

# LERNEN AUS FEHLERN – NATIONALE UND INTERNATIONALE ERFAHRUNGEN IM KINDERSCHUTZ

AM 9. UND 10. JULI 2010 IM DEUTSCHEN JUGENDINSTITUT, MÜNCHEN



**TEILNEHMENDE:** André Altermann (Institut für Soziale Arbeit e.V.), Klaus Appel (Start gGmbH), Jörg Backes (NZFH), Hildegard Banneyer (Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration NRW), Kay Biesel (Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V.), Anselm Brößkamp (ASD Kreis Plön), Prof. Dr. Roger Bullock (Bristol University), Stephan Cinkl (Brandenburger Institut für Familientherapie e.V.), Maria Diop (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Senioren Baden-Württemberg), Dr. Sheila Fish (Social Care Institute for Excellence), Christine Gerber (NZFH), Prof. Dr. Ingrid Gissel-Palkovich (BAG ASD-KSD), Barbara Hellbach (Bremer Senat für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales), Dr. Susanne Heynen (Jugendamt Karlsruhe), Herbert Holakovsky (Jugendamt Bremen), Dr. Karin Jurczyk (DJI), Dr. Heinz Kindler (DJI), Martin Lengemann (Landschaftsverband Westfalen-Lippe), Karl Materla (ASD Stadt Münster), Dr. Thomas Meysen (DIJuF), Prof. Dr. Eileen Munro (London School of Economics), Mechthild Paul (NZFH), Wulfhild Reich (Jugendamt Stuttgart), Annette Reiners (BAG der Landesjugendämter/Bay. LJA), Eva Sandner (NZFH), Alexandra Sann (NZFH), Vanessa Schnoor (Universität Koblenz-Landau), Prof. Dr. Reinhold Schone (Fachhochschule Münster), Prof. Dr. Christian Schrapper (Universität Koblenz-Landau), Monique Sturm (Runder Tisch gegen Kindesmissbrauch/AGJ), Prof. Dr. Reinhard Wiesner (BMFSFJ), Renate Wittner (Sozialer Dienst Karlsruhe), Prof. Dr. Reinhart Wolff (Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V.), Ulrike Zähringer (Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.)

## INHALT

1. Einführung 2
2. Lernen aus Fehlern im Kinderschutz:  
internationale Erfahrungen und Perspektiven 3
3. Lernen aus Fehlern im Kinderschutz:  
nationale Erfahrungen und Perspektive 5
4. Zusammenfassung wesentlicher Diskussions-  
ergebnisse 8
5. Arbeitsgruppen 10
6. Liste der Anlagen 14

## 1

## EINFÜHRUNG

Tragisch oder problematisch verlaufene Fälle im Kinderschutz – egal ob sie öffentlich wurden oder nicht – gehen nicht spurlos an den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendhilfe vorüber. Im Gegenteil. »Wie konnte das passieren?« und »Könnte uns/mir das auch passieren?« sind Fragen, die sofort im Raum stehen und – zumindest im geschützten Rahmen – bisweilen heftig diskutiert werden.

Tragische Fallverläufe im Kinderschutz führen nicht nur dazu, dass der Druck auf die Fachkräfte steigt, sondern es werden sowohl auf Bundes- als auch auf Landes- und auf kommunaler Ebene Maßnahmen eingeleitet, die den Schutz von Kindern verbessern und das Risiko im Handeln der Jugendhilfe reduzieren sollen.

Die Etablierung einer Kultur, die Fehler zum Ausgangspunkt von Lernen und Qualitätsentwicklung nutzt, steht in Deutschland dennoch ziemlich am Anfang. Weder gibt es erprobte Verfahren und Methoden zur Durchführung von Fallanalysen, noch gibt es ein gemeinsames Verständnis über den Begriff »Fehler«.

Dennoch blieben auch hierzulande tragische Fallverläufe nicht ohne Konsequenzen und Bemühungen um Analyse und Verbesserung. Im Folgenden nur einige Beispiele:

- 1995: Der Fall Laura-Jane wird im Rahmen eines strafrechtlichen Verfahrens über drei Instanzen aufgearbeitet (bekannt als sog. Osnabrücker Fall). Im Rahmen des Verfahrens erstellte Prof. Dr. Christian Schrapper (damals Institut für Soziale Arbeit e.V., Münster) das Sachverständigengutachten.
- 2003 wurde nach der Aufdeckung eines Missbrauchsfalls in Saarbücken eine Kommission aus Fachleuten einberufen. Ergebnis dieser Kommission: Das sogenannte Saarbrücker Memorandum.
- 2006: Zur Aufarbeitung des »Falles Kevin« wird ein parlamentarischer Untersuchungsausschuss eingerichtet. Das Ergebnis ist ein 350 Seiten umfassender Untersuchungsbericht.

