

Gemeinsam lernen, Kinder besser schützen:

Ein systemisches Modell für Falluntersuchungen

Kernaussagen

Das systemische Modell hilft zu erkennen, welche Faktoren in einem Arbeitsumfeld dazu beitragen können, dass gute Entscheidungen getroffen werden, und welche Faktoren eher zu unsicheren Bedingungen führen, in denen weniger gute Entscheidungen wahrscheinlicher sind.

Es bietet einen umfassenden Ansatz zur Reflektion der praktischen Arbeit sowie eine Methode zur Durchführung von Falluntersuchungen.

Es ermöglicht ein organisatorisches Lernen, das unabdingbar ist, wenn man die Qualität der Arbeit mit Familien und die Effektivität der Angebote zum Schutz von Kindern steigern will.

Das Modell wurde von dem systemischen Ansatz abgeleitet, der in anderen Bereichen mit hohem Risiko wie der Luftfahrt und der gesundheitlichen Versorgung eingesetzt wird.

Das Modell ermöglicht eine Analyse, die darüber hinausgeht, bloß zu schildern, was geschehen ist, indem sie zudem erklärt, warum es so war. Es geht davon aus, dass die fraglichen Aktionen und Entscheidungen den Beteiligten zu der Zeit, als sie getroffen wurden, vernünftig erschienen.

Es erlaubt uns, über die grundlegenden Fakten eines Falles hinauszugehen und die Ansichten von Menschen aus den verschiedensten Einrichtungen und Berufen einzubeziehen.

Es ist ein kollaboratives Modell für die Durchführung von Falluntersuchungen – alle, die direkt in den Fall involviert waren, sind auch zentral und aktiv in die Analyse und die Entwicklung von Empfehlungen einbezogen.

Diese kurze Zusammenfassung präsentiert ein neues, systemisches Modell für die Untersuchung schwieriger Fälle. Dieses Modell bietet eine Methode, Arbeitsabläufen auf den Grund zu gehen und herauszufinden, warum Handlungen oder Entscheidungen, die sich später als fehlerhaft erweisen oder zu einem unerwünschten Ergebnis führen, den Beteiligten zum Zeitpunkt des Geschehens richtig erschienen waren. Die Antworten auf diese Frage geben neuen Ideen Raum, wie man die praktische Arbeit optimieren und Kinder besser schützen kann.

Kontext

Wenn in den Nachrichten von einem durch Missbrauch gestorbenen Kind berichtet wird, ist die öffentliche Reaktion oft von ungläubigem Erstaunen geprägt. So war es auch im Fall von Baby P. Niemand wollte glauben, dass es in den acht Monaten vor dem Tod des Babys 60 Kontakte mit den zuständigen Behörden gegeben und trotzdem niemand das Ausmaß des Missbrauchs erkannt hatte,

dem der Junge hilflos ausgeliefert war. In Großbritannien haben Falluntersuchungen nach Kindstoden, die herausfinden sollen, wie es zu der Tragödie kam und welche Lehren für die Zukunft daraus gezogen werden können, eine lange Tradition. Bisher waren solche Untersuchungen jedoch kaum geeignet, die Ungläubigkeit der Öffentlichkeit zu zerstreuen.

Nach einer umfangreichen Untersuchung der Kontakte, die Victoria Climbié vor ihrem Tod zu den zuständigen Behörden gehabt hatte, stellte Lord Laming fest, er sei "nach wie vor darüber erstaunt, dass in all diesen Behörden niemand die Geistesgegenwart besaß, den relativ klaren Vorgaben zu folgen, die zum Einsatz kommen sollen, wenn Anlass zu der Sorge besteht, dass einem Kind absichtlich geschadet wird."

Wenn Falluntersuchungen ein solches Erstaunen über schlechte Entscheidungen zurücklassen, wandelt sich das Erstaunen rasch in Wut und die Verurteilung der beteiligten Personen. Es ist schwer zu glauben, dass eine motivierte, wohlmeinende, kompetente Fachkraft so handeln könnte, deshalb neigt man zu der Schlussfolgerung, die schlechten Entscheidungen müssten das Ergebnis von Dummheit, Boshaftigkeit, Faulheit oder Inkompetenz sein. Dies ist für das Vertrauen in öffentliche Einrichtungen wie auch für die Moral der beteiligten Fachleute äußerst nachteilig.

Was die Betreuung von Kindern angeht, können wir jedoch vernünftigerweise davon ausgehen, dass die meisten Fachleute ihre Arbeit Tag für Tag mit dem Wunsch antreten, Kindern zu helfen und nicht zuzulassen, dass ihnen Schaden zugefügt wird. Aus diesem Grund brauchen wir bessere Erklärungen dafür, warum etwas schief gelaufen ist und warum es – weit häufiger – gut läuft.

Das systemische Modell für Falluntersuchungen ist explizit dafür entwickelt worden, diese "Warum"-Fragen beantworten zu können.

Die wichtigsten Charakteristika des systemischen Ansatzes

Der systemische Ansatz, den wir hier vorstellen, hat seinen Ursprung in der Luftfahrtindustrie. Das mag nicht überraschen, denn wenn ein Pilot einen unbegreiflichen Fehler macht, wie z.B. gegen eine Bergwand zu fliegen, stirbt er gemeinsam mit allen Passagieren und seiner Crew. Einen solchen Fehler auf Faulheit oder Dummheit zu schieben, erscheint deshalb wenig plausibel.

Im Nachhinein sind wir natürlich voreingenommen und überschätzen tendenziell, wie offensichtlich die korrekte Handlung oder Entscheidung den Beteiligten zur fraglichen Zeit ins Auge hätte springen müssen und wie einfach es für sie gewesen wäre, genau das Richtige zu tun.

Die zentrale Idee des systemischen Ansatzes lautet, dass die Leistung eines jeden Einzelnen ein Ergebnis sowohl seiner eigenen Fähigkeit und Kenntnisse als auch der Strukturen ist, in denen er seine Arbeit versieht.

Auf die Luftfahrt übertragen heißt dies z.B.: Wenn ein Cockpit so ausgelegt ist, dass der Pilot leicht zwei Instrumente miteinander verwechseln kann, werden mehr Fehler auftreten, als wenn die beiden Instrumente ohne weiteres auseinander zu halten sind.

Die Sicherheit zu verbessern bedeutet daher abzuklären, welche Aspekte des Kontexts Fehler begünstigen und welche Unterstützung die in diesem Kontext Arbeitenden bekommen müssten, um ihre Aufgaben erfolgreich zu bewältigen.

Eine solche Klärung schafft Raum für Ideen, wie sich das System auf allen Ebenen so umstrukturieren lässt, dass es die Betroffenen besser dabei unterstützt, ihre Arbeit nach höchsten Standards auszuführen.

