

Kreis Herzogtum Lauenburg

Der Landrat

Fachbereich Jugend, Familie, Schulen und Soziales



KuK, Fachstelle Kinderschutz

zum Schutz von Kindern und Jugendlichen

vor sexueller Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung



Aus Erfahrungen lernen Erfolgsgeschichten und Falllabore aus der Kinderschutzarbeit des Kreises Herzogtum Lauenburg

Abschlussbericht

**im Rahmen eines Qualitätsentwicklungsprozesses
begleitet vom Kronberger Kreis für Dialogische
Qualitätsentwicklung e.V., Berlin**

Ratzeburg, im Mai 2011

Gliederung

EINFÜHRUNG	3
1. Wozu überhaupt? Idee und Begründung	4
2. Theoretischer Diskurs	5
2.1. Fehlerdiskussion	5
2.1.1. Allgemeine Definitionen, geschichtliche Entwicklung.....	5
2.1.2. Systemische Fehlerperspektive	6
2.1.3. Fehler im Kinderschutz.....	7
2.2. Methodendiskussion	9
2.2.1. Aus der freien Wirtschaft	9
2.2.2. Fehlerkultur.....	10
2.2.3. Dialog	13
3. Projektverlauf	14
3.1. Standortbestimmung der Autorin	14
3.2. Bestandsaufnahme und Zielformulierung	15
3.2.1. Kinderschutz im Blick	16
3.2.2. Arbeitssituation im ASD.....	17
3.2.3. Qualitätssicherung und Fehlerkultur im Kreis Herzogtum Lauenburg	19
3.2.4. Zielformulierung.....	22
3.3. Projektgruppenarbeit	23
3.3.1. Zusammensetzung der Projektgruppe	23
3.3.2. Verlauf der Treffen und Ergebnisse	23
3.3.3. Gesamtbewertung der Projektgruppenarbeit	25
3.4. Falllabore und Erfolgsgeschichten	26
3.4.1. Reflexionen vor Projektbeginn	26
3.4.2. Falllabore brauchen Zeit.....	27
3.4.3. Falllabore sind lustvoll und setzen heilende Prozesse in Gang	28
3.4.4. Erfolgsgeschichten	29
3.4.5. KuK als Impulsgeberin.....	33
3.4.6. Externe Moderation	34
4. Ergebnis	35
5. Persönliches Fazit und Ausblick	41
6. Literaturnachweis	43
ANHÄNGE	
I. Bewerbung für das Anschluss-QE-Projekt	
II. Ergebnisprotokolle der Projektgruppentreffen	
IV. Zitatensammlung zum Thema „Fehler“	

EINFÜHRUNG

Im April des Jahres 2009 bewarb sich der Kreis Herzogtum Lauenburg für die Teilnahme an einem Qualitätsentwicklungsprozess unter der Überschrift: „Aus Fehlern Lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz“.

Im Auftrag der Bundesregierung hatte das Nationale Zentrum Frühe Hilfen dazu eingeladen und die wissenschaftliche Begleitung und Gesamtorganisation der Alice Salomon Hochschule Berlin und dem Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e. V. übertragen. Der Kreis Herzogtum Lauenburg beteiligte sich als Partnerkommune des Kreises Rendsburg-Eckernförde zusammen mit dem Kreis Segeberg an dem Projekt. Über eine Projektgruppe mit fünf Fachkräften wurden die Beteiligung und die Impulse für die Umsetzung im Kreis Herzogtum Lauenburg gesteuert.

Im Anschluss an fünf zweitägige Werkstatttreffen entschied sich der Kreis dazu, weiter in das Thema zu investieren und beauftragte die Fachstelle Kinderschutz, ein Angebot für standardisierte Fallreflexionen zu schaffen.

Der vorliegende Bericht ist das Ergebnis dieses Anschlussprozesses.

Im ersten Teil des Berichtes ist verschiedenes theoretisches Wissen rund um das Thema Fehlermanagement skizziert.

Im zweiten Teil erfahren Sie, wie das Wissen in einem gemeinsamen Prozess mit verschiedenen Fachkräften Sozialer Arbeit heruntergebrochen wurde auf die Praxis, wobei der Fokus in erster Linie auf die Umsetzbarkeit gelegt wurde.

Am Ende steht das Produkt, also das konkrete Angebot, das die Fachstelle zukünftig Fachkräften aus dem Kreis Herzogtum Lauenburg macht, sowie ein vom Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung gewünschtes persönliches Fazit und ein kurzer Ausblick darauf, was im Anschluss an das Projekt an Herausforderungen gemeistert werden könnte.

1. Wozu überhaupt? Idee und Begründung

*„Der IQ eines Teams kann – potenziell –
wesentlich größer sein als der IQ der einzelnen Teammitglieder.“¹*

Wieso investiert der Kreis Zeit in die Entwicklung eines Standards für Fallreflexionen im Kinderschutz? Kein neues Gesetz hat uns dazu verpflichtet, keine Meldung auf akute Gefährdung, keine unzufriedenen oder aufgebracht Klienten uns dazu aufgefordert.

Der Motor für die Entscheidung, unsere Fallarbeit in der Rückschau zu reflektieren ist der Anspruch, eine qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten, die unserem Auftrag gerecht wird. Die Idee ist, dass wir das besser tun können, wenn wir uns hin und wieder Zeit nehmen, das, was wir in unserer Arbeit tun, zu überprüfen und aus unseren Erfahrungen und Fehlern zu lernen.

Eine Sufi-Geschichte:

Als drei Blinde auf einen Elefanten stießen, tat jeder seine Entdeckung lauthals kund. „Es ist ein raues Ding, groß und breit, wie ein Teppich“, erklärte der erste, der ein Ohr in der Hand hielt. Der zweite, der den Rüssel ertastet hatte, widersprach energisch: „Ich weiß, was es wirklich ist! Es ist ein langer hohler Schlauch.“ Und der dritte, der ein Vorderbein umschlungen hielt, verkündete: „Es ist groß und fest, wie eine Säule.“

So wie diese Männer zu ihrem Wissen kommen, werden sie nie begreifen, was ein Elefant ist.

Die Grundidee ist, dass wir (blinden) Sozialarbeiter(innen) die Familien (Elefant) besser verstehen können, wenn wir unsere Perspektiven gemeinsam mit ihnen gleichberechtigt austauschen.

Die Symbolik der Sufi-Geschichte drückt allerdings nicht die strukturelle Asymmetrie zwischen Klient und Jugendamt aus. Diese führt zu einer noch höheren Risikobelastung. Oder anders ausgedrückt: die Chance, in diesem Kontext Fehler zu machen, ist hoch.

Weil wir das in der Sozialarbeit wissen, sind das Vieraugenprinzip, kollegiale Beratung und Fallbesprechungen im Team Standard in den Allgemeinen Sozialen Diensten – gleichzeitig ist nach der Qualität solcher Absprachen zu fragen, nach eingeschliffenen Routinen und Alibigesprächen zur Absicherung.²

Auch auf individueller Ebene lässt sich der Nutzen von Lernen aus Erfahrungen und Fehlern benennen. Elke Schüttelkopf formuliert das so:³

„Fehler aller Art können als Impuls unentbehrlich, lernwirksam, erhellend, produktiv, eben ergiebig sein. Sie ermöglichen dem Menschen in seinem Dazu- und Umlernen Fortschritte und in seiner biographischen Entwicklung Neuorientierung, in seinem schöpferischen Tun Durchbrüche und in seinen soziokulturellen Prozessen wichtige Anstöße.“

Auf das System bezogen formuliert sie:

„Eine differenzierte Fehlerfreundlichkeit soll den Umgang mit lernträchtigen und produktiven Fehlern stärken und dabei das System vor unerwünschten und irreversiblen Fehlern schützen.“⁴

Die Gruppe als Beobachter entwickelt zwangsläufig eine andere Perspektive als jeder Einzelne. Sie kann in der direkten Kommunikation der Teilnehmer Beschreibungen, Bewertungen und Erklärungen liefern, die über die Beobachtungs- und Interessensphäre des individuellen Mitarbeiters hinausgehen. Und im Idealfall kann sie Ideen entwickeln, deren innovatives Potenzial und Kreativität das der einzelnen Mitglieder weit übertrifft.

Die große Chance der Gruppe als Beobachter ist, dass sie die Komplexität der verschiedenen relevanten Umwelten und Wahrheiten besser bilden kann. Sie führt Unschärfe ein, wo der Einzelne eher zur Entweder-oder-Vereinfachung tendieren würde. Unterschiedliche Mitglieder stehen für unterschiedliche Aspekte und Kräfte. Aus der ja immer nur scheinbar kla-

¹ Quelle unbekannt

² Joachim Merchel in „Mängel des Kinderschutzes in der Jugendhilfe“, Sozialmagazin, 32 Jg. 2/2007

³ Schüttelkopf Elke M., Gabriela Ebner, Peter Heimerl: „Fehler – Lernen – Unternehmen“, ebd. Seite 190

⁴ ebd. Seite 190

ren Richtig-Falsch-Alternative können so vielfältige Abwägungen in die Bewertung eingehen und die zukünftige Praxis und Arbeitszufriedenheit optimiert werden.⁵

Nun ist es wahrlich nicht neu, dass Sozialarbeiter(innen) ihre Arbeit in Team- und Supervisionsitzungen reflektieren.

Neu ist für den Kreis Herzogtum Lauenburg die Idee,

- dies gezielt und standardisiert in der Rückschau tun zu wollen,
- dabei externe Fachkräfte und Klienten mit einzubeziehen,
- den Reflexionsprozess durch eine neutrale Moderation zu gestalten,
- die relevanten Erfahrungen einer breiteren Fachöffentlichkeit zur Verfügung zu stellen,
- den Fokus bei der Betrachtung gezielt auf Erfolge und Fehler zu richten.

2. Theoretischer Diskurs

Im Kinderschutz gilt in unserem Kreis die Prämisse, dass es keine „richtigen“ und „falschen“, sondern immer nur „punktuelle“ Einschätzungen und Entscheidungen gibt.⁶

Insbesondere die Ideen, die uns aus der freien Wirtschaft zum Umgang mit Fehlern erreichen, haben uns neugierig gemacht, mehr hierüber zu erfahren, zu recherchieren, was Wissenschaftler und Praktiker der Sozialen Arbeit dazu geforscht haben und unsere eigene Haltung zu Fehlern zu überprüfen.

2.1. Fehlerdiskussion

2.1.1. Allgemeine Definitionen, geschichtliche Entwicklung

Wie die Liste von Zitaten berühmter Persönlichkeiten zu Fehlern im Anhang zeigt, haben sich Menschen seit langem Gedanken zum Umgang mit Fehlern gemacht.⁷

Wikipedia liefert uns folgende allgemeine Definitionen:

*„Das Deutsche Institut für Normung definiert **Fehler** als einen ' Merkmalswert, der die vorgegebenen Forderungen nicht erfüllt ' (...); dabei wird die Anforderung definiert als ' Erfordernis oder Erwartung, das oder die festgelegt, üblicherweise vorausgesetzt oder verpflichtend ist ' .“*

Die transdisziplinäre Fehlerdefinition von *Martin Weingardt* erweitert das Fehlerverständnis:

„Als Fehler bezeichnet ein Subjekt angesichts einer Alternative jene Variante, die von ihm – bezogen auf einen damit korrelierenden Kontext und ein spezifisches Interesse – als so ungünstig beurteilt wird, dass sie unerwünscht erscheint.“⁸

Dieses erweiterte Verständnis wird auch von Elke Schüttelkopf verwendet.⁹ Außerdem zitiert sie den Neurobiologen Humberto Maturana Romesin und den Kybernetiker Pille Bunnell mit folgender Beschreibung:

„Wir machen also wissentlich keine Fehler, d. h., wir wissen in dem Augenblick, in dem wir handeln, nicht, ob bzw. dass wir einen Fehler machen. Es gibt etwas, das wir zum gegebenen Zeitpunkt des

⁵ „Fuzzy logic“, vgl. Simon, Fritz B.: „Die Kunst, nicht zu lernen“, Auer Verlag, Seite 136

⁶ vgl. Kinderschutzbericht des Kreises Herzogtum Lauenburg von 2009, Punkt 4. Grundsätze und Haltungen, Seite 16

⁷ vgl. Anhang: „Zitate zum Thema Fehler“; entnommen aus <http://zitate.net/fehler.html>, Januar 2011

⁸ <http://de.wikipedia.org/wiki/Fehler>, Januar 2011

⁹ Schüttelkopf Elke M., Gabriela Ebner, Peter Heimerl: „Fehler – Lernen – Unternehmen“ Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 2008, Seite 167

Handelns noch nicht sehen, sondern erst (viel) später. Zum Zeitpunkt des Handelns sind wir blind für das, was wir später sehen und dann als Fehler bezeichnen.“¹⁰

In Wikipedia findet sich außerdem eine Vielzahl von Begriffsdefinitionen im Kombination mit dem Wort „Fehler“, wie z. B.: **Fehlertoleranz**, welche die Zuverlässigkeit eines Systems erhöhe. **Lernen aus Fehlern**, was als „Spezialfall des erfahrungsbasierten Lernens“ anzusehen sei und in verschiedenen Disziplinen angewendet wird:

„Damit sind Handlungen gemeint, die als Folge eines Fehlerereignisses ausgeführt werden, z. B. Fehleranalyse, Ursachenforschung oder auch Suche nach Möglichkeiten zur Fehlerkorrektur. (...) Lernen aus Fehlern wird von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen untersucht. So beschäftigen sich die Pädagogik und Psychologie mit fehlerbezogenen Lernprozessen in schulischen, aber auch in beruflichen Kontexten. Die Disziplinen der Medizin und Pflegewissenschaften analysieren, u. a. unter dem Stichwort der Patientensicherheit, Möglichkeiten der Fehlerprävention und des Lernens aus Fehlern in klinischen Kontexten. Eine ebenfalls verwandte Forschungsrichtung ist die des Fehlermanagement im Bereich der Betriebswirtschaftslehre.“

Am Beginn des 20. Jahrhunderts wurden die wissenschaftlichen Diskurse zum Fehler und dem Umgang mit Fehlern intensiviert: Die Pädagogen Hermann Weimar und Arthur Kießling begannen die Psychologie des Fehlers zu ergründen, der Mediziner und Analytiker Sigmund Freud die Fehlleistungen des Unbewussten, Techniker beschäftigen sich mit Materialfehlern und Messfehlern und die Arbeits- und Organisationspsychologen mit Fehlern und Fehlervermeidung rund um das Thema Arbeitssicherheit.

