

BEITRÄGE ZUR QUALITÄTSENTWICKLUNG IM KINDERSCHUTZ

4

EXPERTISE

Das dialogisch-systemische Fall-Labor.
Ein Methodenbericht zur Untersuchung
problematischer Kinderschutzverläufe
erstellt im Auftrag des
Nationalen Zentrums Frühe Hilfen



PROF. DR. KAY BIESEL, Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Kinder- und Jugendhilfe; Professor für Kinder- und Jugendhilfe mit dem Schwerpunkt Kinderschutz am Institut Kinder- und Jugendhilfe der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Case Manager (DGCC), Fachkraft für Dialogisches Coaching und Konfliktmanagement (KK), Diplom-Sozialpädagoge/Sozialarbeiter (FH), Vorstandsmitglied des Kronberger Kreises für Dialogische Qualitätsentwicklung e.V., Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management e.V.

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Kinder- und Jugendhilfe, Kinderschutz, Case Management, Analyse problematischer und erfolgreicher Kinderschutzverläufe, reflexive Methoden des Fallverstehens und der Fallberatung, Methoden Qualitativer Sozialforschung

PROF. DR. REINHART WOLFF, Erziehungswissenschaftler und Soziologe, 1977 bis 2008 Hochschullehrer an der Alice Salomon Hochschule Berlin, 1990 bis 1994 deren Rektor, Privatdozent am Institut für Soziologie der Freien Universität Berlin, Mitbegründer des Kinderschutz-Zentrums Berlin, Sprecher des Vorstands des Kronberger Kreises für Dialogische Qualitätsentwicklung e.V., heute Dozent, Praxisforscher, Organisationsberater und Qualitätsentwickler in freier Praxis.

Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Familien- und Sozialisationsforschung, Theorie und Praxis Sozialer Arbeit, insbesondere Kinder- und Jugendhilfe, Kindesmisshandlung und Kinderschutz, Dialogische Qualitätsentwicklung, Psychoanalytische Familienberatung und -therapie, Dialogisches Eltern-Coaching + Konfliktmanagement

EXPERTISE

BEITRÄGE ZUR QUALITÄTSENTWICKLUNG IM KINDERSCHUTZ

Das dialogisch-systemische Fall-Labor.
Ein Methodenbericht zur Untersuchung
problematischer Kinderschutzverläufe
erstellt im Auftrag des
Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

INHALT

VORWORT	9
DANKSAGUNG	11
1 EINLEITUNG	13
2 DIE ENTDECKUNG VON FEHLERN IM KINDERSCHUTZ	17
2.1 Entwicklungsetappen und Problemfokussierungen in der Fehlerdiskussion im Kinderschutz	18
2.2 Die Skandalisierung problematischer Kinderschutzverläufe in Deutschland und ihre Auswirkungen auf die Kinderschutzpraxis	23
2.3 Anstöße zur wissenschaftlichen Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ mit der Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors	26
3 ANSÄTZE UND ERFAHRUNGEN MIT DER UNTERSUCHUNG VON PROBLEMATISCH VERLAUFENEN KINDERSCHUTZFÄLLEN IM AUSLAND	29
3.1 Child Death Reviews und Serious Case Reviews im internationalen Vergleich	30
3.2 Erfahrungen, Ergebnisse und Entwicklungen mit Serious Case Reviews in England	32
Hauptergebnisse und Empfehlungen von Serious Case Reviews	33
Die Kritik des Munro Reports am SCR-Verfahren	36
Das neue Konzept von SCIE zur Stärkung systemischer Case Reviews	37
4 DIE METHODE DES DIALOGISCH-SYSTEMISCHEN FALL-LABORS	40
Ziele und Aufgaben des Fall-Labors	41
4.1 Theoretischer Rahmen und Anwendung des dialogisch-systemischen Fall-Labors	41
Intersystemische Fehlerkreisläufe	42
Zum Verhältnis von Familiengeschichte und Hilfesystemgeschichte	45

4.2	Forschungstraditionen und Forschungsdesign des dialogisch-systemischen Fall-Labors	47
4.2.1	Fragestellungen	47
4.2.2	Forschungstraditionen	48
4.2.3	Forschungsdesign im ‚Fall Lea-Sophie‘	49
4.2.4	Analysemethoden und fallbezogene Anwendungsbeispiele	53
4.2.4.1	Selektive Medieninhaltsanalyse	53
4.2.4.2	Dokumentenanalysen	57
4.2.4.3	Rückblickgespräche	58
4.2.4.4	Forschungswerkstätten	60
4.2.4.5	Mikroartikel	61
4.2.4.6	Fallbezogene Ereigniswege	62
4.2.4.7	Genogramm- und Organisationsanalyse	62
4.3	Prozessverlauf der Falluntersuchung	63
	Setting und Programmstruktur der Forschungswerkstätten	65
	Teilnehmende der Forschungswerkstätten	66
	Leitung und Organisation	66
	Dokumentation und Ergebnissicherung	67
4.4	Zusammenfassung wesentlicher organisationsbezogener und systembedingter Untersuchungsergebnisse des Schweriner Fall-Labors	67
5	EMPFEHLUNGEN ZUR SICHERUNG UND WEITER-ENTWICKLUNG GUTER FACHPRAXIS IM KINDERSCHUTZ	71
	Sicherung struktureller Rahmenbedingungen für einen wirksamen Kinderschutz	72
	Stärkung der Kompetenzen von Fachkräften im Kinderschutz	73
	Untersuchung problematisch verlaufener Kinderschutzfälle als Regelpraxis	73
6	ANHANG	75
7	LITERATUR	87

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildungen

Abbildung 1	Dreiecksstruktur im Kinderschutz-Feld (nach Parton 2006 und 2010)	20
Abbildung 2	Untersuchungsperspektive bei der dialogisch-systemischen Rekonstruktion eines problematisch verlaufenen Kinderschutzfalles	43
Abbildung 3	Ursachenzyklus von Kindeswohlgefährdungen und Kindesmisshandlungen	46
Abbildung 4	Problematisch verlaufene Kinderschutzfälle als transaktionale Systeme	53
Abbildung 5	Rahmen zur Analyse von Medieninhalten zur Aufarbeitung eines problematisch verlaufenen Kinderschutzfalles	55

Tabellen

Tabelle 1	Entwicklungsstapen und Problemfokussierungen in der Fehlerdiskussion im Kinderschutz vom 19. Jahrhundert bis heute	21
Tabelle 2	Prozessgestaltung im SCIE-Modell	38
Tabelle 3	Ablauf eines dialogisch-systemischen Fall-Labors	50
Tabelle 4	Thematisches Raster zur Analyse von Rückblickgesprächen	59

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ACPC	Area Child Protection Committees and Child Protection Panels
CDR	Child Death Reviews
FCR	Fatal Case Reviews
IMR	Individual Management Review
LSCB	Local Safeguarding Children Board
NSPCC	National Society for the Prevention of Cruelty to Children
OFSTED	Office for Standards in Education, Children's Services and Skills
SCIE	Social Care Institute for Excellence
SCR	Serious Case Reviews
SID	Sudden Infant Death
SOP	Standard Operating Procedures



VORWORT

Als das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) im Rahmen eines Beschlusses der Regierungschefs der Länder und der Bundeskanzlerin Mitte 2008 den Auftrag erhielt, eine „Plattform für den regelhaften Erfahrungsaustausch zu problematisch verlaufenen Kinderschutzfällen“ einzurichten, stand sehr bald die Frage im Mittelpunkt der Diskussion, wie problematische Fallverläufe mit dem Ziel, Lehren für die Zukunft zu ziehen, überhaupt untersucht werden können. Da wir damals, wie heute, davon ausgingen, dass Fachkräfte weder böswillig noch absichtlich falsche Entscheidungen treffen, sollten im Rahmen der Fallanalyse vor allem die Denk- und Handlungsweisen der Fachkräfte als auch der Familie in ihrer Komplexität rekonstruiert werden. Ausgehend von einem systemischen Denkmodell sollte nicht die Suche nach „dem Fehler“ oder „dem Schuldigen“ im Zentrum des Interesses stehen, sondern die Frage, wie Entscheidungen zustande gekommen sind und v.a. welche internen und externen Faktoren die Fachkräfte dabei beeinflusst haben.

Als ein weiterer wichtiger Baustein, um den Fall in seiner inneren Logik zu verstehen, erschienen uns die unterschiedlichen Perspektiven der am Fall beteiligten Fachkräfte sowie der betroffenen Familie. Damit auch Schwierigkeiten und Missverständnisse in der Kooperation und Kommunikation deutlich werden können, sollten neben der in der Akte dokumentierten Sichtweise auch die verschiedenen beteiligten Fachkräfte des öffentlichen Trägers sowie freier Träger und anderer Professionen einbezogen werden.

Weiterhin zogen wir das Social Care Institute for Excellence (SCIE) in London hinzu, das sich bereits seit einigen Jahren mit der Entwicklung eines „multi-agency systems approach for case reviews“ beschäftigte.

Etwa zur gleichen Zeit hat sich die Stadt Schwerin, die sich als Modellkommune beteiligt hatte an dem Projekt „Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz“, das die Alice Salomon Hochschule, Berlin, und der Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V. im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen durchgeführt haben, an Herrn Prof. Wolff gewandt. Ihr Wunsch war es, den Fall ‚Lea-Sophie‘, der 2007 öffentlich bekannt wurde, in einem eigenen Projekt fachlich zu reflektieren. Um dies möglich zu machen, haben die Stadt Schwerin, das Land Mecklenburg-Vorpommern und das Nationale Zentrum Frühe Hilfen Mittel zur Verfügung gestellt. Dar-

über hinaus wurden vom NZFH Mittel für den fachlichen Austausch der Projektverantwortlichen mit dem Social Care Institute for Excellence bereitgestellt. Der Fall wurde daraufhin analysiert und gleichzeitig wurde das Analyseverfahren „Fall-Labor“ (weiter)entwickelt.

In dem Bericht, den wir hiermit der Fachöffentlichkeit zugänglich machen, werden nicht die Ergebnisse des „Schweriner Fall-Labors“, sondern die Arbeitsweise und die Erfahrungen in einem dialogisch-systemischen Fall-Labor ausführlich dargestellt. Eine Besonderheit an diesem Vorgehen ist sicherlich die Beteiligung der Familienmitglieder in Form von Interviews, aber auch als Mitwirkende bei der eigentlichen Analyse.

Der Methodenbericht macht in eindrücklicher Weise deutlich, dass es bei der Analyse eines Fallverlaufs, in dem ein Kind zu Tode gekommen ist, neben der fachlichen und nüchternen Reflexion, immer auch Raum für die Trauer um das Kind und die Betroffenheit über das Schicksal der Familie braucht. Um trotz der emotionalen Betroffenheit in einen offenen Dialog, auch über kritische Fragestellungen, treten zu können, bedarf es – nach den hier vorgestellten Erfahrungen – viel Zeit für den Vertrauensaufbau und die Fürsorge für die Fachkräfte und beteiligten Familienangehörigen sowie einen respektvollen Umgang miteinander.

Das dialogisch-systemische Fall-Labor, wie es in Schwerin durchgeführt wurde, ist daher ein zeitlich und in der Konsequenz auch finanziell aufwändiges Unterfangen. Aus diesem Grund eignet es sich aus unserer Sicht insbesondere für sehr komplexe Fallverläufe, bei denen es nicht nur um die Analyse eines Falles geht, sondern auch darum, ein tragisches Ereignis aufzuarbeiten und die Fachkräfte im Hilfesystem wieder arbeitsfähig zu machen. Die Erfahrungen zeigen, dass öffentlich skandalisierte Fälle, wie Kevin, Jessica, Lea-Sophie oder Chantal zu traumatischen Erlebnissen eines Systems werden können, die sowohl die Arbeit als auch die Arbeitsbedingungen der Fachkräfte massiv und nachhaltig beeinflussen können. Herrn Prof. Wolff und Herrn Prof. Biesel ist es mit dem Schweriner Fall-Labor unserer Ansicht nach gelungen, die Analyse eines Falles und die Aufarbeitung eines traumatischen Erlebnisses in angemessener Form miteinander zu verbinden.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen



DANKSAGUNG

Ein dialogisch-systemisches Fall-Labor zur Untersuchung eines problematischen Kinderschutzfalles kann man nicht im Alleingang durchführen. Das mussten wir auch nicht. Denn wir haben im gesamten Projektverlauf die Erfahrung machen können, dass wir beim Versuch, das tragische Fallgeschehen im Rückblick zu verstehen, nicht allein waren. Es gelang, im Bündnis mit den Fachkräften in Schwerin zu einer solidarischen Lerngemeinschaft zu werden. Wir danken dem Beigeordneten der Landeshauptstadt Schwerin, Herrn Dieter Niesen, dem zuständigen Amtsleiter für Jugend, Schule und Sport, Herrn Hans-Ulrich Schmitt, und dem Abteilungsleiter, Herrn Michael Kleimenhagen, auf deren Unterstützung von der Leitungsebene her wir uns immer verlassen konnten. Insbesondere danken wir jedoch den Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe, dass sie den Mut aufbrachten, sich der Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ zu stellen und sich im Fall-Labor zu engagieren. Unser Dank gilt aber vor allem der Leiterin des Sozialpädagogischen Dienstes I, Frau Birgit Habecker, die uns und ihren Kolleginnen und Kollegen zur zuverlässigen Begleiterin und Beraterin wurde. Sie stand uns in jeder Hinsicht aufmerksam und zugewandt zur Seite – gerade wenn die damals zuständigen Fachkräfte Halt und Unterstützung brauchten, um mit den emotionalen Belastungen, die die Beschäftigung mit dem Fallgeschehen auslöste, gut umgehen zu können.

Unser herzlicher Dank richtet sich aber nicht zuletzt an die Eltern und Großeltern Lea-Sophies, die bereit waren, am Fall-Labor mitzuwirken. Sie schenkten uns ihr Vertrauen, öffneten sich und teilten in ausführlichen Rückblickgesprächen mit uns ihre Erfahrungen und Überlegungen. Sie prüften zusammen mit uns die Ergebnisse unserer Untersuchung. Sie ermöglichten uns ein tieferes Verständnis ihrer leidvollen Familiengeschichte und ihres Kindes und Enkelkindes, um das sie sich sorgten, das sie dann aber im Verlauf der Zuspitzung der entstandenen Konflikte nicht mehr schützen und retten konnten. Wir wissen, dass sie an ihrem Schicksal schwer tragen, dass sie aber nicht ausweichen, sondern sich ihrer Verantwortung und Schuld stellen. Wir haben aber auch gespürt, dass sie mit ihrer Beteiligung am Fall-Labor, die ihnen viel Mut und Kraft abforderte, mithelfen wollten, Wege gelingenden Kinderschutzes zu erschließen: Andere Familien sollten in ähnlichen Situationen, an denen sie gescheitert waren, aus ihren Erfahrungen lernen können und trotz aller Schwierigkeiten und Ängste rechtzeitig Hilfe suchen. Dafür gebührt ihnen Anerkennung und Dank.

Unsere Kolleginnen und Freunde im Team des Projekts „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ – Timo Ackermann, Felix Brandhorst, Uwe Flick, Stefan Heinitz, Mareike Patschke, Pierrine Robin und Gundula Röhsch – haben uns nicht nur von anderen Aufgaben entlastet, während wir mit dem Fall-Labor in Schwerin beschäftigt waren, sondern fragten kritisch nach und waren wichtige Begleiter. Wir sind froh, dass wir auch in der Zukunft – wenn nun auch an verschiedenen Orten verstreut – weiter in Kontakt bleiben.

Dass die Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Kay Biesel nach seiner Berufung zum Professor an das Institut Kinder- und Jugendhilfe in Basel eine Weiterarbeit an diesem Bericht ermöglichte, hat uns auf besondere Weise unterstützt, wofür wir sehr dankbar sind. Wir freuen uns, dass wir in Basel neue Partner in unseren Bemühungen um beste Fachpraxis im Kinderschutz gewonnen haben.

Der Austausch mit Sheila Fish, Sue Bairstow und Eileen Munro vom Londoner Social Care Institute for Excellence (SCIE) hat uns vor allem methodisch wichtige Anregungen vermittelt, insbesondere was die Rückblickgespräche betrifft. Unsere Arbeitstreffen in München, aber auch unsere Begegnungen auf dem Flughafen von Tampere und Stockholm haben uns dabei geholfen, die Methode des systemisch-dialogischen Fall-Labors weiter zu konkretisieren. Mit unserem Dank für die Unterstützung von SCIE verbinden wir die Hoffnung, dass wir einander auch in Zukunft in unserem Engagement für dialogisch-systemisches Lernen im Kinderschutz unterstützen.

Zusammen mit Karin Jurczyk und Mechthild Paul waren Christine Gerber und Jörg Backes – wie stets – zuverlässige Projektbegleiter und kritische Ratgeber vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Dem vom Bund finanzierten NZFH und ihnen verdanken wir – neben dem Land Mecklenburg-Vorpommern und der Landeshauptstadt Schwerin – nicht nur die wesentliche finanzielle Unterstützung des Fall-Labors, sondern eine kollegiale und hellwache Projektbegleitung.

Berlin und Basel, im Dezember 2013
Kay Biesel und Reinhart Wolff

1

EINLEITUNG

Es ist das Verdienst der historischen Kindheitsforschung (vgl. Ariès 1975; Andresen/Diehm 2006; Baader 1996; Bühler-Niederberger/Sünker 2006; deMause 1979; Hengst/Zeihner 2005; Honig 1999; Hornstein/Thole 2008; v. Hentig 1975; Zinnecker 1990), herausgearbeitet zu haben, wie unterschiedlich Kinder im Laufe der gesellschaftlichen Entwicklung gesehen und verstanden wurden bzw. welche Vorstellungen und Bilder vom Kind und von Kindheit sich herausbildeten, wie Kinder lebten und lernten, aber auch wie sie litten und starben, ob sie als Opfer oder gar als Erlöser oder ‚Genie‘¹ gesehen wurden.

Vor allem seit dem 18. Jahrhundert kam es – im Zuge des epochalen soziokulturellen und politisch-ökonomischen Umbruchs hin zur Moderne – zu einem Wandel in den Deutungsmustern bei der Wahrnehmung und Bewertung von Kindern und deren Problemen. Es wurde z.B. kontrovers diskutiert, „ob das Neugeborene als unbeschriebenes Blatt oder als vorgeprägtes Wesen auf die Welt kommt“ (Andresen/Hurrelmann 2010: 16). Oder, „ob man Kinder prinzipiell als gut und unschuldig oder als von Geburt an sündige Wesen ansehen sollte“ (ebenda).

In der Geschichte des Kinderschutzes spielen solche mentalen Modelle ebenfalls eine Rolle: So richtet sich der Blick am Beginn des 19. Jahrhunderts vornehmlich auf die elternlosen Kinder (und das Praxisregister, das als Antwort daraufhin gezogen wird, heißt: Rettungs- und Waisenhaus). Darauf folgen andere Problemsichten und Handlungskonzepte:

- die armen und ausgebeuteten Kinder (Arbeitsschutz und Schulbildung);
- die verwaisten und sittenlosen Kinder (Fürsorgeerziehung);
- die grausam misshandelten Kinder (erste Kinderschutzvereine wie z.B. NSPCC²);
- die durch Säuglingssterblichkeit und Seuchen gefährdeten Kinder (Säuglings- und Kleinkindfürsorge);
- die Kriegs- und Flüchtlingskinder (Jugendhilfe und vor allem Heimerziehung);

- die rassenfremden, volksschädlichen und minderwertigen Kinder (Umerziehungsanstalten, Euthanasie und Kinder-Massenmord);
- die heimatlosen Flüchtlingskinder (Flüchtlingshilfe);
- die schwer erziehbaren, verhaltensgestörten und halbstarken Kinder (Heimerziehung, Jugendarbeit, Erziehungsberatung) und schließlich:
- die geschlagenen, misshandelten, vernachlässigten und sexuell missbrauchten Kinder (Neuentdeckung und Expansion moderner Kinderschutzarbeit) und nun:
- die relativ kleine Anzahl der – trotz der Involvierung der ausgebauten und hochdifferenzierten Berufssysteme im Kinderschutz – durch Misshandlung und Vernachlässigung zu Tode gekommenen Kinder (Serious or Fatal Case Reviews).

Daneben richtet sich die Aufmerksamkeit auf ein noch weiteres Spektrum von lebensgefährlichen Beeinträchtigungen von Kindern, die von gemeinwesenorientierten, ganzheitlichen Kinderschutzbewegungen immer mitbedacht werden: Kindestötungen, krankheitsbedingte Todesfälle von Kindern, plötzlicher Kindstod (SID) und nicht zuletzt tödliche Kinder(verkehrs)unfälle (zur Datenglage vgl. u.a.: die einschlägigen Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes/der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik, die Daten der Bundesarbeitsgemeinschaft „Mehr Sicherheit für Kinder e.V.“, zu den Unfallrisiken von Kindern und die Studien des Robert-Koch-Instituts, insbesondere die KIGGS-Studie; siehe aber auch: Fortwengel 2002).

Auf allen diesen Gebieten gibt es allerdings nur mehr oder weniger genaue Daten. Es fehlen oft verlässliche Informationen, wie viele, welche und warum Kinder zu Tode gekommen oder schwer verletzt worden sind und ob die gesundheitlichen, sozialen, pädagogischen, polizeilichen und juristischen Berufssysteme ihre Aufgaben verantwortlich unter Berücksichtigung der geltenden

1 Goethe hat diese Sicht auf das Kind auf wunderbare Weise in „Dichtung und Wahrheit“ pointiert und zugleich realistisch eingeschränkt: „Wachsen die Kinder in der Art fort, wie sie sich andeuten, so hätten wir lauter Genies; aber das Wachstum ist nicht bloß Entwicklung; die verschiedenen organischen Systeme, die den einen Menschen ausmachen, entspringen auseinander, folgen einander, verwandeln sich ineinander, verdrängen einander, ja zehren einander auf, so daß von manchen Fähigkeiten, von manchen Kraftäußerungen, nach einer gewissen Zeit, kaum eine Spur zu finden ist.“ (Goethe 1962: 65)

2 NSPCC steht für National Society for the Prevention of Cruelty to Children.

fachlichen Standards wahrgenommen haben. Mit der gewachsenen Sensibilität für die Achtung und Sicherung der Lebensrechte aller Kinder (s. insbesondere: Liebel 2013) sehen sich die für die Sicherung des Kindeswohls verantwortlichen Berufssysteme nun mit der Herausforderung konfrontiert, zu untersuchen, ob sie dazu beigetragen bzw. es nicht verhindert haben, dass ein Kind zu Tode gekommen ist. Sie können sich darum inzwischen der Aufgabe nicht mehr entziehen, ihre Fachpraxis auf Fehler hin zu untersuchen und aus Fehlern zu lernen, auch wenn man nicht immer Fachkräfte für den Tod eines Kindes verantwortlich machen kann, wie Eileen Munro mit Recht unterstreicht:

„Die Öffentlichkeit ist verständlicherweise bestürzt, wenn ein Kind stirbt, und hat das Recht, eine Untersuchung zu verlangen, um die Qualität der Hilfe, die gewährt wurde, zu überprüfen. Aber der Tod eines Kindes ist kein Beweis dafür, dass eine professionelle Fachkraft inkompetent war. Unser begrenztes Wissen und die Komplexität bei der Einschätzung von Risikosituationen bedeuten, dass Fachkräfte nur den verfügbaren Daten entsprechende beste Entscheidungen treffen können ... Unser Verständnis menschlicher Natur im Allgemeinen und von Kindesmisshandlern im Besonderen bedeutet, dass wir immer Entscheidungen treffen, die auf unzureichendem Wissen beruhen. Vorauszusagen, welche Kinder sicher sein werden und welche risikogefährdet sein werden, ist ein unsicheres Geschäft.“

MUNRO 1996: 793F., UNSERE ÜBERSETZUNG –

Dennoch sind Untersuchungen zur Rekonstruktion tödlicher Misshandlungsfälle, bei denen Fachkräfte beteiligt waren, notwendig. Mit ihnen kann geklärt werden, ob die gemachten Fehler vermeidbar oder unvermeidbar gewesen waren. Leistungs- und Qualitätsansprüche lassen sich in demokratischen Gesellschaften nämlich nur noch durch begründete Kritik, Selbstkritik und wissenschaftliche Überprüfung legitimieren (vgl. Rosanvallon 2010). Es ist darum ein Kennzeichen demokratischer Systeme in der Moderne, dass sie Untersuchungsausschüsse einrichten und Forschungsprojekte durchführen, um relevanten gesellschaftlichen Entwicklungen und Problemzuspitzungen auf den Grund zu gehen. Großbritannien und die USA sind als die ersten Demokratien hier Vorreiter gewesen. Sie haben sich nicht von ungefähr relativ früh

der Untersuchung von problematisch verlaufenen Kinderschutzfällen zugewendet und sich um Praxiskontrolle und Qualitätssicherung im Kinderschutz bemüht.

In Deutschland entwickelte sich ein solches Interesse an der Aufarbeitung von vermeidbaren Fehlern im Kinderschutz erst relativ spät. Es ist darum auch nicht erstaunlich, dass es bislang nur sehr wenig Erfahrung mit der wissenschaftlichen Untersuchung von gescheiterten Kinderschutzfällen gibt. Vor diesem Hintergrund wurden wir vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, vom Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern und von der Stadt Schwerin im Jahr 2010 damit beauftragt, im Rahmen eines Pilotprojekts in der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland eine Methode zur Untersuchung schwerwiegender Kinderschutzfälle (mit Todesfolge) unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen – insbesondere des „System Approach“ des Social Care Institute for Excellence (SCIE) – zu erproben und weiterzuentwickeln.

Ausgangspunkt für die Entwicklung unseres dialogisch-systemischen Ansatzes zur Analyse problematischer Kinderschutzverläufe war das Projekt „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ (vgl. Wolff et al. i.V.). An dem Projekt nahm auch das Jugendamt der Stadt Schwerin in Reaktion auf den gescheiterten ‚Fall Lea-Sophie‘ teil. Speziell den im Jugendamt tätigen Fachkräften hatte man – ohne genauere Untersuchung des gesamten Fallgeschehens – erhebliche Schuldvorwürfe gemacht. Nun wollte man fragen und untersuchen, warum es nicht möglich gewesen war, den Tod des Kindes Lea-Sophie zu verhindern, obwohl das Jugendamt mit einem Teil der betroffenen Familie Kontakt hatte. Ohne den konkreten Fall selbst untersucht zu haben, hatten nicht wenige schnell ihr Urteil gefällt. Dabei wurde vor allem der Vorwurf laut, dass die Fachkräfte fachlich versagt bzw. eklatante Fehler gemacht hätten.

Ausgehend von ihren Erfahrungen im Rahmen des Projekts „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ entschlossen sich die Schweriner Fachkräfte des Amtes für Schule, Jugend und Sport schließlich dazu, eine dialogisch-systemische Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ vorzunehmen. Denn es hatte sich während ihrer Teilnahme am Projekt „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ wiederholt gezeigt, dass sie immer noch Angst im Umgang mit diesem Fall hatten. Bisweilen zeigte sich darüber hinaus die Schwie-

rigkeit, offen über den ‚Fall Lea-Sophie‘ zu sprechen. Zwar hatten die Fachkräfte des Jugendamtes der Stadt Schwerin in der Vergangenheit bereits selbst erste Anstrengungen unternommen, aus dem Fall und aus ihren eigenen Fehlern zu lernen. Eine wissenschaftliche Untersuchung stand allerdings noch aus. Die Fachkräfte hielten es deshalb für erforderlich, den Fall gemeinsam mit den Beteiligten – einschließlich der Mitglieder des Jugendhilfeausschusses – und nicht zuletzt im behutsamen Austausch mit den Familienmitgliedern des verstorbenen Kindes Lea-Sophie und unter fachlicher Begleitung des Kronberger Kreises für Dialogische Qualitätsentwicklung e.V. in einem dafür geeigneten Setting aufzuarbeiten: dem dialogisch-systemischen Fall-Labor.

Der hier vorliegende ‚Methodenbericht‘ basiert auf unseren Erfahrungen, die wir im Kontext der Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ gemeinsam mit den an der Analyse beteiligten Fachkräften und unmittelbar betroffenen Familienmitgliedern mit der Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors sammeln konnten. Unsere Methode war darauf ausgerichtet, einen Fall schwerer Kindesvernachlässigung mit Todesfolge unter Beteiligung der damals zuständigen Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe (insbesondere aus der Kernorganisation: dem Jugendamt) und aus anderen relevanten Systemen sowie unter Einbezug der davon betroffenen Familienmitglieder sozial- und organisationswissenschaftlich aufzuarbeiten. Sie hat uns und allen anderen an der Untersuchung beteiligten Personen viel Zeit und Kraft abverlangt. Die Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors erfordert einen großen forschungsmethodologischen Aufwand. Sie kann ohne entsprechende Qualifikation nicht einfach in der Praxis angewendet werden. In Deutschland sind wir erst am Anfang, die Untersuchung von problematischen Kinderschutzverläufen als Regelpraxis zu etablieren. Wir hoffen, dass wir mit der Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors einen Anstoß zum Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen in Deutschland geben und die Ergebnisse unserer Falluntersuchung und die daraus abgeleiteten Empfehlungen zur Verhinderung schwerwiegender Kinderschutzfälle beitragen können.

Die Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors kann auch in modifizierter Form (bei deutlich reduziertem Ressourceneinsatz) für die Aufarbeitung von problematisch verlaufenen Kinderschutzfällen mit weniger

gravierenden Folgen genutzt werden. Wir haben in unseren Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung guter Fachpraxis im Kinderschutz (Kapitel 5) einige weiterführende Vorschläge angedeutet. Fach- und Leitungskräfte, die darüber mehr erfahren wollen oder daran interessiert sind, einen fast schiefgelaufenen oder problematisch erscheinenden Kinderschutzfall auf Fehler hin zu untersuchen, können sich gerne an uns oder aber auch an das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) wenden.

Bevor wir ausführlicher auf die Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors eingehen, erläutern wir zunächst, wie es überhaupt zur Entdeckung von Fehlern im Kinderschutz kam, welche Anstöße von ihnen zur Professionalisierung der Kinderschutzpraxis ausgingen und wie es dazu kam, dass wir uns gemeinsam mit den Fachkräften des Jugendamtes Schwerin und anderen Fallbeteiligten auf den Weg gemacht haben, den ‚Fall Lea-Sophie‘ mit der Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors wissenschaftlich zu untersuchen (Kapitel 2). In Kapitel 3 stellen wir Ansätze und Erfahrungen mit der Untersuchung von problematisch verlaufenen Kinderschutzfällen (Child Death and Serious/Fatal Case Reviews) im Ausland, insbesondere in den angelsächsischen Ländern, vor, um vor diesem Hintergrund unsere Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors einzuordnen. Im Anschluss daran erörtern wir, vor welchem theoretischem Hintergrund (Praxis- und Fehlerverständnis) und mit welchem Forschungsdesign wir die Methode zur Rekonstruktion des ‚Falles Lea-Sophie‘ erprobt und genutzt und welche wesentlichen Ergebnisse wir dabei erzielt haben (Kapitel 4). Davon ausgehend ziehen wir zu guter Letzt Schlussfolgerungen für die Sicherung und Weiterentwicklung guter Fachpraxis im Kinderschutz (Kapitel 5).

2

DIE ENTDECKUNG VON FEHLERN IM KINDERSCHUTZ

Die Diskussion über Fehler im Kinderschutz hat es mit der Entstehung moderner Kinderschutzbewegungen im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts nicht von Anfang an gegeben. Aber der kritische Austausch von Erfahrungen der verschiedenen Akteure hat, auch über die Grenzen des eigenen Landes hinaus, immer eine Rolle gespielt. Dabei wurden gern Konzepte und Methoden zur fachlichen Gestaltung der Kinderschutzarbeit übernommen, worauf allein schon die ähnliche Namensgebung der zu dieser Zeit entstehenden Kinderschutzvereine hinweist: 1874 wurde die „New York Society for the Prevention of Cruelty to Children“ (SPCC), 1889 die „National Society for the Prevention of Cruelty to Children“ (NSPCC) in England und schließlich 1889/1890 in Deutschland der „Verein zum Schutz der Kinder vor Ausnutzung und Misshandlung“ gegründet, woraus dann 1910 der Deutsche Kinderschutz-Verband (DKSV) hervorging (vgl. Bernercker 1975; Lonne et al. 2009; Parker 1995). Im Zuge solcher ‚Internationalisierungsprozesse‘ spielte die Berücksichtigung unterschiedlicher gesellschaftlicher, politischer und kultureller Hintergründe und unterschiedlicher Wege bei der Herausbildung moderner Kinder- und Jugendhilfe-Systeme – von ‚Child and Family Welfare‘ – eine untergeordnete Rolle. Man übernahm einfach, was man glaubte, verwenden zu können. So kam es zu einem Transfer von Konzepten und Methoden, die von den neuen Kinderschutzbewegungen in Europa und den USA mit Gewinn aufgegriffen, aber unterschiedlich interpretiert und genutzt wurden. In der Folge kam es nicht überraschend zu unterschiedlichen Problemfokussierungen in der Fehlerdiskussion im Kinderschutz. Sie hatten schließlich auch Auswirkungen auf die Kinderschutzpraxis in Deutschland.

2.1 ENTWICKLUNGSETAPPEN UND PROBLEMFOKUSSIERUNGEN IN DER FEHLERDISKUSSION IM KINDERSCHUTZ

Das Anliegen der ersten Kinderschutzbewegungen Ende des 19. Jahrhunderts war im Wesentlichen die ‚Rettung‘ von Kindern – ‚Child Saving‘ oder ‚Child Rescue‘ (Costin/Karger/Stoesz 1996). Bereits damals wurden diese Ansätze von der gerade entstehenden Massenpresse aufgegriffen und propagiert. Daraus ergaben sich nicht zuletzt auch

Anstöße für den Aufbau staatlicher Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörden – wie in den USA das Children’s Bureau, in Deutschland die Säuglings- und Kleinkindfürsorge und dann das Jugendamt. Im Kern ging es in dieser Frühphase des Kinderschutzes vor allem um die Rettung armer vernachlässigter und misshandelter Kinder durch Fürsorgeerziehung, eine Praxis, die an die lange Tradition der Arbeits- und Zuchthäuser für verwahrloste Kinder und Jugendliche anschloss. Aber auch mit ersten Versuchen der Betreuung und Beratung von Eltern und Kindern wurde experimentiert. Sie führten zur Herausbildung erster methodischer Ansätze der Einzelfallarbeit in der Sozialen Arbeit, die Konzepte der Devianzkontrolle mit Arbeitsansätzen sozialpädagogischer Behandlung und solidarischer Hilfeaktion miteinander verbanden (vgl. beispielsweise: Richmond 1903, 1917). In Deutschland schloss daran die Begründerin der modernen Sozialen Arbeit, Alice Salomon, mit ihrem Band „Soziale Diagnose“ (Salomon 1927) an.

Kinderschutz war aber mit dem Nachkriegselend und der Weltwirtschaftskrise nach dem 1. Weltkrieg überall in den Hintergrund getreten. Er spielte auch nach dem 2. Weltkrieg bis zur Neuentdeckung von Kindesmisshandlung als ‚Battered Child Syndrome‘ Anfang der 1960er-Jahre (Kempe et al. 1962; Helfer/Kempe 1968) keine besondere Rolle. Zwar war die Kinder- und Jugendhilfe im Zuge des Aufbaus moderner wohlfahrtsstaatlicher Hilfesysteme in allen modernen Gesellschaften (mit einem doppelten Fokus auf außerfamiliäre Unterbringung von ‚Problemkindern‘ und auf die Stützung kernfamiliärer Lebenszusammenhänge) wieder in Gang gesetzt und ausgebaut worden, Kinderschutz lief aber im Wesentlichen auf Strafverfolgung und Kinderwegnahme hinaus. Die damit verbundene Problemgeschichte wird inzwischen in Deutschland an ‚runden Tischen‘ als institutionelle Misshandlung und Ausbeutung rekonstruiert. Von fachlichen Problemen oder gar von Fehlern oder Fehlschlägen in der Kinderschutzarbeit war bis dahin nicht die Rede. Das änderte sich erst mit der kinderärztlichen ‚Neuentdeckung von Kindesmisshandlung‘ als einem bedeutenden und bisher weitgehend übersehenen gesellschaftlichen und professionellen Problem. Der schnell in den USA, Großbritannien, Australien und Neuseeland und dann auch in anderen Ländern propagierte und aufgegriffene medizinische Kinderschutzansatz – eine neue professionelle ‚Sinnkonstruktion‘ (Weick 1995a) –, Kindesmisshandlung

als ‚Syndrom‘ und als behandlungsbedürftige ‚Krankheit‘, als ‚Disease‘, und ursächlich als ‚psycho-pathologisches Beziehungsproblem‘ zu verstehen, begann gewissermaßen mit einer professionellen Fehleranalyse: Man hatte – obwohl seit den späten 1940er-Jahren bereits erste medizinische Forschungsergebnisse dazu vorlagen (wie z.B. Caffey 1946; Igraham/Matson 1944; Silverman 1953; Smith 1944) – Misshandlungen von Kindern offenbar immer wieder übersehen, nicht richtig diagnostiziert und nicht als Misshandlung behandelt. Häufig wurden sie nur als unerklärliche Gegebenheiten oder als Unfälle verstanden. Von den amerikanischen Kinderschutzärzten Kempe und Helfer wurden darum aufmerksames Hinsehen und die Verbesserung der Diagnostik propagiert (Kempe et al. 1962; Helfer/Kempe 1968).

Neben dieser neuen Problemkonstruktion, die das Kind mit seinen nicht-zufälligen Verletzungen und Vernachlässigungen als Opfer in den Mittelpunkt stellte – als ‚Battered Child‘ –, und neben dem damit einhergehenden Fehlerkonzept (Verleugnung/unzureichende Aufmerksamkeit und mangelhafte Diagnose) wurden im Zuge der weltweiten basisdemokratischen Protestbewegungen aber auch andere Problemkonstruktionen für den neuen Aufbruch in der Kinderschutzarbeit vorgeschlagen: ‚Gewalt gegen Kinder‘ wurde als illegitime Macht und Herrschaft über Kinder und als Benachteiligung und Vernachlässigung von Kindern in autoritären Generationen- und Geschlechterverhältnissen und in sozioökonomischen Ungleichheitsverhältnissen verstanden (vgl. beispielsweise in den USA: Gil 1970, 1979 und Pelton 1981; in Deutschland: Bast et al. 1975; Honig 1986 und Wolff 1978; in den Niederlanden und Belgien: Koers 1975 und Marneffe 1994). Entsprechend anders sah in diesem gesellschaftskritischen bzw. ‚neuen‘ Kinderschutz das damit verbundene Fehlerverständnis aus. Es wurde herausgestellt, Kinderschutz scheitere immer wieder aufgrund von Rechtsverletzungen an Kindern und Eltern mit Klassenbias. Kinderschutz entbehre einer wissenschaftlichen Grundlage, sei ressentimentgesteuert und führe zu autoritärer Devianzkontrolle und Hilfeverweigerung gegenüber Eltern und Kindern aus benachteiligten, armen Bevölkerungsschichten. In zugespitzten Konflikten und großer Not bleibe dem Kinderschutz schließlich nichts anderes übrig als die außerfamiliale Unterbringung von Kindern, die selbst wieder oftmals zu Formen institutioneller, hilfesystemischer Misshandlung und Vernachlässigung führe.

Auch das programmatische und methodische Register, das zur Reform der Kinderschutzarbeit gezogen wurde, war anders als das medizinische Innovationskonzept ausgerichtet. So sehr auch hier die wache Aufmerksamkeit und die genaue Wahrnehmung von Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen betont wurden, wurden sie dennoch nicht mit Fremdmeldekampagnen und Meldepflichtungen sowie Ermittlungs-, Behandlungs- und Strafverfolgungskonzepten verknüpft. Stattdessen standen das ‚Erkennen und Helfen‘, ‚Fördern und Schützen‘ von Kindern und Eltern im solidarischen, interdisziplinären Bündnis engagierter Fachleute sowie zivilgesellschaftlicher und politischer Kräfte im Vordergrund, mit einer Qualitätsentwicklungslinie ‚von der Konfrontation zum Dialog‘ (vgl. Wolff 2010a).

