

Qualitätssicherung und Risikomanagement
in der Kinderschutzarbeit

Das Bremer Konzept



„Qualitätssicherung und Risikomanagement in der Kinderschutzarbeit – Das Bremer Konzept“ ist das Ergebnis einer Qualitätsentwicklungswerkstatt des Amtes für Soziale Dienste Bremen in Zusammenarbeit mit dem Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung.



Amt für Soziale Dienste Bremen
in Kooperation mit dem
Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V.

Qualitätssicherung und Risikomanagement in der Kinderschutzarbeit

Das Bremer Konzept

März 2010

Eine Liste der beteiligten Organisationen und Personen befindet sich auf den Seiten 76/77

Redaktion

Prof. Dr. Reinhart Wolff, Alice-Salomon Hochschule Berlin, Sprecher des
Kronberger Kreises für Qualitätsentwicklung e.V. unter Mitarbeit von
Dipl. Soz. Arb. Kay Biesel, Dipl. Soz. Arb. Stefan Heinitz und Dr. Remi Stork

Kontakt und weitere Informationen

Amt für Soziale Dienste Bremen
Fachabteilung Junge Menschen
Hans-Böckler Str. 9
28217 Bremen

Gabriele Schoppe
Tel.: 0421/361-3371
Gabriele.Schoppe@afsd.bremen.de

Herbert Holakovsky
Tel.: 0421/361-8577
Herbert.Holakovsky@afsd.bremen.de

Herausgeber

Amt für Soziale Dienste Bremen
in Kooperation mit dem Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V.

Inhalt

Vorwort	5
1. Die Herausforderung	9
2. Leitbild und Grundorientierung	14
3. Aufgaben und Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagements	21
3.1 Programm- und Prozessqualität Qualitätssicherung und Risikomanagement auf der Ebene der Kinderschutzorganisation	21
3.1.1 Herausforderung und Aufgabe	21
3.1.2 Typische Fehler in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement auf der Ebene der Kinderschutzorganisation	23
3.1.3 Eckpfeiler guter Fachpraxis (Qualitätsstandards)	25
3.1.4 Prozessgestaltung	27
3.2 Programm- und Prozessqualität Qualitätssicherung und Risikomanagement auf der Ebene der Fachkräfte und der Teams	29
3.2.1 Herausforderung und Aufgabe	29
3.2.2 Typische Fehler in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement auf der Ebene der Fachkräfte und der Teamorganisation	30
3.2.3 Eckpfeiler guter Fachpraxis (Qualitätsstandards)	32
3.2.4 Prozessgestaltung	33
3.3 Programm- und Prozessqualität Qualitätssicherung und Risikomanagement im Hilfesystem	34
3.3.1 Herausforderung und Aufgabe	34
3.3.2 Typische Fehler in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement auf der Ebene des Kinderschutzsystems	35
3.3.3 Eckpfeiler guter Fachpraxis (Qualitätsstandards)	37
3.3.4 Prozessgestaltung	38
3.4 Programm- und Prozessqualität Qualitätssicherung und Risikomanagement auf der Ebene der Fallarbeit	39
3.4.1 Herausforderung und Aufgabe	39
3.4.2 Typische Fehler in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement auf der Ebene der Fallarbeit	42
3.4.3 Eckpfeiler guter Fachpraxis (Qualitätsstandards)	47
3.4.4 Prozessgestaltung	50

3.5 Programm- und Prozessqualität	51
Qualitätssicherung und Risikomanagement bei Kinderschutzkrisen und folgenschweren Fehlern	
3.5.1 Herausforderung und Aufgabe	51
3.5.2 Typische Fehler und Risiken in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement bei Kinderschutzkrisen und folgenschweren Fehlern	53
3.5.3 Eckpfeiler guter Fachpraxis (Qualitätsstandards)	55
3.5.4 Prozessgestaltung	56
3.6 Programm- und Prozessqualität	57
Qualitäts- und Risikomanagement in der Zusammenarbeit mit Familien	
3.6.1 Herausforderung und Aufgabe	57
3.6.2 Typische Fehler und Risiken in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement bei der Zusammenarbeit mit Familien	59
3.6.3 Eckpfeiler guter Fachpraxis (Qualitätsstandards)	60
3.6.4 Prozessgestaltung	60
3.7 Programm- und Prozessqualität	61
Qualitätssicherung und Risikomanagement bei Kinderschutzbeschwerden	
3.7.1 Herausforderung und Aufgabe	61
3.7.2 Typische Fehler in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement beim Umgang mit Beschwerden	61
3.7.3 Eckpfeiler guter Fachpraxis (Qualitätsstandards)	62
3.7.4 Prozessgestaltung	63
4. Qualifizierung für die Qualitätssicherung und das Risikomanagement im Kinderschutz	64
5. Die ersten Schritte zur Umsetzung des Bremer Konzepts	68
Literatur	70
Beteiligte Organisationen und Personen	76

Vorwort

Der Philosoph und Soziologe Helmuth Plessner hat in seiner berühmten, 1928 erschienenen philosophischen Anthropologie „Die Stufen des Organischen und der Mensch“ hellsichtig formuliert: *„Jede Zeit findet ihr erlösendes Wort. Die Terminologie des achtzehnten Jahrhunderts kulminiert in dem Begriff der Vernunft, die des neunzehnten im Begriff der Entwicklung, die gegenwärtige [das 20. Jahrhundert] im Begriff des Lebens. Jede Zeit bezeichnet damit etwas Verschiedenes. ... Und trotzdem wollen die Zeiten alle dasselbe fassen, wird ihnen der eigentliche Bedeutungsgehalt der Worte nur das Mittel, um nicht zu sagen der Vorwand, jene letzte Tiefe der Dinge sichtbar zu machen, ohne deren Bewusstsein alles menschliche Beginnen ohne Hintergrund und sinnlos bleibt. Daß einer Zeit nun gerade dieser und kein anderer Begriff als Symbol oder Vorwand kommt, hat bestimmt Gründe. Erlösend wirkt ein Wort nur, wenn die Zeit sich zugleich in ihm ihre Rechtfertigung und ihr Gericht spricht.“* (Plessner, H. 1981: 37)

„Risiko“ und „Sicherheit“ sind die Schlüsselworte unserer Zeit. Sie bündeln das Selbstverständnis der fortgeschrittenen Moderne und bestimmen die öffentliche Debatte. Als diskursive Leitbegriffe kennzeichnen sie zugleich die sich im gesellschaftlichen Wandlungsprozess immer neu herausbildenden Herrschafts- und Machtbeziehungen. Als solche spielen sie auch im modernen Hilfesystem eine wachsende Rolle. Sie werden inzwischen auch im Kinderschutz aufgegriffen und so versteht sich das Kinderschutzsystem in der modernen Risikogesellschaft als „Hochrisikobereich“. Auf diese Weise sind Qualitätssicherung und Risikomanagement zu einer neuen fachlichen Herausforderung geworden. Kein Wunder, dass wir in der Kinderschutzarbeit nun ganz selbstverständlich von „Risiko“ und „Sicherheit“ reden, als handele es sich einfach um Gegebenheiten, Tatsachen, die man „erfassen“ und mit denen man praktisch „umgehen“ müsse.

Man versteht aber besser, worum es bei Qualitätssicherung und Risikomanagement geht, wenn man sich klarmacht, dass der moderne Risiko- und Sicherheitsdiskurs einen Deutungs- und Handlungsrahmen entwirft, mit dem versucht wird, die gesellschaftlichen, politischen,

ökonomischen und kulturellen Umbrüche der modernen individualisierten Gesellschaften des globalisierten Kapitalismus in den Griff zu bekommen. „Eine veränderte Weltordnung wird gerade aufgebaut, wie auch immer aufs Geratewohl hinaus und ohne identifizierbares klares Design. Dieser Neuentwurf schließt eine starke Betonung auf Sicherheit ein.“ (Swift & Callahan 2009: 209 f.) Dabei ist ein regelrechtes Paradox entstanden: Je mehr den einzelnen Bürgerinnen und Bürgern die Verantwortung für die Gestaltung des eigenen Lebens zugeschrieben wird, umso mehr sehen sie sich mit gesellschaftlich bedingter Unsicherheit, Ungewissheit und Bedrohung konfrontiert. Dabei kommt es zu einer Umstellung des Konzepts des Risikos. Aus einem (wissenschaftlich und vor allem mathematisch gestützten) Wahrscheinlichkeitskalkül, ob möglicherweise positive oder negative Ereignisse eintreten (was jeder Lottospieler versteht), ist Risiko nun zu einem Wort für das Eintreten eines negativen Ereignisses geworden. Die britische Kulturwissenschaftlerin Mary Douglas hat dies prägnant auf den Punkt gebracht: „Der ursprüngliche Zusammenhang wird nur noch mit einem Winken in Richtung möglicher Wissenschaftlichkeit angedeutet: das Wort Risiko bedeutet nun Gefahr und hohes Risiko eine große Anzahl von Gefahren.“ [Unsere Übersetzung] *

Wer von Risiken spricht, sieht sich vor die Aufgabe gestellt, drohende Gefahren wissenschaftlich vorherzusagen, zu erfassen, nicht zuletzt ihnen vorzubeugen und – durch Verfahren entlastet – zu begegnen. Und wem Risiken zugeschrieben werden, der wird dafür verantwortlich gemacht, wird zum Beschuldigten. Risikoüberlegungen werden dergestalt schnell zu moralischen Aussagen und Beurteilungen (vgl. Beck, U. 1992a: 176), womit sich interessanterweise sowohl besonders benachteiligte und marginalisierte Bevölkerungsschichten, wie z. B. arme, arbeitslose, ungebildete, kranke und suchtabhängige Eltern (und im Kontext des Kinderschutzes: vor allem alleinstehende Mütter), als auch inzwischen immer öfter die professionellen Experten und deren Organisationen selbst konfrontiert sehen. Damit entsteht ein wachsender Druck, die Risiken, wie sie im persönlichen Leben und im professionellen Kontext überall lauern, aufmerksam wahrzunehmen, zu verstehen und selbst zu managen.

Freilich sind es eher die professionellen Systeme, die die Risiken erfassen und als solche benennen (z.B. das Risiko einer Grippeepidemie oder auch einer Kindeswohlgefährdung) und dann auch für ihre Behandlung zuständig sind. Damit entsteht eine neue Regierungsform des Risiko-Containments. „Risiko ist wesentlich für einige dieser sich verändernden Formen der Steuerung, einschließlich der Einbeziehung der Professionen, die vor-Ort-Identifikation und das Management schwieriger Bevölkerungsgruppen zu übernehmen, sich in der fortlaufenden Überwachung bestimmter Gruppen zu engagieren und ‚riskanten‘ Personen das Mantra des Gedankens des Selbst-Managements einzuflößen. In diesem Prozess wurden die Professionellen nicht nur ko-optiert, um schmutzige Arbeit zu machen, sondern humane Dienstleister mögen sich sehr wohl selbst unter einer extensiven Form der Kontrolle und Überwachung wieder finden. In diesem Licht gesehen, sind Risikodiskurse fähig, sehr umfassende Formen der Kontrolle des Verhaltens und des Benehmens ins Werk zu setzen.“ [Unsere Übersetzung] **

* „The original connection is only indicated by arm-waving in the direction of possible science: the word risk now means danger; high risk means a lot of danger.“ (Douglas, M. 1992: 25)

** „Risk is central to some of these changing forms of governing, including the direct enlistment of the professions to do the on-site identification and management of difficult populations, to engage in ongoing surveillance of certain groups of people, and to instill within ‚risky‘ individuals the mantra of self-management thinking. In the process, professionals have not only been co-opted to do the dirty work but human service workers may very well find themselves under substantial surveillance and control. Seen in this light, discourses of risk are capable of performing very extensive forms of controlling the ‚conduct of conduct‘. (Swift & Callahan 2009: 211)

Mit diesen widersprüchlichen Anforderungen haben wir uns als Kinderschutzfachleute in Bremen, nachdem die tödliche Misshandlung des Kindes Kevin im Herbst 2006 bekannt wurde, konfrontiert gesehen: Riskante, gefährdete Familien zu identifizieren, Kindeswohlgefährdungen abzuwenden und Eltern und Kindern zu helfen und zugleich selbst als risikogefährdetes System wahrgenommen und verantwortlich gemacht zu werden.

Wir können und wollen dieser Verantwortung nicht ausweichen, wollen uns aber zugleich von der über das Kinderschutzsystem hinweg rollenden Risikolawine nicht gedankenlos mitreißen lassen. Vielmehr wollen wir die vielfältigen gesellschaftlichen Hintergründe für Risiken und Gefahren, die Familien und Kinder, aber auch das professionelle Hilfesystem bedrohen, in den Blick nehmen und untersuchen, wie wir als Professionelle dazu beitragen können, dass das Engagement für soziale Gerechtigkeit und ganzheitlichen demokratischen Kinderschutz nicht nur ein leeres Wort bleibt.

Natürlich hängt die Qualität einer modernen Kinder- und Jugendhilfe nicht allein von uns selbst als Fachleuten für die Unterstützung und Förderung von Kindern und Eltern ab. Wir brauchen die Unterstützung der Politik und der Öffentlichkeit und das breite Engagement der Gesellschaft für eine Kinder fördernde Kultur des Aufwachsens. Wir selbst verstehen uns aber immer auch als für die eigene Praxis selbst verantwortliche Qualitätsentwickler. Als solche packen wir die Aufgabe beherzt an, die eigenen Risiken zu erkennen, sie überlegt zu kontrollieren und selbstkritisch aus professionellen und organisationalen Fehlern zu lernen.

In einer Gruppe von etwa 40 Fachleuten vor allem aus der Kinder- und Jugendhilfe und vereinzelt aus der Kindertageserziehung, dem Familiengericht und dem Gesundheitswesen haben wir unter Leitung von Prof. Dr. Reinhart Wolff von September 2008 bis zum Frühjahr 2009 fünf 2-tägige Qualitätsentwicklungswerkstätten durchgeführt, an denen auch ein engagierter Bürger teilnahm. Wir haben uns dann bis zum Jahresanfang 2010 immer wieder in Arbeitsgruppen getroffen, um die einzelnen Texte zu entwerfen und zu erörtern; schließlich hat eine Redaktionsgruppe des Kronberger Kreises für Qualitätsentwicklung e.V. das gesamte Manuskript redigiert, das wir nun als Anregung für ein risikoreflektierendes und qualitätsbewusstes Systemlernen vorlegen. Der Leitfaden „Qualitätssicherung und Risikomanagement in der Kinderschutzarbeit – Das Bremer Konzept“ ist also das Ergebnis der trägerübergreifenden Qualitätsentwicklungswerkstatt, die im Rahmen des Kinderschutz-Qualifizierungsprogramms des Amtes für Soziale Dienste in Kooperation mit dem Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V. durchgeführt wurde. Es soll helfen, die Arbeit im Bremer Kinderschutzsystem weiter zu entwickeln.

Zu einem lokalen Kinderschutzsystem gehören alle Organisationen, die generell Eltern und Familien bei der Erziehung und Bildung ihrer Kinder im Vorfeld und in Krisensituationen unterstützen. Solche Organisationen sind bspw. Kindertagesstätten, Jugend- und Freizeiteinrichtungen, Träger der Erziehungshilfe, Schulen, Kinder- und Jugendarztpraxen, Kliniken, diverse Ämter und Verwaltungen. Wir folgen dabei also einem breiten Kinderschutzverständnis und betrachten nicht nur Spezialeinrichtungen, die sich ausschließlich auf den professionellen Umgang mit familialen Krisen und Kindeswohlgefährdungssituationen spezialisiert haben, als Kinderschutzorganisationen. Nach einer grundlegenden Erörterung der modernen Risikoproblematik entwerfen wir unser Leitbild und unsere strategische Grundorientierung, um dann die programmatischen Aufgaben und Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikoma-

nagements auf der Ebene der Kinderschutzorganisation, der Fachkräfte und der Teams, des Hilfesystems, der Fallarbeit, bei folgenreichen Fehlern, in der Zusammenarbeit mit Familien und schließlich bei Kinderschutzbeschwerden herauszuarbeiten. Dabei gehen wir jeweils so vor, dass wir in den einzelnen PPQs (Programm- und Prozessqualitäten) zuerst die Herausforderung und Aufgabe im thematischen Schwerpunkt und danach die typischen Fehler und Risiken bestimmen. Die Fehler und Risiken werden möglichst scharf und pointiert formuliert, um aufzuzeigen, was passieren kann, wenn nicht die beteiligten Fachkräfte und Organisationen auf allen Ebenen diese Aspekte aufmerksam erkennen und thematisieren.

Die Eckpfeiler guter Fachpraxis (erste Vorschläge für Qualitätsstandards) werden dann als positiver Gegensatz zu den typischen Fehlern und Risiken gefasst und formulieren den positiven Anspruch bzw. die Erwartungen an eine gute Fachpraxis. In den Abschnitten zur „Prozessgestaltung“ geben wir jeweils einige Hinweise, wie man die Qualitätsstandards in der Praxis umsetzen kann. Am Schluss findet sich ein Verzeichnis der benutzten, aber auch der weiter führenden Literatur.

Den Anstoß zur Entwicklung unseres Konzeptes gaben Politiker und Fachkräfte innerhalb und außerhalb Bremens, nicht zuletzt der Untersuchungsbericht der Bremischen Bürgerschaft über das Scheitern der Kinder- und Jugendhilfe, das Kind Kevin und seine Eltern zu schützen.

[1]

Die Herausforderung

Kinderschutz ist seit Beginn der modernen Gesellschaft ein wichtiges Thema gewesen. Und im Rückblick kann man eine Entwicklungslinie ziehen, die vom Kampf gegen die Kinderarbeit und -ausbeutung und gegen das Kinderelend im Zuge der gesellschaftlichen Umbrüche durch die industrielle Revolution bis hin zur Herausbildung der ersten Kinderschutzvereine gegen Misshandlung und Ausbeutung am Ende des 19. Jahrhunderts und zu den Anfängen der staatlichen Säuglings- und Kleinkindfürsorge reicht, hieraus entwickelten sich schließlich im 20. Jahrhundert die staatlichen Jugendämter, die ja im wesentlichen Kinderschutzämter waren. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg öffnete sich die Kinder- und Jugendhilfe im Zuge des umfassenden Ausbaus des sozialen Hilfesystems in den Nachkriegsjahren und dann vor allem in den 1960er und 1970er Jahren zu einem breiten Hilfeangebot für Familien, Kinder und Eltern, das dann schließlich mit der Verabschiedung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) 1990 eine weitreichende gesetzliche Grundlage erhielt. Dabei wurde konzeptuell die Kinderschutzaufgabe stärker mit der Entwicklungsförderung von Kindern und Jugendlichen und mit der lebensweltorientierten Unterstützung von Familien verbunden und es entwickelte sich eine Vielzahl vernetzter professioneller Leistungsangebote des modernen wohlfahrtsstaatlichen Hilfesystems von den frühen Schwangerschaftshilfen, über Angebote der Krisenintervention, der Eltern-, Mütter- und Familienberatung und -therapie bis hin zu einem differenzierten System ambulanter und stationärer Hilfen zur Erziehung und einem schrittweisen Ausbau der Kindertageserziehung.

In letzter Zeit ist allerdings die Kinderschutzproblematik wieder stärker in den Vordergrund der öffentlichen Auseinandersetzung gerückt worden. Damit wurden Kindesmisshandlung und Kinderschutz zu einem nationalen Thema von Gewicht und Masse. Indem vor allem die „problematischen Kinderschutzfälle“ in den Medien aufgegriffen und breit behandelt wurden, bei denen Kinder, wie z. B. Kevin in Bremen, Jessica in Hamburg oder Lea-Sophie in Schwerin, zu Tode kamen, ist es zu einer Umstellung in der Problemsicht gekommen. *„Nachdem jahrzehntelang die misshandelten und vernachlässigten Kinder als Opfer und vor allem die Eltern als Täter im Blick waren (dabei allerdings in der Regel keine Stimme hatten), sind nun die Medien*

– und zwar weltweit – auf die Kinderschutzeinrichtungen selbst aufmerksam geworden. Nun sind die Professionellen in den Blick gekommen, denen Misshandlung und Vernachlässigung im Amt, fachliche Inkompetenz und Fehler vorgeworfen werden“ (Wolff 2007: 133). Die breite Berichterstattung in den Medien über Kinderschutzfehler hat die Öffentlichkeit und die Politik für die Gefährdungen von Kindern und für die Risiken im Kinderschutz sensibilisiert und das professionelle Hilfesystem sieht sich in wachsendem Maße von kritischen Stimmen und Äußerungen in Frage gestellt, die die Notwendigkeit von Qualitätssicherung und Risikomanagement in der Kinderschutzarbeit unterstreichen.

Indem wir die Fragen der Qualitätssicherung und des Risikomanagements aufgreifen, distanzieren wir uns allerdings deutlich von ökonomischen und technischen Risikomanagement-Konzepten, die zum Ziel haben, durch ein geschicktes Managen von Anlage-, Technologie-, und Umweltrisiken einen höchst möglichen Gewinn zu erzielen bzw. eine Katastrophe, von der ja zumeist hunderte bis tausende Menschen zugleich betroffen sind, zu vermeiden. Stattdessen setzen wir kritischer an, indem wir zwar die Eintrittswahrscheinlichkeit und das Schadensausmaß von schwerwiegenden Kinderschutzfehlern in den Blick nehmen, dabei aber einen sozialökologischen Risikomanagement-Ansatz verfolgen (vgl. Renn et al. 2007). D. h. wir setzen nicht allein auf den Einsatz einfacher Ampel- oder Ablauf- und Verfahrensmodelle, sondern auf die diskursive Notwendigkeit eines offenen Risiko- und Fehlerdialogs, zu dem alle am Kinderschutz beteiligten Personen, Institutionen und politischen Entscheidungsträger eingeladen sind. Kinderschutz ist nämlich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Mit dem hier vorgelegten Konzept der Qualitätssicherung und des Risikomanagements in der Kinderschutzarbeit nehmen wir die kritischen Forderungen nach qualitativen Verbesserungen im gesamten Kinderschutzsystem auf und versuchen, uns als Fachkräfte – vor allem aus der öffentlichen und freigemeinnützigen Kinder- und Jugendhilfe aber auch der anderen am Kinderschutz beteiligten Berufsgruppen – der Herausforderung zu stellen, Vorschläge für ein praktikables Konzept der Qualitätssicherung und des Risikomanagements zu machen, um die Kinderschutzarbeit in Bremen und anderswo qualitativ neu auszurichten und zu verbessern.* Dabei ist wesentlich, sich klar zu machen, dass die Arbeit im Kinderschutz immer vor dem Hintergrund der aktuellen sozio-kulturellen, politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen stattfindet, deren Entwicklungstrends man in den Blick nehmen muss, wenn man eine nachhaltige Qualitätsverbesserung im Kinderschutz erreichen will. Im Kinderschutz bündeln sich nämlich – wie in einem „Brennglas“ – soziale und kulturelle Veränderungen, insbesondere

- Verschiebungen im Verhältnis von Staat und Bürgerinnen und Bürgern (mit einer neuen Sicht auf die bürgerlichen Grund- und Freiheitsrechte und die Kontroll- und Überwachungsrechte des Staates)
- zunehmende Verschränkungen zwischen der familialen Lebenswelt und der Arbeitswelt und den die Familie stützenden und ergänzenden, aber auch beobachtenden und kontrollierenden gesundheitlichen, pädagogischen und sozialen Berufssystemen (mit einer neuen Sicht auf Autonomie und Abhängigkeit in der Gestaltung von Sozialisations- und Erziehungsprozessen)

* Wir verweisen hierbei auf das Konzept zum Risikomanagement bei Kindeswohlgefährdungen, welches vom Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen bereits im Jahr 2009 vorgelegt worden ist.

- Verunsicherungen über irritierende Veränderungen im Generationen- und Geschlechterverhältnis (mit einer neuen Sicht auf Formenvielfalt, Machtverschiebungen und Gefährdungen des gesamten Familiensystems)
- Beunruhigungen über neue und verstärkte Ausgrenzungen armer, von Bildung ausgegrenzter Bevölkerungsschichten in wachsenden gesellschaftlichen und lebensgeschichtlichen Problem- und Notlagen (mit einer neuen Sicht auf soziale Ungleichheit, Armut und Benachteiligung und die Förderung sozialer Gerechtigkeit)
- Auseinandersetzungen über den Wandel sozio-kultureller Wertvorstellungen und die Verbindlichkeit rechtlich normativer Rahmen (mit einer neuen Sicht auf Verhältnisse wachsender multikultureller und weltanschaulicher Vielfalt und Konfliktodynamik)
- widersprüchliche Haltungen zur grundsätzlichen Relativierung wissenschaftlicher Erkenntnis (mit einer neuen Sicht auf die Relativierung von Wissen und Wahrheit)

Wir konkretisieren: In den öffentlichen Diskussionen und den Fachdiskursen hat sich vor allem eine neue Sicht auf Familien entwickelt, wobei vor allem die Formenvielfalt herausgestellt, die strukturelle Krise der familialen Genealogie, des familialen Reproduktionszusammenhangs (mit unklaren, wenn nicht gar fragmentierten Vater- und Mutterbildern und diffusen Generationengrenzen) aber eher verdeckt wird. Deutlicher wird gesehen, dass eine wachsende Anzahl von Familien von Armut und Marginalisierung bedroht und auch durch Gewalt und Kindesmisshandlung gefährdet sind. Zugleich wird in der modernen Sozialen Arbeit programmatisch und methodisch betont, dass diese so gefährdeten Familiensysteme aber auch über (Selbstheilungs-) Kräfte, über Kräfte der Resilienz, aus Belastungen und Konflikten herauszufinden, verfügen.

Von besonderer Bedeutung in der Kinderschutzarbeit ist des Weiteren die epochal neue Sicht auf das Kind: Die individuellen Rechte sowie die Entwicklungs- und Bildungsbedürfnisse von Kindern sind heute auf breiter gesellschaftlicher Basis anerkannt. Die Kritik an der mangelhaften oder fehlenden Förderung eines Kindes mit der Gefährdung des Kindeswohls wird auf dieser Basis schärfer und dabei wird kein Kind ausgenommen: Jedes Kind zählt! („Every Child Matters“).* Nicht von ungefähr hat sich die Tendenz verstärkt, die Erziehungs- und Bildungsaufgaben nicht mehr den Familien und vor allem nicht mehr den Müttern allein zu überlassen, sondern zu vergesellschaften; Aufwachsen von Kindern findet darum auch bereits in der früher Kindheit im öffentlichen Raum statt, wird Kindheit zu einer institutionalisierten und sozialräumlich mitbestimmten und ausgestalteten Kindheit.

Kinderschutzpolitisch und -programmatisch wird auf diese Entwicklungstrends ganz unterschiedlich reagiert. Einerseits ist zu beobachten, dass in der Auseinandersetzung um gute Kinderschutzpraxis immer auch die oben angedeuteten grundsätzlichen Strukturkonflikte mit bearbeitet werden und Kinderschutz dabei zugleich in seinen Möglichkeiten häufig überschätzt wird. Andererseits wird neben einer ressentimentgeladenen Skandalisierung der professionellen Fehler eine Besserwisserie im Nachhinein betrieben: Mit einem Wissen aus der Retrospektive kann man nämlich leicht als „Schlaumeier“ auftreten. Was in der konkreten Handlungssituation eine Rolle gespielt hat, warum welche Dinge wahrgenommen oder übersehen wurden und warum welche Entscheidungen mit welchen Folgen getroffen wurden,

* So der Titel des englischen „Green Paper“ (Rahmenkonzepts): Chief Secretary to the Treasury (2003): Every Child Matters (Cm5860). London: Stationery Office

lässt sich allerdings nur in systemisch-psychologisch und sozialarbeiterisch differenzierten Fall- und Organisationsanalysen rekonstruieren, wobei die ganze Breite der Wirkfaktoren in den Blick genommen werden muss: familiäre, professionelle, interaktionelle, kontextuelle, organisationale und inter-organisationale. Vorschläge, wie die humanen, finanziellen und materiellen Ressourcen im Kinderschutzsystem intelligenter und wirksamer genutzt werden können, müssen diese Vielfalt von Faktoren und Ebenen berücksichtigen. Sie müssen also hinreichend komplex und vor allem mehrseitig angelegt sein, um eine fehleroffene, achtsame und lernende Organisation zu ermöglichen, die sich flexibel, selbstreflexiv, forschend auf eine Praxis einlassen kann, die ein lebendes System darstellt, das sich als nicht-triviale, sich immer wieder neu erzeugendes System auf andere ähnlich komplexe Systeme bezieht. D. h. es handelt sich beim Kinderschutzsystem im Kontakt mit dem durch Misshandlung gefährdeten Familiensystem um ein mehrsystemisches Feld struktureller Unsicherheit, das man zwar durch eine stärkere gesetzliche Verankerung und Verregelung der Handlungspraxis (wie z. B. mit der Einführung der Regelungen des § 8a SGB VIII bzw. den immer noch aktuellen Gesetzgebungsbemühungen im Bund und in den Ländern, wie z. B. einem „Bundeskinderschutzgesetz“) rahmen, aber nicht definitiv regeln oder festlegen kann.