„Das Ziel besteht darin, es den Menschen schwerer zu machen, etwas Falsches zu tun, und es ihnen leichter zu machen, das Richtige zu tun.“

Aus: *To err is human: building a safer health system*, Institute of Medicine (1999)

Um die richtigen Lehren zu ziehen und so die Praxis verbessern zu können, müssen wir als Erstes fragen: Wie hat sich die Situation für die Betroffenen zur fraglichen Zeit dargestellt, so dass die gewählte Handlungsweise ihnen damals richtig erschien?

Verbreitete Missverständnisse

Dann hat ja nie jemand an irgendetwas Schuld

„Der Aufruf, die ‚Kultur der Schuldzuweisungen‘ hinter sich zu lassen, ... ist ein Plädoyer dafür, *schlechte* Systeme der Verantwortlichkeit aufzugeben ..., nicht für eine Toleranz der völligen Abwesenheit von Verantwortung.“

Aus: *Conflicts between learning and accountability in patient safety*, Woods, D.D. (2004), Online

„Das Ziel ist die Entwicklung einer ‚offenen und fairen Kultur‘, die ‚eine sehr viel nachdenklichere und konstruktivere Reaktion auf Fehler und dadurch verursachtes Leid erforderlich macht.“

Aus: *Patient safety*, Vincent, C. (2006)

Was haben Kinderschutz und Flugzeugbau gemeinsam?

Den gleichen Ansatz auf verschiedene Praxisfelder zu übertragen ist immer schwierig. Sorgfältige Anpassungen sind erforderlich, um den Unterschieden Rechnung zu tragen. Wie steht es z.B. mit Kinderschutz und Flugzeugbau: Gibt es Ähnlichkeiten? Und wie unterscheiden sie sich?

Der Flugzeugbau scheint in erster Linie technisch geprägt zu sein (er hat mit Maschinen zu tun), während der Kinderschutz hauptsächlich sozial orientiert ist (es geht um Menschen). Und doch sind beides „sozio -technische“ Systeme. Das bedeutet, dass die Interaktion zwischen Mensch und Technik ausschlaggebend dafür ist, wie die Arbeit ausgeführt wird.

Richtlinien zur Einschätzung einzelner Fälle, Manuale für verschiedene Verfahren und elektronische Datenbanken wurden eingeführt, um die praktische Kinderschutzarbeit zu verbessern. Dennoch ist es schwierig, alle Auswirkungen ihrer Einführung vorherzusagen.

Bei einem systemischen Ansatz liegt der Schwerpunkt auf der Qualität der durch die Kombination von Mensch und Werkzeug produzierten Arbeit. Schlechte Ergebnisse können auf ein mangelhaftes Werkzeug oder einen dummen, ungeschickten Anwender zurückgehen – oder auf eine Kombination aus beidem.

Verbreitete Missverständnisse

Systeme versus Einzelpersonen

Die Kommentatoren zum Fall Baby P. neigten dazu, das Problem entweder bei den beteiligten Einzelpersonen oder dem gesamten System auszumachen.

Der systemische Ansatz betrachtet Menschen als Teil des Systems, weil ihr Verhalten von systemischen Einflüssen geprägt wird. Er beschäftigt sich daher mit den *Interaktionen* zwischen den beteiligten Menschen und den am Arbeitsplatz wirksamen Faktoren. Nach dem systemischen Ansatz *schaffen* Menschen und die Prozesse, in die sie eingebunden sind, gemeinsam das System.

Unterschiede zwischen Kinderschutz und Flugzeugbau

a) Begrenztes Wissen

Beim Schützen von Kindern gibt es kein so eindeutiges Vorgehen wie bei der Reparatur eines defekten Triebwerks – es ist ein Tätigkeitsbereich, der sehr viel Lernen erfordert. Starke Feedback-Schleifen unter Einbeziehung vieler verschiedener Einrichtungen und Behörden sind notwendig, um zu verstehen, ob die getroffenen Maßnahmen funktionieren und wo ihre Stärken und Schwächen liegen.

Das simple Befolgen von Verfahrensvorschriften sagt nichts darüber aus, ob die Leistung stimmt. Selbst wenn ein Verfahren auf bestem Fachwissen beruht, kann es in einer realen Umgebung, in der es mit anderen Variablen interagiert, weniger produktiv sein als ursprünglich gedacht.

b) Arbeit mit Familien

Familien unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von Flugzeugen oder Kraftwerken. Qualifizierte Betreuungspersonen interagieren mit Familien; sie bauen Beziehungen auf, um Informationen zu sammeln und der Familie bei positiven Veränderungen zu helfen. Diese Beziehungen können das Denken der Betreuungspersonen beeinflussen – zum Guten wie zum Schlechten. Eine schlechte Beziehung könnte z.B. dazu führen, dass man Schlüsselinformationen übersieht oder sich durch das Mitgefühl für eine Mutter von dem Leid ablenken lässt, dass das Kind dieser Mutter ertragen muss.

„Eine Pizza kann ausgeliefert werden, Kinderschutz dagegen nicht. Der ‚Kunde‘ muss an der Herbeiführung der erwünschten Ergebnisse aktiv beteiligt sein. Viele Maßnahmen schlagen fehl, wenn die Rezipienten nicht bereit oder unfähig sind, sich auf konstruktive Weise einzubringen; Ergebnisse müssen mit den Betroffenen gemeinsam herbeigeführt werden.“

Nach: *System failure: why governments must learn to think differently*, Chapman J. (2004)

c) Komplexität des gemeinsamen Arbeitens

Anders als das Team in einem Cockpit oder einem Operationssaal ist das mit einer Familie arbeitende Team verschiedenen zuständigen Stellen zugehörig. Obgleich sie alle das gleiche langfristige Ziel haben, Kinder zu schützen, können sie jeweils andere kurzfristige Prioritäten haben und sehr unterschiedliche Arbeitsbeziehungen zu den einzelnen Familienmitgliedern pflegen. Dies führt zu einer beachtlichen Komplexität bei der Analyse der Zusammenarbeit sowie der Beiträge aller Einzelpersonen zu dem Endergebnis.

Alle diese drei Unterschiede zwischen Kinderschutz und Flugzeugbau müssen bei einer angemessenen Adaption des Modells berücksichtigt werden.

Verbreitete Missverständnisse

Was verstehen wir unter „Systemen“?

Wenn wir von Systemen sprechen, denken viele gleich an Begriffe wie „Strategien“, „Verfahren“ und „Protokolle“. Daher auch die Frage: „Sind die richtigen Systeme am Werk?“

Im Rahmen des systemischen Ansatzes verwenden wir den Begriff in einem sehr viel umfassenderen Sinne und schließen alle möglichen Variablen ein, die das Arbeitsumfeld prägen und die Bemühungen praktisch arbeitender Menschen in ihrem Engagement für die Familien beeinflussen.

Wichtig ist, dass zum systemischen Ansatz nicht nur solche greifbareren Faktoren wie Verfahren, Werkzeuge, Hilfsmittel, Bedingungen, Ressourcen und Fähigkeiten, sondern auch komplexere Aspekte wie Teamstrukturen und Organisationskulturen gehören. Auch diese Faktoren werden als Teil des Systems behandelt.

Was nimmt Einfluss auf die Praxis?

Problematische Entscheidungen können auf den ersten Blick in verschiedenen Fällen unterschiedlich aussehen, bei genauerem Hinsehen jedoch viel gemeinsam haben, weil die schlechte Qualität der Arbeit von den gleichen Faktoren beeinflusst wird. Das Gleiche trifft natürlich auch auf positive Entscheidungen zu.

Es sind diese Gemeinsamkeiten oder wiederkehrenden Muster, die es bei Falluntersuchungen aufzuspüren gilt. Es können konstruktive Muster sein oder solche, die unsichere Bedingungen schaffen, in denen problematische Maßnahmen wahrscheinlicher sind.

"In einer systemischen Falluntersuchung fungiert ein konkreter Fall als Fenster, das den Blick auf das System freigibt – sie bietet die Möglichkeit, das ganze System zu studieren und nicht nur die Mängel zu sehen, sondern auch das, was gut funktioniert."

From: 'Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes', *Quality and Safety in Health Care*, vol 13, Vincent, C. (2004)

Der vom SCIE (Social Care Institute for Excellence) verfasste Bericht "Learning together to safeguard children: developing a multi-agency systems approach for case reviews" (2008) bietet eine Grundlage für die Strukturierung der komplexen Faktoren, die die Arbeit mit Kindern, Familien und Pflegepersonen beeinflussen.

Schlüsseinflüsse auf die Kinderschutzarbeit

Dieses Grundgerüst für die Analyse legt den Schwerpunkt auf die Interaktionen zwischen verschiedenen Teilen des Systems

1. Mensch – Hilfsmittel
2. Familie – Qualifizierte Betreuungspersonen
3. Mensch – Urteilsvermögen/Vernunft
4. Mensch – Abläufe im System

5. Kommunikation und Kooperation verschiedener zuständiger Stellen in Reaktion auf Ereignisse/Krisen
6. Kommunikation und Kooperation verschiedener zuständiger Stellen bei der Evaluation und langfristigen Zusammenarbeit

Auf dieser Grundlage können Ideen über Möglichkeiten der Neustrukturierung bestimmter Teile des Systems zum besseren Schutz der Kinder entstehen.

Heroische Kämpferinnen und Kämpfer können in einem schlechten System gute Leistungen erbringen. Ihre Bemühungen um Verbesserung werden jedoch viel erfolgreicher sein, wenn das System neu strukturiert wird, so dass es auch mit durchschnittlichen Mitstreiterinnen und Mitstreitern zu guten Ergebnissen führt.

Dieser Ansatz ermöglicht ein kumulatives Lernen aus einer ganzen Reihe von Falluntersuchungen. Weil die Daten auf konstante Weise gesammelt und analysiert werden, können zwischen den Fällen Vergleiche angestellt werden.

"Das ist nicht immer ein angenehmer Vorgang ... Mut ist nötig, um sich in ein sensibles Territorium vorzuwagen."

Ein Teilnehmer an einer systemischen Pilot-Falluntersuchung

Wichtigkeit der Sicht aller Beteiligten

Politische Willenserklärungen in praktische Arbeit umzusetzen ist alles andere als einfach. Selbst intelligente Reformen können ungewollt neue Probleme schaffen. Dies liegt daran, dass Reformen nicht in einem Vakuum wirksam werden. Stattdessen interagiert jede Innovation mit anderen ebenso wie mit bereits existierenden Aspekten der Praxis. Aus diesem Grund ist schwer mit Sicherheit vorauszusagen, welche Auswirkungen eine Änderung haben wird.

Um zu erfahren, wie das System auf allen Ebenen funktioniert, müssen wir deshalb Menschen auf allen diesen Ebenen konsultieren. Der Leitungsposition ist die Sicht auf wichtige Details bei der konkreten Arbeit mit den Familien nur allzu oft versperrt.

„... wohlmeinende Beobachter denken, ihr distanzierter Blick auf die Arbeitssituation könnte die tatsächliche Erfahrung der Menschen wiedergeben, die in einem ganz bestimmten Kontext arbeiten. Distanzierten Blicken bleiben jedoch wichtige Aspekte der tatsächlichen Arbeitssituation und daher kritische Faktoren, die die Arbeitsleistung in der Praxis determinieren, verborgen.“

Aus: From: 'Nine steps to move forward from error', *Cognition, Technology & Work*, vol 4, Woods, D.D. and Cook, R.I. (2002)

Gründliche Analyse

Eine systemische Falluntersuchung stützt sich auf zwei Datenquellen: die formale Dokumentation der betroffenen Einrichtungen und ausführliche Zweiergespräche mit den wichtigsten Beteiligten.

Um dem Material Sinn abzugewinnen ist eine detaillierte Analyse erforderlich. Gute analytische Fähigkeiten sind notwendig, um die Daten zu interpretieren und das Risiko der Voreingenommenheit zu minimieren. Techniken der qualitativen Forschung spielen dabei eine wesentliche Rolle.

Die Verlässlichkeit der Daten wird durch einen explizit kollaborativen Ansatz gestärkt, der die offene und aktive Teilnahme aller direkt an dem fraglichen Fall beteiligten Personen aus allen betroffenen Einrichtungen anstrebt.

Um die Ergebnisse zu untermauern können zusätzlich empirische Studien zitiert werden.

Bei allen bisher durchgeführten Falluntersuchungen mithilfe des systemischen Modells war das Ausmaß, in dem die beteiligten Personen sich konstruktiv in den Prozess einbrachten und bereit waren, die eigene Arbeit tiefgehend zu reflektieren, sehr beeindruckend. Viele berichteten, es sei für sie ein hilfreicher Prozess gewesen, der ihnen ein besseres Verständnis der eigenen Leistung, aber auch der Leistung ihrer Kolleginnen und Kollegen vermittelt hätte.

"Alle Untersuchungen fällen Urteile und interpretieren Ergebnisse, setzen aber nicht immer auf einen so explizit transparenten Analyseprozess, so dass die gemeinsame Teilhabe ebenso wie das gemeinsame Lernen aus den gewonnenen Erkenntnissen für die Beteiligten schwieriger ist. Die offene Diskussion über den Bericht und dessen Neufassung nach ausführlichen Gesprächen mit allen Beteiligten kann zu deutlich präziseren Urteilen und Interpretationen beitragen."

Ein Teilnehmer an dem Pilotprojekt zu systemischen Falluntersuchungen über den seiner Meinung nach wertvollsten Aspekt des Modells

Fallbeispiel

Bei einem männlichen Säugling, der wegen Unterernährung ins Krankenhaus kam, wurden eine Schädelfraktur sowie Blutergüsse auf der Brust festgestellt. Seine Mutter konnte dafür keine angemessene Erklärung geben, so dass der Junge während der weiteren Ermittlungen in eine Pflegefamilie kam. Der Sozialpädagoge, der für die Vermittlung der Pflegestelle verantwortlich gewesen war, übergab den Fall daraufhin an die für die Ermittlung in Kinderschutzfragen verantwortliche Stelle. Die dortige Sozialpädagogin übernahm den Fall, ohne den unerklärt gebliebenen Verletzungen weiter nachzugehen. Die Familie wollte das Kind zurückhaben und schließlich stimmte die Sozialpädagogin unter der Bedingung zu, dass der Partner der Mutter nicht im gleichen Haus lebe. Einen Monat später erlitt das Baby eine weitere Schädelfraktur.