Doch erst in der 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts erlangte die Beschäftigung mit dem Fehler-Thema gänzlich neue Brisanz und Tragweite. Besonders einschneidend wurde in den 80er-Jahren die Bedrohung durch Atomreaktorunfälle (Three Mile Island und Tschernobyl) erlebt. Martin Weingardt benennt die Beinahe-Katastrophe des Kernreaktors Three Mile Island als Beginn der interdisziplinären Fehlerforschung.

2.1.2. Systemische Fehlerperspektive

„In einer systemischen Falluntersuchung fungiert ein konkreter Fall als Fenster, das den Blick auf das System freigibt – sie bietet die Möglichkeit, das ganze System zu studieren und nicht nur die Mängel zu sehen, sondern auch das, was gut funktioniert.“¹¹

Die zentrale Idee des **Systemischen Ansatzes** ist, dass die Leistung eines Einzelnen immer ein Ergebnis sowohl seiner eigenen Fähigkeiten und Kenntnisse als auch der Strukturen ist, in denen er lebt. Er betrachtet Menschen als Teil von Systemen, dessen Verhalten von systemischen Einflüssen geprägt wird. Er beschäftigt sich mit den Interaktionen zwischen den beteiligten Menschen und den im jeweiligen System wirksamen Faktoren und geht davon aus, dass die Menschen und die Prozesse, in die sie eingebunden sind, gemeinsam das System schaffen.

In der Sozialarbeit wird in der Regel eine **Systemische Fehlerperspektive** eingenommen. Hiernach liegt der Fokus nicht auf dem Fehler und damit der Schuldfrage, sondern auf den Ursachen und den Hintergründen, die zu dem nicht erwünschten Ergebnis führten, also auf der Suche nach den Entstehungsbedingungen.

Es geht darum, den Wald *und* die Bäume *und* die Umgebung des Waldes zu sehen.

Die Systemische Fehlerperspektive geht davon aus, dass unterschiedliche Menschen in gleichen Situationen und Strukturen die gleichen Fehler machen und erweitert damit die individuelle Fehlerperspektive.

¹⁰ Schüttelkopf Elke M., Gabriela Ebner, Peter Heimerl: „Fehler – Lernen – Unternehmen“ Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 2008, Seite 241

¹¹ Analysis of clinical incidents: a window on a system not a search for root causes, Quality and Safety in Health Care, vol. 13, Vincent, C. (2004) in Sheila Fish u. A., Social Care Institute for Excellence (London) Gemeinsam Lernen, Kinder besser schützen. Ein systemisches Modell für Falluntersuchungen, Seite 5

Die Qualität der Arbeit zu verbessern, bedeutet daher auch abzuklären, welche Aspekte des Kontextes Fehler begünstigen und welche Unterstützung die in diesem Kontext Arbeitenden bekommen müssten, um ihre Aufgabe erfolgreich zu bewältigen.¹²

Beim „Lernen aus Fehlern“ aus der Systemischen Fehlerperspektive stehen die Grundbausteine der Systemtheorie, wie:

- Wechselwirkungszusammenhänge zwischen System und Umwelt (dynamische Umwelt)
- relationales Denken, Integration von Widersprüchen
- Subjektivität, viele Perspektiven, Hypothesenvielfalt
- Beobachter(innen) sind Teil der Beobachtung
- Integration von harten und weichen Daten
- kontextabhängige Aussagen
- Wissen als Konstruktion
- Zirkularität
- nichtlineare Entwicklung
- Lösungs-, Ressourcen-, Zukunftsorientierung,

im Zentrum für den Umgang mit „Fehlern“ bzw. ungewünschten Ergebnissen.

2.1.3. Fehler im Kinderschutz

*„Gelingt der Zugang zu Familien nicht,
kann Kindern und Eltern nicht geholfen werden.
Zu viele Familien fühlen sich von den Fachkräften unverstanden,
nicht gehört und bevormundet.“¹³*

Nach Reinhart Wolff¹⁴ ist die Entdeckung von Kinderschutzfehlern erst 30 Jahre alt.

Er unterscheidet drei Fehlertypen, die Fachkräften in der Kinderschutzarbeit im Wesentlichen von der Öffentlichkeit vorgeworfen werden:

- kein, zögerliches oder fehlerhaftes, erfolgloses Eingreifen (under-involvement – „zu wenig“ / „ohne Kontakt“ oder „falsch“)
- übermäßiges Eingreifen, ohne dass eine Misshandlung vorlag (over-involvement – „zu viel“ / „interventionistisch“)
- mangelhafte Qualität der professionellen Dienstleistung.

Er selbst unterscheidet zwischen

- aufmerksamkeitsbasierten (nicht bemerkt, vergessen),
- regelbasierten (falsch gelernt, schon immer so gemacht) und
- wissensbasierten Fehlern (nicht besser gewusst).

Er benennt als generellen Indikator dafür, dass ein Kinderschutzfehler vorliegt, eine sehr weite Definition, nämlich die Tatsache, dass gesteckte Ziele nicht erreicht wurden.

Außerdem unterscheidet er zwischen folgenden spezifischen Indikatoren:

Kindbezogene Indikatoren:

- Kind / Jugendliche(r) wird nicht ausreichend oder gar nicht geschützt/ die KWG hört nicht auf bzw. es kommt wieder zu KWG
- Kind / Jugendliche(r) wird nicht versorgt, gefördert, behandelt bzw. erzogen und gebildet
- Kind / Jugendliche(r) wird geschädigt/stirbt

¹² in Anlehnung an Sheila Fish u. A., Social Care Institute for Excellence (London) Gemeinsam Lernen, Kinder besser schützen. Ein systemisches Modell für Falluntersuchungen, Seite 2

¹³ Reinhart Wolff auf dem Fachtag „Fünf Jahre § 8 a SGB VIII – Standortbestimmung im Kreis Herzogtum Lauenburg“, 31. August 2010, Schwarzenbek

¹⁴ ebd.

Familienbezogene Indikatoren:

- Familie geht es schlechter
- Familienmitglieder gehen verloren, werden nicht berücksichtigt (Partner, Geschwister)
- Familien entwickeln Widerstand und brechen (schnell) Hilfen ab, werfen KS-Fachkräfte aus der Familie raus
- Es kommt zur Eskalation von Konflikten, Straffälligkeit, Gewalt und Tötungsdelikten.
- Familien sind unzufrieden mit der Hilfe/Dienstleistung
- Familien beschweren sich
- Familien werden aggressiv, greifen Fachkräfte an

Fachkräftebezogene Indikatoren:

- Verlust der professionellen Distanz / Übernahme von Familienrollen / die Arbeit überflutet das Privatleben
- Aktionismus / Familien werden passiviert, in Objektrollen gedrängt
- Klient(innen)en werden abgewehrt, abwertet / abgelehnt / angegriffen, ressentimentmäßig verfolgt
- Ablehnung der eigenen Rolle als KS-Fachkraft / Selbstunsicherheit und geringes Selbstwirksamkeitsgefühl

Methodenbezogene Indikatoren:

- Meldungen gehen verloren, werden abgeblockt, nicht aufgegriffen und zuverlässig abgeklärt
- Betroffene (Eltern und Kinder) werden nicht einbezogen.
- Es werden falsche Diagnosen gestellt (falsche positive / falsche negative).
- Fachliche, gesetzliche Bestimmungen werden verletzt.
- Keine Supervision zur Kontrolle von unbewussten Übertragungsreaktionen (wie z. B. fehlende oder übermäßige Wertschätzung von Klient(innen)en; uferloses Engagement)
- Einseitige KWG-Einschätzungen und –Bewertungen, vorgefasste Meinungen auf unzureichender Daten- und Kommunikationsbasis, überzogene Gutgläubigkeit
- Keine Nutzung bewährter diagnostischer KWG–Einschätzungs– und Dokumentationsverfahren
- Keine Nutzung mehrseitiger Hilfeplansettings und –prozesse
- Es wird zu schnell oder zu spät gehandelt.
- Keine Evaluation der Ergebnisse von Kinderschutzprozessen

Hilfesystembezogene Indikatoren:

- Konkurrenz und Ausgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen und Einrichtungen
- Abschiebung der eigenen Verantwortung auf andere Fachkräfte mit Auftragsdruck
- Keine Netzwerkarbeit

Als **wichtigste Fehler im Kinderschutz** bezeichnet Reinhart Wolff **Hilfezugangsfehler**, die durch Anerkennungs-, Partizipations- bzw. Beteiligungsfehler und Imagefehler (z. B. Negativeimage des Jugendamtes als Eingriffsbehörde) verstärkt werden.

Daneben benennt er das Vorkommen von Anamnese- und Diagnosefehlern, die aus Einseitigkeits-/Perspektiv-/Schnelligkeits- und Überzeugungsfehlern als auch damit im Zusammenhang stehenden Entscheidungsfindungs-, Interpretations- und Deutungsfehlern resultieren.

2.2. Methodendiskussion

Was ist zu tun, um einen konstruktiven Umgang mit Fehlern und damit wertvolle Lernerfolge und Qualitätsverbesserungen zu erreichen?

In diesem Kapitel sollen Ideen hierzu skizziert werden.

2.2.1. Aus der freien Wirtschaft

Im Internet finden sich mehrere Seiten, auf denen Hausärzte ihre Fehler anonymisiert ins Internet stellen. Es werden „Fehler des Monats“ gewählt und Expertenteams diskutieren im Netz die gemachten Fehler fachlich und leiten konstruktive Empfehlungen für die Zukunft ab.

Eine Firma mit Fließbandproduktion, die Konservendosen abfüllt, führt Fehlerprotokolle über jeden Fehler, der an einem bestimmten Arbeitsplatz gemacht wird. Immer, wenn ein neuer Arbeiter an den Arbeitsplatz kommt, bekommt er diese zu lesen, bevor er mit seinem neuen Aufgabenfeld beginnt.

In der Atomindustrie wird derjenige belohnt, der seinem Vorgesetzten von einem selbst erkannten Fehler berichtet.

Insbesondere risikosensible Organisationen (z. B. aus den Bereichen Atomkraft und Luftfahrttechnik) haben eine „Kultur der Achtsamkeit“ entwickelt, die sich nach Weick/Sutcliffe¹⁵ durch zwei zentrale Merkmale auszeichnet:

- Konzentration auf Fehlermanagement und eine positive Fehlerkultur,
- Abneigung gegen vereinfachte Interpretationen.

Sehr bekannt ist Heinrich's Law, wonach in der Regel vor jedem Unfall mit extremen Folgen 20 ernsthafte Unfälle und 200 Beinahe-Unfälle geschehen sind. Danach speist sich jeder Extremunfall aus vielen Beinahe-Unfällen, was zu der simplen Empfehlung führt, die Beinahe-Unfälle zu thematisieren und die Entstehungsursachen und Wirkungszusammenhänge genauestens zu untersuchen.

Ähnlich bekannt ist das Swiss-Cheese-Modell nach Reason,¹⁶ welches zeigt, wie mit Kenntnis der latenten Fehler Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden können, die wirksame Fehlerbarrieren darstellen. Fehlerbarrieren, die keine komplementären Sicherheitslücken aufweisen, können die Fehlerbahn nach diesem Modell wirkungsvoll stoppen und somit ein unerwünschtes Ereignis verhindern. Hierdurch lassen sich Fehler nicht gänzlich vermeiden. Durch Fehlervermeidungsmaßnahmen lässt sich aber verhindern, dass kleine Fehler unversehens Fehlerketten bilden und sich zu Katastrophen entwickeln.

Das Eisbergmodell der Fehlerstufen und Fehler nach Glazinski/Wiedensohler differenziert verschiedene Fehlerstufen (latente Fehler, kritische Ereignisse, Beinahe-Komplikationen, Komplikationen) und plädiert dafür, Fehlerstufen in den Fokus zu bringen: *„Kritische Ereignisse sind der Nährboden, auf dem aktive Fehler entstehen.“*¹⁷

Im Gegensatz zur sozialpädagogischen Literatur finden sich in nahezu allen Büchern zur Organisationsentwicklung in Unternehmen seit langem zahlreiche Begrifflichkeiten wie Fehlerfreundlichkeit, Fehlervermeidung, Fehlermanagement und Produktives Lernen im Flow-Kanal.

Immer wird auf die Bedeutung der Fehlerkultur hingewiesen.

¹⁵ 2001

¹⁶ Schüttelkopf Elke M., Gabriela Ebner, Peter Heimerl: „Fehler – Lernen – Unternehmen“ Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 2008, Abb. 19 Seite 250

¹⁷ Glazinski/Wiedensohler 2004 Seite 175, in Elke Schüttelkopf 2008 Seite 249

2.2.2. Fehlerkultur

„Wer keine Fehler zu machen scheint, ist künftig gezielt zu verdächtigen: der Untätigkeit, der Verschleierung, der Unterdrückung von Information, der mangelnden Lernbereitschaft, der defizitären Selbstwahrnehmung.“¹⁸

Im Unterschied zum Fehlermanagement (= gezielte Steuerung von Aktivitäten im Umgang mit Fehlern) bezeichnet der Begriff Fehlerkultur die Art und Weise, wie eine Organisation allgemein mit Fehlern, Fehlerrisiken und Fehlerfolgen umgeht. Es wird davon ausgegangen, dass die in einem sozialen System bestehenden Einstellungen und Verfahrensweisen im Umgang mit Fehlern großen Einfluss darauf ausüben, wie jeder einzelne Mitarbeiter mit Fehlern umgeht. Es leuchtet ein, dass nur ein Umfeld, welches Fehler gestattet, Fehleroffenheit, Fehlerbearbeitung und Lernen aus Fehlern ermöglicht.

Aus pädagogischer Sicht ist daher eine Fehlerkultur wünschenswert, in der es möglich ist, Fehler zuzugeben und offen zu diskutieren sowie Arbeitsabläufe zu verändern, um Fehlern vorzubeugen.