Kinderschutz ist daher grundsätzlich riskant und Kinderschutzarbeit ist als Arbeit in einem kontingenten Hoch-Risikobereich zu begreifen. Denn die Fachkräfte in den Familien und im gesamten Umfeld haben es mit lebenden, komplexen Systemen zu tun, deren Kausalzusammenhänge nur schwer zu identifizieren sind, in denen die Ursache-Wirkungsketten in der Handlungspraxis tendenziell unbestimmt sind und wo die möglichen Konsequenzen eines Risikos (des Eintritts negativer Ereignisse wie z. B. der Gefährdung eines Kindes) von den Beteiligten ganz unterschiedlich bewertet werden können. Zwar können nach fachlichen Analysen komplexer Handlungssituationen konkrete Schritte geplant und begründete Vermutungen über mögliche zukünftige Entwicklungen geäußert werden. Diese beinhalten aber hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung stets einen erheblichen Anteil an Unsicherheit und Ungewissheit. Die tatsächliche Entwicklung kann nicht einfach vorhergesagt werden. Vielmehr muss stets mit unvorhergesehenen und spontanen Entwicklungen gerechnet werden, mit unerwarteten Fehlern, die aus einer falschen Situationsdeutung heraus entstanden sind und sich oftmals erst im Nachhinein als solche herausstellen.

Kinderschutz erfordert darum eine Kultur der reflexiven Verständigung und des Dialogs, nicht zuletzt eine faire Zusammenarbeit auf Augenhöhe der beteiligten Menschen und der verschiedenen am Kinderschutz beteiligten Organisationen. Die organisatorischen Strukturen, innerhalb derer die Fachkräfte tätig werden, müssen darum flexibel sein. Sie müssen es den Fachkräften ermöglichen, die ständigen Entwicklungen und Veränderungen im Leben der Kinder, in ihren Familien und in ihrem Umfeld aufzunehmen und mit dieser Dynamik angemessen umzugehen.

Die Fachkräfte müssen in ihrer Tätigkeit hohe emotionale Anforderungen bewältigen. Sie müssen vielfältige Beziehungen zu den Kindern, deren Eltern sowie den Personen im Umfeld gestalten. Beängstigenden, gefährlichen Situationen müssen sie mit einer professionellen Haltung begegnen, die von zwischenmenschlicher Empathie und Anerkennung gegenüber allen Beteiligten geprägt ist. Nicht zuletzt benötigen die Fachkräfte viel Mut, um in leidvollen Lebenssituationen und schwierigsten Lebensverhältnissen und Krisen von Familien helfend tätig zu werden und Kinder zu schützen.

Die Fachkräfte benötigen dafür ein umfangreiches Wissen über die Entstehung und Veränderung der hier angedeuteten Problemlagen. Sie sind angewiesen auf Methoden und Verfahren, mit denen sie professionell handeln können. Ihre Wissensbestände und ihr fachliches Können müssen sie kontinuierlich erweitern und erneuern.

Kinderschutz ist darum sowohl für die Kinder und ihre Familien als auch für die Fachkräfte eine kommunikative Herausforderung. Die Familien, Eltern und Kinder müssen sich ihrerseits gegenüber den Fachkräften öffnen, sich selbst einbringen und sich mit ihren Schwierigkeiten auseinandersetzen. Die Fachkräfte wiederum haben die Aufgabe, in sensiblen Gesprächen, Vorurteile, Ängste und falsche Annahmen zu verändern und gemeinsame Lösungen zu entwickeln. Dabei müssen sie unterschiedliche Lebenswelten, Berufsgruppen und Organisationen miteinander in einen Dialog bringen. Sie benötigen die menschliche Fähigkeit, sich auf wechselnde Personen, Situationen und Ereignisse immer wieder neu einzustellen.

Qualitätssicherung und Risikomanagement in der Kinderschutzarbeit bedeutet, die Risiken und Gefahren einzuschätzen, zu reflektieren und zu managen, die dabei immer wieder auftauchen. Ausgehend von der Lebenswelt der Kinder und ihrer Familien müssen hierfür alle relevanten Bereiche und beteiligten Organisationen systematisch einbezogen werden. Damit entsteht die Chance, dass nicht nur innerhalb der Organisationen sondern auch zwischen ihnen Systemlernen möglich wird.

[2]

Leitbild und Grundorientierung

Im Bremer Qualitätssicherungs- und Risikomanagementkonzept in der Kinderschutzarbeit steht das „Kindeswohl“ als Leitidee im Mittelpunkt. Da das Wohl der Kinder, das Wohl der Eltern und das Gemeinwohl aber einander bedingen und fortwährend miteinander austariert werden müssen, ist die Kinderschutzarbeit nicht nur als Aufgabe einzelner Beauftragter, sondern als Aufgabe aller Personen und Institutionen des Landes Bremen, die mit der Erziehung und Bildung, der Gesundheitsförderung und der Kinder- und Jugendhilfe befasst sind, zu verstehen. Die ganzheitliche Orientierung des Kinderschutzes am Kindeswohl, Elternwohl und Gemeinwohl bezeichnen wir als **tri-polaren Kinderschutz**.

Wirksamer Kinderschutz, der sich nicht im professionellen Selbstschutz verstrickt (vgl. Biesel, 2009), ist nur dann möglich, wenn alle gesellschaftlichen Kräfte sich gleichermaßen engagieren und die Verantwortung dafür übernehmen, dass in den Organisationen die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden, um die Risiken in der Kinderschutzarbeit zu minimieren. Dies meint insbesondere die Entwicklung und Umsetzung von organisationalen Verfahrensweisen und professionellen Standards, die ein systematisches und sozialökologisches Risikomanagement sicherstellen, d. h. eine umfassende Analyse, Bewertung, Verbesserung und „Steuerung“ risikorelevanter Faktoren und Prozesse.

Das vorliegende Konzept versteht sich als Handlungsleitfaden, der richtungweisend aufzeigt, in welchen Bereichen die Kinderschutzorganisationen sicherstellen müssen, dass sich sowohl die Leitungskräfte als auch die Mitarbeiter/-innen konsequent an den Standards orientieren und messen.

Unsere Vision ist, dass sich allererst die Eltern selbst, darüber hinaus aber auch Bürgerinnen und Bürger, Großeltern und Verwandte, Mitarbeiter/-innen in Kindertageseinrichtungen und Schulen, Mitarbeiter/-innen anderer Institutionen und Organisationen, nicht zuletzt des

Jugendamtes und der freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe, für den Schutz von Kindern verantwortlich sehen und jeder in seiner Rolle und Funktion als Teil zum Ganzen der Kinderschutzarbeit beiträgt: Freie Bürgerinnen und Bürger in ihrer Rolle als Teil der staatlichen Gemeinschaft (§1 SGB VIII) und andere, wie z. B. die öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfeträger und andere Berufssysteme, die darüber hinaus die Aufgabe haben, Eltern und deren Kinder davor zu schützen „in und an Gewalt zu scheitern“. Sie tragen auf diese Weise dazu bei, das Wohl und die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu fördern (vgl. Wolff 2007: 5).

Deshalb wollen wir als Kinderschutzorganisationen, als ein Teil des Ganzen, unsere inner- und interorganisationalen Abläufe auf Qualität hin ausrichten und durch die Einführung von Qualitätssicherung und Risikomanagement kontinuierlich bewerten und verbessern. Wir wollen uns im Dialog zwischen den Familien, dem öffentlichen Kinder- und Jugendhilfeträger und den anderen jeweils Beteiligten fortlaufend für eine Verbesserung des Kinderschutzes einsetzen, indem wir praktische Erfahrungen auswerten, gemeinsame professionelle Standards weiterentwickeln und frühzeitig aus unseren Hilfeprozessfehlern lernen.

Damit uns dies gelingt, braucht es ein grundsätzliches klares Bekenntnis zu einer Kultur der Fehleroffenheit, der Achtsamkeit und des demokratischen Zusammenwirkens im öffentlichen und fachlichen Dialog.

Kultur der Fehleroffenheit

Entscheidend für ein demokratisches Zusammenwirken aller Beteiligten ist die Entwicklung einer reflexiven Kultur der Zusammenarbeit, die sowohl Offenheit und Transparenz als auch den kritischen Dialog und die Auseinandersetzung mit Schwachstellen, ja mit Hilfeprozessfehlern, die im Kinderschutz nicht auszuschließen sind, fördert.

Dies ist für alle Beteiligten eine Herausforderung, da bisher in der öffentlichen Aufarbeitung der bekannt gewordenen tödlichen Kindesmisshandlungsfälle vor allem nur einzelne Fachkräfte wegen ihres Fehlverhaltens individuell zur Verantwortung gezogen wurden. Dabei wurde allzu leicht übersehen, dass solche gravierenden Fehler (solche „Praxiskatastrophen“) nicht einfach zufällig entstehen. Sie haben professionelle wie organisationelle Ursachen, sind von ihren Folgen her nur schwer zu überblicken und müssen von allen am Kinderschutz Beteiligten gemeinsam untersucht und bewertet werden. Dies setzt eine lernende Haltung voraus. Denn Fehler haben eben nicht nur negative Seiten. Sie können wichtige Lernanreger sein, wenn sie als „normal“, als immer wieder in menschlicher und organisationaler Praxis vorkommend betrachtet werden und wenn es gelingt, sie frühzeitig zu erkennen und sie im gemeinsamen Dialog zu thematisieren. Dies ist freilich nicht immer der Fall, haben wir doch von frühester Kindheit an gelernt, wie schmerzhaft, wie beschämend das Lernen aus Fehlern ist (vgl. Oser/Spychiger 2005).

Darum ist es nicht überraschend, dass wir unsere Fehler vor anderen lieber vertuschen. Wir geben sie nicht gerne zu und erst recht trauen wir uns nicht, andere Fachkräfte und Führungskräfte offensiv darauf hinzuweisen. Fehler haben einen Makel. Sie sind unerwünscht, werden gern unter den Teppich gekehrt und es wird abgewehrt, sie offensiv aufzudecken (vgl. Howitt 1993). Kein Wunder, dass die Massenmedien insbesondere über Schicksalsschläge, Kata-

strophen, Tragödien und Skandale berichten. Ihre Skandalisierung hilft nicht allein, eine privilegierte Position auf dem knappen und umkämpften Markt um öffentliche Aufmerksamkeit (vgl. Franck 2007) und hohe Auflagen zu erringen, sondern sie „rahmt“ die öffentliche Wahrnehmung von Ereignissen und prägt auf diese Weise das gesellschaftliche Bild von Bedrohungen und Gefährdungen, mit denen wir uns in moderner Gesellschaft konfrontiert sehen.

Meldungen über Erfolge in der Kinderschutzarbeit lassen sich deshalb nur spärlich finden. Sie sind im von „brandneuen“ und „exklusiven“ Schreckensnachrichten aufgeladenen Massengeschäft mit der Angst kommunikativ unbrauchbar. Eine Kultur der Fehlerfeindlichkeit und des gegenseitigen Misstrauens ist die Folge einer solchen auf Skandalisierung und Verurteilung angelegten öffentlichen Berichterstattung. Sie erzeugt oftmals das Gegenteil von dem, was sie oberflächlich zu suggerieren scheint: einen Anstoß zur produktiven Veränderung.

Ein aktives Lernen aus Fehlern ist in einem solchen durch die Massenmedien moralisch „aufgeheizten“ gesellschaftlichen Umfeld nur schwer möglich, wenn nicht sogar unmöglich. Denn das „Menschenrecht auf Irrtum“ (Guggenberger 1987) wird in einer Gesellschaft, die auf Sicherheit und auf souveränes Management und durchgängige Kontrolle von Unsicherheiten setzt, nicht toleriert. Schon gar nicht, wenn es um die „riskante Absicherung“ des Kinderschutzes geht. Umso wichtiger ist es, dass wir uns der Herausforderung stellen und uns in der Kinderschutzarbeit um eine „Kultur der Fehleroffenheit“ bemühen. Schließlich haben problematische Kinderschutzverläufe in der gesellschaftlichen Debatte mit Recht zu der Forderung nach einer Minimierung der Sicherheitslücken im Kinderschutz geführt. Häufig wird dabei allerdings angenommen, dass es vor allem mit standardisierten empirischen Verfahren, Auflagen und Verordnungen gelänge, die vorhandenen Sicherheitsrisiken zu verringern oder gar auszuschließen. Das Wissen um die Bedeutung und den Umgang mit unvorhersehbaren Ereignissen gerät hierbei aber leicht außer Acht.

Die an der Kinderschutzarbeit beteiligten Personen müssen sich von der populären Ansicht lösen, in ihrem beruflichen Bereich sei der Ablauf allen Geschehens restlos plan- und steuerbar. Auch zukünftig werden wir Kinder oder Jugendliche nicht immer vor Gewalt, Vernachlässigung und Misshandlung erfolgreich schützen können. Denn in Anbetracht einer hochkomplexen, von struktureller Unsicherheit geprägten Lebens- und Berufswelt wird es in der Kinderschutzarbeit immer wieder Fehleinschätzungen über konkrete Gefährdungssituationen geben. Fehler und Fehleinschätzungen werden sich nicht vollständig vermeiden lassen. Doch statt der Suche nach Schuldigen alle Aufmerksamkeit zu widmen, gilt es, zukünftig Hilfeprozessfehler systematisch zu sammeln, auszuwerten und daraus zu lernen.

Die Hinwendung zum Prinzip der Fehleroffenheit (und nicht, wie gerne formuliert wird, der „Fehlerfreundlichkeit“), die Schaffung einer auf Achtsamkeit und Geistesgegenwärtigkeit setzenden und einer Bürokratie- und Hierarchiefixierung überwindenden Fehlerkultur ist die Basis für eine grundlegende Neuausrichtung unserer Praxis in der Bremer Kinderschutzarbeit.

Der Begriff „Fehlerkultur“ bezeichnet ganz allgemein das Lernen aus als relevant eingestuften Fehlern sowie die Art und Weise, wie Systeme mit Fehlern, Fehlerrisiken und Fehlerfolgen umgehen. Fehleroffenheit eines Systems bedeutet, dass es so eingerichtet ist, dass (kleine) Fehler nicht zu weit reichenden negativen Folgen, zum Scheitern oder gar zur Auslöschung des Systems führen. Fehleroffenheit bedeutet also auch, dass Fehleinschätzungen einzelner

Fachkräfte durch standardisierte Vorgehensweisen oder Kontrollverfahren im weiteren Verlauf eine Korrektur problematischer Verhaltensweisen wahrscheinlicher machen. Nicht ohne Grund orientieren wir uns deshalb in unserem Vorgehen an einem systemischen und organisationskulturellen Fehlerverständnis.

Wir haben aus der Vergangenheit gelernt und wissen nun: „In dynamisch-komplexen Strukturen lässt sich der Kardinalfehler, dass ein nachhaltig verfolgtes Interesse oder Leitziel verfehlt wird, am ehesten dann vermeiden, wenn Fehleroffenheit [von allen am Kinderschutzbeteiligten Fachkräften und Organisationen; d.A.] ermöglicht wird.“ (Weingardt 2004: 254). Und das gelingt nur, wenn offen über Fehler kommuniziert wird und wenn sie nicht bagatellisiert oder gar vertuscht werden. Gravierende bzw. folgenschwere Fehler, und darauf wollen wir deutlich hinweisen, bedingen einander. Sie haben professionelle als auch intra- und interorganisationelle Ursachen, wie der Fehlerforscher James Reason (2008: 17) ausführt:

Sie werden (1.) durch organisationelle Faktoren, durch strategische Managementscheidungen, durch generelle organisationelle Prozesse, beispielsweise durch Budget- und Ressourcenvorgaben, durch den vorhandenen Personal- und Wissensbestand und nicht zuletzt durch die latent im Hintergrund wirksam werdende Organisationskultur verursacht. Diese Managementfehler haben dann wiederum (2.) Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Fachkräfte, also inwiefern diese organisationelle Freiräume und konkrete fachliche Vorgaben der Qualitätssicherung und des Risikomanagements haben und (3.) ob Hilfeprozessfehler („unsafe acts“) in der Ausübung ihrer Kinderschutzarbeit beobachtet und rechtzeitig abgestellt werden können.

Eileen Munro (2009), die sich in ihren Ausführungen auch auf Reason bezieht, versteht Kinderschutzorganisationen deshalb auch als kognitive, also mitdenkende und sich selbst beobachtende Systeme, an deren „spitzen“ Ende die agierenden Fachkräfte mit ihren Aufmerksamkeitsfähigkeiten und an deren „stumpfen“ Ende, die organisationellen Ressourcen und bürokratischen Einschränkungen sowie die prägende Organisationskultur stehen.

Wir wollen darum festhalten: Die Organisationskultur beeinflusst in hohem Maße, ob Fehler eines Systems als relevant angesehen werden, wie mit Fehlern umgegangen wird, was für ihre Vermeidung durch gezielte „Trainings-on-the-Job“, wie Weiterbildungen, Supervision und Fallreflexionen getan wird und worauf die Fachkräfte im Kinderschutz als auch ihre Leitungskräfte ihre Prioritäten setzen.

Die Fehlerkultur einer Organisation basiert auf drei Säulen, die sich gegenseitig bedingen (Schüttelkopf 2006):

- auf Normen und Werten, auf die sich die beteiligten Träger/Institutionen miteinander verständigen. Sie bestimmen die Art und Weise, wie mit Fehlern, Fehlerrisiken und Fehlerfolgen umgegangen wird;
- auf den Kompetenzen, die dazu beitragen, mit Fehlern kritisch umzugehen; mentale/emotionale Kompetenzen sowie soziale/methodische Kompetenzen;
- auf Instrumentarien für den Umgang mit Fehlern, auf die sich die Beteiligten verständigen.

Die Erkenntnis, dass viele kleine „Zwischenfälle“ und Beinah-Unfälle Katastrophen vorausgehen, hat in klassischen Hochrisikoorganisationen und Systemen zu einer systematischen

Fehleranalyse und zu einem generativen Fehlerreporting geführt. Voraussetzung hierfür ist ein frühzeitig einsetzendes, zeitnahes, systematisches Dokumentations- und Berichterstattungssystem, das die vertiefende Analyse von Hilfefällen erst ermöglicht. Diese umfasst nicht nur das Handeln Einzelner, sondern betrachtet immer auch den systemischen Kontext hinsichtlich der Organisationsprozessstruktur. Die Nutzung von Falldokumentationen als Quelle von Erkenntnissen über vergangene und zukünftige Hilfeprozessfehler und damit einhergehende Entscheidungsrisiken kann jedoch nur bei einer Grundhaltung gegenseitigen Vertrauens auf eine zukunftsgerichtete Auswertung gelingen.

Die Qualität der Fall- und Organisationsanalysen und die in den Organisationen vorhandene Beobachtungs- und Auswertungskompetenz sind entscheidende Indikatoren für ein realisiertes Qualitätssicherungs- und Risikomanagement.

Kultur der Achtsamkeit

Als Hintergrund und Basis für die Entwicklung und Durchführung zielführender Fall- und Prozessanalysen dient uns das Konzept der „Kultur der Achtsamkeit“. Karl E. Weick und Kathleen Sutcliffe (2003) schlagen vor, ein kollektives Umfeld von Aufmerksamkeit und Wachheit in den Organisationen zu schaffen und die Fähigkeit zu fördern, Fehler zu entdecken und zu korrigieren, bevor Situationen zu Krisen eskalieren. Sie sind der Frage nachgegangen, wie achtsame Menschen und Organisationen arbeiten, um in jeder Situation handlungsfähig bleiben zu können. Bei ihren Forschungen kamen sie zu der Erkenntnis, dass die so genannten High Reliability Organizations (HRO's = Organisationen mit hoher Zuverlässigkeit) nach folgenden fünf Prinzipien handeln, um mit Unerwartetem zurecht zu kommen, ein wirkungsvolles Lernen aus Fehlern zu ermöglichen, das Entdecken von blinden Flecken auf der Struktur-, Prozess- und Fachkräfteebene zu unterstützen sowie Wahrnehmungsroutinen zu vermeiden.

1. Achtsame Menschen und Organisationen richten ihre Aufmerksamkeit eher auf ihre Fehler als auf ihre Erfolge aus.
2. Sie schrecken vor grob vereinfachenden Interpretationen zurück.
3. Sie entwickeln ein feines Gespür für betriebliche Abläufe.
4. Sie streben nach Flexibilität.
5. Sie haben große Hochachtung vor fachlichem Wissen und Können.

Entscheidend für die Umsetzung des Konzeptes ist, dass nicht versucht wird, Hilfeprozessfehler z.B. durch das Nichttreffen oder Verschieben von Entscheidungen zu vermeiden, sondern dass diese Fehler gezielt gesucht, frühzeitig erkannt und disziplinübergreifend untersucht werden, um auch in begonnene Hilfeprozesse noch steuernd eingreifen und solche Fehler von ihrem Schadensausmaß her abschwächen zu können.

Dies bedeutet: in allen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe ein Klima zu schaffen, das die Etablierung neuer Standards in der systematischen Reflexion und Analyse der Fachpraxis fördert und vorantreibt. Zugleich müssen organisationsintern die strukturellen und personellen Voraussetzungen für eine systematische und zugleich praktikable Praxis der Qualitätssicherung und des Risikomanagements geschaffen werden.

Lernen vom Erfolg

Zur gekonnten Qualitätssicherung und zum Risikomanagement gehört jedoch auch das „Lernen vom Erfolg“ (Rosenfeld/Rosenberg/Elek 2009): die systematische Gewinnung von verschwiegenem Wissen, das konkret in Handlungen umsetzbar ist. Zur Aufdeckung dieses so wertvollen Wissens reflektieren wir unsere fallbezogenen und fallübergreifenden Arbeitsprozesse im Nachhinein, um herauszufinden, was uns wirklich gut gelungen ist. Wir studieren dabei diejenigen Fälle, die aus unserer Sicht anfangs oft „hoffnungslos“ waren, bei denen es den Familien aber mit unserer Hilfe gelungen ist, Hilfen erfolgreich für sich zu nutzen. Wir analysieren also, wie wir mit solchen außergewöhnlichen Familien in Kontakt gekommen sind und ein Bündnis mit ihnen schließen konnten.

Dabei stützen wir uns auf drei wesentliche Erfolgsindikatoren:

- (1.) Die Klientinnen und Klienten, denen professionell geholfen wurde, nehmen selbst wahr, dass ihnen geholfen wurde. Sie haben das Hilfesystem, die Kinderschutzorganisation, das Team oder die einzelne Fachkraft als unterstützend und hilfreich erlebt.
- (2.) Es gibt einen objektiven Beweis für den Erfolg.
- (3.) Es sind keine ernsthaften negativen Folgen festgestellt worden, die etwa durch professionelle Unterstützungsleistungen verursacht worden sind.

Veränderung managen

Die Umsetzung des Bremer Qualitätssicherungs- und Risikomanagementkonzeptes setzt professionelles, verantwortungsvolles und engagiertes Leitungshandeln auf allen Ebenen und in allen beteiligten Organisationen voraus. Kernaufgabe ist die aktive Gestaltung einer fehleroffenen Organisationskultur, in der sich die Qualität von Reflexion und Lernen entfalten kann und weniger Wert darauf gelegt wird, Vorhandenes zu bewahren, Einzelinteressen zu schützen oder die Hilfepraxis mit neuen Verregelungen zu überziehen, wenngleich auch immer wieder eine Balance zwischen dem, was zu bewahren und zu verändern ist, gefunden werden muss, damit nicht allzu schnell und leichtfertig fachlich sinnvolle Verfahrensweisen über Bord geworfen werden (vgl. Böwer 2008).

Die in der Mitte der Organisation ansetzende, kontinuierliche Qualitätsentwicklung (Middle-up-down-Prinzip), muss begleitet werden durch eine klare Verankerung der qualitätssichernden Managementaufgaben auf der Führungsebene, die als Motor und Repräsentant für eine veränderte Kinderschutzpraxis in die eigene Organisation und in das Umfeld hinein wirkt.

Um Risiken managen zu wollen und zu können, braucht es sowohl klare Verantwortungsstrukturen und Zuständigkeiten, in denen die Steuerungsaufgaben geregelt sind, als auch Leitungskräfte, die fachlich versiert sind und eine Vorbildfunktion im Umgang mit Risiken und Fehlern einnehmen. Das Handeln und die soziale Kompetenz der Leitungskräfte werden maßgeblich mit beeinflussen, ob die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen durchaus berechnete Ängste abbauen können und Vertrauen in ein aktives Fehlermanagement entwickeln werden.

Ihre Aufgabe ist es, die nachhaltige Umsetzung des Bremer Konzeptes vor allem durch

- den Aufbau von (intra-/interorganisationalen) Strukturen zur gezielten (Fehler-) Analyse von Hilfeverläufen,

- die systematische Überprüfung und Einhaltung innerbetrieblicher Prozesse und Verfahrensabläufe,
- die Bereitstellung von fachlicher Beratung und von Qualifikationsangeboten für das Personal sowie
- die Kommunikation und Vernetzung mit anderen Kinderschutzorganisationen sicherzustellen.

Nicht zuletzt wird es von der Bereitschaft und dem Willen der Leitungsebenen in Politik und Verwaltung und dem persönlichen Engagement der Verantwortlichen abhängen, ob in Bremen neue Maßstäbe zur Gewährleistung bester Fachpraxis im Kinderschutz entwickelt und in der Praxis umgesetzt werden können.

[3]

Aufgaben und Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagements

3.1 Programm- und Prozessqualität

Qualitätssicherung und Risikomanagement auf der Ebene der Kinderschutzorganisation

3.1.1 Herausforderung und Aufgabe

Kinderschutzorganisationen sind, wie wir bereits ausgeführt haben, Hochrisikobereiche. Die Wahrnehmung und Umsetzung von Kinderschutzaufgaben wird zu einer bedeutsamen Herausforderung für alle Organisationen in diesem Feld. Denn einerseits ist es der Zweck von Organisationen, Stabilität und Kontinuität zu gewährleisten, d. h. komplexe gesellschaftliche Handlungs- und Entscheidungsprozesse zu vereinfachen und erwartbar zu machen. Die dazu entwickelten Regelungen und Verfahren werden jedoch andererseits, einmal eingeführt, allzu oft zu beständigen und unhinterfragten Routinen, die die Organisation in ihrer Entwicklung erstarren lassen, obwohl Organisationen keineswegs in einem fest gefügten Umfeld agieren, sondern mit sich permanent wandelnden Bedingungen (bspw. in der Lebenswelt ihrer Nutzer, aber auch in den eigenen Umweltkontexten) konfrontiert sind. Sie müssen sich darum angesichts sich ständig verändernder Umwelthanforderungen stets neu justieren, das heißt sie müssen sich permanent neu in Gang setzen und laufen dabei immer wieder Gefahr, bei der Verfolgung ihrer anvisierten Ziele sich selbst zum Problem zu werden.

Für die Qualitätssicherung und das Risikomanagement auf der Ebene der Kinderschutzorganisation erwachsen aus diesen Bedingungen der Unstetigkeit (Weick 2009) wichtige Herausforderungen. Denn ein Scheitern in schwierigen Fällen bedeutet auch immer ein Schei-

tern organisationaler Handlungsprozesse und Entscheidungsverläufe. Qualitätssicherung und Risikomanagement auf der Ebene der Organisation bedeutet deshalb zunächst das permanente Management von Unsicherheit. Qualitätssicherung und Risikomanagement schaffen erst die Bedingungen, sich auf unsichere Praxisverhältnisse einzustellen und mit ihnen rechnen zu können. Damit verbunden sind der Spagat zwischen der Schaffung stabiler und vorhersehbarer Ablaufstrukturen, den Notwendigkeiten der Beobachtung und Offenlegung eigener organisationaler Schlüsselprozesse und deren blinder Flecken und schließlich der Wahrnehmung sich verändernder Bedingungen im Umfeld der Organisation. Deshalb müssen durch Qualitätssicherung und Risikomanagement Bedingungen geschaffen werden, die diese dynamischen Verhältnisse in den Blick bekommen. Sie müssen dafür sorgen, dass Fehler und Risiken adäquat wahrgenommen und eingeschätzt werden, damit daraufhin eine gute Fachpraxis entwickelt und dauerhaft und selbstreflexiv ermöglicht werden kann.

Dabei sind die Aufgaben der Qualitätssicherung und des Risikomanagements mit erheblichen Problemen konfrontiert, die in der Organisationspraxis des Kinderschutzes immer wieder offensichtlich werden. Eine unklare Programmatik und eine diffuse Grundorientierung innerhalb von Organisationen führen bspw. zu einseitigen und engen fachlichen Orientierungsrahmen, zu unklaren Verantwortungsstrukturen und Kompetenzbereichen und nicht zuletzt zu diffusen Kommunikations- und Entscheidungsverläufen. Kommunikationsabbrüche führen wiederum zu Widerständen und zu Misstrauen, die ihrerseits zu einer defensiven Organisationskultur beitragen. Schließlich lassen das Fehlen oder das Übergehen von Qualitätsstandards keine gemeinsame Basis für eine gute fachliche Entwicklung zu.

Kinderschutzorganisationen sind also eingebettet in komplexe und miteinander verwobene Zusammenhänge und sind insgesamt mit erheblich dynamisierten Veränderungsanforderungen konfrontiert. Qualitätssicherung und Risikomanagement sind deshalb zu wichtigen und dauerhaften Aufgaben jeder Organisation im Bereich des Kinderschutzes geworden. Die zentrale Aufgabe der Qualitätssicherung auf der Ebene der Kinderschutzorganisation liegt also vor allem in der Schaffung von Transparenz in Bezug auf die organisationalen Abläufe und Strukturen und in der Entwicklung und Sicherung verbindlicher Qualitätsstandards.

