

AKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN & STOLPERSTEINE IN DER KOOPERATION

Christine Gerber; NZFH im Deutschen Jugendinstitut e.V.
Fachtagung AFET
„Professioneller Kinderschutz oder (eher) Selbstschutz?“
Hannover, 24.11.2015

© 2015 – NZFH, BZgA, DJI

Projektbereich „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen“ des NZFH seit 2009

1. Entwicklung einer Methode zur Analyse problematischer Fallverläufe

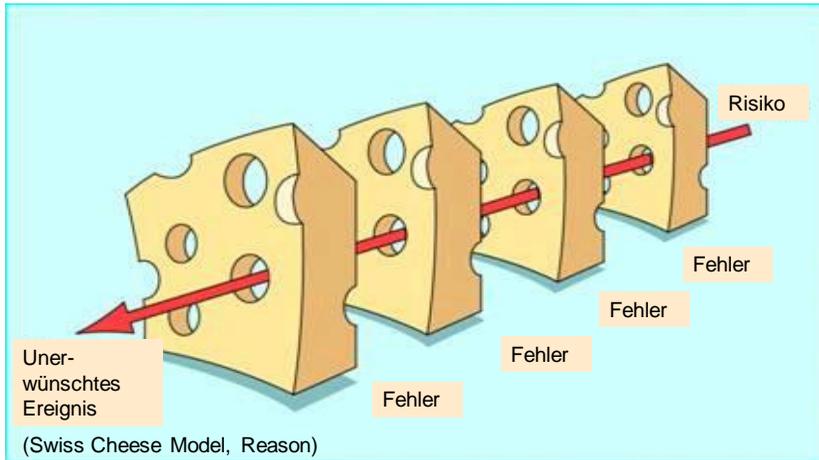
- Fünf rekonstruierte Fälle, davon vier interinstitutionell
- Kontext „Frühe Hilfen“ oder frühe Kindheit
- Kritische Ereignisse, bzw. aus der Sicht des Jugendamtes Anlass für eine Analyse: Kleinkinder wurden misshandelt (Schütteltrauma mit Todesfolge, Biss- & Brandwunde, Misshandlung (z.T. mit Todesfolge); Entlassung des Kindes nach Hause bei komplexer Hilfe & Kontrolle

2. „Hilfreiche und hinderliche Faktoren in der Zwangsberatung“

- 27 Interviews mit Eltern & Fachkräften öffentlicher und freier Träger zu 11 „8a-Fällen“

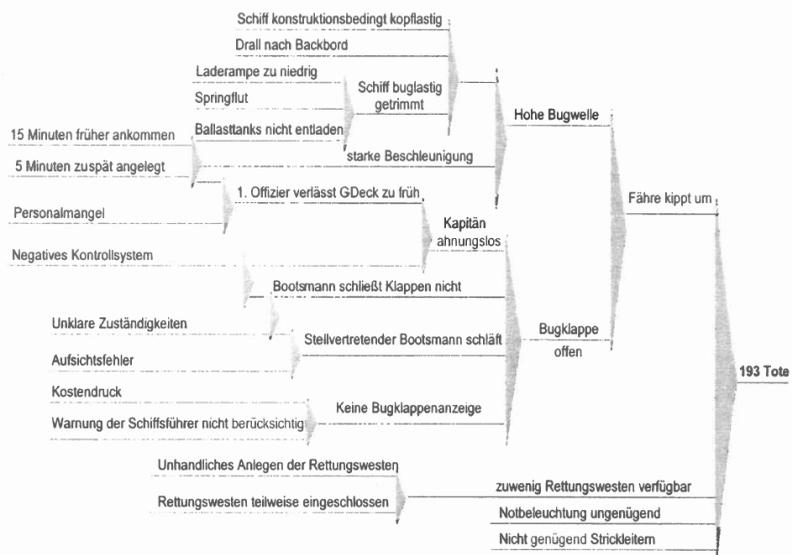
© 2015 – NZFH, BZgA, DJI

Die Entstehung „unerwünschter Ereignisse“ nach James Reason



© 2015 – NZFH, BZgA, DJI

Abbildung 8: Fehlerkette beim Führungslück der Herald of Free Enterprise, 1987 (nach Romberg 1996, Geo Grafik Elsevier Science Publishers)



Zwischenfazit

Unerwünschte Ereignisse lassen sich in der Regel nicht auf
EINE Ursache zurückführen!

und

Werden „Fehler“ frühzeitig erkannt und korrigiert, können
tragische Verläufe verhindert werden!