Beide Neuansätze im Kinderschutz in den 1960er- und 1970er-Jahren mit ihren unterschiedlichen programmatischen und methodischen Reform- und Fehlerkonstruktionen waren freilich eine mehr oder weniger explizite Reaktion auf gesellschaftliche Umbrüche und Konflikte. Reinhart Wolff (2010b: 377f.) hat sie an anderer Stelle so gekennzeichnet:

„Seismografisch bündelt die moderne Kinderschutzdiskussion (...) wie in einem Brennglas offenbar wesentliche lebensgeschichtliche, soziokulturelle, politische und ökonomische Umbrüche und Konfliktlagen in der postmodernen Gesellschaft, vor allem:

- *Verschiebungen im Verhältnis der Bürgerinnen und Bürger und dem Staat, zwischen der Privatsphäre und der Öffentlichkeit,*
- *Verunsicherungen über die Umbrüche im Generationen- und Geschlechterverhältnis mit ihrer Irritierung von Autoritäts- und Erziehungsstrukturen,*
- *Auseinandersetzungen über den Wandel soziokulturell und rechtlich fundierter Wertvorstellungen,*
- *Beunruhigungen über wachsende soziale Ungleichheit und verstärkte Ausgrenzungen von verarmten und diskriminierten Bevölkerungsschichten am Rande der Gesellschaft*
- *und nicht zuletzt das wachsende Risikobewusstsein aufgrund der dramatischen Veränderungen von Wissenschaft, Technik und Wirtschaft mit ihren ökonomischen, kulturellen, technologischen und ökologischen Verwerfungen und Gefährdungen.*

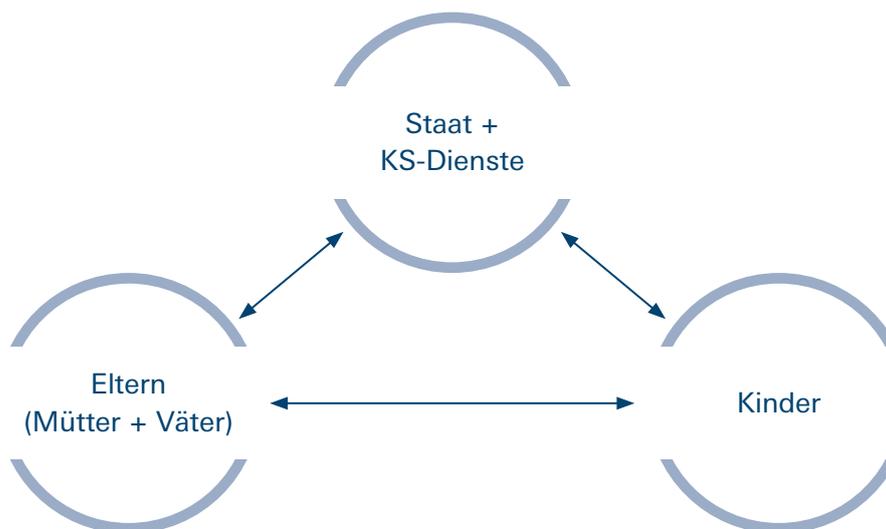
Risiko ist darum auch in der Sozialen Arbeit und im Kinderschutz zu einem immer einflussreicheren Schlüsselkonzept geworden, nicht zuletzt, um die im gesellschaftlichen Modernisierungsprozess entstandenen Gefahren und Unsicherheiten konzeptuell zu fassen.“

Damit verschiebt sich im Kontext von Gesellschaft, Politik und Kultur das Dreiecksverhältnis zwischen dem Staat und dem professionellen Hilfesystem einerseits und den Eltern und den Kindern andererseits, die einander

mit unterschiedlichen Rechten und Pflichten, Interessen und Erwartungen, Kompetenzen und Ressourcen und nicht zuletzt mit ungleich verteilter Macht und Autorität als Akteure im Kinderschutz begegnen. Bei der Analyse von problematisch verlaufenen Kinderschutzfällen trifft man insofern immer auf diese triangulierte Beziehungsstruktur. Sie wird jedoch in ihrem Zusammenhang in der Debatte um fehlerhafte Fachpraxis bisher zu wenig gesehen und reflektiert. Nigel Parton (2006, 2010) hat sie mit dem folgenden Schema veranschaulicht:

DREIECKSSTRUKTUR IM KINDERSCHUTZ-FELD (NACH PARTON 2006 UND 2010)

Abbildung 1



Für eine kritische Diskussion über vermeidbare und unvermeidbare Fehler im Kinderschutz, die weltweit zwar noch nicht vollständig, aber doch im Wesentlichen zu einer professionellen Praxis (d.h. gesetzlich geregelt, mit eigenständigem beruflichem Ausbildungssystem, wissenschaftlicher Forschungsgrundlage und organisationaler Selbstkontrolle) geworden ist, ist es nun von Belang herauszuarbeiten, welcher systemische Gesamtkontext des Kinderschutzes fehleranalytisch in den Blick genommen werden muss:

- das Makro-System (Gesellschaft, Wirtschaft, Kultur und Staat),
- die Meso-Systeme der professionellen Dienstleistungsorganisationen und
- die familialen Mikro-Systeme mit ihren Subsystemen der Eltern und Kinder.

Historisch lassen sich dabei beobachten: (1.) eine generelle Entwicklungsrichtung vom individualistischen Fokus auf das einzelne Kind bzw. die Misshandelnden/Täter – zumeist die Eltern – hin zur Familie und schließlich zum inter-organisationalen Hilfesystem und dem weiteren gesellschaftlichen und politischen Kontext und (2.) unterschiedliche Etappen in der Feldorientierung und Problemfokussierung, die dann auch Konsequenzen für die Reichweite der vorgeschlagenen Fehlerkontrollkonzepte bzw. Qualitätsentwicklungskonzepte haben. Sie lassen sich in einer Übersicht (Tabelle 1) zusammenfassen:

Tabelle 1

ENTWICKLUNGSETAPPEN UND PROBLEMFOKUSSIERUNGEN IN DER FEHLERDISKUSSION IM KINDERSCHUTZ VOM 19. JAHRHUNDERT BIS HEUTE

KINDERSCHUTZ-ETAPPE	KINDERSCHUTZPROBLEM-KONSTRUKTION	FEHLERKONSTRUKTION	FEHLERKONTROLLKONZEPTE
Vormoderner Kinderschutz	Individuelle Grausamkeit gegen Kinder	Nichtwahrnehmung / Gleichgültigkeit	Aufmerksamkeitskampagnen / erste wissenschaftliche Untersuchungen / bürgerschaftliches Engagement / erste Kinderschutzorganisationen
Moderner Kinderschutz an der Wende vom 19. zum 20. Jhd.	Verwahrlosung / Misshandlung von Kindern	Fehlen freigemeinnütziger und wohlfahrtsstaatlicher Institutionen / nurmehr administrative oder alltagspraktische Methoden	Etablierung und Ausbau von freigemeinnützigen KS-Organisationen / erste berufl. Basisqualifikation / Entwicklung methodischer Beratungsansätze, insbesondere der Einzelfallhilfe / Heimerziehungsreform im Rahmen der Reformpädagogik
a) Kinderärztliche Neu-Entdeckung von Kindesmisshandlung und Kinderschutz in den 1960er- und 1970er-Jahren	a) Nicht-zufällige Misshandlungen von Kindern als häufiges Syndrom in psychopathologisch gestörten Eltern-Kind-Beziehungen	a) Verleugnung / unzureichende Aufmerksamkeit, Diagnosefehler und interdisziplinäre Informationslücken / Forschungslücken > under-reporting	a) Aufmerksamkeitskampagnen / Ausbau moderner, vor allem kinderärztlicher Forschung / Entwicklung differenzierter diagnostischer Methoden / spezielle Kinderschutzgesetze / Einführung professioneller Meldepflichtregelungen / Um- bzw. Rückbau der Kinder- und Jugendhilfe zu Kinderschutzeinrichtungen
b) Gesellschaftskritische Neu-Entdeckung von Kindesmisshandlung und Kinderschutz in den 1960er- und 1970er-Jahren	b) Gewalt gegen Kinder als gesellschaftliches, generationales und erzieherisches Machtverhältnis / soziale Ungleichheit und Benachteiligung / familiäre Konfliktstruktur + Beziehungsstörung	b) Moralisierendes, individualistisch verkürztes nicht-kontextuelles Problemverständnis / Forschungslücken / autoritäres, undemokratisches und unterentwickeltes Jugendhilfe-Eingriffssystem mit systembedingten (iatrogenen) Misshandlungsfolgen / Fehlen fachlicher multiprofessioneller Hilfskonzepte u. -methoden / unvollendeter demokratischer Wohlfahrtsstaat	b) Gesellschaftskritisches Kinderschutzverständnis / interdisziplinäre Forschung und Fachkräftequalifikation / Aufbau basisdemokratischer, multiprofessioneller Hilfeeinrichtungen nicht-Strafe-orientierten Kinderschutzes / Öffnung der Zugänge zum Hilfesystem / Motivierung von Selbstmeldern zur freiwilligen Hilfesuche / Einsatz für Reformen des Kinder- und Jugendhilferechts

KINDERSCHUTZ-ETAPPE	KINDERSCHUTZPROBLEM-KONSTRUKTION	FEHLERKONSTRUKTION	FEHLERKONTROLLKONZEPTE
Expansion des Kinderschutzes in den 1980er-Jahren	Vom ‚Battered Child-Syndrome‘ zum ‚Battered Psyche- und Recovered Memory Syndrome‘ / Ausweitung des Konzepts von Kindesmisshandlung zu intergenerationaler und genderspezifischer Traumatisierung mit ‚Child Abuse Panic‘ + multi-professioneller ‚Child Abuse Industry‘ (Costin et al. 1996; Showalter 1997)	Dramatischer Anstieg von Kindesmisshandlungsverdachtsfällen / ‚Over-Reporting‘ und ‚Over-Inclusion‘ / unterausgestattete Kinderschutzdienste / Kapazitäts- u. Ressourcenmangel / Fachkräftefluktuation / Anstieg außerfamiliärer Fremdunterbringung von Kindern und Jugendlichen / Kostenexplosion / mangelhafte und unzureichende Dienstleistungsangebote + sich häufende ‚Kinderschutz-Katastrophen‘	Gestufte Interventionsangebote (‚Differential Response‘ – Waldfoegel 1998) / methodische Prozeduralisierung und umfangreiche Verfahrensregelungen / Einführung differenzierter diagnostischer u. IT-gestützter Risikoeinschätzverfahren / Implementation managerialer Steuerungsverfahren vor allem in der staatlichen Kinder- und Jugendhilfe mit Trennung von Case Management und sozialpädagogischer Hilfeleistung
Kinderschutz in der postmodernen Risikogesellschaft an der Wende zum 21. Jhdt.	Konzeptuelle Umstellung von Kindesmisshandlung / Vernachlässigung auf Kindeswohlgefährdung	Fehler in der Zusammenarbeit der am Kinderschutz beteiligten Professionssysteme / Nichteinhaltung von vorgeschriebenen Verfahren / mangelhafte methodische Gefährdungseinschätzungen / Kontaktverlust und Kooperationschwierigkeiten in der Arbeit mit den betroffenen Familien, Eltern und Kindern / Kinder und ihre Entwicklungsbedürfnisse nicht im Zentrum / fehlende bzw. mangelhafte Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung	Verstärkung von Fort- und Weiterbildung zur Qualifizierung der Kinderschutzfachkräfte / Wissenstransfer-Offensiven und Modellprojektförderung Früher Hilfen (Nationales Zentrum Frühe Hilfen – NZFH) / Initiativen zur Praxis- und Fehlerforschung / gesetzliche Verankerung von Qualitätsentwicklung (§ 79a SGB VIII)

2.2 DIE SKANDALISIERUNG PROBLEMATISCHER KINDERSCHUTZ-VERLÄUFE IN DEUTSCHLAND UND IHRE AUSWIRKUNGEN AUF DIE KINDERSCHUTZPRAXIS

In Deutschland, aber auch in allen anderen europäischen und angloamerikanischen Ländern, ist es – wie gezeigt – in den letzten Jahren zu einer Umstellung der Kinderschutzsysteme gekommen. Skandalisierende Medienberichterstattungen über gescheiterte Kinderschutzverläufe sowie eine sich neu abzeichnende Risikoorientierung aufgrund sich verändernder gesellschaftlicher neoliberaler Produktions- und Lebensweisen (vgl. Boltanski/Chiapello 2006; Lessenich 2009) waren dafür ausschlaggebend. Sie bewirkten eine Wende in der Diskussion über Fehler im Kinderschutz in Deutschland. Sie war zunächst ausgelöst worden durch eine breite Berichterstattung über fachliche Fehler bei der Diagnose von sexuellen Missbrauchsfällen wie z.B. in den Wormser Prozessen, bei denen von 1993 bis 1997 über zwanzig Personen – wie sich dann herausstellte: zu Unrecht – des sexuellen Missbrauchs an Schutzbefohlenen angeklagt und auch inhaftiert worden waren. Damit verbunden waren Diskussionen über fachliche Standards im Umgang mit Kindesmisshandlungen und Kindeswohlgefährdungen. In diesem Zusammenhang wurde in der Fachwelt auch über die Einführung von Meldepflichtsystemen für bestimmte Berufsgruppen – ‚Mandatory Reporting‘ – zur besseren Erfassung von Kindesmisshandlung und Kindeswohlgefährdung nachgedacht. In Reaktion auf den problematisch verlaufenen Kinderschutzfall in Stuttgart im Jahr 1996, bei dem nach Beendigung einer stationären Hilfemaßnahme das zweieinhalb Jahre alte Mädchen Jenny an den Folgen schwerer Misshandlungen starb, was u.a. strafrechtliche Ermittlungen gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Stuttgarter Jugendamtes nach sich zog, wurde schließlich die Notwendigkeit von Qualitätsmanagement und Evaluation im Kinderschutz als unabweisbar erkannt (vgl. Pfeifle 2001).

Über Qualitätssicherung im Kinderschutz waren zwar bereits im Jahr 1997 erste Überlegungen angestellt worden (Wolff 1997). Sie stießen zunächst aber nur auf wenig Resonanz in der Fachwelt. Erst mit der erneuten Problematisierung von gescheiterten Kinderschutzfäl-

len, wie z.B. in Osnabrück und Saarbrücken, kam die Debatte über Fehler im Kinderschutz richtig in Schwung. Abermals waren es Fälle von Vernachlässigung und von schwerem sexuellem Missbrauch, die die Öffentlichkeit erregten. Sie führten zu ersten systematischen Begutachtungen und auch zur Ausarbeitung von Stellungnahmen wie z.B. dem Saarbrücker Memorandum unter Federführung der ‚Kommission Kinderschutz – Kinderzukunft‘ (vgl. Stadtverband Saarbrücken 2004). Im Memorandum wurden Vorschläge zur Verbesserung der Kinderschutzpraxis unterbreitet, die bis heute aktuell sind. Sie enthalten u.a. Klarstellungen zu den Anforderungen, Aufgaben, gesetzlichen Grundlagen und Strafbarkeitsrisiken im Kinderschutz. Sie beeinflussten – vor allem in methodischer Hinsicht – die sich daran anschließenden Bemühungen zur Konkretisierung des Schutzauftrags in der Kinder- und Jugendhilfe, die schließlich zur Einführung des § 8a in das Kinder- und Jugendhilfegesetz/SGB VIII im Oktober 2005 führten. In der Folge kam es zu einem Ausbau von Verfahren und Instrumenten zur Gefährdungseinschätzung und zu einer Standardisierung von Ablauf- und Entscheidungsprozessen im Kinderschutz. Damit sollten Fehler bei der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen und Strafbarkeitsrisiken vermieden werden, ein Interesse, das auch in anderen Ländern von Bedeutung war (vgl. Gilbert/Parton/Skivenes 2011).

Im gleichen Zuge kamen im Kinderschutz auch Fragen des Risiko- und Fehlermanagements auf. Es wurde in der Wissenschaft wie in der Praxis verstärkt darüber nachgedacht, ob man, ähnlich wie in der Luftfahrt oder im Gesundheitswesen, nicht auch im Kinderschutz aus kleineren, sogenannten ‚Beinahefehlern‘ lernen könne und müsse (vgl. Biesel 2011; Deegener/Körner 2011: 240ff.; Fegert et al. 2010; Wolff et al. i.V.). Der Umgang mit Fehlern von höchst zuverlässigen Organisationen sollte Vorbild für eine stärker reflexive Kinderschutzpraxis werden (Böwer 2008; Weick/Sutcliffe 2010). Die fachliche Aufmerksamkeit richtete sich dabei auf die Strukturierung der Fallarbeit sowie auf die organisationalen Rahmenbedingungen des Kinderschutzes. In diesem Kontext wies Reinhart Wolff (2007) darauf hin, dass viele Kinderschutzorganisationen risikogefährdet seien, insbesondere dann, wenn sie Fehler tabuisieren, den Dialog mit den Klientinnen und Klienten meiden und komplexe Problemzusammenhänge

vereinfachen würden. Merchel (2007a, 2007b, 2008) ergänzte diese Argumentation. Er wies auf die Bedeutung von organisationskulturellen Strukturbedingungen für die Gewährleistung eines effektiven Kinderschutzes hin.

Insgesamt wurde in der Diskussion über Fehler im Kinderschutz deutlich, wie risikoreich und fehleranfällig Kinderschutzarbeit ist (Luhmann 2003; Wolff 2007). Problematisch verlaufene Kinderschutzfälle mit Todesfolge wie der ‚Fall Osnabrück‘ (1997), der ‚Fall Kevin‘ (2006) oder der ‚Fall Lea-Sophie‘ (2007) verdeutlichen diese emotional nur schwer auszuhaltende Gegebenheit immer wieder aufs Neue. Im ‚Osnabrücker Fall‘ misslang es der beteiligten Familienhelferin, zur Kindesmutter ein tragfähiges Arbeitsbündnis herzustellen und aufrechtzuerhalten (Mörsberger/Restemeier 1997). Im ‚Fall Kevin‘ führte vor dem Hintergrund einer organisationalen Strukturkrise eine Verkennerung der realen Problemsituationen zur Unterschätzung der Gefährdung des Kindes und zu miteinander unabgestimmten und nicht-kontrollierten Hilfebemühungen (vgl. Bremische Bürgerschaft 2007; Hoppensack 2008). Im ‚Fall Lea-Sophie‘ kam es zu einer Aneinanderreihung unverbundener Einzeleinschätzungen, wurden fachliche Entscheidungen unter Verzicht auf Formen kollegialer Fallberatung gefällt. In der von Fegert u.a. (2010: 51ff.) vorgelegten Sichtung aktueller Kinderschutzfälle im Spiegel der medialen Berichterstattung zeigte sich ein ähnliches Bild: Kinderschutzfälle scheitern immer dann, wenn Hinweise auf Kindeswohlgefährdungen nicht übermittelt, nur unvollständig weitergeleitet, unter- oder überbewertet werden; wenn es an einer umfassenden sozialpädagogischen Diagnostik mangelt, wenn der Dialog und die Auseinandersetzung mit den Sorge- und Erziehungsberechtigten sowie zwischen den Professionen nicht gesucht wird und wenn organisationale Schwierigkeiten (z.B.: Personalmangel, Überlastung) dazu führen, dass Fälle nur unzureichend reflektiert, dokumentiert und übergeben werden. Immer wieder zeigen sich nahezu die gleichen systembedingten Faktoren, die zum Scheitern im Fallverlauf führen – zur Herausbildung regelrechter „intersystemischer Fehlerkreisläufe“ (Biesel 2011: 69). Diese wiederholt herausgearbeitete Fehlerproblematik hat jedoch bislang nur bedingt zur Veränderung der Fallarbeit im Kinderschutz und zur Vermeidung von Fehlern beigetragen. Sie verdeutlicht, dass Kinderschutz

eine emotional belastende und hoch fehleranfällige Praxis ist. In ihr können Fehler nicht einfach erkannt und dann abgestellt werden.

Angesichts der mit der Vermeidung von Fehlern verbundenen Herausforderungen wurden in den letzten Jahren einige produktive Entwicklungen zur Verbesserung des Kinderschutzes angestoßen. So wurde das Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ auf den Weg gebracht. In diesem Zusammenhang wurde im Jahr 2007 auch ein „Nationales Zentrum Frühe Hilfen“ (NZFH) in gemeinsamer Trägerschaft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Deutschen Jugendinstituts (DJI) eingerichtet. Auftrag des NZFH ist es, die Öffentlichkeit, Wissenschaft und Praxis hinsichtlich der Bedeutung von Frühen Hilfen zu sensibilisieren und die fachliche Diskussion zum Thema ‚Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen‘ voranzutreiben. Hierfür hat das NZFH einerseits modellhafte Projekte im Bereich Früher Hilfen angeregt und gefördert. Andererseits hat es das Projekt „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ ausgeschrieben, das von der Alice Salomon Hochschule Berlin und dem Kronberger Kreis für Dialogische Qualitätsentwicklung e.V. realisiert wurde (vgl. NZFH 2010a).

So wichtig diese Entwicklungen sind, kann doch nicht übersehen werden, dass in Deutschland gegenwärtig erprobte und überprüfte Methoden zur Analyse problematischer Kinderschutzfälle noch immer fehlen. Dieser Mangel wird auch in ersten Expertisen und Untersuchungsberichten deutlich, die sich der Aufarbeitung problematischer Kinderschutzverläufe widmen. Inhaltlich fokussieren sie auf die Problematik strafrechtlicher bzw. dienstrechtlicher Risiken bei der Wahrnehmung von Kinderschutzaufgaben bzw. auf die Frage, was es ganz allgemein heißt, im Kinderschutz fachlich verantwortlich zu handeln. In ihnen wird beispielsweise erörtert, wo es Schwachstellen im Hilfesystem gibt und welche vermeidbaren Fehler im untersuchten Kinderschutzfall von Fachkräften und Organisationen gemacht wurden (vgl. Bremische Bürgerschaft 2007; Fachstelle Kinderschutz 2005; Kronseider 2010; Mörsberger/Restemeyer 1997; Stadtverband Saarbrücken 2004; Zeitweiliger Ausschuss zur Auf-

klärung des Todes von Lea-Sophie und zur Optimierung des Verfahrens bei Kindeswohlgefährdungen in Schwerin 2008). Zugleich sind in ihnen auch erste Empfehlungen zur Verbesserung der Fachpraxis und zur Vermeidung von Fehlern im Kinderschutz enthalten, wie z.B.:

- *„Steigerung der Kompetenz im Erkennen von Risiken und in der Integration unterschiedlicher Perspektiven im Rahmen einer Güterabwägung (...);*
- *Etablierung einer Fähigkeit zur Dokumentation, die den Sorgfaltspflichten entspricht, d.h. mindestens Dokumentation von Pro- und Contra-Argumenten (...);*
- *Steigerung des Wissens über Suchterkrankungen, psychiatrische Erkrankungen, Delinquenz bei Eltern und ihre Auswirkungen auf die Erziehungsfähigkeit;*
- *Steigerung des Wissens, das für interdisziplinäres Handeln befähigt;*
- *Einführung von Critical Incident Reporting Systemen oder eines Berichtswesens zu riskanten Vorfällen“.*

FEGER ET AL. 2010: 341FF., HERV. I. ORIG. –

Im Hinblick auf die Etablierung von Fehlerberichtssystemen im Kinderschutz betonen Fegert u.a. (ebenda), dass Fehlerberichtssysteme nur dann erfolgreich sein würden, wenn die Meldung von Fehlern freiwillig erfolge, wenn man Fehler anonym bzw. streng vertraulich behandle und wenn die Berichterstattung keine negativen Konsequenzen zur Folge hätte (vgl. ebenda: S. 137). Zusätzlich zu diesen Kriterien sollen die auf diese Weise gemeldeten Fehler von einem unabhängigen Expertinnen- und Expertenteam analysiert und zeitnah an die Berichterstattenden zur Verbesserung der Kinderschutzpraxis rückgemeldet werden. Aufbauend auf diesen Überlegungen formulieren die Autoren schließlich in ihrer Expertise vier Sofortmaßnahmen zur Förderung der Fachkompetenz der Fachkräfte und zu Fragen der Organisationsentwicklung und Qualitätssicherung im Kinderschutz. Sie empfehlen:

- *die „Erarbeitung einheitlicher prozeduraler Basisstandards für Hausbesuche, Interventionsentscheidungen, Teamentscheidungen, Dokumentation (Mehraugenprinzip), Hilfeprozessmanagement etc., so genannte Standard Operating Procedures (SOP) (...)“*

- *die Einführung von „Auditierungsverfahren auf freiwilliger Basis mit Bezugnahme auf ausformulierte Standards“,*
- *die Absicherung einer „generelle[n; d.A.] Qualitätssicherungsarbeit“ auf Basis „relevanter statistischer Daten“ sowie*
- *„Kommunikationstrainings zur Stärkung der interdisziplinären Perspektive“ im Kinderschutz „unter Berücksichtigung von Einstellungsfragen, Fragen des professionellen Selbstwerts und der emotionalen Belastung durch Risikofälle“.*

S. 356F., HERV. I. ORIG. –

Trotz solcher Empfehlungen ist in Deutschland weitestgehend ungeklärt, wie Jugendämter durch sozial- und organisationswissenschaftliche Fallanalysen im Verbund mit den am Fall beteiligten Personen und Organisationen aus problematischen Kinderschutzverläufen – unter Beachtung der dabei zu berücksichtigenden datenschutzrechtlichen und strafrechtlichen Fragestellungen – lernen können (vgl. Fegert et al. 2010: 291ff.). Kindler (2011: 175f.) benennt immerhin drei Möglichkeiten zur Untersuchung und Vermeidung von problematischen Kinderschutzverläufen:

1. Die Aufdeckung von Fehlern als Abweichung von gesetzlichen Regelungen oder von verbindlichen fachlichen Standards und/oder Dienstanweisungen im Zuge von Aktenanalysen oder Fallrekonstruktionen.
2. Die Analyse von Fällen, bei denen bereits ein Kind trotz des Einbezugs von Hilfeeinrichtungen zu Schaden oder zu Tode gekommen ist, zur Aufdeckung vermuteter hilfesystem- und organisationsbedingter Fehler mithilfe von Expertinnen- und Expertenkommissionen.
3. Die wissenschaftliche Aufarbeitung von bekannten Fehlerrisiken aus der Fehlerforschung hinsichtlich ihrer Bedeutung für das Erkennen und für die Vermeidung von Fehlern im Kinderschutz.

Die Ansätze zur Analyse von Fehlern im Kinderschutz mit Serious Case Reviews im Ausland fallen dagegen deutlich elaborierter aus; sie haben aber, wie berichtet wird, entgegen ihrer Intention eher zur Entwicklung einer

„Compliance Culture“ – einer pflichtgemäßen Regel-Erfüllungspraxis – im Kinderschutz geführt³ – mit erheblichen negativen Folgen für die Kinderschutzpraxis (vgl. bspw. Munro 2011b und Kapitel 3 dieses Berichtes).

2.3 ANSTÖSSE ZUR WISSENSCHAFTLICHEN UNTERSUCHUNG DES ‚FALLES LEA-SOPHIE‘ MIT DER METHODE DES DIALOGISCH-SYSTEMISCHEN FALL-LABORS

Wie wir bereits weiter oben ausgeführt haben, ist das Interesse an der Untersuchung und Aufarbeitung von Fehlern im Kinderschutz im Zuge wichtiger Entwicklungsetappen und unterschiedlicher Problemfokussierungen in der Fehlerdiskussion vor dem Hintergrund einiger weniger, jedoch bedeutender problematischer und öffentlich skandalisierter Kinderschutzverläufe entstanden. So überrascht es auch nicht, dass die Ausgangssituation, die zur Entwicklung und Erprobung der Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors geführt hat, mit der Geschichte eines gescheiterten Kinderschutzfalles beginnt. Im November 2007 kam es in der Stadt Schwerin zu einem Fall schwerer Kindesvernachlässigung – dem ‚Fall Lea-Sophie‘:

Am 12.11.2007 erhält das Jugendamt aus der Nachbarschaft nachmittags eine anonyme Kindeswohlgefährdungsmeldung, man mache sich Sorgen um einen drei bis vier Wochen alten Säugling, der kaum draußen zu sehen sei. Die Mutter gehe nur abends mit dem Kind in der Babywiege und zwei Hunden spazieren. Das größere Kind scheine im Haushalt nicht mehr zu leben. Bei einem unmittelbar anschließenden Hausbesuch treffen die Mitarbeiter des Jugendamtes der Stadt Schwerin niemanden an, hinterlassen aber eine bereits vorbereitete Gesprächseinladung für den Folgetag um 9:00 Uhr. Daraufhin folgen die Eltern am nächsten Tag, dem 13.11.2007, der Einladung des Jugendamtes. Sie erscheinen mit ihrem Sohn, aber ohne die fünfjährige Lea-Sophie, die bei Bekannten sei.

Am 20.11.2007 eskaliert die Situation: Am Abend gehen die Eltern mit ihrem Sohn und den beiden Hun-

den spazieren, kurz nach 19:00 Uhr kehren sie heim. Die Kindesmutter findet Lea-Sophie mit hängendem Kopf bewusstlos auf einem Stuhl in ihrem Zimmer. Lea-Sophie reagiert nicht mehr. Der Kindesvater wählt den Notruf. Lea-Sophie wird unter Begleitung des Kindesvaters ins Krankenhaus gebracht. Die Kindesmutter kümmert sich derweil zu Hause um ihren Sohn. Um 22:30 Uhr versagt Lea-Sophies Herz. Sie wird reanimiert. Um 23:00 Uhr ist sie tot. Bei seinem Tod wiegt das Kind bei einer Körpergröße von 95 cm nur noch 7,4 Kilogramm.

Im Vorfeld dieses problematisch verlaufenen Kinderschutzfalles hatte sich der Großvater mütterlicherseits ab März 2006 mehrfach an das Jugendamt gewandt. Er hatte zur Mutter von Lea-Sophie, seiner Adoptivtochter, unter der Woche fast täglich telefonischen Kontakt gehalten.⁴ Er teilte den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jugendamtes mit, dass Lea-Sophie nicht wachse, nicht zunehme, sprachlich unterentwickelt sei und er sich Sorgen um die Entwicklung seiner Enkeltochter mache, die schon seit längerem nicht mehr die Kindertagesstätte besuche. Daraufhin war er von den Fachkräften gefragt worden, ob bei Lea-Sophie eine Kindeswohlgefährdung vorliege, nur dann würde man nämlich mit „brachialer Gewalt“ in die Familie gehen. Er antwortete: Das müsse „ein Fachmann“ beantworten. Auch die Großmutter väterlicherseits kontaktierte das Jugendamt im Sommer 2007. Im Juni 2007 sprach der Großvater mütterlicherseits ein drittes Mal beim Jugendamt vor. Er habe zu diesem Zeitpunkt die Behörde dazu gedrängt, das Mädchen von einem Arzt untersuchen zu lassen, und auch darauf hingewiesen, dass sich die Eltern „einigeln“ und bei schriftlichen Aufforderungen seitens des Jugendamtes nicht reagieren würden. Trotz dieser Hinweise griffen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes – aus Sicht der Öffentlichkeit und der Medien – „nicht rechtzeitig“ ein, zumindest hätten sie die Gefährdungssituation verkannt, woraus sich dann heftige Kontroversen um den Fall entwickelten.

Der Fall führte zu einer massiven Kritik und Diskreditierung des Jugendamtes, das mit dem Fall betraut gewesen war. Es hatte aus den vorliegenden und sich über mehrere

3 Deegener und Körner (2011: 242) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Anspruch, aus Fehlern im Kinderschutz zu lernen, in der Praxis oft auf Widerstand stößt, „da viel zu oft nach Sündenböcken gesucht wird und deswegen menschliche Schwächen, Fehlentscheidungen, kleinere Versäumnisse usw. u.a. aus Angst vor Sanktionen, Verlust an Ansehen, Sorge um Aufstiegschancen, mangelnder persönlicher Kritikfähigkeit usw. geheim gehalten werden.“

4 Wie uns allerdings erst 2011 in den Rückblickgesprächen berichtet wird.

Jahre hinweg verdichtenden Gefährdungshinweisen nicht die richtigen Schlüsse zur Sicherstellung des Kindeswohls des Kindes Lea-Sophie gezogen. In der Öffentlichkeit wurde schnell der Vorwurf laut, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes sich nicht an ihre Vorschriften gehalten hätten und ihnen bei der Kindeswohlgefährdungseinschätzung eklatante Fehler unterlaufen seien. Die daraufhin vorgenommenen Vorverurteilungen führten schnell zu einer Reihe einschneidender Organisationsveränderungen. Sie führten u.a. zum Austausch des Führungspersonals, zur Abwahl des Oberbürgermeisters, zur Aufstockung des Fachpersonals und zu ersten Qualitätssicherungsbemühungen. In diesem Kontext wurden auch die bis zum ‚Fall Lea-Sophie‘ aufgegebenen kollegialen Fallberatungen und Supervisionen wieder eingeführt. Das Jugendamt ergriff darüber hinaus die Chance, an einem partizipativen Fehlerforschungsprojekt teilzunehmen. Im Zuge des Projekts, das sich der Untersuchung des Umgangs mit Fehlern im Jugendamt der Städte Schwerin und Dormagen widmete (vgl. Biesel 2011), wurden, ohne dass dies ursprünglich eigentlich beabsichtigt gewesen war, erste Voraussetzungen zur wissenschaftlichen Untersuchung und Aufarbeitung des ‚Falles Lea-Sophie‘ mit der Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors im Jahr 2008 geschaffen. Die Fach- und Leitungskräfte konnten nämlich während der Durchführung der Fehlerstudie die wichtige Erfahrung machen, dass man im Kinderschutz auch offen und fair über Fehler reden konnte und dass es möglich war, ohne gegenseitige Beschuldigungen aus Fehlern zu lernen. Diese wichtige Erfahrung ermutigte die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schließlich dazu, sich um die Teilnahme am Projekt „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ zu bewerben. Als Modellkommune bekam das Jugendamt der Stadt Schwerin dann auch den Zuschlag zur Teilnahme und es begann ein dialogischer Qualitätsentwicklungsprozess, der sich von Herbst 2009 bis zum Sommer 2010 erstreckte. Die während des Qualitätsentwicklungsprozesses sich zeigende Angst im Umgang mit Kindeswohlgefährdungen und die Vermeidung einer offenen Auseinandersetzung über den ‚Fall Lea-Sophie‘ verdeutlichten den Fach- und Leitungskräften des Jugendamtes – nach anfänglicher Skepsis und Abwehr, – wie notwendig eine differenzierte wissenschaftliche Unter-

suchung dieses gescheiterten Kinderschutzfalles wäre. In der Folge äußerten sie gegenüber den mit der dialogischen Qualitätsentwicklung beauftragten Referenten vom Kronberger Kreis für Dialogische Qualitätsentwicklung e.V. den Wunsch, den Fall zum Gegenstand einer umfassenden wissenschaftlichen Untersuchung machen zu wollen, woran sie jedoch vier Bedingungen knüpften:

1. Der Fall sollte unter Leitung des Kronberger Kreises für Dialogische Qualitätsentwicklung e.V. – Kay Biesel (zu Beginn des Projekts: Alice Salomon Hochschule Berlin; inzwischen: Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Kinder- und Jugendhilfe) und Reinhart Wolff (Alice Salomon Hochschule Berlin/Freie Universität Berlin) – wissenschaftlich untersucht werden und das Ziel haben, ein methodisches Verfahren zur Analyse problematischer Kinderschutzverläufe in Deutschland zu erproben und weiterzuentwickeln.
2. Der Fall sollte möglichst unter Einbeziehung der wichtigsten Fallbeteiligten aus dem Helfer- und Familiensystem im Rahmen eines dialogischen Settings reflektiert und rekonstruiert werden.
3. Die Ergebnisse der Falluntersuchung sollten der Erarbeitung von weiteren Vorschlägen zur Sicherstellung der Kinderschutzqualität bzw. der Überprüfung bereits eingeleiteter Qualitätsmanagementbemühungen im Jugendamt der Stadt Schwerin dienen.
4. Die Ergebnisse der Falluntersuchung dürften nur unter ausdrücklicher Genehmigung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes und im Einverständnis mit den Familienmitgliedern des verstorbenen Kindes Lea-Sophie veröffentlicht werden und sollten nach Möglichkeit nicht zu einer erneuten öffentlichen Diskreditierung des Jugendamtes und/oder der inhaftierten Eltern führen.

Unter Beachtung dieser Bedingungen begannen wir im Frühjahr 2010 – parallel zum dialogischen Qualitätsentwicklungsprozess im Rahmen des Projekts „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ – mit der Vorbereitung des dialogisch-systemischen Fall-Labors zur wissenschaftlichen Untersuchung und Aufbereitung des ‚Falles Lea-Sophie‘. Wir dachten gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen vom Nationalen Zentrum Frühe

Hilfen über denkbare Förderungsmöglichkeiten nach, hielten nach passenden Seminarräumen mit Übernachtungsmöglichkeiten Ausschau, informierten uns über die aktuelle datenschutzrechtliche und strafrechtliche Ausgangslage⁵ und berieten uns mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jugendamtes der Stadt Schwerin über den potenziellen Kreis der Teilnehmenden. Außerdem konnten wir uns mit den Kolleginnen und Kollegen vom Londoner Social Care Institute for Excellence (SCIE) über deren Erfahrungen bei der Durchführung von Serious Case Reviews in Großbritannien austauschen, was uns dazu veranlasste, das Forschungsdesign zu überarbeiten. So konnten wir schließlich im Herbst 2010 mit der konkreten Falluntersuchung unter Nutzung der Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors beginnen.

Folgende Sachverhalte waren dafür ausschlaggebend, dass wir überhaupt mit der wissenschaftlichen Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ beauftragt wurden und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes sowie die Familienmitglieder des verstorbenen Kindes Lea-Sophie uns ihr Vertrauen schenkten:

- Wir waren bereits im Vorfeld der Falluntersuchung in Kontakt mit den Fach- und Leitungskräften des Jugendamtes, die uns und unsere Arbeitsweise auf diese Weise nach und nach kennen- und schätzen gelernt hatten.
- Wir sind nicht einfach von außen in das Untersuchungsfeld eingedrungen, sondern konnten auf der Basis eigener Forschungen zur Fehlerproblematik im Kinderschutz und vor dem Hintergrund eines bundesweiten Qualitätsentwicklungsprojektes Zugänge zu den mit dem ‚Fall Lea-Sophie‘ betrauten Fach- und Leitungskräften schaffen.
- Wir konnten darum auch die mit der Falluntersuchung verbundenen Befürchtungen, Ängste, Belastungen und Sorgen kennenlernen und offen ansprechen, ohne befürchten zu müssen, dass dadurch die Durchführung des dialogisch-systemischen Fall-Labors insgesamt in Gefahr geraten würde.
- Wir hatten schließlich das Glück, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes der Stadt Schwerin in Reaktion auf den gescheiterten Kinder-

schutzfall den Kontakt zu den inhaftierten Eltern gesucht und gehalten hatten und darüber hinaus einen engen Austausch mit den Großeltern von Lea-Sophie pflegten, die ja vom Jugendamt mit der Pflege des zweiten Kindes betraut worden waren. Auf diesen Beziehungen konnten wir aufbauen, sodass wir uns mit den Eltern und Großeltern über die Ziele des dialogisch-systemischen Fall-Labors und über unseren wissenschaftlichen Zugang zur Untersuchung eines solchen Falles schwerer Kindesvernachlässigung austauschen und verständigen konnten. Infolgedessen waren sie auch zur Mitarbeit am Fall-Labor bereit.

Bevor wir im Weiteren auf die Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors und die damit verbundenen Erfahrungen und Untersuchungsergebnisse eingehen (Kapitel 4), erläutern wir zunächst, wie im Ausland, insbesondere in den angelsächsischen Ländern, problematische Kinderschutzverläufe untersucht werden. Wir erörtern, welche Erfahrungen dabei gemacht und welche Erkenntnisse daraus bislang zur Verbesserung der Kinderschutzpraxis gezogen werden konnten (Kapitel 3).

5 Das Deutsche Institut für Jugend- und Familienrecht e.V. erstellte in diesem Zusammenhang ein Rechtsgutachten. Es kann beim Nationalen Zentrum Frühe Hilfen bezogen werden (DIJuF 2012).

3**ANSÄTZE UND ERFAHRUNGEN MIT
DER UNTERSUCHUNG VON
PROBLEMATISCH VERLAUFENEN
KINDERSCHUTZFÄLLEN IM AUSLAND**

Im Ausland, insbesondere in den angelsächsischen Ländern, werden schon seit längerem problematisch verlaufene Kinderschutzfälle untersucht. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse zeigen, dass Fälle, die im Kinderschutz scheiterten, oftmals nur schwer vorhersehbar waren. Sie weisen auf die grundsätzliche Schwierigkeit hin, aus Fehlern im Kinderschutz zu lernen. Denn obwohl zahlreiche Berichte über die Ursachen von schwerwiegenden problematischen Kinderschutzfällen vorliegen (Serious Case Reviews), die es zu sichten und zu studieren lohnt, hat sich im Wesentlichen an der Kinderschutzpraxis dieser Länder nur wenig geändert. Wir wollen in diesem Kapitel dennoch über Ansätze und Erfahrungen mit der Untersuchung von problematisch verlaufenen Kinderschutzfällen im Ausland berichten. Sie scheinen uns geeignet, um unsere Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors vor dem Hintergrund dieser internationalen Verfahren, speziell des SCIE-Modells, fachlich einzuordnen und herauszuarbeiten, wie im Kinderschutz im Verbund mit fallbeteiligten Fachkräften und nach Möglichkeit unter Einbeziehung betroffener Familienmitglieder aus Fehlern gelernt werden kann.

3.1 CHILD DEATH REVIEWS UND SERIOUS CASE REVIEWS IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

In der Kinderschutzarbeit sind Untersuchungen von Todesfällen von Kindern (Child Death Reviews – CDRs) und problematischer, gescheiterter Kinderschutzfälle (Serious Case Reviews – SCRs) in den letzten vier Jahrzehnten verstärkt durchgeführt worden. Als Regelpraxis sind sie bisher jedoch nur in den angelsächsischen Ländern etabliert (Axford/Bullock 2005). In einem Survey der Praxis von Untersuchungsverfahren von Todesfällen und tödlichen Misshandlungsfällen auf der Basis einer Sichtung von internationalen Forschungsergebnissen, von Hunderten einschlägiger Dokumente und einer Fragebogenerhebung mit ergänzenden Experteninterviews in 24 Ländern⁶, haben Nick Axford und Roger Bullock (ebenda) zeigen können, dass das Interesse an der Unter-

suchung problematischer Kinderschutzverläufe nicht zufällig entstanden ist. Sie stellen die folgenden Trends heraus:

1. Für das Kindeswohl zu sorgen, wird in modernen Gesellschaften zu einem wachsenden Anliegen. Es zeigt sich eine größere Verantwortung des Staates, einzugreifen, wenn Kinder und Jugendliche Gefahr laufen, beeinträchtigt und verletzt zu werden. Sie führt dazu, dass die frühere staatliche Zurückhaltung, in die privaten Lebenszusammenhänge von Familien einzugreifen, immer mehr aufgegeben wird. Familiäre Kindheit wird auf diese Weise zu einer stärker überwachten Kindheit, nicht zuletzt, weil sich das Interesse an Kindern und der Blick auf Kinder generell verändert haben. Indem Kinder als Individuen mit unaufgebbaren Menschen- und Grundrechten gesehen werden, haben sie ein Anrecht darauf, dass sie vor allen Formen der Vernachlässigung und Misshandlung geschützt werden, zumal vor der extremsten Form der Beeinträchtigung ihres Wohls und ihrer Rechte: dem Tod. Darum „haben die meisten Länder Verfahren entwickelt, um in einem solchen Fall festzustellen, was tatsächlich geschehen ist, damit aus der Tragödie gelernt werden kann und stattdessen Verfahren eingeführt werden, um ihre Wiederholung zu verhindern“ (ebenda: 17, unsere Übersetzung).
2. Forschungen und Untersuchungsverfahren problematischer Kinderschutzfälle (Serious/Significant Case Reviews) zeigen in großer Übereinstimmung, dass die meisten Fälle Einzelfallzuspitzungen (One-off Events) waren. Viele von ihnen hätten nicht vorausgesagt werden können. Im Rückblick sei es im Nachhinein freilich leicht, so Axford und Bullock, Entscheidungen und Handlungen der Fachkräfte als unangebracht, als dumm und fehlerhaft einzuschätzen. Wichtiger sei zu verstehen, „warum bestimmte Handlungsweisen von den damals Beteiligten als vernünftig und naheliegend eingeschätzt und wie ihr Verhalten durch Ressourcen und den organisationalen Kontext eingeschränkt worden war“. Und weiter heißt es, „... dass zwar viele Familien bekannte Risikofaktoren aufwiesen, es aber faktisch unmöglich

⁶ Wobei sich nur für 16 Länder vollständige Daten ergaben, nämlich für Australien, Belgien, England, Deutschland, Irland, Israel, Jordanien, Kanada, Neuseeland, Nordirland, Norwegen, Schottland, Südafrika, die Schweiz, USA und Wales.

gewesen sei, sie vorauszusagen. Darum seien Ansprüche, dass man die Ereignisse hätte voraussehen müssen, zu optimistisch und ließen das große Ausmaß ‚falsch positiver Fälle‘ in Voraussagen in der Kinder- und Jugendhilfe unberücksichtigt.“ (Axford/Bullock 2005: 17, unsere Übersetzung)

3. Schließlich werde im vorliegenden Material deutlich, dass zwar Kinderschutzarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe als wesentliches Handlungsfeld vor allem von Fachkräften der Sozialen Arbeit angesehen würde, in den gescheiterten Fällen aber meistens Fachkräfte des Gesundheitswesens und an zweiter Stelle die Polizei und auch Lehrerinnen und Lehrer als ‚Front-line Workers‘ die hauptsächliche Fallverantwortung gehabt hatten. Aus diesem Grund gehe es auch gar nicht vornehmlich um fehlerhafte Behandlungsmethoden oder um die Inkompetenz von Sozialarbeitern, sondern darum, dass die Praxisprobleme in tödlichen Kindesmisshandlungsfällen auf einer anderen Ebene lägen: auf der Ebene der Zusammenarbeit, der Sammlung und des kommunikativen Austauschs von Informationen, worauf die Serious Case Reviews dann auch in ‚endlosen Empfehlungen‘ immer wieder hinweisen würden (vgl. Axford/Bullock 2005: 17f.).