Die permanente Wahrnehmung von sich verändernden Bedingungen innerhalb und außerhalb der Organisation ist die Aufgabe des Risikomanagements. Durch Qualitätssicherung und Risikomanagement sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, Risiken und Fehler, die aufgrund der beschriebenen hoch riskanten Praxisverhältnisse systembedingt entstehen, innerhalb der Organisation zu erkennen. Und Qualitätssicherung und Risikomanagement müssen die Rahmenbedingungen, die Schlüsselprozesse und die Wendepunkte beschreiben und markieren, an denen die Kinderschutzorganisation ansetzt, um permanent zu lernen und zu verlernen.

3.1.2 Typische Fehler und Risiken in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement auf der Ebene der Kinderschutzorganisation

Auf der Ebene der Kinderschutzorganisation lassen sich vor allem die folgenden Fehler und Fehlhaltungen häufig beobachten, die erhebliche Auswirkungen auf das gesamte Aufgabenfeld des Kinderschutzes haben:

a) Es gibt keine Qualitätssicherung und kein Risikomanagement auf der Ebene der Organisation

In der Organisation gibt es kein Interesse, kein Wissen und keine Struktur, die Herausforderungen und Probleme der eigenen Praxis zu bestimmen. Organisation wird verstanden als fest gesetzter und unveränderlicher Strukturrahmen. Qualitätssicherung und Risikomanagement werden allenfalls nur auf der konkreten Fallebene betrieben. Dass moderne Hilfepraxis vor allem jedoch eine organisationale Praxis ist, wird übersehen – die Organisation bleibt sich selbst gegenüber blind. Ebenso intransparent wird mit Gefahren und Unsicherheiten umgegangen, die in der Erfüllung der jeweiligen Aufgaben auf der Ebene der Organisation immer wieder vorkommen. Risiken werden nicht wahrgenommen und erkannt und vor allem nicht in Verbindung mit den eigenen organisationalen Abläufen gesetzt.

b) Die Qualitätssicherungs- und Risikomanagementprozesse reagieren nur auf externe Auslöser

Durch zu eng angelegte Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagements kann die Organisation nicht angemessen auf die sich permanent wandelnden Erfordernisse der Hilfepraxis bzw. auf veränderte fachpolitische Rahmenbedingungen reagieren. Aspekte von Qualitätssicherung kommen so erst bei problematischen Fallverläufen oder organisationalen Krisen und deren Skandalisierung von außen (bspw. durch die Medien) zum Tragen. Die Organisation bleibt weitgehend fremdbestimmt und von Entscheidungen anderer (vor allem politischer Ebenen) abhängig. Ein derartig reaktives Qualitätssicherungs- und Risikomanagementsystem führt zu überspitzten und unreflektierten Schnellschüssen bei der Einführung von Sicherungsmaßnahmen bzw. zu einer oberflächlichen Herangehensweise in der Fall- und Fehleranalyse, wobei sowohl eine differenzierte einzelfallbezogene als auch eine organisationsstrukturelle Qualitätssicherung verfehlt werden.

c) Der Qualitätssicherung und dem Risikomanagement fehlt die programmatische und fachlich-strukturelle Basis

Qualitätssicherung und Risikomanagement basieren auf einem unklaren und diffusen Selbstverständnis der Organisation insgesamt. Diese programmatischen Irritationen werden nicht in die Qualitäts- und Fehlerdebatte aufgenommen und kritisch reflektiert. Der normative und programmatische Rahmen der Prozesse bleibt deshalb diffus, d. h. es gibt keine gemeinsam getragenen organisationalen Leitvorstellungen für den Einsatz von Qualitätssicherungs- und Risikomanagementkonzepten. Einseitige, vor allem das betriebswirtschaftliche Management betreffende Sichtweisen dominieren diesbezügliche Entscheidungen.

Qualitätssicherung verfügt im Anschluss daran über keinen klaren und ausgeprägten fachlichen Referenzpunkt. Die eigene organisationale Kompetenz, der Auftrag der Organisation stellt keinen Bezugsrahmen dar, es ist nicht geklärt, welches fachliche Konzept dem Risikomanagement und der Qualitätssicherung zugrunde liegt. Daher verfügt die Organisation über keine einheitlichen Standards für das Risikomanagement und für die Qualitätssicherung.

Darüber hinaus gibt es keine Ressourcen und kein Fachpersonal, das die Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagements stützen und weiter entwickeln könnte. Zu enge Zeitbudgets der Verantwortlichen, Aufgabendopplungen bei zentralen Fachkräften und ungeeignete räumliche und zeitliche Voraussetzungen beschränken die Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagements als umfassende Reflexions- und Entscheidungsprozesse.

d) Die Verantwortungs- und Qualifikationsstrukturen für Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagements sind unzureichend und diffus

Fehlende und unklare Verantwortungsübernahme für die Prozesse des Risikomanagements und die Aufgabe der Qualitätssicherung führen zu bedeutenden Fehlern. Zunächst sind es oftmals die mangelnden Ressourcen und die mangelnde personale Qualität, die dazu führen, dass die Qualitätssicherung und das Risikomanagement beeinträchtigt werden. Die personale Basis für Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagements fehlt: Fachkräfte sind nicht spezialisiert und umfassend ausgebildet, sie verfügen über einen ungenügenden strukturellen Background oder sind nicht ausreichend in die Organisationsabläufe eingebunden. Darüber hinaus fehlt die fachliche Begleitung der Führungskräfte in den Prozessen der Qualitätssicherung und des Risikomanagements. Fachaufsicht findet in diesem Feld nicht oder nur unzureichend statt. Und dann entsteht eine regelrechte Misstrauenskultur, in der Verdächtigungen, Gerüchte und gegenseitige Entwertungen eine Rolle spielen und die Arbeitszufriedenheit und -sicherheit abnehmen.

e) Die Methoden und Verfahren in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement sind unzureichend und ungeeignet

Die Organisation verfügt nur über unzureichende oder nicht praktikable Methoden, Instrumente und Verfahren für die Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagements. Standardisierte Instrumente werden in den Alltag der Organisation überführt, ohne diese auf die eigenen Bedingungen hin zu prüfen. Die Mitarbeiter/-innen sind nur ungenügend in die Verfahren eingeführt und wenden diese nur peripher an. Vorhandene Regeln, Dienstweisungen etc. sind nicht hilfreich bzw. sind nicht bekannt, werden unterlaufen, nicht angewandt und nicht gelebt. Eigene Verfahren werden kaum entwickelt.

f) Der Qualitätssicherung und Risikomanagement fehlen die zuverlässige Dokumentation und Evaluation

Durch mangelnde interne Kommunikation und Vernetzung gehen erforderliche Informationen verloren. Darüber hinaus werden Prozesse nicht vollständig dokumentiert bzw. sind praktikable Dokumentationssysteme nicht vorhanden. Die Prozesse werden in der Folge nicht dokumentiert und es gibt keine aussagekräftige Datenbasis. Standards werden nicht gemeinsam erarbeitet, bzw. dienen eher der bloßen Absicherung der Führungskräfte und der fallführenden Fachkräfte. Fehleranalysen haben keine empirische Basis und werden dann eher auf der Ebene von bloßen Mutmaßungen behandelt. Ohne sichere Materialbasis können Lernprozesse durch eine kritische Prozessforschung und -evaluation aber nicht gelingen.

g) Die Wege der Kommunikation, der Umsetzung und Weiterentwicklung von Qualitätssicherung und Risikomanagement sind unklar

Vorhandene Regeln, Dienstweisungen etc. sind nicht hilfreich, bzw. sind nicht bekannt, werden unterlaufen, nicht angewandt und nicht gelebt und nicht evaluiert. Verfahren und Prozesse sind nicht miteinander verzahnt. Eine zu hohe Frequenz von organisationalen und

fachlichen Umstrukturierungen führt dazu, dass sich Organisationen nur noch mit sich selbst beschäftigen, was zu einer die konkreten Alltagsaufgaben vernachlässigenden Selbstbezogenheit bis hin zum „Kollaps nach innen“ führt.

Die Fehlersensibilität und die Analyse von Fehlern werden in der Organisation nicht gefördert, Hilfeprozessfehler oder schwerwiegende Fehler, die sich beinahe ereignet hätten, werden nicht dokumentiert. Insgesamt verfügt die Organisation über eine nicht ausreichende Risikokommunikation mit dementsprechenden Verfahren und Methoden oder über zu überkomplexe Risikokommunikationssysteme, die ein praxistaugliches Risikomanagement behindern.

Qualitätsstandards werden vertraulich in kleinen Leitungszirkeln entwickelt und dann Top-Down implementiert. Die Erfahrungen der Fachkräfte spielen bei der Weiterentwicklung des Risikomanagements und der Qualitätssicherung keine Rolle.

3.1.3 Eckpfeiler guter Fachpraxis (Qualitätsstandards)

Auf der Grundlage eines differenzierten Leitbildes ganzheitlicher Kinderschutzarbeit und einer Organisationskultur der Achtsamkeit und des Lernens hat die jeweilige Organisation sowohl im Aufbau als auch in den Prozessen dafür Sorge zu tragen, dass Rahmenbedingungen für einen möglichst optimalen Kinderschutz geschaffen und weiterentwickelt werden.

a) Die Organisation verfügt über ein umfassendes Konzept der Qualitätssicherung und des Risikomanagements

Die Organisation verfügt über ein umfassendes Konzept der Qualitätssicherung und des Risikomanagements, das auf differenzierten Leitvorstellungen, Strukturen, Verfahren und Methoden basiert, um achtsam mit den Risiken der eigenen Praxis umzugehen und diese fehleroffen zu reflektieren. Dieses Konzept ist von allen Mitarbeiter/-innen der Organisation getragen und ist den Kooperationspartnern bekannt.

b) Die Organisation verfügt über ein aktives Konzept der Aufgaben der Qualitätssicherung und des Risikomanagements

Qualitätssicherung und Risikomanagement sind permanente und strukturell verankerte Schlüsselprozesse der Organisation, die allen Mitarbeiter/-innen zugänglich sind und durch das Leitungsmanagement verantwortet werden. Aber auch im Prozess wird die Verantwortung nicht einfach abgeschoben, sondern diejenigen, die eine Aufgabe übernommen haben, bleiben so lange verantwortlich, bis die weitere Prozessverantwortung geklärt und von anderen zuverlässig übernommen worden ist. Die organisationalen Abläufe werden regelmäßig überprüft, die Auseinandersetzung mit Fehlern und Risiken wird offensiv forciert und es gibt ein System, aus Fehlern zu lernen. Die Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagements werden anderen Partnern transparent vermittelt. Qualitätssicherung und Risikomanagement bieten auch in schwierigen und konflikthaft eskalierenden Praxissituationen Strukturen der Entlastung und Unterstützung.

c) Qualitätssicherung und Risikomanagement haben eine programmatische und fachlich-strukturelle Basis

Jede Organisation hat ein klares und transparentes Selbstverständnis ihrer Aufgaben und Kompetenzen im Kinderschutz und in der Qualitätssicherung, nämlich ein positives, ganzheitliches, tri-polares Kinderschutzkonzept und ein achtsames, fehlersensibles Risikomanagement. Die Organisation achtet auf ein ausgewogenes Verhältnis von wirtschaftlichen und fachlichen Zielen.

Gemeinsame und verbindliche Standards in der Qualitätssicherung sind in der Kinderschutzorganisation entwickelt und werden beachtet. Multiprofessionalität und mehrseitige Sichtweisen werden in der Fachpraxis gefördert und genutzt. Regeln und Dienstweisungen etc. leiten sich aus dem fachlichen Auftrag und dem programmatischen Selbstverständnis ab und werden von allen Teilen der Organisation getragen und mit Leben gefüllt. Für die Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagements gelten allgemeine Standards, die bekannt sind und die regelmäßig überprüft werden.

Die Führungskräfte, ggf. besondere Qualitätssicherungs-Beauftragte erkennen ihre Verantwortung für die Qualitätssicherung und das Risikomanagement an und gestalten sie aktiv. Klare und transparente Kommunikationsstrukturen und -wege sowie ein verlässliches Fall- und Fehlerdokumentationssystem sind beschrieben und vorhanden. Sie werden von allen involvierten Mitarbeiter/-innen verbindlich genutzt. Fachlich spezialisiertes Personal ist vorhanden, verfügt über ausreichende Ressourcen und wird für die Begleitung und Entwicklung der Prozesse unterstützt und weitergebildet.

d) Klare Verantwortungsstrukturen des Leitungsmanagements sichern die Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagements

Leitungsmanagement übernimmt die Verantwortung für die Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagements. Eine wertschätzende Unterstützung durch die Führungskräfte und eine kompetente fachliche Beratung sind gewährleistet. Die Führungskräfte sind erreichbar und ansprechbar. Führungskräfte nehmen eine wertschätzende und lobende Haltung den Mitarbeiter/-innen gegenüber ein und fördern eine Kultur des Vertrauens. Es findet eine positive, entwicklungsfördernde Kontrolle der Arbeitsprozesse statt. Neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden umfassend eingearbeitet. Qualitätssicherung und Risikomanagement bedeutet auch die strukturelle Bearbeitung von Dissensen und Konflikten durch dafür vorgesehene Konzepte und Verfahren.

Besonders bei konfliktreichen Kinderschutzangelegenheiten werden vorhandene Konkurrenzen und Konflikte geklärt und vermindert. Ressourcen stehen quantitativ und qualitativ für die Wahrnehmung der Qualitätssicherungs- und Risikomanagementaufgaben in ausreichendem Maße zur Verfügung.

e) Es gibt ein geeignetes Repertoire an Methoden und Verfahren in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement

Es gibt spezifische Arbeits- und Organisationsformen für die Aufgaben der Qualitätssicherung und des Risikomanagements. Diese werden u. a. in Dienstweisungen geregelt. Sie ergeben sich aus dem fachlichen Auftrag und dem programmatischen Selbstverständnis der Kinderschutzorganisation und werden von allen Mitarbeiter/-innen der unterschiedlichen Abteilungen getragen und mit Leben gefüllt.

f) Dokumentation und Evaluation der Prozesse sind eine sichere empirische Basis für Qualitätssicherung und Risikomanagement

Es existiert ein umfassendes und aufeinander abgestimmtes Dokumentations- und Evaluationssystem, das den Erfordernissen der Praxis gerecht wird und dennoch praktikabel und handhabbar bleibt. Auf die dadurch erarbeitete breite empirische Materialbasis kann man ständig zugreifen, um sie für eine kontinuierliche Prozessforschung zu nutzen und um Fehler und Schwachstellen zu untersuchen, zu erkennen und zu überwinden.

g) Klare und dialogische Kommunikationsstrukturen sind die Basis für eine gelingende Praxis und die Weiterentwicklung von Prozessen der Qualitätssicherung und des Risikomanagements

Organisationale und fachliche Veränderungen werden unter Beteiligung der Fach- und Führungskräfte als kontinuierliche dialogische Veränderungsprozesse angelegt. Eine Kultur des Vertrauens, der gemeinsamen Verantwortung und der Fehleroffenheit kennzeichnet die Organisation. Fehler werden als Chance verstanden, um aus ihnen zu lernen. Sämtliche Beinahefehler und Fehler werden dokumentiert und analysiert. Entsprechende Arbeitsformen werden dafür genutzt (z.B. Qualitätszirkel, spezielle Untersuchungsmethoden).

Bei Organisationsentwicklungen wird die langfristige Perspektive in den Vordergrund gerückt. Notwendige Organisations- oder fachliche Veränderungen werden mit ausreichenden zeitlichen und materiellen Ressourcen und unter Beteiligung und Berücksichtigung aller Ebenen herausgearbeitet.

3.1.4 Prozessgestaltung

a) Es gibt umfassende Konzepte der Qualitätssicherung und des Risikomanagements auf der Ebene der Kinderschutzorganisation. Die Erstellung und Weiterentwicklung dieser Konzepte und der damit verbundenen Entwicklung von Leitbild, Methoden und Verfahren sind dauerhafte Aufgabe der Organisation.

b) Die Organisation betreibt offensive Öffentlichkeitsarbeit und verfügt über belastbare Kontakte zu Medien. Die Organisation verfügt über ein umfassendes Fehleranalysekonzept, das die organisationalen Schwierigkeiten heraus stellt und Veränderungsmöglichkeiten aufzeigt. Qualitätssicherung und Risikomanagement sind bezogen auf die Kinderschutzorganisation und das gesamte lokale Kinderschutzsystem und zugleich einzelfalldifferenziert ausgelegt.

c) Leitbilder und Selbstverständnis werden in einem dialogischen Prozess entwickelt und weiterentwickelt und in die Praxis übersetzt. Diese werden den Mitgliedern der Organisation und Außenstehenden vermittelt und transparent gemacht. Die Kinderschutzorganisation fördert und nutzt multiprofessionelle Sichtweisen und Methoden in den jeweiligen Teams bzw. team- oder organisationsübergreifend. Die Einheit von fachlichen und wirtschaftlichen Zielen wird von der Leitung der jeweiligen Organisation offensiv vertreten.

Vorhandene Standards werden weiterentwickelt. Es wird sichergestellt, dass sie bekannt sind und von allen Mitarbeiter/-innen getragen werden. Es wird ein fehleroffenes Berichtssystem

entwickelt, in dem Fehler und Beinahefehler, aber auch Erfolge dokumentiert, analysiert und hieraus Veränderungskonsequenzen gezogen werden. Entsprechende Arbeitsformen und Instrumente (QS-Zirkel, QS-Foren, spezielle Untersuchungsmethoden etc.) werden entwickelt. Es werden QS-Verantwortliche benannt, dabei ist die Qualitätssicherung in erster Linie Führungsaufgabe.

Ein konkreter Vorschlag: In jeder Organisation und zwischen den Organisationen (vgl. PPQ 3) werden jährlich eine bestimmte Zahl an besonders misslungenen und gelungenen Prozessen analysiert und bewertet. Die Dokumentation steht anonymisiert möglichst vielen Beteiligten zu Lernzwecken zur Verfügung.

d) Rahmen und Grenzen der Verantwortung werden klar definiert und kommuniziert. Alle Fachkräfte bleiben im Zweifelsfall in der Fallarbeit so lange verantwortlich, bis eine andere Verantwortung klar festgelegt ist. Lücken in der Verantwortlichkeit werden analysiert und behoben. Kritische Fälle werden als Lernfeld verstanden. Bei Dissens werden zeitnahe Entscheidungen durch die Leitung getroffen.

Führungskräfte nutzen für die Wahrnehmung ihrer Qualitätssicherungsaufgaben Weiterbildungs- und Coachingangebote und Supervision. Arbeitsformen und Methoden der Qualitätssicherung werden verbindlich eingeführt. Führungskräfte stärken ihre Führungskompetenz durch regelmäßige Qualifizierungen.

Die Leitungsspannen sowie die Aufgabenfelder der Führungskräfte werden so bemessen, dass ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen. Es werden positive, entwicklungsfördernde und von allen getragene Kontrollsysteme eingeführt. Inhalte und Zuständigkeiten für die Einarbeitung werden geregelt.

e) Klare Kommunikationswege und ein verbindliches Dokumentations- und Evaluationssystem werden eingeführt und gepflegt; im Amt für Soziale Dienste wird z.B. die PC-gestützte Sachbearbeitung eingeführt. Die Kinderschutz-Fachkräfte und die am Kinderschutz beteiligten Organisationen werden angehalten, möglichst mit externer wissenschaftlicher Unterstützung die Ergebnisse/Wirkungen ihrer Praxis fortlaufend zu erforschen.

Brüche in der Kommunikation werden systematisch analysiert und als Lernchance zur Verbesserung des Austausches und der Verständigung verstanden und genutzt.

Regeln und Dienstanweisungen etc. werden vor Einführung mit allen Ebenen der Organisation rückgekoppelt und auf ihre Praxistauglichkeit hin überprüft. Sie sind knapp und leicht verständlich formuliert. In einem definierten Abstand nach der Einführung und auch weiterhin finden Evaluationen zum Umgang mit Regeln, Dienstanweisungen etc. statt.

3.2 Programm- und Prozessqualität

Qualitätssicherung und Risikomanagement auf der Ebene der Fachkräfte und der Teams

3.2.1 Herausforderung und Aufgabe

Kinderschutz ist eine humane Hilfepraxis. Wahrnehmung und Umsetzung von Kinderschutzaufgaben werden erst in einer interpersonalen Ko-Produktion, im Zusammenwirken zwischen Fachkräften und Kindern, Jugendlichen und Familien erwartbar und möglich. Deshalb sind die jeweiligen Fachkräfte mit ihren individuellen Erfahrungen, ihren professionellen Haltungen und ihren umfassenden fachlich-methodischen Kenntnissen wesentlich für eine gelingende Kinderschutzpraxis. An diese Fachkräfte, die im Feld des Kinderschutzes tätig sind, werden von vielen Seiten darum mit Recht zunehmend hohe Erwartungen gestellt. Neben den rechtlich kodifizierten Anforderungen und professionell anzuwendenden Handlungsstandards, wächst jedoch im Zuge verstärkter medialer Aufmerksamkeit auch das öffentliche Interesse am Handeln der Fachkräfte im Kinderschutz. Damit verbunden sind meist einseitige und unterkomplexe Rollenzuschreibungen. Demgegenüber sehen sich die Fachkräfte im Kinderschutz jedoch einem Aufgabengebiet gegenüber, das durch erhebliche Komplexität und unsichere Entscheidungszusammenhänge bestimmt ist. Darüber hinaus sind sie noch mit einer zunehmenden Verdichtung ihrer Arbeitsaufgaben und einer oftmals problematischen Ressourcenausstattung konfrontiert (hierzu für den Bereich des ASD: Seckinger 2008; Gissel-Palkovich 2007). Dennoch müssen sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben in der Lage sein, sich selbst immer wieder auf neue, nicht verlässliche und krisenhafte sich zuspitzende Praxisbedingungen einzustellen, diese wahrzunehmen und dennoch in ihnen eine fachlich erforderliche Handlungssicherheit aufrecht zu erhalten.

Gerade deshalb gewinnen Teams an Bedeutung. Diese sind nämlich einerseits ein wesentlicher Reflexions- und kollegialer Unterstützungsraum in dem immer wieder schwierige und konfliktreiche Praxissituationen des Kinderschutzes miteinander geklärt werden können. Andererseits stellen sie die Voraussetzung für zuverlässig abgestimmte und gemeinsam getragene Entscheidungen dar. Beide Bedingungen sind grundlegende Voraussetzungen für die Erlangung und Beibehaltung von kritisch reflektierter Handlungssicherheit. Dennoch werden Teams innerhalb von Kinderschutzorganisationen oftmals nicht als eine wichtige produktive Entwicklungsressource der gesamten Organisation erkannt. Dementsprechend werden sie auch nicht unterstützt und kollektive Entwicklungsprozesse können dann nicht systematisch vorangetrieben werden (Team-Lernen, siehe hierzu: Senge 1997). Darüber hinaus sind Teamprozesse oft wenig verknüpft mit anderen Schlüsselprozessen innerhalb der Organisation.

Fachkräfte und Fachkräfte-Teams im Kinderschutz müssen kompetent und reflektiert in der Lage sein, auch in schwierigen Situationen handlungsfähig zu sein und zu bleiben. Die Herausforderungen an die Qualitätssicherung und das Risikomanagement sind deshalb eine breite und entwicklungsfördernde Unterstützung der Fachkräfte und die Untersuchung und Förderung von „Team-Kulturen“, die produktive, kreative und fachlich fundierte Entscheidungsfindungen allererst ermöglichen. Qualitätssicherung und Risikomanagement sind dabei

eng mit den Prozessen einer systematischen Personal- und Teamentwicklung innerhalb der jeweiligen (Kinderschutz-) Organisation (des Jugendamtes, des freien Trägers) verknüpft und sind so wichtige Voraussetzungen für eine gelingende und umfassende Kinderschutzarbeit.

Dabei sind die Aufgaben der Qualitätssicherung und des Risikomanagements auf der Ebene der Fachkräfte und der Fachkräfte-Teams mit ganz unterschiedlichen Problemen konfrontiert: Wenn Entscheidungsrahmen und Kompetenzprofile unklar sind, führt dies zu Unsicherheiten bei den Fachkräften, zumal, wenn sie über nur ungenügende fachlich-methodische Kompetenzen verfügen. Vor allem Konflikt- und Eigenreflexionsfähigkeit sind bei Fachkräften des Kinderschutzes nicht immer ausreichend ausgeprägt. Abweichungen und Besonderheiten in Fallverläufen werden teilweise nicht erkannt. Fachkräfte neigen unter dem Druck einer strukturell komplizierten, unsicheren und konfliktreichen Kinderschutzpraxis oftmals zu Rückzug und Abwehr. Desinteresse an ihren eigenen Arbeitsaufgaben und Desidentifikation mit ihrer Organisation sind dann ggf. die Folge. Geltende Standards werden dann nur ungenügend in den Teams berücksichtigt oder sie werden unterlaufen.

Hinzu kommt eine oft beobachtete „Einzelkämpfer“-Mentalität aufgrund ungenügend ausgeprägter Teamstrukturen. Das Team verfügt dann meist über keinen klaren strukturellen Rahmen. Teams sind dann eher Ad-hoc-Entscheidungsgruppen. Diese generieren oftmals eine Eigendynamik, die mit hohem Konfliktpotential innerhalb des Teams zu einer „Verinselung“ oder „Blockbildung“ gegenüber anderen Teams, Abteilungen und Organisationen im Kinderschutz führen. Entscheidungsprozesse werden auf diese Weise regelrecht „entschleunigt“, behindert oder sogar blockiert.

Wesentliche Aufgaben von Qualitätssicherung und Risikomanagement auf dieser Ebene sind deshalb die Schaffung entwicklungsförderlicher Bedingungen für die Fachkräfte und die Teams und die Bereitstellung praktikabler Beteiligungs-, Monitoring- und Untersuchungsrahmen für deren Entwicklung. Zentrale Aufgaben sind deshalb, Antworten darauf zu finden, wie es gelingt, Teamprozesse überhaupt in den Blick zu bekommen, deren Kultur wahrzunehmen, zu untersuchen und zu entwickeln. Weitere Aufgaben wären Rahmenbedingungen herzustellen, in denen die Fachkräfte sich weiterentwickeln können und somit ihre Identifikation mit ihrer Aufgabe und ihrer Organisation erhöhen können.

3.2.2 Typische Fehler in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement auf der Ebene der Fachkräfte und der Teamorganisation

a) Eine umfassende und abgestimmte Personalentwicklung fehlt

Personalentwicklung geschieht situativ und stellt keine langfristige Grundlage der Organisation dar. Neue Mitarbeiter/-innen werden nicht umfassend in das Arbeitsfeld eingeführt, an sie gestellte Erwartungen und Vorgaben sind nicht transparent und sie werden nicht ausreichend mit den Zielen ihrer jeweiligen Stelle und der Organisation insgesamt vertraut gemacht. Langjährige Mitarbeiter werden nicht genügend einbezogen und gehört. Ihre Erfahrungen im Arbeitsfeld gehen verloren und ihre persönliche Entwicklung wird nicht gefördert. Mitarbeiter/-innen brennen aus oder verrichten ihren Dienst nur noch nach Vorschrift. Eine individuelle Förderung und somit Selbstentwicklung ist dadurch verstellt. Personalentwicklung wird nicht explizit als Aufgabe der Leitung und als wichtiger Teil der Qualitätssicherung betrachtet.

b) Die Fachaufsicht fehlt oder ist unzureichend

Verantwortlichkeiten für die Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagements sind nicht geklärt. Es gibt keine verbindlich geregelten Zuständigkeiten oder die Fachkräfte verfügen nicht über das ausreichende fachliche Profil für diese Aufgabe. Die vorhandenen Standards werden fachlich nicht überprüft und weiterentwickelt. Informationsverluste entstehen durch unverbindliche, unzureichende Kommunikationsstrukturen bzw. Routinen für die Auswertung und Reflexion der Fallverläufe sind nicht eingeführt bzw. werden nicht eingehalten. Aus Fehlern wird systematisch nicht gelernt. Fach- und Dienstaufsicht sind keine miteinander verzahnten Prozesse.

c) Es gibt keine Unterstützung in Belastungssituationen

In den mitunter sehr schwierigen und herausfordernden Praxissituationen des Kinderschutzes gibt es keine fachliche und persönliche Unterstützung für die Fachkräfte und die Teams. Leitung sieht dies nicht als ihre Aufgabe an und es gibt keine geeigneten und situativ zu ermöglichenden Verfahren zur Unterstützung und zum Schutz bei besonders problematischen Fallverläufen oder Krisenszenarien. Fachkräfte werden mit besonders schwierigen Familiensituationen allein gelassen.

d) Teamkultur und Teamstrukturen sind mangelhaft

Diffuse bzw. unterschiedliche professionelle Grundhaltungen oder divergente fachliche Grundannahmen behindern die gemeinsame Verantwortungsübernahme im Rahmen der Zuständigkeiten. Diese Grundhaltungen werden nicht reflektiert und Dissense verfestigen sich im weiteren Entscheidungs- und Hilfeprozess. Konflikte sind deshalb an der Tagesordnung und Teams wachsen zu Orten permanenter Auseinandersetzung. Entwicklung findet dann nicht mehr statt, Entscheidungen werden nur noch verwaltet oder einfach durchgesetzt. Fachkräfte ziehen sich zurück und das Team kommt nicht mehr zu gemeinsam getragenen Entscheidungen. Teams werden durch Leitungen strukturell nicht wertgeschätzt und haben keinen eigenen fachlich anerkannten Platz innerhalb der Organisation. Sie haben keinen Austausch mit anderen Teams oder Abteilungen und sind innerhalb der Teams durch diffuse Verantwortungs- und Leitungsstrukturen gefährdet.

e) Es gibt keine Programme zur Bearbeitung von Konflikten und fachlicher Nichtübereinstimmung

Gerade in den schwierigen Arbeitsfeldern sind bei der Wahrnehmung von Kinderschutzaufgaben fachlich gegensätzliche Einschätzungen und Positionen zwischen den Fachkräften und zwischen den Familien, aber auch unter den Professionellen insgesamt immer wieder an der Tagesordnung. Diese konfliktreichen Dynamiken sind von Bedeutung, werden von den Fachkräften und den Teams aber oft nicht als ein möglicher Entwicklungsmotor wertgeschätzt. Sie werden gern abgewehrt und bagatellisiert und es herrscht eine oberflächliche konsensuale Grundstimmung. Wichtige Differenzen und unterschiedliche Einschätzungen gehen dann leicht unter. Es gibt keine tragfähigen Strukturen und Verfahren, Konflikte und Dissense innerhalb von Teams oder zwischen Fachkräften in geeigneter Form zeitnah zu bearbeiten. Sie gehen dann in den Anforderungen der Alltagspraxis verloren und bestimmen unreflektiert weitere Entwicklungen und Entscheidungen mit.

f) Aufgaben, Strukturen, Prozesse und Standards sind unbekannt oder werden nicht angewendet

Nicht alle Fachkräfte kennen die aktuellen Programme, Prozesse und Strukturen im kommunalen Kinderschutz. Auch fachliche Weisungen und Qualitätsstandards (wie z. B. der Bremer Qualitätsstandard Zusammenarbeit) sind nicht immer bekannt oder werden nicht sorgfältig genug angewendet.