„Neben den Fehlerfolgen, die der Fehler mit sich bringt, entscheidet auch das soziale System, welche Folgen Fehler nach sich ziehen. Man kann Fehler folgenlos verstreichen lassen oder Konsequenzen setzen, Schuldige oder Lösungen suchen, Aggressionen ausagieren oder für sachliche Analysen sorgen, man kann Fehler dramatisieren oder bagatellisieren, man kann sie vertuschen oder als Lernimpuls nehmen, immer wieder Korrekturmaßnahmen setzen oder Verbesserungsprozesse starten.“¹⁹

Nach Elke Schüttelkopf²⁰ basiert die Fehlerkultur einer Organisation auf **drei Säulen**:

- Die **Normen und Werte**, die die Organisationsmitglieder miteinander teilen, bestimmen die Art und Weise, wie mit Fehlern, Fehlerrisiken und Fehlerfolgen umgegangen wird.
- Als zweite Säule bedarf es spezifischer **Kompetenzen** im Umgang mit Fehlern. Dazu zählen mentale und emotionale Kompetenzen der Organisationsmitglieder ebenso wie soziale und methodische.
- Die **Instrumentarien**, die eine Organisation für den Umgang mit Fehlern und innovativem Lernen bereitstellt, bilden das dritte tragende Element der Fehlerkultur. Hohe Motivation und Kompetenzen bleiben nach Elke Schüttelkopf weitgehend wirkungslos, wenn es an professionellem „Handwerkszeug“ fehlt. Die Anzahl und die Beschaffenheit der zur Verfügung stehenden Methoden, Techniken und Instrumente regeln die Möglichkeiten der Organisationsmitglieder, professionell mit Fehlern umzugehen.

Wie auch im Kinderschutz scheinen wir es im Bereich der gewünschten konstruktiven Fehlerkultur mit kontroversen und **scheinbar unvereinbaren Gegensätzen** zu tun zu haben und die Herausforderung besteht darin, diese zu integrieren: **Fehlerfreundlichkeit und Fehlervermeidung**. In der Schule werden wir auf unbedingte Fehlervermeidung trainiert und sozialisiert. Die global vernetzte und hochdynamische Umwelt des 21. Jahrhunderts fordert von uns aber eine Fehleroffenheit.

Eine Möglichkeit, dieses Paradoxon aufzuheben, ist die Unterscheidung von kleinen und gravierenden Fehlern. Die kleinen Fehler werden gestattet, um gravierende Fehler zu verhindern. Durch diese Fehleroffenheit im Alltag kann erreicht werden, dass Fehler erkannt und gemeinsam bearbeitet werden, um so den Kardinalfehler zu verhindern bzw. – mit systemischem Fehlerverständnis ausgedrückt – das Hauptziel zu gewährleisten (im Kinderschutz das Weiterleben eines Kindes).

Die Personalentwicklerin BJ Gallagher und der Psychologe Warren Schmidt empfehlen zur Integration der scheinbaren Gegensätze:

¹⁸ Weingardt 2004, Seite 213 in Elke Schüttelkopf 2008, Seite 183

¹⁹ Schüttelkopf Elke M., Gabriela Ebner, Peter Heimerl: „Fehler – Lernen – Unternehmen“ Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 2008, Seite 233

²⁰ Internet und Elke Schüttelkopf, ebd. Abbildung 24, Seite 261

„ ..., dass man in jedem Unternehmen zwei Arten von Menschen braucht: Man braucht Bürokraten ... und man braucht Verrückte! Die Bürokraten sorgen dafür, dass das System auf ordentliche Art und Weise läuft – und die Verrückten stellen es durch Innovationen und neue Ideen in Frage.“²¹

Idealerweise gibt es also gleichzeitig eine Kultur von Fehlerfreundlichkeit und Fehlervermeidung, und die Fehlerkompetenz der Organisationsmitglieder gewährleistet, dass je nach Situation die adäquate Fehlerstrategie ergriffen wird.

Obwohl die Bedeutung der Normen und Werte eines Systems für die Fehlerkultur betont wird, finden sich zahlreiche Bedingungen, die an **individuelle Kompetenzen** gestellt werden. Der/die Einzelne soll:

- Fehler eingestehen können
- beweglich sein, um mit der allgemeinen Entwicklung Schritt halten zu können
- Fehler anderer akzeptieren können
- neugierig sein auf eigentlich unerwünschte Varianten, auch auf unerwartete Fehlerergebnisse, die ausgewertet wurden
- bereit sein, aus Fehlern zu lernen und ggf. Teilziele und Pläne zu revidieren
- innere Reife besitzen (Können, Kennen und Wollen)²²
- Reflexionsfertigkeiten haben (z. B. Fähigkeit eigene Denkprozesse zu verlangsamen, Modelle herausfinden, die unser Handeln beeinflussen) und
- Erkundigungsfertigkeiten (z. B. Interaktionsverhalten bei komplexen konfliktträchtigen Themen).

Elke Schüttelkopf hebt hier auch die Bedeutung unbewusster Prozesse hervor:

„Das Lernen aus Fehlern erfordert die Überwindung kontraproduktiver emotionaler Grundmuster. Es bedarf der Fähigkeit, dem unbewussten Wertekanon von ängstlicher Anpassungsbereitschaft und Fehlerscheu zu entwachsen und emotionale Lernbereitschaft, ein stabiles Selbstbewusstsein sowie mutige Einsatzfreude zu etablieren. Erst diese psychische Konstitution ermöglicht einen produktiven Umgang mit Fehlern. Sie stellt die emotionale Basis für einen selbstbewussten Zugang zu Entwicklung, zu Lernen und Fehleroffenheit dar.“²³

Formuliert wird in diesem Zusammenhang das Anliegen an einen möglichst hohen Grad an **Personal Mastery** des einzelnen Mitarbeiters.

Menschen mit einem hohen Grad an Personal Mastery zeichnen sich durch eine besondere Entschlossenheit aus, die hinter ihren Visionen und Zielen steht, sie betrachten ihr Leben (im Gegensatz zu einer reaktiven Lebensauffassung) als ein schöpferisches Werk, das sie gestalten können:

„Diese Menschen empfinden eine Vision als Berufung und nicht nur als eine gute Idee. Sie betrachten eine „gegenwärtige Realität“ als Verbündeten, nicht als Feind. Sie haben gelernt, Veränderungskräfte zu erkennen und zu nutzen, anstatt sie zu bekämpfen. Sie sind enorm wissbegierig und immer bemüht, die Realität klarer zu erkennen. Sie fühlen sich anderen Menschen und dem Leben verbunden und wissen doch zugleich um ihre Einzigartigkeit. Sie fühlen sich als Teil eines umfassenden Schöpfungsprozesses, den sie beeinflussen, aber nicht einseitig steuern können.“²⁴

Betont wird, dass eine konstruktive Fehlerkultur nicht angeordnet werden kann.

Andrea Roth formuliert hierzu:²⁵

„Organisationen sind offene, soziale Systeme mit eigenen Gesetzmäßigkeiten, Werten, Geschichten und Kulturen. Daher ist es im Rahmen von Veränderungen nicht möglich, einfach ein starres Konzept überzustülpen. (...) In diesem Sinne sind Richtlinien, Erlässe und Dienstanweisungen sinnlos, wenn diese die gegebene Kultur etc. nicht berücksichtigen.“

²¹ in Elke Schüttelkopf, ebd., Seite 180

²² vgl. das Reifegradmodell Elke Schüttelkopf: "Fehler – Lernen – Unternehmen"

Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 2008, Seite 202

²³ Schüttelkopf Elke M., Gabriela Ebner, Peter Heimerl: "Fehler – Lernen – Unternehmen"

Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 2008, Seite 193

²⁴ Senge, Peter M.: "Die Fünfte Disziplin", Klett-Cotta 1996, Seite 175

²⁵ Schüttelkopf Elke M., Gabriela Ebner, Peter Heimerl: "Fehler – Lernen – Unternehmen"

Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 2008, Seite 224

Auch die Systemtheorie lehrt uns, dass Wissen in der Regel von sozialen und innerpsychischen Systemen geschlagen wird.

Gleichwohl wird in Bezug auf eine zielführende Fehlerkultur auch die **Rolle von Führungskräften** betont. Es wird davon ausgegangen, dass Führungskräfte über ihre je eigene Wahrnehmung und Interpretation Wirklichkeit erschaffen und stärkeren Einfluss auf die Gestaltung der Systemstrukturen nehmen als ausführende Mitarbeiter(innen).

Damit haben sie nach Gabriele Ebner²⁶ eine herausragende Funktion als Gestalter der System-Wirklichkeit. Nach ihrer Einschätzung erhöht eine hohe Ausprägung an Kooperations- und Konfliktfähigkeit der Führungskräfte die Chance, eine konstruktive Fehlerkultur zu schaffen.

Als wichtig formuliert sie auch, dass sich die Führungskräfte ihres Einflusses auf die Werte und Normen bewusst sind:

„Weiter ist es für das Organisationslernen bedeutsam, inwieweit Führungskräfte selbst sich der Bedeutung ihrer Führungsintervention für Organisationslernen bewusst sind.“²⁷

Peter Senge fordert eine neue Generation von „Unternehmensarchitekten“. ²⁸ Während die vorherigen Dogmen Management, Organisation und Kontrolle waren, sollten jetzige Dogmen Vision, Werte, mentale Modelle und Manager als Forscher und Designer sein.

Peter Senge formuliert außerdem die Notwendigkeit, **eng gesteckte Organisationsgrenzen zu überwinden:**

„Das Schlüsselprinzip, das sogenannte „Prinzip der Systemgrenze“, besagt, dass man immer diejenigen Interaktionen untersuchen muss, die für das konkrete Problem am wichtigsten sind, und zwar ohne Rücksicht auf eng gesteckte Organisationsgrenzen.“²⁹

Fritz Simon betont die Unsteuerbarkeit von Systemen und vergleicht den Einfluss von Führungskräften mit dem Erziehungsverhalten von Eltern:

„Genauso wenig wie Eltern die Kontrolle darüber haben, was ihre Kinder tun, (...) – hat das Management die Kontrolle darüber, was ein Unternehmen, eine Abteilung oder irgendein Mitarbeiter tut. Beide sind in der Situation, dass ihnen die Verantwortung für etwas zugeschrieben wird, was sie objektiv nicht steuern.“³⁰

In der Folge überträgt er moderne pädagogische Erziehungsprinzipien, wie Ressourcenorientierung und Fehlertoleranz, auf sinnvolle Führungsstile und betont dabei das Vertrauen in die Selbstkompetenz der Mitarbeiter(innen):

„Untersucht man den Erziehungsstil der Eltern erfolgreicher Kinder, so scheint es ihnen gelungen zu sein, den Kindern ein großes Maß gelassenes Selbstvertrauens sowie Beharrlichkeit und Optimismus zu vermitteln; das Gefühl, die Welt stehe ihnen offen und der Erfolg sei gewiss, wenn sie nur die nötige Mühe auf sich nehmen und auch ein paar Frustrationen durchstehen. Die Kommunikation in der Familie war eher idealisierend, Vorschusslorbeeren wurden verteilt, den Kindern wurde vermittelt, etwas Besonders zu sein. Ihnen wurde kommuniziert, dass ihre Größenphantasien vollkommen realistisch sind. Und allein deswegen wurden auch besondere Ansprüche an sie gestellt. Die Aufmerksamkeit wurde eher auf Ressourcen als auf Defizite gerichtet. Dies führte zu Selektionsregeln für das individuelle Verhalten, die eher die mutige Erprobung der eigenen Fähigkeiten als das ängstliche Vermeiden von Fehlern förderten.

In einem ähnlichen Verfahren scheint mir die Zukunft des systemischen Managements zu liegen: In der Etablierung einer Kultur, in welcher die Autonomie selbstorganisierter Systeme als Ressource genutzt, statt als Störfaktor unterdrückt wird. Und das Geheimnis erfolgreicher Führung ist die Förderung eines kollektiven Größenwahns.“³¹

Die wenige Sozialpädagogisch orientierte Literatur, die sich mit dem Lernen aus Fehlern befasst, stellt als eine Methode den Dialog in den Mittelpunkt:

²⁶ Schüttelkopf Elke M., Gabriela Ebner, Peter Heimerl: „Fehler – Lernen – Unternehmen“ Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 2008, Seite 82

²⁷ ebd.

²⁸ Senge, Peter M.: „Die Fünfte Disziplin“, Klett-Cotta 1996, Seite 363

²⁹ ebd., Seite 86

³⁰ Simon Fritz B.: „Die Kunst, nicht zu lernen“, Auer Verlag, Seite 140/141

³¹ ebd.

2.2.3. Dialog

*„Eine alternative Annahme ist,
dass Menschen neben ihrem Eigeninteresse den aufrichtigen Wunsch haben,
Teil von etwas zu sein, das größer ist als sie selbst.“ ³²*

Der Zweck des Dialogs besteht darin, über die Grenzen des individuellen Verstehens hinauszukommen. Die Hypothese ist, dass Sozialarbeiter(innen) in Teamgesprächen und Fallbesprechungen – genau wie andere Fachkräfte in Gesprächssituationen – bewusst und unbewusst dazu neigen, ihre eigenen Überzeugungen zu vertreten und anzustreben, diese bestätigt zu bekommen. Im Sinne einer konstruktiven Reflexionskultur nach oben beschriebenen systemischen Fehlerverständnis ist es aber erforderlich, eine reflektive Offenheit zu praktizieren, was bedeutet, in sich hinein zu sehen, eigenes Denken, Maßstäbe und Zielorientierungen in Frage zu stellen und zu erkennen, dass jede Sicherheit, die wir jemals haben können, bestenfalls eine Hypothese ist.

Die Unterschiede zwischen Diskussionen – wie sie nach meiner Einschätzung in der Sozialarbeit bisher überwiegend geführt werden – und Dialogen lassen sich wie folgt gegenüberstellen:

	Diskussion	Dialog
Wortwurzel:	Wortwurzel wie percussion, concussion = Erschütterung	griechisch dialogos logos = das Wort, der Sinn
Ziel:	Entscheidung treffen, das individuelle Ziel erreichen	komplexe Fragen erforschen, ergebnisoffen
Streben nach:	Einigung, Zustimmung	Verstehen
Intention:	Überzeugen, Argumentieren	Zuhören und Mitteilen
Innere Überzeugung:	Ich weiß, wie es richtig ist, ich habe Recht.	Jedes Wissen ist Konstruktion, die Wahrheit hat 360 Grad.

Peter Senge ³³ stellt das Ideal heraus, als Team die Fähigkeit zu erwerben, zwischen Dialog und Diskussion hin und her zu wechseln. So gibt es zweifelsohne Situationen, in denen eine Entscheidung gefunden werden muss und eine Diskussion angebracht ist. Im Bereich der Reflexion von Fallverläufen aber ist der Dialog vermutlich die zielführendere Methode.