Aus Fehlern lernen...

Die personenorientierte Perspektive (traditioneller Ansatz):

- Untersuchung endet mit der Feststellung eines Fehlverhaltens!
- Bestimmte Einzelpersonen sind **nachlässig, machen Fehler, sind leichtsinnig**
- Die Einzelperson wird **beschuldigt, bestraft** oder **fortgebildet** (und alle anderen können sich „gut“ fühlen)
- Die so **„optimierte Einzelperson“** macht in Zukunft keine Fehler mehr und verbessert die Sicherheit

Aus Fehlern lernen...

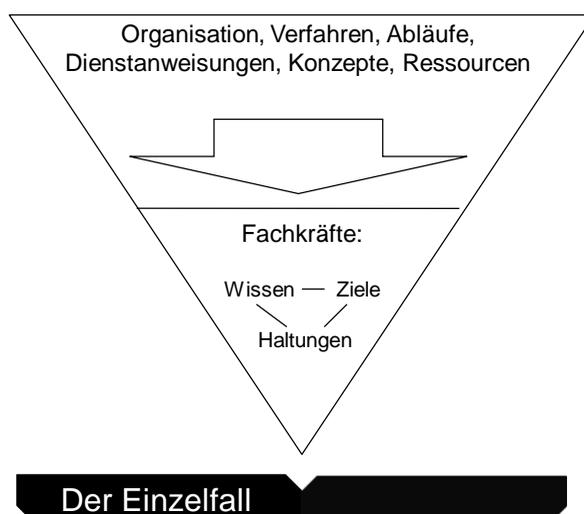
Systemorientierte Perspektive:

- In der gleichen Situation verhalten sich unterschiedliche Menschen gleich/resp. ähnlich! Menschen haben nicht immer die freie Wahl, wie sie sich verhalten!
- Nicht nur der Mensch, sondern auch das organisatorische Design beeinflussen Arbeitsweisen, Entscheidungen und damit das Ergebnis! Fachkräfte sind Teil eines Systems – ihr Handeln wird maßgeblich durch die äußeren Rahmenbedingungen beeinflusst!

Folglich:

- geht es nicht um die Suche nach „dem Schuldigen“
- beginnt – nicht endet - die Untersuchung mit dem Finden eines „Fehlers“
- liegt der Schwerpunkt der Untersuchung auf allen Faktoren, die das Handeln und die Entscheidungen der Einzelnen beeinflusst haben.

Die systemorientierte Perspektive:



Die systemorientierte Perspektive:

Handlungsleitende Prinzipien:

(1) Vermeidung von Verzerrungen durch eine rein rückblickende Betrachtung: („hindsight bias“)

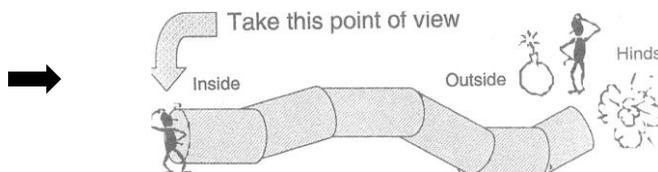


Abbildung aus:
Sidney Dekker,
2002 The field
guide to human
error
investigation

(2) Bewertung der Praxis & Suche nach Einflussfaktoren/Ursachen – d.h.

➡ nur im engen Dialog mit den Fachkräften möglich:
„warum erschien es damals sinnvoll, vertretbar, geeignet...?“

(3) Welche Lehren können wir daraus für unsere Praxis/die Organisation ziehen?

➡ Fall als Fenster auf das „Kinderschutzsystem“ – welche wiederkehrenden Risikomuster lassen sich erkennen!

© 2015 – NZFH, BZgA, DJI

Begrifflichkeiten

(1) **„(latente) Risiken“**: Faktoren, welche die Fehlermöglichkeit erhöhen.

(2) **„Fehler“** – zu differenzieren von „Schuld“ (Absicht, Vorsatz (grobe Fahrlässigkeit)

„Unvermeidbare Fehler“

sind grundsätzlich möglich, weil Prognosen erstellt und Entscheidungen unter Zeitdruck und auf der Basis begrenzter Informationen getroffen werden müssen.

„Vermeidbare Fehler“

sind Fehler im Prozess der Fallbearbeitung, die z.B. durch Wissen, Erfahrung und Kompetenzen verhindert hätten werden können – die also nicht hätten passieren müssen.