Zu Beginn der Falluntersuchung herrschte ungläubiges Erstaunen darüber, dass den ersten Verletzungen nicht weiter nachgegangen worden und die Sozialpädagogin sogar zu der Einschätzung gekommen war, dass es ungefährlich sei, das Baby zu seiner Mutter zurückkehren zu lassen. Die systemische Untersuchung ergab, dass ihr erster Kontakt mit dem Fall in dem Anruf eines Polizeibeamten bestanden hatte, der ihr erklärt hatte, die Mutter habe gesagt, die Verletzungen seien aufgetreten, nachdem sie das Baby mit zwei jugendlichen Babysittern zuhause gelassen hätte, denen der Junge vielleicht aus dem Buggy gefallen sei und die dann Angst gehabt hätten, dies anschließend von sich aus zu erwähnen. Diese Aussage hatte dazu geführt, dass die Sozialpädagogin den Fall gedanklich unter "unbeabsichtigte Verletzung, kein Missbrauch durch ein Familienmitglied" eingeordnet hatte.

Es handelte sich um einen typischen Fall von Irreführung. Der erste Kontakt mit dem Fall vermittelte der Sozialpädagogin einen eingängigen, aber unzutreffenden Eindruck, der ihr nachfolgendes Denken beeinflusste. Mögliche Hinweise auf ein fragwürdiges Verhalten der Familienmitglieder dagegen waren nicht so eingängig und wurden folglich von ihr nicht ausreichend ernst genommen. Ihre Vorgesetzte wiederum las die Akte nicht, sondern verließ sich aus Zeitgründen auf die mündlichen

Berichte der Sozialpädagogin. Deshalb entgingen auch ihr die Widersprüchlichkeiten in den zur Verfügung stehenden Daten.

Diese Erklärung entschuldigt die fehlerhafte Entscheidung der Sozialpädagogin nicht, zeigt aber, dass sie zu der fraglichen Zeit glaubte, eine vernünftige Entscheidung zu treffen. Sie wirft auch ein Licht auf die Gefahren, die entstehen, wenn Vorgesetzte nur mündliche Berichte entgegennehmen, da diese unweigerlich selektiv und durch die bereits bestehende Ansicht gefärbt sind, folglich also all den Hinweisen mehr Priorität geben, die zu dieser Ansicht passen.

Tabelle 2

Learning together (2008) bietet einen Denkansatz und einen strukturierten Prozess für die Durchführung von Falluntersuchungen

Zusammenfassung der verschiedenen Aspekte des Prozesses und der ihn begleitenden Hilfsmittel

	Aspekte des Prozesses	Begleitende Hilfsmittel
Vorbereitung	Einen Fall zur Untersuchung auswählen	
	Das Untersuchungsteam zusammenstellen	
	Entscheiden, wer einbezogen werden soll	
	Teilnehmende vorbereiten	Einführungsbrief (Appendix 1)
Datensammlung	Dokumentation auswählen	
	Zweiergespräche	Beispiel für erklärende Kommunikation für Teilnehmende (Appendix 2), Gesprächsstruktur (Appendix 3)
Organisation und Analyse der Daten	Das Geschehen aus der Sicht verschiedener Einrichtungen reproduzieren	
	Schlüssepisoden und ihre kontributiven	Schablone für eine Tabelle
	Faktoren benennen und dokumentieren	der Schlüssepisoden (Appendix 4), Schema für konstitutive Faktoren (Appendix 5)
	Daten untersuchen und analysieren	
	Generische Muster benennen und der Priorität nach ordnen	Typologie zugrundeliegender Muster (Appendix 6)
	Empfehlungen aussprechen	

Verbreitete Missverständnisse

Ist das nicht das Gleiche wie eine Grundursachenanalyse?

Die Grundursachenanalyse (**Root Cause Analysis, RCA**) ist eine von der National Patient Safety Agency propagierte und geförderte Methode zur Untersuchung von Vorfällen, in denen die Sicherheit von Patientinnen und Patienten gefährdet war. Tatsächlich ist sie dem systemischen Ansatz sehr ähnlich, da der Begriff selbst jedoch eher irreführend ist, haben die Autoren des SCIE-Berichts sich dazu entschlossen, ihn nicht zu verwenden (siehe Taylor-Adams und Vincent, 2004).

Der Begriff impliziert, dass es für einen Vorfall eine einzelne Grundursache gibt. In Wirklichkeit entsteht er jedoch oft aus einer Kette von Ereignissen und der Interaktion zahlreicher Faktoren. Der Begriff impliziert auch, dass sich der Zweck der Untersuchungen darauf beschränkt, die Ursache des fraglichen Vorfalls aufzudecken, anstatt auch etwas über die Stärken und Schwächen des gesamten Systems zu erfahren und Hinweise darauf zu sammeln, wie es sich zukünftig verbessern ließe. Wir haben uns dafür entschieden, den Begriff "systemisch" in die Bezeichnung unseres Modells zu übernehmen, weil er die Aufmerksamkeit auf ein Schlüsselmerkmal des Modells richtet: Es bietet die Gelegenheit, das gesamte System zu studieren und nicht nur etwas über seine Mängel, sondern auch etwas über seine Vorteile zu erfahren.

Empfehlungen aussprechen

Ein Verständnis für die komplexen Einflüsse auf die Praxis zu entwickeln heißt nicht, dass es keine einfachen Lösungen geben kann.

Aus einer systemischen Falluntersuchung ergeben sich drei verschiedene Arten von Empfehlungen:

Das Lernen muss ebenso wie das Schützen Angelegenheit eines jeden Einzelnen sein. Der Ansatz umfasst das gesamte System – Verbesserungen der Praxis können deshalb Veränderungen auf allen Ebenen des Systems erforderlich machen, nicht nur auf der Ebene der praktischen Arbeit.

- 1. Klar umrissene Lösungen, die vor Ort und von allen relevanten Einrichtungen angegangen werden können**, z.B. die Einführung einer konsequenten Regel dafür, wann und warum jemand ein Schreiben nur zur Kenntnisnahme in Kopie und wann er ein direktes Anschreiben erhält.
- 2. Lösungen, die nicht so präzise formuliert sein können, weil miteinander konkurrierende Prioritäten und unweigerliche Einschränkungen bei den Ressourcen bedeuten, dass es keine einfachen Antworten gibt**, z.B. wenn wir wollen, dass die kritischen Aspekte der Rolle von Vorgesetzten mehr Aufmerksamkeit bekommen, dafür aber keine freien Kapazitäten haben. Solche Entscheidungen gehören in den Verantwortungsbereich des höheren Managements.
- 3. Lösungen, die erst noch gefunden werden müssen und der weiteren Forschung bedürfen, darunter solche, die auf nationaler Ebene angegangen werden müssen**, z.B. Probleme mit einer neuen Software, die experimentell durch eine nutzerzentriertere Gestaltung zu lösen wären.

