

Ein systemischer Ansatz zur Untersuchung von Todesfällen aufgrund von Kindeswohlgefährdung

Eine neue systemische Verfahrensweise zur Untersuchung von Todesfällen aufgrund von Kindeswohlgefährdung nimmt Bezug auf Erkenntnisse aus dem Ingenieurwesen. Bisher basierten die Schlussfolgerungen der Untersuchungen zu Kindeswohlgefährdungen vor allem darauf, fachliches Versagen zu identifizieren. Die Lösungsansätze sind daher zumeist darauf angelegt, Fehlverhalten auszuschließen und das Handeln der Fachkräfte zu kontrollieren. Zu den üblichen Lösungsvorschlägen gehören: psychologischer Druck, um höhere Standards in der Praxis zu erreichen, zunehmende Formalisierung der Verfahren und Richtlinien, um individuelles Fehlverhalten zu begrenzen, sowie genauere Kontrolle durch Vorgesetzte. Die Untersuchung zum Todesfall von Victoria Climbié folgt diesem Modell. 30 Jahre solcher Untersuchungen haben jedoch nicht zu der erwarteten Verbesserung der Sozialarbeit geführt. Tatsächlich belegt der Untersuchungsbericht zum Fall Climbié, dass verschiedene Institutionen der Sozialarbeit auf einem sehr niedrigen professionellen Niveau arbeiten und selbst grundlegende Regeln guter Sozialarbeit nicht beachten. Im Ingenieurwesen führte eine ähnliche Geschichte von Misserfolgen zur Entwicklung einer systemischen Herangehensweise. Die Identifizierung menschlichen Versagens wird nicht als Endergebnis, sondern als Ausgangspunkt einer Untersuchung angesehen. Untersucht werden die Hintergründe menschlichen Versagens, indem die Interaktion zwischen professionellem Verhalten, den vorhandenen Ressourcen und dem organisatorischen Kontext analysiert werden. Eine Übertragung dieses Verfahrens auf den Kinderschutz wird im folgenden Artikel umrissen.

I. Einführung

„If at first you don't succeed, try, try again.“¹

Dieses englische Sprichwort ist bei den Versuchen, den Kinderschutz in Großbritannien zu verbessern, eindeutig befolgt worden. Inzwischen sind wir aber an einem Punkt angelangt, an dem die Weisheit dieses Sprichworts angezweifelt werden muss; vielleicht ist es Zeit, dass wir uns einer anderen bekannten Redensart zuwenden:

„Don't keep hitting your head against a brick wall.“²

Die Publikation des Berichts zum Todesfall *Victoria Climbié* markiert einen Wendepunkt (Department of Health, 2003). Der Bericht gleicht früheren Berichten nicht nur in seiner Fehleranalyse, sondern auch in seinen Verbesserungsvorschlägen. In Kenntnis aller Untersuchungsberichte seit 1973 konnte ich aber einen auffallenden Unterschied fest-

stellen: Im Vergleich zu den vorhergegangenen Berichten beschreibt der Climbié-Bericht eine unfassbare Verschlechterung der fachlichen Praxis. Die Fehler sind ähnlicher Natur, jedoch wesentlich verbreiteter – in allen Berufen und in zahlreichen Situationen –, was eine signifikante Verschlechterung von Praxisstandards nahelegt. Zusätzlich zeigte sich eine starke Abnahme der Mitarbeitermotivation und das daraus resultierende Problem, erfahrene Mitarbeiter/innen zu gewinnen und zu halten (Audit Commission, 2002). Die für *Victoria Climbié* zuständige Behörde beschäftigte vor allem befristet angestellte Kräfte, die nicht in Großbritannien ausgebildet worden waren. Trotz energischer Anstrengungen, den Kinderschutz zu verbessern, scheinen sich die Dienstleistungen der Sozialarbeit zu verschlechtern. Die lange Reihe öffentlicher Untersuchungen war teuer und anstrengend. Obwohl diese Untersuchungen auf intelligente Art und Weise durchgeführt wurden und sorgfältige Analysen der Praxis sowie sinnvolle Verbesserungsvorschläge lieferten, haben sie nicht zu den erwünschten Verbesserungen für Kinder und ihre Familien geführt.

Es ist an der Zeit, innezuhalten, zu reflektieren und sich zu fragen, ob es nicht einen anderen Weg gibt, das Problem anzugehen. Glücklicherweise existiert eine solche Alternative: Das Ingenieurwesen hat eine ähnliche Geschichte: Aus wiederholten Untersuchungen von Katastrophen, wie zB Flugzeugabstürzen oder Unfällen in Atomkraftwerken, wurden gut durchdachte Verbesserungsvorschläge entwickelt. In der Folge weiterhin auftretende Unfälle und Katastrophen deckten auf, dass die Verbesserungsvorschläge entweder nicht den gewünschten Erfolg erzielt hatten oder nicht 100-prozentig umgesetzt worden waren (Reason, 1990; Woods et al., 1994). Daraus wurde die Schlussfolgerung gezogen, dass diese traditionellen Untersuchungen nicht weitreichend genug waren. Sie tendierten dazu, zunächst technische Fehler in den Blick zu nehmen und sich dann auf menschliches Versagen zu konzentrieren. Lagen menschliche Fehler vor – zB ein Techniker, der ein Warnlicht übersehen hatte, oder ein Pilot, der ein Messinstrument falsch abgelesen hatte –, wurden diese als eine ausreichende Erklärung für das Zustandekommen von Unfällen akzeptiert: Wären die „richtigen“ Entscheidungen gefällt worden, wäre die Katastrophe

* Die Verf. ist Dozentin für Sozialpolitik an der London School of Economics. Sie verfügt über Erfahrungen in der Praxis und Lehre der Sozialarbeit. Ihre wissenschaftlichen Interessen liegen im Bereich der menschlichen Urteilsbildung und des Risikomanagements im Kinderschutz und der psychosozialen Versorgung. Die Veröffentlichung des Fachbeitrags, der in *British Journal of Social Work* 2005 (35), 531 bis 546, (in englischer Sprache) erschienen ist, erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Oxford University Press. Der Fachbeitrag wurde von *Emily Katzenstein*, Heidelberg, ins Deutsche übersetzt.

1 „Wenn Du es das erste Mal nicht schaffst, versuche es, versuche es noch einmal.“

2 „Versuche nicht, mit dem Kopf durch die Wand zu gehen.“

nicht passiert. In der Konsequenz wurden Lösungsansätze darauf angelegt, die Möglichkeiten menschlichen Fehlverhaltens einzuschränken. Zu diesem Zweck wurden drei Strategien genutzt: psychologischer Druck, gewissenhafter zu arbeiten, zunehmende Automatisierung oder Formalisierung der Aufgaben, um menschliche Urteilsfehler zu begrenzen, sowie, drittens, schärfere Kontrollen der Fachkräfte, um sicherzugehen, dass Anweisungen befolgt werden.

Diese Methode hat die Probleme jedoch nicht behoben. In manchen Fällen schien diese Herangehensweise sogar neue Schwierigkeiten hervorzurufen. In der Luftfahrt, zB, automatisierten die Ingenieure so viele Aufgabenbereiche wie möglich, immer in der Annahme, eine erhöhte Automatisierung bedeute eine Verbesserung:

„... die Teile, die automatisiert werden konnten, wurden automatisiert und der Rest wurde den Menschen überlassen.“
(Norman, 1993, 47)

Leider führte dies dazu, dass die Aufgaben der Piloten schwieriger wurden. Es ist üblich, dass Piloten intervenieren müssen, wenn die Instrumente versagen; jetzt aber mussten sie dies auf der Grundlage von wesentlich spärlicheren Informationen tun. In den Anfängen der Luftfahrt flogen Piloten das Flugzeug mithilfe einiger weniger technischer Instrumente und mit einer genauen Kenntnis der Abläufe. Trat ein Problem auf, so hatten sie mit großer Wahrscheinlichkeit eine Ahnung davon, wo und wie das Problem entstanden war. Dieses Wissen half ihnen bei der Diagnose und Beseitigung des Problems. Nachdem die Flugzeuge weitgehend automatisiert worden waren, wurden sie praktisch von Computern geflogen, während die Piloten wenig über die technischen Abläufe wussten. Wenn sie eine Situation fehlinterpretierten und das Flugzeug abstürzte, wurde dies dennoch auf menschliches Versagen zurückgeführt. Als Konsequenz wurde die Automatisierung der Flugzeuge weiter vorangetrieben mit der Folge einer weiteren Verschärfung der Situation, denn so wurden die den Piloten verbliebenen Aufgaben noch schwieriger.