Als Hauptergebnis dieses Überblicks kann festgehalten werden:

- Es gibt international eine große Vielfalt von Untersuchungsverfahren problematischer bzw. gescheiterter Kindesmisshandlungsfälle.
- Nur in den englischsprachigen Ländern sind Untersuchungsverfahren gesetzlich und verpflichtend in ihrer Aufgabe und Struktur geregelt. In vielen anderen Ländern gibt es keine verbindlichen Regelungen. Dabei entsteht der Eindruck, dass, je günstiger die Lebensumstände von Kindern und je niedriger die Anzahl der Todesfälle von Kindern sind, desto weniger auf verpflichtende Untersuchungsverfahren gesetzt wird. Die skandinavischen Länder sind dafür ein gutes Beispiel.
- Die Durchführung solcher Untersuchungsverfahren ist in der Regel eine kommunale oder regionale Aufgabe und wird von multidisziplinären Ad-hoc-Teams mit besonderer Beauftragung, häufig unter Einbezie-

hung juristischer, gerichtsmedizinischer und polizeilicher Fachkräfte – aber nicht notwendigerweise immer mit besonderen Erfahrungen im Kinderschutz – wahrgenommen. Manchmal ist es aber auch eine Aufgabe der Zentralregierung, Todesfälle von Kindern und Jugendlichen (nicht nur im Kontext von Misshandlungen) zu erfassen und Einzelfälle oder auch mehrere Fälle zusammenfassend zu untersuchen.

- Anlass für die Durchführung eines Untersuchungsverfahrens eines problematischen Kinderschutzfalles ist nicht selten ein mediales öffentliches Interesse. Es können aber auch ein Verdacht auf professionelle Fehler oder Hinweise auf ein Systemversagen Anlass für eine Falluntersuchung sein.
- Ziele, die mit den Untersuchungsverfahren verfolgt werden, unterscheiden sich und richten sich z.B. auf die Feststellung von Versäumnissen und Fehlern von Einzelnen oder Organisationen. Oder aber sie zielen auf gesetzliche sowie administrative und methodische Maßnahmen und in letzter Zeit offenbar stärker auf produktive Systemveränderungen und auf Lernen.
- Die Kosten werden in der Regel von staatlichen Stellen getragen, wobei viele Untersuchungsteams nebenamtlich tätig sind und nicht extra für ihre Arbeit honoriert werden.
- Nur in wenigen Ländern sind SCRs selbst Gegenstand regelmäßiger wissenschaftlicher Überprüfung und Auswertung. In Ländern mit langjährigen Untersuchungserfahrungen sind solche Sekundäruntersuchungen aber zu einer wichtigen Wissensgrundlage für eine fachgerechte Qualitätsentwicklung in der Kinderschutzarbeit und im gesamten Kinder- und Jugendhilfe-System (Child and Family Welfare System) geworden. Dies gilt insbesondere für das Vereinigte Königreich, speziell für England.

3.2 ERFAHRUNGEN, ERGEBNISSE UND ENTWICKLUNGEN MIT SERIOUS CASE REVIEWS IN ENGLAND

Wir greifen die Regelungen zur Durchführung von Serious Case Reviews und die damit verbundenen Erfahrungen und Entwicklungen in England ausführlicher auf (s. auch den Überblick: Vincent 2009).

Obwohl es bereits am Ende des 2. Weltkrieges (1945) ein erstes Untersuchungsverfahren anlässlich des Todes des Pflegekindes Dennis O'Neill (Monckton Report) gegeben hatte, ist der wirkungsvolle Einsatz einer SCR mit dem Namen des Kindes Maria Colwell verbunden (vgl. Committee of Inquiry into the Care and Supervision Provided in Relation to Maria Colwell 1974; siehe auch: Shaw 2011). Das Kind starb 1973 aufgrund der Misshandlung durch seine Mutter und seinen Stiefvater. Der daraufhin erarbeitete Bericht war der erste von 30 weiteren Untersuchungsberichten in den nächsten 15 Jahren. Sie hatten erhebliche Auswirkungen auf die Gesetzgebung und die Praxis in der Kinder- und Jugendhilfe in England (ausführlicher dazu: Hill 1990). Vor allem wurden die kommunalen Jugendhilfebehörden in ihren Rechten gegenüber den Eltern gestärkt. Mit dieser Vielzahl an Untersuchungsberichten wird zudem der Grundstein für administrative Verfahrensregelungen im Kinderschutz gelegt: mit der Einführung der Kindesmisshandlungsregister, inter-organisationalen Fallkonferenzen, regionalen Kinderschutz-Komitees und der Handreichung zur Verfahrensregelung (Procedure Manual). Während die meisten Berichte sich bis dahin auf tödliche Kindesmisshandlungs- oder Vernachlässigungsfälle bezogen hatten, kam es mit der „Cleveland Affaire“ 1988 zu einer kritischen Thematisierung des Umgangs mit vermuteten sexuellen Missbrauchsfällen und damit zu einer deutlicheren Fokussierung auf institutionelle Schwachstellen in der Kinderschutzpraxis (Butler-Sloss 1988). Damit kam es vor allem zu einem neuen aufmerksamen Blick auf die Kinder, wie auch große Zeitungen, wie z.B. die Sunday Times, in ihren Reportagen zum Cleveland Report unterstrichen: „Warum wir nun damit beginnen müssen, Kindern zuzuhören (Why we must now start listening to the children)“ (The Sunday Times, July 10, 1988).

Nach zahlreichen weiteren Untersuchungsberichten kam es dann schließlich 1991 zu umfassenden Bestimmungen zur Durchführung von Untersuchungsverfahren problematischer Kinderschutzfälle, die 1989 in den Kinderschutzrichtlinien „Working Together to Safeguard Children“ im 8. Abschnitt den Regionalen Kinderschutz-Komitees – Area Child Protection Committees and Child Protection Panels (ACPCs) – als verpflichtend vorgeschrieben wurden. Das Richtlinien-Handbuch „Working Together to Safeguard Children“ ist über die Jahre immer wieder revidiert und erweitert worden. Es hat dabei seinen Umfang auf 390 Seiten ausgedehnt (und stellt mit der letzten Fassung von 2010 die möglicherweise weltweit umfangreichste Kinderschutz-Dienstanweisung überhaupt dar). Zwei Hauptverfahren werden im Richtlinienhandbuch geregelt:

- im 7. Abschnitt das Verfahren zur Durchführung von Untersuchungen eines Kindestodes (Child Death Review Processes) und
- im 8. Abschnitt die Untersuchung problematischer Fallverläufe (Serious Case Reviews).⁷

Zuständig für die Veranlassung und Durchführung einer SCR ist nach der Verabschiedung des neuen englischen Jugendhilfegesetzes von 2004 (The Children Act) anstelle des früheren ACPC nunmehr der örtliche (nämlich kommunale) Kinderschutz-Ausschuss (Local Safeguarding Children Board – LSCB).

Der Gesamtrahmen des SCR-Verfahrens wurde zwar nicht verändert, aber die Anlässe für die Durchführung einer SCR und die Ziele und Verfahrensrichtlinien wurden erweitert und präzisiert. So heißt es jetzt in § 8.1:

„Die vornehmliche Aufgabe einer Serious Case Review ist es, dass Einrichtungen und Personen (einzelne Fachkräfte) lernen, ihre individuelle und kollektive Arbeit, das Kindeswohl zu schützen und zu fördern, zu verbessern. Die gelernten Lektionen sollen effektiv verbreitet werden und die Empfehlungen sollen ohne zeitliche Verzögerung umgesetzt werden, so dass die erforderlichen Veränderungen dazu führen, dass – wo immer möglich – Kinder vor leidvollen Beeinträchtigungen oder vor möglicherweise drohenden Beeinträchtigungen in der Zukunft geschützt werden.“

LSCB, UNSERE ÜBERSETZUNG –

⁷ Für Wales (mit der Anweisung: Welsh Assembly Government 2006), Nordirland (mit der Anweisung: Department of Health, Social Services and Public Safety 2003) und für Schottland (mit der Übergangsregelung für die Kinderschutz-Komitees: Scottish Executive 2007) gelten ähnliche Regelungen.

Darüber hinaus wird betont, dass für die Qualität des Lernens entscheidend sei, dass die Alltagserfahrungen im Leben des Kindes und ein Verständnis seines Wohlbehagens, seiner Wünsche und Gefühle im Zentrum einer SCR stehen.

Erweitert wurde auch der Kreis derer, die den Anstoß zu einer SCR geben können. Jede Fachkraft kann nun initiativ werden, wenn sie glaubt, dass man im jeweiligen Fall eine wichtige Lehre für die Verbesserung der intra- und/oder inter-organisationalen Arbeit aus einer SCR ziehen kann.

Eine Untersuchung *muss* allerdings immer dann durchgeführt werden, wenn ein Kind gestorben ist (einschließlich bei vermutetem Suizid), wenn es von einem psychisch kranken, drogenabhängigen oder gewalttätigen Elternteil bzw. Sorgeberechtigten oder von nahen Verwandten umgebracht wurde, oder wenn es zu Tode kam, während es inhaftiert oder vormundschaftlich stationär oder geschlossen bzw. psychiatrisch untergebracht war, oder aber, wenn sicher ist oder ein begründeter Verdacht besteht, dass Misshandlung oder Vernachlässigung ursächliche Faktoren sind, die zum Tode eines Kindes beigetragen haben, unabhängig davon, ob die kommunale Kinder- und Jugendhilfe mit dem betroffenen Kind oder der Familie zu tun hatte.

Eine solche Untersuchung *soll* auch in den Fällen durchgeführt werden, wenn ein Kind erheblich verletzt wurde und es erhebliche Bedenken darüber gibt, wie die betroffenen Fachkräfte und Einrichtungen ihre Kinderschutz- und Kindeswohlförderungsaufgaben wahrgenommen haben. Um eine Entscheidung darüber zu treffen, ob eine SCR durchgeführt werden soll, wird vorgeschlagen, konkrete Fragen zu stellen, wie z.B.:

- Gibt es klare Beweise, dass Fachleute eine Kindeswohlbeeinträchtigung nicht wahrgenommen und sich nicht mit anderen Professionellen darüber ausgetauscht haben und nicht sachgerecht damit umgegangen sind?
- Ist das Kind in einem institutionellen Setting misshandelt oder vernachlässigt worden?
- War das misshandelte oder vernachlässigte Kind Mündel eines Vormunds?
- War das misshandelte oder vernachlässigte Kind erst kürzlich mit seiner Asyl suchenden oder zu einem zeitlich befristeten Aufenthalt nach England gekommenen Familie zugezogen?

- Sind Kinderschutz-Richtlinien im vorliegenden Fall verletzt worden?
- Gab es für das betroffene Kind einen Kinderschutzplan zur Zeit der Gefährdung oder war das Kind früher im Rahmen eines Kinderschutzplans betreut worden oder war das Kind im Kinderschutzregister erfasst?

Als zeitlicher Rahmen ist vorgegeben, dass innerhalb eines Monats darüber entschieden werden soll, ob eine SCR durchgeführt werden muss. Sie soll in Form von sogenannten Individuellen Fallmanagementberichten (Individual Management Reviews – IMRs) betroffener Einrichtungen vorbereitet werden und in der Regel nach sechs Monaten abgeschlossen sein; falls erforderlich, kann dieser Zeitrahmen jedoch auch überschritten werden.

Obwohl die neuen Richtlinien die Notwendigkeit der Einbeziehung von betroffenen Familienmitgliedern in den Untersuchungsprozess betonen, war dies doch in vielen Untersuchungen nicht der Fall, wie Brandon u.a. (2008) in ihrem Evaluationsbericht von SCRs feststellen. Von 47 untersuchten SCRs hatten nur neun auch Familienmitglieder beteiligt (ebenda), was von der Qualitätssicherungs- und Aufsichtsbehörde Ofsted (The Office for Standards in Education, Children's Services and Skills) in einer Expertise zu vorgelegten Case Reviews ebenfalls beobachtet wurde (Ofsted 2008).

Hauptergebnisse und Empfehlungen von Serious Case Reviews

Auch Fachleute können gegenwärtig nicht sicher sagen, wie viele Untersuchungen problematischer oder tödlicher Kindesmisshandlungsfälle im Vereinigten Königreich seit den 1940er-Jahren durchgeführt wurden. Ihre Zahl umfasst vermutlich zwischen 800 und 1.000 Berichte. Allein für die Jahre 2009 bis 2011 werden vom englischen Kinderschutzbund auf seiner Homepage 48 Reviews für 2009, 68 für 2010 und 37 für 2011 aufgelistet.

Hinzu kommen die Ergebnisse zusammenfassender Evaluationsstudien. Sie werden alle zwei Jahre von Forschungsteams vorgelegt bzw. regelmäßig von der Fachaufsichtsbehörde Ofsted durchgeführt. Auftraggeber ist das Erziehungsministerium. Solche Evaluationsstudien aus den letzten Jahren geben einen guten Überblick über Fragestellungen und Schwerpunkte der Serious Case Reviews –

sie sind zumeist auch übers Internet verfügbar (s. im Anhang die Übersicht des englischen Kinderschutzbundes NSPCC).

Einzelne Untersuchungsberichte sind besonders bekannt geworden. Dazu gehören vor allem die beiden von Lord Laming vorgelegten Berichte:

1. Lord Laming (2003): *The Victoria Climbié Inquiry*. Es handelt sich um einen umfangreichen Bericht über die Umstände des Todes von Victoria Climbié, die im Alter von acht Jahren von ihrer Tante und deren Partner tödlich misshandelt wurde; er nimmt zugleich die Schwachstellen des Kinderschutzsystems in den Blick.
 2. Lord Laming (2009): *The protection of children in England: a progress report*. Bei diesem Bericht handelt es sich um eine Untersuchung, die nach dem Tod des 17 Monate alten Peter Connelly unternommen wurde. Der Bericht hat ebenfalls zu weitreichenden Empfehlungen zur Veränderung des Kinderschutzsystems geführt und zugleich wurden darin wichtige Vorschläge zur Veränderung von SCRs gemacht: insbesondere dass es sinnvoll wäre, alle betroffenen Einrichtungen an einer Fall-Untersuchung zu beteiligen bzw. dass man gewährleisten müsse, dass die Leitungen von SCRs und von Evaluationsstudien unabhängig sein und über einschlägige Fachkompetenzen verfügen müssten.
- Auf der Grundlage dieser großen Zahl von SCRs und deren Evaluation in zusammenfassenden Studien können die folgenden Trends herausgestellt werden (vgl. auch: Sidebotham et al. 2010):
1. Untersuchungsberichte (SCRs) werden – obwohl sie einen erheblichen Zeitaufwand verlangen und auch finanziell zu Buche schlagen – inzwischen von der Praxis als eine Chance eingeschätzt, Schwierigkeiten, Probleme und Fehler in der Kinderschutzpraxis kritisch in den Blick zu nehmen. Sie tragen – wie sich in Evaluationsstudien zeigte – offenbar zu einem besseren Verständnis inter-organisationaler Zusammenarbeit im Kinderschutz bei. Ihre Ergebnisse werden in Fort- und Weiterbildungen genutzt. Sie haben sich auch als Unterstützung für die Alltagspraxis im Kinderschutz erwiesen.
 2. Auch die überregionalen Evaluationsberichte werden inzwischen alle zwei Jahre erarbeitet. Sie bündeln die lokalen Untersuchungsergebnisse, stellen wichtige Ergebnisse heraus und identifizieren generelle Trends und Themenschwerpunkte. Sie machen auch Vorschläge für politische und professionelle Veränderungen auf der Ebene der Kommunen wie auch auf der nationalen Ebene.
 3. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, dass die Untersuchung von Todesfällen in eine Analyse des gesellschaftlichen und lebensgeschichtlichen Kontextes von Kindheit mit ihren Gefährdungen und Risiken eingebettet wird. So stellen Sidebotham u.a. (2010: 2f., unsere Übersetzung) heraus: „Es ist wichtig, dass diese Todesfälle in einem größeren Kontext von Kindersterblichkeit und von anderen nicht-tödlichen Situationen von Beeinträchtigungen in der Kindheit betrachtet werden. Dieser breitere Kontext stünde auch im Einklang mit breiteren Aspekten zum Schutz von Kindern und zur Förderung des Kindeswohls, wie sie auch in *Working Together* (HM Government 2010) und im *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services* (Department of Health 2004) beschrieben sind, jedoch ohne dabei die Wichtigkeit des Schutzes von Kindern vor schwerwiegenderen Misshandlungen und Vernachlässigungen nicht aus den Augen zu verlieren.“
 4. Insgesamt zeigen die verfügbaren Daten, dass die Anzahl der tödlichen Kindesmisshandlungsfälle in England gesunken ist. Dennoch werden etwa ein bis zwei solcher Todesfälle pro Woche erfasst. Da es sich gesamtgesellschaftlich um seltene Fälle handelt, ist es in der Regel jedoch äußerst schwer und meistens unmöglich, sie vorherzusagen oder sie zu verhüten. Zudem sind die professionellen Einrichtungen bei solchen Vorfällen und Fallgeschichten, die Kinder extrem gefährdeten, nicht immer aktiv beteiligt. Deswegen ist mit Recht geschlussfolgert worden: „Lernen und Veränderung sollten nicht allein durch problematisch verlaufene Kinderschutzfälle angestoßen werden, vielmehr sollten, bezugnehmend auf ein breites Verständnis von kindlicher Vulnerabilität, die Lebensumstände von Kindern verbessert und es sollte für eine gute Kinderschutzpraxis gesorgt werden.“ (Sidebotham et al. 2010: 17, unsere Übersetzung). Da-

- rum hat sich auch ein umfassenderer Untersuchungsansatz der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, der Organisationskulturen und professionellen Fachpraxis im Kinderschutz, die zu Schwierigkeiten und Beinahefehlern und dann auch gelegentlich zum Scheitern führten, als sinnvoll erwiesen.
5. Weithin akzeptiert wurden auch – im Übrigen international – die Merkmale guter Untersuchungsberichte, wie sie im Richtlinien-Handbuch „Working Together“ im 8. Abschnitt beschrieben sind. SCRs gelingen, (1) wenn sie klaren Zielbestimmungen folgen, (2) wenn sie im Kinderschutz involvierte Einrichtungen beteiligen und auch darauf achten, eine interorganisationale Beteiligung durchzusetzen, (3) wenn sie überhaupt einen mehrseitigen Beteiligungsansatz verfolgen und eine große Anzahl von Organisationen konsultieren, (4) wenn sie in ihrer Untersuchung die familialen Lebensumstände und die Entwicklungsgeschichte des Kindes umfassend einbeziehen, (5) wenn sie externe Fachleute beteiligen, (6) wenn sie Eltern und Sorgeberechtigte, die ganze Familie und die Kinder einbeziehen, (7) wenn sie Teil einer umfassenderen Qualitätssicherung sind, (8) wenn sie eher Anregungen zum Lernen geben, anstatt Beteiligte zu beschuldigen, (9) wenn klare Aktionspläne zur generellen Implementierung in die Praxis erarbeitet werden, (10) wenn sorgfältig konzipierte Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kinderschutzpolitik gemacht werden, (11) wenn die Ergebnisse in einem angemessenen Zeitrahmen erarbeitet und in einem den Richtlinien entsprechenden Format präsentiert werden und wenn sie in der Form klarer Botschaften koordiniert verbreitet werden (vgl. auch: Axford/Bullock 2005: 50).
 6. Als Schwächen bei der Durchführung von SCRs wurde herausgestellt, dass sie häufig über zu wenig Ressourcen verfügten und nicht selten mit der Absicht unternommen würden, die fallbeteiligten Professionellen einerseits nurmehr zu schützen oder sie andererseits schlicht zu Sündenböcken zu machen. Die systemischen Kontexte, die bei problematisch verlaufenen Kinderschutzfällen wesentlich sind, würden mit der Perspektive der Verbesserung der Dienste und darüber hinaus der Lebensbedingungen von Kindern hingegen nicht genügend in den Blick genommen.
 7. Als wesentliche Fehler in der Kinderschutzpraxis haben die Serious Case Reviews in großer Übereinstimmung immer wieder die folgenden Schwachstellen herausgestellt: (1) Unzureichender Informationsaustausch, (2) mangelhafte diagnostische Fall- und Gefährdungseinschätzungen (assessments), (3) ineffektive Entscheidungsprozesse, (4) mangelhafte interorganisationale Zusammenarbeit und ineffektive und schlecht geleitete (Kinderschutz-)Fallkonferenzen, (5) lückenhafte und oberflächliche Falldokumentationen, (6) Nichterreichung der Familie bzw. Kontaktabbruch zur betroffenen Familie, (7) Schwierigkeiten in der Herstellung eines Arbeitsbündnisses, (8) Nichtbeachtung und Nichteinbeziehung wichtiger, wenn auch häufig randständiger, aber gefährlicher und vor allem aggressiver männlicher Familienmitglieder oder Partner, (9) ausweichende oder unzureichend autoritative Wahrnehmung des staatlichen Wächteramtes zum Schutze des Kindes wie zur Unterstützung der Eltern – gerade bei unkooperativen Eltern und Familien, die Hilfe nicht freiwillig suchen, sondern sie eher abwehren und unterlaufen (was insbesondere im Serious Case Report des Haringey Local Safeguarding Children Board [2010: 67] über den öffentlich mit großer Aufmerksamkeit diskutierten Fall des Kindes „P“ erneut betont wurde).
- Einer der Hauptfehler, der eine gelingende Kinderschutzpraxis oftmals bedroht, ist jedoch, dass die gefährdeten Kinder in ihrer Notlage nicht im Mittelpunkt der Kinderschutzarbeit stehen. Immer wieder kamen die Untersuchungsberichte, wie auch empirische Forschungen bestätigen, zu dem Schluss, dass Kinder in viel zu vielen Fällen keine Stimme gehabt hatten. Exemplarisch für diesen Befund zitieren wir den wichtigen Themenbericht „The voice of the child: learning lessons from serious case reviews“, der auf der Basis von 67 SCRs im April 2011 von Ofsted vorgelegt wurde. Hier heißt es:
- „Was die Stimme des Kindes betrifft, gibt es fünf wesentliche Botschaften. In zu vielen Fällen*
- *wurden die Kinder nicht regelmäßig genug von den fallzuständigen Fachkräften gesehen, oder die Kinder waren nicht nach ihren Sichtweisen oder Gefühlen befragt worden,*

- hinderten Eltern oder Sorgeberechtigte die Fachkräfte daran, das Kind zu sehen oder mit ihm zu sprechen,
- legten Praktiker/-innen zu sehr den Schwerpunkt auf die Bedürfnisse der Eltern, und insbesondere auf gefährdete (vulnerable) Eltern, und übersahen die daraus folgenden Auswirkungen für das Kind,
- interpretierten Einrichtungen die Ergebnisse, die sie gefunden hatten, nicht differenziert genug, um das Kind schützen zu können.“

OFSTED 2011: 4, UNSERE ÜBERSETZUNG –

Die Kritik des Munro Reports am SCR-Verfahren

An diese Kritik schließt der 2011 veröffentlichte Bericht von Eileen Munro an. Er wurde nach einer umfassenden empirischen Erforschung der englischen Kinderschutzpraxis im Kontakt mit zahlreichen kommunalen und freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, 550 Fach- und Leitungskräften der Sozialen Arbeit sowie anderen, ebenfalls im Kinderschutz involvierten Berufssystemen, aber nicht zuletzt mit Eltern und 250 Kindern und Jugendlichen erstellt (Munro 2010; Munro 2011a; Munro 2011b). Munro lässt keinen Zweifel daran, dass das Kinderschutzsystem in England umfassender Reformen bedürfe. Sie hofft, dass die in den drei Berichten erarbeiteten Vorschläge geeignet seien, eine solche produktive Veränderung anzustoßen: „Ich habe Empfehlungen vorgeschlagen, weil ich glaube, dass sie – zusammengenommen – helfen, das Kinderschutzsystem zu reformieren, damit es sich von einem überbürokratisierten, stur Regeln befolgenden zu einem kindfokussierten System entwickelt, das überprüft, ob Kindern wirkungsvoll geholfen wird und das sich verändert, wenn Probleme festgestellt werden.“ (Munro 2011b: 5, unsere Übersetzung). Der Kern ihres Reformkonzepts ist die Überwindung einer ökonomisierten, überregulierten Praxis, um eine „Learning Culture“ – eine lernende Kultur – zu schaffen, die den dort Arbeitenden einen größeren Spielraum für ihre eigenen Entscheidungen lässt und die sie bei der Entwicklung einer professionellen Zuversicht, Kreativität und Verantwortung unterstützt. Denn ein System, das sich mit der Betonung von methodischen Verfahrensabläufen und aufwändigen Dokumentationsverfahren in ein regelrecht defensives Kontroll- und Selbstsicherungssystem verwandelt habe, bedürfe neuer Impulse zur Entwicklung professioneller Kompetenz. „Kindern zu helfen, ist ein humaner Prozess.

Wenn bürokratische Aspekte die Arbeit dominieren, geht das Herz der Arbeit verloren.“ (Munro 2011b: 10, unsere Übersetzung) Aus einer „Compliance Culture“ (sinngemäß: einer willfährigen Befolgungskultur) müsse daher eine „Learning Culture“ (eine Lernkultur) werden – mit zuverlässigem Engagement und ausgewiesener Expertise zur Förderung und zum Schutz von Kindern und Familien, von Anfang an. Um eine solche Lernkultur zu schaffen, müsse man die Qualifikation, kompetente professionelle Entscheidungen zu fällen, ausbauen und kontinuierlich aus der Praxis und mit Blick auf gesicherte Forschungsergebnisse lernen. Munro (2011b: 9) präzisiert:

„Um ein System zu schaffen, das das Treffen professioneller Entscheidungen unterstützt, müssen die multi-organisationalen Systeme besser bei der Überprüfung, beim Erlernen und bei der Anpassung ihrer Praxis werden. Dieser Untersuchungsbericht empfiehlt, dass regelmäßige Fall-Untersuchungen (review of cases) zur Norm werden und dass der ‚System-Ansatz‘, der im Gesundheitssektor genutzt wird, aufgegriffen und angewandt wird, insbesondere bei der Untersuchung problematischer Fallverläufe (Serious Case Reviews). Dies wird vertiefte Lernprozesse ermöglichen, um die Hindernisse zu überwinden, die gute Fachpraxis einschränken.

Fachpraxisdaten sind eine wesentliche Informationsquelle sowohl für Leitungskräfte als auch für Beamte der Fachaufsicht (inspectors). Der Untersuchungsbericht entwirft, wie die Kommunen und ihre Partner eine Mischung von auf nationaler und auf lokaler Ebene gesammelten Fachleistungsdaten nutzen können, um die Fachpraxis an anerkannten Leistungsniveaus (benchmarks) auszurichten, Verbesserungen zu ermöglichen und die Verantwortlichkeit zu stärken. Fachpraxisinformationen sollten nicht als einfache Maßzahlen guter oder schlechter Praxis behandelt werden, sondern sollten benutzt werden, um herauszufinden, was ihnen zugrunde liegt. Eine geringe Anzahl außerhalb ihrer Herkunftsfamilien untergebrachter Kinder kann z.B. mit einer kompetenten Kinderschutzhilfe zusammenhängen oder aber auch mit einer mangelhaften Qualität einer Risikoinschätzung“ (§§ 18 u. 19).

Eine solche Orientierung hat Konsequenzen für den Umgang mit der Sicherung und Entwicklung guter Fachpraxis durch die Erforschung und Reflexion von Fällen

und insbesondere für die Durchführung von SCRs. Sie könnten – wie Munro betont – ein Instrument sein, die Expertise Sozialer Arbeit zu verbessern, vor allem, um die Abhängigkeit der Praxis von engen Verfahrensregeln und von bürokratischen Vorschriften zu überwinden und stattdessen die Freiheit und Verantwortung eigenständiger fachlicher Beurteilungen und Entscheidungen zu stärken. ‚Multi-Agency Learning‘ wäre dazu ein guter Weg, nicht zuletzt die ‚Übernahme einer systemischen Methodologie‘ (vgl. Munro 2011b: 134), wie sie bereits im Gesundheitssystem entwickelt worden sei.

Das neue Konzept von SCIE zur Stärkung systemischer Case Reviews

Die Vorschläge Munros, die dazu beitragen sollen, die Kinderschutzarbeit aus der ‚Angstfalle‘ und der ‚Sackgasse‘ eines nur noch ‚Risiken abwehrenden Systems‘ herauszuführen, greifen interessanterweise Anregungen von Sheila Fish u.a. auf, die im Kontext des wichtigsten englischen ‚Think-Tanks‘ für das Sozialwesen, des Social Care Institute for Excellence (SCIE), unter dem Motto „Zusammen lernen, Kinder zu schützen – einen Multi-Agency-System-Ansatz für Fallanalysen entwickeln“ (Learning together to safeguard children: developing a multi-agency systems approach for case reviews) erarbeitet worden waren (s. insbesondere die zusammenfassende Darstellung des Ansatzes in der SCIE-Handreichung – Guide 24: Fish et al. 2009; eine deutsche Zusammenfassung findet sich in NZFH 2010b).

Das seit 2004 schrittweise konzipierte und erprobte System-Konzept („the SCIE Model“) ist darauf ausgerichtet, professionelle Fehler nicht allein als individuelles menschliches Versagen oder Fehlverhalten zu verstehen – also nicht mehr, wie häufig praktiziert, allein ‚personen-zentriert‘ anzusetzen, sondern von der Untersuchung der konkreten Praxis und ihren organisationskulturellen und strukturellen Rahmenbedingungen, in die das Handeln aller Beteiligten eingebettet ist, auszugehen. Dabei geht es darum, mit Respekt die Praxiserfahrungen, Sichtweisen und Entscheidungslogiken von Fachkräften an der Basis und von Leitungskräften zusammen mit externen praxiserfahrenen Forschungskräften herauszuarbeiten. Auf diese Weise werden die latenten und hintergründigen Muster von Faktoren in den Arbeitszusammenhängen bestimmt, die eine gute Fachpraxis unterstützen oder die an der Herausbildung unsicherer und dann auch problematischer und fehleranfälliger Arbeitsbedingungen

beteiligt sind. Das Ziel solcher Falluntersuchungen sind organisationales Lernen und die Verbesserung der Qualität sozialer Dienstleistungen in der Alltagspraxis.

Kern des SCIE-Modells ist ein systemtheoretisch orientiertes Praxis- und Fallverständnis. Der Fall wird verstanden als ein „Fenster“, das zum System hin geöffnet wird. Auf diese Weise wird der Blick frei, „um das ganze System studieren und nicht nur aus dem, was falsch, sondern auch aus dem, was richtig gelaufen ist, lernen zu können“ (Fish et al. 2009: 2, unsere Übersetzung). Dabei wird davon ausgegangen, dass die Fachkräfte nicht einfach frei sind, zwischen guter und schlechter Praxis zu wählen. Sie sind vielmehr beeinflusst von den Aufgaben, die sie erfüllen, von den methodischen Werkzeugen, die sie nutzen, und von den Arbeits- und Umweltverhältnissen, in denen sie operieren. Dabei bilden sich mentale Modelle und Handlungsroutrinen im inter-organisationalen Feld aus, die ihrerseits wieder die Praxis der einzelnen Fachkräfte mitbestimmen (vgl. Fish et al. 2009: 2).

Es geht also in diesem Konzept ebenso um die Untersuchung der Alltagspraxis wie um zugespitzte, problematische Fälle (Serious Cases). Das Interesse richtet sich dabei sowohl auf gelingende als auch auf fehlerhafte Fälle. Ein Eckpfeiler dieses Ansatzes ist darüber hinaus, dass es sich um eine partizipatorische Untersuchungspraxis handelt: „Das Modell erfordert einen wirklichen Kulturwandel – es ist ein von ‚Unten-nach-oben-Ansatz‘, es erfordert einen Lernprozess, der die Mitarbeitenden von der Basis von Anfang an einbezieht.“ (SCIE 2010: 1, unsere Übersetzung). Inhaltlich orientiert sich die Falluntersuchung an einem Muster systemischer ursächlicher Faktoren, die auf sechs Ebenen angesiedelt sind (6-Faktoren-Typologie):

1. Operationen auf der Ebene der Mensch-Methoden- (oder Werkzeug)-Beziehung,
2. Operationen des personenbezogenen Managementsystems,
3. Kommunikation und Zusammenarbeit in der multi-organisationalen Arbeit in Reaktion auf Einzelfälle und Krisen,
4. einrichtungsübergreifende Kommunikation und Zusammenarbeit bei der Problemeinschätzung und im weiteren gemeinsamen Arbeitsprozess,
5. die Interaktion zwischen der Familie und den Fachleuten,
6. Formen menschlicher Urteilsbildung und Prozessüberlegungen.

Die Aufmerksamkeit richtet sich weiter darauf zu verstehen, welche mehr oder weniger begrenzten und sich verändernden Vorstellungen und argumentativen Modelle die Fachkräfte mit welchem Wissen, in der konkreten Handlungssituation nutzten. Es wird untersucht, welche lokale Rationalität sich herausbildete, um überhaupt handeln zu können. Darauf die Aufmerksamkeit zu richten, bedeutet zugleich, nicht nur Dokumente und Instrumente zu untersuchen und zu evaluieren, die im Fall eine Rolle gespielt hatten. Es kommt ebenso darauf an, in Gesprächen (Conversations) rekonstruktiv zu erschließen, wie sich den Fallbeteiligten im Rückblick das Geschehen (der Fall) in seiner ganzen Widersprüchlichkeit darstellt. Daraus folgt freilich auch, dass die „Familienmitglieder als

aktive Teilnehmer innerhalb des Systems“ (Fish et al. 2009: 10) gesehen werden. In der Praxis der Durchführung des SCIE-Untersuchungsansatzes erwies sich die Beteiligung von Familienmitgliedern allerdings als nicht leicht zu realisieren. So wird ausgeführt: „Bedauerlicherweise haben wir es nicht geschafft, diesen Aspekt in unserem Modell zu berücksichtigen. Ungeachtet dessen, dass dies unsere ursprüngliche Intention war, ist es uns nicht gelungen, Eltern und Kinder in unsere Pilot-Falluntersuchungen zu involvieren.“ (ebenda, unsere Übersetzung)

Der Ablauf einer Serious Case Review, die auf dem systemischen Konzept von SCIE basiert, ist wie folgt systematisiert worden; wir folgen der Darstellung in Fish et al. 2009: 13 (siehe Tabelle 2):

PROZESSGESTALTUNG IM SCIE-MODELL

Tabelle 2

UNTERSUCHUNGSPHASEN	AUFGABEN
Vorbereitungsphase	Identifikation des Falles, der untersucht werden soll
	Bildung des Review-Teams, das die Untersuchung durchführt
	Klären und entscheiden, wer teilnehmen soll
	Vorbereitung der Teilnehmer
Erfassung der Daten	Festlegung der zu untersuchenden Dokumente
	Einzelgespräche (zur Rekonstruktion der Erfahrungen, Sicht- und Erklärungsweisen – der lokalen Rationalitäten der Fachkräfte – und von Wendepunkten im Fallgeschehen)
Organisation und Analyse der Daten	Erarbeitung einer narrativen Darstellung des Geschehens aus einrichtungsübergreifender Perspektive
	Identifikation und Erfassung von Schlüsselszenen in der Praxis und ihren ursächlichen Faktoren
	Gesamtanalyse der Daten / Herausarbeitung wesentlicher Ursachenmuster
Erörterungsphase	Feedback-Gespräche mit der Fallgruppe und anderen Beteiligten
Schlussphase	Schreiben des Berichtes und Erarbeitung von Empfehlungen

Nach den ersten Versuchen, in verschiedenen Regionen Englands mit dem System-Konzept zu arbeiten, sind die Fachleute von SCIE nun dazu übergegangen, im engen Kontakt mit der Praxis systemische Fall-Untersuchungsfachkräfte in fünf regionalen Weiterbildungsgruppen (Kohorten) zu qualifizierten, sogenannten Review-Fachkräften (Trained Reviewers) weiterzubilden. Die Weiterbildungsgruppen führen dabei unter Anleitung und Supervision eigene Fall-Untersuchungen durch – mit einem Gesamtumfang von inzwischen 28 Case Reviews, von denen die letzten im Oktober 2012 abgeschlossen wurden (vgl. den SCIE-Report 49 – Fish 2011).

Wir sind dankbar für die Anregungen, die wir in der Begegnung und im Austausch mit den SCIE-Projektentwickler und -entwicklerinnen über deren Erfahrungen mit dem systemischen Ansatz der Untersuchung problematischer Kinderschutzfälle wie überhaupt sozialer Fachpraxis in England erhalten haben. Was wir davon bei der Entwicklung und Durchführung unseres eigenen Ansatzes des dialogisch-systemischen Fall-Labors nutzen konnten, werden wir im Folgenden erläutern.

4

**DIE METHODE DES
DIALOGISCH-SYSTEMISCHEN
FALL-LABORS**

Im Kinderschutz sind die Fachkräfte mit einer Praxis struktureller Ungewissheit konfrontiert, weil eine Vielzahl nicht voraussehbarer Faktoren das Geschehen bestimmt. Sie lassen sich nur bedingt unmittelbar beeinflussen. Gefährdungen und Misshandlungen von Kindern können nicht auf einfache Ursache-Wirkungs-Ketten zurückgeführt werden. Oft hat es vielfältige Ursachen, warum Einrichtungen wie z.B. Jugendämter, Kinderkliniken, Kindertageseinrichtungen, Schulen, Familiengerichte und Beratungsstellen an ihren Kinderschutzaufgaben scheitern. Im Wissen um diese grundsätzliche Praxisproblematik nicht-trivialer Komplexität und mehrfacher Kontingenz (Alberth/Bode/Bühler-Niederberger 2010) wollen wir mit der Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors jenen Fach- und Führungskräften im Kinderschutz, die sich nach einem gescheiterten Kinderschutzfall immer wieder die quälende Frage stellen, warum sie die Gefährdung eines Kindes nicht rechtzeitig erkannt hatten und das Kind nicht hatten schützen können, eine Möglichkeit zur Aufarbeitung von problematischen Kinderschutzverläufen bieten – insbesondere wenn ein Kind zu Tode gekommen ist.

Ziele und Aufgaben des Fall-Labors

Ziel des Fall-Labors ist es, die Fachkräfte und Familienmitglieder dabei zu unterstützen, den problematischen Kinderschutzfall neu verstehen zu lernen. Im Fall-Labor geht es um eine multiperspektivische, dialogisch-systemische Herausarbeitung von professionellen, intra- und inter-organisationalen Fehlern auf der Grundlage einer Rekonstruktion von zentralen Handlungs- und Kommunikationsmustern der Prozessbeteiligten (unter Nutzung vorhandener Fallunterlagen und eventuell bereits vorliegender, bislang aber unveröffentlichter Einzelberichte). Auf dieser Grundlage werden Vorschläge zur Weiterentwicklung der kommunalen Kinderschutzpraxis erarbeitet und bereits eingeleitete Reformbemühungen auf ihre Sinnhaftigkeit hin überprüft.

Voraussetzung hierfür ist, dass eventuell mit dem problematischen Kinderschutzfall einhergehende strafrechtliche Verfahren gegen einzelne Fachkräfte bereits abgeschlossen oder eingestellt worden sind; sie würden den Erfolg des ohnehin emotional belastenden Untersuchungsprozesses nur gefährden. Außerdem muss geklärt werden, wer aus welchen Gründen ein Interesse an der Aufarbeitung des Fallverlaufes hat und ob die wesentlich

mit dem Fall vertrauten Fachkräfte aus dem Jugendamt (der Kernorganisation) dazu bereit sind, sich auf ein dialogisch-systemisches Fall-Labor einzulassen. Ohne deren Zustimmung und Mitwirkung kann jedenfalls eine solche Untersuchung nicht vorgenommen werden. Das Gleiche trifft auch auf relevante Familienmitglieder des verstorbenen Kindes zu. Darüber hinaus ist die Aufarbeitung eines problematischen Kinderschutzfalles mit Todesfolge nur möglich, wenn sie wissenschaftlichen Zwecken oder der Erfüllung von Jugendhilfeplanungsaufgaben dient, was bei einem dialogisch-systemischen Fall-Labor zutrifft, wie durch ein Rechtsgutachten des Deutschen Instituts für Jugend- und Familienrecht e.V. bestätigt wurde (DIJuF 2012).

In den nachfolgenden Ausführungen zur Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors erörtern wir, welcher theoretische Rahmen uns bei der Analyse von Fehlern im Kinderschutz bzw. bei der wissenschaftlichen Untersuchung und Aufarbeitung des ‚Falles Lea-Sophie‘ leitete. In diesem Zusammenhang beschreiben wir auch das genutzte Forschungsdesign und die angewandten Untersuchungsmethoden. Davon ausgehend stellen wir den Ablauf einer Falluntersuchung vor und erörtern, wie wir die Ergebnisse gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Fall-Labors zur Rekonstruktion des ‚Falles Lea-Sophie‘ herausgearbeitet, reflektiert und aufbereitet haben.

4.1 THEORETISCHER RAHMEN UND ANWENDUNG DES DIALOGISCH-SYSTEMISCHEN FALL-LABORS

Unsere Idee, die Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors zur Analyse von problematischen Kinderschutzverläufen zu entwickeln und zu erproben, ist in der Auseinandersetzung mit dialogisch-systemischen Denkmodellen aus sozial- und organisationswissenschaftlichen Forschungs- und Beratungszusammenhängen entstanden (vgl. Argyris/Schön 2006; Baecker 1999; Bohm 1998; Bronfenbrenner 1989; Foerster 1993a, 1993b, 1999; Isaacs 2002; Luhmann 2003, 2006; Schein 2003; Senge 1996; Simon 2007). Aber auch unsere Beschäftigung im Kontext des Projekts „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“ mit Risiko- und Fehlermanagementansätzen aus der Luft- und Raumfahrt, der

Nuklear- und Chemieindustrie sowie mit Qualitätssicherungssystemen im Gesundheitswesen (vgl. BMFSFJ 2008; Groopman 2008; Perrow 1992; Reason 1990, 1997; Renn et al. 2007; Weick/Sutcliffe 2010), die auf Human-Factor- und System-Konzepten basieren, hat uns darin bestärkt, eine Methode zum Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen zu konzipieren, die nicht auf eine bloße Anhörungs- und Beschuldigungspraxis („Naming und Blaming“) setzt.

Die Methode des Fall-Labors ist von dem Grundgedanken getragen, dass Fehler in der Kinderschutzpraxis zur Normalität gehören. Diese erweisen sich aber als problematisch, wenn sie unerkannt bleiben und verschwiegen, nicht reflektiert und dann auch nicht korrigiert werden (Biesel 2011). In Anknüpfung an den von Eileen Munro (2005, 2009b) vorgeschlagenen und von Sheila Fish u.a. (Fish et al. 2008) im Londoner Social Care Institute for Excellence (SCIE) entwickelten systemischen Ansatz zur Untersuchung von problematischen Kinderschutzfällen gehen wir davon aus, dass Kinder insbesondere dann durch professionelle und organisationale Fehler gefährdet werden, wenn es im Kinderschutz an einer Kultur der Fehleroffenheit, des Vertrauens, der Anerkennung und des Lernens mangelt (Munro 2009a: 128). Erst dann kommt es nämlich zur Herausbildung „intersystemischer Fehlerkreisläufe“ (Biesel 2011: 69), zu gegenseitig sich bedingenden regelbasierten, fähigkeitsbasierten und wissensbasierten Fehleinschätzungen und Fehlhandlungen (Rasmussen 1983), zur Entstehung von latenten, d.h. lange Zeit unbemerkten professionellen wie organisationalen Fehlern im Kinderschutz (Biesel 2011). Diese Fehler können folglich nicht nur einer einzelnen Fach- oder Führungskraft zugeschrieben werden. Sie sind in der Regel eher das Resultat unhinterfragter Routinen und blinder Flecke. In einem multiprofessionellen und oftmals hierarchischen Kinderschutzsystem sind Fachkräfte aufgrund von Kommunikationshindernissen, Verstehensbarrieren, Autonomiebestrebungen und Konkurrenzen und nicht zuletzt aufgrund der situativen Einzigartigkeit von Praxiskontexten und Hilfeprozessen oftmals daran gehindert, in zugewandter und fairer Perspektive wenigstens die am wenigsten schädliche Alternative zur Sicherstellung des Kindeswohls zu finden (vgl. Goldstein et al. 1996).

Intersystemische Fehlerkreisläufe

Anstatt nur Zuwiderhandlungen einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufzudecken, geht es bei der Durchführung eines dialogisch-systemischen Fall-Labors daher um die Erforschung systembedingter und interaktiver Faktoren, die zu Fehleinschätzungen und kommunikativen Missverständnissen, zu professionellen und organisationalen Fehlern im Kinderschutz führen. Nicht das Fehlverhalten einzelner Fachkräfte steht somit im Mittelpunkt des Untersuchungsprozesses, sondern die dialogisch-systemische Rekonstruktion eines problematisch verlaufenen Kinderschutzfalles aus unterschiedlichen Erfahrungs- und Praxisperspektiven.

Im dialogisch-systemischen Fall-Labor geht es um die Rekonstruktion von Entwicklungsetappen, Problemen, Krisen, Konflikten, Schlüsselereignissen, Wendepunkten und schließlich um die Ergebnisse eines Fallgeschehens im Kinderschutz:

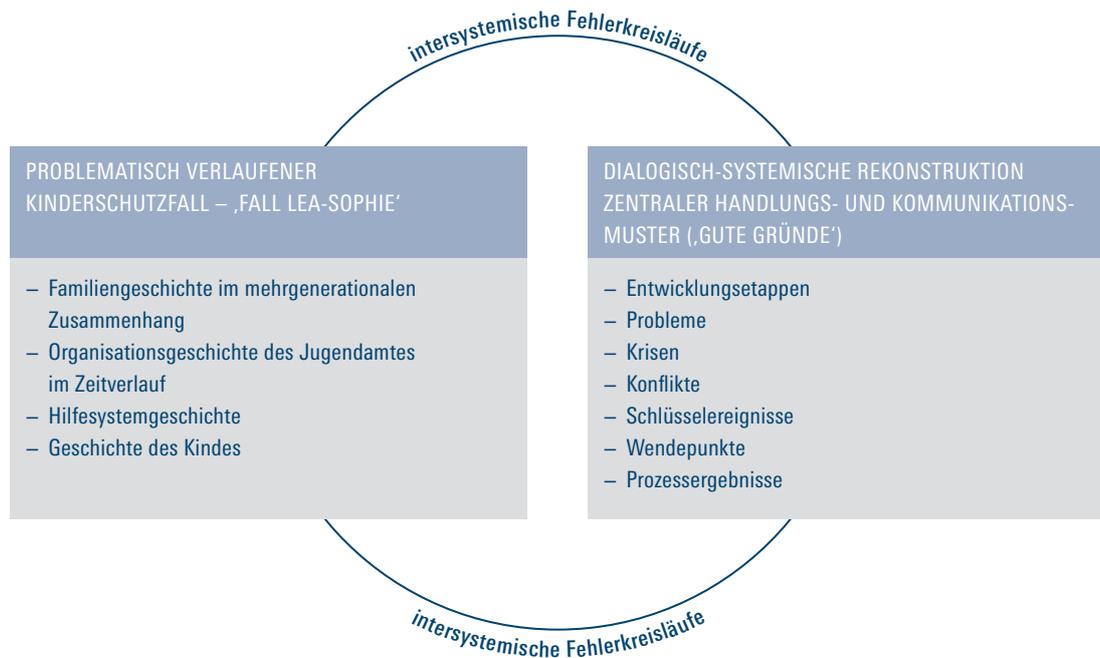
- um die Untersuchung der Familiengeschichte im mehrgenerationalen Zusammenhang (familienbiografische Perspektive),
- um die Untersuchung der Organisationsgeschichte im Zeitverlauf (Organisations-chronologische Perspektive),
- um die Untersuchung der Hilfesystemgeschichte (aus kurativer/therapeutischer/helfender/intervenierender Perspektive) und schließlich
- um die Untersuchung des Kindes (entwicklungspsychologische, bedürfnisorientierte und kindesrechtliche Perspektive).

Auf dieser Grundlage können zentrale Handlungs- und Kommunikationsmuster der einzelnen Systembeteiligten und deren ‚gute Gründe‘ (situationelle Rationalitäten; vgl. Suchman 1994) für ihre Entscheidungen und Handlungen untersucht und wechselseitig sich bedingende und sich verschärfende „intersystemische Fehlerkreisläufe“ (Biesel 2011: 69) herausgearbeitet werden (Abbildung 2).

Zu solchen Fehlerkreisläufen kommt es im Kinderschutz immer dann, wenn milieubedingte und feldspezifische Macht- und Statusunterschiede potenziell vorhandene Handlungsmöglichkeiten einschränken. Sie verhindern, dass die Förderung und der Schutz eines Kindes im Mittelpunkt der verantwortlichen Personen und Organisationen aus den formellen und informellen Unterstützungssystemen stehen und diese miteinander in Kontakt kommen, um einen offenen Dialog über Schwierigkeiten, Probleme und Fehler zu führen.

Abbildung 2

UNTERSUCHUNGSPERSPEKTIVE BEI DER DIALOGISCH-SYSTEMISCHEN REKONSTRUKTION EINES PROBLEMATISCH VERLAUFENEN KINDERSCHUTZFALLES



Zur wissenschaftlichen Untersuchung eines problematischen Kinderschutzfalles mit Todesfolge bedarf es eines geschützten Raumes zur Reflexion und Aufarbeitung des Fallgeschehens. Die am Fall beteiligten Personen und Institutionen sollen schließlich eine Chance des Lernens erhalten und verstehen, welche Faktoren in strukturell unübersichtlichen, sicher nicht voraussehbaren Situationen dazu geführt haben, dass sie so und nicht anders entschieden und gehandelt haben. Zu denken ist dabei an bio-psychoziale Faktoren, an kognitive Faktoren, an emotionale Faktoren, an organisationale Faktoren, an inter-organisationale Faktoren und an kulturelle Faktoren (vgl. Hofinger 2007: 124). Sie können auf unterschiedlichen Ebenen lokalisiert werden: auf der Ebene des Hilfesystems, der einzelnen sozialen Organisationen, der Führungs- und Leitungskräfte, der professionellen Teams, der Fachkräfte sowie der konkreten Praxissituation in der Begegnung mit Familien, Eltern und Kindern (vgl. Biesel 2011: 45f.).

Munro (2009b: 109) führt mit Rückgriff auf Woods u.a. (1994, 2010) drei Gründe an, wovon das Gelingen oder Scheitern eines Kinderschutzfalles abhängt:

1. vom Wissen und Können, das von den Fachkräften in der gegebenen Situation zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen herangezogen wird;
2. von den organisationalen Ressourcen, Mitteln und Möglichkeiten, die der Erfassung und Verhütung von Kindeswohlgefährdungen dienen;
3. von den organisationalen Rahmenbedingungen, geprägt durch die jeweils spezifisch wirksam werden Team- und Organisationskulturen, die die Einschätz- und Entscheidungsprozesse im Kinderschutz im Wesentlichen mit beeinflussen.

Zumeist ist aber die gesamte Kultur der Organisation dafür ausschlaggebend, inwiefern es den Mitarbeitenden gelingt, problematische Kinderschutzverläufe zu verhindern und offen gegenüber professionellen und organisationalen Fehlern im Kinderschutz zu sein (vgl. Merchel 2007a, 2007b, 2008). Reason (1997: 38) hat drei Kulturen in Organisationen unterschieden, die auch für den Umgang mit Fehlern im Kinderschutz relevant sind:

1. die pathologische Kultur, die dazu führt, dass Fehler nicht wahrgenommen, ausgeblendet und ignoriert werden;
2. die bürokratische Kultur, die dazu führt, dass Fehler nur dann wahrgenommen werden, wenn sie nicht mehr verleugnet werden können;
3. die generative Kultur, die dazu führt, dass Fehler aktiv gesucht, benannt und als Chance des Lernens anerkannt werden.

Insbesondere im Kinderschutz treffen die Klientinnen und Klienten allerdings immer wieder auf besondere Organisationskulturen: auf überbürokratisierte Einrichtungen, auf Behörden, die sich ihrer Fehlerrisiken kaum bewusst sind (vgl. Wolff 2007). Solche „risikogefährdeten Kinderschutzorganisationen“ (ebenda: 135) verzichten auf den Dialog über Fehler. Sie verkennen, dass Organisationen heutzutage nur gestaltet und verändert werden können, wenn hierfür Möglichkeiten des organisationalen Lernens und Verlernens geschaffen werden (Henrich 2009). Dies fällt Kinderschutzinstitutionen besonders schwer, da sie keine „Trivialmaschinen“ sind (vgl. v. Foerster 1993a, 1999; Klatetzki 2010). Sie sind fluide Gebilde, die turbulenten und mächtigen Umwelten ausgesetzt sind und in denen es permanent zu Veränderungen kommt. In ihnen arbeiten selbstständig denkende und handelnde Menschen, denen man nicht einfach vorschreiben kann, was sie zu tun und zu lassen haben. Als weitere Schwierigkeit kommt hinzu, dass die Fachkräfte im Kinderschutz zur Einschätzung und zum Abbau von Kindeswohlgefährdungen nur auf unbestimmte methodische Verfahren (Technologien) zurückgreifen können; auch noch so differenzierte Checklisten und Einschätzungsbogen nützen ihnen nichts, wenn sie nicht gewillt bzw. nicht in der Lage sind, die Fall- und Prozessverantwortung im Kinderschutz mit all den dabei auftretenden Risiken und Gefahren zu übernehmen (Gerber 2011). Im Kinderschutz gibt es insofern keine absoluten Sicherheiten. Es darf bei der wissenschaftlichen Aufarbeitung eines gescheiterten Kinderschutzfalles aus diesem Grund nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Fachkräfte es im Kinderschutz mit sich selbst organisierenden (autopoietischen) komplexen sozialen Systemen zu tun haben, die sich gegenüber ihrer Umwelt abgrenzen und zugleich offenhalten müssen und dabei jeweils spezifisch wirksam werdende Systemgrenzen herausbilden. Diese Systemgrenzen führen wiederum zu unterschiedlichen

Handlungs- und Kommunikationsmustern, zum Phänomen mehrfacher Kontingenz; das heißt: zu wechselseitig sich bedingenden Risikoentscheidungen hochgradiger Zufälligkeit, die sich im ungünstigsten Fall negativ auf die Entwicklung von Kindern auswirken können (Luhmann 2003).

Bei aller Komplexität müssen die Fachkräfte im Kinderschutz, die oft über geringe Handlungsspielräume verfügen, dennoch allen Hinweisen auf Kindeswohlgefährdungen nachgehen. Sie müssen Meldungen einordnen und prüfen, ob tatsächlich eine ernsthafte Gefährdung für ein Kind besteht. Sie müssen hierfür vor allem erst einmal den Kontakt zu anderen Einrichtungen und/oder den Eltern und den Kindern suchen und halten. Dies kann nur im Zuge einer zugewandten und offenen Begegnung und eines sorgfältigen Klärungs- und Beratungsprozesses geschehen, im Dialog mit allen von der Kindeswohlgefährdungsmeldung betroffenen Personen und Einrichtungen.

Allzu oft erweisen sich die auf Kindeswohlgefährdungen hindeutenden Informationen aber als uneindeutig. Dann bleibt nicht selten erst einmal offen, ob und inwieweit ein Kind überhaupt gefährdet ist und/oder ob es bereits in der Vergangenheit Vernachlässigungen und Misshandlungen ausgesetzt war. Dass es deswegen immer wieder zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Kinderschutz-Fachkräften und den Eltern und Kindern kommt, ist kein Zufall. Die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung kann von den Fachkräften nämlich nicht anhand eindeutiger Kriterien getroffen werden. Sie ist an fachliche Beurteilungskriterien, aber auch an soziokulturelle Wertorientierungen, an eigene Kindheitsvorstellungen und sozialisatorische Vorerfahrungen gebunden, die wiederum mit den Beurteilungskriterien der Familie und der Fachkräfte und mit der in einer Familie und auch in einer Kinderschutzinstitution vorherrschenden Organisationskultur verschränkt sind. Kindeswohlgefährdung ist insofern eine soziale Konstruktion, eine an den Rechten und Bedürfnissen des Kindes, an den Rechten und Pflichten der Sorgeberechtigten, an den Rechten und Pflichten der Fachkräfte orientierte professionelle Einschätzung. Mithilfe einer solchen Konstruktion wird darüber entschieden, ob das Kindeswohl bereits beeinträchtigt worden ist oder beeinträchtigt zu werden droht und ob ein Eingriff in die Familie im Interesse des Kindes zur Sicherung seines Wohls notwendig, berechtigt und geeignet

ist (vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009: 31f.). Hierfür müssen Informationen mit der Familie und über die Familie und die evtl. von Misshandlung und Gefährdung betroffenen Kinder und Jugendlichen erhoben und eingeordnet werden. Oft sind darum ein schnelles Eingreifen oder aber ein achtsames Abwarten und ein ausführlicher dialogischer Beratungsprozess notwendig, um eine systematische Kindeswohlgefährdungseinschätzung vornehmen und Hilfen zum Schutze von Kindern einleiten zu können.

Zum Verhältnis von Familiengeschichte und Hilfesystemgeschichte

Die Familien, mit denen es die Fachkräfte im Kinderschutz zu tun haben, sind in den meisten Fällen ‚unkonventionelle Familien‘ (Funcke/Hildenbrand 2009). Das heißt: Sie stellen einen besonderen konfliktreichen ‚sozialen Ort‘ (Bernfeld 1974) dar, wo die traditionelle Kernfamilien-Architektur sich nicht selten bereits aufgelöst hat und der Zusammenhang von Haushalt und Familie entfallen ist (vgl. Funcke/Hildenbrand 2009: 14); nicht selten sind auch entweder die leibliche Mutter oder der leibliche Vater oder das leibliche Kind nicht mehr oder nur noch randständig präsent. Sofern die leibliche Kernfamilie keinen Bestand mehr hat, wird es notwendig, die Differenz von anwesenden, hinzukommenden und abwesenden Familienmitgliedern immer wieder aufs Neue auszubalancieren. Im Zuge der dadurch sich neu herausbildenden Familienformen (Alleinerziehendenfamilie, Stiefelternfamilie, Pflegefamilie, Adoptivfamilie, gleichgeschlechtliche Inseminationsfamilie, kinderlose Familie) ergeben sich nach Funcke und Hildenbrand (2009) unterschiedliche Bedarfe an Beratung und Therapie, die einer differenzierten sozialarbeiterischen und familienberaterischen/-therapeutischen Reaktion bedürfen, damit Familien in der Lage sind, befriedigendere und konfliktärmere Lebenszusammenhänge zu schaffen. Allerdings haben auch unkonventionelle Familien den latenten Wunsch – wie Funcke und Hildenbrand (2009) zeigen –, ‚konventionell‘ zu sein: Sie orientieren sich immer wieder am klassischen Muster der Kernfamilie. Geben die Fachkräfte diesem Wunsch jedoch nach oder folgen sie dem Muster der Kleinfamilie bei der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen, verkennen

sie, dass Familien heutzutage ganz unterschiedliche Wege der Institutionalisierung gehen, die zur Herausbildung besonderer, selbst hergestellter Familienarchitekturen und individueller Entwicklungs- und Krisenkreisläufe führen. Diese können mit Blick auf die im Kinderschutz zu beachtenden Risiko- und Schutzfaktoren (Deegener/Körner 2011) nur verstanden werden, wenn es den Fachkräften gelingt, Zugang zu den Lebensgeschichten und Leidengeschichten der Familienmitglieder zu finden. Im Kinderschutz kommt es insofern auf die Realisierung eines dialogisch-systemischen Untersuchungs- und Deutungsprozesses an, bei dem die Familiengeschichte, die Familienstruktur und -dynamik ins Verhältnis zur Hilfesystemgeschichte gesetzt und verstanden werden müssen. Erst auf dieser Basis kann geklärt werden, warum es zu einer misslungenen Familiengründung, zu einer ungewollten Schwangerschaft/Elternschaft, zu einer gescheiterten Integration eines Stiefelternanteils/Stiefkindes, zu einer Verleugnung der Koexistenz leiblicher und sozialer (Groß-)Elternanteile und Kinder, zur Entstehung von Familiengeheimnissen, Abhängigkeiten, Autonomieverlusten, zu Verstrickungen im Mehrgenerationensystem, zu Wiederholungszwängen und Hilfeabhängigkeiten bzw. zu offenen und verdeckten Formen der Hilfeabwehr gekommen ist. Denn diese Problemlagen, die häufig in unkonventionellen Familien auftreten (aber nicht auftreten müssen!), können zu familialen Krisen- und Konfliktsituationen mit einer typischen Überschätzung der eigenen Problemsituationen („Es wird immer schlimmer!“) bzw. zur Unterschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten („Ich bin am Ende und kann nichts mehr machen!“) führen. Sie können im Extremfall Ohnmachts- und Angstgefühle auf Seiten der Eltern und Kinder auslösen und akute und chronische Kindeswohlgefährdungen hervorrufen (Wolff 1982: 226; Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009: 34ff.; Abbildung 3).

URSACHENZYKLUS VON KINDESWOHLGEFÄHRDUNGEN UND KINDESMISSHANDLUNGEN

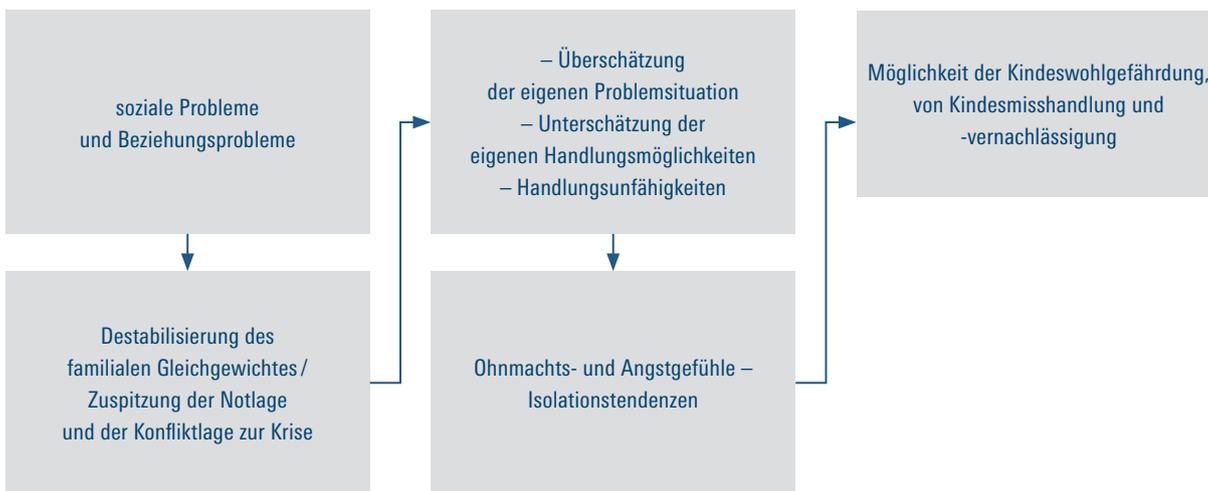


Abbildung 3

Aus der fallrekonstruktiven Forschung und der Familientherapie weiß man inzwischen, dass man zu den von Familien vertretenen Sinnkonstruktionen und gewählten Handlungs- und Kommunikationsmustern, die im ungünstigen Fall auch zu Gefährdungen von Kindern führen können, nur einen Zugang finden kann, wenn man auf die Familienmitglieder zugeht, ihnen offen begegnet und sie zum Erzählen anregt (vgl. Welter-Enderlin/Hildenbrand 1996; Hildenbrand 2005; Welter-Enderlin 2006). Es kann jedoch nicht erwartet werden, dass sie den Fachkräften umstandslos plausible Geschichten erzählen. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, was im Kinderschutz auch immer wieder beobachtet werden kann, dass Eltern, die unter dem Verdacht stehen, ihr Kind zu gefährden, zu vernachlässigen oder zu misshandeln – wie andere Menschen in Not- und Konfliktsituationen auch –, defensive Legitimations- und Erklärungsstrategien wählen. Ihre Erzählungen sind darum auch zumeist voller Ungereimtheiten und Widersprüche und deuten in aller Regel nicht offen auf eine tatsächliche Kindeswohlgefährdung hin. Umso wichtiger wird darum eine differenzierte dialogisch-systemische Fallarbeit, die nicht nur auf die bloße Erfassung von Tatbestandsmerkmalen setzt. Wichtig ist vielmehr die Gestaltung einer helfenden Beziehung und offenen Kommunikation, die auf Vertrauen und Gegenseitigkeit beruht, um einen Veränderungen anstoßenden Austausch, um – wie Jona Rosenfeld formuliert hat –

„transformative Transformationen“ zu ermöglichen (vgl. Chaskin/Rosenfeld 2008). Auf eine solche Fallarbeit wird im Kinderschutz wegen hauswirtschaftlicher Engpässe, die ein rigides Fallcontrolling zur Folge haben, jedoch häufig verzichtet. Dadurch werden das Fallverstehen und die Fallberatung auf eine manageriale Verwaltungspraxis hin enggeführt, wodurch Fehler in der Gefährdungseinschätzung provoziert und die Zusammenarbeit zwischen den Eltern und Fachkräften gefährdet werden. Hinzu kommt, dass Familien und Kinder aufgrund einzelner problematischer Kinderschutzfälle nun zunehmend in den Fokus staatlicher präventiver Sicherheitsstrategien gerückt sind, d.h., sie werden auf Risiken hin abgesucht und überwacht. Damit haben sich einseitige und zeitaufwendige Verfahren der Gefährdungseinschätzung von ‚oben‘ und ‚außen‘ ausgebreitet – mit Betonung der Beobachterrolle des professionellen Experten. Im internationalen Kontext wird diese Entwicklung als übersteigerte und ineffiziente Form einer prozeduralen Einschätzungspraxis kritisiert, durch die der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Sorgeberechtigten und Fachkräften konterkariert und Hilfebemühungen ad absurdum geführt werden (vgl. Munro 2011b und: Swift/Callahan 2009). Insofern entsteht eine doppelte Fehlerproblematik: Immer wieder misslingt der Kontakt zu Familien, in denen das Kindeswohl gefährdet ist, und gleichzeitig gibt es keinen fachlichen Konsens darüber, was gute Kinderschutzarbeit ausmacht. Bislang fehlt „ein

auch nur annähernd bundesweit anerkannter oder gar verbindlicher Fachstandard zur Ausgestaltung des staatlichen Wächteramts bei Kindeswohlgefährdung (...) in Deutschland“ (Schone 2008: 21). Beide Problemebenen – die grundlegende Beziehungsproblematik zwischen den professionellen und vor allem staatlichen Kinderschutzeinrichtungen und den Familien sowie das Fehlen allgemein akzeptierter Qualitäts- und Verfahrensstandards im Umgang mit Kindeswohlgefährdungen – müssen darum in Rekonstruktionsprozessen eines problematischen Kinderschutzes in den Blick genommen und untersucht werden. Einfache Fehlerzuschreibungen von außen durch Experten und von Untersuchungskommissionen, die meinen, es im Nachhinein besser zu wissen, kommen daher nicht in Frage. Als zielführend müssen flexible, partizipative Forschungsdesigns gelten, die es erlauben, den konkreten Fall aus unterschiedlichen Blickwinkeln wissenschaftlich zu untersuchen, um rückblickend verstehen zu können, was am Fall als problematisch eingeschätzt werden muss und wie Kinderschutz besser gestaltet werden kann.

4.2 FORSCHUNGSTRADITIONEN UND FORSCHUNGSDESIGN DES DIALOGISCH-SYSTEMISCHEN FALL-LABORS

4.2.1 Fragestellungen

Mit der Untersuchung von problematischen Kinderschutzverläufen kann man nicht einfach beginnen. Hierzu bedarf es zunächst einer Klärung darüber, was man unter einem problematischen Kinderschutzfall versteht und welche Fragestellungen man während der Untersuchung verfolgt. Um problematische Kinderschutzverläufe untersuchen, reflektieren und aus Fehlern im Kinderschutz lernen zu können, muss insofern überhaupt erst einmal geklärt werden:

1. Ob es sich um einen problematisch verlaufenen Kinderschutzfall handelt, bei dem ein Kind beinahe zu Schaden gekommen ist bzw. bei dem sich Schwierigkeiten und Konflikte ergeben haben beim Versuch, die Familien zu stärken und das Wohl des Kindes zu sichern, sodass in der Folge die am Fall beteiligten Personen ratlos geworden sind und nicht mehr weiterwussten – Grenzfall.
2. Ob es sich um einen problematisch verlaufenen Kinderschutzfall handelt, bei dem ein Kind zu Schaden gekommen ist, obwohl das Jugendamt und andere Kinderschutzeinrichtungen mit der Familie zu tun hatten – Schadensfall.
3. Ob es sich um einen problematisch verlaufenen Kinderschutzfall handelt, bei dem ein gefährdetes Kind dem Jugendamt oder anderen Kinderschutzeinrichtungen bekannt war und trotz professioneller Hilfebemühungen zu Tode gekommen ist – Todesfall.

Ausgehend von dieser fallbezogenen Kontextualisierung ergeben sich unterschiedliche methodische Vorgehensweisen bei der Analyse und Reflexion. Möglich wären zum Beispiel Methoden der kollegialen Fallberatung, Supervisions- und Reflexionsgruppen, aber auch Fall- und Qualitätsentwicklungswerkstätten. Die Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors geht über solche Ansätze der Fallreflexion hinaus. Sie ist sozial- und organisationswissenschaftlich ausgerichtet, partizipatorisch angelegt und muss zusätzlich günstigenfalls supervisorisch begleitet werden. Das Anliegen der Untersuchenden bei der Anwendung dieser Methode ist es, gemeinsam mit den am Fall beteiligten Familienmitgliedern und Fachkräften unterschiedlicher Organisationen (insbesondere aus der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen) zu untersuchen, welche systembedingten Ursachen zum problematischen Verlauf eines Kinderschutzfalles oder sogar zum Tod eines Kindes geführt haben. Wir gehen insofern davon aus, wie wir bereits weiter oben ausgeführt haben, dass problematische Kinderschutzverläufe mit Todesfolge in ihrer Komplexität und Multifaktorialität nicht allein von außen, z.B. von unabhängigen Expertengremien, untersucht werden können. Stattdessen plädieren wir für den Einbezug der unmittelbar am Fallgeschehen beteiligten Fachkräfte, um im behutsamen Austausch mit davon betroffenen Familienmitgliedern aufarbeiten zu können, wie es zur Schädigung oder zum Tod des Kindes kam.

Colin Robson (2002) hat in seinem systematischen Forschungshandbuch „Real World Research“ unterschiedliche Forschungszugänge und -designs vorgeschlagen, mit denen man Praxissituationen erforschen kann. Er verdeutlicht in diesem Zusammenhang, dass die Forschungsfragen darüber entscheiden, mit welchen theoretischen Grundannahmen und mit welchen Mitteln und Methoden man am besten einen Zugang zum Untersuchungsfeld fin-

den kann (ebenda: 79ff.). Im ‚Fall Lea-Sophie‘ ging es uns um die Klärung folgender Fragestellungen:

- Warum konnte dem Kind nicht rechtzeitig geholfen werden?
- Welche familialen, organisationalen und inter-organisationalen Entscheidungen und Handlungen trugen zur Gefährdung des Kindes bei und führten schließlich zu dessen Tod?
- Welche Kontextfaktoren spielten hintergründig eine Rolle?
- Wie reagierte die Familie auf die Kontakt- und Hilfebemühungen der Fachleute (insbesondere des Jugendamtes) und von Personen aus dem familialen und sozialen Umfeld und umgekehrt?
- Weshalb konnten die Eltern und das Kind nicht rechtzeitig Hilfe in Anspruch nehmen?
- Welche Handlungs- und Kommunikationsmuster der am Fall beteiligten Personen und Organisationen (speziell der Kernorganisation Jugendamt) führten zu welchen Fehlern?

4.2.2 Forschungstraditionen

Um diese Fragen beantworten zu können, benötigten wir ein Forschungsdesign, das auf unterschiedlichen Forschungstraditionen qualitativer Sozial- und Organisationsforschung beruht und mit dem eine dialogisch-systemische Rekonstruktion von Entwicklungsetappen, Problemen, Krisen, Konflikten, Schlüsselereignissen, Wendepunkten und Prozessergebnissen zur Herausarbeitung zentraler Handlungs- und Kommunikationsmuster und des dadurch verursachten problematisch verlaufenen Kinderschutzfalles mit seinen „intersystemischen Fehlerkreisläufen“ (Biesel 2011: 69) möglich wird.

Als ersten Ansatzpunkt zur Annäherung an den ‚Fall Lea-Sophie‘ nutzten wir darum die ‚**Grounded Theory**‘ als ein Verfahren zur empirisch begründeten Theoriebildung geringer Reichweite (vgl. Glaser/Strauss 1998; Strauss/Corbin 1996; Strübing 2004). Als breit anerkannter Forschungsansatz ermöglicht sie einen explorativen Zugang zur Aufschlüsselung sozialer Phänomene, wobei die Datenerhebung und Datenanalyse wechselseitig aufeinander aufbauen und die Forschenden sich schrittweise dem zu untersuchenden Gegenstand annähern; im Gegensatz zu Glasers Überlegungen, dass eine empirisch begründete Theorie sich nur aus einem induktiven Deutungs- und Erkenntnisprozess mit der Methode des ständigen Ver-

gleichens ableiten ließe, haben wir uns bei der Konzeptionierung unseres Forschungsdesigns an Strauss und Corbin (1996) orientiert, die in ihrem Beitrag „Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung“ plausibel darlegen, wie eine auf empirische Daten bezogene Theorie vor dem Hintergrund eines Erkenntnismodells der pragmatischen Sozialphilosophie entwickelt, überprüft und erschlossen werden kann (vgl. hierzu Strübing 2004).

Ein zweiter Ansatzpunkt, an dem wir uns orientieren konnten, war die **rekonstruktive Familien-, Sozial- und Organisationsforschung** (vgl. Bohnsack 2010; Hildenbrand 2005; Vogd 2009). Mit einem solchen Zugang kann die Rekonstruktion eines individuellen Falles in der Dialektik von Allgemeinem und Besonderem auf Basis einer sequenzanalytischen Auswertungsstrategie gewährleistet werden; und das heißt, dass es bei der Untersuchung eines problematisch verlaufenen Kinderschutzfalles nicht bloß um die Analyse eines einzelnen Falles geht. Ziel der fallrekonstruktiven (Familien-)Forschung ist es, „Fallstrukturen“ bzw. „Fallstrukturhypothesen“ (Hildenbrand 2005: 13) zu entdecken, die, ausgehend von der Besonderheit des Einzelfalles, allgemeine Schlüsse zur Verbesserung der Kinderschutzpraxis zulassen. Durch einen derart methodisch gerahmten Entdeckungsvorgang lassen sich zum einen also zentrale Handlungs- und Kommunikationsmuster herausarbeiten, die aufgrund von objektiv gegebenen Handlungsmöglichkeiten und Wahlprozessen als „gesellschaftliche Konstruktion von Wirklichkeit“ (Berger/Luckmann 2010) für einen spezifischen Einzelfall betrachtet werden können. Zum anderen können auch systembedingte Deutungs- und Ordnungsmuster – Schleifen wechselseitiger Abhängigkeit (vgl. Vogd 2009: 16ff.; Weick 1995b) – rekonstruiert werden, die für die Weiterentwicklung der Kinderschutzpraxis von Bedeutung sind.

Ein dritter Ansatzpunkt waren **Konzepte partizipativer qualitativer Praxis- und Evaluationsforschung** (vgl. Bergold/Thomas 2012; Chaskin/Rosenfeld 2008; Flick 2006; Robson 2002: 201ff.). Sie stehen in der Tradition der Aktionsforschung (vgl. Lewin 1968) und der kommunikativen Sozialforschung (vgl. Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen 1976). Sie setzen auf den Dialog mit den am Forschungsprozess Beteiligten und den von Forschungsergebnissen Betroffenen und verfolgen Strate-

gien der kommunikativen Validierung zur Absicherung der aus den erhobenen Daten gewonnenen Erkenntnisse.

Einen vierten Ansatzpunkt, den wir zur Entwicklung eines Forschungsdesigns zur Untersuchung von problematischen Kinderschutzverläufen heranziehen konnten, stellten nicht zuletzt **Studien über ‚Serious Case Reviews‘**, wie sie im Ausland durchgeführt worden waren, dar (vgl. hierzu Kapitel 3).

4.2.3 Forschungsdesign im ‚Fall Lea-Sophie‘

Auf dieser Basis entwickelten wir schließlich ein flexibles, partizipatorisch ausgerichtetes Forschungsdesign, das wir wie folgt umsetzten:

- Wir erläuterten in *Vorabgesprächen* mit den Fach- und Führungskräften des Jugendamtes sowie den betroffenen Familienmitgliedern (Frühjahr 2010 bis Spätsommer 2010) die wesentlichen Fragestellungen.
- Wir ordneten den ‚Fall Lea-Sophie‘ in den Gesamtzusammenhang der zum damaligen Zeitpunkt (November 2007) veröffentlichten Berichterstattung über das Jugendamt der Stadt Schwerin und die daran anschließenden politischen Reformbemühungen ein. Hierfür nahmen wir eine *selektive Medieninhaltsanalyse* (für den Zeitraum von November 2007 bis Mai 2010) vor.
- Wir begannen (im Oktober 2010) – parallel zu den gemeinsam mit den fallbeteiligten Fachkräften durchgeführten Forschungswerkstätten – mit der schrittweisen *Auswertung der uns übermittelten Falldokumente* und der verwaltungsinternen Untersuchungsberichte sowie einzelner gutachterlicher Stellungnahmen; im Nachgang konnten wir mit Einverständnis der Eltern des verstorbenen Kindes Lea-Sophie noch weitere, für die Aufarbeitung des Fallgeschehens wichtige Dokumente beschaffen.
- Wir führten *vier zweitägige Forschungswerkstätten* in Zusammenarbeit mit den damals am Fall beteiligten Fach- und Leitungskräften des Jugendamtes und der Freien Träger sowie mit einzelnen Jugendhilfeausschussmitgliedern zur gemeinsamen Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ durch (Oktober 2010 bis April 2011).
- Wir suchten den Kontakt zu ehemaligen fallverantwortlichen Fach- und Leitungskräften sowie zu den betroffenen Familienmitgliedern (die allerdings selbst nicht an den Forschungswerkstätten teilnahmen), um

mit diesen Personen insgesamt fünf *Rückblickgespräche* (narrativ-teilstrukturierte Interviews) zu führen; weitere für die Falluntersuchung bedeutende Rückblickgespräche (n=3) konnten jedoch aus organisatorischen und zeitlichen Gründen erst nach Abschluss des Fall-Labors realisiert werden.

- Wir führten schließlich gemeinsam mit den Teilnehmenden der Forschungswerkstätten in Unterarbeitsgruppen sowie im Plenum eine *Auswertung* der vorliegenden Falldokumente, Berichte, Stellungnahmen und der Rückblickgespräche durch; die drei weiteren Rückblickgespräche, die wir erst nach Abschluss der Forschungswerkstätten realisierten, konnten allerdings nicht mehr zum Gegenstand eines partizipatorischen Deutungs- und Verstehensprozesses im Rahmen der Forschungswerkstätten gemacht werden.
- Wir bündelten die auf diese Weise rekonstruierten Untersuchungsergebnisse in einem vorläufigen *Ergebnisbericht*, den wir den Teilnehmenden der Forschungswerkstätten in einer sich daran anschließenden Feedbackrunde im Mai 2011 präsentierten und auch aushändigten, damit von ihnen am Text Veränderungsvorschläge und Korrekturen gemacht werden konnten.
- Nach erneuter kritischer *Sichtung unserer bisherigen Ergebnisse* ermöglichten wir den betroffenen Familienmitgliedern des verstorbenen Kindes Lea-Sophie eine *Erörterung der bis dahin vorliegenden Hauptkapitel des Ergebnisberichtes* und baten darum, eventuell am Text Veränderungsvorschläge und Korrekturen anzubringen; hierfür besuchten wir die Eltern in den Justizvollzugsanstalten und verbrachten mit den Großeltern väterlicherseits und mütterlicherseits ein Wochenende in einem Seminarhotel (August/September 2011).
- Die Fertigstellung des *endgültigen Ergebnisberichtes* ist für 2013 vorgesehen; in ihm sind neue Erkenntnisse aus nachträglich geführten Rückblickgesprächen und bislang nicht zur Verfügung stehenden Dokumenten enthalten. Der endgültige Ergebnisbericht wird den betroffenen Familienmitgliedern des verstorbenen Kindes Lea-Sophie ebenfalls vorab zugänglich gemacht. Änderungen, die aus der gemeinsamen Erörterung des Berichtes notwendig werden, fließen dann in das endgültige Manuskript, welches für eine Veröffentlichung vorgesehen ist, ein. Der Ergebnisbericht wird Ende 2013 erscheinen.

Bei diesem Forschungsdesign spielen die folgenden zeitlich aufeinander aufbauenden Untersuchungsphasen und -schritte (Tabelle 3) zur Rekonstruktion des problematisch verlaufenen Kinderschutzfalles eine wichtige Rolle:

ABLAUF EINES DIALOGISCH-SYSTEMISCHEN FALL-LABORS

Tabelle 3

UNTERSUCHUNGSPHASEN	ARBEITSTAGE	UNTERSUCHUNGSSCHRITTE	VERANTWORTLICHE
1. Klärungsphase	10	1. Schritt: Organisation von Vorabgesprächen zur Klärung der mit dem Fall-Labor verbundenen Ziele und Aufgaben	Untersuchungsteam mit Unterstützung der Kernorganisation
	5	2. Schritt: Durchführung von Vorabgesprächen	Untersuchungsteam
2. Recherchephase	10	3. Schritt: Zusammenstellen vorhandener Falldokumente, gutachterlicher Stellungnahmen und Medienberichte	Untersuchungsteam mit Unterstützung der Kernorganisation
	15	4. Schritt: Vorauswertung vorhandener Falldokumente, gutachterlicher Stellungnahmen und Medienberichte	Untersuchungsteam
3. Forschungsphase	10	5. Schritt: Organisation und Durchführung von Rückblickgesprächen zur Einbeziehung der Sichtweisen der unmittelbar am problematischen Kinderschutzfall beteiligten Personen	Untersuchungsteam mit Unterstützung der Kernorganisation
	20	6. Schritt: Vorauswertung der vom Untersuchungsteam erhobenen Rückblickgespräche	Untersuchungsteam
	5	7. Schritt: Organisation von 4 x 2-tägigen Forschungswerkstätten zur gemeinsamen Rekonstruktion eines problematisch verlaufenen Kinderschutzfalles	Untersuchungsteam mit Unterstützung der Kernorganisation
	15	8. Schritt: Durchführung von 4 x 2-tägigen Forschungswerkstätten unter Heranziehung der bereits vom Untersuchungsteam erhobenen und vor-ausgewerteten Daten	Untersuchungsteam
4. Analysephase	30	9. Schritt: Verschriftlichung der während der Kontextualisierungs- und Untersuchungsphase gewonnenen Erkenntnisse, Anfertigung eines vorläufigen Untersuchungsberichtes	Untersuchungsteam

UNTERSUCHUNGSPHASEN	ARBEITSTAGE	UNTERSUCHUNGSSCHRITTE	VERANTWORTLICHE
5. Feedbackphase	5	10. Schritt: Organisation von Feedbackrunden mit den Teilnehmenden der Forschungswerkstätten und den betroffenen Familienmitgliedern zur Überprüfung, Ergänzung und Veränderung der erzielten Untersuchungsergebnisse	Untersuchungsteam mit Unterstützung der Kernorganisation
	6	11. Schritt: Durchführung der Feedbackrunden	Untersuchungsteam
6. Disseminationsphase	15	12. Schritt: Fertigstellung des endgültigen Untersuchungsberichtes mit Vorschlägen und Empfehlungen zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit	Untersuchungsteam
	3	13. Schritt: Vorbereitung einer eventuellen Veröffentlichung des ausführlichen Untersuchungsberichtes	Untersuchungsteam und Auftraggebende nach Rücksprache mit den von den Ergebnissen unmittelbar betroffenen Fachkräften und Familienmitgliedern
7. Nachbetreuungsphase	8	14. Schritt: Nachgespräche und wenn nötig: Vermittlung weiterführender Hilfen für die von der Untersuchung betroffenen Familienmitglieder und Fachkräfte	Untersuchungsteam und andere Hilfeanbieter

Zur Beantwortung der leitenden Fragestellungen lagen uns unterschiedliche Kategorien von Daten vor, die wir zuvor vom Jugendamt der Stadt Schwerin erhalten oder im Zuge unserer eigenen Forschungsaktivitäten erhoben und vorausgewertet und im Rahmen der von uns durchgeführten Forschungswerkstätten in Zusammenarbeit mit den Teilnehmenden zusätzlich erhoben und analysiert hatten:

- 52 Medienberichte (Zeitungsartikel, Berichte aus Magazinen und Zeitschriften etc.),
- diverse verwaltungsinterne Untersuchungsberichte, Ausschussprotokolle, gutachterliche Stellungnahmen und Falldokumentationen,
- 19 Mikroartikel⁸ zum Thema „Meine Fehlerhypothese – warum musste Lea-Sophie sterben?“

- eine auf Basis vorliegender verwaltungsinterner Untersuchungsberichte sowie gutachterlicher Stellungnahmen gemeinsam entwickelte fallbezogene „Ereignisweganalyse“,
- acht Rückblickgespräche,
- eine auf Grundlage öffentlich bekannter Familiendaten erstellte mehrgenerationale Genogrammanalyse,
- eine teambezogene Rekonstruktion der fallbezogenen Organisationsgeschichte des Jugendamtes Schwerin.