Neben diesen Einzelfallanalysen gibt es auch noch weitere Bemühungen, aus schwierigen Fallverläufen zu lernen:

- 2008: Die Stadt Lüneburg beauftragt – anlässlich eines Einzelfalls – das Deutsche Jugendinstitut (DJI), die Abläufe, Kommunikationswege und Handlungskriterien des Jugendamtes insgesamt zu untersuchen.
- 2008: Im Rahmen des »Programms zur Qualifizierung der Kinderschutzarbeit im Land Brandenburg« wird die Fachstelle Kinderschutz beauftragt, Fälle gravierender Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung mit Todesfolge und schwerster Körperverletzung im Land Brandenburg zu untersuchen. Die Untersuchung erfolgte anhand der Analyse von Akten der Staatsanwaltschaft zu Fällen zwischen 2000 und 2005.

Insofern kann man durchaus sagen, dass es in den letzten Jahren diverse Aktivitäten gab, um Konsequenzen aus tragischen Fallverläufen zu ziehen und Erfahrungen für die Zukunft zu sammeln.

Im Rahmen eines Beschlusses der Ministerpräsidentenkonferenz hat das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) schließlich 2008 den Auftrag erhalten, sich mit dem Thema »Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen« zu befassen und die fachliche Diskussion zu unterstützen und voranzutreiben.

Einer der ersten Schritte des NZFH war eine Befragung in allen Bundesländern mit dem Ziel, den aktuellen Sachstand bezüglich der Untersuchung von Fällen festzustellen und einen Überblick über vorhandene Instrumente und Verfahren zur Analyse kritisch verlaufener Fälle zu erhalten.

12 Bundesländer haben damals Rückmeldung gegeben. Aus keinem der Bundesländer wurden konkrete Verfahren und Instrumente zur Analyse problematischer Fallverläufe rückgemeldet. Allerdings haben viele Bundesländer rückgemeldet, dass einzelne Jugendämter eigenständig Einzelfälle untersuchen und dass strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden sollen, um in Zukunft Einzelfälle besser untersuchen zu können.

Die Beantwortung der Fragen hat darüber hinaus deutlich gezeigt, dass es bis dato kein einheitliches Fehlerverständnis gibt. Besonders aufgefallen ist, dass die meisten Rückmeldungen eine Fehlerdefinition zugrunde legen, die ein Abweichen von vorgegebenen Regelungen und Verfahren als zentrales Kriterium benennt.

Parallel zu der Befragung der Länder hat das NZFH Herrn Prof. Dr. Fegert mit einer Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse beauftragt. Diese Expertise ist auf der Homepage des NZFH veröffentlicht.

Dass das Thema Qualitätsentwicklung im Kinderschutz in der Kinder- und Jugendhilfe ein virulentes Thema ist, hat auch die Reaktion auf die Ausschreibung des Projektes »Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz« gezeigt. An dem vom NZFH beauftragten und von der Alice-Salomon-Hochschule und dem Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V. durchgeführten Projekt haben sich bundesweit 42 Kommunen beteiligt. Ein ausführlicher Abschlussbericht sowie eine Handreichung über Struktur, Methoden und Konzepte der Qualitätsentwicklung im Kinderschutz werden voraussichtlich im ersten Quartal 2012 auf der Homepage des NZFH ([www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)) abrufbar sein. Auf der Grundlage einer Analyse von 10 Akten wurde darüber hinaus ein Bericht zum Thema »Kinder im Kinderschutz« erstellt. Auch dieser Bericht wird voraussichtlich im ersten Quartal 2012 über das NZFH erhältlich sein.

# 1

Neben dem Projekt »Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz« hat das NZFH den Auftrag erhalten, die fachliche Diskussion des Themas zu unterstützen und zu fördern.

Eine Expertise über »Ombuds- und Beschwerdestellen in der Kinder- und Jugendhilfe« von Frau Prof. Dr. Urban-Stahl von der Alice-Salomon-Hochschule in Berlin soll einen Beitrag dazu leisten, indem sie insbesondere die Bedeutung von Ombuds- und Beschwerdestellen im Hinblick auf das Lernen aus Fehlern aus der Sicht der Betroffenen beleuchtet. Die Expertise kann ab 2011 ebenfalls über das NZFH bezogen werden.

Eine besondere Herausforderung für die bundesweite Befassung mit dem Thema stellt das föderale System in Deutschland dar, das den Ländern und Kommunen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung und Weiterentwicklung des Kinderschutzes zuschreibt. Daher hat es sich das NZFH zum Ziel gesetzt, Erfahrungen und Aktivitäten in den einzelnen Ländern und Kommunen zu sammeln, einen Austausch zu ermöglichen und neue Impulse als Beitrag in die fachliche Diskussion zu setzen.

Zentrale Meilensteine auf diesem Weg bildeten in der ersten Förderphase zwei Workshops, an dem Vertreterinnen und Vertreter der Praxis, der Wissenschaft und der Politik teilgenommen haben. Der erste Workshop fand am 16.03.2010 im Deutschen Jugendinstitut unter folgendem Titel statt: *»ExpertInnenpool zur Unterstützung von Jugendämtern und kommunalen Sozialdiensten bei der Reflexion problematisch verlaufener Kinderschutzfälle«*.