3.2.3 Eckpfeiler guter Fachpraxis (Qualitätsstandards)

a) Es gibt eine abgestimmte Personalentwicklung

Qualitätssicherungs- und Risikomanagementprozesse sind eng abgestimmt mit einem umfassenden Personalentwicklungsprogramm. Team- und Personalentwicklung findet mit Unterstützung durch Fachberatung und Supervision statt. Es gibt ein abgestimmtes Konzept über die Erfordernisse und Schwierigkeiten der einzelnen Arbeitsfelder. Neue Mitarbeiter/-innen werden unterstützt und begleitet, die Erfahrungen der älteren Mitarbeiter/-innen werden genutzt.

b) Die Fachaufsicht wird umfassend wahrgenommen

Dienst- und Fachaufsicht sind eng miteinander verzahnte Prozesse. Es gibt dafür eine explizite und eindeutige Verantwortlichkeit. Die verantwortlichen Fachkräfte verfügen über das Wissen und die Kompetenz, diese wichtige Aufgabe auszufüllen und sind strukturell gut in die Organisation eingebunden. Sie sammeln und bündeln die notwendigen Informationen und Daten und schaffen damit die Voraussetzung, um systematisch aus Fehlern lernen zu können.

c) Bei Belastungssituationen werden Fachkräfte und Teams besonders unterstützt

Fachkräfte und Teams werden bei schwierigen Entscheidungen und in Belastungssituationen nicht allein gelassen. Sie erhalten in kritischen Situationen, die Möglichkeit des kollegialen Austauschs. In besonders gefährlichen Situationen (bspw. mit gefährlichen, aggressiven Klienten) gibt es ein umfassendes Schutz- und Unterstützungssystem für die einzelnen Fachkräfte.

d) Teamkulturen werden gefördert, untersucht und gepflegt

Teams sind zentrale Entwicklungsmotoren für Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagement. Deshalb werden sie regelmäßig untersucht und Prozesse des Team – Lernens werden als wichtige produktive Ressource betrachtet. Divergierende fachliche Grundannahmen innerhalb von Teams bedeuten deswegen auch Ausgangspunkte für Prozesse der Qualitätssicherung und des Risikomanagements. Es gibt umfassende Programme zum Umgang mit Konflikten und Dissensen. Teams sind strukturell in die Organisation eingebunden, verfügen über eine klare und transparente Verantwortungs- und Leitungsstruktur und sie organisieren und stützen den fachlichen und persönlichen Austausch zu anderen Teams innerhalb und außerhalb der Organisation.

e) Fachliche Konflikte und Kontroversen werden thematisiert und geklärt

Bei schwierigen und komplizierten Fallverläufen werden unterschiedliche und konfliktreiche Einschätzungen aufgenommen und im Rahmen des Teams bearbeitet. Die dafür notwendigen Kompetenzen sind innerhalb der Organisation vorhanden. Zuständigkeit und methodische Rahmen sind geklärt. Bei schwerwiegenden und sehr konfliktreichen Prozessen besteht die Möglichkeit externer Unterstützung bei der Prozess- und Konfliktreflexion.

f) Vorhandene Aufgaben und Strukturen sind bekannt und fachliche Standards werden umgesetzt

Die kommunalen Kinderschutzkonzepte, die verbindlichen Instrumente und Verfahren sowie die Prozesse der Zusammenarbeit sind allen Fachkräften bei Öffentlichem und Freien Trägern bekannt. Die Mitarbeiter/-innen kennen besonders auch die Inhalte der fachlichen Weisungen und der vorhandenen Standards und wenden sie an.

3.2.4 Prozessgestaltung

a) Stellen- und Arbeitsplatzbeschreibungen liegen vor und werden bedarfsbezogen aktualisiert. Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter/-innen erfolgt systematisiert anhand von Checklisten oder ähnlichen standardisierten Vorgehensweisen. Erfahrene Mitarbeiter fungieren als Tandem-Partner für neue Kollegen und Kolleginnen und geben ihre Erfahrungen weiter. Über Dienstweisungen, Handlungsleitfäden oder vergleichbare Instrumente werden Prozesse und Verfahren in ihren Aufgaben und Zuständigkeiten geregelt.

Die Teams werden soweit möglich in die Entwicklung pädagogischer Leitbilder und Handlungsansätze einbezogen. Neue Mitarbeiter/-innen werden im Rahmen der Einarbeitung explizit mit den pädagogischen Grundhaltungen und Konzepten der Organisation vertraut gemacht. Im Rahmen der regelmäßigen Reflexion der pädagogischen Praxis ist auch zu überprüfen, inwieweit die pädagogischen Grundannahmen und Haltungen der pädagogischen Praxis noch gerecht werden. Die Leitungskräfte entwickeln unter fachlicher Perspektive Eckpfeiler für eine systematische Personal- und Teamentwicklung und sichern deren Umsetzung.

b) Die Leitungskräfte der Organisation bekennen sich zur Kultur der Fehleroffenheit und etablieren mit den pädagogischen Fachkräften gemeinsam u. a. strukturierte Verfahren, deren erklärtes Ziel es ist, strukturelle, verfahrenstechnische oder „menschliche“ Schwierigkeiten in Hilfeverläufen zu identifizieren sowie alternative Vorgehensweisen zu entwickeln und einzuführen. Die Verfahren werden regelmäßig überprüft und weiterentwickelt.

c) Die Fachkräfte nutzen verbindlich vorhandene Unterstützungssysteme wie z. B. Fortbildung, fachliche Beratung und regelmäßige Supervision und Einzelsupervision. Ein Feedbacksystem im Rahmen systematischer Personalentwicklung und Mitarbeitergesprächen ist eingeführt.

Fortbildungs- und Qualifizierungsbedarfe werden im Rahmen der Personalentwicklung in Abstimmung mit den Fachkräften jährlich ermittelt und in Umsetzungsplanungen festgeschrieben. Die Durchführung regelmäßiger Mitarbeitergespräche mit Feedbackanteilen wird durch die Leitung erarbeitet und sichergestellt.

d) Regelmäßige Teamsitzungen mit den unterschiedlichen Leitungspersonen finden statt. Die Teammeinung wird gehört und kann durch einen Ansprechpartner in der Organisation vermittelt werden. Teams verfügen über ausreichende Ablauf- und Verfahrenspläne. Teams werden bei eigenen Lernprozessen unterstützt

e) Die Einführung in neue Fachstandards findet für alle Mitarbeiter/-innen innerhalb von drei Monaten statt.

3.3 Programm- und Prozessqualität

Qualitätssicherung und Risikomanagement im Hilfesystem

3.3.1 Herausforderung und Aufgabe

Die funktionale Differenzierung der sozialen Hilfesysteme schreitet auch und gerade im Kinderschutz immer weiter fort. So sind bei Kinderschutzfällen meistens mehrere unterschiedliche Sozialsysteme (Gesundheit, Bildung, Jugendhilfe, Sozialhilfe etc.) mit eigenständigen gesetzlichen und fachlichen Aufträgen mit den betroffenen Familien in Kontakt. Neben den eindeutigen Hilfesystemen sind nicht selten auch Systeme für die Strafverfolgung zuständig (Polizei) oder sie wirken in sozialen und familialen Krisen verschärfend (statt unterstützend und deeskalierend), wie es z. B. von der BAglS berichtet wird. Innerhalb aller Hilfesysteme kann es darüber hinaus auch entgegen dem Auftrag passieren, dass einzelne Organisationen im Einzelfall versagen und zum Teil des Problems werden, wodurch Konflikte innerhalb der Systeme und zwischen ihnen produziert werden.

Innerhalb der Systeme nimmt die funktionale Differenzierung ebenso zu: es werden neue Spezialdienste, Abteilungen oder Zuständigkeiten für den Kinderschutz gebildet, wie z. B. der Kinder- und Jugendnotdienst. Solche Initiativen tragen nicht nur zur Klärung der Verantwortungen und Zuständigkeiten der beteiligten Organisationen bei, sondern sie verkomplizieren zugleich – wenn auch ungewollt – die Zusammenarbeit im Hilfesystem, da die Anzahl der Kooperationspartner, der Aufträge, der Ansichten und Meinungen und nicht zuletzt der Entscheidungen erhöht wird.

Keines der Hilfesysteme und keine der einzelnen spezialisierten oder allgemeinen Organisationen kann Kinder wirksam alleine schützen. Interorganisationales Handeln – zumeist in Form multiprofessioneller Kooperation – ist daher der Normalfall im Kinderschutz, der besondere Herausforderungen für die kooperierenden Fachkräfte mit sich bringt. Trotz der Alltäglichkeit der Zusammenarbeit gibt es bisher in der Regel aber keinen gemeinsamen Austausch, kein gemeinsames Nachdenken und keine gemeinsamen Verfahren der Qualitätssicherung und des Risikomanagements zwischen den Organisationen und Hilfesystemen. Das liegt nicht nur an den unterschiedlichen Aufträgen, sondern auch daran, dass sowohl die unterschiedlichen Systeme, aber auch die darin tätigen Berufsgruppen historisch und kontextuell spezielle System- und Handlungslogiken ausgebildet haben. Die unterschiedlichen Systemlogiken und -zwänge erfordern die systemische Schließung, d. h. die fokussierte Orientierung auf den eigenen Systemsinn, die Markierung der Grenzen zu den anderen Umweltsystemen und das vorrangige Bemühen um den Erhalt des eigenen Systems.

Nicht alle Systeme, die im Kinderschutz beteiligt sind, arbeiten zudem auf Augenhöhe. Zwischen den Systemen gibt es hierarchische Bezüge und Machtkämpfe und zwischen den Systemmitgliedern spielen Statusunterschiede (z. B. zwischen medizinischen und sozialpädagogischen Fachkräften) und starke habituelle Differenzen eine Rolle. Hinzu kommen programmatische Konflikte, die nicht selten diffus bleiben, da viele Organisationen im Kinderschutz nicht über dialogisch mit ihren Mitgliedern erarbeitete und abgestimmte Programme und Konzepte verfügen.

Die Zusammenarbeit im gesamten Hilfesystem ist zugleich stark von organisationalen Traditionen und persönlichen Erfahrungen ihrer Mitglieder geprägt und abhängig. So bestehen mancherorts sozialräumliche Netzwerke, auf die auch in Krisen des Kinderschutzes zurückgegriffen werden kann. Andernorts wissen die Organisationen gegenseitig nicht von ihrer Existenz oder kennen sich die Fachkräfte noch nicht. Insgesamt sind die Kinderschutznetzwerke noch stark von zufälligen Erfahrungen geprägt, zu denen auch Fragen der Sympathie/Antipathie zählen.

Die Aufgabe der Qualitätssicherung und des Risikomanagements besteht nun vor allem darin, Kinderschutznetzwerke erst einmal systematisch aufzubauen und weiter zu entwickeln. Diese Entwicklungen müssen die unterschiedlichen Aufträge, Kulturen und Traditionen der einzelnen Organisationen ebenso aufgreifen, wie die konkreten Erfahrungen ihrer Mitglieder. Neue Kinderschutznetzwerke, die sich neben der Fallarbeit auch mit der organisationsübergreifenden Qualitätssicherung und dem Risikomanagement auseinandersetzen wollen, können nicht beliebig oder situativ zusammengesetzt werden und ihre Aufträge individuell verhandeln. Andererseits aber kann die Zusammenarbeit im Hilfesystem auch nicht „am Reißbrett“ geplant, ihre Verfahren von außen geregelt und verordnet werden.

Im Kern müssen Qualitätssicherung und Risikomanagement im Hilfesystem als eine gemeinsame Lernaufgabe verstanden werden. Das bedeutet gemeinsames Nachdenken, Forschen, und Planen auf der Basis von Kennenlernen und Vertrauen. Dabei auch die Familien als Kooperations- und Lernpartner zu beteiligen, ist die besondere Herausforderung eines demokratischen Kinderschutzes.

3.3.2 Typische Fehler in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement auf der Ebene des Kinderschutzsystems

a) Qualitätssicherung und Risikomanagement sind keine gemeinsame Aufgabe

Da die einzelnen Kinderschutzsysteme und die zu ihnen zählenden Organisationen allein für ihre Arbeit rechenschaftspflichtig sind, ist die Idee der geteilten und zugleich gemeinsamen Verantwortung besonders systemübergreifend in vielen Organisationen noch nicht sehr ausgeprägt. Es dominiert eine Kultur der Abgrenzung, verstärkt durch System-Hierarchien z. B. zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Justiz, die bisher verhindert, Qualitätssicherung und Risikomanagement als gemeinsame Aufgabe und Verantwortung zu verstehen. Nicht wenige lokale Kinderschutz-Systeme haben sich aus unterschiedlichen Gründen überhaupt noch nicht mit Fragen der Qualitätssicherung und des Risikomanagements im Kinderschutz beschäftigt, sei es, weil Kinderschutz nicht zu ihren zentralen Aufgaben zählt (z. B. Bildung, Soziales) oder weil sie zeitlich überlastet sind. Für Teile anderer Systeme (z. B. in Polizei und Justiz) ist die Vorstellung einer intensiven, prozesshaften und ergebnisoffenen, partnerschaftlichen Zusammenarbeit in einem Netzwerk für den Kinderschutz noch fremd. Auch in der Kinder- und Jugendhilfe sind Qualitätssicherung und Risikomanagement im Sinne des Bremer Konzeptes, d. h. als nachhaltige, dialogische Lern- und Entwicklungsstrategie nur selten anzutreffen.

Wenn aber die Aufgaben der Qualitätssicherung und des Risikomanagements von den am Kinderschutz beteiligten Organisationen verkürzt oder gar nicht verstanden werden, dann

gelingt die Praxis einzelner engagierter Fachkräfte aus kooperierenden Institutionen möglicherweise nur begrenzt oder gar nicht. Fehlendes Verständnis bei Partnern und Leitungen sowie unklare Aufträge gefährden die gemeinsame Qualitätssicherung und erschweren die Weiterentwicklung des Risikomanagements.

b) Es gibt keine Ressourcen für eine gemeinsam gestaltete Praxis der Qualitätssicherung und des Risikomanagements

Einzelne Personen und Organisationen, die im Kinderschutz eine bedeutende Rolle spielen, z. B. Kinderärzte und Kliniken, betonen immer wieder, dass sie für eine fallübergreifende Zusammenarbeit im Kinderschutz über keinerlei Ressourcen verfügen. Entsprechend bleiben die meisten von ihnen Veranstaltungen und Arbeitskreisen fern und beschränken sich auf die Zusammenarbeit im Einzelfall. Aus diesen Fällen gemeinsam zu lernen und neue Wege der Zusammenarbeit und der gegenseitigen Unterstützung zu beschreiten, ist vielfach aus zeitlichen Gründen nicht möglich. Das führt dazu, dass Qualitätssicherung und Risikomanagement bei vielen Kinderschutzorganisationen entweder ganz ausbleiben oder auf die eigene Organisation begrenzt werden. Da das Entstehen von Kinderschutzproblemen aber in der Regel im Zusammenhang mehrerer Organisationen und Systeme zu sehen bzw. nur so zu verstehen ist, sind die Lernmöglichkeiten der einzelnen Kinderschutzorganisationen begrenzt, auch wenn sie sich alle Mühe geben.

c) Es gibt kein Netzwerk für Qualitätssicherung und Risikomanagement

Die gemeinsame Qualitätssicherung und ein kooperatives Risikomanagement können nicht mit ein paar einzelnen Fachgesprächen geregelt werden. Wenn Fach- und Leitungskräfte es nicht schaffen, jenseits der Hierarchie und zu erwartender Statusunterschiede, zusammen mit Partnern aus anderen Kinderschutzsystemen Prozesse der QS aufzubauen und zu gestalten, werden nur einseitig normativ geprägte Vereinbarungen zur Zusammenarbeit entstehen, aber kein gemeinsames Lernen. Ebenso fatal ist es, wenn die Verantwortung für Qualitätssicherung und Risikomanagement einseitig an die öffentliche Jugendhilfe delegiert wird. Wenn die Verantwortung nicht gemeinsam getragen wird, werden in Krisen und Konflikten regelmäßig Strategien der Schuldzuweisung, Leugnung und Abwehr auftauchen.

Netzwerke für Qualitätssicherung und Risikomanagement bleiben in ihren Möglichkeiten begrenzt und in ihrer Ausrichtung einseitig, wenn es nicht gelingt, Familien bzw. Hilfenetzwerke/-innen an der Netzwerkarbeit zu beteiligen. Wenn ihre Erfahrungen fehlen und ihre kritischen Hinweise nicht beachtet werden, ist das Netzwerk unvollständig.

d) Das Qualitätssicherungs- und Risikomanagement-Netzwerk lernt nicht

Die Praxis der Qualitätssicherung im Jugendhilfesystem, aber stärker noch in anderen Systemen, z. B. im Schulsystem, ist geprägt von Regelungen und Vorschriften, die zwar allgemein auf wahrgenommene Defizite und Probleme reagieren, aber in der Regel nicht aus konkreten Lernprozessen und Einsichten resultieren. Auch in intersystemischen Kontexten, wie dem Kinderschutz gibt es vielerorts Versuche, die Qualität durch solche allgemeinen Verfahrensvorschriften zu sichern, d. h. zu garantieren. Wenn diese Regelungen aber nicht einer gemeinsamen Praxis und ihrer Reflexion entspringen, sondern von Experten oder anderen Kommunen abgeschrieben werden, können sie die alltägliche Praxis nicht angemessen unterstützen. Wenn Qualitätssicherung und Risikomanagement fachliche Impulse und Orientierungen geben wollen, reichen solche Verfahrensregelungen nicht aus. Im Gegenteil: wenn die Fach-

kräfte in den Organisationen des Kinderschutzes den Eindruck haben, dass es keine gemeinsame Bewegung und Entwicklung mit den anderen Professionen und den anderen Systemen gibt, werden Qualitätssicherungs-Anweisungen nicht selten ignoriert oder erzeugen Abwehr.

e) Konflikte und Scheitern bedrohen eine intersystemische Praxis der Qualitätssicherung und des Risikomanagements

Angesichts der Ausgangslage, die durch Abgrenzung der Systeme, durch Macht- und Statuskonflikte sowie große habituelle bzw. organisationskulturelle Differenzen gekennzeichnet ist, sind Konflikte in gemeinsamen Qualitätssicherungs-Prozessen regelmäßig zu erwarten. Wenn die beteiligten Organisationen diese nicht als produktiv bewerten und sie nicht gemeinsam kreativ bearbeiten können, wird die verantwortliche Koproduktion in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement nicht gelingen. Konflikte entstehen besonders durch:

- einseitige Zuständigkeit und Verantwortung: das Jugendamt soll z. B. die Prozess- und Ergebnisverantwortung tragen und die Anderen können diese dann kritisieren
- starre Ablaufregelungen: obwohl jemand ein Problem sieht und dieses bearbeiten möchte, ist dies von der eigenen Organisation aus zeitnah nicht initiiert
- fehlendes Netzwerkmanagement: es gibt keine Personen bzw. kein Team, das besondere Verantwortung für das Netzwerk übernimmt
- zu große Widersprüche bei Aufwand und Ertrag: die Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement scheitert, weil man ständig zusammensitzt, aber keine Ergebnisse und Erfolge herauskommen.

3.3.3 Eckpfeiler guter Fachpraxis (Qualitätsstandards)

a) Qualitätssicherung und Risikomanagement werden als gemeinsame Netzwerkaufgabe begriffen

Um die Erfolge, die Fehler und die Risiken des Kinderschutzes gemeinsam mit den anderen Kinderschutzorganisationen in den Blick nehmen zu können, bedarf es einer fallübergreifenden, kontinuierlichen, multiprofessionellen und intersystemischen Zusammenarbeit. Diese Aufgabe wird von allen Organisationen im Hilfesystem gemeinsam beschrieben und alle verpflichten sich zur Zusammenarbeit.

Den Leitungskräften der Teams und Organisationen kommt die Verantwortung für den Netzwerkaufbau in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement zu. Sie erarbeiten ein Gesamtkonzept, das sowohl stadtteilbezogene als auch regional wie überregional tätige Organisationen einbezieht. Es wird ein Netzwerkmanagement eingesetzt und Verfahren der Qualitätssicherung und des Risikomanagements werden verabredet.

Netzwerke für Qualitätssicherung und Risikomanagement verstehen ihre Aufgabe als demokratisch legitimierte und zu legitimierende soziale Praxis. Aus diesem Grunde beziehen sie in Fehler- und Erfolgsanalysen Hilfenetzwerke/-innen oder ehemalige Adressaten und Adressantinnen von Hilfeprozessen ein, die erst die Vielfalt der Perspektiven vollständig machen.

b) Für Qualitätssicherung und Risikomanagement werden die benötigten Ressourcen zur Verfügung gestellt

Die Fachkräfte, die Leitungskräfte und die Netzwerkmanager/-innen benötigen für Qualitätssicherung und Risikomanagement ausreichende zeitliche Ressourcen. Sie werden entsprechend in ihren sonstigen Tätigkeiten unterstützt bzw. entlastet, damit sie die Aufgaben übernehmen können. Sofern externe Unterstützer (wie Qualitätsentwickler/-innen, Coachs) begleitend und moderierend benötigt werden, stehen hierzu die nötigen Mittel zur Verfügung.

c) Konflikte und Meinungsverschiedenheiten werden als Lernchance begriffen

Eine hilfesystemübergreifende Praxis der Qualitätssicherung und des Risikomanagements sind in erster Linie eine Chance zum gemeinsamen Lernen der beteiligten Organisationen und ihrer Fachkräfte. Sie lernen bei der Untersuchung von Erfolgen und Fehlern und sie lernen bei der Entwicklung von Verfahrensvorschlägen und Handlungsempfehlungen. Die dabei entstehenden Konflikte und Meinungsverschiedenheiten werden als Lernchance und nicht als Störung begriffen. Sie werden dialogisch erörtert und nach Möglichkeit konsensual gelöst.

Wenn als Ergebnis solcher Lernprozesse gemeinsame Verfahren, Abläufe, Empfehlungen, Standards und Weisungen im Kinderschutz vorgelegt werden, so werden diese stets als Zwischenergebnisse betrachtet, die es weiter kritisch zu überprüfen und dialogisch zu verändern gilt.

d) Intersystemische Praxis der Qualitätssicherung und des Risikomanagements erhält die nötige politische Rückendeckung

Gemeinsame Praxis der Qualitätssicherung und des Risikomanagements im Hilfesystem sind ein aufwändiger, langwieriger Arbeitsansatz, der erst auf Dauer seine nachhaltige Wirkung entfalten kann. Damit es zwischenzeitlich angesichts der täglichen Belastungen und Anforderungen nicht zu Zweifeln und Frustrationen kommt, benötigt diese Arbeit die politische Unterstützung. Die Politik stellt sich hinter die systemübergreifende Weiterentwicklung im Kinderschutz und transportiert die Kernideen in die Öffentlichkeit.

3.3.4 Prozessgestaltung

a) Intersystemische Qualitätssicherung beginnt mit der gemeinsamen Erforschung von Fehlern und Erfolgen in Fällen gemeinsamer Hilfepraxis zwischen den Kinderschutzorganisationen. Methodische Vorschläge von der Aktenanalyse über die Arbeit mit Mikroartikeln bis hin zur Arbeit mit Genogrammen und Eco-Maps sind in Bremen eingeführt und teilweise schon verbreitet.*

b) Es ist die Aufgabe der Leitungsfachkräfte, den Rahmen für diese Untersuchungen abzustimmen und zu sichern: Wer kooperiert mit wem? An welchen Fällen wird gearbeitet? Wie viel Zeit wollen wir uns nehmen? Aber auch: wie sichern wir Vertraulichkeit, wie unterstützen wir Offenheit und wie schützen wir uns gegenseitig vor Überforderungen?

* Im „Bremer Qualitätsstandard Zusammenarbeit im Kinderschutz (BQZ)“ sind die beiden Wege des „Lernens vom Erfolg“ und des „Lernens aus Fehlern“ in Abschnitt 5 skizziert (S. 47 -49).

c) Die Arbeit mit Erfolgen und Fehlern kann in Qualitätszirkeln oder QE-Werkstätten organisiert und abgestimmt werden. Durch die beiden QE-Werkstätten in Zusammenarbeit mit dem Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e. V. liegen Erfahrungen mit dieser Arbeitsform vor. Auch methodisch lässt sich an die bisherige Arbeit anschließen: durch Dialogrunden, Werkstätten für Familienhilfe und Forschungsüberblicke (z.B. in Form der Praxisuniversitäten über aktuelle „Botschaften aus der Forschung“).

d) Die Arbeit an den Fehlern und Erfolgen lässt sich sowohl auf der Ebene der Stadtteile organisieren, als auch gesamtstädtisch, wenn z.B. zu speziellen Themen gearbeitet werden soll oder gerade der Vergleich der Arbeitsformen in verschiedenen Regionen intendiert ist. Zu Beginn muss nicht zu viel Wert darauf gelegt werden, dass jeweils alle relevanten Organisationen sich beteiligen. Es kann auch damit begonnen werden, dass zunächst diejenigen Organisationen beginnen, die bereits ausreichend gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit gemacht haben und der Kreis später erweitert wird.

e) In der Untersuchung der Fehler und Erfolge kann es sowohl Sinn machen, sich auf die Zusammenarbeit von zwei Organisationen zu begrenzen (bilaterale Lernprojekte), als auch mit mehreren Organisationen zusammen zu arbeiten (multi-laterale Lernprojekte). Dies sollte jeweils vom Thema, den Fragestellungen und der geplanten Reichweite abhängen.

3.4 Programm- und Prozessqualität

Qualitätssicherung und Risikomanagement auf der Ebene der Fallarbeit

3.4.1 Herausforderung und Aufgabe

Bisher wurden die Ebenen der Organisation mit ihren Risiken und Fehlern in den Blick genommen. Im Folgenden geht es um eine kritische Betrachtung der Qualitätssicherung und des Risikomanagements auf der Ebene der Fallarbeit. Denn hier – im konkreten Prozess der Hilfeleistung – entscheidet sich, ob Kinderschutz gelingt. So ist auch nicht überraschend, dass mit dem gewachsenen Interesse der Gesellschaft und Politik, aber auch der im Kinderschutz engagierten Berufssysteme, Kindeswohlgefährdungen früh zu erkennen und ihnen vorzubeugen und bei bereits geschehener Misshandlung und Vernachlässigung mit dem Ziel der Kindeswohlsicherung einzugreifen und die Misshandlung und ihre Wiederholung zuverlässig zu verhindern, vor allem schnell umfangreiche methodische Vorschläge zur Risiko- oder Gefährdungseinschätzung (risk assessment) bzw. Verfahrensvorschläge zum „Handlungsablauf“ gemacht wurden. Dabei wird nun im professionellen Kinderschutzkontext immer häufiger der Konstruktionsprozess, aus einer „Meldung“ einen „Kinderschutzfall“ zu machen, an Regeln der Wahrnehmung und Deutung (nämlich an diagnostische Instrumente wie z.B. den „Stuttgarter Kinderschutzbogen“) und an Richtlinien des Fallmanagements (oder „Case-Managements“) gebunden. Diese verfahrensmäßige Durchstrukturierung der Fall-Erfindung und Fall-Durchführung – bei gleichzeitiger Intensivierung der Dokumentationsauflagen – wird nun leider in problematischer Verkürzung zum wesentlichen Kern der Qualitätssicherung und des Risikomanagements in der Kinderschutzarbeit erklärt. Aus der Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe und anderer Berufssysteme, Familien, Eltern und Kinder in ihrem Wohlbefinden zu unterstützen und in ihrer Entwicklung, Bildung, Erziehung zu fördern, wird unter dieser richtlinienmäßigen Verregelung* schnell ein Absicherungsunternehmen zur Kontrolle der professionellen Risiken, mit denen sich die Kinderschutzfachleute in wachsendem Maße konfrontiert sehen.