8 Ein- bis zweiseitige Dokumentation einer Lerngeschichte, siehe auch weiter unten „Zur Methode des Mikroartikels“ (d. Red.).

Dieses breit gefächerte empirische Material brachten wir in die von uns favorisierten partizipatorisch-dialogische Auswertungsstrategie ein. Damit wollten wir gewährleisten, dass die Sichtweisen, Deutungen und Erklärungen der Teilnehmenden der Forschungswerkstätten denselben Stellenwert hatten wie unsere eigenen Annahmen und Deutungen. Dennoch kann nicht darüber hinweggetäuscht werden, dass wir vor dem Hintergrund unserer sozial- und organisationswissenschaftlichen Ausbildung sowie unserer Forschungserfahrungen einen gewissen Vorteil gegenüber den Teilnehmenden hatten; diese konnten ihrerseits jedoch einen eigenen Blick auf den Fall werfen, wodurch immer wieder blinde Flecken und vorschnelle interpretative Schlüsse offengelegt werden konnten.

Quer über die unterschiedlichen, uns zur Verfügung stehenden Datensorten richteten wir gemeinsam mit den Teilnehmenden der Forschungswerkstätten unseren Blick aus unterschiedlichen Perspektiven auf das gesamte Kinderschutzsystem – aus Sicht der Fach- und Leitungskräfte des Jugendamtes, aus Sicht der Fachkräfte Freier Träger, aus Sicht der politisch Verantwortlichen, aus Sicht der damals beteiligten Kinderärzte, aus Sicht der Kindesmutter, des Kindesvaters, der Großeltern mütterlicherseits, der Großmutter väterlicherseits. Auf diese Weise konnten wir im Wechselspiel eigenständig und gemeinsam durchgeführter Datenerhebungen und -auswertungen eine sich allmählich verdichtende Fallstrukturhypothese (vgl. abermals Hildenbrand 2005) über den ‚Fall Lea-Sophie‘ weiterentwickeln, korrigieren und überprüfen.

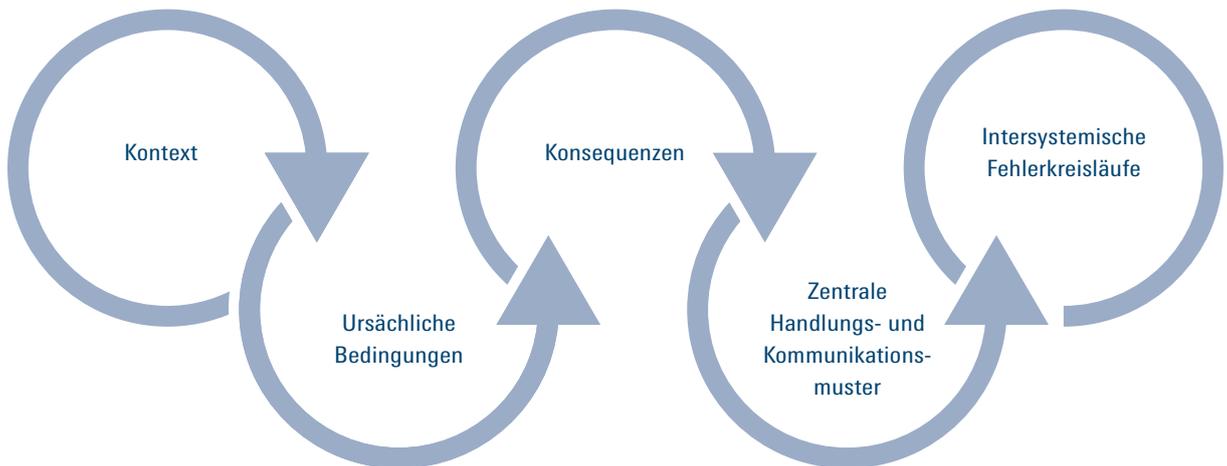
Unter Einbezug der auf diese Weise vor und nach den Forschungswerkstätten erzielten Einfälle und Ergebnisse untersuchten und rekonstruierten wir (das Untersuchungsteam) im Nachgang abschließend (während der Analysephase), welche ‚guten Gründe‘ (situationelle Rationalitäten) die am Fall beteiligten Personen und Organisationen für ihre Entscheidungen und Handlungen zur damaligen Zeit hatten und weshalb es schließlich in der Verschränkung der miteinander zusammenhängenden Systeme – Familie, Jugendamt, andere Kinderschutzeinrichtungen, Behörden und Verwaltungen – zur Entfaltung eines problematisch verlaufenen Kinderschutzfalles kam. Dabei gingen wir von der Annahme aus, dass schwerwiegende Kinderschutzfälle einer sozialen Ordnung folgen, die sich erst im Nachhinein erschließen lässt und

als „transaktionales System“ (Strauss/Corbin 1996: 133) aufgefasst werden kann (vgl. hierzu auch die Überlegungen von Hildenbrand 2011: 8ff.). Ein solches System (Abbildung 4) besteht aus interaktiven und miteinander verbundenen „Bedingungsebenen“ (Strauss/Corbin 1996: 133; Herv. i. Orig.), die sich wechselseitig beeinflussen, Bedingungs- und Konsequenzpfaden folgen und spezifische Handlungs- und Kommunikationsmuster – soziale Interaktionen – zur Folge haben, die in letzter Konsequenz sogar zum Tod eines Kindes führen können. Strauss und Corbin (1996: 136f., Herv. i. Orig.) führen zu den dabei eine Rolle spielenden Kontexten (als „Bedingungsmatrix“) aus:

*„Ungeachtet der Ebene, auf der ein Phänomen lokalisiert ist, steht das Phänomen in einer bedingenden Beziehung zu darüber und darunter liegenden Ebenen und auf der eigenen Ebene. (...) Die äußerste Ebene kann als die **internationale** Ebene betrachtet werden. Sie schließt Einheiten ein wie: internationale Politik, Rechtsvorschriften, Kultur, (...). Die zweite Ebene kann als **nationale** Ebene betrachtet werden. Ihre Eigenschaften beinhalten nationale Politik, staatliche Gesetzesvorschriften, nationale Kultur, Geschichte, Werte, (...). Als nächstes folgt die **Gemeinde**-Ebene, die alle obigen Einheiten enthält, soweit sie sich auf die Gemeinde beziehen. (...) Nach innen fortschreitend finden wir die **organisatorischen bzw. institutionellen** Ebenen. Jede besitzt ihre eigene Struktur, ihre Regeln, Probleme und Geschichte. Ein weiterer Kreis stellt die **Ebene von Unter-einheiten in Organisationen/Institutionen** dar. (...) Dann erreichen wir die **Ebene von Kollektiv, Gruppe und Individuum**. Diese Ebene beinhaltet Biographien, Philosophien, Wissen und Erfahrungen von Einzelpersonen, Familien und verschiedenen Gruppierungen (...). Danach kommen wir zu der **interaktionalen Ebene**. Mit Interaktion meinen wir, daß Menschen Dinge bezüglich eines Phänomens gemeinsam oder mit Bezug aufeinander tun (...). Interaktion wird durch **interaktionale Prozesse** ausgeführt, wie: Aushandeln, Beherrschen, Unterweisen, Diskussion, Streit und Selbstreflexion. Schließlich erreichen wir das Zentrum der Matrix und stoßen auf **Handlung**: sowohl strategische als auch Routine-Handlung (...). Handlung wird durch **Handlungsprozesse** ausgeführt. Diese fügen sich mit interaktionalen Prozessen zu einer Einheit zusammen, um das Bild von Handlung/Interaktion zu vervollständigen.“*

Abbildung 4

PROBLEMATISCH VERLAUFENE KINDERSCHUTZFÄLLE ALS TRANSAKTIONALE SYSTEME



4.2.4 Analysemethoden und fallbezogene Anwendungsbeispiele

Im Weiteren gehen wir nun auf die von uns genutzten Erhebungs- und Analysemethoden näher ein: auf die Medieninhaltsanalyse, die Dokumentenanalyse, die erhobenen und ausgewerteten Rückblickgespräche und auf die ebenfalls von uns durchgeführten Forschungswerkstätten.

4.2.4.1 Selektive Medieninhaltsanalyse

Im Fokus des Medieninteresses steht bei den meisten schwerwiegenden Kinderschutzfällen zumeist eine Suche nach dem Warum. Immer wieder wird gefragt, wie es geschehen konnte, dass ein Kind zu Tode misshandelt und/oder vernachlässigt wurde und wer daran schuld war. Im Zuge der öffentlichen Aufarbeitung eines problematisch verlaufenen Kinderschutzfalles überbieten sich bei der journalistischen Aufarbeitung dieser grundsätzlichen Fragestellung nicht selten die mit der Recherche beauftragten Journalisten mit ihren ‚Facts and Figures‘ über die vermeintlichen Hintergründe des Fallgeschehens. Im Antlitz einer von Georg Franck (2007) scharfsinnig beobachteten „Ökonomie der Aufmerksamkeit“ konkurrieren sie nämlich um die Gunst ihrer Leserschaft,

indem sie dem Publikum gern ‚unmoralische‘ Seiten des Lebens vor Augen führen; sie moralisieren, kritisieren, klagen an und legen eine Identifikation mit dem ‚Opfer‘ nahe. Zumindest sorgen sie, ob bewusst oder unbewusst, für eine selektive Setzung und Wahrnehmung von Informationen/Nachrichten, die ihre Relevanz erst durch die Intensität und Dauer der Berichterstattung erhalten. So hat es uns auch nicht überrascht, dass im Internet drei Jahre nach dem Tod des Kindes Lea-Sophie immer noch zahlreiche Einträge, Berichte und Fotos über den Fall auffindig zu machen sind, die bis heute Einfluss auf die Praxis der Jugendämter, insbesondere auf die damals am Fall beteiligten Fachkräfte des Jugendamtes der Stadt Schwerin, sowie auf die Familienmitglieder des verstorbenen Kindes Lea-Sophie haben.

Da eine umfassende quantitative Medieninhaltsanalyse den Rahmen der Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors gesprengt hätte, haben wir uns dazu entschieden, insbesondere solche Medieninhalte zu sichten und inhaltsanalytisch auszuwerten, die hinsichtlich ihrer öffentlichen Reichweite und ihres regionalen Stellenwerts für die öffentliche Auseinandersetzung über den ‚Fall Lea-Sophie‘ von Belang waren. Unsere Medienin-

haltsanalyse hat daher nicht den Anspruch, repräsentativ zu sein.⁹ Die Auswahl der von uns herangezogenen Medienberichte¹⁰ ist selektiv, zumal wir bei unseren Recherchen aus Effizienzgründen lediglich auf die Internetsuchmaschine google.de zurückgegriffen haben, also weder weitere Zeitungsarchive sichteten noch andere Suchkataloge nutzten.

Zur Erforschung der mit dem ‚Fall Lea-Sophie‘ eingehenden Medienberichterstattung nutzten wir einen umfangreichen Untersuchungsrahmen, mit dem wir folgende Fragen an das von uns selektiv ausgewählte Material¹¹ herangetragen und inhaltsanalytisch ausgewertet haben:

- Was ist der *thematische Schwerpunkt* der Berichte? Welche *Fallgeschichte* wird erzählt? (z.B. eine Geschichte der staatlichen oder freigemeinnützigen Kinder- und Jugendhilfe, der politisch Verantwortlichen, der professionellen Fachkräfte, des Kindes, der Eltern, der Familie, der weiteren Gesellschaft?)
- Wie werden der *Fallverlauf und seine Wendepunkte* dargestellt?
- Wie wird das Kind gesehen? Welches *öffentliche Bild*, welche Rolle des *betroffenen Kindes* wird vermittelt? (als ‚Opfer‘, als ‚Objekt‘, als ‚Subjekt‘?)
- Wie werden die *Sorgeberechtigten, die Eltern* gesehen und dargestellt – *das öffentliche Bild der Eltern*?
- Welche *Fehler* werden herausgestellt? Wem werden sie zugeschrieben? (der Familie, den Eltern, dem Kind selbst, den Fachkräften, dem Leitungsmanagement, der Organisation oder dem Hilfesystem, der Politik, der Nachbarschaft und Gesellschaft?)
- Welche *Ursachen* für das Verfehlen der Kinderschutzaufgaben werden herausgestellt?
- Welche *Konsequenzen* sollen daraus gezogen werden? Welche *Forderungen* werden erhoben?

Zur Auswertung der Medienbeiträge dokumentierten wir die Antworten auf diese Fragestellungen in einem gesonderten Dokument (siehe als Beispiel: Abbildung 5, S. 55).

Dabei analysierten wir, wie bereits gesagt, besonders jene Beiträge, die einen erheblichen Einfluss auf das Umfeld des Jugendamtes des Stadt Schwerin hatten: 13 Artikel aus der Bild-Zeitung, zehn Artikel aus der Schweriner Volkszeitung und im Kontrast dazu Artikel aus anderen regionalen oder überregionalen Zeitungen und Zeitschriften: zwei Artikel aus der Süddeutschen Zeitung, acht Artikel aus dem Umfeld des Wochenmagazins „Der Spiegel“ usw.

Zum Zeitpunkt unserer Onlinerecherchen im Herbst 2010 erhielten wir zum Stichwort ‚Fall Lea-Sophie‘ bei der Suchmaschine google.de 144.000 Resultate. Die ersten angezeigten Ergebnisse wiesen uns bereits darauf hin, was für das Scheitern des Falles aus Sicht der Medien und der Öffentlichkeit ausschlaggebend war bzw. welche konkreten Themenschwerpunkte und Stereotype über den Fall in den Massenmedien immer noch im Umlauf sind. So erfährt man beispielsweise auf den ersten Seiten von google.de, dass die Eltern von Lea-Sophie auf das „mörderische Prinzip Hoffnung“ gesetzt hätten, wodurch es allem Anschein nach zu einem „Hungertod in der Familienidylle“ kam. Möglicherweise um sich hinter die zuständigen Sozialarbeiter zu stellen, wurde von der Stadt Schwerin und aus Sicht des damaligen Oberbürgermeisters betont: Es handle sich um einen typischen Fall, der in jeder anderen Stadt hätte passieren können, derjenige, dem so etwas passiere, habe einfach „Pech gehabt“. Im Laufe der Zeit gerieten aufgrund „kommunalpolitischer Ränkespiele“ die Führungskräfte der Stadt und das Jugendamt selbst aber offenbar zunehmend unter Druck; und schließlich bestätigte der nachträglich einberufene zeitweilige politische Ausschuss des Stadtparlaments unmissverständlich: der „qualvolle Tod von Lea-Sophie wäre vermeidbar gewesen“ (Zeitweiliger Ausschuss zur Aufklärung des Todes von Lea-Sophie und zur Optimierung des Verfahrens bei Kindeswohlgefährdungen in Schwerin 2008: 1).

9 Sie genügt auch nicht den Ansprüchen einer umfassend vorgenommenen Medieninhaltsanalyse (vgl. hierzu bspw.: Bonfadelli 2002).

10 Wir danken in diesem Zusammenhang Klaus Noll für seine Unterstützung.

11 BildOnline (n = 13), Schweriner Volkszeitung (n = 10), NDROnline (n = 4), Tagesspiegel (n = 1), Hamburger Abendblatt (n = 1), BDK-Positionspapier (n = 1), Kölnische Rundschau (n = 1), Süddeutsche Zeitung (n = 2), WeltOnline (n = 2), ZeitOnline (n = 6), Spiegel (n = 1), SpiegelOnline (n = 2), Dradio.de (n = 1), Stern.de (n = 2), SternTV (n = 1), Frankfurter Rundschau (n = 4.)

Abbildung 5

RAHMEN ZUR ANALYSE VON MEDIENINHALTEN ZUR AUFARBEITUNG EINES PROBLEMATISCH VERLAUFENEN KINDERSCHUTZFALLES



Speziell mit dieser öffentlichen Fehlerzuschreibung hatten die Fachkräfte des Jugendamtes der Stadt Schwerin erheblich zu kämpfen; nicht wenige sind aufgrund der negativen Berichterstattung und der an sie gerichteten Strafanzeigen erkrankt oder haben den Dienst quittiert. Andere wiederum haben neuen Mut geschöpft und haben sich der Aufarbeitung des Falles gestellt.

In der Berichterstattung drehte es sich in den von uns ausgewählten regionalen und überregionalen Zeitungen oder Boulevardblättern immer um dieselben thematischen Schwerpunkte. Dieser Forschungsbefund spiegelt sich auch in den Aufmachern bzw. Schlagzeilen der von uns untersuchten Beiträge wider; einige Beispiele:

- „Versagen der Behörden/Hätten die Behörden den Tod von Lea-Sophie verhindern können?“ (Bild.de, 22.11.2007)
- „Die Akte des Grauens – in neun Tagen beginnt der Prozess gegen die Eltern“ (Bild.de, 05.04.2008)
- „Staatsanwalt sagt: Eltern haben Lea-Sophie gequält und roh misshandelt“ (Bild.de, 15.04.2008)
- „Erst beim Urteil weint die Todesmutter um ihre Tochter“ (Bild.de, 16.07.2008)
- „Fall Lea-Sophie: Schweriner Sozialdezernent muss Jugendamt abgeben“ (SVZ, 10.01.2008)
- „Lea-Sophies Opa klagt an“ (SVZ, 16.01.2008)
- „CDU fürchtet Machtverlust“ (SVZ, 05.12.2009)
- „Ziehen uns nicht beleidigt zurück – CDU in Schwerin steht vor schwierigen Zeiten; Interview mit Sebastian Ehlers von der CDU“ (SVZ, 13.03.2010)
- „Zynisch – Schweriner Pressearbeit im Fall Lea-Sophie“ (NDR, 28.11.2007)
- „Fall Lea-Sophie – kommunalpolitische Turbulenzen“ (NDR, 23.09.2008)
- „Fehler im Fall Lea-Sophie“ (Süddeutsche Zeitung, 21.01.2008)
- „Die tödliche Schlaperei im Fall Lea-Sophie“ (WeltOnline, 25.04.2008)
- „Fall Lea-Sophie: Anzeigen gegen Staatsanwaltschaft“ (ZeitOnline, 06.08.2009)

In der Hauptsache ging es in den von uns untersuchten Beiträgen um die familialen Hintergründe, die Motive und die Art und Weise der Misshandlung und Vernachlässigung von Lea-Sophie durch ihre Eltern (15 von 52 Beiträgen), um die Frage, ob das Jugendamt den Tod von Lea-Sophie hätte verhindern können, ob es eine Mitschuld am Tod des Kindes trägt (13 von 52 Beiträgen), um die Verantwortungsübernahme durch die dafür politisch Verantwortlichen (7 von 52 Beiträgen). In den restlichen Beiträgen ging es vor allem um die Rolle der Staatsanwaltschaft während des Strafprozesses gegen die Eltern, um die generellen Defizite in der Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen, um die ansteigenden Kindeswohlgefährdungsmeldungen und Inobhutnahmen und um das Für und Wider gesetzlicher Kinderschutzmaßnahmen sowie um die generelle Unterfinanzierung der Jugendämter. Dabei wird beim Studium der öffentlichen Medienbeiträge deutlich, dass der ‚Fall Lea-Sophie‘ vor dem Hintergrund dreier unterschiedli-

cher und öffentlich vermittelter Fallgeschichten rekonstruiert werden kann. Auf diese Fallgeschichten gehen wir im Einzelnen nicht näher ein. Sie können jedoch demnächst an anderer Stelle im ausführlichen Ergebnisbericht nachgelesen werden (vgl. Biesel / Wolff i.V.).

Auffällig bei der Analyse der von uns herangezogenen Medienberichte war, dass in fast allen Beiträgen Lea-Sophie als Opfer ihrer Eltern oder des Jugendamtes dargestellt wurde und sich dabei die Detailschilderungen regelrecht überschlugen, die wir gemeinsam mit den Teilnehmenden der Forschungswerkstätten als Input zur weiteren Generierung von Daten im Zuge des partizipatorischen Auswertungsprozesses nutzten:

- Sie wog bei einer Körpergröße von 95 cm nur noch 7.375 g, normal wären 14 kg gewesen.
- Am Kopf fehlten Haarbüschel. Die Knochen am Gesicht traten deutlich hervor. Die Haut enthielt kaum noch Flüssigkeit. Der Durchmesser des Oberarmes betrug noch 2,2 cm. Alle Rippen zeichneten sich stark ab, am Bauch fehlte ihr das Fettgewebe.
- Die Muskulatur des Mädchens war im dramatischen Zustand; sie fehlte im Beckenbereich völlig und war im Rücken kaum noch da – dies sind Zeichen dafür, dass das Kind lange zusammengekauert gewesen sein muss.
- Im Gesäßbereich gab es mehrere Wundliegegeschwüre von fast 5 cm, die auch bis auf die Knochen gingen.
- Sie kauerte wochenlang in ihrem Kot und Urin.
- Lea-Sophie muss unerträgliche Schmerzen gehabt haben.
- Sie siechte in ihrem rosa Kinderzimmer vor sich hin.
- Ihr Leben war nicht mehr zu retten, ohne Notarzt wäre das Kind in der elterlichen Wohnung und nicht im Krankenhaus gestorben.
- Ihr Gehirn war bereits geschädigt.
- Ein solch hoher Grad von Unterernährung ist nur vergleichbar mit Fällen in Berichten über Hungerkatastrophen.
- Sie ist nach monatelangem Martyrium vor den Augen ihrer Eltern verhungert und verdurstet.

Den Eltern werden vor allem in den Boulevardmedien schwere Vorwürfe gemacht. Zusammenfassend heißt es:

- Sie ließen Lea-Sophie verhungern, waren untätig.
- Sie sahen tatenlos zu, haben das Mädchen gequält und roh misshandelt, für die Staatsanwaltschaft steht fest: Es war grausamer Mord.

- Sie haben den Tod billigend in Kauf genommen, da sie den dramatischen Zustand des Kindes erkannt haben, aber keine Hilfe holten.
- Sie sind gefühllose Horror-Eltern – Mörder, Todesmutter.

In anderen Beiträgen werden aber auch ganz neue Facetten deutlich. Hier heißt es:

- Es sind Hinweise auf Persönlichkeitsstörungen bei beiden Eltern festgestellt worden, dennoch sind beide Eltern laut Sachverständigen für ihre Tat voll verantwortlich.
- Die Kindesmutter hat sich als verwöhnter Liebling ihres Adoptivvaters nicht zu einer wehrhaften und eigenständigen Persönlichkeit entwickeln können, sie leidet an einem unterentwickelten Selbstwertgefühl, weil sie zu Hause nicht gelernt hatte, mit Frustrationen umzugehen.
- Der Kindesvater ist ein unsicherer Mensch mit verminderter Empathiefähigkeit und nicht in der Lage, eine gesunde Partnerschaft zu führen.

Solche, aber auch andere Ergebnisse präsentierten wir den Teilnehmenden in den einzelnen Forschungswerkstätten. Wir nutzten sie zur Anregung von weiterführenden Diskursen über den ‚Fall Lea-Sophie‘. Durch den Einbezug solcher von uns vorausgewerteten Daten versetzten wir die Teilnehmenden der Forschungswerkstätten einerseits in die Lage, ihre bereits bestehenden Hypothesen über das Fallgeschehen weiter zu entfalten und mit uns zu überprüfen. Andererseits dienten die Ergebnisse uns als Einstieg für die gemeinsame systemisch-dialogische Aufarbeitung des Falles. Hierfür griffen wir auch auf themenbezogene theoretische Inputs zurück.

4.2.4.2 Dokumentenanalysen

Organisationen fertigen tagtäglich eine Vielzahl von Dokumenten an. Sie dienen der Vorbereitung, Strukturierung und Herbeiführung von Entscheidungen, haben legitimatorischen, appellativen und richtungweisenden Charakter. Sie stellen eine eigenständige organisationale Realität dar. Dokumente, die über Kinderschutzfälle angelegt werden, haben eine ähnliche Funktion. Sie offenbaren, welche Anlässe in Familien beispielsweise zur Fremdunterbringung eines Kindes geführt haben; zumindest protokollieren sie, aus welchen Beweggründen heraus,

mit welcher Relevanzprüfung, eine fallzuständige Fachkraft in ihrem spezifischen organisationalen Kontext zu ihren Entscheidungen und Handlungen gekommen ist, um das Wohl eines Kindes sicherzustellen. Dokumente können insofern auch als Artefakte von Organisationen angesehen werden, als soziale, miteinander konstruierte und vergegenständlichte Kommunikationsprozesse, die spezifischen Entstehungs- und Verwertungslogiken folgen (vgl. Froschauer 2002). Im Anschluss an diese Überlegungen zur Analyse von Dokumenten als Artefakte einer spezifischen und nur schwer zu entschlüsselnden Organisationskultur (Schein 2003: 31), ging es uns bei der Auswertung der von uns herangezogenen Dokumente zum ‚Fall Lea-Sophie‘ um die Klärung folgender Fragen:

1. Wie wird das Dokument bezeichnet und wer ist / sind sein / -e Autor / -en?
2. Wer oder was hat den Anstoß zur Erstellung des Dokuments gegeben? Gab es eventuell einen Auftrag? Wenn ja, von wem?
3. Welche Funktion hat bzw. hatte das Dokument?
4. Was für eine Version der Geschichte wird im Dokument erzählt? Was ist die empirische Grundlage dieser Geschichte?
5. Wer sind die maßgeblich am Fallverlauf beteiligten Personen und Organisationen? Wie wird über diese Akteure in den Dokumenten ‚gesprochen‘? Was wird über sie geschrieben?
6. Welche organisationalen bzw. familialen Entwicklungsetappen werden im Dokument deutlich?
7. Welche Probleme, Krisen, Konflikte, Schlüsselereignisse und Wendepunkte werden hervorgehoben?
8. Welche Themen werden darüber hinaus angesprochen?

Zur Durcharbeitung der einzelnen Dokumente nutzten wir ein thematisches Raster, wobei wir zur Analyse der Unterlagen das Material nach den folgenden Gesichtspunkten differenzierten:

- dem Autor und Namen des Dokuments
- dem Entstehungshintergrund des Dokuments
- der Funktion des Dokuments
- der dokumentierten Geschichte und den ‚Mythen‘ über fallbeteiligte Akteure und Organisationen
- den dokumentierten Entwicklungsetappen
- den dokumentierten Schlüsselereignissen und Wendepunkten
- anderen Themen.

4.2.4.3 Rückblickgespräche

In der qualitativen Sozial- und Organisationsforschung können unterschiedliche Interviewformen herangezogen werden, um Praxisphänomene zu erforschen.¹² Diese Interviewformen weisen Unterschiede auf der Ebene des Forschungsgegenstandes und des Forschungsinteresses, der Gestaltung der Interviewdurchführung, des während der Interviewsituation eingebrachten (theoretischen) Vorwissens und der Rollendefinition von Interviewenden und Erzählpersonen auf (vgl. Helfferich 2005: 26ff.). Für die Einbeziehung der Sichtweisen der am ‚Fall Lea-Sophie‘ unmittelbar beteiligten Personen – Fachkräfte und Familienmitglieder – haben wir uns für die Heranziehung einer hybriden Interviewform entschieden, die vom Interviewsetting eher ‚natürlich‘ gestaltet und dialogisch ausgerichtet ist, aber durch Rückgriff auf einen vorgegebenen Interviewleitfaden auch eine flexible Strukturierung des Interviewverlaufs gestattete und auf diese Weise eine dichte Rekonstruktion eines problematisch verlaufenen Kinderschutzfalles ermöglichte.

In der Kombination von erzählgenerierenden, strukturierenden und nachfragend-investigativen Anteilen gelang es uns, mithilfe von Rückblickgesprächen, eine z.T. sogar beraterische Beziehung zu den von uns Interviewten aufzubauen, sie zum Erzählen ihrer Fallgeschichte anzuregen und bei Bedarf mit ihnen (uns gelegentlich noch unklar oder widersprüchlich erscheinende) Entwicklungsetappen, Probleme, Krisen, Konflikte, Schlüsselereignisse und Wendepunkte zu thematisieren. Diese zum Teil über die klassische Durchführung von qualitativen Interviews hinausgehenden Beziehungskonstellationen warfen freilich aus verfahrensethischer Sicht eine Reihe von Fragen auf: Zum einen boten sie uns zwar die Möglichkeit, etwas über die Umstände, die zum Tod von Lea-Sophie geführt hatten, zu erfahren. Zum anderen hinterließen wir mit jedem Rückblickgespräch aber immer auch emotional zutiefst betroffene Interviewpersonen, die sich im Nachgang der Interviews auf unsere Integrität und Vertraulichkeit verlassen können mussten. Insoweit stellen die

von uns durchgeführten Rückblickgespräche kein klassisches Erhebungsverfahren qualitativer Forschung dar. Sie gehen, weil unmittelbar fallbeteiligte Personen und Familienmitglieder einbezogen werden, darüber hinaus. Sie erweitern die klassische Beziehung zwischen den Interviewern und den Interviewpersonen regelmäßig und stellen insofern nicht nur eine forschersche, sondern – gerade bei der Thematisierung existenzieller Grunderfahrungen – beraterische oder sogar therapeutische Intervention dar. Dieses Phänomen bedarf einer klaren ethischen Reflexion der mit der Rekonstruktion des problematisch verlaufenen Kinderschutzfalles beauftragten Forscherinnen und Forscher und nach Möglichkeit, sofern gewünscht, der Ermöglichung von Anschluss- und Reflexionsgesprächen mit den Interviewpersonen außerhalb des eigentlichen Forschungsprojektes durch unbeteiligte und dafür ausgebildete Dritte.¹³

Zur Durchführung der Rückblickgespräche zogen wir Interviewleitfäden heran, die wir nach jedem Gespräch, das wir erhoben hatten, nach und nach zur Weiterentwicklung und Überprüfung unserer Fallstrukturhypothese modifizierten (siehe Kapitel 5). In der Folge ergab sich daraus ein übergreifender Leitfaden, der zur Durchführung von Rückblickgesprächen zur Analyse von problematischen Kinderschutzverläufen in Zukunft herangezogen werden kann (siehe Anhang 1).

Nach jedem Rückblickgespräch fertigten wir Postscripts an, in denen wir Angaben zur Gesprächssituation und unsere ersten Eindrücke und Einfälle zum Fall festhielten. Jedem Interviewprotokoll stellten wir ein Motto voran, um uns auch noch zu einem späteren Zeitpunkt an prägnante Erfahrungen, die uns im Gespräch deutlich geworden waren, erinnern zu können.

Alle Rückblickgespräche wurden vollständig transkribiert.¹⁴ Darauf aufbauend analysierten wir die vorliegenden Interviewtexte. Hierfür codierten wir sie in einem ersten Schritt unabhängig voneinander Zeile für Zeile und Abschnitt für Abschnitt, indem wir für jedes Interview eine thematische Analyse in Gestalt einer Fallsynopse anfer-

12 Als wichtigste Interviewformen gelten: das narrative Interview, das episodische Interview, das fokussierte oder semi-strukturierte Interview, das problemzentrierte Interview, das ero-epische oder ethnografische Interview, das Experteninterview (Flick 2007: 194ff.; Helfferich 2005: 33).

13 Im vorliegenden Fall haben wir uns dieser Verpflichtung gestellt und trafen mit den Familienmitgliedern zu ergänzenden Beratungsgesprächen zusammen.

14 Einzelne Passagen wurden nicht durch semantische oder syntaktische Korrekturen unnötig verfremdet, sondern in ihrem umgangssprachlichen Stil belassen. Zudem wurden längere Pausen, sprachliche Überlappungen und auffällige Ton- und Stimmlagen durch Auslassungs- oder Betonungszeichen markiert. Die Transkripte wurden anschließend noch einmal von uns ‚durchgehört‘ und da, wo es nötig war, korrigiert.

tigten. Die Fallsynopse enthielt eine für das Interview typische Aussage (ein Motto) und eine Liste der während des Interviewverlaufs angesprochenen zentralen Themen. In einem zweiten Schritt legten wir die Fallsynopsen und die darin enthaltenen zentralen Themen nebeneinander. Wir versuchten auf diese Weise, in Gestalt von Memos unsere sich allmählich andeutende ‚Fallstrukturhypothese‘ weiterzuentwickeln, die wir im Verlauf unserer Analysearbeiten unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus den anderen uns zur Verfügung stehenden und ausgewerteten empirischen Materialien auf ihre Plausibilität hin überprüften (vgl. Hildenbrand 2005). Hierfür stellten wir immer wieder dieselben Fragen an das Material. Folgende Fragen leiteten unseren Blick bei der Analyse der Rückblickgespräche:

- Was für eine Version der Geschichte wird uns erzählt?
- Wie stark sind die Interviewten mit dem Fall identifiziert, welche Rolle und Verantwortung schreiben sie sich selbst zu?

- Wer sind die maßgeblich am Fallverlauf beteiligten Personen und Organisationen? Wie wird über diese Akteure gesprochen? Was wird über sie erzählt?
- Welche organisationalen bzw. familialen Entwicklungsetappen werden im Material deutlich?
- Welche Probleme, Krisen, Konflikte, Schlüsselereignisse und Wendepunkte werden hervorgehoben?
- Welche Themen werden darüber hinaus angesprochen?

Die Fragen dienten uns zur Weiterentwicklung unseres thematischen Rasters (siehe Tabelle 4), das wir bereits zur Dokumentenanalyse herangezogen hatten. Wir arbeiteten mit Blick auf die in den Interviews angesprochenen zentralen Themen übereinstimmende, aber auch sich widersprechende Entwicklungsetappen heraus, setzten diese zueinander in Beziehung und bezogen die Teilnehmenden der Forschungswerkstätten in die Interviewanalyse mit ein:

Tabelle 4

THEMATISCHES RASTER ZUR ANALYSE VON RÜCKBLICKGESPRÄCHEN

RÜCKBLICK- GESPRÄCH- NR.	EIGENER BLICK AUF DEN FALL / INDIVIDUELLES FALLVERSTÄNDNIS	BEZIEHUNG ZUM FALL	GESCHICHTEN UND MYTHEN ÜBER FALL- BETEILIGTE AKTEURE UND ORGANISATIONEN	ENTWICKLUNGS- ETAPPEN	SCHLÜSSEL- EREIGNISSE UND WENDEPUNKTE	ANDERE THEMEN
FK1	überpositive Wahrnehmung des großelterlichen Familiensystems als professioneller Erwartungshorizont fehlender Handlungsauftrag unverbundene und unüberprüfte Teilperspektiven mit daraus folgenden Kommunikations- und Handlungsmustern	Anlass für einen freiwilligen, aber schwierigen beruflichen Veränderungs- prozess Erfahrung des Ungeschütztseins	Bild des Jugend- amtes als Eingriffs- behörde als Hinderungsgrund, nicht rechtzeitig Hilfe anzunehmen familiale Abhängig- keitsverhältnisse und Konflikte	Haushalts- konsolidierung hohe Fallbelastung katastrophale Arbeitssituation binäres Verständnis von Kindeswohl- gefährdung	krankheits- bedingter Personalausfall und Personal- wechsel	k. A.

4.2.4.4 Forschungswerkstätten

Forschungswerkstätten dienen dem gemeinsamen forschenden Lernen. Sie werden in der qualitativen Sozialforschung insbesondere zu Ausbildungs- und Demonstrationszwecken herangezogen. Im Mittelpunkt dieser Methode steht der kommunikative bzw. dialogische Charakter eines gemeinsamen Datenerhebungs- und -auswertungsprozesses, der von einem/einer Untersuchungsleiter/-in unterstützt und methodisch gerahmt werden muss. Riemann (2006: 68) führt hierzu aus:

„Die Arbeit des Gruppenleiters besteht (a) in der Initiierung, Reflexion und Sicherung des erkenntnisgenerierenden Verfahrens, (b) der aufmerksamen Begleitung der ‚Arbeitsbögen‘ (des Arbeitsablaufs) der einzelnen Projekte (einschließlich schriftlicher Rückmeldungen) und der Mithilfe bei ihrer zeitlichen Strukturierung und (c) der Schaffung und Sicherung eines sozialen Rahmens, in dem sich kooperative und verlässliche Arbeitsbeziehungen entwickeln können.“

Das Konzept der von uns angeleiteten und durchgeführten Forschungswerkstätten war durch ein besonderes Setting geprägt, das die in der Kinderschutzarbeit immer wieder entstehende Beziehungs- und Kommunikationsproblematik berücksichtigte und Fragen der Schuld und Verantwortung aufnahm. Die Forschungswerkstätten, die wir mit den unmittelbar am Fall beteiligten Personen zur gemeinsamen Aufarbeitung des ‚Falles Lea-Sophie‘ nutzten, hatten insofern nicht nur zum Ziel, den Teilnehmenden zu veranschaulichen, wie wir auf unsere, zunächst nur als vorläufig anzusehenden interpretativen Schlüsse kamen. Sie dienten auch der persönlichen Auseinandersetzung mit dem Fallgeschehen, der Thematisierung eigener Befindlichkeiten und Betroffenheiten.

Zu Beginn unserer Forschungswerkstätten und vor der Vorstellung der öffentlichen Fallrekonstruktion (der gezielten Medieninhaltsanalyse) klärten wir mit den Teilnehmenden der Forschungswerkstätten, welche Bedeutung der ‚Fall Lea-Sophie‘ für sie persönlich hatte und mit welchen Erwartungen sie zum Fall-Labor kamen. Auf dieser Grundlage konnten wir sie dazu ermutigen, erste Fehlerhypothesen in Form von Mikroartikeln zu formulieren und mit uns eine fallbezogene Ereignisweganalyse auf Grundlage vorliegender Dokumente, Fallakten und gutachterlicher Stellungnahmen zu erstellen. Auf beide miteinander angefertigten empirischen Materialien konn-

ten wir während der Forschungswerkstätten in Arbeits- und Untersuchungsgruppen sowie im weiteren Verlauf unserer Untersuchungen zur Rekonstruktion des Falles und der ihm zugrunde liegenden zentralen Handlungs- und Kommunikationsmuster zurückgreifen.

Zum wesentlichen Fallverständnis während der Forschungswerkstätten trugen jedoch unsere qualitativen Gruppenanalyseprozesse zur Untersuchung der von uns erhobenen und vorausgewerteten Rückblickgespräche bei. Zur Analyse der Rückblickgespräche projizierten wir relevante Interviewpassagen bzw. besonders dichte Stellen – vor allem die Eingangs- und Schlussequenzen – an die Wand. Die Teilnehmenden erhielten zusätzlich die Transkripte der Rückblickgespräche ausgehändigt, damit sie am Text unmittelbar Markierungen vornehmen und ihre Ersteinfälle notieren konnten. Nach Abschluss der jeweiligen Forschungswerkstätten sammelten wir die Transkripte wieder ein. Wichtige Passagen wurden von uns Zeile für Zeile und Abschnitt für Abschnitt nacheinander laut vorgelesen. Nach jeder Sinneinheit baten wir die Teilnehmenden, ihre Ersteinfälle zum Gehörten im Plenum vorzustellen. Zur Analyse der Rückblickgespräche zogen wir die bereits weiter oben vorgestellten Fragen heran:

- Was für eine Version der Geschichte wird uns erzählt?
- Wie stark sind die Interviewten mit dem Fall identifiziert, welche Rolle und Verantwortung schreiben sie sich selbst zu?
- Wer sind die maßgeblich am Fallverlauf beteiligten Personen und Organisationen? Wie wird über diese Akteure gesprochen? Was wird über sie erzählt?
- Welche organisationalen bzw. familialen Entwicklungsetappen werden im Material deutlich?
- Welche Probleme, Krisen, Konflikte, Schlüsselereignisse und Wendepunkte werden hervorgehoben?
- Welche Themen werden darüber hinaus angesprochen?

Auf dieser Basis entwickelte sich ein diskursiver Deutungsprozess, bei dem Hypothesen miteinander geteilt und auch verworfen werden konnten. Die interpretativen Schlüsse der Teilnehmenden wurden von uns parallel in Gestalt von Memos digital notiert und an die Wand projiziert. Darüber hinaus hielten wir sie in unseren Forschungstagebüchern fest. Im Anschluss an die gemeinsame Auswertung der Rückblickgespräche in den Forschungswerkstätten (wobei wir nicht alle in diesem

Setting zum Gegenstand der Analyse machen konnten) rekapitulierten wir untereinander die dadurch neu gewonnenen Erkenntnisse.