Der im Folgenden zusammengefasste Workshop ist der zweite Workshop im Rahmen dieses Auftrages und verfolgt das Ziel,

1. internationale Aktivitäten aufzugreifen und zu diskutieren, um aus guten oder schlechten Erfahrungen zu lernen,
2. sich über die unterschiedlichen Projekte in Deutschland auszutauschen und deren Erfahrungen zu diskutieren und
3. schließlich gemeinsam Strategien und Eckpunkte für die Weiterentwicklung des Themas in Deutschland (gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis, der Wissenschaft und der Politik) zu diskutieren.

# LERNEN AUS FEHLERN IM KINDERSCHUTZ: INTERNATIONALE ERFAHRUNGEN UND PERSPEKTIVEN

## 2

### A) ÜBERBLICK ÜBER INTERNATIONALE ANSÄTZE: ZIEL- SETZUNG, VERFAHREN, ERFAHRUNGEN, EMPFEHLUNGEN

**Prof. Dr. Roger Bullock** ist Mitbegründer der Dartington Social Research Unit und war bis 2001 ihr Direktor. Heute ist er Fellow des Center for Social Policy in der Warren House Group in Dartington. Außerdem ist er emeritierter Professor für Jugendhilfeforschung der Bristol University.

Schwerpunkt seiner Arbeit in der Dartington Social Research Unit war vor allem die Frage, wie Erkenntnisse aus der Forschung in geeigneter Form der Praxis zur Verfügung gestellt werden können. Heute beschäftigt er sich unter anderem mit der Entwicklung von Instrumentarien zur Verbesserung von Intervention im Kinderschutz.

Er hat gemeinsam mit Nick Axford 2005 im Auftrag der Schottischen Regierung eine Studie über Ansätze zur Untersuchung von Todesfällen und problematischen Fallverläufen im Kinderschutz in 16 Ländern erstellt. Die Studie liefert einen Überblick über die unterschiedlichen Verfahren, deren Zielsetzung sowie Stärken und Schwächen.



Anlagen 1 und 2:  
Powerpointpräsentation und  
Artikel zum Vortrag

# 2

## B) A »SYSTEMS« MODEL FOR CASE REVIEWS: GRUND-PRINZIPIEN, KONZEPT, METHODE

**Prof. Dr. Eileen Munro** ist Professor of Social Policy an der London School of Economics; sie hat lange Jahre als Sozialarbeiterin gearbeitet, bevor sie ihre Karriere als Wissenschaftlerin begonnen hat.

Ihr Forschungsschwerpunkt liegt aktuell im Bereich der Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung. Dabei interessiert sie sich auch für die Auswirkungen, die die organisationalen Rahmenbedingungen/das System auf menschliche Denk- und Handlungsweisen haben.

**Dr. Sheila Fish** kommt aus dem Bereich der Sozialanthropologie. Sie hat mehrere Jahre in Indonesien gelebt, wo sie in der Jugendhilfe gearbeitet und ethnografische Feldforschung betrieben hat. Heute ist sie Wissenschaftlerin im Social Care Institute for Excellence (SCIE). Ihr Schwerpunkt ist die Entwicklung des systemischen Ansatzes zur Analyse von problematisch verlaufenen Kinderschutzfällen. Neben der konkreten Analyse von Fällen mithilfe des von ihr und Eileen Munro entwickelten Ansatzes bildet sie inzwischen auch Fachkräfte in der Anwendung der Methodik aus.

Anlagen 3, 4, 5 und 6:  
Powerpointpräsentation, Artikel zum Vortrag und Hintergrundinformationen



# LERNEN AUS FEHLERN IM KINDERSCHUTZ: NATIONALE ERFAHRUNGEN UND PERSPEKTIVE

## 3

### A) VORSTELLUNG DER »EXPERTISE/MACHBARKEITSSTUDIE FÜR EINE UNABHÄNGIGE KOMMISSION ZUR UNTERSUCHUNG VON GRAVIERENDEN KINDERSCHUTZFÄLLEN« IM AUFTRAG DES BRANDENBURGER MINISTERIUMS FÜR BILDUNG, JUGEND UND SPORT

**Stefan Cinkl** hat gemeinsam mit Dr. Thomas Marthaler von der Uni Kassel eine Machbarkeitsstudie im Auftrag des Brandenburger Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport zur *Bildung einer unabhängigen Kommission zur Untersuchung von gravierenden Kinderschutzfällen* erstellt. Herr Cinkl arbeitet im Kinderhaus Berlin, einem Träger für stationäre Erziehungshilfe und im Brandenburger Institut für Familientherapie.



Anlage 7:  
Expertise

# 3

Anlage 8:  
Powerpointpräsentation

## B) RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE ANALYSE PROBLEMATISCHER FALLVERLÄUFE IN DEUTSCHLAND

**Dr. Thomas Meysen** ist fachlicher Leiter des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF).



## C) »QUALITÄTSENTWICKLUNG FÜR DEN KINDERSCHUTZ IN JUGENDÄMTERN IN RHEINLAND PFALZ«

**Prof. Dr. Christian Schrapper** ist Professor für Pädagogik mit dem Schwerpunkt Sozialpädagogik an der Universität Koblenz-Landau. Er führt im Auftrag des Ministeriums in Rheinland-Pfalz das Projekt »Qualitätsentwicklung für den Kinderschutz in Jugendämtern« durch. Im Rahmen des Projektes werden Fälle aus 10 Jugendämtern im Rahmen von Fallbesprechungen beraten und analysiert.