Diese traditionelle Form der Untersuchung ist inzwischen durch einen systemischen Ansatz abgelöst worden. Die Identifikation menschlichen Versagens wird inzwischen nicht länger als Ziel, sondern als Ausgangspunkt einer Untersuchung angesehen: Warum sind menschliche Leistungen unter diesen Umständen ungenügend? Welche Anforderungen stellen die Aufgaben an das Können und Wissen der Fachkräfte? Hat die verantwortliche Fachkraft die nötigen Qualifikationen, und sind die Anforderungen realistisch, gemessen an dem, was wir über das menschliche Urteilsvermögen wissen? In welchem Wechselspiel stehen die jeweiligen Aufgaben mit weiteren Anforderungen an die handelnden Personen?

Katastrophen können nur sehr selten auf einen einzigen entscheidenden Fehler einer besonders inkompetenten Person zurückgeführt werden. Sie sind meist das Resultat eines Systems, das mit vielen kleinen, chronischen Fehlern und Unterlassungen arbeitet, die nicht immer Konsequenzen haben müssen, unter tragischen Umständen in ihrer Verkettung aber zu einer Katastrophe führen können. In diesem Fall ist die

Lösung nicht die Zurechtweisung der Fachkraft, die den letzten Fehler in dieser langen Kausalkette beging. Stattdessen ist es notwendig, das System zu untersuchen, um festzustellen, ob es möglich ist, die Aufgaben besser auf die Fähigkeiten der handelnden Personen, ihr Wissen und die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen abzustimmen.

Die Parallelen zum Kinderschutz sind offensichtlich. Auch in diesem Bereich wurden Untersuchungen üblicherweise abgeschlossen, sobald Fehler im fachlichen Handeln nachgewiesen werden konnten. Beispiele hierfür gibt es genug: Sozialarbeiter/innen unterließen es, das Kind zu befragen, die Fachkraft der Gesundheitshilfe fehlinterpretierte die Hinweise, die ihr vorlagen, oder der Arzt enthielt anderen Fachkräften wichtige Informationen vor. Die gesammelten Erfahrungen von 30 Jahren Untersuchungen zu Kindesmisshandlungen haben die üblichen Lösungsansätze hervorgebracht: psychologischer Druck, um Fehler zu vermeiden, zunehmend detaillierte Verfahren und Richtlinien, vermehrte Kontrolle durch die Leitung, um die Einhaltung von Richtlinien zu überprüfen, sowie Einschränkung individueller professioneller Beurteilungsmöglichkeiten durch standardisierte Protokolle, Bewertungsvorgaben und Entscheidungshilfen (zB Department of Health, 1999). Auch in diesem Bereich funktionieren diese Lösungsansätze jedoch nicht, sondern scheinen neue Probleme zu verursachen. Dieser Artikel skizziert den Rahmen für eine systemische Vorgehensweise bei Untersuchungen. Unter Bezugnahme auf den Fall *Victoria Climbié* wird gezeigt, wie dieser Ansatz eine traditionelle Untersuchung bereichert, indem neue Fragen gestellt und neuartige Lösungen gefunden werden können.

II. Systemorientierte Untersuchungen

Entscheidend für einen Paradigmenwechsel im Verständnis von Fehlern ist, die Identifizierung menschlichen Versagens nicht als Abschluss, sondern als Ausgangspunkt einer Untersuchung zu betrachten (Rasmussen, 1986). Der Untersuchungsbericht im Fall *Climbié* zieht die Schlussfolgerung:

„Victoria starb, weil die für ihre Pflege zuständigen Fachkräfte nachlässig handelten. Aufgrund mangelnder Beobachtung und Begleitung konnte dieses nicht verhindert werden.“
(Department of Health, 2003, para. 6.94)

Aber warum arbeiteten die Fachkräfte nachlässig? Warum arbeiteten intelligente, motivierte Personen, die einen fürsorglichen Beruf und die Arbeit mit traumatisierten Kindern gewählt hatten, auf einem so niedrigen fachlichen Niveau? Das ist die Schlüsselfrage, die wir uns stellen müssen, um eine effektive Lösung zu finden.

Eine systemorientierte Herangehensweise sucht nach Erklärungen für Fehler in allen Teilen des Systems, nicht nur beim Individuum. Wenn eine traditionelle Untersuchung menschliches Versagen als die Ursache des Problems identifiziert, geht man davon aus, dass die Person, die den Fehler begangen hat, anders hätte handeln können, und dass er oder sie für den Fehler – die Vernachlässigung eines wichtigen Schrittes oder die Fehlinterpretation einer Information – verantwortlich gemacht werden kann. Die systemorientierte Me-

thode hat ein komplexeres Bild der Kausalzusammenhänge. Der handelnde Mensch ist in dieser Sichtweise nur ein Faktor unter vielen: Das Endergebnis wird als Produkt der Interaktion zwischen dem Individuum und dem Rest des Systems betrachtet. Es hat sich gezeigt, dass menschliches Versagen selten zufällig auftritt, sondern verstanden, und damit auch vorhergesagt werden kann, wenn es in einem größeren Kontext betrachtet wird.

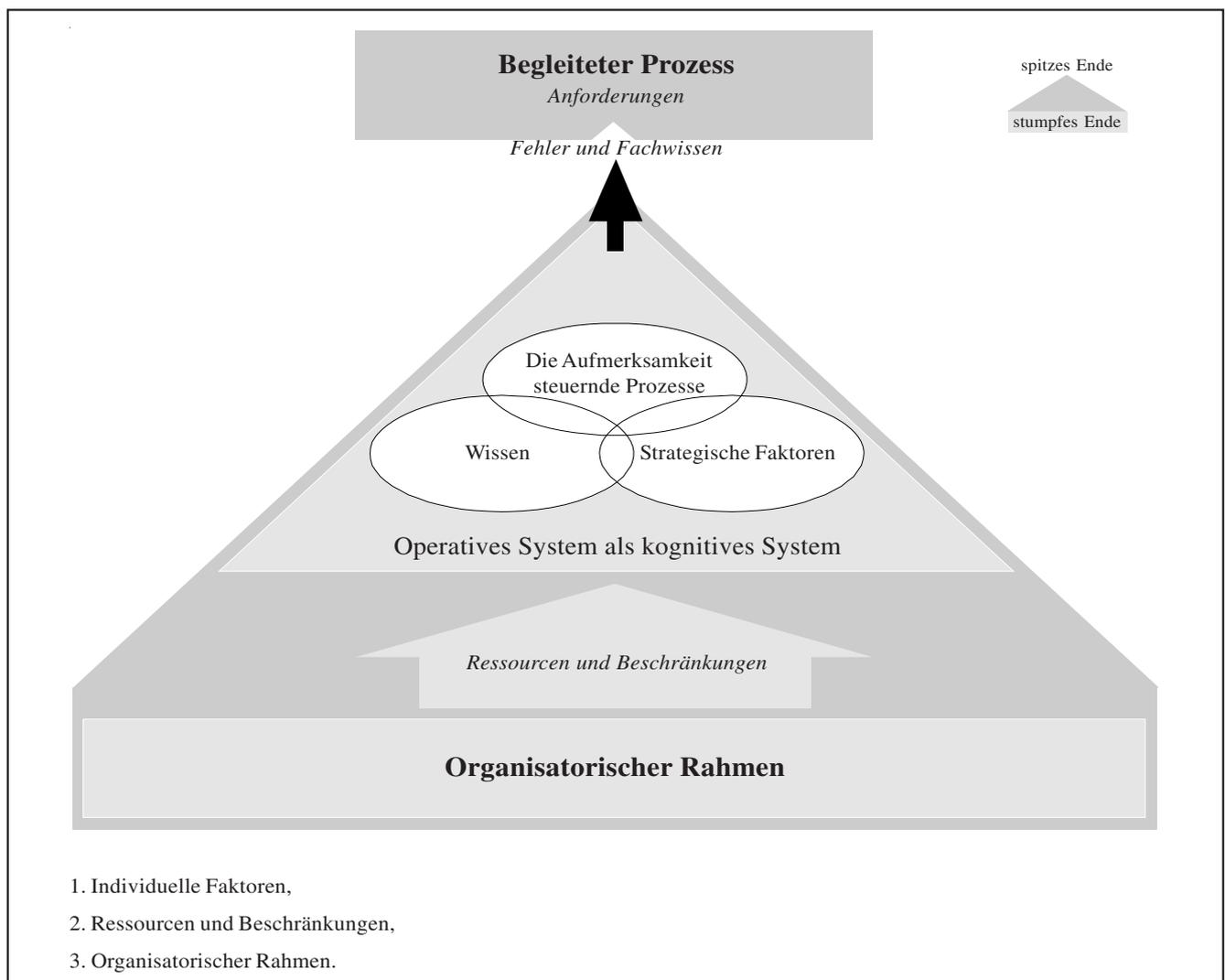
Wenn etwa Handybesitzer nach ihrer Handynummer gefragt werden, haben sie oft Schwierigkeiten, diese wiederzugeben. Sie müssen sie nachsehen oder machen Fehler bei der Angabe der Nummer. Das kann als menschliches Unvermögen eingeordnet werden, aber es ist kein verblüffendes Ergebnis. Im Gegenteil, es ist geradezu vorhersehbar, wenn man sich die Gestaltung der Mobilfunknummern vergegenwärtigt. Die Nummern haben elf Stellen, während das menschliche Kurzzeitgedächtnis nur ungefähr sieben Begriffe (plus/minus zwei) auf einmal bewältigen kann (Simon, 1990). Es ist daher nicht verwunderlich, dass Menschen Probleme mit dem Erinnern einer elfstelligen Nummer haben. Obwohl sie oft ähnlich lang sind wie Handynummern, ist es einfacher, sich an Festnetznummern zu erinnern, da diese systematisch gruppiert sind. Eine Nummer hat bspw. eine Auslandsvorwahl, eine Ortsvorwahl und nur die letzten vier Ziffern sind dem entsprechenden Telefon zugeordnet. Dh., dass nur noch sechs

Begriffe gelernt werden müssen: Die Vorwahlen werden jeweils als Einheit betrachtet.

Wenn jemand eine Telefonnummer falsch wiedergibt, ist dies ein Beispiel menschlichen Unvermögens. Ein Teil der Ursache liegt jedoch im Aufbau des Systems, das nicht in angemessener Weise auf seinen menschlichen Benutzer zugeschnitten ist. Wenn wir die Fehlerquote dieses Experiments senken wollen, wird das Tadeln der Teilnehmer/innen und die Aufforderung, sich mehr anzustrengen, nur sehr begrenzten Erfolg haben. Indem die kognitive Aufgabe so abgeändert wird, dass sie besser an die menschlichen Fähigkeiten angepasst ist, könnte eine effektivere Lösung erzielt werden. Dieses ist im Wesentlichen die Art der Lösungen, die in einer systemorientierten Untersuchung angestrebt werden.

Menschliche Leistung muss also in ihrem größeren Kontext verstanden werden. Woods et al. (1994, 21) haben das folgende Diagramm zur Illustration der verschiedenen Ebenen einer Analyse erstellt.

Am spitzen Ende des Systems interagieren die Sozialarbeiter/innen mit Kindern und Eltern. Effektive Hilfe oder das Ausbleiben derselben ergibt sich aus dem Wechselspiel zwischen den Schwierigkeiten der Familie und den Erfahrungen, Qualifikationen und Ressourcen der Fachkraft. Der Einfluss auf das Endergebnis der Interaktion kann in drei verschiedene Ebenen unterteilt werden.



1. Individuelle Faktoren

Wenn wir ein tragisches Ereignis untersuchen, so geschieht das rückblickend, und aus dieser Sicht erscheint es offensichtlich zu sein, welche Informationen ausschlaggebend waren und welche Entscheidungen erforderlich gewesen wären. Daher sind wir oft sprachlos angesichts der vermeintlichen Dummheit der Beteiligten. Psychologische Forschung hat jedoch gezeigt, dass unser Urteilsvermögen sehr vom Wissen um den Ausgang eines Prozesses beeinflusst wird und wir rückblickend überschätzen, was die Beteiligten hätten vorhersehen können (Fischhoff, 1982).

„Für die, die sich mit den Katastrophen beschäftigen, in die andere Menschen verwickelt waren, scheint es oft absurd, dass die Warnungen und die Fehler, die rückblickend so offensichtlich scheinen, nicht bemerkt worden sind. Mit Objektivität und Rückblick gesegnet, sind wir versucht, über die Beteiligten zu urteilen und uns darüber zu wundern, wie diese Leute so blind, dumm, arrogant, unwissend und unbesonnen sein konnten.“ (Reason, 1990, 214)

Lord *Laming*, der Vorsitzende der Climbié-Untersuchung, äußerte seine Verwunderung über das Handeln der für *Victoria* zuständigen Fachkräfte in folgender Weise:

„Sogar nach Anhören des gesamten Beweismaterials bleibt es mir rätselhaft, dass niemand in den zuständigen Institutionen die Geistesgegenwart hatte, die relativ einfachen Richtlinien zu befolgen, die regeln, was zu tun ist, wenn eine Kindeswohlgefährdung vorliegt.“ (Department of Health, 2003, para. 1.19)

Sowohl aus moralischen als auch aus rechtlichen Gründen ist es notwendig, professionelles Verhalten zu bewerten. Wenn aber unser Ziel die Minimierung künftiger Fehler ist, müssen wir weitergehen und versuchen, die „lokale Rationalität“ zu verstehen (Woods et al., 1994): Wie sah die Situation aus der Perspektive der Beteiligten aus, sodass sie fälschlicherweise annehmen konnten, dass der Weg, den sie wählten, der richtige sei? Nur indem die Faktoren untersucht werden, die die menschliche Wahrnehmung und das Zusammenspiel von Gruppen beeinflussen, können neue und effektive Lösungen entwickelt werden.

Um die „lokale Rationalität“ zu rekonstruieren, müssen wir uns ein realistisches Bild vom menschlichen Urteilsvermögen machen. Die vorherrschende Vorstellung von Rationalität ist die des in Gedanken versunkenen Individuums, das alle Anhaltspunkte überprüft und auswertet, bevor es zu einer Entscheidung kommt (diese Idee verkörpert zB die Statue „Der Denker“ von *Rodin*). In Wirklichkeit ist der Weg zu Erkenntnissen ein komplexer Vorgang. In der Kinderschutzarbeit ist die Einschätzung einer Situation a) ein Teil ständiger Aktivität, b) oft über Gruppen verteilt, sodass es nicht um die alleinige Einschätzung eines Individuums geht, und c) existieren diese Gruppen innerhalb eines organisatorischen Rahmens, der ihre Handlungsmöglichkeiten einschränkt, Belohnungen und Strafen aussetzt, Ziele definiert, die nicht immer kongruent sind und Ressourcen zur Verfügung stellt (Woods et al., 1994, 45).

Anstelle des idealen Denkers schlägt *Simon* (1996) das Konzept einer begrenzten Rationalität vor. Menschen haben begrenzte Fähigkeiten und vereinfachen deshalb die Aufgaben, die ihnen gestellt werden, um sie ausführen zu können. Wir sollten die Beteiligten nicht mit der perfekten Rationalität des Rückblicks verurteilen, sondern versuchen zu begreifen, wie sie die Welt und ihre Aufgaben sahen, sodass wir verstehen können, weshalb ihnen ihre Handlungen rational und angebracht erschienen.

Woods et al. (1994, 48) listen drei Gruppen kognitiver Faktoren auf, die die Handlungsabsichten von Menschen formen: Wissen, Aufmerksamkeitsfaktoren und strategische Faktoren.

a) Wissen – Faktoren, die im Zusammenhang mit dem Wissen und den Fähigkeiten stehen, die dem Individuum zur Problemlösung zur Verfügung stehen

Es ist offensichtlich, dass vielen der zuständigen Personen in *Victorias* Fall das notwendige Wissen und die Fähigkeiten fehlten. Das Untersuchungsprotokoll nennt mehrere Beispiele gravierender Inkompetenz.

„Aufgrund des Mangels von Mitarbeiter/inne/n, die ausreichend qualifiziert waren, um ihre Aufgaben erfüllen zu können, stand das System vor dem Zusammenbruch.“ (para. 5.190)

Manche der Zeugen gaben zu, dass sie sich nicht ausreichend qualifiziert fühlten (s. zB para. 6.794). Der fallzuständige Sozialarbeiter hatte weder jemals zuvor eine Gefährdungseinschätzung anlässlich einer vermuteten Kindesmisshandlung vorgenommen noch hatte er je an einer Fallkonferenz anlässlich einer solchen teilgenommen (para. 6.758). Um zu erklären, weshalb Richtlinien nicht befolgt wurden, gestanden hochrangige Mitglieder der Leitung sogar ein, dass sie sich nicht sicher waren, ob alle in den Fall involvierten Sozialarbeiter/innen über ausreichende Lese- und Schreibfähigkeiten verfügten (para 1.60).

Emotionale Intelligenz ist ein weiterer wichtiger Faktor im Bereich des Kinderschutzes (*Reder/Duncan*, 1999, 2003). Sozialarbeiter/innen müssen mit den schwierigen und hoch emotionalen Situationen, die ihr Beruf mit sich bringt, umgehen können. Sie bringen ihre eigenen Erfahrungen und manchmal schmerzhaft Erinnerungen mit und müssen sich mit den Reaktionen der Eltern auseinandersetzen, die zu Recht oder Unrecht beschuldigt werden, ihre Kinder zu vernachlässigen oder zu missbrauchen. Nicht selten sind sie mit physischer Gewalt konfrontiert. Die gefährdeten Kinder lösen oft eine stark emotionale Reaktion bei den Fachkräften aus; der menschliche Instinkt, hilflose Kinder zu beschützen, ist sehr stark. Gelingt es dem oder der Sozialarbeiter/in nicht, mit dem emotionalen Stress umzugehen, kann das negative Folgen für die betreuten Familien wie auch für sie/ihn selbst haben. In Extremfällen kann es zum Burnout kommen, der sich in emotionaler Erschöpfung, distanzierendem, unpersönlichen Verhalten (oder Zynismus) und abnehmenden persönlichen Leistungen äußern kann (*Maslach et al.*, 2001). Erschöpfung ist das vorherrschende Symptom und führt zu einer Distanzierung von der eigenen Arbeit, die

wiederum Folgen für die betreuten Familien hat. Untersuchungen haben gezeigt, dass Burnout zumeist aufgrund der Arbeitssituation und nicht aufgrund der Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen entsteht (Maslach et al., 2001).

Das Burnout-Syndrom kann vielleicht einen ungewöhnlichen Aspekt des Falls *Victoria Climbié* erklären: die scheinbare Gleichgültigkeit, die ihr widerfuhr. Die emotionale Berichterstattung in den Medien erweckte den Eindruck, dass die für *Victoria* zuständigen Fachkräfte schwächlich und herzlos handelten, mehr noch, dass sie dem Leid eines Kindes gleichgültig gegenüberstanden. Auf den zweiten Blick erscheint dies unwahrscheinlich. Falls es aber dennoch der Fall gewesen sein sollte, so müsste sich seit ihrer Berufswahl etwas Entscheidendes verändert haben. Historisch gesehen sind Angehörige dieser Berufsgruppe immer als freundliche, warmherzige Personen betrachtet worden; Sozialarbeiter/innen wurden aufgrund ihrer Großherzigkeit manchmal sogar als Gutmenschen verspottet. Frühere Untersuchungen zu Kindesmisshandlungen kritisierten die Beteiligten oft dafür, dass sie emotional zu verstrickt gewesen seien, etwa indem sie eine so enge Beziehung zu den Eltern entwickelten, dass sie sich über das Ausmaß der Kindesmisshandlung täuschen ließen. Der Fall *Victorias* unterscheidet sich in diesem Punkt. Sowohl die Beteiligten des Untersuchungsausschusses wie auch die Öffentlichkeit brachte/n ihr viel Mitgefühl entgegen, aber es ist leider offensichtlich, dass sie in den letzten Monaten ihrer gequälten Existenz nur wenig Aufmerksamkeit und Mitgefühl von denen bekam, denen ihre Pflege anvertraut worden war. Es gab einige bemerkenswerte Ausnahmen, wie zB die Tagesmutter und der diensthabende Arzt des „Central Middlesex Casualty Department“, aber der allgemeine Eindruck, den der Untersuchungsbericht vermittelt, ist der von Fachkräften, die mit speziellen Aufgaben befasst sind, und lässt darüber das Kind, das eigentlich im Mittelpunkt stehen sollte, vergessen.

b) Aufmerksamkeitsdynamiken – Faktoren, die in gegebenen Situationen die Aufmerksamkeit und die Arbeitsbewältigung beeinflussen

Prozesse, die die Aufmerksamkeit steuern, sind besonders wichtig, wenn die Fachkräfte unter schwierigen Bedingungen arbeiten. Worauf richteten sie ihre Aufmerksamkeit im entscheidenden Zeitraum? Der Untersuchungsbericht zum Fall *Victoria* vermerkt, dass die für *Victoria* zuständige Sozialarbeiterin unter einer sehr hohen Arbeitsbelastung stand. Sie hatte insgesamt 19 Fälle zu bearbeiten. Das überschreitet das gesetzlich vorgesehene Maximum um sieben Fälle (para. 6.209). Dh aber auch, dass *Victorias* Fall nur einer von vielen war, zu denen sie täglich Informationen erhielt. Die Gesamtmenge an Informationen, die sie täglich erreichten, mag über dem gelegen haben, was ein menschliches Gehirn verarbeiten kann. Der Untersuchungsbericht beschreibt, was sie unterließ, aber er macht keine Angaben darüber, was sie stattdessen tat. Wahrscheinlich schienen ihr andere Aufgaben zu jenem Zeitpunkt dringlicher, und ohne zusätzliche Informationen können wir nicht bewerten, ob sie unrecht hatte.