Peter Senge unterscheidet außerdem zwischen „einkreisendem“ und „ausweitendem“ Konsens. Während wir beim **einkreisenden Konsens** nach dem gemeinsamen Nenner vieler einzelner Meinungen suchen, hat der **ausweitende Konsens** folgende Intention:

„ ... wenn sie die Welt mit meinen Augen sehen und ich die Welt mit ihren Augen sehe, werden wir beide etwas erkennen, das wir allein nie entdeckt hätten.“ ³⁴

Bohm beschreibt **drei Grundbedingungen**, die für einen Dialog erfüllt sein müssen:

1. Alle Teilnehmer müssen ihre Annahmen „aufheben“, um sie sichtbar zu machen; sie müssen ihre Hypothesen sozusagen buchstäblich „vor sich aufhängen und in der Schwebelage halten“.
2. Alle Teilnehmer müssen einander als gleichberechtigte Gesprächspartner betrachten.
3. Es muss einen „helfenden Begleiter“ geben, der den Dialog „zusammenhält“. ³⁵

³² Senge, Peter M.: „Die Fünfte Disziplin“, Klett-Cotta 1996, Seite 334

³³ Senge, Peter M.: „Die Fünfte Disziplin“, Klett-Cotta 1996, Seite 301

³⁴ ebd., Seite.302

³⁵ ebd., Seite 295

Besonders betont wird die Wichtigkeit, sich als **gleichberechtigte Gesprächspartner** zu sehen. Zu einem Dialog kann es nur kommen, wenn die Gruppenmitglieder einander als Partner betrachten, die gemeinsam nach tieferer Einsicht und Klarheit streben.

Diese Einstellung ist wichtig, damit das Denken partizipativ ist.

„Die bewusste Absicht, einander als gleichberechtigt zu betrachten, trägt dazu bei, dass man sich kollegial verhält. Das mag banal klingen, ist aber von großer Bedeutung.“³⁶

Das bedeutet, dass für die Dauer des Dialoges auch auf Vorteile durch Macht gebende Positionen verzichtet wird.

„Jeder Beteiligte muss die Vorteile des Dialogs aufrichtig wollen – er muss sie für wichtiger erachten als seine Privilegien oder seine Stellung. Wer daran gewöhnt ist, seine Meinung aufgrund seiner Position in der Unternehmenshierarchie durchzusetzen, muss dieses Vorrecht im Dialog aufgeben.“³⁷

Ebenso müssen ausführende Mitarbeiter auch in Gegenwart von Vorgesetzten den Mut finden, ihre eigenen Haltungen und Positionen zu vertreten.

„Wer daran gewöhnt ist, seine Meinung aufgrund seiner Position in der Unternehmenshierarchie zurückzuhalten, muss die Sicherheit dieses „Verstecks“ aufgeben. Angst und Voreingenommenheit haben im Dialog keinen Platz.“³⁸

Die Teilnehmer(innen) sollten auch Bereitschaft zum Ausprobieren mitbringen:

„Ein Dialog ist „spielerisch“: er erfordert die Bereitschaft, mit neuen Ideen zu spielen, sie zu untersuchen und zu erproben. Sobald wir zu viel darüber nachdenken, „wer was gesagt hat“, oder Angst haben, „etwas Dummes zu sagen“, geht dieses spielerische Element verloren.“³⁹

Die Moderation nennt Peter Senge den „**helfenden Begleiter**, der den Dialog „zusammenhält“.“⁴⁰ Er vertritt die Ansicht, dass uns unsere Denkgewohnheiten ohne erfahrenen Helfer immer wieder vom Dialog fort und hin zur Diskussion ziehen:

„Das gilt vor allem für die ersten Entwicklungsstufen des Dialoges als einer Teamdisziplin. Wir halten das, was unsere Gedanken uns „präsentieren“ für die Realität und nicht für eine Repräsentation. Wir glauben an unsere Meinungen und wollen sie durchsetzen. Wir haben Angst davor, unsere Annahmen öffentlich aufzuheben. Wir fragen uns vielleicht sogar, ob es nicht psychologisch gefährlich ist, „alle Annahmen“ aufzuheben. – „Muss ich nicht an einigen Annahmen festhalten, um meine Identität zu bewahren?“

Der Moderator hilft den Dialogpartnern, den Prozess und die Ergebnisse in der Hand zu behalten und verantwortlich zu gestalten. Er erklärt Regeln des Dialogs und weist darauf hin, wenn Vorgänge diese Regeln verlassen und fördert den Dialog somit aktiv.

Beim Dialog werden die Beteiligten zu Beobachtern und verborgene Mutmaßungen können sichtbar und genutzt werden. Idealerweise fühlen sich die Teilnehmer(innen) während eines Dialogs, als ob sie gemeinsam etwas auf- bzw. ausbauen: ein neues oder tieferes Verständnis. Das macht diese Methode gleichzeitig wertvoll für Qualitäts- und Teamentwicklung sowie Verbesserung von Kooperationsbeziehungen.

3. Projektverlauf

3.1. Standortbestimmung der Autorin

Im Jahr 2002 wurden die zwei Erziehungsberatungsstellen des Kreises sowie die Integrierte Beratungsstelle des Diakonischen Werkes um jeweils eine halbe Stelle aufgestockt und die Fachstelle Kinderschutz mit einer vollen Planstelle als Teil des Fachbereiches Jugend, Familie, Schulen und Soziales neu eingerichtet. Die Politik wollte zur Förderung des Kinderschut-

³⁶ ebd., Seite 298

³⁷ Senge, Peter M.: „Die Fünfte Disziplin“, Klett-Cotta 1996, Seite 299

³⁸ ebd.

³⁹ ebd.

⁴⁰ ebd.

zes spezifische Mittel zur Verfügung stellen und man entschied sich für eine dezentrale Struktur, u. a., um den Bürgern lange Anfahrtswege zu ersparen.

Die Aufgaben des damals genannten „Kinderschutzteams“ sind denen der in Großstädten üblichen Kinderschutzzentren nachempfunden: während für die drei Kinderschutzberaterinnen der Erziehungsberatungsstellen betroffene Eltern, Kinder und Jugendliche die Zielgruppen sind, sind die Zielgruppen von „KuK“ (Fachstelle Kinderschutz) professionelle Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen sowie die fallkoordinierenden Bezirkssozialarbeiter(innen) des ASD:

Angebote des KINDERSCHUTZTEAMS



KuK

- Beratung **professioneller** Bezugspersonen
 - Beratung und Unterstützung der fallkoordinierenden Fachkräfte des ASD auf Anfrage
 - Geschäftsführung der Arbeitskreise Kooperation/Prävention
 - Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen
 - Durchführung von Elternabenden
 - Organisation und Begleitung von Präventionsprojekten
 - Organisation von Weiterbildungsangeboten
 - Entwicklung von Konzepten
 - Vorschläge zur Verbesserung der Angebotsstruktur
 - Auswertung durchgeführter Hilfeverläufe
 - Materialsammlung/Bücherkiste
- keine Fallzuständigkeit
•keine Koordinationsverantwortung

Fachberaterinnen Kinderschutz

Beratung
und
therapeutische Behandlung
von Kindern und Jugendlichen
und ihren Familien
entsprechend den Richtlinien des KJHG

Punktueller Teilnahme an regionalen
Präventionsveranstaltungen,
Fortbildungen und Elternabenden

Alle Ausführungen in dieser Projektbeschreibung speisen sich also aus meinem subjektiven Blickwinkel, den ich in meiner neunjährigen Tätigkeit im Kreis Herzogtum Lauenburg gewonnen habe im Rahmen von:

- Fachberatungen, Moderation von Helferkonferenzen, Öffnungs- und Explorationsgesprächen in 691 Fällen, in denen sich Fachkräfte Sorgen um das Wohl eines Kindes machten und punktuell um Unterstützung bei der Fachstelle anfragten
- ca. 50 Netzwerktreffen zum Themenbereich Kinderschutz als Geschäftsführerin der Kreise mit im Laufe der Zeit verschiedenen Namen, als Einladende, Gestaltende und Moderatorin
- ca. 92 selbst durchgeführten Fortbildungen für Teams, Kollegien und multiprofessionelle Gruppen, fall- und themenspezifisch
- diversen Schnittstellengesprächen und Arbeitstreffen zur Entstehung von Leitlinien und Schnittstellenvereinbarungen
- diversen Fachteams mit Kinderschutzfachkräften und Verlaufsgesprächen mit der Führungsebene zur Reflexion und Qualitätssicherung der Kinderschutzarbeit im Kreis Herzogtum Lauenburg.

Die Einschätzungen fußen daher auf zahlreicher praktischer Erfahrung und sind gleichzeitig höchst subjektiv, unvollständig und punktuell.

3.2. Bestandsaufnahme und Zielformulierung

Die größte Herausforderung im Rahmen dieses Projektes war es, die theoretisch formulierten Ideale aus Wirtschaft und Wissenschaft zu nutzen und dabei gleichzeitig im Blick zu haben, was in der Praxis der Kinderschutzarbeit im Kreis Herzogtum Lauenburg umsetzbar ist.

In diesem Kapitel wird skizziert, welche spezifischen Herausforderungen beim „Aufbau einer konstruktiven Reflexionskultur“ im Kinderschutz und in den Allgemeinen Sozialen Diensten generell zu meistern sind.

Danach wird ein Blick auf die in der Kinderschutzarbeit des Kreises Herzogtum Lauenburg bereits bestehende Fehlerkultur geworfen.

Am Ende des Kapitels werden dann Ziele und Rahmenvorgaben formuliert, die die Umsetzung realistisch und handhabbar machen.

3.2.1. Kinderschutz im Blick

„Kindeswohlgefährdung“ ist **kein beobachtbarer Sachverhalt, sondern ein rechtliches und normatives Konstrukt**. Jede Einschätzung ist eine Momentaufnahme, die nach fachlichen sozialpädagogischen Standards und auf der Grundlage subjektiver Erfahrungen getroffen wird. Wir sind in der Regel nicht dabei, wenn die Eltern ihre Nerven verlieren oder ihre elterliche Macht missbrauchen, wir können nicht in ihren Gedanken und Gefühlen lesen, um einzuschätzen, was ihre wirklichen Beweggründe für ihr Verhalten und ihre Sicht der Dinge sind. Daher sind alle Einschätzungen von Fachkräften im Kinderschutz höchst subjektive Hypothesen, die auf der Grundlage weniger vorhandener überprüfbarer Fakten getroffen werden. Die meisten Fachkräfte wissen heute, dass es keine objektiv überprüfbaren Wahrheiten gibt – aber selbst wenn es sie gäbe - die Wahrscheinlichkeit, dass wir mit unseren Einschätzungen falsch liegen, müsste im Kinderschutz mit 100 % bezeichnet werden, wenn wir mit „richtig“ im üblichen schulischen Fehlerverständnis den Anspruch meinten, mit unseren Hypothesen und Wirklichkeitsrekonstruktionen exakt richtig zu sein.

Im Gegensatz zu technischen Abläufen ist es nicht einfach, die sozialpädagogischen Einschätzungen und Interventionen im Rückblick als richtig oder falsch zu bewerten. – Wer will festlegen, was **richtig oder falsch** wäre?

Während diese Frage – so scheint es – von Politik und Presse leicht zu beantworten ist, kann die Sozialpädagogik hier keine einfachen Antworten geben. Selbst der Tod eines Kindes – der mit den im Rückblick zur Verfügung stehenden Informationen betrachtet sicherlich durch andere Interventionen der Jugendhilfe vermeidbar gewesen wäre – kann nicht zwangsläufig als Fehler im sozialpädagogischen Handeln bewertet werden. Als Fachkräfte im Kinderschutz wissen wir, dass der wirksamste Schutz und ein gesundes Wachsen von vermeidlich gefährdeten Kindern am besten dann gelingt, wenn wir es schaffen, eine Hilfebeziehung zu den Eltern aufzubauen und die komplexen Geschichten und Lösungsversuche der Familien zu verstehen. So gesehen haben wir im Kinderschutz immer etwas falsch gemacht, wenn die Klienten unsere Hilfen und Ideen nicht annehmen – zumindest haben wir nicht den richtigen Zugangsweg zur Familie gefunden.

Und: Beziehungen lassen sich nicht verordnen und auch nicht messen, wie es üblicherweise bei technischen Abläufen möglich ist.

Dagegen können wir Kinderschutzsysteme durchaus als **risikosensible Organisationen** einstufen, wie sie in Kapitel 2.2.1. beschrieben werden (Seite 9). Mein hautnahstes Erlebnis hierzu war die neue Kollegin aus dem Allgemeinen Sozialen Dienst, die an ihrem zweiten Arbeitstag nicht mehr aus der Mittagspause zurückkam und den gerade erst unterzeichneten Arbeitsvertrag kündigte mit der Begründung, ihr würde das Arbeiten in Kinderschutzfällen doch zu viele Bauchschmerzen machen.

Die Fachkraft im ASD arbeitet unter riskanten Bedingungen. Sie kann für ihr Handeln bzw. Nichthandeln verwaltungsrechtlich sowie durch Öffentlichkeit und Justiz zur Verantwortung gezogen werden. Der von ASD-Fachkräften häufig zitierte Satz, „im Job stets mit einem Bein im Gefängnis zu stehen“, ist weit übertrieben. Heute gibt es klare und verbindliche Standards, an die zu halten jede Fachkraft in der Lage ist und die vor strafrechtlichen Folgen wirksam schützen. Gleichwohl macht es das Klima deutlich, welches empfunden wird. Und die Möglichkeit, meine Arbeit in der Titelgeschichte eines Boulevardblattes kritisiert zu sehen, ist für ASD-Fachkräfte realistisch jederzeit gegeben.

Die Präsenz des Themas Kinderschutz in **Medien und Politik** ist in den letzten Jahren hoch. Die erhebliche Polarisierung, sensationelle Berichterstattung, nicht zu erfüllende Kontrollbedürfnisse und überhöhte Erwartungen haben zu einer nicht unerheblichen Verunsicherung in

der Jugendhilfe geführt. Verantwortungsvolle Posten sind im Kinderschutz zurzeit schwer zu besetzen, der empfundene **Druck** auf die Fachkräfte ist enorm – wohl wissend, dass ich es, je nach Perspektive des Beobachters, immer falsch gemacht haben kann: zu schnell, zu langsam, zu viel, zu wenig Aktuell hat es den Anschein, dass die Kompetenz der Jugendhilfe im Kinderschutz in den Hintergrund gedrängt wird und andere Professionen, wie z. B. Medizin, Justiz und Politik, meinen, mehr Verantwortung übernehmen zu müssen. Gesetzen der Rechtsdurchsetzung wird zurzeit anscheinend mehr Glauben geschenkt als dem Dialog mit den Betroffenen, und lineare Lösungen scheinen wieder mehr in den Blick zu kommen.