**Dipl. Päd. Vanessa Schnorr** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Koblenz-Landau und hat ebenfalls an dem Projekt mitgearbeitet.





Anlage 9:  
Powerpointpräsentation

## D) »AUS FEHLERN LERNEN – QUALITÄTSMANAGEMENT IM KINDERSCHUTZ«

**Prof. Dr. Reinhart Wolff**, Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V. und emeritierter Professor für Sozialpädagogik der Alice-Salomon-Hochschule in Berlin, leitet gemeinsam mit Prof. Dr. Uwe Flick das Praxisentwicklungs- und Forschungsprojekt »Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz«. An dem Projekt haben bundesweit 42 Kommunen teilgenommen. Eine Beschreibung sowie Ergebnisse des Projektes werden auf der Homepage des NZFH veröffentlicht.



Anlage 10:  
Powerpointpräsentation

# 3

## E) »VERGLEICHSRINGE KINDERSCHUTZ – RISIKOMANAGEMENT QUALIFIZIEREN«

Herr André Altermann ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Soziale Arbeit in Münster.

Anlage 11:  
Powerpointpräsentation



# ZUSAMMENFASSUNG WESENTLICHER DISKUSSIONSERGEBNISSE

# 4

## Fallanalysen im Kontext von Qualitätsentwicklung

Qualitätsentwicklung im Kinderschutz bedarf einer Vielzahl (abgestimmter) Maßnahmen und Initiativen. Die Analyse von Einzelfällen ist dabei nur ein Baustein, der keineswegs andere Initiativen ersetzt. »Serious-Case-Reviews« (Fallanalysen) und empirische Forschung, wie z. B. die Untersuchung von Risikoeinschätzverfahren, Risikoverläufen oder die Wirksamkeit von Hilfen, ersetzen einander nicht. Empirische Forschung hat das Ziel, konkrete Forschungsfragen, wie zum Beispiel die Risikoeinschätzung – und damit einen spezifischen, »kleinen« Teil des Gesamtsystems –, vertieft zu untersuchen. Systemische Fallanalysen dagegen versuchen die Interaktionen innerhalb des Systems (zwischen Institutionen, aber auch zwischen Mensch und Institution) zu untersuchen.

## Methodische und konzeptionelle Anforderungen

»Serious-Case-Reviews« bieten sich als Lernmöglichkeit in unterschiedlichen Fällen an. Auf diese Art und Weise können auch erfolgreiche Fälle untersucht werden. Die internationalen Erfahrungen weisen jedoch auf zwei wesentliche Qualitätskriterien hin:

- die Fallanalysen sollten von unabhängigen (externen) Expertinnen und Experten und
- unter Anwendung eines theoretisch fundierten und methodisch abgesicherten Verfahrens durchgeführt bzw. begleitet werden.

Die Frage von Schuld und Verantwortung lässt sich in Fallanalysen nicht gänzlich vermeiden. Die Erfahrungen in England haben gezeigt, dass es nicht sinnvoll ist, von einem »no-blame«-Ansatz zu sprechen. Statt um »no-blame« müsse es vielmehr um »fair-blame« gehen. Das SCIE macht inzwischen in seinen Case Reviews gegenüber den beteiligten Fachkräften deutlich, dass sowohl Struktur- und Systemfehler als auch schlechte Praxis klar benannt werden. Trotz anfänglicher Bedenken auf Seiten des Institutes, reagierten die Fachkräfte mit Zustimmung und Unterstützung auf diese Vorgehensweise.

## Transfer der Erkenntnisse

Ein zentrales Anliegen von Falluntersuchungen ist es, einen Beitrag zur Verbesserung des Kinderschutzsystems zu leisten. Bevor jedoch allgemeine Empfehlungen aus den Falluntersuchungen abgeleitet werden können, ist es notwendig, dass die Ergebnisse mehrerer Einzeluntersuchungen zusammengefügt und hinsichtlich verallgemeinerbarer Aussagen ausgewertet werden.

Die Empfehlungen, die sich aus der Untersuchung von Fällen ergeben, können auch räumlich begrenzt sein (»Veränderungen im Kleinen«) und sich z. B. nur auf ein Team, eine Institution oder eine Kommune beziehen. Grundsätzlich ist jedoch bei der Bewertung der Wirksamkeit

# 4

von Veränderungsprozessen zu berücksichtigen, dass Transfer-, Veränderungs- und Lernprozesse Zeit brauchen, bis sie entsprechende Wirkung in der Praxis entfalten. Zu kurze Zeiträume für Veränderungsprozesse sind daher kritisch zu sehen.

Der Auftrag des Kinderschutzes besteht auch darin, für die Einhaltung gesellschaftlicher Werte und Normen Sorge zu tragen. Diese sind, und das zeigt die historische Entwicklung des Kinderschutzes in Deutschland vom Arbeitsschutz zur gewaltfreien Erziehung, Veränderungen unterworfen. Kinderschutz lässt sich daher nicht alleine durch Standards und Verfahren regeln. Vielmehr bedarf es darüber hinaus der Diskussion und Entwicklung einer professionellen Haltung sowie guter Ausbildungs- und Qualifizierungskonzepte für Fachkräfte.

### **Anforderungen an eine Weiterentwicklung in Deutschland**

Insbesondere auf der Grundlage der Beiträge zu den nationalen Erfahrungen und Perspektiven wurde für die Weiterentwicklung des »Lernens aus problematischen Kinderschutzverläufen« in Deutschland auf folgende Punkte hingewiesen:

- Die Konzepte und Methoden des Lernens aus Fehlern müssen gemeinsam zwischen Praxis und Wissenschaft entwickelt werden. Ohne einen Einbezug der Jugendämter laufen die Initiativen Gefahr, von der Praxis nicht akzeptiert zu werden.
- Von zentraler Bedeutung sind die Fragen »Was sind Fehler im Kinderschutz und warum kommt es überhaupt zu Fehlern oder unerwünschten Ereignissen (Ursachen, Hintergründe)?« und »Warum kommt es vermehrt zu bestimmten Fehlern?«. Innerhalb der Institutionen und Kommunen gibt es dazu schon viel Wissen. Ein Konzept des Lernens aus Fehlern muss daher sicherstellen, dass dieses Wissen in geeigneter Form in die Untersuchung von Fällen einfließt.
- Das Gelingen oder Scheitern von Kinderschutzfällen wird nicht von einer Institution oder Person allein verursacht. In der Regel handelt es sich um ein Helfersystem, das aus einer Vielzahl von Institutionen und Professionen besteht. Die Analyse von Fällen sollte sich daher nicht allein auf die Praxis des Jugendamtes beziehen. Vielmehr sollten auch die Beiträge anderer Institutionen und Professionen sowie die Kooperation zwischen den Systemen unter die Lupe genommen werden. Dies setzt einen respektvollen Umgang zwischen allen Beteiligten voraus und einen Konsens, dass es nicht darum geht, dass »ein System« dem »anderen System« sagt, was es falsch macht.
- Die Impulse zum »Lernen aus Fehlern« müssen auch aus den Organisationen (z. B. Jugendämtern) selbst kommen. Fallanalysen können nicht gegen den Willen oder über die

Köpfe der Jugendämter hinweg »verordnet« werden. Die Einrichtung einer Kommission, an die Fälle »gemeldet« werden, wurde daher sehr kritisch diskutiert.

- Gesetzliche Verpflichtungen zur Durchführung von Fallanalysen werden abgelehnt.
- Es wurde angeregt, verstärkt die weniger spektakulären bzw. nicht öffentlich wirksamen Fälle in den Blick zu nehmen, als sich auf die Analyse der vergleichbar geringen Zahl von spektakulären und meist tragischen Fällen zu konzentrieren. Vielmehr könnten/sollten auch andere Fälle in Betracht gezogen werden:
  - »Beinahe-Unfälle«
  - Fälle mit einem – aus der Sicht der Fachkräfte – unerwünschten Verlauf (z. B. Kontakt zu Eltern konnte nicht hergestellt werden, Hilfe/Intervention verfehlt die gewünschte Wirkung)
  - Fälle mit einem – aus der Sicht der Familien – unerwünschten Verlauf
  - Fälle mit hohem Konfliktpotential im Helfersystem
  - »Erfolgsfälle«: Fälle, die besonders gut gelaufen sind.
- Der Einbezug der Klientinnen und Klienten hat sich in dem Projekt »Aus Fehlern lernen – QM im Kinderschutz« bewährt, obwohl v. a. auf Seiten der Fachkräfte zunächst erhebliche Zurückhaltung bestand. Voraussetzung für einen sinnvollen und erfolgreichen Einbezug ist ein gutes Konzept über Art und Umfang des Einbezugs, um Belastungen (z. B. »Zoo-Effekt«) für die Klientinnen und Klienten zu vermeiden.
- Die Analyse von Fällen sollte nicht in weiteren gesetzlichen Vorgaben für Jugendämter münden. Ebenso sollten die Empfehlungen aus den Untersuchungen nicht zu einer massiven Standardisierung der Kinderschutzpraxis führen, da dies zu einer Entprofessionalisierung der sozialen Arbeit führt. Dementsprechend dürfen sich die Ergebnisse nicht nur auf neue Prozedereregeln beschränken.
- Die vorgestellten nationalen und internationalen Konzepte und Methoden zur Analyse von Fällen haben unterschiedliche Ansatzpunkte, Schwerpunkte sowie Zielsetzungen und Ergebnisse. Alle Ansätze befassen sich direkt oder indirekt mit der Entwicklung von Standards im Kinderschutz, wenngleich die Begriffe »Standard«, ebenso wie »Fehler«, unterschiedlich oder noch nicht abschließend definiert wurden. Ziel wird es sein, verschiedene Konzepte und Methoden zu entwickeln. Hierbei muss auch im Blick behalten werden, dass Konzepte sich weiterentwickeln. Es kann ebenso um das Lernen aus guter Praxis wie um das Lernen aus Fehlern gehen.