Risikant (d.h. ein Geschehen mit unbekanntem – und wie man heute vor allem befürchtet: mit negativem – Ausgang) ist in der Kinderschutzarbeit nämlich ganz grundsätzlich, wie man in der Begegnung mit Familien und anderen Außenstehenden (häufig ganz unterschiedlichen Fachleuten) auf der Grundlage von Informationen (mündlichen oder schriftlichen Texten, eigenen oder fremden Wahrnehmungen, Beobachtungen und Untersuchungen) die je spezifischen Lebensumstände eines Kindes überhaupt erfassen und verstehen kann und ob man die Fülle von Daten, die sich dabei ergeben, schließlich zusammenfassend als Kindeswohlgefährdung deuten und definieren kann, woraus dann evtl. besondere Handlungsverpflichtungen erwachsen. In der Regel ist hier nichts von vorneherein klar. Überall ist vielmehr Komplexität und Unsicherheit: In der Erstbegegnung treffen Unbekannte aufeinander, aus unterschiedlichen sozialen Schichten, mit unterschiedlichen Ressourcen, Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten, Ängsten und Erwartungen.

* Lonne u. a. sprechen von „managerialem Prozeduralismus“ (Lonne/ Parton/ Thomson/ Harries 2009: 51 ff.)

Die Vorgeschichte und der weitere gesellschaftliche und lebensgeschichtliche Hintergrund, aber auch die aktuelle Situation sind den Beteiligten in der Regel zuerst einmal ein Rätsel, nicht bekannt oder sie bleiben unbewusst bzw. werden verschwiegen oder verleugnet. Insbesondere weiß niemand mit Sicherheit, ob und wenn ja, wie es überhaupt zu einer Misshandlung oder Vernachlässigung eines Minderjährigen gekommen ist, wer „dafür“ verantwortlich ist und welche Umstände und Verhaltensweisen u.U. dazu beigetragen haben. Alle stehen vor einem Puzzle, das nicht leicht zusammen zu setzen oder übersichtlich zu ordnen ist. Und noch unklarer und spekulativer wird es, wenn sich die Aufmerksamkeit – vor allem der Kinderschutzfachleute – primär auf die Frage richtet, ob ein Kind in Zukunft möglicherweise weiter oder erneut misshandelt werden könnte bzw. ob ein Kind in der Zukunft sicher ist.

In einer solchen Konstellation des Nichtwissens entwickelt sich ein hochgradig störanfälliger Interaktionsprozess von unterschiedlich Mächtigen, die unterschiedliche Rechte und Pflichten haben und häufig divergierende Deutungs- und Handlungsperspektiven verfolgen. In diesem Mit- und Gegeneinander geht es im Kern darum, herauszufinden (und günstigenfalls sich darüber zu verständigen), ob man von bestimmten Anzeichen/Symptomen/Merkmalen bei Kindern auf Kindesmisshandlung oder Kindeswohlgefährdung schließen kann bzw. ob man die Verhaltensweisen und besonderen Persönlichkeitsmerkmale der Sorgeberechtigten und/oder die familialen und weiteren gesellschaftlichen Lebensumstände als ursächlich für eine Kindeswohlgefährdung veranschlagen und wem man dabei die Verantwortung oder Schuld zuweisen kann.

Im Mittelpunkt all dieser Vermutungen, allen Nachdenkens und aller Hilfemaßnahmen steht freilich die Frage, wie kann man Kinder mit ihren Entwicklungsbedürfnissen und Rechten in einer in jeder Hinsicht unsicheren und risikoreichen Welt zumindest einigermaßen fördern und beschützen und ihr Wohl sicher gewährleisten.

Aber auch wir selbst sind als Fachkräfte in dieser strukturellen Unsicherheit gefährdet und in unserer Fallarbeit mit Risiken konfrontiert. Uns unterlaufen folgenreiche Fehler und wir spitzen unbeabsichtigt Konflikte zu und sind dann nicht erfolgreich. Wir sind also selbst gefährdet in unserer Bemühung, Kinder und Eltern vor Risiken und Gefahren zu schützen. Daher müssen wir sowohl die Kinder und Familien als auch uns selbst schützen. In diesem umfassenden Sinn verstehen wir Qualitätssicherung und Risikomanagement in der Fallarbeit, d.h. wir müssen als Kinderschutzfachkräfte der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe sowie der weiteren beteiligten Organisationen in jedem neuen „Fall“ immer wieder neu mit Qualitätssicherung und Risikomanagement anfangen – denn jeder Fall ist anders.

Die an der Qualitätssicherung und am Risikomanagement im Fallprozess Beteiligten haben dabei unterschiedliche Rollen und Aufgaben. Ihre Zusammenarbeit – in geteilter und gemeinsamer Verantwortung – erfordert eine multiperspektivische und zugleich ganzheitliche Sicht auf die Situation der Familie und des Hilfesystems, die Wahrnehmung ihrer Ressourcen und Belastungen sowie von krisenhaften Entwicklungen. Nicht zuletzt ist eine kritische Reflexion und kreatives Experimentieren im Hilfeprozess sowie eine Praxisforschung und Evaluation im Rückblick mit allen Prozessbeteiligten notwendig. So kann die Qualität im Kinderschutzprozess gesichert werden. Worauf wir in der Fallarbeit konkret achten sollten, konkretisieren wir in den weiteren Abschnitten

3.4.2 Typische Fehler in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement auf der Ebene der Fallarbeit

Einen „Kinderschutzfall“ gibt es nicht einfach. Er wird vielmehr von einem mit Wissen, Kompetenzen und Ressourcen ausgestatteten und „zuständigen“ Berufssystem allererst dazu gemacht. Eine Kinder gefährdende Situation und besondere Lebensumstände und Konflikte einer Familie werden dabei in einen professionellen Handlungszusammenhang eingeordnet. D. h. eine Kinderschutzorganisation (wie z. B. das Jugendamt oder ein Freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe) öffnet einen kasuistischen Raum („Ja, mit Ihrem Anliegen sind Sie hier an der richtigen Stelle; dafür sind wir zuständig!“), in dem „Geschichten von Menschen in ihren spezifischen Situationen“ (vgl. Hollis 1971: 27) mit einer besonderen beruflichen Kompetenz des sozialen Expertenwissens, des lebensweltbezogenen Ressourcenmanagements und der Beziehungsarbeit zu einer sozialarbeiterischen „Fallgeschichte“ gemacht werden (Fallkonstruktion), die dann beraten (Fallberatung/Fallreflexion) und schließlich behandelt werden (Hilfeplan und Hilfepraxis). Drei Fragen sind in diesem Prozess handlungsleitend: 1.) Was ist das für ein Fall („Fall von“, z. B. von Kindesvernachlässigung). 2.) Für wen ist das ein Fall? („Fall für“, z. B. für mich, meine Fachrichtung, meine Einrichtung, für andere: das Familiengericht, die Kinderärztin). Und schließlich: 3.) Wer ist am Fall beteiligt? Wer gehört zum Fallsetting? („Fall mit“, z. B. mit einer alleinstehenden Mutter und drei Kindern, mit einem ganzen Familienclan, mit einer Kindertagesstätte, einer Lehrerin, der Justiz).*

Die in einen Fall einbezogenen Bürgerinnen und Bürger, Eltern, Kinder und Jugendlichen (Laien) schätzen es nun aber i. d. R. nicht besonders, zu einem „Kinderschutzfall“ gemacht zu werden, zumal, wenn sie eine Kinderschutzeinrichtung nicht freiwillig kontaktiert und Hilfe nicht von sich aus gesucht haben. Wenn Kinderschutzfachleute aufgrund von Fremdmeldungen oder Hinweisen von Dritten auf Eltern und Kinder zugehen, mit der Frage, ob es sich hier evtl. um einen „Fall von Kindeswohlgefährdung“ handelt und dann eine Fallklärung und Fallberatung bzw. Hilfe anbieten, wird das von unfreiwilligen Fallteilnehmer/-innen (Klienten u. Klientinnen) nicht immer gern gesehen und sie wehren die Fallbeteiligung ab. Und manchmal sagen sie es uns auch ganz offen: „Hören Sie, ich bin nicht Ihr Fall!“ oder: „Ich will mit Ihnen nichts zu tun haben!“ Dabei spielt natürlich eine Rolle, was sie bereits von der Kinderschutzeinrichtung wissen bzw. was sie von ihr halten, wie sie sie einschätzen, was für ein Bild sie z. B. von einem Jugendamt oder einem Kinderschutz-Zentrum haben. Bereits an dieser Stelle stoßen wir auf die ersten typischen Fehler in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement auf der Ebene der Fallarbeit:

a) Das Negativ-Image des Kinderschutzes wird im Vorfeld nicht korrigiert

Das weithin vorherrschende negative Image des Kinderschutzes (vor allem des Jugendamtes als staatliche Kinderschutzbehörde) wird in der Öffentlichkeit im Vorfeld der Fallarbeit nicht korrigiert. Durch häufige Fremdmeldekampagnen werden Eltern und Kinder nicht ermutigt, selbst Hilfe zu suchen, sondern sie werden als „Gefährdete“ und als „Gefährdende“ von Dritten „benannt“/„identifiziert“ oder auch „denunziert“ (naming and blaming) und geraten dadurch in eine Objektrolle, aus der die Kinderschutzfachleute sie dann erst wieder herausholen müssen, indem sie ihr Hilfeangebot erklären und attraktiv machen. Geschieht dies nicht, dann verfestigt sich das Image einer bloß kontrollierenden überwachungs- und eingriffsbehördli-

* Vgl. das klassische Buch zur multiperspektivischen Fallarbeit: Müller, B. 2008

chen Zwangsorganisation („Die nehmen mir ja bloß meine Kinder weg!“), mit der man lieber nichts tun haben möchte. Kinderschutz ist dann bereits im Vorfeld der Fallarbeit gefährdet und es entsteht ein Akzeptanz-Risiko, das auch in der weiteren Fallarbeit eine erfolgreiche Kinderschutzarbeit behindert oder sogar in Frage stellt.

b) Im Vorfeld erfolgt keine informative Aufklärung über Programme und Methoden des Kinderschutzes

Ein weiterer typischer Fehler in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement besteht darin, dass ein konkretes Wissensmanagement im Vorfeld der Fallarbeit außer Betracht bleibt, nicht in Frage gestellt und nicht verbessert wird. Ohne solche Veränderungen finden nämlich die leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürger ebenso wie die Öffentlichkeit und Politik und die anderen Berufssysteme keinen guten Zugang zu den lokalen Kinderschutzeinrichtungen, weil die Programme und Methoden der Kinderschutzarbeit konkret und gezielt nicht bekannt gemacht werden. Die Menschen können sich darum kein klares Bild machen, wie in einer Region/einem Sozialraum Kinder geschützt werden, was man an Hilfeangeboten erwarten kann, welche rechtlichen Grundlagen für Kinderschutz bestehen und wie man sich beteiligen und mitwirken kann, damit Kinder gefördert werden und sicher aufwachsen können.

Leider gehen viele lokale Kinderschutz-Systeme davon aus, dass sich Kinderschutz von selbst versteht. Und dann gibt es keine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, fehlen Informationsbroschüren und sucht man im Internet vergeblich eine lokale Kinderschutz-Homepage. Viele Kooperationspartner sehen im Kinderschutz keine besondere Aufgabe und unterstützen die Weitergabe von Informationen, Flyern und Broschüren nicht aktiv.

Kein Wunder, dass dann sowohl die Ziele als auch die konkreten Hilfeformen des Kinderschutzes – zumindest auf den wichtigsten vier Arbeitsebenen des Kinderschutzes im Dunkeln bleiben, nämlich:

1. Wie man in einer Region versucht, Kindeswohlgefährdungen früh vorzubeugen (primärpräventiver Kinderschutz).
2. Wie man sich zeigende Entwicklungsstörungen und Belastungen von Kindern und geringere Formen von Kindeswohlgefährdungen im Kontext universeller oder spezieller Dienste behandelt, um Kinder und Eltern in der Entwicklungsförderung zu unterstützen und zu verhindern, dass es zu einer erheblichen Gefährdung von Kindern kommt (sekundärpräventiver Kinderschutz).
3. Wie man in einer akuten Notsituation eingreift, um eine Misshandlung oder Vernachlässigung zu beenden, Konfliktsituationen zu entschärfen, vorliegende Verletzungen unmittelbar zu behandeln und Kinder evtl. in Obhut zu nehmen (Kinderschutz als Krisen- und Nothilfe).
4. Wie man dazu beiträgt, zu klären, wie es zu einer Kindeswohlgefährdung gekommen ist, und Wege zu finden, zu verhindern, dass es zu einer erneuten Misshandlung und zu einer langfristigen Entwicklungsbeeinträchtigung/Schädigung eines Kindes kommt (Kinderschutz als Beratung, Therapie, Entwicklungsförderung von Kindern und Eltern).*

* Vgl. auch: Munro, E. 2008: 11 ff.

c) Es gibt einen riskanten Umgang mit Meldungen

Am Beginn der konkreten Fallarbeit steht in der Regel eine (telefonische) Meldung – von Fachleuten aus anderen Berufssystemen (einer Kindertageseinrichtung, einer Schule, einer polizeilichen Dienststelle, einer Klinik), aber auch von Meldern aus dem familialen und nachbarschaftlichen Umfeld. Manche Melder wollen anonym bleiben und manche verbinden die Meldung mit einem „Auftrag“, was nun zu geschehen hätte. Nicht alle Meldungen sind konkret, klar und informativ und es ist oft notwendig, differenziert nachzufragen, worum es geht, um entscheiden zu können, ob es sich bei der Meldung evtl. um einen Fall von Kindeswohlgefährdung handelt oder nicht. Das ist nicht einfach, zumal in Anbetracht der überall wachsenden Anzahl von Kindeswohlgefährdungsmeldungen. Hier kommt es darum leicht zu typischen Anfangsfehlern und -risiken, die zu Qualitätseinbußen in der Fallarbeit führen:

- So sind Kinderschutz-Einrichtungen (hier sind wieder in einem weiten Sinne Kitas, Jugendfreizeitstätten, Beratungsstellen etc. gemeint) nicht immer zentral und rund-um-die-Uhr erreichbar und dann kommen Meldungen nicht an.
- Meldungen werden – zumal bei unzureichenden Ressourcen und fachlichen Qualifikationen der Fachkräfte in Meldestellen – zu wenig genau erfasst und nicht ausreichend mit den Meldenden abgeklärt und es gibt kein methodisches Standardverfahren der Fallabklärung im Meldekontext und dann gehen Fälle verloren oder Meldungen bleiben diffus und wichtige Zusammenhänge werden nicht erkannt.
- Meldungen werden mit Abgabetendenz verfasst (autoritäre Delegation).
- Meldungen werden nicht sofort und konsequent nachgegangen. Bedeutung, Aufträge und Erwartungen der Meldungen werden nicht differenziert abgeklärt.
- Die Fallübergabe an die im weiteren zuständigen fallführenden Fachkräfte (wie z. B. die nach § 8a SGB VIII „insoweit erfahrenen Fachkräfte“ bzw. des Jugendamtes) ist nicht geregelt.

d) Im Erstkontakt kommt es zur Verengung des Settings und zu Beziehungsspaltungen

Wie bereits bei der Abklärung der Meldung kommt es im Erstkontakt mit den Konfliktbetroffenen und Prozessbeteiligten nicht selten zu einer Verengung des Settings. Wichtige Beteiligte – vor allem die betroffenen Kinder, aber auch die – wie auch immer randständigen – Väter werden oft übersehen, nicht kontaktiert, nicht gehört und einbezogen. Weitere wichtige Personen und Einrichtungen im Umfeld einer Familie bleiben unberücksichtigt. Ihre Rollen und Erwartungen, Sichtweisen und Problemeinschätzungen können dann nicht genutzt werden. Mit dem Interesse, ein gefährdetes Kind zu schützen, kommt es zudem oft zu einer Spaltung im Beziehungsaufbau mit der Familie, geht eine Haltung der Allparteilichkeit seitens der Kinderschutzfachkräfte verloren. Daraus erwächst nicht selten eine widersprüchliche Situation: Es kommt zu einer Gefährdung des Beziehungsaufbaus mit den Sorgeberechtigten, ohne allerdings Kinder und Jugendliche gleichberechtigt als Partner im Fallprozess einzubeziehen.

e) Es werden keine oder lediglich oberflächliche Problemkonstruktionen/Diagnosen und Gefährdungseinschätzungen vorgenommen

Die Konfliktodynamik einer Misshandlungssituation veranlasst Kinderschutzfachkräfte dazu – obwohl sie inzwischen sogar häufig zu zweit (Vier-Augenprinzip/Tandem) eine Meldung vor Ort überprüfen – dass sie bei einer oberflächlichen und symptom-orientierten Problemkonstruktion stehen bleiben und immer wieder schnell zu agieren beginnen (Handeln ohne genauere Problemkonstruktion/Diagnose und Gefährdungseinschätzung), anstatt zuerst einmal die vier wesentlichen Untersuchungsebenen im Blick zu haben: 1.) Die Gewährleistung

bzw. Gefährdung des Kindeswohls; 2.) Die Problemsicht und -akzeptanz der Betroffenen; 3.) Die Problemübereinstimmung unter den Fallbeteiligten; 4.) Die Hilfeannahme durch die Familie; um dann zu überlegen, wie man eingreifen könnte, was geschehen müsste, um ein Kind vor weiteren Misshandlungen zu schützen und Hilfe und Unterstützung zu gewähren.

Viel zu oft wird nicht in Ruhe und mit Überlegung und unter Nutzung des eigenen beruflichen Erfahrungs- und Deutungswissens und fachlich bestätigter anamnestischer und diagnostischer Verfahren eine mehrseitige dialogische Problem- und Gefährdungseinschätzung vorgenommen. Und dann wird versäumt, zumindest Informationen auf drei Ebenen zusammenzutragen: 1.) Wie steht es um die Entwicklungsbedürfnisse und Gefährdungen des betroffenen Kindes?; 2.) Welche lebensgeschichtlichen, sozio-kulturellen und materiellen Familien- und Umweltfaktoren spielen eine Rolle; 3.) Wie sind die Eltern in der Lage, Ihre Verpflichtungen und Rechte als Sorgeberechtigte wahrzunehmen? Über welche elterlichen Kompetenzen verfügen sie?*

f) Alle wichtigen Fachkräfte werden nur unzureichend einbezogen

Aber auch auf der Ebene der Zusammenarbeit kommt es zu Fehlern in der Fallbearbeitung. Die Fachkräfte verhaken sich aufgrund eines unterschiedlichen fachlichen Fallverständnisses und es kommt zu fachspezifisch einseitigen Wahrnehmungen und Bewertungen, zu Missverständnissen, Konflikten und Kontroversen, die – zumal in Anbetracht von professionellen Statusunterschieden und Konkurrenzen – leicht zu Spaltungen im Helfernetz führen. Eine faire multidisziplinäre und multiperspektivische Fallarbeit ist im Kinderschutz nicht die Regel.

g) Die Fallarbeit verfügt nicht über ausreichende Ressourcen

Fallarbeit im Kinderschutz, die diesen Namen verdient, braucht allerdings Ressourcen: personelle, zeitliche, materielle. Da die zur Verfügung stehenden Ressourcen bei steigenden Fallzahlen und wachsendem Problemdruck nicht entsprechend mitgewachsen sind, ist die Qualität der Kinderschutzarbeit strukturell gefährdet. Diese Entwicklung wurde u. a. mit einem bloß verwalterisch verstandenen Case-Management (vgl. Biesel 2010), und einem entpolitisierten Konzept der Sozialraumorientierung legitimiert, als sei Fallbearbeitung im Kinderschutz nurmehr ein Frage des sogenannten „Eingangsmanagements“, der Leistungsgewährung, der Fallkoordinierung und der fortlaufenden Fallkontrolle mit regionaler Trägervernetzung. Nicht bedacht wurde bei einer solchen verkürzten Konzeption, dass gerade im Vorfeld und in der Eingangsphase der Kinderschutzfallarbeit alle Kompetenzen der Prävention, der Beratung, der Krisenintervention und sozialpädagogischen Familienhilfe und der lebensweltbezogenen Gemeinwesenarbeit gebraucht werden: Jedenfalls darf Kinderschutz nicht als das bloße Ingangsetzen eines „Aktentransportbandes“ missverstanden werden. Wer Kinder schützen will, muss ausreichende Ressourcen zur Verfügung haben. Ressourcenarmer Kinderschutz aber ist hierzulande aber an der Tagesordnung. Es ist dies eine wesentliche systemische Fehler- und Risikoquelle für die Realisierung einer multiperspektivischen, dialogischen und auf verlässlichen Beziehungen beruhenden Fallarbeit.

h) Fallprozesse werden nicht ausreichend reflektiert

Immerhin können die Kinderschutzfachkräfte aber auch die eigenen und organisationalen Möglichkeiten nutzen. Sie verfügen nämlich über Kompetenzen, ihre eigene Praxis kritisch

* Vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin 2009 / Department of Health 2007 / Munro 2008

zu reflektieren und kreativ, experimentell weiter zu entwickeln. Das geschieht jedoch im Kinderschutz nicht immer und vor allem nicht kontinuierlich. Eine multidisziplinäre Teamarbeit mit kollegialer Beratung und regelmäßiger (etwa 14-tägiger) Supervision sind keineswegs Standard im Kinderschutz, so dass Schwierigkeiten und Unsicherheiten, Übertragungen und Verstrickungen im Fallverlauf nicht geklärt werden können und die Fachkräfte allein gelassen werden, denen dann oft nichts anderes mehr bleibt, als weiterzuwursteln, auszuweichen bzw. sich völlig zu verausgaben oder gar auszubrennen, krank zu werden und schließlich auszufallen oder aufzugeben und zu kündigen. Als beunruhigender Risikoindikator muss darum inzwischen die steigende Anzahl von neuen Fachkräften im Kinderschutz gewertet werden, die schnell wieder aussteigen. Umso wichtiger wäre eine kritische Reflexion und Weiterentwicklung der Arbeit. Wenn es nämlich keinen Raum der Reflexion, des gemeinsamen Lernens gibt, ist die Kinderschutzfallarbeit, die eine der anspruchsvollsten und schwierigsten humanen Dienstleistungen überhaupt darstellt, schnell am Ende und dann sind Kinderschutzfehler schnell bittere Realität.

i) Fallprozesse finden ohne realistische Hilfeplanung, Dokumentation und Evaluation statt

Schließlich ist in der Kinderschutzfallarbeit eine realistische partizipatorische und einverständige Hilfeplanung nicht die Regel, ganz abgesehen davon, dass Hilfeziele oft zu abstrakt gefasst sind und eher Eltern und Kindern individualistisch Veränderungen abfordern, anstatt sich auch auf die organisationalen und sozialen Kontexte, die Fachkräfte und die familialen Lebensumstände zu beziehen. Kontextveränderungen (wie z. B. Gemeinwesenarbeit zur Aktivierung von Hilfen in naher Nachbarschaft, Bekämpfung der Armut durch Koordinierung von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, Engagement für bezahlbaren Wohnraum, Förderung sozialer Kontakte und nachbarschaftlicher Vernetzung, etc.) werden viel zu selten angestrebt, obwohl dies – wie inzwischen empirische Forschungsergebnisse belegen* – viel erfolgreicher wäre. Was die Dokumentation der Fallverläufe betrifft, so ist man hierzulande im Kinderschutz – nicht zuletzt durch die Einführung elektronischer Fallakten – sicher weiter gekommen und hat damit auch eine größere Sicherheit für die Fachkräfte geschaffen. Solche Dokumentationen sind aber immer noch sehr fachkräftezentriert; Hilfeteilnehmer/-innen werden kaum beteiligt und haben auch faktisch keinen Einblick, was über sie alles aufgeschrieben und zum Fallverlauf dokumentiert wird. Noch problematischer und riskanter ist, dass Fallprozess- und Ergebnisevaluationen (also Hilfeprozess- und -ergebnisforschung) in Deutschland weitgehend fehlen. Kinderschutz weiß hierzulande – weder lokal und regional, noch überregional – nicht zuverlässig: Wer, wie viele und welche Kinderschutzfälle meldet? / Was mit den Meldungen im Einzelnen geschieht? / Wie Gefährdungseinschätzungen vorgenommen werden und wie dabei mit den überall eingeführten Diagnoseinstrumenten umgegangen wird? / Was im weiteren Fallverlauf (also in den unterschiedlichen Hilfeprozessen) geschieht und welche Ergebnisse mittel- und langfristig erzielt werden? / Wenn aber Kinderschutz nur über eine geringe empirische Datenbasis verfügt, haben Qualitätssicherung und Risikomanagement keine sichere Grundlage.

* Vgl.: Dartington Social Research Unit (1995): Child Protection. Messages from Research. Studies in Child Protection. HMSO.

3.4.3 Eckpfeiler guter Fachpraxis (Qualitätsstandards)

a) Das im Vorfeld des Kinderschutzes bestehende Negativ-Image wird korrigiert

Kinderschutz setzt im Vorfeld an und vermittelt in einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit – unter Nutzung aller Informationsmedien, nicht zuletzt des Rundfunks, des Fernsehens und des Internets – was Kindeswohlgefährdung ist und wie die lokalen, regionalen und überregionalen Kinderschutzeinrichtungen helfen. Eine solche Aufklärungsarbeit setzt sich auch mit den verbreiteten Negativ-Bildern einer repressiven „Kinderklausur-Behörde“ kritisch auseinander, die den Zugang gerade zur öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe immer wieder erschweren. Auf diese Weise werden Brücken gebaut, damit Eltern, Kinder und Jugendliche möglichst selber, d. h. freiwillig, Hilfe suchen und finden und damit besorgte Bürger/-innen und Fachleute sich ohne Bedenken und ohne Hindernisse an das lokale Kinderschutzsystem wenden können.

b) Im Vorfeld wird gezielt über Ziele, Programme und Methoden des Kinderschutzes informiert

Vorinformationen, Erwartungen und Wünsche spielen in der Annahme und im Prozess humaner Dienstleistungen eine große Rolle. Sie sind die Basis für die über Annahme oder Ablehnung von Hilfeprozessen entscheidenden Prozessphantasien, die bei Kindesmisshandlungsfällen immer wieder von Scham-, Schuld- und Angstgefühlen geprägt sind. Sie sind aber auch im Vorfeld beeinflussbar, verändern sich und eröffnen dann Chancen der Zusammenarbeit und der Entwicklung tragfähiger Arbeitsbündnisse, wenn man weiß, worum es im Kinderschutz geht. Besonders müssen die Bürgerinnen und Bürger, aber auch Fachkräfte aus Schulen, Kindertageseinrichtungen und anderen sozialen Organisationen wissen, was von einem erwartet wird, welche Rechte und Pflichten man als Vater und Mutter und als Kind und Jugendlicher hat, was die Aufgabe der Kinderschutzfachkräfte ist und worauf man sich einlässt und auf was man sich verlassen kann, wenn man mit ihnen zu tun bekommt. Die lokalen Kinderschutzeinrichtungen klären darum gezielt und anschaulich über Ziele, Programme und Methoden des Kinderschutzes auf und machen dabei das Konzept ganzheitlichen, demokratischen und bevölkerungsnahen Kinderschutzes stark. Dabei beteiligen und nutzen sie erfolgreiche Hilfeteilnehmer. Sie ermutigen Selbstmelder, freiwillig in Not- und Gefährdungssituationen Hilfe zu suchen.

c) Kindeswohlgefährdungsmeldungen werden rund um die Uhr fachlich zuverlässig erfasst und abgeklärt. Den Meldern wird mit Offenheit, Zuwendung und Anerkennung für ihren Beitrag zum Kinderschutz begegnet und sie werden unterstützt, selbst Hilfe zu leisten

Die Aufnahme von Meldungen und ihre Abklärung ist der dritte methodische Schritt in der Kinderschutzarbeit. Dabei geht es im Kern um die Stärkung der gesellschaftlichen Hilfsbereitschaft und um eine verantwortungsvolle Abklärung, ob eine Kind oder eine Familie gefährdet ist und evtl. sogar sofort Hilfe braucht. Es geht bei diesen Erstkontakten aber nicht zuletzt auch um die Öffnung der Zugänge zum Hilfesystem. Die Kinderschutzfachkräfte verfügen über die dafür notwendigen beraterischen Kompetenzen und nutzen besondere methodische Untersuchungsverfahren zur Erstabklärung von vermuteten Kindeswohlgefährdungsfällen. Sie überprüfen den Sachverhalt – gegebenenfalls zu zweit unmittelbar vor Ort – und leiten die notwendigen Maßnahmen ein. Sie dokumentieren den Prozess und übergeben die Fallbehandlung an die weiter Zuständigen.

d) Alle Prozessbeteiligten (insbesondere Kinder) werden im Erstkontakt allparteilich, zugewandt und solidarisch – je nach Situation in allangemessenen Settings – einbezogen

Kinderschutz gelingt am besten, wenn die Beteiligung aller ermöglicht wird. Partizipation wird darum bereits im Erstkontakt zu einem wichtigen Prinzip. Ein mehrseitiges Setting zusammen mit allen Fallbeteiligten ist in der Regel günstig für eine gemeinsame Situations-, Problem- und Ressourcenklärung und für den Beziehungsaufbau. Wichtiger noch sind eine zugewandte Haltung und das Interesse, den Betroffenen solidarisch und mit allparteilicher Offenheit zu begegnen, um alle ohne vorgefasste Meinungen anzuhören und auf diese Weise die größtmögliche Unterstützung für die Sicherung des Kindeswohls zu erreichen. Nur wenn ein Kind oder eine Jugendliche durch gefährliche Misshandler oder durch bestätigte Misshandlung Leugnende (wie z. B. bei manchen sexuellen Missbrauchsfällen) noch zusätzlich gefährdet ist, ist ein „geteiltes“ oder „variables“ Setting mit Einzelnen oder nur einem Teil der Familie sinnvoller.

e) Differenzierte multiperspektivische und multidisziplinäre Problemkonstruktionen und Gefährdungseinschätzungen werden dialogisch zusammen mit den Betroffenen und wichtigen Partnern – unter Nutzung fachlich anerkannter und praktikabler Anamnese- und Diagnoseverfahren – im Fallzugang und Erstkontakt begonnen und im Weiteren umfassend vertieft, um dann im Fallverlauf immer wieder konkretisiert und erweitert zu werden

Methodisch versierte Kinderschutzfachkräfte wissen, dass differenzierte Problemkonstruktionen und Gefährdungseinschätzungen multiperspektivisch angelegt sein müssen, um den sozialen und materiellen Kontext der Familie, die systemische Familienarchitektur, die Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur der Eltern wie der Kinder, die Muster und Dynamik der Beziehungen, die elterlichen Kompetenzen und Erziehungs- und Versorgungspraktiken und schließlich das Ausmaß und den Schweregrad einer Kindeswohlgefährdung und die Indikation und Akzeptanz von notwendigen Hilfen einschätzen zu können. Dabei werden natürlich die eigenen Lebenserfahrungen ebenso wie die eigenen (klinischen) Fallerfahrungen, nicht zuletzt aber auch fachlich anerkannte und praktikable (also nicht zu lange) Anamnese- und Diagnoseverfahren und Instrumente zur Gefährdungs- und Risikoeinschätzung genutzt (vgl. den Familien-Untersuchungs-Rahmen des Kronberger Kreises für Qualitätsentwicklung e. V. – FUR). Alle auf diese Weise gesammelten Daten müssen dann aber zu einem Gesamtbild zusammengefügt und verstanden werden. Es ist dies eine humanwissenschaftliche Kunst der Verbindung von Wissen und methodischem Können mit dem Ziel einer theoriegeleiteten Integrationsleistung, die multidisziplinär im Team verschiedener Fachkräfte unterschiedlicher Fachrichtungen besser gelingt als im Alleingang.

f) In der Fallarbeit werden alle wichtigen Fachkräfte mit ihren Erfahrungen und Kompetenzen einbezogen und beteiligt, denn Hilfe gelingt nur als Ko-Produktion

In einer modernen Gesellschaft mit hochdifferenzierten sozialen Funktions- und Berufssystemen hat es Kinderschutz notwendigerweise mit einer ganzen Reihe unterschiedlicher Fachkräfte mit unterschiedlichen Fachausbildungen, Aufträgen und Rollen zu tun. Sie sprechen unterschiedliche Sprachen und folgen spezifischen Programmen und Methoden. In der Fallarbeit wird diese Vielfalt an Erfahrungen und Kompetenzen genutzt, ohne die betroffenen Familien mit einem Heer von Fachkräften zu überrennen oder gar zu „kolonisieren“. Die Kooperation über die Fachgrenzen hinaus ist aber die Grundlage eines tragfähigen Hilfenetzes, dessen Kern die gemeinsame Fallarbeit ist.

g) Fallarbeit im Kinderschutz verfügt über ausreichende personelle, zeitliche und materielle Ressourcen

So wichtig Idealismus und Engagement auch immer für eine gute Kinderschutzarbeit sind, ohne Ressourcen gelingt Kinderschutz nicht. Kinderschutz braucht – gerade bei wachsenden Fallzahlen – eine ausreichend große Zahl in Kinderschutzfragen besonders qualifizierter Fachkräfte, wobei man allein für die Falleingangsphase im Jugendamt von der Annahme und Registrierung der Meldung über die erste Gefährdungseinschätzung im Durchschnitt mit 2-3 Mitarbeiter/-innen bis hin zur Überprüfung vor Ort bzw. einer Inaugenscheinnahme zu zweit und einer Interventionsentscheidung und evtl. einer Inobhutnahme, und der Entwicklung einer zusammenfassenden Problemkonstruktion, eines Hilfekonzepts und der Hilfeplanung eine zeitliche Kapazität von etwa 15 Stunden pro Fall benötigt.* In jedem Fall muss man aber gemeinsam klären, wie viel Arbeitszeit für die Bearbeitung einzelner Fälle (von der Problemkonstruktion über die Klärung des Hilfebedarfs bis hin zur Hilfeleistung und zur Evaluation) veranschlagt wird.

Alle Fachkräfte brauchen vertrauliche Beratungen und die Vertraulichkeit und den Datenschutz gewährleistende Raumbedingungen, eine zeitgemäße Ausstattung mit Computern und mobilen Telefonen und Budgetansätze, die eine ausreichende Finanzierung der ambulanten und stationären Leistungsangebote sowie der fallübergreifenden Leitungs-, Reflexions-, Netzwerk- und Kooperationsaufgaben sicherstellen. Empirisch gesicherte Eckwerte pro Fall und Einrichtung müssen dafür allerdings noch im Hinblick auf die gemeinsam vereinbarte programmatische, konzeptuelle und methodische Ausrichtung entwickelt werden.

h) Fallarbeit im Kinderschutz wird kontinuierlich reflektiert

Bereits in der Falleingangsphase bedarf es bei der Untersuchung vor Ort bzw. für eine kooperative Gefährdungseinschätzung eines reflektierenden Teams; im weiteren Fallverlauf sind regelmäßige Fallkonferenzen bzw. kollegiale Beratungen oder Wochenkonferenzen und Supervisionen (mit externen Supervisoren) eine zwingende Notwendigkeit. Hinzukommen auf der Ebene der Qualitätssicherung und des Risikomanagements Qualitätszirkel und Forschungsgruppen, um aus Fehlern und von Erfolgen zu lernen.

i) Gute Fallarbeit im Kinderschutz beruht auf einer realistischen Hilfeplanung, einer zuverlässigen und zugänglichen Dokumentation und einer empirischen Hilfeprozess- und Ergebnisforschung

Auf der Basis einer multiperspektivischen Problem- und Gefährdungseinschätzung lassen sich konkrete Hilfeziele für alle Beteiligten herausarbeiten, an denen sich die weitere Arbeit orientiert, ohne die Karte mit dem Weg im Hilfeprozess zu verwechseln, der ja immer ein offenes Entwicklungsexperiment und situative Gestaltung bleiben muss, um nicht zu erstarren (Krause/Wolff 2005). Zuverlässig zu dokumentieren, was geschieht und welche Erfahrungen gemacht werden und welche Ergebnisse erzielt werden, nicht zuletzt welche Faktoren dabei eine Rolle spielen, ist eine wichtige Voraussetzung jeder Qualitätsentwicklung. Eine systematische Hilfeprozess- und Ergebnisforschung (evtl. in Kooperation mit wissenschaftlichen Hochschulen und Instituten) verschafft ihr eine sichere Grundlage.

* Vgl. die umstrittenen Berechnungen im Bericht SRO-Jugendämter der Steria Mummert Consulting AG 2009

3.4.4 Prozessgestaltung

Mit der Herausarbeitung der Eckpfeiler guter Fachpraxis haben wir bereits konkrete Handlungsschritte angedeutet. Wir präzisieren im Folgenden, welche Umsetzungsschritte der Qualitätssicherung und des Risikomanagements wir für vordringlich halten:

- a) Wir entwickeln ein Konzept nachhaltiger Öffentlichkeitsarbeit „Wir fördern und schützen Kinder – gemeinsam und gern!“ und vermitteln es in Zusammenarbeit mit den Medien in der Öffentlichkeit, um mit einem attraktiven Bild moderner Kinderschutzarbeit die Zugänge zum Hilfesystem zu öffnen und die Akzeptanz unserer Leistungsangebote zu verbessern.
- b) Wir erarbeiten trägerübergreifend ein internetbasiertes Informationskonzept und machen Vorschläge für seine Implementierung und Pflege. Die Informationen sind leicht verständlich und erläutern besonders: worum es im Kinderschutz geht, was die Aufgabe der Kinderschutzfachkräfte ist und womit man als Hilfeeilnehmer/-innen rechnen muss, welche Rechte und Pflichten man als Vater und Mutter und als Kind und Jugendlicher hat, worauf man sich einlässt und auf was man sich im Kinderschutz verlassen kann.
- c) Wir nutzen die Ergebnisse der laufenden Evaluation des Kinder- und Jugendnotdienstes zur Weiterentwicklung unserer Fachpraxis im Umgang mit Kindeswohlgefährdungsmeldungen und setzen unsere Fortbildungen zur methodischen Qualifizierung der Fachkräfte im Kinder- und Jugendnotdienst fort.
- d) Wir entwickeln und realisieren ein Intensivprogramm „Multiperspektivische dialogische Fallarbeit“ zur Förderung der methodischen Kompetenz der Fachkräfte (insbesondere der Case-Manager/-innen) und überprüfen dabei die in Bremen eingeführten Gefährdungs- und Ressourceneinschätzverfahren.
- e) Zur Unterstützung guter Fachpraxis im lokalen Kinderschutzsystem führen wir regelmäßig die in Zusammenarbeit mit dem Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e.V. entwickelte „Werkstatt für Familienhilfe – das Helfelabor des AfSD“ durch und stärken auf diese Weise die Zusammenarbeit mit Eltern und Kindern und den am Kinderschutz beteiligten Fachkräften.
- f) Wir führen eine etwa einjährige Qualitätsentwicklungs-Werkstatt mit Fachkräften aus der Praxis wie der Wissenschaft zur Erarbeitung eines den Praxisanforderungen entsprechenden personellen, zeitlichen und materiellen Ressourcenrahmens für die lokale Kinderschutzarbeit durch und entwickeln einen empirisch fundierten „Bremer Kinderschutz-Ressourcen-Rahmen“ zur Sicherung guter Fachpraxis.
- g) Wir machen in der Kinderschutzarbeit regelmäßige Fallsupervisionen verbindlich.
- h) Wir organisieren trägerbezogene und trägerübergreifende Qualitätszirkel, um aus Fehlern und Erfolgen in der Kinderschutzarbeit zu lernen.
- i) In Kooperation mit Forschungseinrichtungen suchen wir nach Wegen und Mitteln, Projekte der Hilfeprozess- und Evaluationsforschung in Gang zu setzen, die uns genauer darüber informieren, wie wir unsere Hilfeprozesse konkret gestalten und was wir im Kinderschutz bewirken, damit wir eine gute Datenbasis dafür bekommen, wie wir das Kinderschutzsystem verbessern können.

3.5 Programm- und Prozessqualität

Qualitätssicherung und Risikomanagement bei Kinderschutzkrisen und folgenschweren Fehlern

3.5.1 Herausforderung und Aufgabe

Gerade bei extremen familialen Krisen zeigt sich, ob es den Kinderschutzorganisationen gelingt, beherrscht und zugleich fair und transparent mit Eltern zusammenzuarbeiten, um Kinder in zugespitzten und gefährlichen Krisenfällen zu schützen. Oftmals passiert es den Fachkräften allerdings, dass sie in solchen unüberschaubaren und durch Handlungsdruck gekennzeichneten Situationen überstürzt und kopflös agieren.

Solche Krisen sind jedoch bereits von der Familiengenealogie her strukturell angelegt. Bereits mit der Geburt der Kinder (vgl. Schüle 2002) findet ein Wechsel von einer partnerschaftlichen hin zur familiären Orientierung statt, muss neu ausgelotet werden, was es heißt, zugleich Mutter und Vater als auch Partnerin und Partner zu sein. Eltern benötigen insofern eine besonnene und zugleich professionelle Unterstützung, wenn ihnen diese Form der strukturell wiederkehrenden Krisenbewältigung misslingt. Das ist deshalb von Bedeutung, weil immer dann, wenn ökologische Übergänge in neue, für das Kind und die Familie wichtige Umweltsysteme (wie etwa der Kindertagesstätte, der Schule oder der Arbeitswelt) misslingen (vgl. Bronfenbrenner 1989), diese zu familialen Krisen führen können. Aber auch Eltern müssen ihre eigenen biografischen Wendepunkte verkraften. Wenn sich beispielsweise ihre Vorstellungen von einem guten Leben nicht verwirklichen lassen und sie an der Realisierung ihrer Kindheits- und Jugendträume scheitern.

Zudem, und das wird oftmals vergessen, haben Familien heutzutage viel zu leisten. Sie sollen für die verlässliche Versorgung, Bildung und Erziehung ihrer Kinder zuständig sein, diese moralisch stützen und stärken und ihnen darüber hinaus ein Vorbild sein. Diese von der Gesellschaft und auch den Medien herangetragenen Ansprüche an das uneingeschränkte „Funktionieren“ der Familie sind nicht für alle Familien gleichermaßen zu bewältigen. Die Erfahrung aufgrund von Arbeitslosigkeit am Rande der sozial integrierenden Arbeitsgesellschaft und deswegen mit sozialer Ausgrenzung und Armut konfrontiert zu sein, meistern eben nicht alle Elternpaare oder alleinerziehende Elternteile. Erst recht nicht, wenn sie davon überzeugt sind, dass sie in Abgrenzung zum eigenen Herkunftsmilieu, nicht etwas Besseres aus ihrem Leben gemacht haben. Kein Wunder, dass sich in solchen zum Teil überforderten Familien und Teilfamilien aufgrund einer Verkettung ungünstiger Lebensumstände ein „Muster des Scheiterns“ etabliert hat.

Familien, in denen sich Kindeswohlgefährdungen anbahnen, zeichnen sich von daher oftmals durch Armut, Gewalt, Drogenmissbrauch, Hoffnungslosigkeit, Resignation und „auf den Kopf gestellten“ und damit verschobenen und destruktiven Beziehungsstrukturen aus. Vor allem den davon betroffenen Kindern muss dann unsere volle Aufmerksamkeit rechtzeitig zuteil werden vor allem wenn sie in ihren Familien akut gefährdet sind und dann schnelle und dennoch besonnene Hilfen notwendig sind.

Emotionen statt Sachlichkeit

Beim Eintritt einer Kinderschutzkrise oder sogar Kinderschutzkatastrophe treten selbst die ausgefeiltesten fachlichen Handlungsstrategien in den Hintergrund und stattdessen kommt es zu emotionalen Reaktionen, wie Verdrängen, Verstummen, Angst und Panik. Auch die Reaktionen der hinzugezogenen Spezialisten (Mediziner, Kriminalbeamte ...) sind der Situation nicht immer angemessen und verschärfen den Konflikt sogar manchmal. Fachliches Fehlverhalten geht einher mit Distanzverlust, Koalitionsbildung mit der Familie oder Teilen von ihr und der „Unfähigkeit“, Konflikte an- und auszusprechen und zu bearbeiten.

Versuche der Rechtfertigung gescheiterter Hilfeprozesse mit individuellen Schuldzuweisungen an Angehörige oder Kooperationspartner aus anderen Kinderschutzsystemen lenken jedoch oft von eigenen Schwächen, z. B. der fehlenden Wahrnehmung, der ausgefallenen Beratung, der mangelhaften Kooperation oder der unzureichenden Dokumentation dieses Risikofalles ab.

Leitungsschwäche

Verstärkend wirkt sich in solchen Fällen eine personelle und/oder strukturelle Leitungsschwäche aus, da Führungskräfte oftmals keine oder nur unzulängliche Verfahren im Umgang mit Kinderschutzkrisen und folgenschweren Fehlern gemeinsam mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entwickelt haben. Dies führt dann nicht selten zur zusätzlichen Verunsicherung der Fachkräfte, zumal, wenn Leitungskräfte in problematischen oder gescheiterten Kinderschutzfällen nicht zu erreichen sind und keine Vertretungsregelung getroffen wurde.

Fehlen eines tragfähigen Konzepts der Zusammenarbeit mit den Medien

Natürlich haben die Medien die Aufgabe, bei fehlerhaften oder gescheiterten Kinderschutzfällen schnell die Öffentlichkeit zu informieren. Sie halten sich dabei aber oft nicht an die ihnen zur Verfügung gestellten Informationen, die sie von den betroffenen Kinderschutzorganisationen erhalten haben. Mangelhafte Recherchen führen dann nicht selten zu unangebrachten Skandalisierungen, zu einem sensationellen Aufbauschen professioneller Fehler. Wenn kein Kooperationskonzept für solche Situationen gemeinsam mit den Medienvertreterinnen und -vertretern entwickelt wurde oder es nicht bekannt ist, bleibt den Kinderschutzorganisationen oftmals nur noch die Abschottung gegenüber der kritischen Öffentlichkeit übrig, was dazu führt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachdienste unter erheblichen individuellen Rechtfertigungsdruck geraten. Dadurch jedoch werden noch zusätzliche Fehler provoziert.

Gefahren der Übertragung

Kinderschutzorganisationen müssen jedenfalls durch eine kluge Qualitätssicherung und ein organisationell verankertes Risikomanagement auf solche familiären Krisenfälle gut vorbereitet sein, um nicht den damit einhergehenden Risiken und Fehlern unreflektiert ausgesetzt zu sein. Dies gilt nicht nur in der Zusammenarbeit zwischen der Familie und den Fachkräften sondern im Besonderen zwischen den multiprofessionellen Helfersystemen, was zu massiven Konflikten und Übertragungen führen kann. Insbesondere im Krisenfall kommt es dann zu unterschiedlichen und oft sich ausschließenden Einschätzungen, zu diametral sich gegenüber stehenden Über- und Unterbewertungen. Zu groß ist der Handlungsdruck und die Verunsicherung darüber, was denn nun das richtige Vorgehen im Kinderschutz sei, als dass man sich in solchen für die Fachkräfte riskant und für die Kinder gefährlich werdenden Situationen auf gemeinsam vereinbarte und verbindlich angewendete Qualitätsstandards besinnt. Dies fällt umso schwerer, je gravierender sich die unbeachteten Risiken und Fehler auf die

Kinderschutzorganisation auswirken. Dann übertragen sich die ungelösten und professionell nur unzulänglich bearbeiteten familiären Konflikte auf die Kinderschutzorganisation. Sie wird selbst zum Krisenfall und muss sich in der Folge damit auseinandersetzen, warum es ihr und den daran beteiligten Fachkräften und Kooperationspartnern nicht gelungen ist, die von den Medien zu Recht skandalisierten Kinderschutzfehler oder sogar eine tatsächlich äußert seltene „Kinderschutzkatastrophe“ zu verhindern.

Doch wie geht man in Kinderschutzorganisationen mit einem solchen Scheitern und solchen „Hilfeprozess-Katastrophen“ um, wie kann man daraus, zumindest im Nachhinein, etwas für die Zukunft lernen, gegebenenfalls sogar, bevor es wieder zu solch einem gravierenden Fehler kommt? Vor welchen Fehlern und Risiken muss man demnach bei der Qualitätssicherung und beim Risikomanagement im organisationalen Krisenfall gewappnet sein?

3.5.2 Typische Fehler und Risiken in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement bei Kinderschutzkrisen und folgenschweren Fehlern

a) Die Suche nach Schuldigen verhindert den Lernprozess

Die Suche nach Schuldigen bestimmt das Handeln der Organisationen nach schweren Fehlern oder „Kinderschutzkatastrophen“. Die Systeme der Justiz und der Polizei konzentrieren sich auf die Suche nach individuellen, persönlichen Fehlern. Nicht selten werden sie durch die Medien dabei stark unter Druck gesetzt. Sie folgen einem anderen Krisen- und Konfliktverständnis als dasjenige, das die modernen Sozial- und Organisationswissenschaften nahe legen. Obwohl eigentlich die Handlungsfehler von Einzelnen in Beziehungs- und Strukturkonflikte eingebettet sind und nicht unabhängig von diesen verstanden werden können, wird auf diese komplexe Analyse verzichtet. Systemlernen wird so unmöglich.

b) Raum, Zeit, Methoden und Unterstützung für Wahrnehmung und Reflexion der Fehler fehlen

Die englische und amerikanische Kinderschutzforschung fordert gerade bei schwerwiegenden Fehlern im Kinderschutz systematische Falluntersuchungen („serious case-reviews“), d. h. die regelmäßige Erforschung gescheiterter Fälle. Das bedeutet, dass sowohl Ad-hoc-Untersuchungen bei schweren und folgenschweren Kinderschutzfehlern als auch regelmäßige Untersuchungen schwieriger und konfliktreicher Fälle durchgeführt werden, um aus ihnen zu lernen. Diese Lernchance, die sich durch aktive Qualitätssicherung ergeben könnte, wird hierzulande jedoch in der Praxis häufig nicht genutzt, weil weder Zeit noch Raum zur Verfügung stehen. Auch sind die notwendigen Methoden der systemischen Fehleruntersuchung in der Kinder- und Jugendhilfe weitgehend nicht bekannt und verbreitet; und die Leitungskräfte sowie die politisch Verantwortlichen unterstützen die Entwicklung solcher Verfahren nicht in ausreichendem Maße.

c) Andere Systeme dominieren die Fehleruntersuchung

Wenn in den letzten Jahren in Deutschland Kinder zu Schaden kamen, wurden einige dieser Fälle von Fachkräften, parlamentarischen Untersuchungsausschüssen, Medien und gelegentlich auch von Organen der Strafverfolgung durchleuchtet. Die Soziale Arbeit selbst hingegen

hat meist – von einigen Ausnahmen abgesehen – keine eigenen Anstrengungen unternommen, um solche erheblichen Fehler sozialwissenschaftlich zu untersuchen. Wenn aber andere Systeme die Fehleruntersuchung prägen und deren Abläufe und Methoden bestimmen, wird eine Lernchance der beteiligten Institutionen vertan, da die Aktivitäten Außenstehender und fachfremder Organisationen und Professionen in der Regel Abwehrhaltungen in der Kinder- und Jugendhilfe provozieren und dann heißt es: „*Die haben ja keine Ahnung!*“. Insofern verhindert die Aktivität der anderen Systeme nicht selten die eigene Aktivierung und die Übernahme der vollen Verantwortung.

d) Die Fehleruntersuchung wird eng geführt

Bisher wurden und werden nur vereinzelt Fehleruntersuchungen bei erheblichem Versagen des Kinderschutzsystems durchgeführt. Dadurch wurde die Chance vertan, gerade aus den vielen „Beinahe-Unfällen“ oder „Beinahe-Katastrophen“ zu lernen, bei denen das Schlimmste durch das besondere Engagement Einzelner oder durch Zufall verhindert worden war. Bei diesen Beinahe-Unfällen oder „critical incidents“ wurden zwar auch erhebliche Fehler gemacht, jedoch können diese mit mehr Offenheit und Bereitschaft der Fachkräfte analysiert werden, wenn die Angst vor erheblichen rechtlichen und beruflichen Konsequenzen nicht so groß wäre.

Eine weitere Engführung in der Fehleruntersuchung hängt damit zusammen, dass in der Regel nur die nachweislich fehlerhaft agierenden Akteure befragt und eingebunden werden. Die Falldramaturgie aber lässt sich wesentlich besser verstehen, wenn multiperspektivisch vorgegangen wird und neben den verschiedenen Professionen und Systemen auch die Eltern, Kinder und vor allem auch die Jugendlichen hierin eingebunden werden. Schließlich lässt sich eine Engführung im Methoden und Verfahrensrepertoire feststellen, wenn lediglich nach Verfahrensfehlern der Akteure geforscht wird.

e) Lebensbedrohliche Fehler werden tabuisiert

Schwere Kindesmisshandlungen, besonders, wenn Kinder unwiederbringlich an Leib und Leben zu Schaden gekommen sind, verschlagen den damit befassten Fachkräften nicht selten die Sprache. So lässt sich beobachten, dass ganze Berufssysteme einer Region den „Namen“ solcher Fälle kennen, ihn – traumatisiert – aber nicht in den Mund nehmen und selbst bei der Aufforderung zur umfassenden Falluntersuchung um diese Fälle einen weiten Bogen machen. Wenn Qualitätssicherung dies hinnimmt und darauf verzichtet, ein solches Verdrängen anzusprechen und möglicherweise aufzuheben, vertut sie eine große Chance des gemeinsamen Verarbeitens und Verstehens.

3.5.3 Eckpfeiler guter Fachpraxis (Qualitätsstandards)

a) In schweren Kinderschutzkrisen und bei folgenschweren Fehlern wird ad-hoc eine interne Unterstützungs- und Klärungsgruppe gebildet und eine Qualitätssicherungskommission berufen

Die Leitungen beauftragen sofort nach Bekanntwerden eines folgenschweren Scheiterns im Kinderschutz eine interne Arbeitsgruppe (Unterstützungs- und Klärungsgruppe) mit der Untersuchung des Falls und der Stützung der beteiligten Fachkräfte. Diese Gruppe hilft den Fachkräften in der Krise, nicht in Panik zu verfallen, aber vor allem verdeutlicht sie, dass das Scheitern zumindest auch als organisationales und nicht (nur) als individuelles Fehlverhalten betrachtet wird. Anstelle der Ermittlung von Schuld und Unschuld bereitet diese Gruppe die multiprofessionelle und systemübergreifende Untersuchung des misslungenen Hilfeprozesses durch eine Qualitätssicherungskommission (QSK) vor. So kann verhindert werden, dass der Fall in den beteiligten Organisationen zum Tabu erklärt wird. Dies bereitet den Weg für das gemeinsame Lernen aus den Fehlern.

Die interne Unterstützungs- und Klärungsgruppe sowie die Qualitätssicherungskommission (QSK) arbeiten eng mit der Leitung und den Fachkräften zusammen, nicht zuletzt mit den Arbeitsbereichen, die für die Öffentlichkeitsarbeit und die Zusammenarbeit mit den Medien verantwortlich sind. Sie unterstützen diese dabei, gezielt die Medien zu informieren und die beteiligten Fachkräfte zu schützen. Auch das ist unerlässlich, um später mit diesen Fachkräften im weiteren Prozess gemeinsam am problematisch verlaufenen Fall zu arbeiten.

b) Die Beziehungs- und die Strukturkonflikte werden systematisch untersucht

Neben den möglicherweise auch eine Rolle spielenden Handlungsfehlern werden in der Qualitätssicherung besonders die Beziehungs- und Strukturkonflikte untersucht, die im gescheiterten Kinderschutzprozess eine Rolle gespielt haben. Auf der Basis eines modernen sozialwissenschaftlichen Verständnisses von Krisen und Konflikten wird weniger nach Versagen, Schuld und Unschuld gesucht, sondern nach systembedingten und intersystemisch verantworteten Dynamiken, die die Handlungen der Akteure beeinflusst haben.

c) Alle Kinderschutzkrisen und -fehler, bei denen Kinder zu Schaden oder beinahe zu Schaden gekommen sind, werden umfassend untersucht

Eine intensive und hilfreiche Fehlerforschung benötigt Zeit und Ressourcen für ihre Arbeit. Sie betrachtet schwere Kinderschutzfehler und Krisen als wichtige Lernanlässe und sorgt dafür, dass diese Fälle genau und umfassend untersucht werden.

d) Die Erforschung von schweren Kinderschutzfehlern erfolgt durch multiprofessionelle Teams unter Einbeziehung externer Experten

Eine multiprofessionelle Untersuchung beteiligt sozialpädagogische Fachkräfte und bindet ebenso sozialwissenschaftliche, organisationswissenschaftliche, psychologische, juristische und medizinische Experten mit ggf. weiteren Kompetenzen ein, um einen multidisziplinären Blick auf das gesamte Geschehen werfen zu können.

3.5.4 Prozessgestaltung

- a) Die Unterstützungs- und Klärungsgruppe wird bei folgenschweren Kinderschutzkrisen und Fehlern sowie bei krisenhaften Fallzuspitzungen ad hoc gebildet. (Organisationsbezogen oder organisationsübergreifend)
- b) Parallel zur Arbeit dieser Gruppe werden die Medien auf der Grundlage eines im lokalen Kinderschutzsystem abgestimmtes Krisen- und Medienkonzeptes zeitnah und offensiv unterrichtet.
- c) Je nach Themengebiet werden geeignete Externe zur Unterstützungs- und Klärungsgruppe hinzugezogen.
- d) Die schweren Fehler, die bekannt werden, werden regelmäßig gebündelt und in einem Qualitätszirkel oder einer Qualitätsentwicklungswerkstatt der Öffentlichen und Freien Träger systematisch untersucht und ausgewertet.
- e) Mit Hilfe von Universitäten und Forschungsinstituten werden unter Beteiligung von Experten unterschiedlicher Fachrichtungen wissenschaftliche Untersuchungen von erheblichen Kinderschutzfehlern durchgeführt.
- f) Es werden Fortbildungen zum Thema „Aus Fehlern lernen“ angeboten. Hier wird zum einen methodisch vermittelt, wie man aus Fehlern lernen kann und zum anderen werden die zentralen Erkenntnisse der konkreten Bremer Fehlerforschung erläutert.

3.6 Programm- und Prozessqualität

Qualitäts- und Risikomanagement in der Zusammenarbeit mit Familien

3.6.1 Herausforderung und Aufgabe

Die demokratische Beteiligung von Familien beim Qualitäts- und Risikomanagement in der fallbezogenen und fallübergreifenden Kinderschutzarbeit hat einen wichtigen Stellenwert. In der Fachliteratur wird darüber jedoch noch wenig, bisweilen gar nichts berichtet. Dies ist umso erstaunlicher, weil wir immer wieder die Erfahrung machen, dass Familien als gleichberechtigte Partner mindestens genauso „gut“ bzw. bisweilen sogar „verlässlicher“ einschätzen können, wie fehleranfällig wir als Fachkräfte bei der Wahrnehmung und Gestaltung unserer Kinderschutzaufgaben sind. Dennoch beziehen wir Familien oft nicht konsequent genug bzw. überhaupt nicht in den Hilfeprozess mit ein.