Fachkräfte im Kinderschutz arbeiten ständig in **Spannungsfeldern** mit einem Boden voller Minen, in die sie treten könnten. Im günstigen Fall haben sie innere Ressourcen sowie Fachkräfte (und insbesondere vorgesetzte Fachkräfte) in ihrer Umgebung, die ihnen Kompass und Landkarte entwerfen helfen, um wenigstens die Minen zu umsteuern. Spannungsfelder sind im Kinderschutz nicht zu umgehen (Hilfe und Kontrolle, Elternrechte und Kinderschutz, Beziehungsgestaltung und Gefährdungseinschätzung, Ressourcenorientierung und Wahrnehmung der Defizite, Lebensweltorientierung und normative Orientierung).

Im Kinderschutz haben wir es typischerweise mit eher negativ konnotierten **Gefühlen** wie Angst, Scham und Schuld, Isolation und Destruktivität zu tun.

Es spielen auch **Machtdimensionen** eine Rolle (Selbstdeutung – Fremddeutung, Verstehen – Entscheiden, Hilfe – Kontrolle, unterschiedliche Verteilung von Ressourcen trägt zur Gefahr der Polarisierung und Vereinfachung bei).

Und wir haben es im Kinderschutz typischerweise mit **Krisen** zu tun, mit erheblichen Emotionen und Bedürfnissen, die zur Eile einladen:

- Ablehnung/Verschiebung von Verantwortung,
- Machtwünsche und Ohnmachtsabwehr,
- Verleugnung, Schuldzuweisung,
- Aktivismus,
- Spaltung,
- Kontrolle und Bestrafung / Verwöhnung und Mitleid

sind Prozesse, mit denen wir es im Kinderschutz auch in den Helfersystemen zu tun haben.

3.2.2. Arbeitssituation im ASD

„Und Zeit scheint in einer ökonomisch durchdrungenen und von Wirkungen und Ergebnissen überformten Praxis immer mehr zu fehlen. Dies ist einer der schwerwiegendsten Fehler, den man momentan beobachten kann.“⁴¹

Fachkräfte, die sich den oben beschriebenen Herausforderungen der Kinderschutzarbeit stellen und sogar Posten übernehmen, in welchen sie als Case Manager diese komplexen Bezugssysteme der Kinder steuern und den Kinderschutz verantwortlich sichern sollen, verdienen Anerkennung und Respekt. Leider hat aber das Jugendamt **gesellschaftlich einen eher schlechten Ruf**. Das hat geschichtliche Gründe, aber auch Gründe, die in den Arbeitsinhalten selbst begründet liegen. In vielen hochstrittigen Fällen gibt es keine einvernehmlichen Lösungen, und es bleiben Klienten zurück, die sich aus ihrer Perspektive unrecht behandelt fühlen. So und durch Negativschlagzeilen in den Medien wird das alte Negativ-Image des Jugendamtes immer wieder neu genährt.

Fachkräfte im Allgemeinen Soziale Dienst (ASD) sind beschäftigt in einer Fachbehörde mit **mediatorischer Funktion**. Sie vermitteln zwischen Erwartungen und Anforderungen der Gesellschaft auf der einen und den Bedürfnissen, Zielvorstellungen und Potenzialen der Adressanten auf der anderen Seite. Der ASD hat eine umfassende querschichtbezogene **Informations- und Steuerungsfunktion**. Er unterstützt die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen, was ihm in Zeiten knapper werdender Ressourcen auch eine Art **anwaltliche Funktion** zukommen lässt.

⁴¹ Kay Biesel in „Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz, JAmt, Heft 3, 2010

Als Dienst mit **breitem Aufgabenfeld** und dadurch umfassenden Kompetenzen ist er durch Auslagerung von Aufgaben heute eher auf Akuthilfen konzentriert.

Gleichzeitig sind durch gesellschaftliche Entwicklung (erhöhte Armut und Arbeitslosigkeit, die z. B. zu fehlenden Teilhabemöglichkeiten, Hoffnungslosigkeit und Resignation führen) die Anforderungen an den ASD gestiegen (Zunahme an Fallzahlen, Fallkomplexität, Chronifizierung und Dringlichkeit der Probleme). Neben dem Kinderschutzauftrag gibt es eine Vielzahl von Arbeitsinhalten, was zu einer kaum überschaubaren **hohen Differenzierung von Arbeitsprozessen** führt (ASD als Spezialist für das Allgemeine).⁴²

Wie eines der Themen, in denen sich der ASD bewegt – der Kinderschutz –, steht auch der ASD selbst in **Spannungsfeldern**, z. B. dem Rechtsanspruch auf „angemessene“ Hilfen und dem Aufruf zu sparen, um Schulden der Kommunen abzubauen. Er soll Familien schützen, aber auch Familienbeziehungen trennen, wenn dies aus Kinderschutzgründen notwendig ist. Er ist als Teil der öffentlichen Verwaltung regelfixiert und soll gleichzeitig auf Bedarfe der Klienten situationsbezogen, lebensweltorientiert, variabel und kreativ reagieren.

Für diese komplexen Aufgaben stehen der ASD-Fachkraft in der Regel eher knapp bemessene **Zeitressourcen** zur Verfügung. Zu den ohnehin hohen Fallzahlen gelingt es in den letzten Jahren immer schwerer, frei gewordene Stellen mit erfahrenen Fachkräften wiederzubesetzen. Junge und im Feld noch unerfahrene Fachkräfte brauchen in einer langen Phase der Einarbeitung erhebliche Unterstützung von den „alten Hasen“, um die komplexen Anforderungen auch nur annähernd zu erfassen. Dies führt zu einer tendenziellen Überforderung, die wiederum zu einer hohen Fluktuation in diesem Arbeitsfeld führt.

Durch die Zuständigkeitsregelung nach Wohnort des Kindes kommt es zu klienten- oder verwaltungsgesteuerten Änderungen von Zuständigkeiten (Statistik, Bezirksneuzuschneidung, Umzug). Jede neue Zuständigkeit kann eine lange Akte bedeuten, verbunden mit einem erheblichen Zeitaufwand, um die komplexen bisherigen Geschichten der Familien und Helferbeziehungen zu erfassen und einer Menge Zeit, um die notwendige Hilfebeziehung zu der Familie aufzubauen.

Durch erhöhte Anforderungen an Arbeitsnachweisen und Statistik verschob sich das Verhältnis von zur Verfügung stehender Zeit für das Verstehen der Familienperspektiven zu der Zeit, die für Dokumentationen aufgebracht werden muss.

ASD-Fachkräfte im Kreis Herzogtum Lauenburg leisten ca. zweimal jährlich Bereitschaftsdienste von je einer Woche Umfang, in welchen sie rund um die Uhr telefonisch erreichbar sind und bei Bedarf zu jeder Tageszeit an jeden Ort des Kreises fahren, um vor Ort Einschätzungen vorzunehmen und akut notwendige Entscheidungen zu treffen. Aber nicht nur in diesen Zeiten **ist die Arbeit nicht planbar**. Der ASD ist verpflichtet, auch zeitnahe Einschätzungen und **schnelle Entscheidungen** zu treffen und ggf. alles stehen und liegen zu lassen, um sich ein eigenes Bild von der Situation zu machen. Jeder andere Dienst in der Jugendhilfe kann Arbeitsaufträge ablehnen oder verschieben, sich als überfordert oder nicht zuständig erklären – irgendeine fallzuständige ASD-Fachkraft steht immer am Ende der Jugendhilfekette und muss einspringen, wenn alle anderen Hilfesysteme mit ihren Mitteln nicht weiter kommen.

So stehen Sozialarbeiter(innen) in den Allgemeinen Sozialen Diensten in der Regel jeden Tag neu vor der Herausforderung, zu entscheiden, welche der Aufgaben heute Priorität haben muss und welche auf die verschiedenen Stapel verschoben werden (hat noch ein bisschen Zeit, hat noch länger Zeit, Kann-Aufgaben). Es ist ein Job, in dem man nie fertig ist, immer zu wenig weiß, ständig zwischen *kann* und *muss* entscheidet, und in welchem sozialpädagogische Ideale wie Würste vor der Nase hängen und man weiß, dass man eher selten hinein beißen kann, weil die hierfür nötigen Ressourcen nicht zur Verfügung stehen. Neben Erfolgsgeschichten, in denen für Kinder und Familien mit Unterstützung der Jugendhilfe eine positive Entwicklung erreicht wird – treffen wir auch auf eine „Verwaltung des Mangels“ auf verschiedenen Ebenen, die im günstigen Fall so gelingt, dass ich im Rahmen meiner Mög-

⁴² zum Teil sinngemäß entnommen aus einem Artikel von Prof. Dr. Th., Universität Siegen – FB 1/Soziologie: „Der ASD und seine Umwelten: Vier Formen des Organisierens“

lichkeiten etwas bewege und damit zufrieden sein kann. Es bleibt dem professionellen Selbstverständnis überlassen, ob ich eher auf das „halb volle“ oder „halb leere“ im Glas schaue, um zu bewerten, was ich als Sozialarbeiter/in im ASD erreiche und wie ich in der Theorie vertretende Ideale darüber, was Sozialarbeit leisten soll für die Praxis, relativiere.

Der ASD steht in seiner Arbeit teilweise vor **unerfüllbaren Erwartungen** aus verschiedenen Richtungen: Die Politik fordert, dass kein Kind mehr durch Gewalt sterben darf. Die Klienten und verschiedene professionelle Bezugspersonen fühlen sich im Recht und wollen ihre je eigene Perspektive unterstützt wissen. Die Gesellschaft möchte mit resignierten und armen Familien, psychisch Kranken, hilflosen und gewaltbereiten Jugendlichen, fremden Kulturen oder sonstigen Normabweichungen lieber nichts zu tun haben. – Und die Sozialarbeiter(innen) sollen dafür sorgen, dass sich angepasst und integriert wird. Dafür sollen sie aber möglichst kein Geld ausgeben und möglichst wenig Aufhebens davon machen in der Öffentlichkeit.⁴³

Die beschriebenen Anforderungen erfordern spezifische **persönliche Kompetenzen**, die eine Fachkraft im ASD mitbringen oder erwerben muss, um im ASD zu arbeiten und gesund zu bleiben. Dazu gehört unter anderem die Fähigkeit, Arbeitsprozesse zu strukturieren, Aufträge abzulehnen und die Verantwortung für das Wohl der Familien bei diesen zu belassen. - In jedem Fall ein hohes Maß an Selbstvertrauen. Die beschriebenen, teilweise paradoxen Herausforderungen sind wohl gleichzeitig auch der Grund dafür, dass es Persönlichkeiten gibt, die das Aufgabenfeld im ASD genießen und die positiven Aspekte betonen (z. B. verantwortlich steuern können, viel Handlungsspielraum, wenig Arbeitsroutine, Entscheidungskompetenzen).

3.2.3. Qualitätssicherung und Fehlerkultur im Kreis Herzogtum Lauenburg

*„Wer Teil der Lösung sein will,
muss zugeben, dass er Teil des Problems ist.“
(Alioth 2008)*

Wir befassen uns im Kinderschutz also mit etwas, das kontrovers diskutiert wird und sind gleichzeitig in einer stets rekonstruktiven Position, um zu bewerten, was kontrovers diskutiert wird. Als ASD-Fachkraft versuchen wir – in der Regel am Ende einer Hilfekette -, etwas zu regeln, was nicht zu regeln ist, und wir wissen immer zu wenig.

Daher scheint der Job prädestiniert dafür zu sein, Fehler zu machen. Gleichzeitig wissen wir nicht, wie wir Erfolge und Fehler im Kinderschutz definieren sollen und ob das überhaupt möglich ist.

Wie begegnen wir diesen Herausforderungen bisher in unserem Kreis? Welche Möglichkeiten der Qualitätssicherung und Reflexion gibt es bisher, und wie ist die Fehlerkultur nach eingangs beschriebenen Kriterien zu beschreiben?

Der Kreis Herzogtum Lauenburg veröffentlicht seit 2009 jährlich einen umfangreichen **Kinderschutzbericht**, der Konzepte, Haltungen, Fallzahlen und Maßnahmen im Bereich Kinderschutz zusammenfassend für Politik und Öffentlichkeit dokumentiert.

Es gibt eine Vielzahl von **Leitlinien, Konzepten und Schnittstellenvereinbarungen**, die jeweils mit Fachkräften aus der Basis diskutiert und formuliert und dann mit führungsrelevanten Personen diskutiert und von diesen verabschiedet wurden:

- Konzept der Maßnahme „Prävention, Fachberatung und Therapie bei Missbrauch und Misshandlung von Kindern und Jugendlichen“ (2001)
- „Leitlinien für die Fallkoordination des ASD zum Schutz von Mädchen und Jungen“ (2004)

⁴³ In England hat man in den letzten Jahren versucht, diesen Anforderungen durch Einsatz von erhöhtem Druck und Formalisierung, also durch Einschränkungen von Handlungsspielräumen der Sozialarbeiter(innen), zu begegnen. Dies führte nach bisherigen Erfahrungen zu einer Verschlechterung der Praxis und akutem Personalmangel.

- Ausdifferenzierung des Konzeptes der Maßnahme „Prävention, Fachberatung, Beratung und Therapie bei Missbrauch und Misshandlung von Kindern und Jugendlichen“ (2004 / 08)
- „Sicher, stark und selbstbewusst“, Präventionsprojekt zur Stärkung von Kindern und zum Schutz vor sexueller Gewalt für Grund- und Förderschulen im Kreis Herzogtum Lauenburg (2005)
- „Empfehlungen zum Schutz kindlicher Zeugen bei Sexualstraftaten“, Schnittstelle: unterstützende Instanzen und Strafverfolgungsbehörden im Kreis Herzogtum Lauenburg (2006)
- „Gesunde Zukunft“, Projektbeschreibung für den Aufbau von: „Frühe Hilfen“ im Kreis Herzogtum Lauenburg (2007)
- Konzept der Anlaufstelle Alpha (2008)
- Konzept für den Aufbau von: „Räume für Familien“ (2008)
- Leitlinien zum Kinderschutz in Kindertageseinrichtungen (2008)
- „Leitlinien für die Fallkoordination des ASD zum Schutz von Mädchen und Jungen“ (Überarbeitung von 2004 in 2008)
- „Geschäftsordnung der Lokalen Netzwerke Kinderschutz im Kreis Herzogtum Lauenburg“, 2009
- „Frühe Hilfen für eine Gesunde Zukunft im Kreis Herzogtum Lauenburg“, Angebote und Qualitätssicherung (ab 2010).