## 5

## ARBEITSGRUPPEN

**A) »WELCHE ANFORDERUNGEN SOLLTE/MUSS EINE METHODE ZUR ANALYSE VON PROBLEMATISCHEN FALLVERLÄUFEN ERFÜLLEN?« »WER SOLL/MUSS AN DEM PROZESS BETEILIGT SEIN?«**

Bei der Frage, welche Anforderungen an die Methode zur Analyse von problematischen Fallverläufen zu stellen sind und wer daran zu beteiligen ist, kommt die Arbeitsgruppe zu dem Ergebnis, dass hier zunächst zwischen sogenannten »Alltagsfällen« (d. h. ohne Besonderheiten und Probleme im Verlauf) und »Alarmfällen« (z. B. problematische oder schwierige Fallverläufe) unterschieden werden sollte. Darüber hinaus müssen diese beiden Kategorien noch in »abgeschlossen« und »laufend« unterteilt werden. Die Gruppe hat hierzu eine Matrix entwickelt.

	Anforderung an Methoden		Beteiligte am Prozess	
	abgeschlossen	laufend	abgeschlossen	laufend
<b>Alltagsfälle</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ad hoc Beratung</li> <li>• Kollegiale Beratung</li> <li>• Supervision</li> </ul>	ASD-Team, mit / ohne Vorgesetzte	
<b>Alarmfälle</b>	Externe Begleitung der Prozesse	Das Qualitätsentwicklungsmodell von Prof. Schrapper eignet sich für diesen Bereich.		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alltagsmethoden, die nicht extra »eingepflanzt« werden müssen</li> <li>• Muss ein wertschätzendes, offenes Klima erzeugen</li> <li>• Ideen erhalten, wie man anders reagieren kann</li> </ul>	Vertrauensvolle Atmosphäre Zusammensetzung der Gruppe: »eng«?? offen Feste (hierarchie-übergreifende) Personengruppe		

Die Teilnehmenden haben die Notwendigkeit betont, bei »laufenden Alltagsfällen« Unterstützung durch kollegiale Beratung und Supervision sowie Ad hoc Beratung anzubieten bzw. verbindlich zu implementieren (z. B. im Sinne eines Qualitätsstandards).

Hinsichtlich der Beteiligten am Prozess bei »abgeschlossenen Alltagsfällen« oder »laufenden Alltagsfällen« wurde der gleiche Personenkreis benannt. Es sollte das ASD-Team mit oder ohne Vorgesetzte (in Abhängigkeit von den Wünschen der Gruppe) beteiligt werden.

Bei »abgeschlossenen Alarmfällen« wird eine externe Begleitung des Beratungsprozesses als sinnvoll angesehen.

Sowohl für »abgeschlossene Alarmfälle« als auch für »laufende Alarmfälle« wünscht man sich Alltagsmethoden, die nicht extra in die Strukturen und Abläufe »eingepflanzt« werden müssen, sondern fester Bestandteil der Arbeit (geworden) sind. Gerade für diese Bereiche wurde betont, dass über die Methode ein wertschätzendes, offenes Klima erzeugt werden soll. Die Methode soll darauf abzielen, Ideen zu erarbeiten, wie man anders reagieren kann.

Bei den beteiligten Personen in der Beratung »abgeschlossener Alarmfälle« sollte durch die Zusammensetzung der Gruppe eine vertrauensvolle Atmosphäre gewährleistet sein. Dabei sollte es sich um eine feste Gruppe handeln, die hierarchieübergreifend besetzt ist. Keine Einigkeit bestand darüber, ob die Einladung zu dieser Gruppe eher offen (d. h. gegebenenfalls über die Abteilungs- oder Verwaltungsgrenzen hinaus) oder eher »eng« (d. h. auf ASD konzentriert) sein sollte.

Für den Bereich der »Alarmfälle« sehen einige Beteiligte der Arbeitsgruppe das vorgestellte Qualitätsentwicklungskonzept von Prof. Schrapper als ein mögliches Modell; sowohl bezogen auf die Methoden als auch auf die Zusammensetzung der Gruppe.

Insgesamt machten die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Arbeitsgruppe deutlich, dass sie gerne viel mehr Zeit und Ressourcen in die Reflexion der (laufenden und abgeschlossenen) »Alltagsfälle« investieren würden, dies aber nicht möglich sei. Aktuell besteht jedoch ein hohes politisches und gesellschaftliches Interesse daran, dass sich die Jugendhilfe mit den problematischen Fällen beschäftigt. Letztlich hoffen die Akteure in der Jugendhilfe allerdings, darüber wieder verstärkt die Möglichkeit zu erhalten, sich auch mit den »Alltagsfällen« zu beschäftigen und dies mittelfristig (endlich) als festen Bestandteil der Arbeit in die Verfahren und Abläufe zu integrieren.