Ein bedeutsamer Faktor, der in zahllosen Untersuchungsberichten von Unfällen aus dem Bereich der Industrie ausge-

macht werden konnte, ist, dass Personen es unterlassen, wichtigen neuen Informationen, die ihr bisheriges Urteil infrage stellen, genug Beachtung zu schenken. Hinweise, die das bisherige Urteil des Teams oder der Fachkraft infrage stellen, werden missachtet oder in einer Weise verkürzt, dass sie als kongruent mit dem bisherigen Urteil erscheinen (Woods et al., 1994, 72). Dieser Wahrnehmungsfehler wurde auch in den Nachbearbeitungen früherer Untersuchungen bemerkt (Reder/Duncan, 1999; Munro, 1999). Das Unvermögen, eine Situationseinschätzung zu verändern, ist auch in *Victorias* Fall evident, in dem die erste Einschätzung ihrer Situation als nicht Kindeswohlgefährdend nachhaltige Auswirkungen auf die Einschätzung späterer Informationen durch die Fachkräfte hatte. Forschung zu Möglichkeiten, diesem Fehler entgegenzuwirken, hat ergeben, dass üblicherweise eine Person mit einem neuen Blickwinkel auf die Situation vonnöten ist (Woods et al., 1987). Normalerweise ist dies die Aufgabe von Supervisor/inn/en. In *Victorias* Fall war die Supervision jedoch sowohl zeitlich wie auch in ihrem Umfang höchst begrenzt (auf 30 Minuten in 211 Tagen) (para. 6.551). Wenn im System kein Verständnis dafür vorhanden ist, wie schwierig es für Fachkräfte ist, ihre eigenen Urteile infrage zu stellen, und Mechanismen wie die Supervision so begrenzt sind, ist eine hohe Fehlerquote zu erwarten.

c) Strategische Faktoren – der Umgang mit verschiedenen Zielen, die im Konflikt zueinander stehen, speziell in unsicheren, risikoreichen Situationen, in denen die zur Verfügung stehenden Ressourcen begrenzt sind (zB Zeitdruck, Ressourcen, Kosten)

Die Kinderschutzarbeit ist reich an solchen Konflikten, die zT in der Natur des Berufs liegen, zum anderen Teil aber durch organisatorische Änderungen ins Leben gerufen worden sind. Wie diese Konflikte von den Fachkräften wahrgenommen und gelöst werden, muss erforscht werden, da sie fachliche Entscheidungen stark beeinflussen.

Ein immerwährender Konflikt in der Kinderschutzarbeit ist der Konflikt zwischen Hilfe und Kontrolle, zwischen der Aufgabe, die Eltern zu unterstützen, und der Aufgabe, festzustellen, ob die Eltern ihre Kinder vernachlässigen, misshandeln oder missbrauchen, zwischen dem Erhalt der Familie und der Rettung der Kinder. Der Umgang mit diesem Konflikt wird zzt durch das Kinderschutzgesetz von 1989 geregelt (Children's Act). Das Gesetz unterscheidet zwischen Kindern, die auf Unterstützung und Hilfen angewiesen sind (children in need/Section 17), und Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, der Ermittlungen erfordert (allegations of abuse/Section 47). Im Idealfall sollten Sozialarbeiter/innen während ihrer Zusammenarbeit mit einer Familie beide Möglichkeiten im Auge behalten. Der *Climbié*-Untersuchungsbericht kritisiert scharf, dass die anfängliche Klassifizierung *Victorias* als Kind mit Hilfebedarf (Section 17) die Wahrnehmung späterer Hinweise durch die Fachkräfte erheblich beeinträchtigte und dadurch zu ungenügenden Nachforschungen führte. Die zuständige Sozialarbeiterin glaubte dem Bericht von *Victorias* Großtante, als diese erzählte, wie *Victorias* Verletzungen zustande gekommen seien, und sagte dem Untersuchungsausschuss: „Ich hatte keinen Grund, an dem zu zweifeln, was sie sagte.“ Diese Aussage legt nahe,

dass die Sozialarbeiterin den Fall nicht als eine Untersuchung sah: Wird ein/e Verdächtige/r zu einem Vergehen befragt, gibt es gute Gründe, anzuzweifeln, ob er oder sie die Wahrheit sagt, wenn er/sie das Vergehen abstreitet.

Ein anderer Konflikt, mit dem Sozialarbeiter/innen oft konfrontiert sind und der sich aus den Reformen des Managements ergeben hat, ist die Zeitaufteilung zwischen Betreuung der Familien und Schreibtischarbeit.

In seiner jetzigen Form belastet das „Audit-System“ die Fachkräfte mit sehr viel bürokratischem Aufwand. Es ist möglich, dass dadurch ein neues Dilemma verursacht wird. Das Audit-System misst eher Quantität als Qualität. Der zusätzliche Arbeits- und Zeitaufwand, der notwendig ist, um eine Aufgabe qualitativ gut zu erfüllen, wird weder bemerkt noch belohnt. In Stresssituationen werden Fachkräfte deshalb dazu neigen, nur die sichtbaren Aspekte ihrer Arbeit zu machen, für die sie Anerkennung oder Kritik erfahren.

2. Ressourcen und Einschränkungen

Diese Ebene des Systems beinhaltet nicht nur die Frage danach, welche Ressourcen den Fachkräften zur Verfügung stehen, um die Familien dabei zu unterstützen, ihre Probleme zu lösen, sondern auch die Frage nach den Maßnahmen, die als Resultat früherer Untersuchungen eingeführt worden sind, um den bestehenden Service zu verbessern. Eine Strategie, die bisher angewandt wurde, um die Fehlerquote zu senken, setzt darauf, die Handlungsweisen der Fachkräfte zunehmend zu leiten und zu objektivieren, indem eine Reihe von Instrumenten zur Informationsverarbeitung entwickelt worden ist. Die Konstruktion dieser Instrumente muss genau untersucht werden: Verbessern sie die Entscheidungen der Fachkräfte, wie gehofft, oder schränken sie stattdessen das Urteilsvermögen ein und behindern eine gute, funktionierende Beziehung zu den Familien?

Vor vielen Jahren entdeckte man in der Sozialarbeit, dass gut gemeinte Handlungen den betreuten Personen nicht immer zum Vorteil dienen. Eine ähnliche Entdeckung machte man auch im Ingenieurwesen. Gut gemeinte Ideen der Konstrukteure führten nicht immer zu guten Werkzeugen. Der Hintergrund dieses Problems lag in der technisch-zentrierten Weltansicht, die sich im Ingenieurwesen durchgesetzt hatte (Norman, 1993). Diese Sichtweise bestimmte die Herangehensweise an die Entwicklung technischer Hilfsmittel und an die Automatisierung jedweder Prozesse. Die Ingenieur/inn/e/n tendierten dazu, jeweils jene Prozesse zu automatisieren, deren Automatisierung sich technisch am einfachsten umsetzen ließ. Es scheint die Annahme vorzuherrschen, dass die Automatisierung von Prozessen ausschließlich gut und jede zusätzliche Automatisierung willkommen sei. Es wird kaum ein Gedanke daran verschwendet, ob die automatisierten Prozesse tatsächlich diejenigen sind, bei denen Menschen technische Hilfe benötigen, weil sie sie selbst nur in ungenügender Weise ausführen können. Bei einer solchen Herangehensweise müssen Menschen die übrig gebliebenen Aufgaben übernehmen, unabhängig davon, ob sie die geeigneten Fähigkeiten für diese Aufgaben mitbringen. Bei der Konstruktion von Maschinen haben Ingenieur/inn/e/n sich darauf konzentriert, Maschinen zu konstruieren, die die entsprechenden Funktionen ausführen; anstatt die Maschine den

Bedürfnissen der Benutzer/innen anzupassen, verließ man sich darauf, dass die Menschen sich auf die Maschine einstellen würden. Im Fall einer Fehlfunktion wurde demzufolge, wenn kein technischer Fehler gefunden werden konnte, meist menschliches Versagen unterstellt. Man sagt, dass ein/e schlechte/r Handwerker/in seinen/ihreren Werkzeugen die Schuld an seiner/ihrer schlechten Arbeit gibt, Konstrukteur/inn/e/n jedoch haben eine vergleichbare Schwäche dafür, den Benutzer/inn/e/n die Schuld an Fehlfunktionen zuzuschreiben anstatt zu prüfen, ob ihre Konstruktion benutzerfreundlich ist.

Diese technisch-zentrierte Herangehensweise wird inzwischen zunehmend infrage gestellt (La Porte/Consolini, 1991; Pool, 1997). Die Alternative ist „benutzerfreundliches Design“. Der/Die Designer/in prüft die ihm/ihr vorliegenden Aufgaben darauf, ob sie von Menschen problemlos ausgeführt werden können oder ob Menschen bei ihrer Ausführung von maschineller Hilfe profitieren könnten. Erst dann wird ein Instrument entwickelt und geprüft, wie dieses Instrument die Gesamtleistung des Benutzers/der Benutzerin beeinflusst.

Es ist möglich, dass die Entwicklung von Instrumenten zur Informationsverarbeitung im Kinderschutz diesem traditionellen Muster folgte, dass also die Entwickler/innen dieser Instrumente sich auf die Aspekte der Sozialarbeit konzentrierten, die leicht zu formalisieren waren, ohne dabei darauf zu achten, welche Auswirkungen dies auf die Praxis haben würde.

Helfen die Einschätzungsbögen den Fachkräften, eine Situation korrekt zu bewerten, oder produzieren sie im Gegenteil eine Flut unausgewerteter Daten? Es gibt immer mehr Hinweise darauf, dass die Instrumente nicht so hilfreich sind, wie zunächst angenommen (Doueck et. al, 1993; English/Graham, 2000). Fluke (1993) fand zB heraus, dass Fachkräfte die formalen Entscheidungshilfen oft erst benutzten, nachdem sie eine Entscheidung getroffen hatten, und sie daher nicht als echte Hilfe, sondern eher als bürokratische Arbeit ansahen.

Eine andere, wichtige Frage, die wir uns stellen müssen, ist: Inwieweit können Prozesse der Kinderschutzarbeit formalisiert werden? Die tragende Aufgabe im Kinderschutz, Betroffene zu befragen und die gewonnenen Daten auszuwerten, scheint nur durch erfahrene Fachkräfte geleistet werden zu können. Der Climbié-Untersuchungsbericht enthält eine Vielzahl von Beispielen, in denen die Fachkräfte den Richtlinien im streng technischen Sinne folgten, ihnen aber relevantes Wissen, Fähigkeiten und Aufmerksamkeit fehlten, um zu gut durchdachten Schlussfolgerungen zu kommen. Victorias Tante bspw wurde zu den Verletzungen ihrer Nichte interviewt. Ungereimtheiten und fehlende Informationen wurden jedoch nicht hinterfragt.

Ein Faktor, der die Entwicklung von wirksamen Instrumenten im Kinderschutz erschwert, ist die Erwartung, dass diese Instrumente eine Doppelfunktion erfüllen. Sie sollen nicht nur zu einer Verbesserung der Praxis führen, sondern gleichzeitig der Leitung und Supervisor/inn/en ermöglichen, die Vorgänge zu kontrollieren. Es ist fraglich, ob ein Instrument beide Aufgaben erfüllen kann.

Die Kontrolle der Fachpraxis im Kinderschutz ist inzwischen so angewachsen, dass ihr Einfluss auf die Sozialarbeit ausgewertet werden muss (Munro, 2004). Dies ist Teil einer größeren Veränderung. Der öffentliche Sektor wird vermehrt politischer und wirtschaftlicher Kontrolle ausgesetzt. Wirtschaftliche Bedenken im Hinblick auf die Kosten öffentlicher Dienstleistungen und der vermehrte politische Einfluss der Neoliberalen hatten Forderungen nach erhöhter Transparenz und klareren Verantwortlichkeiten zur Folge (Power, 1997). Die 1979 gewählte konservative Regierung stand dem öffentlichen Sektor sehr kritisch gegenüber, da sie glaubte, er kreise um seine eigenen Interessen und sei nicht in der Lage, sich flexibel auf die Bedürfnisse der Nutzer/innen einzustellen (Henkel, 1991, 11). Diese Einschätzung führte zu Reformmaßnahmen, die Dienstleistungen effizienter machen und die Rolle der Leitung stärken sollten. Zielvereinbarungen, Leistungsnachweise und Systeme, die der Information des Managements dienen, sind nun Bestandteile der täglichen Arbeit und engen die Handlungsmöglichkeiten des Individuums ein.

3. Organisationskontext

Die jeweilige Organisationskultur beeinflusst in hohem Maße die Ausführung der Aufgaben. Direkte und indirekte Botschaften darüber, was gewünscht und was unerwünscht ist, haben starken Einfluss auf die Arbeit der Fachkräfte.

Die Organisationskultur prägt zB, wie Fachkräfte ihre Prioritäten setzen. Im Kinderschutz gibt es ein fortwährendes Dilemma zwischen der Aufgabe, einerseits Familien zu unterstützen, und andererseits, Kinder zu schützen. Wenn von der Organisation ein gewisser Druck ausgeht, eine der beiden Aufgaben überwiegend zu verfolgen (etwa die Unterstützung der Familie), ohne anzuerkennen, dass dies im Konflikt mit einer anderen Aufgabe der Sozialarbeit steht, finden sich Fachkräfte in einer schwierigen Situation wieder: Versuche, ein Ziel zu erreichen, werden auf Kosten des anderen Ziels gemacht. Unabhängig davon, welchen Weg sie wählen, sind Fachkräfte also der Kritik ausgesetzt.

Das System von Auszeichnungen und Sanktionen formt Verhaltens- und Arbeitsmuster. Das Audit-System setzt explizite Ziele für die Kinderschutzarbeit und listet die Leistungsindikatoren auf, an denen Erfolg oder Misserfolg gemessen werden soll. Dieses Verfahren soll zu erhöhter Transparenz führen, aber das jetzige Audit-System ist relativ grob und bietet nur ein sehr ungenaues Bild der Praxis. Die Leistungsindikatoren scheinen gewählt worden zu sein, weil sie einfach zu messen sind, und nicht, weil sie ein genaues Bild der Leistungen vermitteln, die die Familie erhält. Ob eine Fallkonferenz abgehalten worden ist, wird notiert, aber es gibt keine Nachweise darüber, ob eine gut recherchierte, kritische Debatte stattgefunden hat oder ob wohl durchdachte Pläne gefasst wurden, um dem Kind zu helfen (Munro, 2004). Das System unterstützt Fachkräfte also darin, jene Aspekte ihrer Arbeit auszuführen, die nachgewiesen werden müssen. Indem es die restliche Arbeit nicht honoriert, entmutigt es Versuche, die Qualität der Sozialarbeit zu verbessern.

Die Organisationskultur spiegelt auch die Entwicklung der Werte und Erwartungen der Öffentlichkeit wider. Im Kinderschutz hat die öffentliche Empörung in Fällen, in denen Kin-

deswohlgefährdungen übersehen worden sind, eine defensive Haltung hervorgerufen, in der lieber zu vorsichtig gehandelt wird. Institutionen realisieren, dass das Risiko von Todesfällen aufgrund von Kindeswohlgefährdungen nicht 100-prozentig auszuschließen ist und ergreifen deshalb Maßnahmen, um sich zu schützen. So setzten sie bspw „Schuldvermeidungsmechanismen“ (Hood et al., 2000) in Gang, um sich der Verantwortung zu entziehen. Im Zuge ihrer Nachforschungen fanden Hood et al. heraus, dass ein solcher „Schuldvermeidungsmechanismus“ die Formalisierung von Arbeitsabläufen ist: Die Organisation formalisiert Arbeitsabläufe, sodass es schließlich eine „korrekte“ Art und Weise gibt, einen Fall abzuwickeln. Kommt es dann zu einem tragischen Ereignis, kann darauf hingewiesen werden, dass der Fall mit der angemessenen Sorgfalt behandelt wurde und dass ihre Angestellten sich den Vorschriften entsprechend verhalten haben. Ein Kind mag umgekommen sein, aber die Arbeitsabläufe der Fachkräfte können nachgewiesen und die Fachkräfte dementsprechend nicht für die Tragödie verantwortlich gemacht werden. In einer Organisation, in der diese Haltung vorherrscht, wird mehr Wert darauf gelegt, die Verantwortung für tragische Ereignisse zu vermeiden, als die Ereignisse selbst zu vermeiden. Die Fachkräfte sind deshalb einem enormen Druck ausgesetzt, den Vorschriften entsprechend zu handeln, selbst wenn ihre Erfahrung ihnen sagt, dass dieses dem Kind nicht zum Vorteil gereicht.

Der Climbié-Untersuchungsbericht zeigt Mitgefühl für die Situation der ausführenden Fachkräfte, die unter sehr schwierigen Bedingungen arbeiten mussten, und macht vor allem die Leitungsebene für die Tragödie verantwortlich. Es muss jedoch klar sein, dass auch auf der Leitungsebene Fehler gemacht werden können und diese einer sorgfältigen Analyse unterzogen werden sollten. Im vorherigen Abschnitt habe ich mich auf die „lokale Rationalität“ der ausführenden Fachkräfte konzentriert, während die Leitungsebene als Hintergrund des Systems betrachtet wurde. Die Leitung kann jedoch auch als handelnde Ebene im System verstanden werden, die ihrem Wissen, ihren Fähigkeiten und ihren Ressourcen entsprechend handelt und zudem durch die Prioritäten und Konflikte beeinflusst wird, die in diesem Fall von der kommunalen und nationalen Regierung und der Öffentlichkeit gesetzt werden.

III. Die Climbié-Untersuchung

Was sind die Unterschiede zwischen einer traditionellen und einer systemischen Herangehensweise an eine Untersuchung? In mancher Hinsicht überschneiden sich die Methoden, was auch dadurch ersichtlich wird, dass ich für meine Erörterung den Climbié-Bericht benutzen konnte. Die Hauptunterschiede liegen a) in der Schuldzuweisung, b) in der Reichweite der Untersuchung und c) in der Art der Lösungsansätze.

Die traditionelle Untersuchung hat zwei Ziele bei der Rekonstruktion der Kausalkette, die zu einem tragischen Ereignis führte: eine Wiederholung solcher Tragödien zu vermeiden und die Verantwortlichen ausfindig zu machen. Im vorherigen Abschnitt habe ich dargelegt, dass ein systemisches Verfahren zu besseren Lösungsansätzen führen würde, aber weniger geeignet ist, um die Verantwortlichen zu

identifizieren. Das Ziel einer systemischen Untersuchung ist, zu verstehen, wie fehlerhaftes menschliches Verhalten zustande kommt. Es kann deshalb argumentiert werden, dass die Ergebnisse einer systemischen Untersuchung als mildernde Umstände für die Verantwortlichen ausgelegt werden könnten. Selbstverständlich gibt es ein öffentliches Interesse daran, die Verantwortlichen zu identifizieren, aber es ist vielleicht sinnvoller, diese beiden Aspekte einer Untersuchung voneinander zu trennen und die Frage nach Verantwortlichkeiten und Schuld im Rahmen von Disziplinarmaßnahmen zu regeln, um zu ermöglichen, dass die Untersuchung die Kausalzusammenhänge erforschen kann, ohne sie moralisch bewerten zu müssen.

Sucht man nach der Verantwortung für ein tragisches Ereignis, so ist es wichtig, zwischen einem fehlerhaften Arbeitsprozess und einem unerwünschten Resultat zu unterscheiden. In einem Bereich, der so komplex ist wie der Kinderschutz, arbeiten die Fachkräfte mit nicht-verlässlichen Informationen und beschränktem Wissen. Urteile und Entscheidungen müssen in Situationen der Unsicherheit gefällt werden, sodass eine gewisse Fehlerquote nicht auszuschließen ist (Munro, 1996). Gute Entscheidungen können negative Ergebnisse zur Folge haben (Fischhoff, 1982). In *Victorias* Fall wurden allerdings erstaunlich viele Beispiele einer mangelhaften, von Standards der Fachpraxis abweichenden Vorgehensweise gefunden. *Neill Garnham*, QC, der Vorsitzende der Untersuchung, listete in seiner Eröffnungsrede zwölf Beispiele für Situationen auf, in denen Fachkräfte die Möglichkeit gehabt hätten, die Kindeswohlgefährdung *Victorias* zu erkennen und sie zu schützen. Im Laufe der Untersuchung wurden weitere solcher Beispiele bekannt. Jede dieser Situationen hatte das Potenzial, die darauffolgenden Ereignisse abzuwenden, und erforderte nicht etwa überdurchschnittliches Engagement, sondern nur die Einhaltung elementarer Regeln guter Kinderschutzarbeit: „... nicht eine davon erforderte überdurchschnittliche Fähigkeiten oder viel Zeit“ (Department of Health, 2003, para. 1.17). Der Untersuchungsbericht schlussfolgerte, dass *Victorias* Fall „durch eine beständige Missachtung grundlegender Prinzipien guter Kinderschutzarbeit gekennzeichnet war“ (Department of Health, 2003, para. 6.557).

Die Reichweite der traditionellen Untersuchung ist in zwei Punkten begrenzter als die der systemischen Untersuchung: Der Fokus liegt auf dem Management eines Falls, und der weitere Kontext der Arbeitsumgebung wird nur untersucht, wenn ein direkter Einfluss auf den Fall zu erkennen ist. Eine systemische Untersuchung konzentriert sich hingegen auf das Wechselspiel der verschiedenen Ebenen des Systems, sodass sich ein detaillierteres Bild des Falls in seinem Kontext ergibt.

Die erste größere Untersuchung in einem Kinderschutzfall (zum Tod von *Maria Colwell* [DHSS, 1974]) unterschied sich insofern von den darauffolgenden Untersuchungen, als dass sie ein Versagen des gesamten Systems konstatierte. Vor *Marias* Tod waren Fälle von Kindeswohlgefährdung nicht nur in der Öffentlichkeit weitgehend unbekannt, sondern auch vielen Fachkräften kein vertrautes Thema. Ein System, das Kommunikation und Kooperation zwischen den Fachkräften ermöglichte, existierte nicht. *Marias* Fall aber zeigt

te, wie essenziell ein solches System ist, um ein vollständiges Bild davon zu erhalten, was mit einem Kind geschieht. Die Untersuchung schlug eine Vielzahl von Veränderungen vor: ein Fokus auf Kindeswohlgefährdungen in der Ausbildung von Fachkräften, die Schaffung von Fallkonferenzen und Dokumentation und die formalen Rahmenbedingungen für eine Zusammenarbeit der Fachkräfte.

Diese Untersuchung war ein Meilenstein im öffentlichen Interesse an Kindeswohlgefährdungen und führte zu einem neuen System zur Bekämpfung dieses Phänomens. Darauf folgende Untersuchungen waren allerdings mehr darauf bedacht, einzelne Personen verantwortlich zu machen. Eine Analyse der 45 Untersuchungsberichte, die zwischen 1973 und 1994 veröffentlicht wurden, belegt, dass in 75 % der Fälle geschlussfolgert wurde, dass menschliches Versagen zum misslingenden Schutz des Kindes geführt hatte (Munro, 1999). Infolgedessen wurde, wie auch im Bereich des Ingenieurwesens, angenommen, dass das Hauptproblem darin liege, menschliches Versagen abzuwenden, um weitere Todesfälle zu vermeiden. Die Vorschläge des Climbié-Untersuchungsberichts zeigen die drei traditionellen Lösungsansätze: psychologischer Druck, genauere Kontrollen und zunehmende Formalisierung der Arbeitsabläufe.

Der Untersuchungsbericht und die Berichterstattung in den Medien stellten sicher, dass die Untersuchung psychologischen Druck ausübte, und zwar nicht nur auf die direkt Beteiligten, sondern auf alle, die im Bereich des Kinderschutzes arbeiten. Die Botschaft war unmissverständlich, dass die Gesellschaft Verbesserungen erwartete.

Der andauernde psychologische Druck soll durch genaue Kontrollen aufrechterhalten werden, sodass Fehler in der Praxis aufgedeckt und bestraft werden können. Der Untersuchungsbericht versichert:

„Die wichtigste Veränderung in der Zukunft muss die Einführung klarer Verantwortlichkeiten sein, die unmissverständlich regeln, wer auf welcher Ebene verantwortlich ist für den Schutz gefährdeter Kinder.“ (Department of Health, 2003, para. 1.27)

Im Zusammenhang mit dieser Rechenschaftspflicht müssen Kontrollmechanismen für das System geschaffen werden. Der Großteil der Vorschläge etabliert Prinzipien für die Fachpraxis und verbindet sie mit der Forderung, ihre Umsetzung zu kontrollieren. Die Vorschläge zur Gesundheitsfürsorge beinhalten bspw den Satz: „... Die Krankenhausleitung muss ein Kontrollsystem einführen, um die Einhaltung dieser Empfehlungen zu gewährleisten.“

Die dritte, traditionelle Strategie zur Verbesserung der Dienstleistungen – gesteigerte Formalisierung – wird durch eine Reihe von Empfehlungen belegt, die ua den Vorschlag enthalten, die Praxis durch Leitfäden zu unterstützen. Keine dieser Empfehlungen ist kontrovers oder neu. Sie basieren auf den bekannten Grundlagen guter Kinderschutzarbeit.

Beispiel Empfehlung 18:

Ein/e Übersetzer/in muss eingesetzt werden, wenn ein Kind, dessen Muttersprache nicht Englisch ist, um seines Wohls und seiner Sicherheit willen interviewt werden soll.

Die Idee, ein Interview in der Muttersprache des Kindes durchzuführen, ist nicht revolutionär. Aber die Untersuchung beantwortet folgende Frage nicht: Warum ist es notwendig, qualifizierten Fachkräften etwas so Offensichtliches und Grundlegendes noch einmal mitzuteilen? Dies ist der Hauptunterschied zwischen einer traditionellen und einer systemischen Untersuchung. Nur wenn wir diese Frage beantworten und verstehen, wie die verschiedenen Faktoren zusammenspielen, die Fachkräfte dazu bringen, ihren gesunden Menschenverstand zu vergessen, können wir darauf hoffen, eine Lösung zu finden, die die Kinderschutzarbeit maßgeblich verbessert.

IV. Fazit und Ausblick

Der Climbié-Bericht empfiehlt strukturelle Veränderungen, mehr Transparenz und klarere Verantwortlichkeiten sowie genauere Kontrollen, um zu gewährleisten, dass Richtlinien und Vorgaben eingehalten werden. Er identifiziert die hohe Fehlerquote der Fachkräfte in der grundlegenden Praxis der Kinderschutzarbeit als das Hauptproblem. Wie schon in vorhergegangenen Untersuchungen werden die entscheidenden Fehler in der Kommunikation und Interpretation von Informationen verortet (*Reder/Duncan, 2004*).

Hätten genauere Kontrollen durch die verschiedenen Leitungsebenen die ungenügende Betreuung *Victorias* durch die zuständigen Fachkräfte aufdecken können? Das ist fraglich, da, wie der Bericht zugibt (para. 17.66), die aktuellen Leistungsnachweise ungenau sind und eher Quantität als Qualität messen. Wenn ungenügende Qualität in der Vorgehensweise entdeckt werden könnte, wäre es dann möglich, durch

genauere Aufsichtsführung die Qualität der Arbeit zu *verbessern*? Ohne ein besseres Verständnis der Faktoren, die die Arbeit von Fachkräften und Management beeinflussen, kann diese Frage nicht beantwortet werden.

Der Climbié-Bericht folgt dem traditionellen Modell insofern, als er nicht hinterfragt, weshalb so viele Institutionen so häufig grundlegende Prinzipien der Kinderschutzarbeit missachten. *Victoria* starb nicht aufgrund eines einzigen, großen Fehlers einer Fachkraft; es gab zahlreiche Gelegenheiten, in denen genügende Hinweise vorlagen, um die Fachkräfte auf die Kindeswohlgefährdung aufmerksam zu machen. Der Bericht schließt mit der verwunderten Frage, wie Menschen solch einfache und vernünftige Schritte versäumen/unterlassen konnten. Ich konnte jedoch zeigen, dass eine Untersuchung mit dieser Frage beginnen und nicht abschließen sollte. Bis wir verstehen, wieso den Fachkräften ihre damalige Handlungsweise vernünftig erschien, können wir keine Lösungen finden, die die Wahrscheinlichkeit dafür erhöhen, dass die zuständigen Fachkräfte im nächsten Fall den richtigen Weg einschlagen. Die traditionelle Untersuchung konzentriert sich auf die Abläufe von Einzelfällen. Auf der Suche nach effektiven Lösungsansätzen sind wir jedoch auf andersartige Untersuchungen angewiesen, deren Grundstruktur der vorliegende Artikel skizziert hat.

Der Kinderschutz scheint in einer Abwärtsspirale gefangen. Versuche, dies zu verbessern, scheinen – unbeabsichtigterweise – die Praxis zu verschlechtern. Es ist nun Zeit, einen Schritt zurück zu tun, und diese Versuche neu zu bewerten anstatt sie mit immer größerem Kraftaufwand umzusetzen.

Literaturverzeichnis

- Audit Commission, Recruitment and Retention: A Public Service Workforce for the Twenty-First Century, London, 2002;
- Department of Health, Framework for the Assessment of Children in Need and their Families, London, 1999;
- Department of Health, The Victoria Climbié Inquiry, London, 2003;
- Department of Health and Social Security, Report of the Committee of Inquiry into the Care and Supervision Provided in Relation to Maria Colwell, London, 1974;
- Doueck/English/DePanfilis/Moote*, Decision-making in child protection services: A comparison of selected risk-assessment systems, in: *Child Welfare* 1993 (LXXII), 441 bis 452;
- English/Graham*, An examination of relationships between children's protective services social workers' assessments of risk and independent LONGSCAN measures of risk constructs, in: *Children and Youth Service Review* 2000 (22), 897 bis 933;
- Fischhoff*, For those condemned to study the past: Heuristics and biases in hindsight, in: *Kahneman/Slovic/Tversky, Judgement Under Uncertainty: Heuristics and Biases*, Cambridge, 1982;
- Fluke*, Evaluation of the Pennsylvania approach to risk assessment, in: *Tatara, Seventh National Roundtable on Child Protective Services Risk Assessment: Summary of Highlights*, Washington DC, 1993, 113 bis 172;
- Henkel*, Government, Evaluation and Change, London, 1991;
- Hood/Rothstein/Baldwin*, The Government of Risk: Understanding Risk Regulation Regimes, Oxford, 2000;
- La Porte/Consolini*, Working in practice but not in theory: Theoretical challenges of „high-reliability organisations“, in: *Journal of Public Administration Research and Theory* 1991 (January), 19 bis 47;
- Maslach/Schaufeli/Leiter*, Job burnout, in: *Annual Review of Psychology* 2001 (52), 397 bis 422;
- Munro*, Avoidable and unavoidable errors in child protection work, in: *British Journal of Social Work* 1996 (26), 795 bis 810;
- Munro*, Common errors of reasoning in child protection work, in: *Child Abuse and Neglect* 1999 (23), 745 bis 758;
- Munro*, The impact of audit on social work practice, in: *British Journal of Social Work* 2004 (38), 1075 bis 1096;
- Norman*, Toward human-centred design, in: *Technology Review* 1993 (Juli), 47 bis 53;
- Pool*, *Beyond Engineering: How Society Shapes Technology*, Oxford, 1997;

Power, The Audit Society, Oxford, 1997;
Rasmussen, Information Processing and Human-Machine Interaction: An Approach to Cognitive Engineering, New York, North-Holland, 1986;
Reason, Human Error, Cambridge, 1990;
Reder/Duncan, Lost Innocents: A Follow-Up Study of Fatal Child Abuse, London, 1999;
Reder/Duncan, Understanding communications in child protection networks, in: Child Abuse Review 2003 (12), 82 bis 100;
Reder/Duncan, Making the most of the Victoria Climbié inquiry report, in: Stanley/Manthorpe, The Age of

Inquiry: Learning and Blaming in Health and Social Care, London, 2004;
Simon, Invariants of Human Behaviour, in: Annual Review of Psychology 1990 (41), 1 bis 19;
Simon, The Sciences of the Artificial, Cambridge, MA, 1996;
Woods/O'Brien/Hanes, Human factors challenges in process control, in: Salvendy, Handbook of Human Factors/Ergonomics, New York, 1987;
Woods/Johannesen/Cook/Sarter, Behind Human Error: Cognitive Systems, Computers and Hindsight, Wright-Patterson Air Force Base, Ohio, 1994.