Außerdem gibt es **verbindliche Vernetzungsstrukturen** (Fachgruppe Kinderschutz, Lokale Netzwerke Kinderschutz, Regionale Vernetzung Frühe Hilfen, Kooperationskreis), für die Verantwortlichkeiten und Geschäftsordnung festgelegt sind (vgl. Tabelle im Anhang „Qualitätssicherung Kinderschutz im Kreis Herzogtum Lauenburg“).

Arbeitsabläufe im *Fachbereich Jugend, Familie, Schulen und Soziales* sind in **Kern- und Schlüsselprozessen** mit Zeitangaben aufgelistet. Hier gibt es auch eine Kette zum Thema „Überprüfung Kindeswohlgefährdung § 8 a SGB VIII“.

Die Fachstelle Kinderschutz hat in ihrer Aufgabenbeschreibung den Auftrag, Fallevaluationen durchzuführen. Seit ihrer Einrichtung in 2002 stelle ich Jahr für Jahr fest, dass für eine strukturierte Fallevaluation keine Zeitressourcen übrig sind. In seltenen Einzelfällen, die mir nicht aus dem Kopf gehen, schaffe ich mir die Zeit, noch einmal telefonisch nachzufragen.

Die Erziehungsberatungsstellen versenden an ihre Kunden **Rückmeldebögen** und erhalten so Auskunft über deren Zufriedenheit.

Eine **Kundenbefragung** im ASD wurde diskutiert und sich wiederholt dagegen entschieden.

Es gelten die in Behörden üblichen **Beschwerdeverfahren** über den Weg der Vorgesetzten.

Im ehemaligen „Arbeitskreis Sexuelle Gewalt – Kindesmisshandlung – Kooperation“ wurden vereinzelt **anonymisierte Fallbesprechungen** im Rückblick vorgenommen. Mit dem Kinderschutzgesetz Schleswig-Holstein wurden die bestehenden Netzwerke neu organisiert. Die nun wirkenden „Lokalen Netzwerke Kinderschutz“ in Nord und Süd treffen sich seltener und haben eine höhere Teilnehmerzahl. Die Geschäftsordnung sieht Fallbesprechungen vor, eine Struktur hierfür ist verabredet. – Tatsächlich hat bisher aber niemand einen Fall zur Diskussion gestellt. Da ich als Fachstelle die Geschäftsführung habe und die Moderation der Treffen übernehme, habe ich mich mit dem Einbringen von Fällen bisher zurückgehalten (abgesehen von zum Thema passenden Fallvignetten für die Diskussion in kleinen Gruppenarbeitsphasen). Nach meiner Einschätzung erschwert die Gruppengröße und die geringe Frequenz der Treffen (dreimal jährlich dreieinhalb Stunden) den Aufbau einer nötigen fachlichen Vertrautheit, die für Falldiskussionen aber erforderlich ist.

Im ebenfalls mit dem Landeskinderschutzgesetz neu eingerichteten „Kooperationskreis“ wurde bei einem der bisher stattgefundenen zwei Treffen ein Fall durch die Fachstelle eingebracht.

Auch im 2002 eingerichteten Kinderschutzteam gab es 2009 eine Veränderung: Hier wurde die Gruppe der Teilnehmenden um ASD-Fachkräfte erhöht und gleichzeitig die Anzahl der Treffen erheblich eingeschränkt (von monatlichen Treffen und einem Fachtag jährlich zu vier Treffen jährlich). Die Erweiterung um die Perspektive von ASD-Fachkräften in der Fachar-

beitsgruppe Kinderschutz kann als Bereicherung gewertet werden. Problematisch ist allerdings die erhebliche Verkürzung der Zeit, die für den Austausch zur Verfügung steht: Während im ehemaligen Kinderschutzteam regelmäßig Raum war, in Fallgeschichten einzutauchen, ist dies bei den Treffen der jetzigen „**Fachgruppe Kinderschutz**“ bisher nicht geschehen. Aus Zeitgründen erfolgen lediglich kurze Strukturdiskussionen anhand kurzer Fallvignetten, die in der Regel von der Fachstelle eingebracht werden. Für eine Vertiefung zu Vorgehensweisen im Rückblick fehlt die Zeit.

Innerhalb der Erziehungsberatungsstellen und der regionalen Teams des ASD erfolgen **wöchentliche Teamsitzungen**, in denen laufende Fälle besprochen werden.

Supervision wird angeboten, die Teilnahme ist nur in der Integrierten Beratungsstelle des Diakonischen Werkes verpflichtend.

Eine gute Möglichkeit für spezifische Reflexion von Kinderschutzfällen, die auch gut genutzt wird, ist die **Kinderschutzsupervision**, die sechsmal jährlich jeweils für drei Stunden durch eine externe Fachkraft geführt wird (max. zehn Teilnehmer(innen), jährlich neue Zusammensetzung). Die Fachstelle hat zusätzlich fünfmal im Jahr im Rahmen einer anderthalbstündigen Einzelsupervision die Möglichkeit, ihre Arbeit zu reflektieren.

Generell ist anzumerken, dass der **Begriff „Fehler“** in der Kinderschutzarbeit des Kreises Herzogtum Lauenburg bisher nicht auftaucht. Bis heute haben alle Mitglieder der Projektgruppe „Aus Erfolgen und Fehlern lernen“ – ich eingeschlossen – ein mindestens zwiespältiges Verhältnis zum *Fehlerbegriff* im Kinderschutz.

Trotzdem möchte ich eine Bewertung der **bestehenden Fehlerkultur im Kreis Herzogtum Lauenburg** anhand von Überschriften versuchen, wie sie von Elke M. Schüttelkopf in ihrem Buch⁴⁴ unter der Überschrift „Konstruktive Fehlerkultur, relevante Faktoren“ beschrieben werden:

a) Toleranz und Akzeptanz gegenüber Fehlern

Wie in einer streng hierarchisch organisierten Verwaltungsstruktur zu erwarten, ist die Toleranz gegenüber Fehlern generell als sehr gering einzustufen. Es wird davon ausgegangen, dass es Gesetze, Vorgaben und Richtlinien gibt, die jeder zu wissen hat und an die sich gehalten werden muss.

b) Reaktion der/des Vorgesetzten

Auf Seiten der Vorgesetzten gibt es ein hohes Verständnis und Wissen um die streckenweise erheblichen Belastungen der ASD-Fachkräfte. Gleichzeitig leiden sie selbst unter erheblicher Arbeitsbelastung und es fehlen in der Regel zeitliche Ressourcen, um Fallverläufe im Rückblick intensiv zu betrachten. Als „richtig“ gilt es, mit möglichst wenig zeitlichen und finanziellen Ressourcen das gesunde Wachsen eines Kindes zu sichern. Dabei werden den ASD-Fachkräften unterschiedliche Spielräume gelassen, die Einhaltung der bestehenden Gesetze und Leitlinien wird erwartet.

Ob in diesem Sinne auch „Fehler“ von Führungskräften an ASD-Fachkräften benannt werden, entzieht sich meiner Kenntnis.

c) Kognitiver Umgang mit Fehlern

Glücklicherweise musste sich der Kreis bis heute noch keinem von Politik oder Medien diagnostizierten „Kinderschutzfehler“ stellen. Der Begriff „Fehler“ taucht in der Kinderschutzarbeit eher gar nicht auf, wohl aber der Begriff „Reflexion“.

Auflistung von exemplarischen Reflexionen im Bereich der Kinderschutzarbeit:

- „Risikogefährdete Kinderschutzorganisation“
Das Kinderschutzteam diskutiert in 2007 kritisch die eigene Struktur anlässlich eines Artikels von Reinhart Wolff.

⁴⁴ Schüttelkopf Elke M., Gabriela Ebner, Peter Heimerl: „Fehler – Lernen – Unternehmen“
Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 2008, Seite 236

- „Leitlinien für die Fallkoordination des ASD zum Schutz von Mädchen und Jungen“
Die in 2004 eingeführten Leitlinien werden in 2008 anhand einer Befragung und in mehreren Treffen von Fach- und Führungskräften reflektiert.
- „Kevin – Erfahrungswissen“
wird im Rahmen einer Fortbildung umfangreich mit allen ASD-Fachkräften in 2008 diskutiert.

d) Emotionaler Umgang mit Fehlern

findet ausschließlich in geschützten Kontexten statt: auf kollegialer Ebene, mit Menschen, denen man vertraut und in der Supervision. Auf Fälle bezogen, auch hier weniger mit dem Tenor darauf, etwas *falsch gemacht zu haben*, eher mit der Intention, *etwas verstehen zu wollen*, etwas voranzubringen, was scheinbar nicht weitergeht, oder einfach *ein komisches Gefühl zu haben*, was sich nicht näher bestimmen lässt.

Oder auch im allgemeineren Kontext: die Unzulänglichkeit dessen, was Soziale Arbeit im Kontext der bestehenden Verhältnisse (Armut, ungleiche Verteilung von Ressourcen im Kapitalismus) überhaupt für einzelne Familien erreichen kann.

Inhaltlich wird eigenes Handeln reflektiert. Thematisiert werden aber eher Unzulänglichkeiten anderer, wie z. B.: der Vater, der SPFH ablehnt; die Mutter, die einfach nicht sehen will, wo es in ihrer Erziehungs- und Versorgungsfähigkeit erheblich mangelt; die Schule, die erstmal mit ihren Mitteln handeln soll und nicht gleich nach der Jugendhilfe rufen; die Erzieherin, die eine *optimale Erziehung* mit *Verhinderung einer Kindeswohlgefährdung* verwechselt.

e) Entwicklung von Wissen über den systematischen Umgang mit Fehlern **Entwicklung von Verbesserungsstrategien im Umgang mit Fehlern**

Da der Fehlerbegriff nicht auftaucht, gibt es entsprechend nichts, was dieser Überschrift zuzuordnen wäre.

3.2.4. Zielformulierung

Aus dem zu Beginn des Qualitätsentwicklungsprojektes vom Kreis formulierten, hoch gesteckten globalen Ziel der „Entwicklung einer konstruktiven Reflexionskultur“ wurde für das Anschlussprojekt ein leistbares und überprüfbares Feinziel formuliert:

Ziel des Projektes ist die
**Entstehung eines Angebotes der Fachstelle Kinderschutz
zur Reflexion von Fallverläufen.**

In der Bewerbung an den Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung von Juni 2010 (vgl. Anhang) liest sich das so:

Ziel:

Im Rahmen des QE-Projektes soll ein Angebot von KuK (Fachstelle Kinderschutz und Koordination von Hilfen) zur Moderation interdisziplinärer reflexiver Fallbetrachtung entwickelt werden.

Als Fernziel wird dadurch erreicht, dass wertvolle Erfahrungen aus der Einzelfallarbeit für die Qualitätsentwicklung der Kinderschutzarbeit genutzt werden.

Aus dem voran aufgeführten theoretischen Diskurs und den strukturellen Gegebenheiten im Kreis Herzogtum Lauenburg ergeben sich folgende **leitende Kriterien**, die das Angebot erfüllen soll:

- a) Realitätsnahes Angebot im Hinblick auf die wertvolle Ressource „Arbeitszeit“
- b) Möglichkeit der Einbindung verwaltungsexterner Fachkräfte und Klienten
- c) Austausch im Dialog
- d) Gewährleistung einer fallneutralen Führung des dialogischen Prozesses
- e) Möglichkeit, die relevanten Lernerfahrungen einer breiteren Fachöffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

3.3. Projektgruppenarbeit

3.3.1. Zusammensetzung der Projektgruppe

Über den breiten Mailverteiler der Fachstelle Kinderschutz

- Lokale Netzwerke Kinderschutz
- Fachgruppe Kinderschutz
- Fach- und Führungskräfte aus EBS und ASD

wurde allen im Bereich Kinderschutz über den Kreis vernetzten Fachkräften das Angebot gemacht, an den fünf Qualitätswerkstätten in Rendsburg (siehe Vorwort) mitzuwirken.

Als Partnerkommune durften fünf Fachkräfte aus unserem Kreis teilnehmen. Es gab nach dem Aufruf der Fachstelle Kinderschutz fünf Anmeldungen, so dass kein Auswahlverfahren nötig wurde.

Am Ende der Qualitätsentwicklungswerkstätten nahm ein Mitglied der Gruppe aus inhaltlichen Gründen nicht mehr an den Treffen teil und war unentschieden, ob es den Anschlussprozess „Entwicklung einer konstruktiven Fehlerkultur“ mit begleiten wollte. Um die Vertretung beider Regionalgruppen in der Projektgruppe sicherzustellen, wurde daher die zweite Vertreterin der Regionalgruppe Süd der Fachgruppe Kinderschutz für die Mitarbeit gewonnen.

Schlussendlich setzt sich die Projektgruppe nun zusammen aus folgenden sechs Teilnehmer(innen)n, (wovon vier an allen und eine an drei Qualitätsentwicklungswerkstätten teilnahmen):

1. Gabriela Uth
(Integrierte Beratungsstelle Schwarzenbek und Lauenburg/E. des Diakonischen Werkes)
2. Reiner Christ
(Leiter Ambulante Betreuung und Inobhutnahmestelle, Internationaler Bund)
3. Jana Dünow
(Fachbereich Jugend, Familie, Schulen und Soziales, ASD Nord)
4. Doris Wichert
(Fachbereich Jugend, Familie, Schulen und Soziales, ASD Süd)
5. Gabi Boie
mit Anerkennungspraktikantin Anja Bockelmann
(Fachbereich Jugend, Familie, Schulen und Soziales, ASD Süd)
6. Birgit Maschke
(Fachbereich Jugend, Familie, Schulen und Soziales, Fachstelle Kinderschutz (KuK)).

3.3.2. Verlauf der Treffen und Ergebnisse

Da die zeitlichen Ressourcen aller Projektgruppenteilnehmer(innen) für fallunabhängige Arbeiten sehr knapp sind, wurde noch vor Bildung der Projektgruppe durch die Fachstelle festgelegt, welcher Zeitrahmen von den einzelnen TN der Projektgruppe als Minimum zur Verfügung gestellt werden müsste:

- drei Treffen zu je zwei Zeitstunden
- vor dem 3. Treffen vorbereitend Lesen der bis dahin entstandenen Materialien (ca. 30 Seiten).

Im Anhang können Sie die Ergebnisprotokolle der drei Projektgruppentreffen nachlesen.

Im Folgenden sind die **wichtigsten wegweisenden Ergebnisse** zusammengefasst.

1. Treffen, 3. August 2010

Nach einem Brainstorming zum Vorschlag der Fachstelle für die Bewerbung wurden grundsätzliche inhaltliche und strukturelle Überlegungen getroffen.