# 5

## **B) WIE KANN DER »ERKENNTNISPROZESS« ZU FEHLERN/ FEHLERQUELLEN IM KINDERSCHUTZ ORGANISIERT WERDEN (FINANZIERUNG, DOKUMENTATION, AUFTRAG- GEBER, AUSLÖSER)?« »AUF WELCHER »EBENE« SOLLTE ER ANGESIEDELT SEIN?«**

Der Prozess der Entwicklung von Qualitätsstandards im Kinderschutz setzt eine Diskussion innerhalb der Professionen und eine Klärung,

- welche Standards,
- auf und für welche Ebene und
- mit welchem Ziel

definiert werden sollen, voraus. Die Grundlagen für die Standardentwicklung liefert die Prozess- und Wirkungsforschung. Die formulierten Standards müssen schließlich evaluiert und überprüft werden.

Neben der Diskussion über Standards im Kinderschutz bedarf es einer Diskussion und Verständigung über den Fehlerbegriff und das Fehlerverständnis im Kinderschutz.

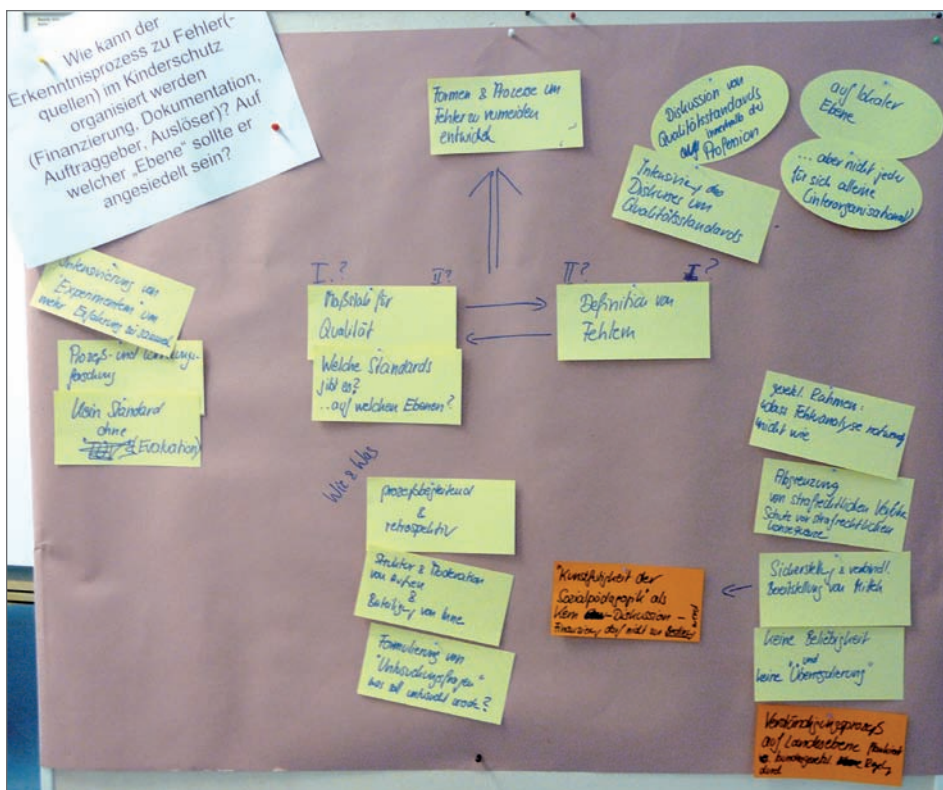
Die Analyse von Fällen sollte auf lokaler Ebene (innerhalb eines Jugendamtes oder innerhalb einer Kommune) durchgeführt werden. Gleichzeitig muss ein Austausch über Methoden, Erfahrungen und Erkenntnisse gesichert sein (»auf lokaler Ebene aber nicht jeder für sich alleine«).

Das Lernen aus Fehlern sollte sowohl prozessbegleitend (im laufenden Fall) als auch retrospektiv (Fälle rückblickend untersuchen) durchgeführt werden. Der Prozess des Lernens aus Fehlern bedarf einer klaren Struktur, einer (erprobten) Methode sowie einer Moderation von außen unter intensiver Beteiligung und im Dialog mit den Beteiligten (von »innen«). Darüber hinaus macht es keinen Sinn, die Fälle bis ins Detail zu analysieren, stattdessen sollten bearbeitbare »Untersuchungsfragen« formuliert werden.

Das Lernen aus Fehlern im Kinderschutz sollte (gesetzlich) weder der völligen Beliebigkeit überlassen, noch überreguliert werden. Gesetzliche Regelungen sollten daher einerseits die Notwendigkeit von Fallanalysen betonen sowie die Bereitstellung von finanziellen Mitteln sichern, andererseits jedoch keine Vorgaben über Art und Umfang machen. Letzteres muss fachlich entwickelt und entschieden werden.