4.2.4.5 Mikroartikel

Ein Mikroartikel ist eine Methode, die aus dem systemischen Wissensmanagement stammt (Willke 2011: 93ff.). Sie dient der Aufbereitung und Reflexion wichtiger Lernerfahrungen einzelner Menschen, die ansonsten drohen, in Vergessenheit zu geraten. Mit der Verschriftlichung eines Mikroartikels – einer ein- bis zweiseitigen Dokumentation einer Lerngeschichte – erhalten auch andere in einer Organisation angestellte Mitarbeitende die Möglichkeit, von den Erfahrungen und dem Wissen Einzelner zu profitieren. Helmut Willke (ebenda) hat zur Anfertigung

eines Mikroartikels ein Raster vorgeschlagen, das wir zur Thematisierung und Systematisierung erster Fehlerhypothesen in der ersten Forschungswerkstatt herangezogen haben:

1. Thema/Headline (Warum musste Lea-Sophie sterben? Was ist falsch gelaufen – meine Fehlerhypothese)
2. Kurzttext/Zusammenfassung
3. Schlussfolgerungen

Hier ein Dokumentationsbeispiel einer Erörterung von Fehlerhypothesen, die in Mikroartikeln entwickelt worden waren, das verdeutlicht, wie wir die gemeinsamen Erstideen zum Fall in der ersten Forschungswerkstatt miteinander ausgetauscht und gesichert haben:

INZELNE STATEMENTS DER TEILNEHMENDEN ZU DEN EINZELNEN FEHLERHYPOTHESEN IM PLENUM

„Es ist überhaupt nicht abgestimmt. Es ist sehr vielfältig. Mein Eindruck ist, dass die Leute sich darüber noch gar nicht unterhalten haben. Es gibt noch keinen roten Faden.“

„Es hat sich schon jeder Gedanken gemacht. Jeder hat eine Meinung dazu. Deshalb ist es so vielfältig.“

„Jedem sind auch Fehler eingefallen, die wirklich vermeidbar gewesen wären.“

„Ich finde schon, dass es eine ganze Menge an Übereinstimmungen gibt:

- Die Hilflosigkeit kommt in allen Artikeln durch.
- Kommunikationsprobleme scheinen eine Rolle zu spielen, Beziehungs- und Vertrauensprobleme auch, fehlendes Vertrauen in der Familie selbst und zu Hilfeeinrichtungen, mangelhafte Netzwerkarbeit, überforderte Eltern, familialer Bruch, familialer Machtkampf, Ablehnung und Maßregelung, Weg des Versteckens, strukturelle Probleme im Jugendamt (Personal- und Zeitmangel), unglückliche Umstände, Schwellenängste.“

„Ein solcher Fall war vermutlich überhaupt nicht im Bereich des Denkbaren; eine solche Hypothese war nicht Ausgangspunkt der Falleinschätzung. Darauf wird man in der Ausbildung nicht vorbereitet. Es kann in anderen Familien ähnliche Schwierigkeiten geben, die aber nicht zu einem solchen Fallausgang führen.“

„Das Jugendamt ist zumeist die letzte Instanz in Fällen, wo nichts mehr geht. Das stille Leid ist eher ein Leid als Folge einer unterlassenen Hilfe. Es kommt zu einem Sprachverlust. Es verstummen diejenigen, die sich in einen nicht mehr zu bewältigenden Lebens- und Beziehungskonflikt verstrickt haben. Ich denke, es ist einfach nicht gelungen, eine Eltern-Kind-Bindung aufzubauen. Die Eltern waren vermutlich nicht dazu in der Lage, auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen.“

UNSERE ZUSAMMENFASSUNG:

„Wir können in drei verschiedene Richtungen schauen: Eltern, Umfeld, professionelles Hilfesystem: Es kommt zu einem Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsverlust. Es kommt zu einem nicht zu denkenden („unerklärlichen“) Fall, zu einem Fall der nicht verstanden werden kann – über den nicht gesprochen werden kann.“

Es gab auffällige Überschriften: Point of no Return / stilles Leid / stumme Schreie. Die Eltern haben im Konflikt mit Lea-Sophie einen Punkt im Geschehen erreicht, an dem sie nicht mehr zurückkonnten, wo sie sich keine Hilfe mehr holen konnten. Dabei war die Lösung, nur noch alles zu vertuschen.

In der Erstanalyse wird insofern deutlich:

- Es handelt sich um ein Hilflosigkeits- oder Kompetenzproblem.
- Es handelt sich um Kommunikations-, Beziehungs- und Bindungsprobleme, sodass kein Vertrauen entsteht, damit Hilfe angenommen und geleistet werden könnte.
- Es kommt zu einer Zusammenarbeit miteinander stumm verbundener Prozessbeteiligter, die keine Brücken des Verstehens miteinander konstruieren können.“

4.2.4.6 Fallbezogene Ereigniswege

Weiter fertigten wir in den Forschungswerkstätten fallbezogene „Ereigniswege“ an. Dabei stützten wir uns auf vorliegende Dokumente, Fallakten und gutachterliche Stellungnahmen. Die Teilnehmenden der Forschungswerkstätten erarbeiteten in Arbeits- und Untersuchungsgruppen unterschiedliche Ereigniswege, die anschließend im Plenum miteinander verglichen und dann ausgewertet wurden. Hierfür erhielt jede Arbeits- und Untersuchungsgruppe die uns zur Verfügung stehenden Dokumente zum Selbststudium mit dem Auftrag, diese Papiere nacheinander durchzuarbeiten und die aus ihrer Sicht wesentlich

erscheinenden Schlüsselereignisse und Fehler direkt im Text zu markieren und im Anschluss in chronologischer Reihenfolge in Gestalt eines Zeitstrahls auf einem Flipchart zu notieren. Sie dienten vor allem der Herausarbeitung von organisationalen Schlüsselereignissen und Fehlern, die im Kontakt mit den Eltern und Großeltern von Lea-Sophie eine Rolle spielten. Die Ergebnisse, die vor allem die Perspektive des Jugendamtes auf den ‚Fall Lea-Sophie‘ berücksichtigten, wurden dann im Plenum zusammengetragen und an eine Wand projiziert. Einige Ergebnisse:

ORGANISATIONALE SCHLÜSSELEREIGNISSE UND FEHLER

- Überforderung des Praktikanten
- „Alleingelassensein“
- Personalmangel
- Organisationsreformen „im Zick-Zack“ 1990–2004
- Rahmenbedingungen im Jugendamt (finanziell/materiell)
- 2005/2006/2007/2008: fehlendes Weiterbildungskonzept / keine Supervision! / präventiver Kinderschutz lag brach / keine Kinderschutzkoordination / fehlende Reaktion auf Belastungsanzeigen der Mitarbeiter (Haustarifvertrag) / Signal aus dem SPD (= Sozialpädagogischer Dienst) im Jahr 2006 hinsichtlich Überlastung / Änderungen der Rahmenbedingungen
- Mangelhaftes Erfassen von Beratungsgesprächen
- Fehlende Kooperation zwischen JA und GA
- Geld weg! Strom weg! Kinder weg!
- Klinik / Entlassung KM aus Klinik ohne Abschlussuntersuchung
- Meldung KWG
- Kita: Wie sprechen Erzieher mit Eltern? / Kita: mangelhafte Dokumentation / Beendigung Kitaplatz
- ARGE: Sanktionen auf 100% > keine Info ans Jugendamt im Jahr 2006 / Sanktionen ARGE
- Einschlägige Erfahrungen der KM mit JA (individuell, negativ besetzt, Misstrauen, Familienkreis)
- Fehlende Analysen

4.2.4.7 Genogramm- und Organisationsanalyse

Zusätzlich zu solchen, durch die Teilnehmenden der Forschungswerkstätten erarbeiteten Daten und Erstein-schätzungen rekonstruierten wir miteinander die Familiengeschichte, die Organisations- und Hilfesystemgeschichte und deren Einfluss auf den Verlauf des ‚Falles Lea-Sophie‘ mithilfe von Genogramm-, Organisations- und Netzwerkanalysen. Wir gehen an dieser Stelle nicht auf die einzelnen in der Methodenliteratur zur Bearbeitung von Fällen in der Sozialen Arbeit allseits bekannten Visualisierungsmöglichkeiten von Familiensystemen und Netzwerkbeziehungen ein, wollen aber dennoch betonen, dass insbesondere die Genogrammarbeit zum besseren Verständnis eines Falles beitragen kann. In der rekonstruktiven Familienforschung dient das Genogramm als zusätzliche Datenquelle. Es „ist ein graphisches Hilfsmittel, um zentrale lebens- und familiengeschichtliche Daten

über mehrere Generationen hinweg zu rekonstruieren und so zu einer Fallstrukturhypothese zu gelangen, die beschreibt, wie die jeweilige Familie in der Dialektik von Autonomie und Heteronomie immer wieder Entscheidungen als geordnete (= strukturierte) und zukunfts offene zugleich hervorbringt“ (Hildenbrand 2007: 32). Die dafür erforderlichen personenbezogenen Daten konnten wir den uns vorliegenden Dokumenten und Falldokumenten entnehmen. Eine Einwilligung hierzu lag uns von den davon betroffenen Familienmitgliedern vor bzw. es war uns möglich, ein Genogramm auf Basis unserer gezielten Medieninhaltsanalyse zu erstellen.

Die Organisationsanalyse fokussierte vor allem auf das Jugendamt der Stadt Schwerin – auf die Rekonstruktion der Organisationsgeschichte mit ihren Entwicklungsetappen, Problemen, Krisen, Konflikten, Schlüsselereignissen und Wendepunkten. Wir schlugen beiden Teams des All-

gemeinen Sozialpädagogischen Dienstes des Jugendamtes vor, getrennt voneinander Einfälle zu den nachfolgenden Fragen zusammenzutragen und dann in der Forschungswerkstatt vorzustellen:

1. Wie hat sich das Jugendamt Schwerin von 1990 bis heute entwickelt? Welche Etappen und Wendepunkte würden Sie herausstellen?
2. Was hat sich durch diese Veränderungen/Wendepunkte konzeptuell und fachlich im Jugendamt verändert?
3. Wie schätzen Sie im Rückblick die organisationalen Problemlagen zur Zeit des Falles Lea-Sophie ein?
4. Wie schätzen Sie die aktuellen Problemlagen des Jugendamtes Schwerin ein (wo brennt es am meisten, wo drückt der Schuh)?

Die Rekonstruktion der Organisationsgeschichte wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in einer Excel-Tabelle festgehalten, durch die ersichtlich wurde, welche Leitungskräfte für wie lange Zeit für einzelne Organisationseinheiten zuständig waren (um beurteilen zu können, wie es um die Kontinuität auf der Leitungsebene bestellt war), wann es infolge von politischen Veränderungsprozessen zu konzeptuellen Umorientierungen bzw. zu einem Umschwenken auf neue handlungsleitende Paradigmen kam, in welchen Zeitabständen einzelne Mitarbeitende ihre Stelle und Funktion wechselten und welche Problemlagen sich nach und nach verfestigten oder sich buchstäblich in Luft auflösten.

4.3 PROZESSVERLAUF DER FALLUNTERSUCHUNG

Auf den gestuften Prozess der Falluntersuchung, das Setting, die Dokumentation und die Sicherung der Ergebnisse während des dialogisch-systemischen Fall-Labors zur Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ gehen wir nun ein.

Zur Vorbereitung und Durchführung eines dialogisch-systemischen Fall-Labors müssen folgende Aufgaben erledigt werden:

1. *Regelung der Finanzen:* Es muss geklärt werden, wer die Kosten zur Durchführung des Fall-Labors trägt. Bei der Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ finan-

zierten das Nationale Zentrum Frühe Hilfen, das Land Mecklenburg-Vorpommern und die Stadt Schwerin das Fall-Labor.

2. *Festlegung des Untersuchungsteams:* Es muss ein Untersuchungsteam, bestehend aus mindestens zwei erfahrenen Sozial-/Organisationswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern mit sozialpädagogischen und/oder familientherapeutischen Kompetenzen und Erfahrungen in der Kinderschutzarbeit, von einem oder mehreren externen Auftraggeber(n) mit der Durchführung eines Fall-Labors beauftragt werden. Bei der Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ wurden stellvertretend für den Kronberger Kreis für Dialogische Qualitätsentwicklung e.V. Kay Biesel (zu Beginn des Projekts: Alice Salomon Hochschule Berlin; inzwischen: Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Kinder- und Jugendhilfe) und Reinhart Wolff (Alice Salomon Hochschule Berlin/ Freie Universität Berlin) von der Landeshauptstadt Schwerin, dem Land Mecklenburg-Vorpommern und dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) beauftragt. Beide bildeten zusammen mit mittleren Leitungskräften des Jugendamtes einen kleinen Koordinationskreis zur Vor- und Nachbereitung des Fall-Labors, insbesondere der einzelnen Forschungswerkstätten.
3. *Gewährleistung datenschutzrechtlicher Bestimmungen:* Es muss geklärt werden, welche Vorbereitungen getroffen werden müssen, um die notwendige Sicherung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu gewährleisten. Bei der Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ schlossen wir Datenschutzvereinbarungen mit den Fall-Labor-Teilnehmenden ab und holten Nutzungsgenehmigungen von den von uns interviewten fallbeteiligten Fach- und Leitungskräften sowie den Familienmitgliedern ein. Bei der Klärung grundsätzlicher datenschutz- und strafrechtlicher Fragen im Zusammenhang mit dem Fall-Labor unterstützte uns das Deutsche Institut für Jugend- und Familienrecht e.V. Das Land Mecklenburg-Vorpommern erteilte dem Kronberger Kreis für Dialogische Qualitätsentwicklung e.V. eine Genehmigung zur Übermittlung aller dem Jugendamt der Landeshauptstadt Schwerin vorliegenden Sozialdaten nach §75 SGB X.

4. *Klärung der Eignung des Falles und der Mitwirkungsbereitschaft:* Es muss geklärt werden, ob der Fall für die Methode des Fall-Labors geeignet ist¹⁵ und ob eine Bereitschaft zur Mitwirkung der wesentlich am Fall beteiligten Fachkräfte des Jugendamtes und anderer Einrichtungen innerhalb und außerhalb der Forschungswerkstätten besteht. Hierfür müssen Vorabgespräche mit Leitungs- und Fachkräften geführt werden. Bei der Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ sind deswegen Gespräche mit dem zuständigen Dezernenten, dem Jugendamtsleiter, den Fachbereichsleitern und den Fachkräften aus dem Allgemeinen sozialpädagogischen Dienst geführt worden. Zusätzlich wurden auch wesentlich fallbeteiligte Kooperationspartner aus der Kinder- und Jugendhilfe und dem Jugendhilfeausschuss kontaktiert.
5. *Organisation des Teilnehmerkreises für die Forschungswerkstätten:* Es muss mit den Leitungs- und Fachkräften des Jugendamtes (Kernorganisation) geklärt und entschieden werden, wer von den Mitarbeitenden und den externen Kooperationspartnern an der Untersuchung teilnimmt und wer die Einladung der ins Auge gefassten Teilnehmenden übernimmt. Für diejenigen, die an der Aufarbeitung des Falles nicht unmittelbar mitwirken wollen, besteht die Möglichkeit, ihre Sicht auf den Fall in Rückblickgesprächen zu schildern. Bei der Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ war das Jugendamt für die Einladungen zuständig, was sich im Nachhinein nicht als beste Lösung erwies (so gelang es beispielsweise nicht, u.a. wichtige politische Akteure, Fachkräfte des Jobcenters, der Wohnungsbaugesellschaft und der Kindertagesstätte zur Teilnahme am Fall-Labor zu gewinnen). Aber es nahmen Fach- und Leistungskräfte des Jugendamtes und Freier Träger sowie einzelne Jugendhilfeausschussmitglieder teil, insgesamt 24 Personen. Vier damals beteiligte Fach- und Leitungskräfte des Jugendamtes entschieden sich aus persönlichen Gründen, nicht am Fall-Labor teilzunehmen. Eine ehemalige Leitungskraft und die fallbeteiligten Kinderärzte sowie der Vorsitzende des (stadtparlamentarischen) zeitweiligen Ausschusses zur Aufklärung des Todes von Lea-Sophie und zur Optimierung des Verfahrens bei Kindeswohlgefährdungen erklärten sich jedoch bereit, mit uns ein Rückblickgespräch zu führen.
6. *Kontaktaufnahme mit den von der Falluntersuchung betroffenen Familienmitgliedern:* Es muss bestimmt werden, wer mit den betroffenen Familienmitgliedern Kontakt aufnimmt und sie zur Mitwirkung am Fall-Labor einlädt und klärt, ob sie bereit wären, sich an einem Rückblickgespräch zu beteiligen. Bei der Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ nahmen fallzuständige Fachkräfte des Sozialpädagogischen Dienstes Kontakt mit den Großeltern und Eltern auf und vermittelten ihnen, worum es bei dem Fall-Labor geht. Sie halfen, die Brücke zu den Familienmitgliedern zu bauen, sodass Rückblickgespräche mit den Eltern, den Großeltern mütterlicherseits und der Großmutter väterlicherseits geführt werden konnten.
7. *Organisation und Zusammenstellung relevanter (Fall-) Dokumente:* Es müssen alle verfügbaren und zugänglichen Falldokumente (Einzelberichte, Diagnosen, Bescheide etc.) organisiert und für die Untersuchung zugänglich gemacht werden. Bei der Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ lagen uns wesentliche Dokumente vor, nämlich: (1) Zwischenbericht der Untersuchungsgruppe zum Tod von Lea-Sophie v. 28.12.2007, (2) Bericht der verwaltungsinternen Untersuchungsgruppe zum Tod von Lea-Sophie v. 31.01.2008, (3) Bericht der verwaltungsinternen Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung des Jugendamtes Schwerin v. 11.03.2008, (4) Protokolle und Bericht des zeitweiligen Ausschusses der Stadtvertretung der Landeshauptstadt Schwerin zur Aufklärung des Todes von Lea-Sophie und zur Optimierung des Verfahrens bei Kindeswohlgefährdungen, (5) Amt für Jugend: Abschließender Bericht zur Sitzung des zeitweiligen Ausschusses v. 8. Jan. 2009, (6) Fachliche Stellungnahmen zum Bericht der verwaltungsinternen Untersuchungsgruppe zum Tod von Lea-Sophie von Wolfgang Penkert/Holger Lindig/Werner Freigang/Rainer-M. Fritsch, (7) Kopie der Fallakte ‚Lea-Sophie‘ 2006–2007, (8) Kopie der nachfolgenden Fallakte zum Pflegeverhältnis des Bruders.

15 Die Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors ist insbesondere für tödlich verlaufene Kinderschutzfälle geeignet, an denen Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe und anderer Berufssysteme mittelbar und unmittelbar beteiligt waren.

8. *Reservierung einer geeigneten Tagungsstätte und zeitliche Planung der Forschungswerkstätten:* Ort und zeitlicher Ablauf zur Durchführung der im Fall-Labor vorgesehenen Forschungswerkstätten müssen mit den Teilnehmenden abgeklärt werden. Bei der Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ nutzten wir für die Durchführung von vier zweitägigen Forschungswerkstätten Räumlichkeiten im „Feriendorf Muess“, wo die Teilnehmenden auch übernachteten.
9. *Überlegung zur Präsentation und zur Verbreitung der Untersuchungsergebnisse:* Es muss geklärt werden, wie und wo die Ergebnisse des Fall-Labors veröffentlicht werden sollen. Bei der Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ konnte erst im Laufe des Untersuchungsprozesses besprochen werden, welche Möglichkeiten der Veröffentlichung genutzt werden sollten. Es wurde vereinbart, einen Methodenbericht und einen Ergebnisbericht zu veröffentlichen.

Setting und Programmstruktur der Forschungswerkstätten

Um die Aufgaben des Fall-Labors zu erfüllen, bedarf es eines bestimmten Settings, das die in der Kinderschutzarbeit bestehende Beziehungs- und Kommunikationsproblematik berücksichtigt. Man muss nämlich damit rechnen, dass gerade im Rückblick auf problematische Kinderschutzfälle große Schuldgefühle, wiederkehrende Selbst- und Fremdvorwürfe, Infragestellungen der eigenen Fachkompetenz und auch Gefühle der Verzweiflung und Trauer eine Rolle spielen. Sie müssen in der Begegnung zugelassen, angenommen und zugleich ‚gehalten‘ werden.

Darum ist nicht nur ein flexibles partizipatorisches Forschungsdesign notwendig, um zu ermöglichen, dass die am Fall Beteiligten eine Stimme haben und selbst zu Forscherinnen und Forschern werden, sondern es muss auch das Setting eines ‚sicheren Raumes‘ geben (Bergold/Thomas 2012: 12ff.), eines ‚Containers‘ (Bion 1997). Der ‚Container‘ ist ein haltgebendes, mehrseitiges dialogisches Setting, in dem die Fall-Labor-Teilnehmenden ihre Erfahrungen einbringen, ihre Sichtweisen offenlegen und auf diese Weise einen eigenen Beitrag zur Rekonstruktion des Fallverlaufs leisten können, ohne sich in ihrem Erleben und Denken emotional zu gefährden. Die Forschungswerkstatt ist ein solches „Gefäß, ein Setting, in dem die

Intensität menschlicher Aktivität gefahrlos ausgedrückt werden kann“. (Isaacs 2002: 204). Auf diese Weise kann man zusammen mit den Teilnehmenden eines Fall-Labors die emotionalen Belastungen auffangen und thematisieren, die notwendigerweise bei der Rekonstruktion problematischer Kinderschutzfälle entstehen. Man darf jedoch nicht verkennen, dass die von uns favorisierte partizipatorische Forschungsstrategie insofern mit erheblichen ethischen, methodologischen und auch psychologischen Herausforderungen verbunden ist, die es zu reflektieren gilt und denen man sich stellen muss (vgl. Bergold/Thomas 2012).

Die Forschungswerkstatt als Raum der Begegnung und der offenen Reflexion ermöglicht ein Miteinander auf Augenhöhe und hilft auf diese Weise, die in Untersuchungsprozessen immer wieder sich ergebenden einseitigen Subjekt-Objekt-Beziehungen zu überwinden. Damit wird eine offene Kommunikations- und Beteiligungskultur möglich, ein Raum des gemeinsamen Lernens, der Klärung, Offenlegung und Weiterentwicklung gemeinsamer Verstehens- und Deutungsprozesse, des Wissenstransfers zur Ermöglichung weiterführender Deutungs- und Handlungskompetenz und der Hervorbringung kreativer Ideen zur Weiterentwicklung der Kinderschutzpraxis. Im Anschluss an Isaacs (2002: 21, Herv. i. Orig.) kann man sagen: Es geht in der Forschungswerkstatt um „die gelebte Ergründung *in* und *zwischen* Menschen“, um ein Setting, das es möglich macht, „ein Gespräch mit einem Zentrum, aber ohne Parteien zu führen“ (a.a.O.: 29). Im Kern sollen die Teilnehmenden aus der Kernorganisation – in unserem Fall aus dem Jugendamt – und ihre Kooperationspartner zu Reflexionsgesprächen angeregt und ermutigt werden; sie sollen aber auch gemeinsam forschen und lernen, worum es programmatisch und methodisch in der Fachpraxis des Kinderschutzes geht, was gute Fachpraxis ist und wie man sie weiter ausbauen könnte.

Mit Formen des gemeinsamen Sich-Erinnerns, Sprechens, Hörens, Lesens, Analysierens und Deutens im Dialog ist es freilich allein nicht getan. Man braucht einen gastlichen Rahmen, einen guten Tagungsort, wo man übernachten und einander begegnen kann, wo beim gemeinsamen Essen, bei Spaziergängen und bei kulturellen Abenden mit Gesprächen, Filmen, Literatur und Musik neue Erfahrungen der Begegnung und des Austauschs gemacht werden können.

Aus diesem konzeptuellen Rahmen hat sich die folgende Programmstruktur zur Durchführung der im Fall-Labor angesiedelten Forschungswerkstätten ergeben:

1. *Forschungswerkstatt: Kennenlernen, Rückerinnern und Verarbeiten* – wesentliche Programmpunkte sind: (1) Vorstellung des theoretischen und forschungsmethodologischen Hintergrunds des Fall-Labors, (2) Dialogrunden zum Fall und zu seiner persönlichen Bedeutung, (3) Entwicklung erster Fehlerhypothesen, (4) Ereignisweganalysen auf Grundlage vorliegender Falldokumente und gutachterlicher Stellungnahmen, (5) Auseinandersetzung über die Berichterstattung in den Medien, (6) Ergebnissicherung, Evaluation und Schluss.
2. *Forschungswerkstatt: Vertiefen, Dialogisieren und Theoretisieren I* – wesentliche Programmpunkte sind: (1) Rückblick auf die 1. Forschungswerkstatt, (2) theoretische Vertiefungen zu familialen Konfliktmustern und dem Auftreten von Kindeswohlgefährdungen, (3) Genogrammanalyse, (4) Auswertung von Rückblickgesprächen, (5) Ergebnissicherung, Evaluation und Schluss.
3. *Forschungswerkstatt: Vertiefen, Dialogisieren und Theoretisieren II* – wesentliche Programmpunkte sind: (1) Rückblick auf die 2. Forschungswerkstatt, (2) theoretische Vertiefungen zu (inter-)organisationalen Konfliktmustern, Fehlern und Risiken im Kinderschutz, (3) Organisations- und Hilfesystemanalyse, (4) Auswertung von Rückblickgesprächen, (5) Ergebnissicherung, Evaluation und Schluss.
4. *Forschungswerkstatt: Verstehen, Lernen und Verändern* – wesentliche Programmpunkte sind: (1) Rückblick auf die 3. Forschungswerkstatt, (2) theoretische Vertiefungen unterschiedlicher Konzepte zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung, (3) Vorstellung und Diskussion erster Untersuchungsergebnisse, (4) Entwicklung von ersten Empfehlungen zur Verbesserung der kommunalen Kinderschutzarbeit, (5) Beratung über Veröffentlichungsstrategien, (6) Ergebnissicherung, Evaluation und Schluss.

Teilnehmende der Forschungswerkstätten

Der Kreis der Teilnehmenden in einer Forschungswerkstatt darf nicht zu groß sein, damit gemeinsame Beratungen im offenen Austausch noch möglich sind und die Einzelnen nicht in einer zu großen Gruppe verloren gehen. Unsere Erfahrung zeigt, dass eine Gruppe von etwa 25 bis 30 Personen sinnvoll ist, die aus den fallbeteiligten Fach- und Leitungskräften der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe und der Freien Träger und evtl. anderer am Kinderschutz beteiligter Berufssysteme gebildet wird.

Familienmitglieder und weitere Fachkräfte, die an den Werkstatt-Treffen des Fall-Labors nicht direkt teilnehmen konnten, werden am besten über Rückblickgespräche ins Fall-Labor einbezogen; sie sind aber auch wichtige Teilnehmer bei abschließenden Reflexionstreffen und evtl. (wenn sie es wünschen) auch bei der öffentlichen Vorstellung der Ergebnisse.

Leitung und Organisation

Wie oben bereits angedeutet, kommen als Leitungskräfte des Fall-Labors Sozial- und Organisationswissenschaftler/-innen in Frage, die aber zugleich erfahrene sozialpädagogische Praktiker/-innen sind und über ausgewiesene kinderschutzmethodische und familienberaterische und -therapeutische Kompetenzen bzw. über eine Weiterbildung als Fall-Labor-Berater/-in verfügen.¹⁶ Neben diesem Leitungsteam sollte eine Steuerungsgruppe gebildet werden, dem das Leitungsteam und etwa drei bis vier Leitungskräfte der mittleren und/oder oberen Ebene der am Fall-Labor teilnehmenden Kernorganisation angehören, um die Initiierung, Planung, laufende Organisation und Begleitung des Fall-Labors zu ermöglichen.

Insgesamt hat sich, wie bereits weiter oben dargelegt, ein 7-stufiger Prozessablauf der Fall-Untersuchung als sinnvoll erwiesen, der wie folgt systematisiert werden kann:

1. *Klärungsphase*: Vorbereitungsgespräche zur Klärung der Teilnehmerstruktur, des Zeitablaufs, der Erwartungen der Teilnehmenden, Bearbeitung der bestehenden Ängste und Befürchtungen

¹⁶ SCIE hat dazu in England ein brauchbares Konzept entwickelt, das wir auf die deutschen Rahmenbedingungen hin anpassen und nutzen sollten. Der Kronberger Kreis für Dialogische Qualitätsentwicklung e.V. hat im Zusammenhang der Diskussionen um den sog. „Segeberger Kinderschutzfall“ einen ersten Vorschlag zur Ausbildung von Fall-Labor-Beratern/Beraterinnen gemacht.

2. *Recherchephase*: Sammlung, Sichtung, Rekonstruktion und Analyse relevanter Unterlagen
3. *Forschungsphase*: Durchführung von Rückblickgesprächen und von mindestens vier bis sechs zweitägigen Forschungswerkstätten
4. *Analysephase*: Erarbeitung des Ergebnisberichts
5. *Feedbackphase*: Feedbackschleifen zur Kommentierung und Korrektur des Ergebnisberichts
6. *Disseminationsphase*: Veröffentlichung und Präsentation der Forschungsergebnisse und Empfehlungen
7. *Nachbetreuungsphase*: Nachgespräche und wenn nötig: Vermittlung weiterführender Hilfen für die von der Untersuchung betroffenen Familienmitglieder und Fachkräfte

Dokumentation und Ergebnissicherung

Die erfassten Daten und Dokumente müssen verlässlich – in Papierform und nach Möglichkeit auch elektronisch –, vor allem aber datenschutzsicher erfasst und aufbewahrt werden. Speziell bei der Durchführung der Forschungswerkstätten und der Feedbackgespräche hat es sich als sinnvoll erwiesen, im Tandem zu arbeiten und die erforderlich werdenden Moderations- und Dokumentationsarbeiten aufzuteilen. Während der Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ haben wir in den Forschungswerkstätten versucht, nach Möglichkeit nach diesem Arbeitsteilungsprinzip zu verfahren. Somit gelang es uns in aller Regel, das von den Teilnehmenden unmittelbar Gesagte in Echtzeit zu protokollieren und per Videobeamer auf eine für alle gut sichtbare Präsentationsfläche zu projizieren. Dadurch konnten wir sicherstellen, dass die Teilnehmenden ihre eingebrachten Interpretationseinfälle als Text unmittelbar vor Augen hatten und sofort überprüfen konnten. Zugleich konnten wir damit Anregungen zur Weiterentwicklung der bereits bestehenden Fallstrukturhypothese liefern.

Während der Feedbackphase sind wir ähnlich verfahren. Die verschriftlichten Untersuchungsergebnisse projizierten wir ebenfalls auf eine Präsentationswand oder aber wir baten die Teilnehmenden des Fall-Labors, unmittelbar am Text Kommentare zu hinterlassen. So konnten wir am Text Veränderungen vornehmen, die für alle sofort sichtbar und damit nachvollziehbar waren.

Bei der Erörterung der Untersuchungsergebnisse mit den Familienmitgliedern von Lea-Sophie gingen wir anders vor. Wir gaben ihnen den Text in die Hand und

lasen ihn gemeinsam und dann auch passagenweise laut vor, legten immer wieder Zwischenpausen ein und fragten sie, ob das Geschriebene ihnen schlüssig erschien bzw. gravierende inhaltliche Fehler oder Passagen enthielt, die unbedingt gestrichen oder umformuliert werden müssten.

Jede Forschungswerkstatt des Fall-Labors muss darüber hinaus schriftlich evaluiert werden. Wir nutzten dafür einen Evaluationsrahmen des Kronberger Kreises für Dialogische Qualitätsentwicklung e.V. und machten die Auswertung allen Teilnehmenden zugänglich.

4.4 ZUSAMMENFASSUNG WESENTLICHER ORGANISATIONSBEZOGENER UND SYSTEMBEDINGTER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE DES SCHWERINER FALL-LABORS

Wegen des konzeptuellen Zuschnitts dieser Methodenpublikation, aber auch aus Rücksichtnahme gegenüber den Familienmitgliedern des verstorbenen Kindes Lea-Sophie, haben wir uns dazu entschieden, an dieser Stelle nur wesentliche organisationsbezogene und systembedingte Untersuchungsergebnisse des Schweriner Fall-Labors vorzustellen. Eine ausführliche Darstellung der miteinander zusammenhängenden Systeme mit ihren Geschichten und ihren zentralen Handlungs- und Kommunikationsmustern – der Familiengeschichte im mehrgenerationalen Zusammenhang, der Organisationsgeschichte im Zeitverlauf, der Hilfesystemgeschichte aus kurativer/therapeutischer/helfender/intervenierender Perspektive und schließlich der Geschichte des Kindes – wird nach endgültiger Abstimmung mit den davon betroffenen Fachkräften und Familienmitgliedern in naher Zukunft veröffentlicht werden (vgl. Biesel/Wolff i.V.).

Wir fassen im Folgenden wichtige organisationsbezogene und systembedingte Untersuchungsergebnisse des Schweriner Fall-Labors zusammen:

- Vor dem Hintergrund eines über mehrere Jahre hinweg forcierten und politisch gewollten Rückbaus des Jugendamtes von einer sozialpädagogischen Fachbehörde zu einer in ihren Ressourcen eingeschränkten, schwachen Verwaltungsbehörde mit rotierenden und teilweise ungenügend qualifizierten Leitungskräften und einem nur noch rudimentären fachlichen Basis-

konzept stiegen die Arbeitsbelastungen der Mitarbeitenden immer weiter an. Die allein der Haushaltskonsolidierung dienenden ‚Standardreduzierungen‘ waren mit der Rücknahme der zuvor durchgeführten Neuorganisation und Regionalisierung der Sozialen Dienste, dem Verzicht auf Formen kollegialer Kontrolle (Fallberatung und Supervision) und der Einschränkung von Qualitäts- und Personalmanagement sowie von Jugendhilfeplanungsaufgaben verbunden. Dies führte zu einer faktischen Isolation des Jugendamtes und zu einem Verlust professioneller Fachkompetenz und Expertise. Kooperationsprobleme und ein Mangel an Konzepten zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen waren die Folge. Hilfesuchende und gefährdete Familien und Kinder fielen immer wieder durch das Raster eines löchrigen und unabgestimmten Hilfesystems.

- Angesichts der sich ergebenden fachlichen Defizite entschieden sich die Mitarbeitenden in den Jahren 2005 bis 2007 schließlich aufgrund der Personalnot dafür, sich stillschweigend auf ein Handlungs- und Kommunikationsmuster des Abwartens, Wegschickens, Delegierens, Sortierens, Verwaltens und Vergessens einzulassen. Mit diesem Muster gingen sie an die Bearbeitung ihrer Fälle, die sie fortan nach ‚wichtig‘ und ‚unwichtig‘ und nach ‚delegierbar‘ und ‚undelegierbar‘ weg- und einsortierten. Eindeutig als Kindeswohlgefährdend kommunizierte und klassifizierte Fälle wurden nach diesem Muster prioritär bearbeitet, während jene Fälle, die nicht unmittelbar auf eine Gefährdungslage hindeuteten – oder als solche nicht entziffert werden konnten –, von den Mitarbeitenden als nachrangig eingestuft wurden.
- Der ‚Fall Lea-Sophie‘ wurde wegen der akuten Personalsituation des Jugendamtes von unterschiedlichen Mitarbeitenden und sogar von Praktikanten des Jugendamtes anlassbezogen und unabhängig voneinander (bei Erscheinen des Großvaters mütterlicherseits und der Großmutter väterlicherseits) bearbeitet. Als ‚loser Beratungsfall‘ wurde ihm keine besondere Beachtung geschenkt und so geriet er immer wieder in Vergessenheit. Meinungen/Einschätzungen über den Fall wurden in den dafür eigentlich erforderlichen Settings kollegialer Beratung und Supervision nicht miteinander geteilt, weil der Großvater mütter-

licherseits nicht als Teil des mehrgenerationalen Familiensystems und als Klient wahrgenommen und anerkannt wurde. Dafür waren auch keine ausreichenden organisationalen Rahmenbedingungen vorhanden bzw. fehlte es an umfangreichen Schulungen und Trainings zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit; lediglich in seiner Rolle als sich sorgender, aber auch sich einmischender Großvater wurde er wahrgenommen, nicht jedoch mit seinen hintergründigen Ambivalenzen, sich gegenüber dem Jugendamt zu öffnen und sich dann aber auch wieder zurückzuziehen. Er wollte auf jeden Fall den Kontakt zu seiner Tochter nicht verlieren und wollte vermeiden, ggf. für eine Fremdunterbringung seiner Enkeltochter Lea-Sophie den wesentlichen Anstoß gegeben zu haben.

- Bei der Beurteilung der Frage, ob das Wohl des Kindes Lea-Sophie gefährdet war, hat sich nach Abschluss der Untersuchung gezeigt, dass im Jugendamt der Stadt Schwerin ein vordergründiges und nach einem Ja/Nein-Schema binär codiertes Kindeswohlgefährdungsverständnis vorherrschend war; die Mitarbeitenden unterschieden zwischen benannten, also semantisch markierten Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung und zwischen Anhaltspunkten, die gegen eine Gefährdung sprachen. Latente, hintergründige Konflikt- und Gefährdungslagen gerieten dabei aus dem Blick der Fachkräfte. Sie achteten vereinfachend nurmehr auf Signalwörter. Wenn eine Kindeswohlgefährdung konkret nicht aus- und angesprochen wurde, machten sie sich auch nicht mehr die Mühe, was sie andeutungsweise in der Begegnung mit dem Großvater oder der Großmutter gehört hatten, zuverlässig zu dokumentieren und weiter zu untersuchen. Ein Rahmenkonzept zur Erfassung von Kindeswohlgefährdungsfällen gab es zwar, die laufenden Fälle konnten aber aufgrund fehlenden Personals und krankheitsbedingter Ausfälle im konkreten Gefährdungsfall nicht ausreichend kollegial reflektiert und überprüft werden – erst recht nicht bei Fällen, die als Kindeswohlgefährdungsfälle *nicht* identifiziert und lediglich als ‚lose Beratungsfälle‘ eingestuft und dann auch weggelegt worden waren. Ein solcher *nicht* identifizierter Fall war aber der ‚Fall Lea-Sophie‘. Er wurde zunächst als ein Fall unregelmäßiger bzw. beendeter Kindertagesstätten-

betreuung, dann als Fall notwendig erachteter kinderärztlicher Untersuchungen und schließlich als Fall sich einmischender Großeltern erlebt, die zugleich – paradoxerweise – als wertvolle Ressource der Eltern von Lea-Sophie (als unterstützende Figuren) angesehen wurden. So überrascht es auch nicht, dass der Großvater mütterlicherseits über bestehende Angebote der Kinder- und Jugendhilfe zwar informiert und beraten und dann auch darum gebeten wurde, diese Informationen den Eltern von Lea-Sophie zu übermitteln. Er rückte aber nicht ins Zentrum einer umfassend ansetzenden und zeitintensiven Beratungs- und Fallarbeit; er kam zwar zum Jugendamt, ließ dann aber auch wieder monatelang nichts von sich hören. Die Mitarbeitenden des Jugendamtes machten zwischenzeitlich zwar den Versuch, zur Mutter von Lea-Sophie brieflich Kontakt aufzunehmen (der Vater, der kein Sorgerecht innehatte, wurde nicht angeschrieben – was als methodischer Fehler angesehen werden kann), ohne dass der Fall bei ihnen aber eine besondere Bedeutung erlangte. Nachdem vonseiten der Kindesmutter keine Reaktion auf den brieflichen Kontaktversuch der Jugendamtsfachkräfte kam, geriet der Fall wieder in Vergessenheit.

- Andere in Kontakt mit der Familie stehende Fachpersonen, Einrichtungen und Behörden (Kinderarzt, Geburtsklinik, Kindertagesstätte, Jobcenter, Wohnungsbaugenossenschaft etc.), die zum Teil schon früher als das Jugendamt mit den Eltern von Lea-Sophie zu tun gehabt hatten, wandten sich ihrerseits überhaupt nicht an das Jugendamt; obwohl Lea-Sophie beispielsweise als Frühgeburt zur Welt kam, die Eltern zum Zeitpunkt der Geburt noch relativ jung und nicht verheiratet waren, die Kindesmutter sich noch in Ausbildung befand, der Kindsvater anfangs unter der Woche bei der Bundeswehr stationiert war, die Familie nur über wenig materielle Ressourcen verfügte und nach und nach sozial abstieg, gab es im gesamten Fallverlauf keine verlässlich institutionalisierte Zusammenarbeit, fehlten niederschwellige Angebote und Konzepte Früher Hilfen.

Als Hauptergebnis kann festgehalten werden, dass ein organisational gefährdetes, kaputt gespartes und sich selbst isolierendes Jugendamt ohne klares fachliches Profil und Programm mit seinen Mitarbeitenden auf einen undeutlichen Fall hochgradiger familialer Ambivalenz und Konfliktodynamik gestoßen ist: auf eine sozial und materiell verarmte und belastete Familie, die aufgrund von Negativerfahrungen mit der Behörde Jugendamt (und zwar bereits zu DDR-Zeiten) in Konflikt geraten war und sich immer tiefer in ihrer eigenen Hilflosigkeit und Handlungsohnmacht verding. Die Eltern von Lea-Sophie sahen in der Folge kommunikativer Missverständnisse und daraus resultierender, ihnen unüberwindlich erscheinender Konfliktzuspitzungen im Paarverhältnis und in der Beziehung zu ihrer Tochter, die ja in ihren ersten beiden Lebensjahren im Haus der Großeltern aufgewachsen war, schließlich keinen anderen Ausweg mehr, als sich in ihrer Verzweiflung von ihren Herkunftsfamilien abzuwenden. Auch gegenüber der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe und gegenüber einer kinderärztlichen Unterstützung schotteten sie sich völlig ab, wodurch sie – obwohl sie bis zum Schluss versucht hatten, ihrem Kind selber zu helfen – den schleichenden Tod von Lea-Sophie, die an einer chronischen und sich infolge einer emotionalen Vernachlässigung und nach der Geburt des Bruders weiter verschärfenden Ess- oder Fütterstörung im frühen Kindesalter (ICD-10 - F98.2) bzw. DSM-IV-TR (307.59)¹⁷ litt, in Kauf genommen haben.

Im Zuge dieser doppelten Gefährdungs- und Isolationssituation gelang es den Systembeteiligten nicht, ein tragfähiges Arbeitsbündnis miteinander herzustellen. Die junge Familie konnte schließlich weder von den Mitgliedern der Herkunftsfamilien noch von den Fachkräften des Jugendamtes erreicht werden. Zudem wurden wichtige Systembeteiligte von den Mitarbeitenden des Jugendamtes nicht als Klienten wahrgenommen und konnten darum auch nicht ausreichend in die Fallarbeit einbezogen werden. Dies geschah freilich vor dem Hintergrund manifest defizitärer Organisationsbedingungen und fehlender Angebote und Konzepte Früher Hilfen auf der Ebene des kommunalen Hilfesystems. Damit waren systembedingte

17 Siehe auch die Hinweise zu den weiterführenden Vorschlägen zur diagnostischen Klassifikation: DC:0-3R (Zero to Three 2005) Fütterstörung (FS) 601-606: Thiel-Bonney, Consolata/von Hofacker, Nikolaus (2012): Fütterstörungen in der frühen Kindheit. In: Cierpka, Manfred (Hg.) (2012): Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Berlin; Heidelberg; New York: Springer. S. 219–248, insb. S. 232–233.

Fehler unausweichlich. Es fehlten, worauf es im Kinderschutz ankommt: professionelle Kinderschutzeinrichtungen mit kompetenten und einsatzbereiten Leitungskräften, ausgearbeitete Unterstützungsprogramme und Konzepte Früher Hilfen, qualifiziertes Personal, verbindliche Supervisions- und Intervisionsrunden, zuverlässige spezielle Qualitäts- und Personalmanagementabteilungen sowie ausgewiesene methodische Ansätze sozialpädagogischer Fall- und Beratungsarbeit, die nicht nur auf die bloße Erfassung von Kindeswohlgefährdungsmeldungen setzen, sondern die dazu beitragen, komplexe familiäre Gefährdungssituationen wahrnehmen, entschlüsseln und behandeln zu können.

Unsere Empfehlungen zur Unterstützung von Kinderschutzeinrichtungen zur Sicherung und Weiterentwicklung guter Fachpraxis sind darauf gerichtet, eine solche differenzierte und kompetente Praxis zu ermöglichen (Kapitel 5).

5**EMPFEHLUNGEN ZUR SICHERUNG UND
WEITERENTWICKLUNG GUTER FACHPRAXIS
IM KINDERSCHUTZ**

Aus der Analyse des problematisch verlaufenen ‚Falles Lea-Sophie‘ lassen sich einige konkrete Empfehlungen zur Unterstützung von Kinderschutzeinrichtungen – insbesondere von Jugendämtern – zur Sicherung und Weiterentwicklung guter Fachpraxis ableiten. Wir konzentrieren uns in diesem Bericht auf einige wenige, aber zentrale Eckpfeiler wirksamer Kinderschutzpraxis.

Sicherung struktureller Rahmenbedingungen für einen wirksamen Kinderschutz

Mit Blick auf die Ergebnisse aus der Untersuchung des ‚Falles Lea-Sophie‘ hat sich gezeigt, wie wichtig gute strukturelle Rahmenbedingungen für einen wirksamen Kinderschutz sind. Es kommt darauf an, dass die für den Kinderschutz unmittelbar fallverantwortlichen Fachkräfte in den Jugendämtern nicht über Gebühr mit ihren Fällen belastet sind und von fachlich qualifizierten Leitungskräften bei der Bewältigung ihrer Aufgaben unterstützt werden. Insofern sind Initiativen zu begrüßen, die für eine Fallzahlbegrenzung für Jugendamtsfachleute votieren. Generell muss darüber nachgedacht werden, wie es gelingen kann, Familien und Kinder in Not durch besser ausgestattete Jugendämter, mit Ansätzen Früher Hilfen und ganzheitlichen Unterstützungsprogrammen zu unterstützen. Denn es gibt eine große Übereinstimmung in der gesellschaftlichen, politischen und fachlichen Beurteilung dessen, was zur Sicherung struktureller Rahmenbedingungen für einen wirksamen Kinderschutz notwendig ist:

1. Es bedarf einer klaren gesetzlichen Grundlage, auf der die Rechte und Pflichten und das verbindliche Zusammenwirken aller am Kinderschutz Beteiligten geregelt sind. Dies kann in Deutschland als vorbildlich gelungen eingeschätzt werden (s.u.).
2. Es muss genügend finanzielle und personelle Ressourcen geben, damit es gelingt, bei wachsender öffentlicher Aufmerksamkeit für die Rechte und das Wohl von Kindern und Jugendlichen zu sorgen. Hier gibt es große Defizite.
3. Schließlich braucht Kinderschutz, um als professionelles Unterstützungssystem wirksam zu sein, eine breite gesellschaftliche Anerkennung und Unterstützung. Sie muss natürlich vor allem von den Kinderschutzakteuren selbst erarbeitet werden, hängt aber wesentlich auch von der Akzeptanz der Eltern, Kinder und Jugendlichen ab, die Hilfe und Unterstützung

in konfliktreichen Lebensumständen brauchen und sie manchmal auch zur Sicherung des Kindeswohls nutzen müssen. Hier liegen große Herausforderungen und vielfältige Aufgaben für umfassende und nachhaltige Qualitätsentwicklungsprozesse.

Mit der Verabschiedung des Bundeskinderschutzgesetzes (BKSchG) und der damit einhergehenden Präzisierung der Kinderschutzaufgaben im SGB VIII ist eine gute gesetzliche Grundlage geschaffen worden, „Prävention und Intervention im Kinderschutz gleichermaßen voranzubringen und alle Akteure zu stärken, die sich für das Wohlergehen von Kindern engagieren – angefangen bei den Eltern über den Kinderarzt oder die Hebamme bis hin zum Jugendamt“, wie die Geschäftsleitung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge mit Recht herausstellt (Schmidt 2012: 2). Vor allem die Betonung der mehrseitigen Zusammenarbeit – mit Eltern und Kindern und mit Fachleuten und Einrichtungen – zeichnet das deutsche Kinder- und Jugendhilferecht aus. Nun ist neben der Betonung der Wichtigkeit von Frühen Hilfen mit dem neuen § 79a noch eine weitere strategische Orientierung hinzugekommen: die Verankerung der Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe als wichtige Aufgabe. So heißt es nun im SGB VIII:

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

- 1. die Gewährung und Erbringung von Leistungen,*
- 2. die Erfüllung anderer Aufgaben,*
- 3. den Prozess der Gefährdungseinschätzung nach § 8a,*
- 4. die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen weiterzuentwickeln, anzuwenden und regelmäßig zu überprüfen.*

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

Was die Sicherung ausreichender finanzieller und personeller Ressourcen für einen wirksamen Kinderschutz betrifft, steht es jedoch unter der Bedingung struktureller Defizite in den öffentlichen Haushalten nicht zum Besten. Die stark angestiegenen Fallzahlen im Kinderschutz haben überall zu einer großen Arbeitsbelastung der Fachkräfte geführt, wie wir auch im Schweriner Fall-Labor haben feststellen müssen (vgl. aber auch Wolff et al. i.V.). Ohne ausreichende Mittelausstattung ist wirksamer Kinderschutz aber nicht möglich.

Viel wird nun davon abhängen, ob es gelingt, die Fachpraxis im Kinderschutz durch Projekte einer nachhaltigen Qualitätsentwicklung und durch Einführung eines organisationalen Risiko- und Fehlermanagements zu unterstützen. Um Qualitätsentwicklung, Risiko- und Fehlermanagement im Kinderschutz voranzubringen wäre es notwendig, konkrete Weiterbildungsangebote im engen Kontakt mit der Fachpraxis zu entwickeln.

Es wäre darüber hinaus hilfreich, wie gerade die Bemühungen in den letzten Jahren in der Zusammenarbeit mit dem NZFH gezeigt haben, die Kinderschutzpraxis wieder zu den Frühen Hilfen hin zu öffnen, in deren Zusammenhang sie ja vor 100 Jahren entstanden war, d.h., vor allem die Kinder- und Jugendmedizin, die Schwangerschaft- und Hebammendienste mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und der Kinder- und Jugendhilfe wieder zur gemeinsamen Wahrnehmung ihrer Entwicklungsförderungs- und Kinderschutzaufgaben zuverlässig zusammenzuführen. Die aktuellen Erfahrungen in Schwerin mit der Stärkung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Diensten und vor allem mit der Schaffung des „Koordinationskreises Frühe Hilfen“ sind ermutigend, bedürfen aber einer langfristigen Kooperationsbasis.

Mittelfristig wäre es ein entscheidender Schritt, wenn das Jugendamt als Kernorganisation wirksamen ganzheitlichen Kinderschutzes zu einer multiprofessionellen Organisation mit sozialpädagogischen, kinder- und jugendärztlichen, familientherapeutischen und psychiatrischen Fachkräften ausgebaut werden würde, anstatt es zu einer Rumpforganisation in der Form einer bürokratisierten Melde- und Erfassungsbehörde ohne eigenständige fachliche Kompetenz und Expertise, d.h. zum „Restejugendamt verkommen“ zu lassen.

Stärkung der Kompetenzen von Fachkräften im Kinderschutz

Zahlreiche Untersuchungen problematischer Kinderschutzfälle fassen ihre Empfehlungen dahingehend zusammen, dass sie die Stärkung der fachlichen Kompetenzen der Fachkräfte im Kinderschutz vorschlagen. Das ist auch in Deutschland – im Übrigen ohne erhebliche haushaltswirtschaftliche Belastungen – angeraten. Fachkräfte in Kinderschutzeinrichtungen, die vor schwierigen Aufgaben der Unterstützung und Beratung, der Nothilfe und Krisenintervention und nachhaltigen Entwicklungs- und Bildungsförderung benachteiligter und belasteter Familien, Kinder und Jugendlichen stehen, brauchen Gelegenheiten zu regelmäßiger und verbindlicher Kollegialer Fallberatung (mit erfahrenen Leitungskräften) und teambezogener und inter-organisationaler Supervision (unterstützt von externen Supervisorinnen und Supervisoren). Sie müssen berufsbegleitend wissenschaftlich gut fundierte Angebote der Fort- und Weiterbildung nutzen können. Nur wenige Tage Fortbildung reichen dafür nicht aus. Besser geeignet scheinen uns solche Ansätze zu sein, die in umfassende Qualitäts- und Personalmanagementkonzepte münden und sicherstellen, dass Fachkräfte im Kinderschutz wissen, wie Kindeswohlgefährdungen entstehen, wie man ihnen konzeptuell und methodisch begegnen und wie man sie im Dialog mit den betroffenen Eltern und nach Möglichkeit mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen verstehen und in der Gefährdungssituation beenden und in Zukunft verhindern kann. Die Ergebnisse des Schweriner Fall-Labors deuten jedenfalls darauf hin, dass Kindeswohlgefährdungen nicht einfach anhand symptomatischer Anhaltspunkte (und noch weniger anhand etwa verbal geäußerter Anhaltspunkte) erfasst und als Kinderschutzfälle einsortiert werden können.

Untersuchung problematisch verlaufener Kinderschutzfälle als Regelpraxis

Bei problematisch verlaufenen – und vor allem bei tödlichen – Kinderschutzfällen müssen als Regelpraxis wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt werden, die vom jeweils zuständigen Jugendamt initiiert und von berufserfahrenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern geleitet werden. Die Methode des dialogisch-systemischen Fall-Labors hat sich als zur Untersuchung besonders schwerwiegender und vor allem tödlich verlaufener

Kinderschutzfälle geeignet erwiesen, da mit diesem Untersuchungsansatz die wesentlichen Akteure (und nach Möglichkeit auch die betroffenen Familienmitglieder) beteiligt werden können. Alternativ sind natürlich auch andere Methoden denkbar, die zur Untersuchung von problematisch verlaufenen Kinderschutzfällen genutzt werden können. Unsere Erfahrungen haben uns aber darin bestärkt, auf die Methode des Fall-Labors zur Aufarbeitung von schwerwiegenden Kinderschutzfällen zu setzen. Durch das Fall-Labor erhalten die unmittelbar Betroffenen die Möglichkeit, sich (außerhalb zivilrechtlicher und strafrechtlicher Haftungs- und Schuldfragen) mit dem Geschehenen auseinanderzusetzen. Zugleich werden durch die Veröffentlichung wesentlicher Ergebnisse wichtige Anregungen zur Verbesserung der kommunalen Kinderschutzpraxis gegeben. Dazu müssen natürlich die dafür notwendigen differenzierten datenschutzrechtlichen Voraussetzungen ausgebaut bzw. überhaupt erst noch geschaffen werden (vgl. die gutachterliche Stellungnahme des Deutschen Instituts für Jugendhilfe- und Familienrecht – DIJuF 2012).

Notwendig ist schließlich, eine substanzielle Gruppe von Expertinnen und Experten zur Durchführung von Fall-Laboren berufsbegleitend auszubilden. Dabei können die Erfahrungen des Schweriner Fall-Labors, aber auch die Weiterbildungskonzepte des englischen Social Care Institute of Excellence (SCIE) genutzt werden.

Methoden, die der Untersuchung problematisch verlaufener Kinderschutzfälle dienen, aber nicht auf umfassende wissenschaftliche Ansprüche und Zwecke ausgerichtet sind, sollten ebenfalls weiterverbreitet und genutzt werden. Fallwerkstätten, die dem Lernen aus Fehlern im Kinderschutz dienen, wären ein denkbarer Ansatz, um Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe und anderer Berufssysteme bei der Analyse von problematischen Kinderschutzverläufen zu unterstützen. Sie dienen dem rekonstruktiven Fallverstehen und der Identifikation von systembedingten Schwachstellen und professionellen Fehlern. Aber auch Fachgutachten zur Erfüllung bzw. Nichterfüllung fachlicher Standards – auf der Basis eines qualitativen empirischen Forschungsdesigns – können in einem problematischen Kinderschutzfall der Praxis wichtige Anstöße geben.

6

ANHANG

ANHANG 1

Verwendete Leitfäden zur Durchführung von Rückblickgesprächen während des ‚Fall-Labors Lea-Sophie‘

LEITFADEN FÜR RÜCKBLICKGESPRÄCHE MIT FAMILIENMITGLIEDERN

In der Öffentlichkeit wurde ja viel über den ‚Fall Lea-Sophie‘ berichtet. Wenn Sie an Lea-Sophie und das ganze Geschehen zurückdenken, wie würden Sie beschreiben, was da überhaupt passiert ist und welche Rolle Sie selbst gespielt haben?
Oder: Uns würde sehr interessieren, von Ihnen zu erfahren, wie Sie sich die Umstände, die zum Tod von Lea-Sophie geführt haben, erklären. Können Sie uns dazu vielleicht Ihre Version der Geschichte erzählen? Was denken Sie, wie es überhaupt dazu gekommen ist?

Wenn Sie an die Kindheit und Jugend Ihrer Tochter zurückdenken, was würden Sie in der Lebensgeschichte Ihrer Familie und Ihrer Tochter herausstellen? Was waren wichtige familiäre Ereignisse? Bzw. direkt an die Eltern gerichtet: Wenn Sie an Ihre Kindheit und Jugend zurückdenken, welche Ereignisse waren für Sie von besonderer Bedeutung?

Was, denken Sie, waren wichtige Entscheidungen, zentrale Punkte im gesamten Verlauf, die gewissermaßen zu Wendepunkten im Geschehen führten?

Was für ein Kind war Lea-Sophie? Was hat sie gern gemacht, wofür hat sie sich interessiert?

Was meinen Sie: Warum ist es dem Jugendamt Schwerin nicht gelungen, Lea-Sophie und ihren Eltern/Ihnen zu helfen? Was ist Ihrer Meinung nach damals schiefgelaufen? Was hätten das Jugendamt oder auch andere Einrichtungen Ihrer Meinung nach anders machen sollen?

Wir sind am Ende unseres Gesprächs angelangt: Glauben Sie, dass wir tatsächlich Ihre Version der Geschichte gehört haben? Oder gibt es noch etwas, was Sie uns erzählen wollen oder was wir wissen sollten? Dann wäre jetzt die Gelegenheit dafür.

Vielleicht wollen Sie uns am Schluss unseres Gesprächs noch sagen, wie Sie das Gespräch und sich selbst und Ihre Rolle erlebt haben? Wie fanden Sie das Gespräch und wie fühlen Sie sich jetzt?

LEITFADEN FÜR RÜCKBLICKGESPRÄCHE MIT UNMITTELBAR FALLBETEILIGTEN AUS DEM JUGENDAMT

Uns würde am Anfang zunächst interessieren, welche Bedeutung der ‚Fall Lea-Sophie‘ für Sie persönlich hat.

Wenn Sie sich noch einmal zeitlich zurückversetzen: Was war im Jugendamt der Stadt Schwerin zur damaligen Zeit los?

- Wie würden Sie die damalige politische und fachliche Situation des Jugendamtes einschätzen?
- Wie würden Sie die damalige Arbeitssituation des Jugendamtes und der sozialpädagogischen Teams beurteilen?
- Wovon waren die Entscheidungen und darauf folgenden Handlungen, insbesondere im Umgang mit Kindeswohlgefährdungen, beeinflusst?
- Welche Prinzipien waren zu jener Zeit handlungsleitend?

Was waren die entscheidenden Punkte, die zu Ihrer bzw. zur Falleinschätzung Ihrer Kolleginnen und Kollegen geführt haben? Wovon wurde Ihr Blick bzw. der Ihrer Kolleginnen und Kollegen geleitet?

Von den Dingen, die bei der Bearbeitung des ‚Falles Lea-Sophie‘ gut gelaufen sind, hat man ja bislang nur wenig gehört: Was ist Ihrer Meinung nach damals vielleicht auch richtig gemacht worden? Was hätte Ihnen, aber auch Ihren Kolleginnen und Kollegen im Jugendamt geholfen, um dem Kind Lea-Sophie, aber auch dessen Eltern, besser helfen zu können?

Wir kommen langsam zum Ende unseres Gesprächs: Glauben Sie, dass wir Ihre Version der Geschichte gehört haben? Oder gibt es noch etwas, was Sie uns erzählen wollen? Dann wäre jetzt die Gelegenheit dafür.

Vielleicht wollen Sie uns am Schluss unseres Gesprächs noch sagen, wie Sie das Gespräch und sich selbst und Ihre Rolle erlebt haben? Wie fanden Sie das Gespräch und wie fühlen Sie sich jetzt?

LEITFADEN FÜR RÜCKBLICKSGESPRÄCHE MIT BETEILIGTEN EXPERTEN AUS PARTNERORGANISATIONEN DES JUGENDAMTES (HIER: VERANTWORTLICHER KLINIKARZT WÄHREND UND NACH DER GEBURT VON LEA-SOPHIE)

Uns würde am Anfang zunächst interessieren, welche Bedeutung der ‚Fall Lea-Sophie‘ für Sie persönlich hat.

Und wenn Sie nun mit Blick auf Ihre Erfahrungen als ärztlicher Fachmann Ihre Sichtweise zusammenfassen: Was, würden Sie sagen (obwohl Sie mit der weiteren Entwicklung des Falles nichts zu tun hatten), hat Ihrer Ansicht nach zum Tod von Lea-Sophie geführt? Haben Sie dazu eine Position?

Nun noch einmal zurück zur damaligen Situation: Vielleicht haben Sie ja auch noch einmal in die Krankenakte geschaut oder verfügen über eigene Erinnerungen: Was würden Sie, was die ärztliche Behandlung des Kindes Lea-Sophie betrifft, herausstellen?

Gab es irgendwelche Besonderheiten? Und wie wurde das Kind dann später entlassen?

War es damals üblich, den Eltern besondere Hinweise zur Pflege und Ernährung bei der Entlassung des Kindes mit auf den Weg zu geben? Wie war überhaupt die Nachsorge geregelt?

Ist der Klinik bei der Mutter Lea-Sophies irgendetwas aufgefallen? Gab es Hinweise, dass es eventuell einen ärztlichen Behandlungsbedarf gab?

Hatte die Klinik damals, nach der Entlassung von Lea-Sophie, noch einmal Kontakt mit der Kindesmutter oder auch mit Lea-Sophie gehabt?

Gab es damals eine vereinbarte Zusammenarbeit mit anderen Diensten (wie z.B. Hebammen, Sozialen Diensten des Jugendamtes oder anderen Stellen)? Wenn ja: Wie sah diese Zusammenarbeit aus, wie war sie geregelt?

Und nun noch etwas ausgreifend: Hat das Klinikum Schwerin, nachdem der Fall Lea-Sophie bekannt geworden war, irgendwelche Konsequenzen bei der Behandlung und Nachsorge früh geborener Kinder und deren Familien gezogen?

Wir kommen zum Ende unseres Gesprächs: Glauben Sie, dass wir alle wichtigen Dinge angesprochen haben, die im Zusammenhang mit der neonatologischen Behandlung von Lea-Sophie von Bedeutung sind? Konnten Sie mir vermitteln, was Ihnen, mit Ihrer Erfahrung, wichtig war? Oder gibt es noch etwas, was Sie ansprechen/berichten wollen? Dann wäre jetzt die Gelegenheit dafür.

Natürlich sind wir nun daran interessiert zu hören, wie Sie unser Rückblickgespräch erlebt haben und wie Sie es einschätzen.

LEITFADEN FÜR RÜCKBLICKSGESPRÄCHE MIT BETEILIGTEN EXPERTEN AUS PARTNERORGANISATIONEN DES JUGENDAMTES (HIER: AUFNEHMENDER KINDERARZT BEI STATIONÄRER EINWEISUNG VON LEA-SOPHIE KURZ VOR IHREM TOD)

Uns würde am Anfang zunächst interessieren, welche Bedeutung im Rückblick der ‚Fall Lea-Sophie‘ für Sie persönlich hat.

Wenn Sie nun mit Blick auf Ihre Erfahrungen als kinderärztlicher Fachmann im Rückblick zusammenfassen: Wie ging es Ihnen bei der ersten Begegnung mit Lea-Sophie in der Rettungssituation? War das eine ganz neue Erfahrung für Sie? Oder hatten Sie mit ähnlichen Fällen bereits zu tun?

Und nun noch einmal ätiologisch¹⁸: Worum handelte es sich Ihres Erachtens bei diesem Fall? Wie würden Sie das Geschehen, das schließlich – trotz Ihrer fachlichen Bemühungen, die ja auch gutachterlich bestätigt wurden – zum Tode des Kindes führte, symptomatisch und diagnostisch kennzeichnen? Was hat Ihrer Ansicht nach zum Tod von Lea-Sophie geführt?

Hat die Erfahrung mit dem Fall Lea-Sophie irgendwelche Veränderungen ausgelöst, in der Klinik, in der kinderärztlichen Versorgung in Schwerin oder auch bei Ihnen selbst? Hat es Ihres Erachtens Veränderungen in der Kinderschutz-Landschaft in Schwerin gegeben, wenn Sie die damalige Situation mit der Situation heute vergleichen?

Und noch einmal zurück: Sie wissen ja wahrscheinlich, dass Lea-Sophie als Frühgeburt zur Welt kam. Wie war damals, also 2002, der Umgang mit Frühgeborenen? Gab es damals besondere Hilfen bei der Entlassung der Mütter und ihrer Kinder?

Wie schätzen Sie es ein: Hat die Tatsache, dass Lea-Sophie ein Frühchen war, für ihre weitere Entwicklung und möglicherweise auch für die Ausbildung der besonderen psychosomatischen Störung eine Rolle gespielt?

Und wie beurteilen Sie die heutige Situation der Frühen Hilfen in Schwerin? Spielen unterstützende Dienste wie Kleinkindgesundheitsdienste und Familienhebammen eine Rolle?

Sind die Kinderärzte gut in das Kinderschutzsystem eingebunden oder gibt es hier noch Handlungsbedarf?

Wir kommen zum Ende unseres Gesprächs: Glauben Sie, dass wir Ihre Version der Geschichte gehört haben? Konnten Sie mir vermitteln, was Ihnen, mit Ihrer Erfahrung, wichtig war? Oder gibt es noch etwas, was Sie ansprechen/berichten wollen? Dann wäre jetzt die Gelegenheit dafür.

Natürlich sind wir nun daran interessiert zu hören, wie Sie unser Rückblickgespräch erlebt haben und wie Sie es einschätzen!

¹⁸ ursächlich, die Ursache betreffend (d. Red.)

LEITFADEN FÜR RÜCKBLICKSGESPRÄCHE MIT BETEILIGTEN POLITISCH VERANTWORTLICHEN (VORSITZENDER DES „ZEITWEILIGEN AUSSCHUSSES ZUR AUFKLÄRUNG DES TODES VON LEA-SOPHIE UND ZUR OPTIMIERUNG DES VERFAHRENS BEI KINDESWOHLGEFÄHRDUNGEN IN SCHWERIN“)

Uns würde am Anfang zunächst interessieren, welche Bedeutung im Rückblick der ‚Fall Lea-Sophie‘ für Sie persönlich hat.

Wenn Sie nun, mit Blick auf Ihre Erfahrungen im Ausschuss und als ärztlicher Fachmann, Ihre Sichtweise zusammenfassen: Was hat Ihrer Ansicht nach zum Tod von Lea-Sophie geführt?

Was waren die entscheidenden Punkte, die zum Tod des Kindes Lea-Sophie geführt haben? Warum musste Lea-Sophie sterben? Was hat der Ausschuss herausgefunden? Wie sieht Ihre eigene Ursachenanalyse aus?

Würden Sie sagen, dass es entscheidende Wendepunkte im Fallgeschehen gegeben hat oder dass sich das eher Schritt für Schritt oder sogar schleichend entwickelt hat?

Und nun noch einmal zurück: Wie ist es denn nun überhaupt zur Einsetzung des „Zeitweiligen Ausschusses“ gekommen? Welche treibenden Kräfte spielten eine Rolle?

Wie würden Sie die damaligen, u.U. unterschiedlichen Interessen kennzeichnen, die im Umgang mit dem Fall und dem Ausschuss eine Rolle spielten?

Wie wurde der Teilnehmerkreis bestimmt und wer hat schließlich am Ausschuss als Mitglied teilgenommen? Wie kam es dazu, dass Sie Vorsitzender des Ausschusses wurden?

Und nun würde uns das Untersuchungsverfahren selbst interessieren: Wie haben Sie methodisch angesetzt? Was waren die Fragestellungen? Was war die Materialbasis des Ausschusses? Wer wurde angehört? Wie wurden die Anhörungen und Unterlagen dokumentiert/erfasst und dann ausgewertet? Hatte der Ausschuss Hilfskräfte, Mittel? Gab es einen expliziten rechtlichen Rahmen? Hatte der Ausschuss bestimmte Rechte?

Wenn Sie sich nun noch einmal zeitlich zurückversetzen: Was würden Sie sagen, war im Jugendamt der Stadt Schwerin zur damaligen Zeit organisatorisch los? Wie würden Sie die damalige politische und fachliche Situation des Jugendamtes einschätzen?

- Wie würden Sie die damalige Arbeitssituation des Jugendamtes und der sozialpädagogischen Teams beurteilen?
- Wovon waren die Entscheidungen und darauf folgenden Handlungen, insbesondere im Umgang mit Kindeswohlgefährdungen, beeinflusst?
- Welche Prinzipien waren zu jener Zeit handlungsleitend?

Von den Dingen, die bei der Bearbeitung des ‚Falles Lea-Sophie‘ gut gelaufen sind, hat man ja bislang nur wenig gehört: Was ist Ihrer Meinung nach damals vielleicht auch richtig gemacht worden?

Was hätte Ihrer Meinung nach den Kolleginnen und Kollegen im Jugendamt geholfen, um dem Kind Lea-Sophie, aber auch dessen Eltern, besser helfen zu können?

Und nun noch einmal zum Ausschuss: Der Ausschuss hat Ende März 2008 einen fünfseitigen Teil I seines Berichts ‚nach teilweise kontroverser Diskussion‘ vorgelegt. Was waren die Kontroversen? Und was würden Sie als Ergebnis des Ausschusses herausstellen?

Gab es eigentlich einen Teil II, der im Laufe der nächsten sechs Monate, wie es hieß, vorgelegt werden sollte?

Schließlich: Gibt es noch die Unterlagen des Ausschusses und sind diese Unterlagen zugänglich? Sie haben angedeutet, dass Sie selbst noch über Material verfügen. Könnten wir die einsehen bzw. für unsere Untersuchung nutzen?

Wir kommen zum Ende unseres Gesprächs: Glauben Sie, dass wir Ihre Version der Geschichte gehört haben? Konnten Sie mir vermitteln, was Ihnen, mit Ihrer Erfahrung, wichtig war? Oder gibt es noch etwas, was Sie ansprechen/berichten wollen? Dann wäre jetzt die Gelegenheit dafür.

Natürlich sind wir daran interessiert zu hören, wie Sie unser Rückblickgespräch erlebt haben und wie Sie es einschätzen.

ANHANG 2

Schweigepflichtentbindung zur Einholung und Übermittlung von Informationen zur Auswertung im Rahmen des Fall-Labors

Hiermit entbinde ich, [*Name des Familienmitglieds*], Ärzte und andere Fachkräfte, die mit mir bzw. mit meinem verstorbenen Kind [*Name des Kindes*] und anderen Mitgliedern meiner Familie beruflich zu tun hatten

– insbesondere der Geburtsklinik, in der mein Kind [*Name des Kindes*] geboren ist und dann behandelt wurde, der Kindertagesstätte, die mein Kind [*Name des Kindes*] von ... bis ... betreute, das Jugendamt, das Jobcenter, die Wohnungsbaugesellschaft sowie die Gutachter, die im Rahmen der Gerichtsverhandlung gutachterlich tätig waren –

im Hinblick auf alle mich, mein Kind [*Name des Kindes*] und meine Familie betreffenden Vorgänge in den Jahren von [*Geburt des Kindes*] ... bis [*Tod des Kindes*] von ihrer ärztlichen bzw. fachspezifischen Schweigepflicht gegenüber den wissenschaftlichen Leitern des dialogisch-systemischen Fall-Labors zur Aufarbeitung des Falles, [*Namen der Personen des Untersuchungsteams*].

Ich gestatte die Übermittlung mich bzw. meine Familie betreffender Informationen zur Auswertung im Rahmen des Fall-Labors in mündlicher und/oder schriftlicher Form.

Ich kann diese Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen.

Unterschrift des Familienmitglieds, Ort und Datum

Name und Vorname des Familienmitglieds in Druckbuchstaben

ANHANG 3

Vereinbarung zum Vertrauens- und Datenschutz für Rückblickgespräche zur Unterstützung des dialogisch-systemischen Fall-Labors

Ich bin über den Anlass, die Konzeption und die Ziele des dialogisch-systemischen Fall-Labors mit einem Informationsblatt und einem Flyer gesondert aufgeklärt worden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am _____ von [*Namen der Personen des Untersuchungsteams*] geführte Rückblickgespräch zur Unterstützung des dialogisch-systemischen Fall-Labors digital aufgenommen und zu Forschungszwecken verschriftet werden darf.

Die digitale Tonaufnahme des Rückblickgesprächs und deren Verschriftlichung darf in diesem Zusammenhang auch von den im Fall-Labor mitwirkenden Fachkräften im Rahmen der Forschung zu gemeinsamen Untersuchungs-, Klärungs- und Analysezwecken verwendet werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Fall-Labors sind zur Einhaltung der gesetzlichen Datenschutz- und Verschwiegenheitsregelungen verpflichtet worden.

Ich erkläre mich ebenso damit einverstanden, dass die digitale Aufnahme und das verschriftete Rückblickgespräch bis zum Abschluss des Fall-Labors verschlossen aufgehoben werden dürfen. Kleine Ausschnitte daraus dürfen wissenschaftlich aufbereitet für Publikationszwecke im Zusammenhang mit dem Fall-Labor verwendet werden. Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden, sofern dies möglich ist. Mir wird zugesichert, dass mein vollständiger Vor- und Familienname nicht verwendet wird.

Der Widerruf dieser Einwilligung ist jederzeit möglich.

Ort, Datum, Unterschrift

Name und Vorname in Druckbuchstaben

ANHANG 4

Informationsblatt zum Verbleib

Die Durchführung des dialogisch-systemischen Fall-Labors und das damit im Zusammenhang stehende Rückblickgespräch geschehen auf Grundlage der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Die verantwortlichen Leiter des Projekts und die daran unmittelbar beteiligten Fachkräfte unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Der Datenschutz verlangt, dass wir Sie über unser Vorgehen informieren und Ihre ausdrückliche Genehmigung einholen, um das Rückblickgespräch gemeinsam mit den im Fall-Labor unmittelbar beteiligten Fachkräften auswerten zu können.

Die Datenschutzbestimmungen verlangen auch, dass wir Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass Ihnen aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Sie können Antworten auch bei einzelnen Fragen verweigern.

Das Fall-Labor dient allein wissenschaftlichen Zwecken und der Weiterentwicklung der Kinderschutzpraxis in Deutschland.

Für uns gilt:

- Wir gehen sorgfältig mit dem Erzählten um: Wir nehmen das Rückblickgespräch digital auf, weil sonst eventuell wichtige Gesprächsteile verloren gehen könnten. Die digitale Aufnahme wird abgetippt und Sie können, wenn Sie wollen, eine Abschrift des Rückblickgesprächs bekommen.
- Die digitale Aufnahme des Rückblickgesprächs und deren Verschriftlichung werden verschlossen aufbewahrt.
- Die angefertigte Abschrift (Transkription des Rückblickgesprächs) wird nicht veröffentlicht. In Veröffentlichungen gehen aber unter Umständen prägnante und wichtige Äußerungen aus dem Gespräch als Zitate ein. Die Veröffentlichung geschieht anonymisiert, Ihr Vor- und Nachname wird nicht verwendet.

Die Datenschutzbestimmungen verlangen auch, dass wir Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass auch Ihre Einwilligung freiwillig ist und jederzeit von Ihnen widerrufen und die Löschung des aufgenommenen Rückblickgesprächs verlangt werden kann.

Wir bedanken uns für Ihre Bereitschaft und Offenheit, uns Auskunft zu geben, und hoffen, dass unsere Aktivitäten zur Weiterentwicklung der Kinderschutzpraxis in Deutschland beitragen.

Ort, Datum, Unterschrift der Personen des Untersuchungsteams

Namen und Adressen der Personen des Untersuchungsteams in Druckbuchstaben

ANHANG 5

Geheimhaltungsvereinbarung auf Gegenseitigkeit im Rahmen des Forschungsprojekts „Das Schweriner Fall-Labor: eine dialogisch-systemische Aufarbeitung des Falles Lea-Sophie“

zwischen

Kronberger Kreis für
Dialogische Qualitätsentwicklung e.V.
Oberseestraße 77
13053 Berlin

– im Folgenden Projektverantwortlicher genannt

und

– im Folgenden Projektteilnehmender genannt.

Präambel

Der Projektverantwortliche und der Projektteilnehmende beabsichtigen, im Hinblick auf eine zukünftige Zusammenarbeit zur Durchführung des Forschungsprojekts „Das Schweriner Fall-Labor: eine dialogisch-systemische Aufarbeitung des Falles Lea-Sophie“ vertrauliche Gespräche zu führen. Dabei kann es erforderlich sein, dass geheimhaltungsbedürftige Informationen und Dokumente zugänglich gemacht werden. Der Projekt-

verantwortliche und der Projektteilnehmende sind sich bewusst, dass die absolut vertrauliche Behandlung dieser Informationen wesentliche Voraussetzung für die Zusammenarbeit ist.

§ 1 Geheimhaltungsbedürftige Informationen

Der Geheimhaltungspflicht im Sinne dieser Vereinbarung unterliegen folgende Informationen:

- Alle ausdrücklich und schriftlich als „vertraulich“ oder „geheim“ bezeichneten Informationen, die als solche in Gesprächen, Gutachten, internen Berichten oder Aktennotizen gekennzeichnet werden.

§ 2 Unterlagen

Der Projektverantwortliche und der Projektteilnehmende erhalten im Rahmen des Forschungsprojekts „Das Schweriner Fall-Labor: eine dialogisch-systemische Aufarbeitung des Falles Lea-Sophie“ bei den jeweiligen Modultreffen Unterlagen für interne Auswertungs- und Analysezwecke. Nach Abschluss der jeweiligen Modultreffen sind diese Unterlagen jeweils an die Projektverantwortlichen zurückzugeben. Die Unterlagen dürfen weder selbstständig kopiert noch mit nach Haus genommen werden.

§ 3 Umgang mit geheimhaltungsbedürftigen Informationen

Der Projektverantwortliche und der Projektteilnehmende verpflichten sich, die gegenseitig mitgeteilten Informationen und Unterlagen streng geheim zu halten und alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um zu verhindern, dass sie Dritten (insbesondere der Presse) zugänglich werden.

Die Pflicht zur Vertraulichkeit gilt auch gegenüber Kooperations-, Praxis- und Forschungspartnern, die in irgendeiner Form Zugang zu den geheimhaltungsbedürftigen Informationen erhalten könnten.

Die Pflicht zur Geheimhaltung gilt unabhängig davon, ob Informationen mündlich, dokumentiert, maschinenlesbar, elektronisch oder in anderer Form zugänglich gemacht wurden oder werden.

§ 4 Wegfall der Geheimhaltungspflicht

Die Verpflichtung zur Geheimhaltung der gegenseitig mitgeteilten Informationen entfällt, soweit sie

- dem informierten Vertragspartner vor der Mitteilung nachweislich bekannt waren,
- der Öffentlichkeit vor der Mitteilung bekannt oder allgemein zugänglich waren,
- der Öffentlichkeit nach der Mitteilung ohne Mitwirkung oder Verschulden des informierten Vertragspartners bekannt oder allgemein zugänglich wurden,
- aufgrund einer bindenden behördlichen oder richterlichen Anordnung oder zwingender rechtlicher Vorschriften zu offenbaren sind, vorausgesetzt, dass der andere Vertragspartner rechtzeitig vorher über die Offenbarung schriftlich informiert wurde,
- von dem überlassenden Vertragspartner zur Bekanntmachung schriftlich freigegeben worden sind.

Falls eine Vertragspartei beabsichtigt, aufgrund der zuvor genannten Ausnahmen bestimmte Informationen nicht mehr vertraulich zu behandeln, wird er dies dem anderen innerhalb angemessener Frist vorher schriftlich mitteilen und dessen Stellungnahme abwarten.

§ 5 Verstoß gegen Geheimhaltungspflicht

Der Projektverantwortliche und der Projektteilnehmende vereinbaren für den Fall eines Verstoßes gegen die Geheimhaltungspflicht die Zahlung einer Vertragsstrafe.

Diese beträgt 2.500,00 EUR und ist mit dem Nachweis des Verstoßes durch die jeweils andere Partei fällig. Durch die Vertragsstrafe sind weitere Schadenersatzansprüche, die erst später entstehen, nicht ausgeschlossen.

§ 6 Ende der Geheimhaltungspflicht

Diese Vereinbarung und die Pflicht zur Geheimhaltung sind zeitlich unbeschränkt, d.h., sie gelten auch dann, wenn das Forschungsprojekt gegenüber den Zuwendungsgebern der Stadt Schwerin, des Ministeriums für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen offiziell abgeschlossen ist.

Falls die vertraulichen Informationen gegenüber einer Behörde, die diese Offenlegung von einer oder beiden Parteien rechtmäßig fordern kann, laut Gesetz offenzulegen sind, so erfolgt dies in einer Weise, dass die Vertraulichkeit bis zum gesetzlich zulässigen Maß gewahrt wird.

§ 7 Sonstige Bestimmungen

Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform.

Sollte eine der Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder eine Lücke enthalten, so behalten die übrigen Bestimmungen ihre Gültigkeit. Anstelle der unwirksamen Bestimmung soll eine solche treten, die dem wirtschaftlichen Zweck der unwirksamen Bestimmung möglichst gerecht wird.

_____, den _____
(Ort/Datum)

Unterschrift

_____, den _____
(Ort/Datum)

Unterschrift

ANHANG 6

Verwendeter Evaluationsbogen zur Evaluation der einzelnen Forschungswerkstätten während des ‚Fall-Labors Lea-Sophie‘

Fall-Labor-Evaluationsbogen

Ihre Sicht auf das Fall-Labor ist uns wichtig und Grundlage für die Gestaltung des weiteren Untersuchungs- und Verstehensprozesses. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich etwa 15 Minuten Zeit für die Bearbeitung unseres Evaluationsbogens zu nehmen. Vielen Dank!

Vorbereitung und Organisation:

Wie schätzen Sie die organisatorische Vorbereitung des 3. Moduls ein?

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft

Inhalte und Methoden:

Wie beurteilen Sie die inhaltliche und methodische Ausgestaltung des 3. Moduls?

- sehr gut
- gut
- befriedigend
- ausreichend
- mangelhaft

Einschätzungen zur Leitung, zur Gruppe und zu mir selbst:

Die Leitung des Werkstatt-Treffens fand ich ...

NN bekommt für die fachliche Begleitung die folgende Note ...

Bewertungs-Skala: 20 = Idealnote / 19 exzellente Qualität (Höchstnote) / 18 bis 17 = sehr gute Qualität / 16 bis 15 = gute Qualität / 14 bis 13 = voll befriedigende Qualität / 12 bis 11 = befriedigende Qualität / 10 bis 9 = ausreichende Qualität / 8 und weniger = mangelhafte Qualität

Insgesamt: _____ Punkte

NN bekommt für die fachliche Begleitung die folgende Note ...

Bewertungs-Skala: 20 = Idealnote / 19 exzellente Qualität (Höchstnote) / 18 bis 17 = sehr gute Qualität / 16 bis 15 = gute Qualität / 14 bis 13 = voll befriedigende Qualität / 12 bis 11 = befriedigende Qualität / 10 bis 9 = ausreichende Qualität / 8 und weniger = mangelhafte Qualität

Insgesamt: _____ Punkte

Die Gruppe habe ich so erlebt:

Die Gruppenleistung bewerte ich mit der folgenden Note ...

Bewertungs-Skala: 20 = Idealnote / 19 exzellente Qualität (Höchstnote) / 18 bis 17 = sehr gute Qualität / 16 bis 15 = gute Qualität / 14 bis 13 = voll befriedigende Qualität / 12 bis 11 = befriedigende Qualität / 10 bis 9 = ausreichende Qualität / 8 und weniger = mangelhafte Qualität

Insgesamt: _____ Punkte

Mir selbst ging es im Seminar folgendermaßen:

Ich gebe mir für meine Beteiligung die folgende Note ...

Bewertungs-Skala: 20 = Idealnote / 19 exzellente Qualität (Höchstnote) / 18 bis 17 = sehr gute Qualität / 16 bis 15 = gute Qualität / 14 bis 13 = voll befriedigende Qualität / 12 bis 11 = befriedigende Qualität / 10 bis 9 = ausreichende Qualität / 8 und weniger = mangelhafte Qualität

Insgesamt: _____ Punkte

Gesamturteil

Am Treffen hat mir gefallen:

Meine Kritik möchte ich so formulieren:

Diese **Einsicht / diesen Denkanstoß** nehme ich aus der Werkstatt mit:

Folgende **Fragen / Probleme** sollten im weiteren Untersuchungsprozess beachtet werden:

Meine Wünsche für den weiteren Prozess ...

... an die Leitung ...

... an die Gruppe ...

... an mich selbst ...