Hierzu ein Auszug aus dem danach abschließend formulierten Projektentwurf:

Grundsätzlich gelten für die Durchführung der Fallreflexionen im Rahmen des QE-Prozesses folgende methodische Richtlinien:

- a) *Wenig feste Strukturen und Vorgaben, um ein hohes Maß an Flexibilität behalten zu können und der Vielfalt der Einzelfälle gerecht zu werden.*
- b) *Es werden Impulsgeber für die Fallreflexion an der Basis geworben.*
- c) *Beteiligung, Tempo und Methodik der Reflexion werden vom Impulsgeber entschieden.*
- d) *Jedes weitere Vorgehen wird mit allen beteiligten Fachkräften abgestimmt, damit der Vertrauensschutz gewährleistet bleibt.*
- e) *Die Fachstelle respektiert die Wünsche, Möglichkeiten und Grenzen der beteiligten Fachkräfte und motiviert als Prozesssteuerin gleichzeitig auf der Grundlage ihrer fachlichen Kompetenz.*
- f) *Die Fachstelle achtet während des gesamten Prozesses auf die gegenseitige Wertschätzung und Akzeptanz der beteiligten Akteure.*
- g) *Bei der Reflexion wird der systemische Blick auf verschiedene Ebenen gelenkt:
familiäre Ebene
Ebene des Helfersystems
Ebene des Helfersystems plus Familie
Ebene der jeweilig beteiligten Institutionen
gesellschaftliche/politische Ebene.*
- h) *Es wird versucht, alle ggf. auftauchenden kritischen Fragen für die Zukunft lösungsorientiert zu beantworten.*
- i) *Leitziel ist, die Entwicklung einer Form der Praxisreflexion zu etablieren, die praxisnah umsetzbar ist. Der Nutzen für die beteiligten Fachkräfte soll dabei zeitnah und subjektiv erfahren werden, der Nutzen für die Zielgruppe reflektiert werden.*

Reflektiert wurden bei diesem Treffen insbesondere folgende Fragestellungen:

- a) Ist es zu groß, was sich die Fachstelle vornimmt?
Brauchen wir überhaupt Fallbesprechungen im Rückblick? Ist das im Verhältnis sinnvoll für die Praxis oder stehen Aufwand und vermutlicher Nutzen eher nicht im Verhältnis?
- b) Wie neutral ist KuK?
Neutral genug für das Führen von dialogischen Prozessen, wenn sie selbst punktuell beteiligt war?
- c) Sollen wir im Titel des Projektes lieber nur auf Erfolge fokussieren?
- d) Was für Fälle sollen wie für die Fallreflexionen ausgewählt werden?

2. Treffen, 16. November 2010

Auch bei diesem Treffen wurde zu Beginn die „Größe der Brötchen, die gebacken werden können“ thematisiert.

Außerdem wurden die Erfahrungen aus der ersten Fallreflexion rückgemeldet und gemeinsam bewertet.

Hier waren folgende Fragen und Erkenntnisse die wichtigsten:

- a) Falllabore unter zwei Stunden werden nicht mehr gemacht.
- b) Gibt es im Anschluss an das Falllabor eine Methodendiskussion, werden alle vorher dazu eingeladen.
- c) Ist eine gesamte Falldarstellung im Überblick zu Beginn erforderlich/sinnvoll oder nicht?

Danach folgte eine Methodendiskussion, nach der folgende relevante Beschlüsse gefasst und Fragen aufgeworfen wurden:

- a) Braucht es regelhaft einen neutralen Beobachter?
Sinnvoll ist das immer – aber soll es Pflicht sein und damit die Schwelle aufgrund der Ressourcenbindung erhöhen?
- b) Beschlossen wird die Aufnahme des Titels „Falllabor“.
- c) KuK erhält den Auftrag, einen Rückmeldebogen vorzuschlagen, der zukünftig an die TN verteilt wird.
- d) Als Ergebnis jedes Falllabors soll es standardisierte Lernerfahrungsprotokolle geben, die mit Erlaubnis der Beteiligten in den Kinderschutzordnern des Kreises gesammelt und für die Fachöffentlichkeit nutzbar gemacht werden.
- e) Für die Beteiligung von Hilfeempfängern soll generell geworben werden, wenn dieses sinnvoll erscheint.
- e) KuK erfragt auf Führungsebene, ob Gelder der Fachstelle für die Durchführung von Falllaboren mit externer Führung verwendet werden dürfen für die Fälle, in denen die Neutralität durch KuK nicht gewährleistet werden kann (weil selbst zu beteiligt).

3. Treffen, 28. März 2011

Vor dem dritten Treffen wurde die bis dahin fertig gestellte Fassung des Berichtes an die Projektgruppe versandt. Es gab durchweg anerkennende Rückmeldungen. Aufgrund der begrenzten zeitlichen Kapazitäten für das Treffen konnten aber nur die Ergebnisse ausführlicher diskutiert werden.

Folgende Punkte sind aus dieser Diskussion hervorzuheben:

- a) Es soll drei Arten von Falllaboren geben.
Hilfe-Labor: laufende Fälle, nur Fachkräfte
Familienwerkstatt: laufende Fälle, mit Klienten
Lernlabore: rückblickend
Erfolgsgeschichten
- b) Neutralität von KuK
Wie involviert darf die Moderation sein?
Kann KuK innerhalb des Kreises überhaupt neutral wahrgenommen werden?
Kann es eine interne Expositonalität geben?
Alle TN sind grundsätzlich bereit, selbst Falllabore durchzuführen. Die meisten haben den Wunsch, vorher bei einem Falllabor zu hospitieren.
- c) Die Protokolle der Falllabore sollen in den bestehenden Kinderschutzordnern gesammelt werden.
- d) Einführung und Werbung soll neben den üblichen Netzwerkverbindungen auch über die Presse erfolgen.

3.3.3. Gesamtbewertung der Projektgruppenarbeit

Wie auch schon während der fünf Qualitätsentwicklungswerkstätten, zog sich die Ambivalenz um die Verwendung des **Fehlerbegriffes** durch die ersten Treffen.

Der Begriff „Falllabor“, den wir aus der ersten Abschlussveranstaltung in Berlin am 12. November 2010 mitbrachten, brachte diesbezüglich eine große Entspannung.

Auch die variierenden Titel zeugen von der Ambivalenz, eher nicht auf Fehler und Defizite fokussieren zu wollen. Obwohl die meisten von uns zu Beginn der Qualitätsentwicklungswerkstätten begeistert waren von der Idee, dass wir selbstverständlich alle Fehler in unserer Arbeit machen, hat sich die Lösungsfokussierung doch eindeutig durchgesetzt:

- „Aus Erfolgen und Fehlern im Kinderschutz lernen“ (12/2009)
- „Aufbau einer konstruktiven Reflexionskultur“ (2/2010)
- „Reflexive Fallbetrachtung im Kinderschutz für kleinere und größere Systeme“ 6/2010
- „Aus Erfahrungen lernen im Kinderschutz“ (1/2011).

Durch den gesamten Prozess zog sich das Ringen darum, ein Angebot zu schaffen, das zur Teilnahme motiviert, nicht theoretisch und sperrig ist, sondern nah an der Praxis und effektiv.

Bei den wenigen Projektgruppentreffen waren alle hochkonzentriert, um dieses ehrgeizige Ziel zu erreichen. Die Bereitschaft zur Übernahme von weiteren punktuellen Aufgaben, die sich erst mit der Entwicklung des Projektes ergaben, war während der Treffen groß:

- Impulsgeber für die Durchführung von Falllaboren motivieren
- selbst Impulsgeber sein
- als Beobachter an Falllaboren teilnehmen.

Im Alltag gingen diese Impulse aber teilweise wieder verloren oder scheiterten an zu vollen Terminkalendern.

Insbesondere beim dritten Treffen war deutlich, dass die veranschlagte Zeit von dreimal zwei Stunden für die Projektgruppentreffen nicht ausreichend war. Es konnten im gesetzten Zeitrahmen zwar die notwendigen Ergebnisse beschlossen werden, die Vielzahl der zu besprechenden Fragen ließ aber kaum Spielraum für vertiefende Diskussionen.

Trotzdem gab es wertvolle Impulse aus der Projektgruppe und die Zusammensetzung der Projektgruppe machte vielfältige Perspektiven möglich. Hervorzuheben ist auch die Bereitschaft aller Teilnehmenden, selbst Falllabore moderieren zu wollen.

Auch mit wenig Zeit ist der Effekt nach Austausch mit der Projektgruppe immer ein Motivations Schub gewesen und hat in vielen Fragen erheblich zur Klärung beigetragen.

3.4. Falllabore und Erfolgsgeschichten

In den folgenden Kapiteln skizziere ich die einzelnen durchgeführten Falllabore und Erfolgsgeschichten.

Die Erfahrungsprotokolle sind jeweils im Originaltext aber mit kleinerer Schriftgröße eingefügt.

Am Ende einiger Kapitel führe ich die wichtigsten Lernerfahrungen in Bezug auf Durchführung und Methode auf.

3.4.1. Reflexionen vor Projektbeginn

Nach meiner Erfahrung neigen Projekte dazu, sich als völlig neu zu verkaufen und bis dahin Ähnliches/Altbewährtes zu wenig zu würdigen.

Aus diesem Grund habe ich mich entschieden, ein Protokoll aus einem vergangenen Reflexionsprozess voranzustellen.

Selbstverständlich gab und gibt es auch vor und neben diesem Projekt engagierte Kolleginnen und Kollegen, die Dingen auf den Grund gehen, nachfragen, verstehen und lernen wollen und ihr Vorgehen im Zusammenwirken verschiedener Fachkräfte reflektieren.

Die Reflexionsgespräche, die zu folgendem Ergebnisprotokoll führten, fanden also nicht im Zeitraum des Projektes statt; sie fanden statt, weil es unter verschiedenen Fachkräften im Umfeld einer Familie zu Unverständnis kam und der ASD unter Moderation von KuK daher zu einem Gespräch zur Förderung gegenseitigen Verstehens einlud. In Absprache mit der „Impulsgeberin“ des ASD wurde folgendes Erfahrungsprotokoll im Rückblick verfasst, mit dem Ziel, die Lernerfahrungen in den entstehenden Ordner einzufügen.



Qualitätssicherung

V o r QE-Falllabor 1 Aus Erfahrungen lernen im Kinderschutz

Auswertungsbeteiligt:

Impulsgeberin: ASD-Fachkraft

Termin 1:

ASD

Frühförderung + Vorgesetzte

Zwei SPFH-Fachkräfte

Termin 2: Team des Kindergartens

Moderation: Fachstelle Kinderschutz

Öffnung eines Vorwurfs auf innerfamiliäre sexuelle Gewalt nicht ohne Plan

Fallvignette

Die 13-jährige lernbehinderte M. erzählt ihrer Nachbarin, dass ihr Vater nachts öfters in ihr Bett kommt und an ihrer Scheide streichelt und dass sie das nicht mehr wolle. Die Nachbarin erzählt dies der SPFH-Fachkraft, von der sie weiß, dass diese seit längerer Zeit mit der Familie arbeitet. Diese bespricht mit der ASD-Fachkraft unter Einbeziehung von KuK ein sinnvolles weiteres Vorgehen und vereinbart neben dem aktiven Gespräch mit M. unter anderem einen Termin für ein Elterngespräch.

Die Nachbarin ist emotional sehr aufgebracht und erzählt parallel dazu von ihrer Aufregung im Kindergarten. Die dort tätige Fachkraft für Frühförderung, die Kinder und Eltern auch seit längerer Zeit kennt, bittet die Eltern beim Abholen der Kinder zum Gespräch und erzählt, dass der Vorwurf der sexuellen Übergriffe im Raum stehe und wodurch. Der Vater reagiert sehr aufgebracht. Nach dem Gespräch fährt die Mutter zur Arbeit und der Vater nach Hause, wo er seiner Tochter M. erhebliche Vorwürfe macht. Als die SPFH-Fachkraft am Nachmittag kommt, ist M. sehr aufgelöst.

Im weiteren Verlauf werden zeitnahe angemessene Schutzmaßnahmen und –regeln umgesetzt und eine Familiengruppenkonferenz abgehalten, in welcher private und professionelle Bezugspersonen ihrer Verantwortung nachkommen. Der ASD übernimmt die längerfristige Kontrolle der Vereinbarungen.

Lernerfahrungen

1. Die Öffnung eines Vorwurfs auf innerfamiliäre sexuelle Gewalt sollte in der Regel geplant und in Absprache mit dem ASD erfolgen.

2. Privaten Bezugspersonen können wir in der Regel nicht zumuten, mit emotionaler Aufregung alleine zu bleiben, sie brauchen Informationen über den Prozess, damit sie ein planvolles Vorgehen verstehen und aushalten können.

3. Bei der Öffnung eines Verdachts auf innerfamiliäre sexuelle Gewalt muss immer mit Aggressionen der Beschuldigten gegenüber den Kindern gerechnet werden, insbesondere, wenn die Kinder selbst von Verletzungen berichtet haben. Diese müssen daher immer auf die Öffnung vorbereitet werden und ggf. Schutzmaßnahmen im Anschluss an das Gespräch vorher abgestimmt und organisiert werden.

3.4.2. Falllabore brauchen Zeit

Noch bevor wir angefangen hatten, intensiv Werbung dafür zu machen, den Impuls für ein Falllabor zu geben, erhielt ich eine Anfrage für die Durchführung eines Falllabors aus der Führungsebene. Es gab einen aktuellen Anlass, auf Grund dessen zeitnah ein Termin gefunden werden sollte und Schwierigkeiten, diesen zeitnah bei Beteiligung von sechs Fachkräften zu finden. Um das scheinbar Unmögliche doch möglich zu machen, verabredeten wir uns morgens um 8.00 Uhr und ich ließ mich auf eine zeitliche Begrenzung von anderthalb Stunden ein. Es gelang in dem Falllabor, das Hauptanliegen der Impulsgeberin zu befriedigen. Gleichzeitig waren einige Teilnehmer mit dem Ergebnis nicht zufrieden und gaben auch nicht die Erlaubnis zur Veröffentlichung im Rahmen des Projektes.