© 2015 – NZFH, BZgA, DJI

In Anlehnung an AFET-Arbeitshilfe

(1) Eingang von Informationen/Meldung

Erste fachliche Einschätzung der gewichtigen Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung nach Meldung

(2) Prozess der Gefährdungseinschätzung

- a) *Allgemein*
- b) *im Zusammenwirken der Fachkräfte*
- c) *interdisziplinär*

(3) (Kinderschutzkonferenz als Instrument der) Fallreflexion

(4) Abgabe des Falles – „Zuständigkeitswechsel“

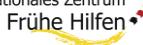
Exemplarische Ergebnisse (die in mindestens zwei der fünf Fälle eine Rolle gespielt haben)

(1) Eingang von Informationen/Meldung

Meldungen in laufenden 8a-Fällen:

- „Wann ist eine Meldung eine Meldung?“
 - Scheinen „normal“ und „üblich“, weil „Kinderschutzfälle eben Kinderschutzfälle sind“. Führen selten zu Irritation bei den HelferInnen und zur Reflexion des Schutzkonzeptes
 - Meldungen werden als Hinweis auf Ressourcen gedeutet („da kümmert sich wer!“)
 - Meldungen professioneller Melder haben höheres Gewicht, als Meldungen aus der Familie
 - Schutzillusion I („Danke für die Information, Hilfe ist installiert!“)
- werden in schwierigen & komplexen Fällen nicht in gleicher Qualität überprüft, wie Erstmeldungen (insb. bei hoher Arbeitsdichte)

Exemplarische Ergebnisse (die in mindestens zwei der fünf Fälle eine Rolle gespielt haben)

Nationales Zentrum
Frühe Hilfen 

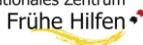
(2) Prozess der Gefährdungseinschätzung

a) Allgemein

- Antizipierte Beurteilung des Familiengerichts wird zum Maßstab
- Um den Kontakt nicht zu verlieren,
 - werden problemnegierende und problemrelativierende Deutungsmuster der Eltern akzeptiert und damit un-eindeutige Situationen in der Un-eindeutigkeit belassen;
 - Wird eine „Schonhaltung“ gegenüber den Eltern eingenommen
- Hohe Verunsicherung, wenn sich der Täter nicht ermitteln lässt
- Fokussierung auf äußerlich beobachtbare, einfach zu erhebende Faktoren; komplexere Fragestellungen (z.B. elterliche Modelle der Erziehung; eigene Misshandlungsgeschichte und deren Verarbeitung) finden weniger Beachtung
- Bestätigungsfehler oder „confirmation bias“: einmal bestehende Risikoeinschätzungen werden – wenn überhaupt - nur langsam revidiert.
- Veränderungsbereitschaft und –fähigkeit wird gleich gesetzt mit Kooperationsbereitschaft

© 2015 – NZFH, BZgA, DJI

Exemplarische Ergebnisse (die in mindestens zwei der fünf Fälle eine Rolle gespielt haben)

Nationales Zentrum
Frühe Hilfen 

(2) Prozess der Gefährdungseinschätzung

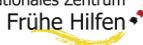
b) ...im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte

- qualitätssichernder Effekt von Intervision, Supervision und Rücksprache mit Leitung?

Die Grundlage bildet die (idR schlüssige & qualifizierte) Darstellung der federführenden Fachkraft; „Blinde Flecken“ bleiben blind und „verzerrte Darstellungen“ u.U. verzerrt!

© 2015 – NZFH, BZgA, DJI

Exemplarische Ergebnisse (die in mindestens zwei der fünf Fälle eine Rolle gespielt haben)

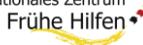
Nationales Zentrum
Frühe Hilfen 

c) interdisziplinäre Gefährdungseinschätzung

- Institutionsspezifische Risikoeinschätzungen (inkl. Verfahren, Abläufe, Logiken)
- Strukturell gesicherte Orte und Zeit für einen differenzierten Austausch der Einschätzungen fehlen – Unterschiede/Dissens werden eher zufällig bekannt
- Zweifel an der Einschätzung des ASD werden nicht nachhaltig und deutlich eingebracht
- ASD wird die zentrale Verantwortung für die Risikoeinschätzung zugeschrieben
- V.a. in komplexen Helfersystemen: nicht mit der Risikoeinschätzung beauftragte Dienste behalten ihre Wahrnehmungen eher für sich
- Minderheitenmeinungen bei der Risikoeinschätzung tun sich schwer
- Datenschutzrechtliche Grenzen und Unsicherheiten