Kinderschutzfachkräfte können in ihrer Arbeit aber nicht erfolgreich sein, wenn sie lediglich auf ihre isolierte Außensicht und eine dominante Expertenrolle im Handlungsprozess setzen. Dadurch misslingt ihnen oftmals eine solidarische und verlässliche Zusammenarbeit mit Familien, insbesondere in schwierigen und konflikthaften Situationen.

Wir wollen die Kinderschutzarbeit deshalb stärker auf eine partizipatorische Zusammenarbeit mit Familien und deren Kindern hin ausrichten und nutzen dabei die rechtliche Basis des SGB VIII, das im § 8a SGB VIII Abs. 1 festlegt, dass das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen ist und dabei sowohl die Personensorgeberechtigten als auch das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen sind.

Wir laden deshalb die Familien offensiv dazu ein, ihren eigenen Blick auf ihre Lebenssituation, ihre eigenen Gefährdungen und Schutzfaktoren zu richten und bei der Gefährdungs- und Risikoeinschätzung selber aktiv mitzuwirken. Familien können nämlich generell dafür gewonnen werden, uns mit ihren konkreten Erfahrungen bei der Einschätzung ihrer Lebenssituation, ihrer Belastungen und Gefährdungen behilflich zu sein. Dies ist natürlich nicht leicht. Denn oftmals glauben wir, dass wir nicht die Ruhe und die Zeit hätten, um die betroffenen Familien bei der nüchternen und fairen Abklärung eines Verdachts auf Kindeswohlgefährdung einzubeziehen. Oder wir sehen uns vorschnell aufgrund der vorhandenen Arbeitsdichte und der uns vorliegenden Informationslage zunächst einmal genötigt, das Kind einseitig vor den Eltern zu schützen. Jedenfalls ist es für alle Beteiligten äußerst kompliziert, eine vertrauensvolle Basis der Zusammenarbeit zu gestalten, wenn der Vorwurf einer Kindesmisshandlung im Raum steht und nicht klar und eindeutig feststeht, wie es überhaupt zu solchen Verdächtigungen gekommen ist. Dennoch müssen in dieser uneindeutigen Situation die potenziellen Gefahren, von denen ein Kind jetzt betroffen ist und evtl. in der Zukunft bedroht sein könnte, auf Basis oft unzureichender und sich widersprechender Informationen verlässlich abgeschätzt, ja regelrecht „vorausberechnet“ werden. Diese Abschätzungsprozesse gehen natürlich mit

einer hohen ethischen Verantwortung einher, denn die daraus folgenden Entscheidungen sind riskant und zwar nicht nur für die Fachkräfte sondern auch für die Familien und deren Kinder. Umso wichtiger ist es, Familien bei der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen einzubeziehen, sie mit ihren Problemen in Kontakt zu bringen und sie mit in die Verantwortung zu nehmen.

Hierfür ist zunächst einmal hilfreich, den in Anlehnung an Niklas Luhmanns Überlegungen von Reinhart Wolff erstmals in die Kinderschutzdebatte eingebrachten Vorschlag aufzugreifen und zwischen Risiken und Gefährdungen zu unterscheiden. Diese Unterscheidung hilft uns nämlich, familiäre Situationen besser verstehen und bei Kindeswohlgefährdungseinschätzungen genauer hinsehen zu können.

Wir verstehen Gefährdungen darum als etwas, das von außen auf das Familiensystem negativ einwirkt, jedoch im Familienzusammenhang selbst verstärkt wird und schlussendlich evtl. zu Kindeswohlgefährdungssituationen führt. Dies können Umweltgefährdungen, aber auch Gefährdungen sein, die sich aufgrund ungünstiger materieller Wohn- und Lebensbedingungen und lebensgeschichtlicher mehrgenerationaler Konfliktlagen ergeben haben.

Risiken ergeben sich in Abgrenzung dazu erst dann, wenn die Familie bzw. deren Mitglieder auf die Gefährdungseinschätzungen und die Angebote des Kinderschutzsystems reagieren oder schlussendlich sogar darauf reagieren müssen, indem sie willentlich Entscheidungen treffen, die einen positiven, mitunter aber auch einen negativen Einfluss auf das Kindeswohl und überhaupt auf die Gestaltung des eigenen Lebens haben können. Risiken beziehen sich also auf Entscheidungen und Handlungsweisen, die wir uns selbst zuschreiben; sie sind insofern immer auch selbstkonstruiert. Risiken können freilich nie ganz vermieden werden, aber sie sind durch eine kritische Reflexion besser abschätzbar und können dann überlegt und verantwortungsbewusst eingegangen werden.

Familien, die zu einer offenen und ehrlichen Zusammenarbeit mit den Kinderschutzfachkräften eingeladen werden, stecken natürlich in einem Dilemma: Sie müssen in Anbetracht ihrer eigenen familialen und evtl. durch Fachkräfte bereits aufgedeckten Krise Lösungen für die entstandenen Konflikte finden und Veränderungen ermöglichen. In der Regel werden sie machtvoll dazu gedrängt, ihre Lebens- und Familiensituation gegenüber den Kinderschutzfachkräften offen zu legen. Die dadurch verursachten Macht-, Autoritäts-, Angst- und Schamgefühle müssen dabei immer wieder ausbalanciert werden.

Wenn es aber gelingt, Familien dabei zu unterstützen, ihre Probleme und Schwierigkeiten selbst wahrzunehmen und diese selbst zu untersuchen, sind Veränderungen möglich. Dann können, Risiken und Gefährdungen gemeinsam reduziert werden. In die Qualitätssicherung und das Risikomanagement müssen die Familien darum als kritische und fehleranalytische Evaluatoren, als kompetent Handelnde und Forschende mit einbezogen werden

3.6.2 Typische Fehler und Risiken in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement bei der Zusammenarbeit mit Familien

a) Qualitätssicherung und Risikomanagement werden lediglich als professionelle Aufgabe verstanden

Die Sicherung von Qualität und damit verbunden das Managen von Risiken wird, wenn überhaupt, nur sehr einseitig als Aufgabe der professionellen Fachkräfte und professionellen Organisationen verstanden. Klientinnen und Klienten spielen dabei oftmals gar keine Rolle. Dabei sind vor allem die Klientinnen und Klienten diejenigen, die von professionellen Unterstützungsleistungen und von Hilfeprozessfehlern am stärksten betroffen sind.

b) Die Zusammenarbeit mit Familien ist undialogisch und reaktiv verengt

Aufgrund von ungünstigen organisationalen und professionellen Rahmenbedingungen haben Kinderschutzfachkräfte oft nicht die Zeit und die Ruhe, um mit Familien dialogisch zusammenzuarbeiten. Sie verwalten stattdessen ihre Fälle vom Schreibtisch aus und stützen sich auf ihre selbst konstruierten Dokumentationen und angeforderten Diagnosen, anstatt mit Familien partnerschaftlich in einem gemeinsam gestützten Hilfeprozess zusammenzuarbeiten und voneinander zu lernen. Zusammenarbeit mit Familien bleibt reaktiv und erfolgt vor allem immer dann, wenn es zu unvorhergesehen Problemen im Fallverlauf kommt.

c) Gefährdungs- und Risikoeinschätzungen werden unter Nutzung vorgegebener Beobachtungsinstrumente einseitig von außen durchgeführt

Besonders bei der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen hat sich eine Tendenz zu einer routinemäßigen und bürokratisch verregelten Falleinschätzung und -bearbeitung überall verbreitet. Anstatt Familien dazu einzuladen, ihre eigenen Gefährdungs- und Risikoeinschätzungen vorzunehmen, neigen die Kinderschutzfachkräfte – vor allem in Stresssituationen – dazu, Einschätzungen ohne Beteiligung der Klientinnen und Klienten vorzunehmen.

d) Macht-, Autoritäts- und Angstverhältnisse werden nur unzureichend reflektiert und hinterfragt

Da Familien in der Regel in Konflikt- und Misshandlungssituationen erst sehr spät den Kontakt zum Hilfesystem suchen bzw. zumeist unfreiwillig aufgesucht werden, wenn ihre Probleme sich bereits verfestigt haben und nahezu „unlösbar“ geworden sind, haben Kinderschutzfachkräfte es in der Regel mit tief verunsicherten, ohnmächtigen und Hilfe abwehrenden Familien zu tun. Werden solche durch die Fachkräfte oft selbst ausgelösten Autoritäts- und Angstgefühle nicht reflexiv balanciert, kommt es zu einem einseitigen professionellen Machtmissbrauch, der jede weitere partnerschaftliche Zusammenarbeit in Frage stellt oder sogar verhindert.

3.6.3 Eckpfeiler guter Fachpraxis (Qualitätsstandards)

a) Qualitätssicherung und Risikomanagement werden als partnerschaftliche Aufgabe verstanden

Familien und deren Mitglieder werden nicht als zusätzliche und unbequeme „Fälle“ angesehen sondern als Hilfeprozesspartner, mit denen man auf Augenhöhe zusammenwirkt. Qualitätssicherung und Risikomanagement werden somit als partnerschaftliche Aufgabe verstanden, bei der Familien als Experten ihres Lebens und als wichtige Evaluatoren offensiv einbezogen werden.

b) Dialogische und partnerschaftliche Zusammenarbeit sichert den kritischen Umgang mit Hilfeprozessfehlern

Die Familiensysteme, Eltern, Kinder und Jugendliche, werden als wichtige Impulsgeber angesehen, von denen Kinderschutzfachkräfte lernen können, wie man helfen kann, professionelle Hilfen produktiv anzunehmen und für sich zu nutzen. Eine dialogische und partnerschaftliche Zusammenarbeit bietet hierfür das Fundament, um Hilfeerfahrungen und Hilfeprozessfehler gemeinsam (auch in Form von klientenunterstützten Fall- und Teambesprechungen) reflektieren zu können.

c) Gefährdungs- und Risikoeinschätzungen erfolgen gemeinsam mit den Familien

Gefährdungs- und Risikoeinschätzungen erfolgen in der Regel nicht ohne Beteiligung der davon betroffenen Familien. Sie werden vielmehr gemeinsam mit ihnen durchgeführt und es wird gemeinsam abgewogen, ob die Sichtweise der Kinderschutzfachkräfte plausibel oder abwegig ist und wie man am besten zu einer gemeinsamen Problemeinschätzung kommen kann.

3.6.4 Prozessgestaltung

a) Zu Untersuchungskommissionen, Qualitätszirkeln, Fall- und Teambesprechungen werden Familien als kompetente Evaluatoren eingeladen. Die teilnehmenden Klientinnen und Klienten erhalten dafür als Anreiz und Anerkennung – nach Maßgabe der hauswirtschaftlichen Möglichkeiten – eine entsprechende Aufwandsentschädigung.

b) Bei der Entwicklung und Überarbeitung von Gefährdungs- und Risikoeinschätzverfahren in der fallbezogenen Kinderschutzarbeit werden Familien miteinbezogen. Gleiches gilt bei der Erarbeitung von neuen Konzeptionen und Hilfeformen. Auch hier erhalten die teilnehmenden Klientinnen und Klienten – nach Maßgabe der hauswirtschaftlichen Möglichkeiten – dafür eine entsprechende Aufwandsentschädigung.

c) Klientinnen und Klienten werden dazu ermutigt, sich zu beschweren. Sie erhalten die dafür notwendigen Informationen.

3.7 Programm- und Prozessqualität

Qualitätssicherung und Risikomanagement bei Kinderschutzbeschwerden

3.7.1 Herausforderung und Aufgabe

Nicht selten kommt es im Kinderschutz zu unterschiedlichen Einschätzungen und auch zu Konflikten zwischen Fachkräften und Sorgeberechtigten bzw. Eltern. Die Gründe hierfür sind im „Bremer Qualitätsstandard Zusammenarbeit im Kinderschutz (BQZ)“ ausführlich erläutert.

Der Konflikt in der Wahrnehmung und Bewertung der Lebenssituation von Kindern ist im Kinderschutz gewissermaßen an der Tagesordnung und wird in der Regel in der Zusammenarbeit mit den Familien intensiv erörtert und nach Möglichkeit auch aufgelöst. Nicht selten aber beharren die Familien auf ihrer Sicht der Dinge und sind mit den Bewertungen und Handlungen der Fachkräfte nicht einverstanden.

Obwohl es in solchen Fällen die Möglichkeit gibt, eine Eingabe bei Bürgerbeauftragten und Petitionsausschüssen zu machen oder auch ein verwaltungsrechtliches Widerspruchsverfahren anzustrengen, sollte den Familien schon aus Gründen der Weiterentwicklung und Pflege einer demokratisch-rechtsstaatlichen Kultur in Kinderschutzfällen die Möglichkeit der Beschwerde eingeräumt werden. Moderne Dienstleistungsunternehmen bieten diese Möglichkeit des Einspruchs und der Beschwerde aber auch noch aus einem anderen Grunde heraus an: Beschwerden sind für das Hilfesystem wichtige Rückmeldungen und sind insofern Anlass und Chance zum organisationalen Lernen.

Beschwerden haben also in einer demokratisch geprägten Dienstleistungskultur kein „Geschmäckle“. Sie sind das gute Recht der Hilfebeteiligter/-innen und ein Angebot zum Lernen für die Kinderschutzorganisationen.

3.7.2 Typische Fehler in der Qualitätssicherung und im Risikomanagement beim Umgang mit Beschwerden

a) Es gibt kein entwickeltes Verfahren des Beschwerdemanagements

Wenn Organisationen sich noch gar nicht mit dem Thema „Beschwerdemanagement“ auseinandergesetzt haben, oder sie noch kein Verfahren entwickelt haben, bestimmen die Haltungen der einzelnen, bearbeitenden Sozialarbeiter/-innen Annahme und Bearbeitung von Beschwerden. Die Spannweite der Reaktionen reicht dann von der Bagatellisierung der Beschwerde über eine „innere“ Abwehr bis hin zu der offenen Ablehnung mit der Begründung „das ist nicht meine Aufgabe“. Verstärkt werden solche Haltungen durch unklare Rollenverteilungen in den Organisationen und fehlende Fortbildung bei Berufsanfängern.

b) Beschwerden werden nicht professionell aufgenommen

Die Bearbeitung der Meldungen ist individuell unterschiedlich und es wird den einzelnen Fachkräften überlassen, wie sie damit umgehen. Manche reichen Beschwerden einfach an die Leitung weiter, andere entscheiden von Fall zu Fall und wieder andere nehmen die Beschwerden lediglich zu den Akten. Problematisch sind besonders die mangelnde Überprüfung und die fehlende fachliche Bearbeitung bzw. Bewertung von Beschwerden. In der Folge führt dies entweder zu Überreaktionen oder zum „Aussitzen“.

c) Unterschiedliche Systemsichtweisen und unterschiedliche fachliche Positionen werden nicht zusammengeführt

Wenn Beschwerden professionell aufgenommen und in die Teamkonferenzen oder in das Gespräch mit der Leitung eingebracht werden, gibt es häufig unterschiedliche Sichtweisen auf das Familiensystem und eine mögliche Kindeswohlgefährdung wird nicht selten kontrovers beurteilt. Solange hierbei kein eindeutiger Handlungsauftrag für die fallführende Fachkraft formuliert wird, wird allerdings häufig keine weitere Anstrengung unternommen, die unterschiedlichen fachlichen Positionen zusammenzuführen und der Familie bzw. den Klientinnen und Klienten in einer neuen Qualität zurückzumelden. Die Antwort auf die Beschwerde läuft dann schnell auf eine bloße Zurückweisung der bearbeitenden Dienststelle hinaus, die aber für die weitere Arbeit mit der Familie nur wenig Nutzen bringt.

d) Die Fachkräfte verfügen nur über eine mangelhafte Entscheidungskompetenz

Wenn kein geregelt Beschwerdeverfahren existiert, müssen die bearbeitenden Fachkräfte abwägen, über welche Beschwerden sie selbst entscheiden und welche sie im Team oder von der Leitung überprüfen bzw. beraten lassen müssen. Oft verfügen die Fachkräfte auch nicht über ausreichende Kompetenzen, mit Beschwerden sachgerecht umzugehen. So bleiben nicht wenige Beschwerden unberaten und die Qualität dieser Entscheidungen ist nicht durchgängig gesichert.

3.7.3 Eckpfeiler guter Fachpraxis (Qualitätsstandards)

a) Es wird ein Verfahren für das Beschwerdemanagement entwickelt und eingeführt

Ein Beschwerdeverfahren wird im Kinderschutzsystem verbindlich eingeführt. Es ist transparent für Kooperationspartner, Hilfeteilnehmer/-innen und die Öffentlichkeit. Es ist offen für Weiterentwicklungen und wird regelmäßig evaluiert und verbessert.

b) Die Bearbeitung erfolgt mit Offenheit und sachkundigem Interesse

Der Eingang einer Beschwerde wird den sich beschwerenden Bürgern und Bürgerinnen nicht übel genommen, da die Beschwerde als gutes Recht aller Hilfeteilnehmer/-innen betrachtet wird. Beschwerden rücken daher auch die beteiligten Fachkräfte nicht in ein schlechtes Licht. Die Bearbeiter/-innen der Beschwerde betrachten die Beschwerde als wichtige Rückmeldung zum Hilfeprozess und als Chance zum organisationalen Lernen.

c) Beschwerden werden im Team, mit der Leitung, den Kooperationspartnern und der Familie kommuniziert

Team, Leitung und Kooperationspartner reflektieren die Beschwerde und versuchen, daraus

zu lernen. Sie tauschen sich auch mit den Familien darüber aus, fragen nach und versuchen nicht, die Familie „über den Tisch zu ziehen“.

d) Die Rückmeldung an die Beschwerdeträger ist unverzichtbar.

Jede Beschwerde muss von der bearbeitenden Stelle mit einer verbindlichen Rückmeldung an die Beschwerdeträger abgeschlossen werden. Auch an dieser Stelle macht die Beschwerdestelle den Hilfeteilnehmer/-innen erneut das Angebot, weiter mit den Kinderschutzorganisationen zusammenzuarbeiten und trotz unterschiedlicher Auffassungen gemeinsam weiter zu lernen.

e) Die Beschwerden werden regelmäßig fallübergreifend ausgewertet und als Chance für die Qualitätsentwicklung begriffen

Es werden Qualitätszirkel oder Qualitätsentwicklungswerkstätten eingerichtet, um die Beschwerden und die Prozesse ihrer Bearbeitung regelmäßig auszuwerten. Dabei werden auch die Kooperationspartner und die Familien eingebunden.

3.7.4 Prozessgestaltung

a) Es muss eine Beschwerdestelle eingerichtet, bzw. vorhanden sein, die die Beschwerden sensibel und fachlich kompetent bearbeitet, die Kommunikation mit den Beschwerdeträgern und den betroffenen Fachkräften organisiert und zugleich auch die Qualitätssicherungsprozesse auf der Grundlage der Beschwerden organisiert und gestaltet. An der Beschwerdestelle werden nach Möglichkeit auch unabhängige Partner beteiligt.

b) Alle Fachkräfte werden darin geschult, Familien freundlich und fair auf Beschwerdemöglichkeiten hinzuweisen. Zugleich werden die Fachkräfte an der Entwicklung und methodischen Gestaltung des Beschwerdemanagements beteiligt.

c) Das Beschwerdemanagement wird experimentell erprobt, getestet und dann weiterentwickelt. Dabei wird auch das Verhältnis zur Öffentlichkeit und zu den Medien intensiv bedacht.

d) In Qualitätssicherungszirkeln bzw. Qualitätssicherungswerkstätten werden besonders erhebliche Beschwerden untersucht. Alle Beschwerdeverfahren pro Jahr werden im Rückblick evaluiert und für die Qualitätsverbesserung der Kinderschutzpraxis genutzt.

[4]

Qualifizierung für die Qualitätssicherung und das Risikomanagement im Kinderschutz

Die Auseinandersetzung mit massenmedial verbreiteten Fehlern und Katastrophen im Kinderschutz wird regelmäßig von politischer und juristischer Aufarbeitung und Schadensbegrenzung geprägt. Defensive Pflichtfortbildungen und neue Weisungen haben den Kinderschutz jedoch nicht sicherer gemacht. Dieser Standard beschreibt einen wichtigen Teil der Fort- und Weiterbildung im Kinderschutz durch die Entwicklung selbstbewusster und kritischer Verfahren der Qualitätssicherung und des Risikomanagements. Diese Qualifizierung wird nur gelingen, wenn sie als Teil der Qualifizierung von Fachkräften der öffentlichen und freien Kinder- und Jugendhilfe insgesamt mit Ressourcen hinterlegt, weiterentwickelt und verstetigt wird. Die Qualifizierung für die Qualitätssicherung und das Risikomanagement im Kinderschutz erfordert kontinuierliche Fort- und Weiterbildung aller Beteiligten bei allen Trägern.

Wer soll qualifiziert werden?

Qualitätssicherung und Risikomanagement zur Umsetzung von Kindeswohlsicherung erfordern Mitarbeiter/-innen mit entsprechender Qualifikation. Diese Qualifikationen werden nicht im hinreichenden Maße durch die Ausbildung zum/zur Sozialarbeiter/-in oder zum/zur Sozialpädagogen/-in erworben. Insbesondere folgende Akteure sollen deshalb für die Qualitätssicherung und das Risikomanagement geschult werden:

- Die Leitungsfachkräfte des Jugendamtes, besonders in den Sozialzentren, und die Leitungskräfte der Freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe sind die zentrale Zielgruppe der Qualifizierung. Ebenso gehören dazu die QM-Beauftragten der Öffentlichen und Freien Jugendhilfe sowie Kinderschutzbeauftragte und „insofern erfahrene Fachkräfte“ des Kinderschutzes nach §8a SGB VIII.

- Den Kinderschutzfachkräften in den Sozialen Diensten, bei speziellen Kinderschutzdiensten und bei den Trägern der ambulanten und stationären Erziehungshilfe sind die wichtigsten allgemeinen Aspekte der Qualitätssicherung und des Risikomanagements zu vermitteln, damit sie in die Lage versetzt werden, sich an dieser Arbeit selbstbewusst und lernbereit zu beteiligen. Besonders aber heißt Qualifizierung in ihrem Fall, dass sie bei den ersten konkreten Versuchen des Lernens aus Fehlern und Erfolgen im Kinderschutz intensiv begleitet werden.
- Fach- und Leitungskräfte aus den anderen Bereichen des Hilfesystems (Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheit, Bildung) sowie der wichtigen Kooperationssysteme im Kinderschutz (Justiz, Polizei, Feuerwehr) müssen die Praxis der Jugendhilfe in den Bereichen der Qualitätssicherung und des Risikomanagements ebenso kennen und dazu qualifiziert werden, sich bei besonderen Themenschwerpunkten und intersystemischen Projekten aktiv zu beteiligen.

Was soll gelernt werden?

Um Qualitätssicherung und Risikomanagement in der Kinderschutzarbeit umzusetzen, reicht es nicht aus, Regelungen, Strukturierung, Verfahren und Verfahrensabläufe zu vermitteln und/oder per Dienstanweisungen zu erlassen. Qualitätssicherung und Risikomanagement im Bereich Kindeswohlsicherung erfordern neben den Kenntnissen der rechtlichen/gesetzlichen Regelungen und Erfahrungen in Methoden der Sozialen Arbeit, Kompetenzen in Qualitätsmanagement und Kenntnisse aus dem Bereich Risikomanagement und deren Anwendungsmöglichkeiten in diesem Feld.

Darüber hinaus geht es in der Sozialen Arbeit im Umgang mit Kindeswohlgefährdung um bestimmte Haltungen gegenüber betroffenen Kindern und deren Familien, wie sie in 1.) Herausforderungen und 2.) Leitbild und Organisationskultur dieses Konzeptes dargestellt sind. Diese Sicht auf die Situationen und Ressourcen der Familien muss sich in der Haltung jedes Einzelnen, der in diesem Bereich tätig ist, widerspiegeln. Deshalb soll auch in Fortbildungen zur Qualitätssicherung immer die Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung zu der Problematik stattfinden.

Im Kern der Qualifizierungen geht es um evaluatives und experimentelles Lernen. Das bedeutet, dass gelernt wird, die Praxis zu erforschen und die Erkenntnisse unmittelbar in der Praxis auszuprobieren und umzusetzen. Zentrale curriculare Inhalte sind weiterhin:

- Fehlertheorie und -forschung (individuelle und organisationale Fehler)
- Aus Fehlern und Erfolgen im Kinderschutz lernen (methodisches Handeln)
- Risikotheorie und Risikomanagement
- Methoden der Qualitätssicherung im Kinderschutz
- Beschwerdemanagement

Was sind die Ziele der Qualifizierung?

Erstens muss es gelingen, in Fortbildungen die Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung und Einstellung gegenüber den Hilfeilnehmer/-innen, den Problemlagen und der eigenen Arbeit zu reflektieren und sich die, in diesem Konzept entwickelten Haltungen zu Eigen zu machen.

Zweitens muss ausreichendes Wissen in Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement erworben und angewendet werden können. Dabei sind besonders die Methoden und Verfahren dialogischer Qualitätsentwicklung zu berücksichtigen, bei denen organisationales und interorganisationales Lernen im Mittelpunkt stehen und die Einbeziehung der Adressaten in die Weiterentwicklung der Praxis eine wichtige Rolle spielen. Dafür ist eine enge Abstimmung über Themen und Inhalte für die Fortbildungen mit den in der Praxis Tätigen erforderlich, damit in der Fortbildung an die Bedarfe der Praxis angeknüpft werden kann.

Drittens sind aktuelle, anwendungsbezogene Kenntnisse über Risikomanagement speziell für den Hochrisikobereich Kindeswohlsicherung zu erwerben.

Viertens sind theoretische Vertiefungen und neue Praxismodelle zu Fragen des Kinderschutzes in die Qualifizierungen zu integrieren. Dabei spielen vor allem der Bremer Ansatz des tri-polaren Kinderschutzes und die Orientierung am Modell des Demokratischen Kinderschutzes eine wichtige Rolle.

Wie soll gelernt werden?

Qualifizierungen in diesem Sinne können nicht einmalige, kurzfristige Seminare sein. Die Qualifizierung muss über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden, damit ein Prozess der Verknüpfung von Theorie (Wissen) und Praxis (Anwendung und Erfahrung) ermöglicht wird. So kann das erworbene Wissen in der Praxis erprobt und die gemachten Erfahrungen in der Qualifizierung reflektiert und weiterentwickelt werden.

Darüber hinaus muss in den Qualifizierungen die Auseinandersetzung mit den eigenen Einstellungen und Haltungen gegenüber den Klienten bearbeitet werden und in Verbindung mit diesem Konzept von Qualitätssicherung und Risikomanagement reflektiert werden. Denn es geht nicht nur um die Anwendung von Techniken und Methoden der Qualitätssicherung und des Risikomanagements, sondern um ein Tätigwerden zur Sicherung des Kindeswohls aus einer neuen Sicht heraus.

Dazu sind dialogische und offene Fehleranalysen erforderlich, um Erkenntnisse für die Verbesserung der Arbeit zu gewinnen und aus Fehlern zu lernen. Um die Erfahrungen der Hilfeilnehmer/-innen und die Wirksamkeit der Arbeit zu beurteilen, bedarf es einer regelmäßigen Evaluation, einschließlich Klientenbefragungen, deren Ergebnisse in die Fortbildungen einbezogen werden müssen.

Qualifizierung entsprechend dieses Konzeptes von Qualitätssicherung und Risikomanagement im Kindeswohl erfordert die freiwillige Teilnahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aus Überzeugung von diesem Konzept. Dafür ist es erforderlich, die Themen und Inhalte mit den zu Qualifizierenden abzustimmen, damit die Fortbildungen ihren Bedarfen entsprechen. Für

Qualifizierung bedarf es ausreichender Freistellung und Kostenübernahme durch den Dienstgeber. Im Sinne einer vernetzten Arbeit zur Kindeswohlsicherung muss die Qualifizierung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der unterschiedlichen Organisationen und Dienststellen der Öffentlichen und Freien Kinder- und Jugendhilfe trägerübergreifend organisiert und durchgeführt werden.

Damit die Qualifizierungen nachhaltig wirksam werden, müssen sie in die Prozesse der Personal- und Organisationsentwicklung eingebunden werden.

Was müssen die Fortbildner/-innen können?

Die Fortbildner/-innen für Qualifizierung zur Qualitätssicherung und Risikomanagement im Kinderschutz müssen über Kenntnisse auf der Metaebene der Aufgabenanforderungen und Trägerstrukturen verfügen, also Kenntnisse im Bereich Organisationswissenschaften haben. Denn es geht um mehr, als nur die Interaktion der Beteiligten im Kinderschutz. Es muss eine enge Verzahnung von Qualifizierung, Evaluation der Praxis und Anliegen der Mitarbeiter/-innen im System geben.