Und nun zum Schluss: Inwieweit sind Ihre Erwartungen, die Sie mit der Teilnahme am Fall-Labor verbunden haben, insgesamt erfüllt worden?

- Voll und ganz
- Im Großen und Ganzen
- Teilweise
- Eher weniger
- Überhaupt nicht

Vielen Dank fürs Ausfüllen! Ihre Fall-Labor-Begleiter.

ANHANG 7

Übersicht des englischen Kinderschutzbundes (NSPCC) zu wichtigen Serious-Case-Reviews in Großbritannien (NCPCC 2012)

Bichard, Sir Michael (2004): The Bichard Inquiry Report. London, The Stationery Office (TSO).

Untersuchung der Kinderschutzmaßnahmen der Polizeibehörden in Humberside und Cambridge im Anschluss an die Ermordung von Holly Wells und Jessica Chapman durch Ian Huntley.

NSPCC (2011): An analysis of serious case reviews by the NSPCC.

Eine kurze Analyse von Serious Case Reviews, die in der NSPCC-Bibliothek vorhanden sind, die unter einem Jahr alte Kinder betreffen und zwischen dem 1. Januar 2008 und dem 12. September 2011 in England oder Wales publiziert wurden. Es wird vor allem die Häufigkeit häuslicher Gewalt, von Drogenmissbrauch und von psychopathologischen Problemlagen in diesen Fällen in den Blick genommen.

Sidebotham, Peter/Brandon, Marian/Bailey, Sue/Belderson, Pippa/Hawley, Carol (2011): Serious and fatal child maltreatment: setting serious case review data in context with other data on violent and maltreatment-related deaths in 2009–10 (PDF). London: Department for Education (DfE)

Die Studie vergleicht die verfügbaren Daten über schwerwiegende und tödliche Kindesmisshandlungsfälle in England. Schätzungen, die auf einer Zusammenführung von Daten aus Serious Case Reviews vom 1. April 2009 bis zum 31. März 2010 und von anderen vergleichbaren Daten beruhen, führen zu dem Ergebnis: Die Gesamtzahl der Todesfälle von Kindern, die sich auf Gewalt und Misshandlung zurückführen lassen, beläuft sich auf etwa 74 Fälle pro Jahr, wobei etwa 50–55 Fälle unmittelbar durch Gewalt, Misshandlung oder Vernachlässigung verursacht worden waren und bei weiteren 20–25 Fällen eingeschätzt wurde, dass Misshandlung ein ergänzender Ursachenfaktor war.

Ofsted (2011): Ages of concern: learning lessons from serious case reviews: a thematic report of Ofsted's evaluation of serious case reviews from 1. April 2007 to 31 March 2011.

Der Bericht untersucht Serious Case Reviews, die durch Ofsted zwischen 1. April 2007 und 31. März 2011 evaluiert wurden. Der Schwerpunkt der Untersuchung liegt auf Fällen, die Babys unter einem Jahr und Jugendliche über 14 Jahre betreffen. Es wird herausgearbeitet, welche Lehren man aus den Falluntersuchungen ziehen kann. Der Bericht enthält auch Schlussfolgerungen für die Praxis von Fachkräften und von Lokalen Kinderschutz-Ausschüssen (LSCBs) und umreißt die Lehren, die man aus den Falluntersuchungen ziehen kann, indem er dessen wesentliche Ergebnisse veranschaulicht. Der Bericht enthält auch eine ausführliche Übersicht von Serious Case Reviews vom 1. April 2010 bis zum 31. März 2011, die von Ofsted evaluiert worden waren.

Brandon, Marian/Sidebotham, Peter/Bailey, Sue/Belderson, Pippa (2011): A study of recommendations arising from serious case reviews 2009–2010. Department for Education.

Eine kritische Inhaltsanalyse, wie viele Empfehlungen und mit welchen thematischen Schwerpunkten in 33 Serious Case Reviews herausgearbeitet worden waren und inwieweit die Empfehlungen die Themenschwerpunkte im Fall reflektierten. Der Bericht kritisiert die Nutzung der SMART-Methode (specific, measurable, achievable, relevant and timely) bei der Herausarbeitung von Empfehlungen.

Brandon, Marian/Sidebotham, Peter/Ellis, C./Bailey, Sue/Belderson, Pippa (2011): Child and family practitioners' understanding of child development: lessons learnt from a small sample of serious case reviews. London: Department for Education.

Es handelt sich um eine Intensivstudie von sechs gezielt ausgewählten Serious Case Reviews. Sie untersucht, inwieweit der Umfang des Wissens über die Entwicklung von Kindern, über das Fachkräfte – und insbesondere Sozialarbeiter – verfügten, das Fallgeschehen und dessen Ergebnisse beeinflusst haben könnte.

Ofsted (2011): The voice of the child: learning lessons from serious case reviews.

Eine Analyse von 67 Serious Case Reviews im Zeitraum vom 1. April bis zum 30. September 2010, die von Ofsted evaluiert worden waren. Sie unterstreicht die Wichtigkeit, der Stimme des Kindes zuzuhören, zu hören, was Kinder zu sagen haben.

Ofsted (2010): Learning lessons from serious case reviews 2009–2010.

Eine Analyse der Evaluationen von Serious Case Reviews, die von Ofsted zwischen April 2009 und März 2010 abgeschlossen worden waren.

Brandon, Marian/Bailey, Sue/Belderson, Pippa (2010): Building on the learning from serious case reviews: a two-year analysis of child protection database notifications 2007–2009. London: Department for Education (DFE).

Es handelt sich um die alle zwei Jahre vorgenommene Analyse von 268 Serious Case Reviews, die sich auf Fälle beziehen, die sich zwischen April 2007 und März 2009 ereignet hatten.

Ofsted (2009): Learning lessons from serious case reviews: year 2 (2008–2009). Manchester: Ofsted.

Eine Evaluation von Ofsted von 173 Serious Case Reviews zwischen April 2008 und März 2009.

Vincent, Sharon (2009): Child death and serious case review processes in the UK. CLiCP Briefing 5. Edinburgh: University of Edinburgh/NSPCC Centre for UK-wide Learning in Child Protection.

Die Studie gibt einen Überblick, vergleicht und kontrastiert Serious-Case-Review-Verfahren, die es seit 1989 in England und Wales, seit 2003 in Nordirland und seit 2007 in Schottland gibt.

Care and Social Services Inspectorate Wales (CSSIW) (2009): Improving practice to protect children in Wales: an examination of the role of serious case reviews. Cardiff: Care and Social Services Inspectorate Wales (CSSIW).

Untersuchung der Rahmenbestimmungen zur Durchführung von Serious Case Reviews und zum Beitrag, den Serious Case Reviews zur Verbesserung der Kinderschutzpraxis in Wales leisten. Es werden Verfahren und Prozesse der Falluntersuchungen erörtert und überblicksmäßig die Regelungen in den übrigen Landesteilen des Vereinigten Königreiches dargestellt sowie Empfehlungen zur zukünftigen Serious-Case-Review-Praxis in Wales gemacht.

Lazenbatt, Anne/Devaney, John/Bunting, Lisa (2009): An evaluation of the case management review process in Northern Ireland: including a scoping exercise of adverse incident reporting and alternative investigative systems. London: NSPCC (and Queens University Belfast).

Die Evaluation identifiziert die Stärken und Schwächen von Case-Management-Review-Prozessen (CMR) und macht Vorschläge für Verbesserungen. Der Bericht enthält auch eine Literaturübersicht zu national und international angewandten Untersuchungssystemen problematischer Fallverläufe und erörtert deren Vor- und Nachteile.

Laming, Lord (2003): The Victoria Climbié inquiry. Norwich: The Stationery Office (TSO).

Eine Untersuchung des Todes von Victoria Climbié, die im Alter von 8 Jahren aufgrund von Misshandlungen ihrer Tante und deren Freund starb. Der Bericht wirft aber auch einen Blick auf Schwachstellen und Fehler im gesamten Kinderschutzsystem.

Laming, Lord (2009): The protection of children in England: a progress report. London: The Stationery Office (TSO).

Es handelt sich um den Untersuchungsbericht nach dem Tod von Peter Connely. 12 der insgesamt 58 Empfehlungen betreffen Serious Case Reports (nämlich die Empfehlungen 2 und von 39–49). Sie beziehen sich vor allem auf die folgenden Problemlagen: Wie kann man sicherstellen, dass die Serious Case Reviews den Schwerpunkt darauf legen,

herauszuarbeiten, welche Lehren man aus den Falluntersuchungen ziehen kann, um die Arbeit intra- und interorganisational zu verbessern? / Wie kann die Evaluation der Berichte mehr auf Lernen und die Erarbeitung von Empfehlungen ausgerichtet werden? / Wie kann man sicherstellen, dass Untersuchungskommissionsvorsitzende und die Autoren der zusammenfassenden Fallberichte unabhängig und qualifiziert sind? / Wie kann man die Ergebnisse der Untersuchungsberichte mit den fallbeteiligten Einrichtungen austauschen und erörtern?

Ofsted (2008a): Safeguarding children 2008: the third joint chief inspectors' report on arrangements to safeguard children. London: Ofsted.

Das 4. Kapitel behandelt Serious Case Reviews und Fallberichte und stellt heraus, dass es erhebliche Unterschiede unter den Lokalen Kinderschutz-Ausschüssen (LSCBs) gibt, was die Anzahl der von ihnen durchgeführten Serious Case Reviews betrifft. Ofsteds Überblicksstudie von 118 LSCBs zeigt, dass etwa ein Viertel von ihnen überhaupt niemals eine Serious Case Review durchgeführt hatte, während 5% von ihnen fünf oder mehr Untersuchungen problematischer Kinderschutzfälle unternommen hatten.

Ofsted (2008b): Learning lessons, taking action: Ofsted's evaluations of serious case reviews 1. April 2007 to 31. March 2008. London: Ofsted.

Es handelt sich um eine Analyse der Evaluationen von 50 Serious Case Reviews, die Ofsted im Zeitraum von April 2007 bis März 2008 durchgeführt hatte.

Brandon, Marian et al. (2009): Understanding serious case reviews and their impact: a biennial analysis of serious case reviews 2005–07. London: Department for Children, Schools and Families (DCSF).

Es handelt sich bei dem Bericht um die alle zwei Jahre vorgenommene Untersuchung der durchgeführten SCRs. In diesem Fall lagen 189 Serious Case Reviews der Untersuchung zugrunde, die sich auf Vorfälle bezogen, die sich zwischen April 2005 und März 2007 ereignet hatten. Der Bericht enthält eine Intensivuntersuchung von 40 dieser Serious Case Reviews.

Brandon, Marian et al. (2005): Analysing child deaths and serious injury through abuse and neglect: what can we learn? A biennial analysis of serious case reviews 2003–2005. London: Department for Children, Schools and Families (DCSF), 2008.

Die Autoren untersuchten 161 Serious Case Reviews, die sich auf Vorfälle beziehen, zu denen es zwischen April 2003 und März 2005 gekommen war.

Rose, Wendy/Barnes, Julie (2003): Improving safeguarding practice: study of serious case reviews 2001–2003. Nottingham: Department for Children, Schools and Families (DCSF).

Eine Zweijahresanalyse von 40 Serious Case Reviews, die sich auf Vorfälle zwischen April 2001 und März 2003 beziehen.

Sinclair, Ruth/Bullock, Roger (2002): Learning from past experience: a review of serious case reviews. London: Department of Health (DoH).

Eine Zweijahresanalyse von 40 Serious Case Reviews, die sich auf Vorfälle zwischen April 1998 und März 2001 beziehen.

7

LITERATUR

A

Alberth, Lars/Bode, Ingo/Bühler-Niederberger, Doris (2010): Kontingenzprobleme sozialer Interventionen. Kindeswohlgefährdung und der organisierte Eingriff in den privaten Raum. In: Berliner Journal für Soziologie, Heft 4/2010. S. 475–497.

Andresen, Sabine/Diehm, Isabell (Hg.) (2006): Kinder, Kindheiten, Konstruktionen. Erziehungswissenschaftliche Perspektiven und sozialpädagogische Verortungen. Wiesbaden.

Andresen, Sabine/Hurrelmann, Klaus (2010): Kindheit. Weinheim und Basel.

Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.) (1976): Kommunikative Sozialforschung. Alltagswissen und Alltagshandeln, Gemeindemachtforschung, Polizei, politische Erwachsenenbildung. München.

Argyris, Chris/Schön, Donald A. (2006): Die Lernende Organisation. Grundlagen, Methoden, Praxis. 3. Aufl. Stuttgart.

Ariès, Philippe (1975): Geschichte der Kindheit, mit einem Vorwort von Hartmut von Hentig. München.

Axford, Nick/Bullock, Roger (2005): Child Death and Significant Case Reviews. International Approaches. Dartington Social Research Unit. Edinburgh.

B

Baader, Meike Sophia (1996): Die romantische Idee des Kindes und der Kindheit. Auf der Suche nach der verlorenen Unschuld. Neuwied/Kriftel.

Baecker, Dirk (1999): Organisation als System. Frankfurt a.M.

Bast, Heinrich/Bernecker, Angela/Kastien, Ingrid/Schmitt, Gerd/Wolff, Reinhart (Arbeitsgruppe Kinderschutz) (1975): Gewalt gegen Kinder. Kindesmisshandlungen und ihre Ursachen. Reinbek bei Hamburg.

Berger, Peter L./Luckmann, Thomas (1980) | (2010): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. 23. Aufl. Frankfurt a.M.

Bergold, Jarg/Thomas, Stefan (2012): Partizipative Forschungsmethoden: Ein methodischer Ansatz in Bewegung. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 13(1), Art. 30, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1201302>.

Bernecker, Angela (1975): Entwicklung und Probleme des Kinderschutzes in der BRD. Unveröffentl. Diplomarbeit. Institut f. Soziologie. Freie Universität Berlin.

Bernecker, Angela/Merten, Wolfgang/Wolff, Reinhart (Hg.) (1982): Ohnmächtige Gewalt. Kindesmisshandlung: Folgen der Gewalt – Erfahrungen und Hilfen. Reinbek bei Hamburg.

Bernfeld, Siegfried (1929) | (1974): Der soziale Ort und seine Bedeutung für Neurose, Verwahrlosung und Pädagogik. In: ders.: Antiautoritäre Erziehung und Psychoanalyse. Band 2. Hrsg. von Lutz von Werder und Reinhart Wolff. Frankfurt a.M., Berlin, Wien. S. 209–224.

Biesel, Kay (2011): Wenn Jugendämter scheitern. Zum Umgang mit Fehlern im Kinderschutz. Gesellschaft der Unterschiede. Bd. 4. Bielefeld.

Biesel, Kay/Wolff, Reinhart (i.V.): Kinderschutzfehler verstehen und lernen: eine dialogisch-systemische Rekonstruktion des Falles Lea-Sophie.

Bion, Wilfred R. (1997): Lernen durch Erfahrung. Frankfurt a.M.

- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** (Hg.) (2008): Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen. Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse. Berlin.
- Böwer, Michael** (2008): Das achtsame Jugendamt. Ansatzpunkte und Rezeption des Achtsamkeitskonzepts im Kindeswohlschutzdiskurs. In: *Neue Praxis*. Nr. 4/2008. S. 349–370.
- Böwer, Michael** (2012): Kindeswohlschutz organisieren. Jugendämter auf dem Weg zu zuverlässigen Organisationen. Weinheim u. Basel.
- Bohm, David** (1998): Der Dialog. Das offene Gespräch am Ende der Diskussion. Stuttgart.
- Bohnsack, Ralf** (2010): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 8. Aufl. Opladen, Farmington Hills.
- Boltanski, Luc/Chiapello, Eve** (2006): Der neue Geist des Kapitalismus. Konstanz.
- Bonfadelli, Heinz** (2002): Medieninhaltsforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Konstanz.
- Bostock, Lisa/Bairstow, Sue/Fish, Sheila/Macleod, Fiona** (2005): Managing risk and minimising mistakes in services to children and families. London: SCIE (SCIE Report 6).
- Brandon, Marian/Belderson, Pippa/Warren, Catherine/Howe, David/Gardner, Ruth/Dodsworth, Jane/Black, Jane** (2008): Analyzing child deaths and serious injury through abuse and neglect: what can we learn? A biennial analysis of serious case reviews 2003–2005. London: Department for Children, Schools and Families (Research Report DCSF-RR023).
- Brandon, Marian/Bailey, Sue/Belderson, Pippa** (2009): Building on the learning from serious case reviews: A two-year analysis of child protection database notifications 2007–2009. London: Department for Children, schools and families (DCSF-RR129).
- Brandon, Marian/Sidebotham, Peter/Bailey, Sue/Belderson, Pippa** (2011): A study of recommendations arising from serious case reviews 2009–2010: London: Department for Education (Research Report DFE-RR157).
- Bremische Bürgerschaft** (2007): Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienste. Bremen.
- Bronfenbrenner, Urie** (1989): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente. Frankfurt a.M.
- Bühler-Niederberger, Doris/Sünker, Heinz** (2006): Der Blick auf das Kind. Sozialisationsforschung, Kindheitssoziologie und die Frage nach der gesellschaftlich-generationalen Ordnung. In: Andresen, S./Diehm, I. (Hg.): *Kinder, Kindheiten, Konstruktionen. Erziehungswissenschaftliche Perspektiven und sozialpädagogische Verortungen*. Wiesbaden. S. 25–52.
- Butler-Sloss, Elizabeth** (1988): Inquiry into child abuse in Cleveland 1987. Cm 412. London: Her Majesty's Stationery Office.

C

Caffey, John (1946): Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. In: *American Journal of Roentgenology*. 56(2): S. 163–173.

Chaskin, Robert J./Rosenfeld, Jona (2008): *Research for Action. Cross-National Perspectives on Connecting Knowledge, Policy, and Practice for Children*. New York.

Committee of Inquiry into the Care and Supervision Provided in Relation to Maria Colwell (1974): Report of the Committee of Inquiry into the care and supervision provided by local authorities and other agencies in relation to Maria Colwell and the co-ordination between them (Chairman: T. G. Field-Fisher). London: Her Majesty's Stationery Office.

Costin, Lela B./Karger, Howard Jacob/Stoesz, David (1996): *The Politics of Child Abuse in America*. New York, Oxford.

D

Deegener, Günther/Körner, Wilhelm (2011): Risiko- und Schutzfaktoren – Grundlagen und Gegenstand psychologischer, medizinischer und sozialpädagogischer Diagnostik im Kinderschutz. In: Körner, Wilhelm/Deegener, Günther (Hg.): *Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis*. Lengerich. S. 201–250.

DeMause, Lloyd (1979): *Hört ihr die Kinder weinen? Eine psychogenetische Geschichte der Kindheit*. Frankfurt a.M.

Department of Health (2004): *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. Executive Summary*. London: Department of Health.

DIJuF – Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (2013): Gutachten des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) e.V. vom 30. März 2012. Erstellt im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen zu Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Analyse problematischer Kinderschutzfälle. Heidelberg.

F

Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg – Start gGmbH (2008): Fälle gravierender Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung mit Todesfolge und schwerster Körperverletzung im Land Brandenburg. Eine Untersuchung anhand von Staatsanwaltschaftsakten (2000–2005). Oranienburg.

Fegert, Jörg M./Ziegenhain, Ute/Fangerau, Heiner (2010): *Problematische Kinderschutzverläufe. Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes*. Weinheim, München.

Fish, Sheila/Munro, Eileen/Bairstow, Sue (2008): *Learning together to safeguard children: developing a multi-agency systems approach for case reviews*. London: SCIE (Children and Families' Services Report 19).

Fish, Sheila/Munro, Eileen/Bairstow, Sue (2009): *Learning together to safeguard children: developing a multi-agency systems approach for case reviews*. London: SCIE (SCIE GUIDE 24).

Fish, Sheila (2011): *Reflections from the SCIE Learning Together London pilots – an interim Report*. London: SCIE (SCIE Report 49).

Flick, Uwe (Hg.) (2006): *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte. Methoden. Umsetzungen*. Reinbek bei Hamburg.

- Flick, Uwe** (2007): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollständ. überarb. u. erw. Neuausg.* Reinbek bei Hamburg.
- Foerster, Heinz v.** (1993a): *KybernEthik.* Berlin.
- Foerster, Heinz v.** (1993b): *Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke.* Frankfurt a.M.
- Foerster, Heinz v.** (1999): *Sicht und Einsicht. Versuche einer operativen Erkenntnistheorie.* Heidelberg.
- Fortwengel, Gerhard** (2002): *Kinderkrankheit und Kindertod in Deutschland. Eine Dokumentation für den Zeitraum 1960–1991.* Marburg/L.
- Franck, Georg** (2007): *Ökonomie der Aufmerksamkeit. Ein Entwurf. Ungekürzte Ausg.* München
- Froschauer, Ulrike** (2002): *Artefaktanalyse.* In: Kühl, Stefan/Strodtholz, Petra (Hg.): *Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch.* Reinbek bei Hamburg. S. 361–395.
- Funcke, Dorett/Hildenbrand, Bruno** (2009): *Unkonventionelle Familien in Beratung und Therapie.* Heidelberg.
- G**
- Gerber, Christine** (2011): *Kinderschutz – von der Checkliste zur persönlichen Fall- und Prozessverantwortung.* In: Körner, Wilhelm/Deegener, Günther (Hg.): *Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis.* Lengerich. S. 294–327.
- Gil, David** (1970): *Violence against Children.* Cambridge, Mass.
- Gil, David** (Ed.) (1979): *Child Abuse and Violence.* New York.
- Gilbert, Neil/Parton, Nigel/Skivenes, Marit** (eds.) (2011): *Child Protection Systems. International Trends and Orientations.* New York.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm** (1998): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung.* Göttingen.
- Goethe, Johann Wolfgang v.** (1962): *Dichtung und Wahrheit. 1. Teil.* München: Deutscher Taschenbuchverlag (dtv-Gesamtausgabe, Bd. 22).
- Goldstein, Joseph/Solnit, Albert J./Goldstein, Sonja/Freud, Anna** (1996): *The Best Interests of the Child. The Least Detrimental Alternative.* Neuausgabe. New York.
- Groopman, Jerome** (2008): *How Doctors Think.* Boston, New York.
- H**
- Haringey Local Safeguarding Children Board** (2010): *Serious Case Review ‚Child A‘.* March 2009. London: Department for Education.
- Helfer, Ray E./Kempe, C. Henry** (eds.) (1968): *The Battered Child.* Chicago, London.
- Helfferich, Cornelia** (2005): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews.* 2. Aufl. Wiesbaden.
- Hengst, Heinz/Zeiher, Helga** (Hg.) (2005): *Kindheit soziologisch.* Wiesbaden.
- Henrich, Birte** (2009): *Lernen durch Verlernen: Neues Sehen als Chance für Veränderungen in Organisationen: Eine empirische Studie zur Qualitätsentwicklung.* Hamburg.
- Hentig, Hartmut v.** (1997): *Vorwort.* In: Ariès, Philippe: *Geschichte der Kindheit.* München: Hanser. S. 7–44.
- Hildenbrand, Bruno** (2005): *Fallrekonstruktive Familienforschung. Anleitungen für die Praxis. Qualitative Sozialforschung.* Bd. 6. 2. Aufl. Wiesbaden.

Hildenbrand, Bruno (2007): Einführung in die Genogrammarbeit. 2. Aufl. Heidelberg.

Hildenbrand, Bruno (2011): Wandel in Ereignissen – Die Vermittlung von Struktur und Handeln in der Analyse von Prozessen sozialen Wandels. In: Sonderforschungsbereich 580. Regionen, Akteure, Ereignisse. Die Entwicklung der Erziehungshilfen nach der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes 1990/1991. Heft. 23, 2., überarb. Aufl. Jena. S. 6–43.

Hill, Malcolm (1990): The Manifest and Latent Lessons of Child Abuse Inquiries. In: Brit. Journal of Social Work, vol. 20, S. 197–213.

HM Government (2010): Working Together to Safeguard Children. A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children. London.

Hofinger, Gesine (2007): Fehler und Fallen beim Entscheiden in kritischen Situationen. In: Strohschneider, Stefan (Hg.): Entscheiden in kritischen Situationen. 2. Aufl. Schriftenreihe der Plattform Menschen in komplexen Arbeitswelten e.V. Frankfurt a.M. S. 115–136.

Honig, Michael-Sebastian (1986): Verhäuslichte Gewalt. Eine Explorativstudie über Gewalthandeln von Familien. Frankfurt a.M.

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

Hoppensack, Christoph (2008): Kevins Tod – Ein Fallbeispiel für missratene Kindeswohlsicherung. In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hg.): Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung. München, Basel. S. 129–149.

Hornstein, Walter/Thole, Werner (2008): Kindheit. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. 6., überarbeitete u. aktualisierte Auflage. Weinheim u. München. S. 539–542.

I

Igraham, F./Matson, D. (1944): Subdural hematoma in infancy. In: Pediatrics, 24: S. 1–37.

Isaacs, William (2002): Dialog als Kunst gemeinsam zu denken. Die neue Kommunikationskultur in Organisationen. Bergisch Gladbach.

K

Kempe, Henry C./Silverman, Frederic N./Steele, Brandt/Drogenmueller, William/Silver, Henry K. (1962): The battered child syndrome. In: Journal of the American Medical Association. 181: S. 17–24.

Kinderschutz-Zentrum Berlin (2009): Kindeswohlgefährdung erkennen und helfen. 10., überarb. u. erw. Aufl. Berlin.

Kindler, Heinz (2011): Denkfehler und andere Praxisirrtümer im Kinderschutz: eine persönlich gefärbte Übersicht. In: Körner, Wilhelm/Deegener, Günther (Hg.): Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Lengerich. S. 174–200.

Klatetzki, Thomas (Hg.) (2010b): Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven. Wiesbaden.

Koers, Arnd J. (1975): Kindesmißhandlung und Kinderschutz in den Niederlanden. In: Bast, H. et al. (Hg.): Gewalt gegen Kinder. Kindesmißhandlungen und ihre Ursachen. Hamburg. S. 298–313.

Kronseder, Daniel Rainer (2010): Die Strafbarkeit von Mitarbeitern des Jugendamtes bei häuslicher Kindeswohlbeeinträchtigung. Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum-Verlag. Reihe: Rechtswissenschaften. Marburg.

L

Laming, Lord (2003): *The Victoria Climbié inquiry*. Norwich.

Laming, Lord (2009): *The protection of children in England: a progress report*. London.

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

Lewin, Kurt (1968): *Die Lösung sozialer Konflikte. Ausgewählte Abhandlungen über Gruppendynamik*. 3. Aufl. Bad Nauheim.

Liebel, Manfred (2013): *Kinder und Gerechtigkeit. Über Kinderrechte neu nachdenken*. Weinheim u. Basel.

Lonne, Bob/Parton, Nigel/Thomson, Jane/Harries, Maria (2009): *Reforming Child Protection*. London and New York.

Luhmann, Niklas (1991) | (2003): *Soziologie des Risikos*. Berlin, New York.

Luhmann, Niklas (2006): *Organisation und Entscheidung*. 2. Aufl. Wiesbaden.

M

Marneffe, Catherine (1994): *Moderner Kinderschutz. Jenseits von Strafverfolgung und Skandal. Das Brüsseler Zentrum »Kind in Not«*. In: Rutschky, Katharina/Wolff, Reinhart (Hg.): *Handbuch sexueller Missbrauch*. Hamburg. S. 279–290.

Merchel, Joachim (2007a): *Jugendamt und Organisationskultur: Gegen eine Vernachlässigung des Organisationskulturellen in der öffentlichen Jugendhilfe*. In: *Das Jugendamt*. Band 7. Nr. 11/2007. S. 509–515.

Merchel, Joachim (2007b): *Mängel des Kinderschutzes in der Jugendhilfe. Zwischen individuellem Fehlverhalten und Organisationsversagen*. In: *Sozialmagazin*. Nr. 2/2007. S. 11–18.

Merchel, Joachim (2008): *Kinderschutz: Anforderungen an die Organisationsgestaltung im Jugendamt*. In: *Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hg.): Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung*. München, Basel. S. 89–128.

Mörsberger, Thomas/Restemeier, Jürgen (1997): *Helfen mit Risiko: Zur Pflichtenstellung des Jugendamtes bei Kindesvernachlässigung. Dokumentation eines Strafverfahrens gegen eine Sozialarbeiterin in Osnabrück*. Neuwied, Kriftel, Berlin.

Munro, Eileen (1996): *Avoidable and Unavoidable Mistakes in Child Protection Work*. In: *British Journal of Social Work*, vol. 26, S. 793–808.

Munro, Eileen (2005): *A systems approach to investigating child abuse deaths*. In: *British Journal of Social Work*, vol. 35 XXXV. S. 531–546.

Munro, Eileen (2009a): *Effective Child Protection*. London.

Munro, Eileen (2009b): *Ein systemischer Ansatz zur Untersuchung von Todesfällen aufgrund von Kindeswohlgefährdung*. In: *Das Jugendamt*. Nr. 3/2009. S. 106–114.

Munro, Eileen (2010): *The Munro Review of Child Protection. Part One: A Systems Analysis*. London: Department for Education (DFE-00548-2010).

Munro, Eileen (2011a): *The Munro Review of Child Protection. Interim Report: The Child's Journey*. London: Department for Education.

Munro, Eileen (2011b): *The Munro Review of Child Protection. Final Report. A child centred system*. Department for Education. London.

N

NSPCC (2012): Research reports on serious case reviews (December 2011). (www.nspcc.org.uk/Inform/research/reading_lists/serious_case_reviews_2011_wda81909.html#1; Zugriff am 25.3.2012)

NZFH – Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2010a): Forschung und Praxisentwicklung früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, hrsg. von Ilona Renner und Alexandra Sann. Köln.

NZFH – Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2010b): Lernen aus Fehlern – Nationale und Internationale Erfahrungen im Kinderschutz. Workshopergebnisse des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. München.

O

Office for Standards in Education, Children's Services and Skills (Ofsted) (2008): Learning lessons, taking action: Ofsted's evaluation of serious case reviews 1 April 2007 to 31 March 2008. London.

Office for Standards in Education, Children's Services and Skills (Ofsted) (2011): The voice of the child: learning lessons from serious case reviews. A thematic report of Ofsted's evaluation of serious case reviews from 1 April to 30 September 2010. London: Ofsted (www.ofsted.gov.uk/publications/100224)

P

Parker, Roy (1995): A Brief History of Child Protection. In: Farmer, E./Owen, M.: Child Protection Practice: Private Risks and Public Remedies. London: HMSO, S. 3–18.

Parton, Nigel (2006): Safeguarding Childhood: Early Intervention and Surveillance in a Late Modern State. Basingstoke, Hemel, Hempstead.

Parton, Nigel (2010): Child Protection and Safeguarding in England: Changing and Competing Conceptions of Risk and their Implications for Social Work. In: Brit. Journ. of Social Work (2010). S. 1–22.

Pelton, Leroy H. (Ed) (1981): The Social Context of Child Abuse. New York.

Perrow, Charles (1992): Normale Katastrophen. Die unvermeidbaren Risiken der Großtechniken. 2. Aufl. Frankfurt a.M., New York.

Pfeifle, Bruno (2001): Fünf Jahre danach: Der Fall „Jenny“ und die praktischen Konsequenzen für das Jugendamt Stuttgart. In: Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik (2011): Kinderschutz. Dokumentation der fachlichen Weiterentwicklung im Spiegel der AGFJ-Tagungen von 1997–2011. Sonderdokumentation. Berlin. S. 210–217.

R

Rasmussen, Jens (1983): Skills, rules, knowledge: signals, signs and symbols and other distinctions in human performance models. In: IEEE Transactions: Systems, Man & Cybernetics. SMC-13. S. 257–267.

Reason, James (1990): Human error. New York.

Reason, James (1997): Managing the risks of organizational accidents. Adlershot.

Renn, Ortwin/Schweizer, Pia J./Dreyer, Marion/Klinke, Andreas (2007): Risiko. Über den gesellschaftlichen Umgang mit Unsicherheit. München.

Richmond, Mary Ellen (1903): Friendly Visiting Among the Poor. Handbook for Charity Workers. London.

Richmond, Mary Ellen (1917): Social Diagnosis. New York.

- Riemann, Gerhard** (2006): Forschungswerkstatt.
In: Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser, Michael (Hg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. 2. Aufl. Opladen, Farmington Hills. S. 68–69.
- Robson, Colin** (2011): Real World Research. Chichester.
- Rosanvallon, Pierre** (2010): Demokratische Legitimität. Unparteilichkeit, Reflexivität, Nähe. Hamburg.
- S**
- Salomon, Alice** (1927): Soziale Diagnose. Berlin.
- Schein, Edgar H.** (2003): Organisationskultur. The Ed Schein Corporate Culture Survival Guide. Bergisch Gladbach.
- Schmidt, Nora** (2012): Die Schwerpunktthemen 2012 im Deutschen Verein. In: NDV. Jan. 2012, S. 1–3.
- Schone, Reinhold** (2008): Kontrolle als Element von Fachlichkeit in den sozialpädagogischen Diensten der Kinder- und Jugendhilfe. Expertise im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (Hg.), Berlin.
- SCIE** (2010): Piloting the SCE ‚systems‘ model for case reviews: Learning from the North West of England. London (At a glance 34).
- Senge, Peter M.** (1996): Die Fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation. Stuttgart.
- Shaw, Robert** (2011): The Maria Colwell Report: Chaired by T.G. Field-Fisher. Digest by Robert Shaw. Abrufbar: www.childrenwebmag.com/articles/key-child-care-texts/the-maria-colwell-reportchaired-by-tg-field-fisher.
- Showalter, Elaine** (1997): Hystorien. Hysterische Epidemien im Zeitalter der Medien. Berlin.
- Sidebotham, Peter/Brandon, Marian/Powell, Cathrine/Solebo, Colette/Koiston, Janice/Ellis, Catherine** (2010): Learning from serious case reviews. Report of a research study on the methods of learning lessons nationally from serious case reviews. London: Department for Education (Research Report DFE-RR037).
- Silverman, Frederic N.** (1953): The Roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. In: American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine. 69: S. 413–427.
- Simon, Fritz B.** (2007): Einführung in die systemtheoretische Organisationstheorie. Heidelberg.
- Smith, A.** (1944): The beaten child. In: Hygeia, 22: S. 386–388.
- Stadtverband Saarbrücken** (Hg.) (2004): Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung. Saarbrücker Memorandum. Abschlussbericht. Saarbrücken.
- Strauss, Anselm/Corbin, Juliet** (1996): Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim.
- Strübing, Jörg** (2004): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. Wiesbaden.
- Suchman, Lucy A.** (1994): Plans and Situated Actions. The problem of human machine communication. 4. Aufl. New York.
- Swift, Karen J./Callahan, Marilyn** (2009): At Risk. Social Justice in Child Welfare and Other Human Services. Toronto: University of Toronto Press.

T

Thiel-Bonney, Consolata/von Hofacker, Nikolaus

(2012): Fütterstörungen in der frühen Kindheit. In: Cierpka, Manfred (Hg.) (2012): Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Berlin, Heidelberg. S. 219–248.

V

Vincent, Sharon (2009): Child Death and Serious Case

Review Processes in the UK. CLiCP Briefing 5. Edinburgh: University of Edinburgh/NSPCC Centre for UK-wide Learning in Child Protection.

Vogd, Werner (2009): Rekonstruktive Organisations-

forschung. Qualitative Methodologie und theoretische Integration – eine Einführung. Opladen, Farmington Hills.

W

Waldfoegel, Jane (1998): The Future of Child Protection:

How to Break the Cycle of Abuse and Neglect. Cambridge, MA.

Weick, Karl E. (1995a): Sensemaking in Organizations.

Thousands Oaks. London, New Delhi

Weick, Karl E. (1995b): Der Prozeß des Organisierens.

Frankfurt a.M.

Weick, Karl E./Sutcliffe, Kathleen M. (2010): Das

Unerwartete managen. Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen. 2., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart.

Welter-Enderlin, Rosemarie/Hildenbrand, Bruno

(1996): Systemische Therapie als Begegnung. Stuttgart.

Welter-Enderlin, Rosemarie (2006): Wie aus

Familiengeschichten Zukunft entsteht. Aktual., überarb. u. erw. Aufl. Heidelberg.

Willke, Helmut (2011): Einführung in das systemische

Wissensmanagement. 3., überarb. u. erw. Aufl. Heidelberg.

Wolff, Reinhart (1978): Gewalt in der Familie – Gewalt

gegen Kinder. In: Wege zum Menschen 30 (2/3). S. 111–114.

Wolff, Reinhart (1982): Präventiver Kinderschutz – Das

erste Lebensjahr. Eltern und Kinder in städtischen Lebensumständen: Notlage Hilfen. In: Bernecker, Angela/Merten, Wolfgang/Wolff, Reinhart (Hg.): Ohnmächtige Gewalt. Kindesmisshandlung: Folgen der Gewalt – Erfahrungen und Hilfen. Reinbek bei Hamburg. S. 215–232.

Wolff, Reinhart (1997): Kinderschutz auf dem

Prüfstand. Überlegungen zur Notwendigkeit von Qualitätssicherung. Sternschnuppe 5. Mainz.

Wolff, Reinhart (2007): Demokratische Kinderschutz-

arbeit – zwischen Risiko und Gefahr. In: Forum Erziehungshilfen. Nr. 3/2007. S. 132–139.

Wolff, Reinhart (2010a): Von der Konfrontation

zum Dialog. Kindesmisshandlung – Kinderschutz – Qualitätsentwicklung. Hrsg. v. Georg Kohaupt. Köln.

Wolff, Reinhart (2010b): Kinderschutz heißt Brücken

bauen – Über die Chancen dialogisch-demokratischer Kindeswohlförderung. In: derselbe: Von der Konfrontation zum Dialog. Kindesmisshandlung – Kinderschutz – Qualitätsentwicklung. Köln. S. 373–384.

Wolff, Reinhart (2013): Kinderschutz. In: Kreft,

D./Milienz, I. (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. 7., vollständig überarbeitete u. aktualisierte Auflage. Weinheim u. Basel. S. 531–534.

Wolff, Reinhart/Flick, Uwe/Ackermann, Timo/Biesel, Kay/Brandhorst, Felix/Heinitz, Stefan/Patschke, Mareike/Röhnsch, Gundula (i.V.): Abschlussbericht zum Forschungs- und Qualitätsentwicklungsprojekt. Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz.

Woods, David D./Dekker, Sidney/Cook, Richard/Johanessen, Leila/Sarter, Nadine (1994): Behind Human Error. Cognitive Systems, Computers and Hindsight. Dayton, Ohio.

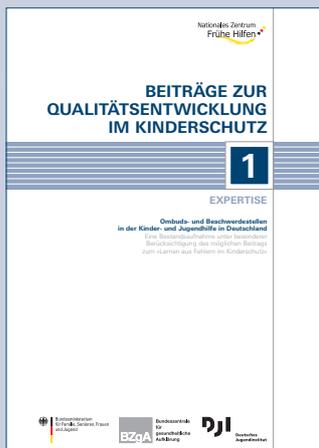
Woods, David D./Dekker, Sidney/Cook, Richard/Johanessen, Leila/Sarter, Nadine (2010): Behind Human Error. Second Edition. Farnham & Burlington.

Z

Zeitweiliger Ausschuss zur Aufklärung des Todes von Lea-Sophie und zur Optimierung des Verfahrens bei Kindeswohlgefährdungen in Schwerin (2008): Bericht des Zeitweiligen Ausschusses zur Aufklärung des Todes von Lea-Sophie und zur Optimierung des Verfahrens bei Kindeswohlgefährdungen. Teil 1. Schwerin.

Zinnecker, Jürgen (1990): Vom Straßenkind zum verhäuslichten Kind. Kindheitsgeschichte im Prozess der Zivilisation. In: Behnken, I. (Hg.): Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozess der Zivilisation. Opladen. S. 142–162.

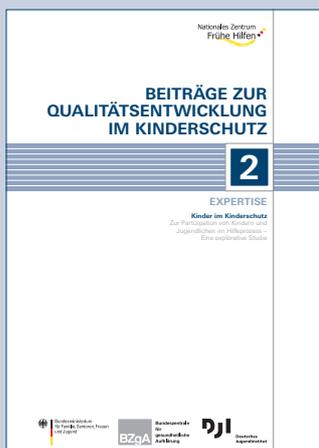
PUBLIKATIONEN DES NATIONALEN ZENTRUMS FRÜHE HILFEN



OMBUDS- UND BESCHWERDESTELLEN IN DER KINDER- UND JUGENDHILFE IN DEUTSCHLAND.

Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 1, Expertise, Ulrike Urban-Stahl.
Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2011.

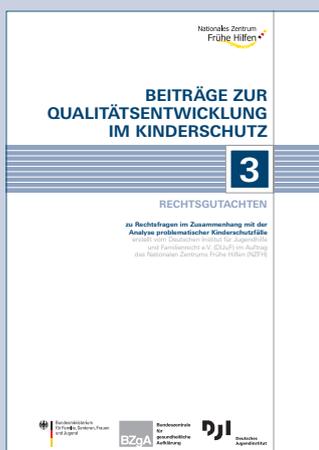
Bestellnummer: 16000121



KINDER IM KINDERSCHUTZ. ZUR PARTIZIPATION VON KINDERN UND JUGENDLICHEN IM HILFEPROZESS – EINE EXPLORATIVE STUDIE.

Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 2, Expertise, Reinhart Wolff, Uwe Flick, Timo Ackermann, Kay Biesel, Felix Brandhorst, Stefan Heinitz, Mareike Patschke, Pierrine Robin.
Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2013.

Bestellnummer: 16000136



RECHTSGUTACHTEN

Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 3. Zu Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Analyse problematischer Kinderschutzfälle, erstellt vom Deutschen Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF).
Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2013.

Bestellnummer: 16000138

Diese und weitere Publikationen des NZFH können Sie unter: www.fruehehilfen.de kostenlos herunterladen oder unter Angabe der Bestellnummer anfordern.

Direktbestellung per Post an: BZgA, 51101 Köln | per Fax an: 02 21 / 8 99 22 57 | per E-Mail an: order@bzga.de

IMPRESSUM

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Direktorin: Prof. Dr. Elisabeth Pott
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
www.bzga.de
www.fruehehilfen.de

Autoren:

Kay Biesel, Reinhart Wolff

Redaktion:

Christine Gerber, Jörg Backes

Gestaltung:

HauptwegNebenwege, Köln

Druck:

Bonifatius GmbH Druck – Buch – Verlag
Karl-Schurz-Straße 26
33100 Paderborn

Auflage:

1.10.12.13

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder
Empfänger an Dritte bestimmt.

Bestellung:

BZgA
51101 Köln
Fax: 0221-8992-257
E-Mail: order@bzga.de

Bestellnummer: 16000142