Wie kann das systemische Modell eingesetzt werden?

- **Bei der Untersuchung schwieriger Fälle**

Bei der Durchführung von Untersuchungen schwieriger Fälle kann das systemische Modell sehr gut zum Einsatz kommen. Es entspricht den in „Working together“ (HM Government 2006) formulierten Richtlinien für eine Analyse der Praxis, die ergründen soll, was geschah, um zu verstehen, warum es so war und was verändert werden muss, um die Sicherheit von Kindern zu verbessern. Wegen seiner explizit an diesen Zielen ausgerichteten Methodologie ist das systemische Modell dafür besonders geeignet.

Es hilft den örtlichen, für den Kinderschutz relevanten Einrichtungen und Behörden, Ofsteds Kriterien für eine positive Evaluation von Falluntersuchungen zu erfüllen, indem es:

- a) einen transparenten, systematischen und gründlichen Analyseprozess schafft und
- b) dafür sorgt, dass der Prozess an sich als Lernerfahrung begriffen wird, und so eine Kultur des Lernens fördert.

- Bei der Untersuchung von Routinefällen und Beispielen für eine "gute" Praxis

Der systemische Untersuchungsprozess ist auch auf weniger schwierige Fälle anwendbar. Tatsächlich kann es von Vorteil sein, gelegentlich auch Routinefälle oder Fälle, die besonders gut laufen, einer gründlichen Analyse zu unterwerfen. Man gewinnt dadurch ein besseres Verständnis sowohl für positive Abläufe als auch für problematische Bereiche und schafft so die Voraussetzung dafür, dass Lösungen zur Verbesserung der Effektivität von Maßnahmen gefunden werden können, ehe ein Kind oder eine Familie Schaden erleidet.

- Integration des Untersuchungsmodells in die tägliche Arbeit

Die Entwicklungen im Gesundheitsbereich legen nahe, dass sich der systemische Ansatz auch gewinnbringend in die tägliche Arbeit integrieren lässt.

In Strukturen, in die mehrere dem Kinderschutz verpflichtete Einrichtungen eingebunden sind, können sowohl auf der Ebene der praktischen Arbeit als auch im Management alle Einrichtungen das Modell nutzen, um das eigene Handeln konstruktiv zu hinterfragen und unter Einschluss aller Beteiligten kontinuierlich zu verbessern. Dies wäre ein Äquivalent zu den Falldiskussionen, die in Teilen des Gesundheitssystems regelmäßig abgehalten werden und für die es im sozialen Bereich bisher weder eine etablierte Kultur noch begleitende Foren oder Strategien gibt. Auf den Weg gebracht werden könnte es durch die Einrichtungen selbst oder in der Supervision von Einzelpersonen oder Gruppen.

Hintergrund

- Bei den für die Durchführung von Untersuchungen eingesetzten Methoden besteht bisher nur wenig Transparenz. Dies erschwert die Evaluation der Qualität der Ergebnisse und der wahrscheinlichen Effektivität der Empfehlungen.
- Andere Bereiche mit hohem Risiko wie z.B. die Luftfahrt haben einen systemischen Ansatz entwickelt, um die praktische Arbeit zu analysieren – mit dem Ziel, die Qualität und die Sicherheit ständig zu verbessern.
- Dieser systemische Ansatz ist vom Gesundheitssystem übernommen worden, wo er von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und in England von der National Patient Safety Agency (NPSA) gefördert wird.

- Das SCIE hat ein innovatives Forschungs- und Entwicklungsprojekt angeleitet, um die systemische Methodologie für die zahlreichen im Kinderschutz engagierten Einrichtungen und Behörden nutzbar zu machen.
- Der Bericht „Learning together“ präsentiert das entsprechend angepasste Modell. Er bietet sowohl eine theoretische Grundlage als auch praktische Richtlinien zu dessen Anwendung im Rahmen von Falluntersuchungen.

Zielgruppen

Der systemische Ansatz wird für Vorsitzender und Mitglieder der LSCB (Local Safeguarding Children Boards) sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller mit dem Kinderschutz befassten Behörden, Verbände und Einrichtungen von Interesse sein.

Besonders nützlich ist er für alle, die mit der Koordination der relevanten Angebote, der Qualitätssicherung, der Ausbildung von Fachleuten auf diesem Gebiet sowie natürlich mit der Durchführung von Falluntersuchungen befasst sind.

Nächste Schritte

Erfahrungen aus anderen gesellschaftlichen Bereichen zeigen, dass systemische Ansätze sich ständig weiter entwickeln und so immer mehr verfeinert werden können. Im Bereich des Kinderschutzes besteht daher der nächste Schritt in einer kollaborativen Entwicklung, die immer dann, wenn das Modell zum ersten Mal eingesetzt wird, ein unterstützendes Training und einen umfassenden Lernprozess möglich macht. In einer solche Kollaboration sollten auch von Anfang an Mechanismen vorgesehen sein, die Einzelpersonen und Organisationen erlauben, voneinander etwas über das Modell, seine Einsatzmöglichkeiten und die Art von Ergebnissen, die es hervorbringt, zu lernen. Ein landesweites Netzwerk könnte einen sinnvollen Beitrag zu der wachsenden internationalen Gemeinschaft von Menschen leisten, die sich für die Weiterentwicklung des systemischen Ansatzes im Kinderschutz engagieren.

Das SCIE hat zu dem systemischen Modell viele interessierte Rückmeldungen erhalten, darunter vom Gesundheitssystem, wo man mit dem Ansatz schon vertraut ist, und von der Polizei. In ganz England besteht eine beachtliche Bereitschaft, die gegenwärtigen Methoden des Lernens und der Praxisoptimierung zu verbessern. Das SCIE hat daher angeboten, mit allen Interessierten zusammen zu arbeiten und regionale Pilotprojekte zu unterstützen. Ebenso gibt es Pläne, ein entsprechendes Training für unabhängige Beraterinnen und Berater anzubieten.

Wer mehr über diese Entwicklungen erfahren möchte, ist herzlich eingeladen, sich mit uns in Verbindung zu setzen.