Bei der Analyse von problematischen Fällen handelt es sich im Kern um die Diskussion der »sozialpädagogischen Kunstfertigkeit«. Ob Fälle reflektiert werden, sollte daher nicht von den vorhandenen finanziellen Möglichkeiten abhängen, sondern vielmehr zum professionellen Selbstverständnis gehören. Grundsätzlich bedarf es gesetzlicher Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, Fallanalysen von strafrechtlichen Verfahren abzugrenzen. Der zentrale Prozess der Verständigung findet auf Landesebene statt und sollte durch bundesgesetzliche Regelungen (lediglich) flankiert werden.



### **C) »WIE KÖNNEN DIE ERGEBNISSE REGIONALER FALL-ANALYSEN IN DIE QUALITÄTSENTWICKLUNG DES KINDERSCHUTZES EINFLIEßEN (TRANSFER)?« »IN WELCHER FORM SOLLEN DIE ERGEBNISSE DER ÖFFENTLICHKEIT ZUGÄNGLICH GEMACHT WERDEN?«**

Bevor man sich mit diesen Fragen befasst, müssen folgende Punkte geklärt sein:

- Welche Art von Analyse wurde durchgeführt?
- Welche Art von Fällen wurde analysiert?
- Welche Ergebnisse sind relevant, d. h. verallgemeinerbar?
- An welche Öffentlichkeit sollen die Ergebnisse kommuniziert werden?
- Wer genau sind die Adressaten und Adressatinnen?

Drei mögliche Formate für den Transfer von Ergebnissen aus Fallanalysen wurden erarbeitet:

#### **1. Publikation in einem »Werkbuch«, mögliche Inhalte:**

- Allgemeine Hintergrundinformationen
  - zur Entwicklung von Lebenslagen von Kindern und Familien (bspw. Hinweise auf mögliche Verschärfung der Kinderschutzproblematik durch zunehmende Unterversorgungslagen in bestimmten Populationen),
  - zu relevanten Hilfesystemen, ihren Strukturen, Logiken und Handlungsabläufen,
  - zu den Rahmenbedingungen des Handelns von Fachkräften.
- Beschreibung von Methoden der Fallanalyse, dabei bevorzugt multiperspektivische Ansätze, die Sichtweisen von Familien und Helfern und Helferinnen integrieren
- Extraktion von bestimmten Fallverlaufsmustern bzw. typischen Konstellationen mit Ankerbeispielen
- Ableitung von Empfehlungen

#### **2. Diskursive Auseinandersetzung in »Werkstätten«:**

- Diskussion und Abgleich unterschiedlicher Erfahrungen
- Prozessanalyse
- Fehlermanagementsysteme

#### **3. Aufbau eines Online-Portals:**

- Wissen und Informationen
- Aktuelle Beispiele
- Diskussionsforen

Konsens bestand darüber, dass Fallanalysen ein möglicher Beitrag sind, um die Qualitätsentwicklung im Kinderschutz voranzubringen. Als offene Frage wurde abschließend formuliert: Wie kann es gelingen, die Ergebnisse von Fallanalysen in die eigene Organisation zurück zu spiegeln? Dazu braucht es unter Umständen Unterstützung von außen, um Organisationsentwicklungsprozesse anzuregen und zu begleiten. Wissenschaft kann hier als Impulsgeber fungieren.



## 6

## LISTE DER ANLAGEN

1. **Bullock\_Powerpointpräsentation:** *Child death and significant case reviews: International approaches*
2. **Axford/Bullock\_Artikel:** *Falluntersuchungen zum Kindstod und schweren Kindesverletzungen: Internationale Ansätze*
3. **Munro/Fish\_Powerpointpräsentation:** *Systemischer Ansatz bei Fallüberprüfungen*
4. **Fish/Munroe/Bairstow\_Artikel:** *Gemeinsam lernen, Kinder besser schützen: Ein systemisches Modell für Falluntersuchungen*
5. **Munro\_Artikel:** *Ein systemischer Ansatz zur Untersuchung von Todesfällen aufgrund von Kindeswohlgefährdung (JAmt 03/2009, Heft 03, 106-115)*
6. **scie\_Hintergrundinformationen**
7. **Cinkl/Marthaler\_Machbarkeitsexpertise für eine unabhängige Kommission zur Untersuchung von gravierenden Kinderschutzfällen**
8. **Meysen\_Powerpointpräsentation:** *Fallanalysen bei Fehlschlägen im Kinderschutz – Rechtliche Rahmenbedingungen in Deutschland (Case review in child protection – Law issues)*
9. **Schrappner/Schnorr\_Powerpointpräsentation:** *Qualitätsentwicklung für den Kinderschutz in Jugendämtern in Rheinland Pfalz*
10. **Wolff\_Powerpointpräsentation:** *Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz*
11. **Altermann\_Powerpointpräsentation:** *Vergleichsringe Kinderschutz. Prozess-, Risiko- und Fehlermanagement professionell gestalten. Zentrale Bausteine des ISA »Qualitätsrahmen Kinderschutz«*