Da es in der Qualifizierung um Qualitätssicherung und Risikomanagement geht, müssen die Fortbildner/-innen über Kompetenzen in diesen beiden Bereichen auf dem aktuellen Stand der Forschung verfügen. Damit sie ihre Kenntnisse vermitteln können, müssen die Fortbildner/-innen Wissen und Erfahrungen aus der Erwachsenenbildung mitbringen. Um die neue Sicht auf Familien, ihre Problemlagen und ihre Ressourcen im Sinne dieses Konzeptes an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Institutionen vermitteln und ihnen eine Auseinandersetzung mit ihren eigenen Haltungen ermöglichen zu können, müssen die in der Qualifizierung tätigen Fortbildner/-innen über wissenschaftliche und berufspraktische Erfahrungen als Fachleute der Qualitätsentwicklung und günstigenfalls auch über eine Supervisionsausbildung verfügen.

Diese neue Sicht auf die Arbeit stellt also auch neue Anforderungen an die Fortbildner/-innen. Qualifizierung in diesem Sinne muss als Teil eines Gesamtprozesses in der Arbeit im Hochrisikofeld der Kindeswohlsicherung, als Evaluation der Arbeit und als Fort- und Weiterbildung verstanden und umgesetzt werden.

Was sind die mittelfristigen Perspektiven?

Der Bereich der Qualifizierung für die Qualitätssicherung und das Risikomanagement im Kinderschutz soll nachhaltig entwickelt werden. Neben den Schwerpunktthemen sollen weitere Einzelthemen je nach Bedarf aufgegriffen werden, z. B. zur Frage der Entscheidungsschwierigkeiten in Stresssituationen und kontroversen Kinderschutzfällen. Insgesamt sollen möglichst viele Kinderschutzfachkräfte an den Qualifizierungsangeboten teilnehmen. Um dauerhafte Verbesserungen und Entwicklungen zu unterstützen bzw. abzusichern, sollten zudem einige Fachkräfte komplexe und umfangreiche Weiterbildungen, z. B. in Form eines Zusatzstudiums zum Thema „Qualitätssicherung und Risikomanagement in der Sozialen Arbeit“ anstreben.

[5]

Die ersten Schritte zur Umsetzung des Bremer Konzepts

Wir haben in Bremen gelernt, dass gerade nach schweren Kinderschutzfehlern und unter schwierigen strukturellen Ausgangsbedingungen gute Fachpraxis vor allem über verstärkte Anstrengungen der Fachkräfte zu lernen und eine Qualitätsentwicklung im Dialog und im Bündnis mit allen Beteiligten zu erreichen ist. Diesem Ziel diente auch das umfassende „Qualifizierungsprogramm Kinderschutz“, das von 2007 bis 2010 zusammen mit dem Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e. V. realisiert wurde.

Mit dem nun vorgelegten Ergebnis der Qualitätsentwicklungswerkstatt „Qualitätssicherung und Risikomanagement im Kinderschutz“ machen wir nun einen weiteren wichtigen Schritt der Qualitätsentwicklung. Wir bestimmen Qualitätssicherung und Risikomanagement in der Kinderschutzarbeit umfassend strategisch, programmatisch und schlagen konkrete Schritte der Umsetzung vor. Wir wissen, dass wir mit Qualitätssicherung und Risikomanagement im Praxisalltag nicht einfach anfangen können. Wir müssen vielmehr mit allen am Kinderschutz Beteiligten, aber auch mit der Politik und der Öffentlichkeit ins Gespräch kommen und möglichst viele bei unserem Versuch mit ins Boot nehmen, demokratische und ganzheitliche Kinderschutzarbeit stark und effektiv zu machen. Dafür brauchen wir sicherlich mehrere Jahre und wir werden dabei ohne Zweifel auf viele Widerstände und Hindernisse stoßen. Wir werden uns davon nicht entmutigen lassen, sondern immer wieder neu ansetzen, Systeme und Prozesse zu verstehen, Grenzen in der Zusammenarbeit zu überwinden und mit den einzelnen Menschen und mit Organisationen nachhaltige Entwicklungsprozesse anzustoßen (vgl. Senge 2008).

Im Einzelnen schlagen wir die folgenden ersten Schritte der Umsetzung vor:

1. Wir vermitteln und erläutern das Bremer Konzept „Qualitätssicherung und Risikomanagement im Kinderschutz“ den Fachkräften in unseren Organisationen und im gesamten lokalen Kinderschutz-System, nicht zuletzt den leistungsberechtigten Eltern und deren Kindern, nehmen dabei Kritik und Anregungen auf und machen erste Pläne zur konkreten Umsetzung in der Praxis.
2. Wir beteiligen uns an der bundesweiten Diskussion über Qualitätsentwicklung und Qualitätsstandards im Kinderschutz. Wir berichten von unseren Erfahrungen. Wir vermitteln unser Leitbild und unsere Grundidee tri-polarer Kinderschutzarbeit und unsere dialogische Konzeption der Entwicklung einer Kultur der Fehleroffenheit, der Achtsamkeit und des Lernens aus Fehlern und Erfolgen. Wir lernen neue Ansätze der Qualitätssicherung und des Risikomanagements in anderen Regionen kennen und arbeiten mit anderen Fachkräften zusammen, die sich als demokratische Kinderschutzfachkräfte für frühe und ganzheitliche Hilfen für Eltern und Kinder engagieren.
3. Wir qualifizieren gezielt Führungskräfte und Mitarbeiter/-innen für die Aufgabe der Qualitätssicherung und des Risikomanagements.
4. Wir führen schrittweise die vorgeschlagenen Arbeitsformen der Qualitätssicherung und des Risikomanagements ein und untersetzen sie mit den dafür notwendigen Ressourcen: auf der Ebene des Kinderschutzsystems und der Kinderschutzorganisationen (wie z. B. QS-Verantwortliche, QS-Zirkel, QS-Foren, QE-Werkstätten, interorganisationale Arbeitsgemeinschaften zur Untersuchung misslungener bzw. erfolgreicher Kinderschutzfälle), auf der Ebene der Teams und der Fachkräfte und der Fallarbeit (wie z. B. gezielte Personalentwicklung und -förderung, Implementierung von QS-Richtlinien und QS-Instrumenten, verbindliche Einführung kollegialer Beratung und Supervision, Entwicklung personeller, zeitlicher und materieller Ressourcenstandards in der Kinderschutzarbeit).
5. Wir setzen die Vorschläge zur Qualitätssicherung und zum Risikomanagement bei Kinderschutzkrisen und folgenschweren Kinderschutzfehlern um und implementieren ein trägerübergreifendes Kinderschutz-Beschwerdeverfahren.
6. Wir machen Qualitätssicherung und Risikomanagement zu einem Schwerpunkt unserer Fort- und Weiterbildung.
7. Wir verstärken unsere Bemühungen, in Kooperation mit Forschungseinrichtungen und Hochschulen nach Wegen und Mitteln zu suchen, Projekte der Hilfeprozess- und Evaluationsforschung in Gang zu setzen, die uns genauer darüber informieren, wie wir unsere Hilfeprozesse konkret gestalten und was wir im Kinderschutz bewirken, damit wir eine gute Datenbasis dafür bekommen, wie wir das Kinderschutzsystem weiter verbessern können.

Literatur

1. Grundlegende Beiträge, insbesondere zu Qualitätssicherung, Risiko und Risikomanagement

- Banse, G. [Hg.] (1996):** Risikoforschung zwischen Disziplinarität und Interdisziplinarität. Von der Illusion der Sicherheit zum Umgang mit Unsicherheit. Berlin
- Bayerische Rück [Hg.] (1993):** Risiko ist ein Konstrukt. Wahrnehmungen zur Risikowahrnehmung. München
- Bechmann, G. [Hg.] (1993a):** Risiko und Gesellschaft. Grundlagen und Ergebnisse interdisziplinärer Risikoforschung. Opladen
- Bechmann, G. (1993b):** Einleitung: Risiko ein neues Forschungsfeld? In: ders. [Hg.] (1993): Risiko und Gesellschaft. Grundlagen und Ergebnisse interdisziplinärer Risikoforschung. Opladen, S. VII - XXIX.
- Beck, U. (2007):** Weltrisikogesellschaft. Auf der Suche nach der verlorenen Sicherheit. Frankfurt a. M.
- Beck, U. (1994):** Bindungsverlust und Zukunftsangst. Leben in der Risikogesellschaft. In: Hartwich, Hans-Hermann [Hg.]: Bindungsverlust und Zukunftsangst. Leben in der Risikogesellschaft. Eine Disputation. Opladen, S. 25-35; S. 73-78.
- Beck, U. (1986):** Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a. M.
- Bonß, W. (1995):** Vom Risiko. Unsicherheit und Ungewissheit in der Moderne. Hamburg
- Dawes, R. M. (1988):** Rational Choice and an Uncertain World. New York
- Dawes, R. M. (2001a):** Clinical Versus Actuarial Judgement. *International Encyclopaedia of the Social and Behavioral Sciences*. S. 2048-2051.
- Dawes, R. M. (2001b):** Everyday Irrationality: How Pseudo-Scientists, Lunatics, and the Rest of Us Systematically Fail to Think Rationally. Oxford
- Douglas, M. (1992):** Risk and Blame. Essays in Cultural Theory. London
- Finke, R. (2005):** Grundlagen des Risikomanagements. Quantitative Risikomanagement-Methoden für Einsteiger und Praktiker. Weinheim
- Flin, R./ Salas / Strub, M. / Martin, L. (Eds.) (1997):** Decision Making Under Stress. Emerging Themes and Applications. Aldershot
- Franck, G. (2007):** Ökonomie der Aufmerksamkeit. Ein Entwurf. München.
- Gilovich, T.; Griffin, D.; Kahneman, D. (Eds.) (2002):** Heuristics and Biases: The Psychology of Intuitive Judgment. Cambridge
- Guggenberger, B. (1987):** Das Menschenrecht auf Irrtum. Anleitung zur Unvollkommenheit. München
- Halfmann, J.; Japp, K. P. [Hg.] (1990):** Riskante Entscheidungen und Katastrophenpotenziale. Elemente einer soziologischen Risikoforschung. Opladen
- Helmke, A.; Hornstein, W.; Terhart, E. (2000):** Qualität und Qualitätssicherung im Bildungsbereich. Schule, Sozialpädagogik, Hochschule. Weinheim
- Henrich, B. (2009):** Lernen durch Verlernen. Neues Sehen als Chance für Veränderungen in Organisationen. Eine empirische Studie zur Qualitätsentwicklung. Hamburg
- Holzheu, F.; Wiedemann, P. M. (1993):** Perspektiven der Risikowahrnehmung. In: Bayerische Rück [Hg.] (1993): Risiko ist ein Konstrukt. Wahrnehmungen zur Risikowahrnehmung. München, S. 9- 19
- Japp, K. P. (2000):** Risiko. Bielefeld
- Kahneman, D.; Slovic, P.; Tversky, A. (Eds.) (1982):** Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases. Cambridge
- Kahneman, D.; Tversky, A. (Eds.) (2000):** Choices, Values and Frames. Cambridge
- Keupp, H. (1992):** Verunsicherungen. Risiken und Chance des Subjekts in der Postmoderne. In: Soziale Arbeit und Erziehung in der Risikogesellschaft. Neuwied S. 165 - 183.
- Kleinwellfonder, B. (1996):** Der Risikodiskurs. Zur gesellschaftlichen Inszenierung von Risiko. Opladen
- Knoepfel, P.; Weidner, H. [Hg.] (1988):** Risiko und Risikomanagement. Basel
- Königswieser, R., Haller, M., Maas, P., Jarmai, H. [Hg.] (1996):** Risiko-Dialog. Zukunft ohne Harmonieformel. Köln
- Luhmann, N. (2006):** Gefahr oder Risiko, Solidarität oder Konflikt. In: Königswieser, R.; Haller, M.; Maas, P.; Jarmai, H. [Hg.] (1996): Risiko-Dialog. Zukunft ohne Harmonieformel. Köln S. 38-46.
- Luhmann, N. (1991):** Soziologie des Risikos. Berlin
- Meinhold, M. (1996):** Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Einführung und Arbeitshilfen. Freiburg i. B.
- Moos, G. (2005):** Risikomanagement: Gefahren erkennen, Gefahren bannen. In: Socialmanagement 4/2003, S. 12-16.
- Oser, F.; Spsychiger, M. (2005):** Lernen ist schmerzhaft. Zur Theorie des negativen Wissens und zur Praxis der Fehlerkultur. Weinheim und Basel.
- Perrow, C. (1992):** Normale Katastrophen. Die unvermeidbaren Risiken der Großtechniken. 2. Aufl. Frankfurt am Main
- Petermann, F., Schmidt, M. H. [Hg.] (2004):** Qualitätssicherung in der Jugendhilfe. Neue Erhebungsverfahren und Ansätze in der Praxisforschung. Weinheim
- Peters, A.; Renning, C. (2006):** Risikomanagement. Nicht alles im Griff. In: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. [Hg.]: Sozialwirtschaft. Zeitschrift für Sozialmanagement 5/2006, S. 6-8.
- Plessner, H. (1981):** Die Stufen des Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Gesammelte Schriften IV. Frankfurt a. M.
- Renn, O. u. a. (2007):** Risiko. Über den gesellschaftlichen Umgang mit Unsicherheit. München
- Romeike, F. (2004):** Lexikon Risiko-Management. Köln
- Romeike, F. [Hg.] (2005):** Modernes Risikomanagement. Die Markt-, Kredit- und operativen Risiken zukunftsorientiert steuern. Weinheim
- Rauschenbach, T.; Gängler, H. (1992):** Soziale Arbeit und Erziehung in der Risikogesellschaft. Neuwied
- Reason, J. (2008):** Managing the Risks of Organizational Accidents. Aldershot
- Reason, J. (2008):** The Human Contribution. Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries. Hants
- Schüttelkopf, E. M. (2006):** Fehlerkultur. Zu Begriff, Bedeutung und Bewertung der organisationalen Fehlerkultur. Wien
- Senge, P. (1997):** Die Fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation. Stuttgart
- Senge, P. u. a. (2008):** The Necessary Revolution. How Individuals and Organizations Are Working Together to Create a Sustainable World. London
- Schmitz, T.; Wehrheim, M. (2006):** Risikomanagement. Grundlagen. Theorie. Praxis. Stuttgart

Speckert, M. (2007): Was heißt hier schon Risiko? Risikomanagement ist ein Bestandteil von Corporate Governance und auch für Non-Profit-Unternehmen überlebenswichtig. In: Deutscher Caritasverband [Hg.]: Neue Caritas. Die Fachzeitschrift für des Deutschen Caritasverbandes für Sozial-Profis. Freiburg: Eigenverlag. 3/2007. 22 - 25.

Tabari, E. (2001): Der Begriff Risiko. <http://www.falsafah.com/Risiko.htm>. 8.3.2010

Taleb, N. N. (2008): Der schwarze Schwan. Die Macht höchst unwahrscheinlicher Ereignisse. München

Weick, K.; Sutcliffe, K. M. (2003): Das Unerwartete managen. Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen. Stuttgart

Weick, K. E. (2009): Making Sense of the Organization. The Impermanent Organization. Volume II. Chichester

Weingardt, M. (2004): Fehler zeichnen uns aus. Transdisziplinäre Grundlagen zur Theorie und Produktivität des Fehlers in Schule und Arbeitswelt. Bad Heilbrunn/OBB

Zinn, J. O. (2007): Risiko, Sozialer Wandel und Moral. Konzeptionelle Zugänge soziologischer Risikotheorien. Arbeitspapier 13 des Sonderforschungsbereich 580: Gesellschaftliche Entwicklung nach dem Systemumbruch. Diskontinuität Tradition Strukturbildung. download: http://www.sfb580.uni-jena.de/typo3/15.0.html?&no_cache=1&tx_publication-list_pi1%5Bkey%5D=vs00220bllpdf1 / 8.3.2010

2. Qualitätssicherung und Risikomanagement im Kinderschutz

BAG der Kinderschutz-Zentren e.V. (Hg.) (2009): Raus aus der Krise – Krisenkompetenz und Krisenintervention in Jugendhilfe und Kinderschutz. Köln

Batty, D. (2003): Climbié inquiry: The issues explained. <http://www.guardian.co.uk/society/2005/aug/05/climbié> / 8.3.2010.

Biesel, K. (2008): Das Rettende in der Gefahr. Vom Case Management zum Risiko Management in der fallbezogenen Kinderschutzarbeit. In Sozialmagazin 10/2008. S. 14 - 23

Biesel, K. (2010): Case Management zwischen Befürwortung und Ablehnung. Versuch einer (Er-)klärung. In: Sozialmagazin 1/2010, S. 12 - 17

Biesel, K. (2009): Professioneller Selbstschutz statt Kinderschutz? In: Sozialmagazin 4/2009, S. 50 - 57

Birchall, E.; Hallett, C. (1995): Working Together in Child Protection. London

Böwer, M. (2008): Das achtsame Jugendamt. Ansatzpunkte und Rezeption des Achtsamkeitskonzepts im Kindeswohlschutzdiskurs. In: Neue Praxis 4/2008, S.349 - 370

Böwer, M. (2008): ASD: „Drop your tools“? Feuerwehrhandeln im Allgemeinen Sozialen Dienst und Möglichkeiten seiner organisationalen Bewältigung. In: Sozialmagazin 12/2008, S. 44 - 53

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

Bremische Bürgerschaft (2007): Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienste. Drucksache 16/1381. 18. April 2007. online verfügbar: www.dbsh.de/Untersuchung_Bremen.pdf. 23.09.2007 / 8.3.2010.

Bringewat, Peter (1997): Tod eines Kindes. Soziale Arbeit und strafrechtliche Risiken. Baden-Baden

Bullock, R.; Little, M.; Milham, S.; Mount, K. (Dartington Social Research Unit) (1995): Child Protection. Messages from Research. London

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] (2008): Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen. Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse. Berlin

Bunting, L. & Reid, C. (2005): Reviewing Child Deaths – Learning from the American Experience. Child Abuse Review Vol. 14: S. 82 - 96

Carson, D.; Bain, A. (2008): Risk and Working with People. Decision-Making in Health, Social Care and Criminal Justice. London

Cooper, A.; Hetherington, R.; Katz, I. (2003): The Risk Factor: Making the Child Protection System Work for Children. London

Dartington Social Research Unit (1995): Child Protection. Messages from Research. Studies in Child Protection. HMSO.

Deegener, G.; Körner, W. (2006): Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien. Lengerich

Department of Health, Home Office, Department for Education and Employment (1999): Working Together to Safeguard Children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children. London

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. [DIJuF] [Hg.] (2004): Verantwortlich handeln – Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung. Saarbrücker Memorandum. Köln: Bundesanzeiger.

Deutsches Jugendinstitut e.V. [DJI] [Hg.]/Kindler, H. u.a. [Hg] (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München

Die Zeit (2007): Risikomanagement statt Kinderschutz. <http://www.zeit.de/online/2007/16/childerschutz-england?page=all> / 8.3.2010

Doward, J.; Hinsliff, G.; McVeigh, T.; Townsend, M. (2008): Why children are left to die beyond help's reach. <http://www.guardian.co.uk/society/2008/nov/16/child-protection-uk-crime> / 8.3.2010

Durfee, M.; Tilton-Durfee, D. (1995): Multiagency Child Death Review Teams: Experience in the United States. Child Abuse Review Vol. 4: S. 377 - 381

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

Edwards, C. (2004): Child Death Enquiries: Bureaucracy Meets the Practitioners. <http://www.nagalro.com/docs/Carol%20Edwards%20paper%20at%20NAGALRO%20Conf%20Mar%202004%20CHILD%20DEATH%20ENQUIRIES%20%20Bureaucracy%20Meets%20the%20Practitioners.doc> / 8.3.2010

Farmer, E.; Owen, M. (1995): Child Protection Practice: Private Risks and Public Remedies. London

Fegert J.M.; Schnoor K.; Kleidt S.; Kindler, K-H.; Ziegenhain, U. (2008): Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin

Fegert, J.M.; Ziegenhain, U.; Fangerau, H. (2010): Problematische Kinderschutzverläufe. Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes. Weinheim

Field-Fisher, T.G.; Davey, M.R.; Stevenson, O. (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 Coordination between them. London

- Fish, S.; Munro, E.; Bairstow, S. (2008):** Learning together to safeguard children: developing a multi-agency systems approach for case reviews. Social Care Institute for Excellence. London
- Gambrill, E.; Shlonsky, A. (2001):** The Need for Comprehensive Risk Management Systems in Child Welfare. Children and Youth Services Review, Vol. 23, No 1, pp. 79-107
- Gellert, G.A.; Maxwell, R.M.; Durfee, M.J.; Wagner, G.A. (1995):** Spotlight on Practice – Fatalities Assessed by the Orange County Child Death Review Team, 1989 to 1991. Child Abuse & Neglect, Vol. 19, No. 7, pp. 875-883
- Gissel-Palkovich, I. (2007):** Der Allgemeine Soziale Dienst an seinen Leistungsgrenzen. Rahmenbedingungen und Fachlichkeit – zunehmend eine Paradoxie? In: Sozialmagazin 9/2007, S. 12-23
- Hansen, E. (2005a):** Risiken in der Sozialen Arbeit. Oder warum Soziale Arbeit mit anderen Berufen nicht zu vergleichen ist. In: Sozialmagazin 12/2005, S. 14-15
- Hansen, E. (2005b):** Das Risiko und die deutsche Soziale Arbeit. In: Sozialmagazin 12/2005, S. 24-29
- Hansen, E. (2005c):** Die Risiken der Risikodebatte. Warum die Auseinandersetzung mit der Risikodebatte so hilfreich ist. In: Sozialmagazin 12/2005, S. 30-36
- Hansen, E. (2010):** Das Case Management als ›Art of the State‹. In: Neue Praxis. Nr. 5/2010, S. 507 - 522
- Howitt, D. (1993):** Child Abuse Errors. When Good Intentions Go Wrong. New Brunswick
- Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. [ISS] [Hg.] (2008):** Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung. München
- Kemshall, H.; Pritchard, J. (1997):** Good Practice in Risk Assessment and Risk Management. I. Good Practice in Health, Social Care and Criminal Justice Series. London
- Kinderschutz-Zentrum Berlin [Hg.] (2000):** Kindesmisshandlung Erkennen und Helfen. Berlin
- Kindler, H. (2007):** Zur Zukunft des Kinderschutzes. In: Forum Erziehungshilfen 07/2007, S. 145-148
- Kindler, H. (2006):** Wie können Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiken eingeschätzt werden? In: Deutsches Jugendinstitut e.V. [DJI] [Hg.]/Kindler, Heinz u.a. [Hg.]: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München, Frage 70
- Kindler, H. (2003):** Ob das wohl gut geht? Verfahren zur Einschätzung der Gefahr von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung im ASD. In: Diskurs. München 2/2003, S. 8-18.
- Krause, H.-U.; Wolff, R. (2005):** Erziehung und Hilfeplanung: Über den untauglichen Versuch, Erziehungsprozesse gedankenlos zu rationalisieren. In: SOS-Kinderdorf e.V. (Hg.): Hilfeplanung – reine Formsache. München, S. 44-62
- Kriener, M. (2008):** Risikomanagement im Kinderschutz. In: Jugendhilfe-aktuell, Landschaftsverband Westfalen-Lippe [Hg.] 2/2008, S. 9-13
- Littechild, B. (2005):** Gefahren und Nutzen von Risikobewertung und Risikomanagement in der Sozialen Arbeit. In: Sozialmagazin 3/2005, S. 31-39
- Lonne, B.; Parton, N.; Thomson, J.; Harries, M. (2009):** Reforming Child Protection. London
- Leitner, H.; Troscheit, K. (2008):** Fälle gravierender Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung mit Todesfolge und schwerster Körperverletzung im Land Brandenburg. Eine Untersuchung anhand von Staatsanwaltschaftsakten (2000-2005). http://www.fachstelle-kinderschutz.de/cms/front_content.php?idart=33 / 8.3.2010
- Lord Laming (2002):** The Victoria Climbié Inquiry: Report of an Inquiry by Lord Laming. London
- Mäurer, U. (2006):** Dokumentation über die Abläufe und Zusammenhänge im Todesfall Kevin K. <http://www.agsp.de/html/n432.html> / 8.3.2010
- Merchel, J. (2005):** Organisationsgestaltung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Konzepte zur Reflexion, Gestaltung und Veränderung von Organisationen. Weinheim
- Merchel, J. (2007):** Mängel des Kinderschutzes in der Jugendhilfe. Sozialmagazin 2/2007, S. 11 - 18
- Merchel, J. (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. S. 89 - 128
- Mills, C.; Vine, P. (1990):** Critical Incident Reporting – an Approach to Reviewing the Investigation and Management of Child Abuse. British Journal of Social Work 20/1990, S. 215-220
- Munro, E. (2005a):** Improving practice: Child protection as a systems problem. Children and Youth Services Review, 27 (2005) S. 375-391
- Munro, E. (2005b):** A Systems Approach to Investigating Child Abuse Deaths. British Journal of Social Work (2005) 35, S. 531-546
- Munro, E. (2008):** Effective Child Protection. London
- Munro, E. (2009):** Ein systemischer Ansatz zur Untersuchung von Todesfällen aufgrund von Kindeswohlgefährdung. In: Das Jugendamt 3/2009, S. 106-115
- Meysen, T.; Schönecker, L.; Kindler, H. (2009):** Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim
- Mörsberger, T. (2005):** Sündenbocksuche oder Fehleranalyse. Zu den Reaktionen auf spektakuläre Fälle von Kindesmisshandlung durch Jugendämter, Justiz oder Medien. In: Recht der Jugend und des Bildungswesens, S. 447-455
- Mörsberger, T.; Restemeier, J. [Hg.] (1997):** Helfen mit Risiko. Zur Pflichtstellung des Jugendamtes bei Kindesvernachlässigung. Dokumentation eines Strafverfahrens gegen eine Sozialarbeiterin in Osnabrück. Neuwied
- Müller, B. (2009):** Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. Freiburg i. Br.
- National Center on Child Fatality Review (2010):** About NCFR. <http://ican-ncfr.org/> / 8.3.2010
- Niestroj, H. (2001):** Tod eines Kindes. Magazin Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie AGSP <http://www.agsp.de/html/a14.html> / 8.3.2010.
- Parton, N.; Thorpe, D.; Wattam, C. (1997):** Child protection. Risk and the moral order. Houndsmill
- Parton, N. (2004):** From Maria Colwell to Victoria Climbié: Reflections on Public Inquiries into Child Abuse a Generation Apart. Child Abuse Review Vol. 13: S. 80-94
- Rietmann, S. (2007):** Aushandlungen bei Kindeswohlgefährdung. Entscheidungsrationaltäten, Risikokommunikation, Interventionsstrategien. Saarbrücken
- Rose, W. & Barnes, J. (2008):** Improving safeguarding practice. Study of serious case reviews 2001-2003. London
- Rosenfeld, J. M.; Rosenberg, L.; Elek, F. (2009):** Learning from Success: Its Implications for the „Lights to Employment“-Program of Amin. Documented Success as a Source of Principles of Action that Promote Employment. 2006-2008. Jerusalem

Beteiligte Organisationen und Personen

An der Entwicklung und Ausarbeitung dieses Konzepts waren folgende Personen und Organisationen beteiligt:

Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e. V.

Dipl. Sozialpäd. Susanne Rossol, Assistenz
Prof. Dr. Reinhart Wolff, Leitung

Amt für Soziale Dienste/Fachabteilung Junge Menschen und Familien

Herbert Holakovsky

Amt für Soziale Dienste, Qualifizierung

Hubert Meyer-Wiedemann

Amt für Soziale Dienste/Sozialzentren

Kathrin Prüser,	Sozialzentrum 1
Joachim Kuhlmann,	Sozialzentrum 3
Peter Kerscher,	Sozialzentrum 3
Christel Atlas,	Sozialzentrum 4
Doris Fleischer,	Sozialzentrum 4
Michael Bauer,	Sozialzentrum 5
Rolf Diener,	Sozialzentrum 6
Petra Putzer,	Sozialzentrum 6

Gesundheitsamt Bremen

Dr. Gabriele Sadowski

AWO Arbeiterwohlfahrt Bremen

Marion Mosler
Karin Wetzel

Bremische Evangelische Kirche

Landesverband Evang. Tageseinrichtungen für Kinder in Bremen

Anneliese Spreckels-Hülle

KiTa Bremen – Bremens städtische Kinder- und Familienzentren

Eigenbetrieb der Stadtgemeinde Bremen

Joachim Schuch

AfJ e. V. Kinder- und Jugendhilfe Bremen

Roland Klahr
Gerd Ziegler

Caritas-Erziehungshilfe gGmbH

Gabriele Witte

Deutsches Rotes Kreuz

Carsten Flömer
Peter Niehoff

Effect gemeinnützige GmbH

Thomas Stapke

Hans-Wendt-Stiftung

Karin Järleby

Sozialwerk der Freien Christengemeinde Bremen e. V.

Haus Narnia

Markus Wruck

Herman Hildebrand Haus

Uschi Fröhlich-Heidenreich

Initiative zu sozialen Rehabilitation e. V.

Sven Bechtolf

Jugendhilfen Prangenstraße im Verbund sozialpädagogischer Kleingruppen e. V.

Conny Ciwiuk

Lebenshilfe Bremen e. V.

Kristin Grünwald

Reisende Werkschule Scholen e. V.

Friederice Kley
Irene Luxem

SOS Kinderdorf e.V.

Kinder- und Jugendhilfen Bremen-Diepholz-Verden

Brigitte Gottspenn

St. Petri Kinder- und Jugendhilfe

Friederike Apel
Oliver Dausin

Stiftung Alten Eichen von 1596

Cornelia Bein
Barbara Suchland

Bürger

Walter Meyer