Kontakt:

Dr Sheila Fish, SCIE Research Analyst
sheila.fish@scie.org.uk

Weitere Informationen:

Sowohl Bericht 19 als auch die begleitenden Richtlinien 24 können heruntergeladen werden unter www.scie.org.uk

Titel: *Learning together to safeguard children:
developing a multi-agency systems approach for
case reviews*

Autorinnen: Sheila Fish, Eileen Munro, Sue Bairstow

Social Care

Institute for Excellence

Goldings House

2 Hay's Lane

London SE1 2HB

tel 020 7089 6840

fax 020 7089 6841

textphone 020 7089 6893

www.scie.org.uk

Registered charity no. 1092778

Company registration no. 4289790

Appendix 1
Einführungsbrief
für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

möglicherweise hat jemand aus Ihrem Team oder Ihrer Einrichtung schon mit Ihnen über den Plan gesprochen, für [*relevante Angaben ergänzen*] eine Fallanalyse durchzuführen. In diesem Brief möchten wir kurz beschreiben, welcher Ansatz dabei zur Verwendung kommen wird, und auch erklären, um welche Art von Mitarbeit wir Sie dabei bitten möchten.

Der Ansatz

In dieser Fallanalyse wollen wir eine neue Methode anwenden, die so genannte "systemische Analyse".

Kolleginnen und Kollegen, die im Gesundheitswesen arbeiten, kennen diese Methode eventuell schon. Im Bereich des Kinderschutzes ist sie relativ neu. Bisher stand bei allen Fallanalysen die Suche nach dem „schwarzen Schaf“, dem man die Schuld an allen Fehlern geben konnte, im Vordergrund.

Dem systemischen Ansatz dagegen geht es *nicht* um eine Beurteilung der beteiligten Personen. Er analysiert stattdessen die Gesamtsituation, in der sich diese Personen befanden, die Aufgaben, die sie auszuführen hatten, und die Instrumente, die ihnen dafür zur Verfügung standen. Er versucht zu verstehen, *warum* jemand so und nicht anders handelte. Er beleuchtet, welche Faktoren in dem jeweiligen System dazu beitrugen, dass den Beteiligten ihre Handlungsweise zur fraglichen Zeit sinnvoll erschien. Er stellt zudem die ebenfalls sehr wichtige Frage, was gut gelaufen ist und welche positiven Aspekte vorhanden sind und ausgebaut werden könnten.

Traditioneller Ansatz: die Suche nach dem „schwarzen Schaf“	Systemischer Ansatz
Fehlentwicklungen entstehen durch menschliches Versagen	Menschliches Versagen ist ein Symptom tiefer im System angesiedelter Probleme
Um Fehlentwicklungen erklären zu können, muss nach Fehlern gesucht werden	Um Fehlentwicklungen zu erklären, sollten wir nicht danach suchen, wo jemand etwas falsch gemacht hat
Ziel ist das Aufspüren von fehlerhaften Einschätzungen, falschen Entscheidungen und schlechten Urteilen	Stattdessen sollten wir herausfinden, wie die jeweiligen Einschätzungen und Entscheidungen zur fraglichen Zeit und unter den damaligen Umständen sinnvoll erscheinen konnten

Ihre Rolle

Die Erfahrungen und Einblicke von Menschen wie Ihnen, die direkt in den betreffenden Fall einbezogen waren, sind für eine systemische Fallanalyse von zentraler Bedeutung. Die Untersuchung ist deshalb ein gemeinschaftliches Vorhaben, an dem Sie, wie wir hoffen, einen aktiven Anteil haben werden.

Wir möchten Sie deshalb einladen, bei verschiedenen Treffen mit uns über den Fall zu sprechen. Die genaueren Angaben zu den nächsten Terminen finden Sie unten.

EINFÜHRUNG IN DIE SYSTEMISCHE ANALYSE

Am [*relevante Angaben ergänzen: Datum, Ort*] wird [*relevante Angaben ergänzen: Name*] eine Einführung in die systemische Analyse geben. Anschließend möchten wir diskutieren, wie wir diese Methode auf den zu untersuchenden Fall anwenden können. Dazu werden Gespräche unter vier Augen mit allen Personen gehören, die an dem Fall beteiligt waren.

GESPRÄCHE UNTER VIER AUGEN

In diesen Gesprächen soll herausgefunden werden, wie Sie die Situation zur fraglichen Zeit sahen, wie Sie Ihre Rolle in dem Fall verstanden und welche Aspekte des Gesamtsystems Sie und Ihre Arbeit Ihrer Meinung nach beeinflussten. Wir hoffen, gleich beim ersten Treffen Termine für die Gespräche unter vier Augen im Laufe des [*relevante Angaben ergänzen: Monat*] verabreden zu können. Die Gespräche werden bis zu anderthalb Stunden dauern.

FEEDBACK-TERMIN

Nach der Durchführung der Gespräche unter vier Augen soll ein gemeinsames Treffen des Untersuchungsteams mit allen an dem Fall beteiligten Personen vereinbart werden.

Unterstützung durch Einrichtungen und Behörden

Die Anwendung des systemischen Ansatzes geschieht mit voller Unterstützung aller Einrichtungen und Behörden, die in Ihrem Tätigkeitsbereich für den Kinderschutz zuständig sind. Die Zustimmung beruht ausdrücklich auf der Tatsache, dass es dabei nicht um Schuldzuweisungen und disziplinarische Maßnahmen geht, sondern um ein offenes und transparentes Lernen aus der Praxis, das zum Ziel hat, die Arbeit in der Einrichtung zu verbessern. Die Prämisse, ohne persönliche Schuldzuweisungen auszukommen, wird ausdrücklich unterstützt. Alle Führungskräfte wurden darüber informiert und haben zugestimmt.

Die Beteiligten brauchen deshalb wegen ihrer Teilnahme an dem Projekt keine Nachteile zu befürchten. Die Schwelle für disziplinarische Maßnahmen wurde bewusst zu Gunsten des Lernens erhöht. Sollten sich im Laufe der Untersuchung allerdings Hinweise auf ernsthafte Vergehen ergeben, werden natürlich disziplinarische Verfahren ins Spiel kommen müssen.

Wir freuen uns sehr darauf, mit Ihnen an diesem interessanten Projekt zu arbeiten. Wenn Sie irgendwelche Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, mit uns Kontakt aufzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen,

[*Relevante Angaben ergänzen: Namen des Untersuchungsteams*]

Appendix 2

Kommunikation mit den Beteiligten in Gesprächen unter vier Augen

GESPRÄCHE UNTER VIER AUGEN

Wir werden in Kürze auf Sie zukommen und einen Termin vereinbaren, bei dem wir mit Ihnen unter vier Augen über den Fall sprechen wollen. Dabei möchten wir vor allem erfahren, wie Sie das im Zusammenhang mit dem Fall Geschehene erlebt haben, wie Sie Ihre eigene Rolle dabei verstanden und welche Aspekte des Gesamtsystems Sie in Ihrer Arbeit beeinflussten.