© 2015 – NZFH, BZgA, DJI

Exemplarische Ergebnisse (die in mindestens zwei der fünf Fälle eine Rolle gespielt haben)

Nationales Zentrum
Frühe Hilfen 

(4) (Kinderschutzkonferenz als Instrument der) Fallreflexion

- Veränderungen des elterlichen Verhaltens oder der Situation für das Kind werden kaum erhoben und sind kein Maßstab für den Erfolg/Misserfolg von Hilfe. Nicht-Abbruch als Erfolgskriterium!
- Helferkonferenzen fokussieren auf die nächsten Schritte; Zeit für Reflexion (Fallverstehen & kritische Reflexion des bisherigen Verlaufs) fehlt!
- Die bisweilen aufwändige Arbeit mit den Eltern überlagert die Interessen des Kindes: Wie erfolgreich ist eigentlich unser Hilfe- und Schutzkonzept aus der Perspektive des Kindes?

© 2015 – NZFH, BZgA, DJI

Exemplarische Ergebnisse (die in mindestens zwei der fünf Fälle eine Rolle gespielt haben)

(5) Hilfe- & Schutz(-konzept)

- Die missverständliche Logik von Auflagen
- Hilfe (freier Träger) und Kontrolle (Jugendamt) werden im Hilfesystem aufgeteilt.
- Beratung/Intervention beschränkt sich auf Kernfamilie, resp. Sorgeberechtigte
- Viele Helfer sind nicht notwendigerweise vernetzte Helfer; Hilfeverlaufsperspektive geht verloren.
- Unausgesprochene Verantwortungs- & Aufgabenzuschreibungen
- Konkurrierende Hilfeansätze führen zu widersprüchlichen Botschaften an die Eltern

Fazit

Hypothese I

Durch die Fokussierung der HelferInnen auf (schnelle) Lösungen und Veränderung, geraten die Kinder aus dem Blick und gehen die Eltern verloren!

Kinderschutz braucht

- ✓ **strukturell gesichert Orte und Zeit für**
 - » interdisziplinäres Fallverstehen und eine gemeinsame Risikoeinschätzung im Helfersystem „Was ist das Problem? Wie ist es entstanden? Welche Risiken bestehen für das Kind?“
 - » eine kritische (Selbst-)Reflexion im Hilfesystem „Hat sich die Situation für das Kind tatsächlich verbessert?“ „Haben wir mit der bisherigen Hilfe das erreicht, was wir uns erhofft haben und was müssten wir ggf. ändern?“

Fazit	Nationales Zentrum Frühe Hilfen 
<p>Hypothese II <i>Konflikte, unterschiedliche und nicht ausdiskutierte Einschätzungen, unausgesprochene Erwartungen und Zuschreibungen unter den HelferInnen werden im Kinderschutz zum Risiko für das Kind</i></p>	
<p>Kinderschutz braucht</p> <p>✓ einen offenen Umgang mit Kritik und Dissens</p> <ul style="list-style-type: none"> » geklärte Zuständigkeiten, vereinbarte Verfahren und Abläufe sind hilfreich - ersetzen jedoch Aushandlungs- und Klärungsprozesse im konkreten Fall nicht. » Wenn Dissens im Kinderschutz über Macht- und Zuständigkeitsfragen gelöst wird, wird's riskant für's Kind! » Fehlersensibilität: Das Benennen von Fehlern/Fehlentwicklungen/Sorgen und Bedenken im Helfersystem befördern und unterstützen. Kritik als Ausdruck von Loyalität und Verantwortungsübernahme verstehen. 	
© 2015 – NZFH, BZgA, DJI	

Fazit	Nationales Zentrum Frühe Hilfen 
<p>Hypothese III <i>„Kollektive“ blinde Flecken, fehlerhafte Einschätzungen und die Arbeit beeinträchtigende Dynamiken im Helfersystem können nicht individuell in den einzelnen Institutionen gelöst werden</i></p>	
<p>Kinderschutz braucht</p> <p>✓ institutionenübergreifende qualitätssichernde und qualitätsentwickelnde Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> » interdisziplinäre, interinstitutionelle Möglichkeiten der (qualifizierten) Supervision » gemeinsame Fortbildungen » die gemeinsame Reflexion von Fällen 	
© 2015 – NZFH, BZgA, DJI	

**VIELEN DANK FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT**