Gabler, W., Müller, L., Mattig, W., Grimm, O., Bertelmann, K., Sannemüller, U., Klein, A., Krause, D., Schröpfer, D., Krüger, U. & Disse, M. (1999c). Tödliche Kindesmisshandlung (durch physische Gewalteinwirkung) in der DDR im Zeitraum 1.1.1985 bis 2.10.1990. Archiv für Kriminologie 204: 75–87.

Webster, R., Schnitzer, P., Jenny, C., Ewigman, B. & Alario, A. (2003). Child death review: the state of the nation. American Journal of Preventive Medicine 25: 58–64.

Weick, K. E. (1987). Organizational culture as a source of high reliability. California Management Review 29: 112–127.

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung;
sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend
11018 Berlin
www.bmfsfj.de

Autoren:

J. M. Fegert, K. Schnoor, S. Kleidt, H. Kindler, U. Ziegenhain

Träger des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen:



Deutsches
Jugendinstitut

Bezugsstelle:

Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock
Tel.: 018 05/77 80 90*
Fax: 018 05/77 80 94*
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de

Stand: November 2008

Nachdruck: April 2009, 3. Auflage

Gestaltung: KIWI GmbH, Osnabrück

Druck: Silberdruck OHG, Niestetal

Für weitere Fragen nutzen Sie unser

Servicetelefon: 018 01/90 70 50**

Fax: 030 18/5 55 44 00

Montag–Donnerstag 9–18 Uhr

E-Mail: info@bmfsfj.service.bund.de

* jeder Anruf kostet 14 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz,
abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich

** nur Anrufe aus dem Festnetz, 3,9 Cent
pro angefangene Minute