Gleichzeitig ergibt sich für uns die Chance, Ihnen von dem Gesamtbild zu berichten, das sich bei uns durch die Untersuchung herauszuschälen beginnt, so dass wir gemeinsam eventuellen Unterschieden zwischen Ihrer Sicht und den Berichten anderer Beteiligter nachgehen können. Indem wir uns ein umfassendes Bild des Falles machen und ihn somit in seiner Gesamtheit würdigen, ist es uns auch möglich, gemeinsam die Stärken und Grenzen Ihrer Urteile und Handlungen auszuloten. Wie bereits erklärt, geht es bei der Diskussion von Meinungsunterschieden und der Einschätzung von Urteilen und Handlungsweisen nicht um Kritik oder Schuldzuweisungen. Vielmehr ist dieser Schritt notwendig, um besser verstehen zu können, welche Faktoren in Ihrem Umfeld Sie dabei unterstützen oder daran hindern, gute Arbeit zu leisten.

VERTRAULICHKEIT

Was Sie und andere uns in den Gesprächen erzählen, stellt für uns eine wichtige Datenbasis dar. In unserem Zwischen- und Schlussbericht ebenso wie in den verschiedenen Entwürfen dazu werden wir uns darauf beziehen. Andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden die Chance haben, diese Berichte zu lesen und zu diskutieren. Wir bitten deshalb alle, die Daten vertraulich zu behandeln, nur *innerhalb* der Gruppe zu diskutieren und sie *nicht* an Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte, die nicht direkt in die Untersuchung einbezogen sind, weiterzugeben.

In keinem der Berichte wird Ihr Name auftauchen. Wir werden Sie nur mit Ihrer Funktion erwähnen und in öffentlichen Stellungnahmen keine geographischen Angaben machen, so dass Sie niemand identifizieren kann. Die betroffene Familie wird mit einem Pseudonym erwähnt.

Wir werden die Gespräche aufnehmen, um daraus Daten für die Analyse gewinnen zu können, die Aufnahmen anschließend jedoch umgehend löschen.

Appendix 3

Gesprächsstruktur - Zusammenfassung

1 Einführung	<ul style="list-style-type: none">- Zweck des Gesprächs- Vertraulichkeit und ethische Hinweise- Erklärung des Gesprächsablaufs
2 Überblick	<ul style="list-style-type: none">- Kurze Beschreibung des Geschehenen und welche Rolle Sie dabei spielten
3a „Wendepunkte“ oder „Schlüsselmomente“	<ul style="list-style-type: none">- Was waren Ihrer Meinung nach entscheidende Momente, in denen Schlüsselentscheidungen oder -maßnahmen getroffen wurden, von denen Sie meinen, dass sie den weiteren Verlauf des Falles oder dessen Handhabung entscheidend bestimmten?
3b „Denkweise“ oder „lokale Rationalität“	<ul style="list-style-type: none">- Was ging Ihrem Eindruck nach hier vor?- Was begründete Ihre Einschätzung (Argumente, aber auch Emotionen) und Handlungsweise zu der fraglichen Zeit?- Welche Information stand für Sie im Vordergrund? Was erschien Ihnen am bedeutsamsten? Was hat Ihre Aufmerksamkeit erregt?- Welche anderen Dinge haben Sie damals beschäftigt?- Welchen Vorgängen galten Ihre Hauptsorgen? Was hatten Sie noch alles zu bewältigen? Gab es widerstreitende Interessen? Gab es Konflikte? Wurde etwas verschoben, anderem dagegen Priorität eingeräumt?- Was hofften Sie zu erreichen?- Welche Optionen meinten Sie zur Verfügung zu haben, um den Lauf der Ereignisse beeinflussen zu können?
4 Beteiligte Faktoren	Welches waren die Schlüsselfaktoren, die beeinflusst haben, wie Sie die Situation damals interpretierten und daraufhin handelten? Wie wurden diese Faktoren wirksam? Streichen Sie die Aspekte heraus,

	<p>die am bedeutsamsten waren.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspekte der betroffenen Familie - Aspekte Ihrer eigenen Rolle - Bedingungen und Umfeld Ihrer Arbeit - Persönliche Aspekte - Aspekte Ihres Arbeitsteams - Faktoren innerhalb der Behörde oder Einrichtung - Arbeitsorganisation und Management - Größerer politischer Kontext - Andere Aspekte
5 Was gut gelaufen ist	<ul style="list-style-type: none"> - Was ist im Zusammenhang mit dem Fall gut gelaufen? - Was von dem, was Sie oder andere getan haben, war Ihrer Meinung nach hilfreich oder nützlich? Welche Faktoren haben dies ermöglicht oder unterstützt?
6 Fragen, die sich aus dem Gesamtbild des Falles ergeben	
7 Vorgeschlagene Änderungen	<p>Fallen Ihnen jetzt, nachdem Sie an den Fall und die Rolle, die Sie darin spielten, noch einmal zurückgedacht haben, spontan irgendwelche kleinen, praktischen Veränderungen ein, die Ihnen oder dem Team helfen könnten, die Arbeit besser zu machen?</p>
8 Zusammenfassung	<ul style="list-style-type: none"> - Haben wir Ihre Sicht des Falles richtig erfasst?
9 Reflektionen	<ul style="list-style-type: none"> - Wie fanden Sie das Gespräch? Haben Sie irgendwelche Kommentare oder Fragen? - Wie geht es Ihnen nach dem Gespräch mit sich selbst und mit Ihrer Rolle?

Appendix 4
Tabelle zu Schlüsselsituationen

Vorgeschlagenes Layout für eine Tabelle zu Schlüsselsituationen und beteiligten Faktoren		
Beschreibung von Schlüsselsituationen im praktischen Umgang mit dem fraglichen Fall und deren Bedeutung im Rückblick	Aufschlüsselung und Beurteilung der Angemessenheit durch das Untersuchungsteam	Beteiligte Faktoren (warum erschienen die getroffenen Maßnahmen/Entscheidungen damals sinnvoll?)

Appendix 5
Struktur der beteiligten Faktoren

Faktorgruppe nach Ebene/Lokation	Faktortyp	Beteiligte Einflussfaktoren
Faktoren „an vorderster Front“	Bei der betroffenen Familie angesiedelte Aspekte, die das Denken über den Fall und die zu treffenden Maßnahmen beeinflussen	<ul style="list-style-type: none"> - Art des Problems/der Probleme – Komplexität und/oder Ernsthaftigkeit sowie Verfügbarkeit adäquater Angebote; Stärke der Wissensbasis/Grad der kollegialen Übereinstimmung hinsichtlich diagnostischer Kategorien und Möglichkeiten - Dauer der Probleme; der Einrichtung bereits bekannt oder noch nicht bekannt - Probleme selbst erkannt und/oder von anderen als Problem bezeichnet - Art der Problempräsentation – hilfeschend oder feindselig - Bereitschaft sich zu engagieren - Art der Beziehung zwischen Fachkraft und Familienmitglied/ern - Verfügbarkeit für Treffen - Anzahl der Kinder - Größe der Familie; Anzahl erwachsener Bezugspersonen - Komplexität der Familiendynamik - Kommunikation und Sprache - Persönlichkeit - Soziale Faktoren, Geschichte - Geschlecht - Alter - Sexualität - Ethnische Herkunft
	Bei den beteiligten Fachkräften angesiedelte Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> - Wissen, Fähigkeiten, Sachkenntnis - Denkweise - Menschenkenntnis - Aufmerksamkeit (was taten sie, wenn sie nicht gerade etwas anderes taten) - Krankheit, Müdigkeit, Burn-out und andere Faktoren, die zu einer suboptimalen

		<p>Arbeitsleistung geführt haben könnten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivation - Persönlichkeit - Soziale Faktoren – Geschichte - Interaktionsstil
	Rolle	<ul style="list-style-type: none"> - Häufigkeit des Kontakts mit der Familie - Wo fanden die Treffen statt – zu Hause bei der Familie? - Fokus des Engagements
	Arbeitsbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine Atmosphäre rund um den Fall - Personaldecke, Abdeckung verschiedener Fähigkeiten - Arbeitsbelastung - Timing, z.B. Schichtdienst, Stoßzeiten mit hohem Arbeitsaufkommen - Unterstützung durch die Verwaltung - Unterstützung durch die Vorgesetzten - IT/Computer
	Team	<ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeiten, Hilfe, Rat oder Unterstützung zu bekommen - Supervision - Schriftliche und mündliche Kommunikation - Meinungsunterschiede innerhalb des Teams - Selbstverständnis des Teams, z.B. widersprüchliche Botschaften - Teamkultur - Akzeptierte/übliche Verfahren, Routineverfahren - Kapazität/Arbeitsbelastung - Unterschiedliche Fähigkeiten/Erfahrungen - Stärke der Wissensbasis/Grad der kollegialen Übereinstimmung hinsichtlich diagnostischer Kategorien und Möglichkeiten
	Innerhalb der Einrichtung/ des Teams angesiedelte Aspekte	<p>Außer den oben Genannten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relative Hierarchien/Status und Hierarchie - Sprache - Klarheit der Beziehungen - Weitergabe von Informationen

		<ul style="list-style-type: none"> - Persönliche Beziehungen und deren Geschichte (kennt man sich oder nicht?) - Art der Arbeitsbeziehungen (gut/feindlich) - Gruppendynamik - Grenzüberschreitende Kommunikationskultur - Einrichtungskultur und akzeptiertes Verhalten - Kultur des Umgangs mit Konflikten – verdeckt oder offen
Lokale Faktoren auf strategischer Ebene	Organisationskultur und Management (verschiedener Einzeleinrichtungen sowie des aus mehreren Einrichtungen bestehenden Systems als Ganzes)	<ul style="list-style-type: none"> - Finanzielle Faktoren und Einschränkungen - Ressourcenverteilung - Prioritäten der Einrichtung - Struktur der Einrichtung - Einrichtungskultur - Schwellen - Lokal entwickelte Strategien - Lokale angewendete Verfahren - Ansprüche und Ziele - Sicherheitskultur und Prioritäten - Widersprüchliche Botschaften - Verfügbarkeit von Angeboten; Lücken in der Angebotsbereitstellung - Klarheit und Angemessenheit von Aufträgen und Vereinbarungen - Einstellung und Zuweisung von Personal
Faktoren auf nationaler/Regierungs-Ebene	Politischer Kontext und politische Prioritäten	<ul style="list-style-type: none"> - Regierungspolitik - Regierungsleitlinien - Managementsysteme und deren Regulation; Leistungsindikatoren - Instrumente: Tests und Formulare; ICT-Systeme

Appendix 6

Typologie zugrunde liegende Muster

Muster systemischer Faktoren, die zu einer guten Praxis beitragen oder ein problematisches Vorgehen begünstigen können

- 1 Muster bei der Anwendung von Testverfahren
 - Einfluss der Testformulare
 - Keine Angaben zur Qualität oder analytischen Tiefe der Auswertung; Schwierigkeiten beim Ausfüllen
 - Keine Dokumentation der Gründe oder komplexen Überlegungen hinter den gezogenen Schlussfolgerungen
 - Faktische Aussagen und Behauptungen werden bevorzugt, das Festhalten von „unguten Gefühlen“ oder Verständnislücken hat keinen Raum
 - Einfluss des Testverfahrens
 - Der Fokus auf der Erfassung von Bedürfnissen wirkt der Artikulation von Risikofaktoren entgegen
 - Einfluss des Fallmanagements, z.B. striktes Vorgehen nach der Methode „Einschätzung, Planung, Umsetzung, Überprüfung“ („Assessment, Planning, Implementation, Review“, APIR)
 - Mögliche Korrekturen werden als Unterbrechung des Arbeitsflusses empfunden

- 2 Muster bei Planung und Management
 - Mangelnde Übereinstimmung von Ressourcen und Anforderungen
 - Mangelnder Zugang zu Expertenmeinungen
 - Lücken bei der Bereitstellung passender Angebote
 - Auseinandersetzungen um Finanzen und Sicherheitsmaßnahmen
 - Leistungsindikatoren und Sicherheitsmängel
 - Ausgleich konkurrierender Prioritäten; offene und verdeckte Botschaften
 - Mangelnde konzeptuelle Schärfe

- 3 Muster bei der Kommunikation und Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen in Notfällen/Krisen
 - Einrichtungsspezifisches Vorgehen beim Setzen von Prioritäten
 - Verständnis der jeweiligen Aufgabe; Überblick über die weitergehenden Bedürfnisse der Kinder
 - Reservekapazitäten
 - Gegenseitiges Kennen als wichtige Voraussetzung der Zusammenarbeit
 - Überweisungsverfahren und abschließendes Feedback

- 4 Muster bei der längerfristigen Kommunikation und Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen
 - Verständnis der jeweiligen Aufgabe; Einschätzung und Planung als einmaliges Ereignis oder fortlaufender Prozess?
 - Klarheit über Rollen und Verantwortlichkeiten
 - Wie viel gemeinsame Verantwortung gibt es?
 - Wer ist für das Denken zuständig?
 - Was und wie viel sollte gemeinsam getan werden?

- Was erschwert oder erleichtert eine gute Teamarbeit bei der langfristigen Betreuung eines Falles?
 - Werden Konflikte unterdrückt oder gibt es eine gemeinsame Kultur, in der es akzeptabel und gar wünschenswert ist, die jeweiligen Einschätzungen wechselseitig zu hinterfragen?
 - Gruppendenken
 - Zugeschriebener oder wahrgenommener beruflicher Status
 - Überbewertung der Aufgabe, in verschiedenen Einrichtungen Angebote bereitzustellen

- 5 Muster bei den Interaktionen zwischen Familie und Fachkräften
 - Dominanz der Mutter beim Kontakt mit sozialen Einrichtungen
 - Durch klassische Geschlechterrollen geprägte Darstellung von Problemen durch die Familienmitglieder

- 6 Muster beim Denken, Argumentieren und Schlussfolgern
 - Mangelndes Hinterfragen von Urteilen und Plänen
 - Fehlerneigung
 - Attributionsfehler
 - Tunnelblick