Da wir ja bekanntlich am Anfang und durch Fehler am meisten lernen, waren die Lernerfahrungen in Bezug auf Methode und Durchführung eines Falllabors bei diesem ersten entsprechend groß:

1. Mindestdauer für ein Falllabor sind zwei Zeitstunden. Unter dem wird es nicht als Falllabor angeboten, sondern bekommt einen anderen Titel und eine andere Methode.
2. Zu Beginn wird der inhaltliche und zeitliche Ablauf auf einem Flipchart präsentiert (nicht nur die Regeln für den Dialog).
3. Danach beginnt die/der Impulsgeber(in) mit der Darstellung des Anliegens.
4. In Fällen, in denen das Thema „Schuld“ Thema sein könnte, braucht es ggf. für die Beteiligten Zeit, um die eigene Perspektive auszubreiten und zu würdigen, auch wenn dies für die Beantwortung der Fragen der Impulsgeberin nicht relevant zu sein scheint.
5. Wenn es im Anschluss an das Falllabor eine Methodendiskussion gibt, werden hierzu zuvor alle eingeladen, sich zu beteiligen.
6. Ein Falllabor hat am Anfang zwar eine Frage und einen Fokus, in der Mittelphase des Falllabors selber wird aber ein weiter Raum für den Dialog geöffnet.
7. Es werden durch die Moderation keine Aufträge an Dritte mitgenommen, die nicht am Falllabor beteiligt sind.
8. Die Lernergebnisse, die ggf. der Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden, werden am Ende der Sitzung zusammen mit allen Beteiligten formuliert.

3.4.3. Falllabore sind lustvoll und setzen heilende Prozesse in Gang

Nach diesen eindeutigen Erfahrungen habe ich dafür gesorgt, dass für das zweite Falllabor im Rahmen des Projektes angemessene Zeitressourcen für Vorbereitung und Durchführung zur Verfügung standen. Die „Impulsgeberin“ in diesem Fall, eine Ärztin, hatte sich an mich als Fachberatung gewendet und um meine Einschätzung gebeten. Im Verlauf der telefonischen Beratung schlug ich ihr u. a. die Durchführung eines Falllabors vor. Sie fand dies sehr schnell eine gute Idee und auch Mutter und Tochter stimmten einer Teilnahme zu. Die Kriminalpolizei war so interessiert, dass sie mit allen drei Sachbearbeiter(innen)n am Falllabor teilnahm. Es gab einen hohen Zeitaufwand im Vorfeld, um in Telefonaten Methoden, Ziel und Termin abzustimmen (ca. 3 Std.). Die Durchführung selbst war nach meiner Einschätzung ausgesprochen ergiebig, insbesondere weil ein heilsames Verstehen von Zeugin und vernehmender Kriminalbeamtin spürbar wurde.

Alle Beteiligten signalisierten am Ende Zufriedenheit und gaben ihr Einverständnis zur Veröffentlichung folgenden Ergebnisprotokolls:

	<p style="text-align: center;">Falllabor 3 Aus Erfahrungen lernen im Kinderschutz</p>
<p>Qualitätssicherung</p>	

Auswertungsbeteiligt:
Impulsgeberin: Ärztin
Mutter und Tochter (18)
3 Beamte der Kriminalpolizei
Beobachterin (ASD)

Ein persönliches Gespräch ist besser als mehrere Telefonate

Fallvignette

Eine junge erwachsene Frau zeigt erlebte sexuelle Übergriffe durch Bekannte an bei der Polizei. Nach der ersten Vernehmung ergeben sich im Zuge der weiteren Ermittlungen noch Fragen, die von einer anderen Sachbearbeiterin in mehreren Telefonaten gestellt werden. Die Zeugin hat daraufhin das Gefühl, die Polizei würde ihr nicht glauben und rate ihr zu einer Rücknahme der Anzeige, sie ist darüber nachhaltig verwirrt und verzweifelt und

kann das nicht verstehen. Mutter und Tochter äußern gegenüber der Hausärztin, dass sie aufgrund dieser Erfahrung nie wieder eine Anzeige bei der Polizei machen würden. Die Ärztin wendet sich an die Fachstelle Kinderschutz.

Lernerfahrungen

1. Vertrauen entsteht nur durch persönlichen Kontakt

2. Bei der Übernahme von Fällen fehlt der Vertrauensaufbau

Das hat erhebliche Auswirkungen auf die Kommunikation zwischen Kriminalbeamtin und Zeugin.

Möglichkeiten, unerwünschten Nebenfolgen vorzubeugen:

- Sammlung der Fragen, die noch zu klären sind
- Absprache mit dem Erstvernehmer: wer übernimmt das Nachfragen
- persönliche Einladung ist besser als mehrere Telefonate
- besondere Sorgfalt bei telefonischen Nachfragen, wenn die Zeugin noch keinen Kontakt zur Nachfragenden hatte, Zeit nehmen für einleitende Aufklärung und Erklärungen:
.... Darum frage ich nach. Ich muss zweifeln und überprüfen, das ist mein Job.
Bitte fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht verstehen oder es Ihnen nach dem Telefonat nicht gut geht.

3. Nachfragen ist erlaubt und sollte gewaltbetroffenen Zeugen von den Fachkräften immer angeboten werden.

4. Wenn die Basis nicht stimmt, muss ich mit viel Erklärung Basis schaffen.

5. Gewaltbetroffenen Zeugen sollte immer die Möglichkeit angeboten werden, eine Vertrauensperson bei der Vernehmung dabei zu haben.

Bei diesem Falllabor war als Beobachterin eine Teilnehmerin der Projektgruppe anwesend, wodurch eine anschließende Methodenreflexion mit ihr möglich wurde. Folgende Lernergebnisse lassen sich in Bezug auf Durchführung und Methode zusammenfassen:

1. Eine kurze Pause ist sinnvoll und notwendig.
2. Ich kann als Moderatorin ruhig mehr Verantwortung bei der Impulsgeberin lassen.
3. Den Gesamtprozess und gleichzeitig Befindlichkeiten von Gewaltbetroffenen im Blick zu haben, ist nicht verlässlich zu gewährleisten.
4. Sich mit Zeit gegenseitig zuzuhören ist lustvoll, „magic moments“ können sich entfalten.
5. Verstehen fördert Heilungsprozesse und Professionalität.

3.4.4. Erfolgsgeschichten

Am vorletzten Tag der Qualitätswerkstätten in Rendsburg wurde mit einer Methode des Kronberger Kreises gearbeitet. Leider konnte ich die Arbeit mit Erfolgsgeschichten dort selbst nicht kennen lernen, da ich an diesem Tag dem Jugendhilfeausschuss für Fragen zur Verfügung stehen musste. Von den anderen Mitgliedern der Projektgruppe erfuhr ich von der Effektivität und beschloss daher, diese Methode im Rahmen des Projektes gezielt zu probieren.

Ziel dabei ist es, in dem Ordner mit Erfahrungen auch Erfolgsgeschichten lesen zu können und von positiven Fallverläufen zu profitieren. Profitiert werden soll auch von der Botschaft, dass sich Sozialarbeit lohnen kann und Erfolge sichtbar sind. Das Gefühl von Hilflosigkeit und Sinnfragen beschäftigen insbesondere in der Kinderschutzarbeit. Hier braucht es Erfolgsgeschichten, um das professionelle Selbstbewusstsein zu stabilisieren.

Ein Mitglied der Projektgruppe hat hierzu zwei Fälle vorgeschlagen. Eine Erfolgsgeschichte hat sie selbst und eine im Zusammenwirken mit der fallzuständigen Fachkraft im ASD beschrieben:



Qualitätssicherung

Falllabor - Erfolgsgeschichte 1 - Untersuchung eines Erfolgs im Kinderschutz

45

Auswertungsbeteiligt: zwei Fachkräfte des ASD
Moderation: KuK

Selbstbewusste Kinder trauen sich

Die Klarheit der Kinder und der Lehrkraft am Anfang der Hilfekette wirkte auf alle nachfolgend einbezogenen Bezugspersonen und Fachkräfte weiter und trug maßgeblich zum Erfolg bei.

Fallvignette

Drei Kinder (w 13, m 12, m 8) äußern gegenüber einer Lehrkraft, dass sie zu Hause Gewalt erleben (psychische und körperliche Misshandlung, angedeutet sexuelle Übergriffe).

Die Lehrkraft bezieht umgehend den ASD ein. In einem Gespräch in der Schule bekunden die Kinder gemeinsam und klar ihren Willen, nicht mehr nach Hause zu wollen. Die Kinder werden in Obhut genommen, Verletzungen zeitnah rechtsmedizinisch gesichert.

Der Stiefvater zeigt keinerlei Problemeinsicht und erhebliche Wut über „die Lügen“ der Kinder. Die Mutter widerspricht der Einschätzung des Stiefvaters nicht und bleibt stumm. Nach einem Hinweis auf Waffenbesitz entschließt sich der ASD zu einer Anzeige. Daraufhin verschwinden die Eltern ohne Angabe des neuen Wohnortes. Die Kinder leben heute gemeinsam in einer stationären Einrichtung der Jugendhilfe.

1) Was war der Erfolg?

- Kinder benennen von sich aus gegenüber einer professionellen Bezugsperson (Lehrkraft), dass sie Gewalt erfahren und nicht mehr nach Hause wollen
- Kinder positionieren sich klar und differenziert auch gegenüber der ASD-Fachkraft: benennen, was sie erleben, dass sie nicht mehr nach Hause wollen, dass sie zusammen bleiben möchten

2) Um welchen Erfolg ging es genau?

Der Schutz der Kinder konnte im Sinne der Kinder gewährleistet werden, sie erlebten eine wertvolle Selbstwirksamkeitserfahrung.

3) Was war vorher?

Schlagen, Schweigen, Angst, Demütigung, Hilflosigkeit

Was war nachher?

Erleichterung und Offenheit
Aussagen bei der Polizei

4) Was waren die objektiven Veränderungen?

Unterbringung der Kinder in öffentlicher Erziehung

Was waren die subjektiven Veränderungen?

Kinder haben Verantwortung abgegeben an professionelle Bezugspersonen

Kinder waren erleichtert und haben gesprochen über das, was sie seit Jahren erlebt haben und fühlen sich wohl in ihrem neuen Zuhause

Haben die Beteiligten ihre Zufriedenheit ausgedrückt?

Alle Kinder haben sich bedankt

Die Schule äußert Zufriedenheit über das Vorgehen: schnelles Handeln, froh darüber, wie es gelaufen ist

5) Gab es auch negative Ergebnisse, gab es Nebenwirkungen?

Zugang zur Mutter war nicht möglich, weil es nicht gelang, sie ohne Anwesenheit des Stiefvaters zu sprechen. Kompletter Kontaktabbruch zwischen Kindern und Mutter

6) Was waren die Kosten, hat sich der Aufwand gelohnt?

ja

Wie bilanzieren Sie die Kosten?

In welcher Währung sind Sie bezahlt worden?

⁴⁵ in Anlehnung an Empfehlung des Kronberger Kreises für Qualitätsentwicklung e. V., 2010

- Energie, Zeit, Emotionalität
- Bereitschaft, auch nach Dienstschluss erreichbar zu sein und Entscheidungen zu treffen

7) Können wir an der Geschichte etwas lernen?

- Es macht Sinn, Kinder mehr über ihre Rechte und Hilfsmöglichkeiten aufzuklären und ihr Selbstbewusstsein zu stärken:
Die Klarheit der Kinder und der Lehrkraft am Anfang der Hilfekette wirkte auf alle nachfolgend einbezogenen Bezugspersonen und Fachkräfte weiter und trug maßgeblich zum Erfolg bei.
- Wir dürfen den Aussagen von Kindern vertrauen.
- In bestimmten Fallkonstellationen sollte Jugendhilfe die Strafverfolgungsbehörden von sich aus einbeziehen. Die Zusammenarbeit lohnt sich.
- Es lohnt, bewusst auf das zu sehen, was andere Fachkräfte und Disziplinen beitragen können, weniger fokussieren auf das, was ich tun kann, Ressourcen bündeln.

8) Gibt es besondere Wendepunkte in der Erfolgsgeschichte?

- Kinder äußern die erlebte Gewalt in der Schule
- ASD positioniert sich standhaft für eine gemeinsame Unterbringung der Geschwister auch gegen den Appell der Führungsebene (Kostengründe)

Wie waren Sie an den Wendepunkten beteiligt, wie haben Sie das geschafft?

- teilweise auf eigene Verantwortung zeitnahe Entscheidungen getroffen und übliche Verfahrenswege verlassen
- Weigerung, eine getrennte Unterbringung der Kinder umzusetzen


9) Welche Handlungsprinzipien würden Sie herausstellen?

Gibt es bestimmte Grundorientierungen, Haltungen, die zum Erfolg geführt haben?

- Ideale Interventionen der Lehrkraft „mit Herz und mütterlicher Verantwortung“:
 - nimmt wahr, dass eine Schülerin auffallend still und traurig ist
 - schafft einen angemessenen Rahmen und sucht aktiv das Gespräch
 - schafft eine Haltung zu dem Mädchen, dass diese sich traut, viel zu erzählen
 - bezieht umgehend Geschwisterkind und Lehrkraft aus anderer Klasse mit ein und unterstützt die Kinder, eine eigene Haltung zu finden
 - transportiert den Willen der Kinder in dieser Klarheit zeitnah dem ASD
- offene Haltung der Polizei gegenüber
- den Anderen in seiner Einschätzung wertschätzen
- Zusammenarbeit mit hohem Engagement und Bereitschaft zu zeitnahen Verfahrenswegen bei allen Verfahrensbeteiligten (auch am Freitagnachmittag):
 - Lehrkraft
 - ASD
 - Familiengericht
 - Rechtsmedizin
 - Kriminalpolizei
 - Stationäre Jugendhilfe

10) Gibt es ungelöste Probleme und Fragestellungen, die wir in den Blick nehmen sollten?

keine



Qualitätssicherung

Falllabor
- Erfolgsgeschichte 2 -
Untersuchung eines Erfolgs im Kinderschutz

⁴⁶

Auswertungsbeteiligt: ASD-Fachkraft
Moderation: KuK

Medikamente wirken

Fallvignette

Eine Mutter, der das Sorgerecht für ihre erste Tochter entzogen war, ist wieder schwanger. Verschiedene Fachkräfte der Kreisverwaltung beobachten unabhängig voneinander, dass sie erhebliche Mengen Alkohol konsumiert. Gegenüber den Fachkräften des ASD zeigt sie sich aggressiv und angreifend, beschimpft diese lauthals und verliert mehrfach jede Impulskontrolle. Es ist keinerlei Problem- oder Hilfeakzeptanz erkennbar. Der ASD wendet sich nach getroffener Sicherheitseinschätzung um Unterstützung an das Familiengericht. Außerdem besteht er auf die Durchführung eines Erziehungsfähigkeitsgutachtens durch einen Psychiater der Kreisverwaltung.

⁴⁶ in Anlehnung an Empfehlung des Kronberger Kreises für Qualitätsentwicklung e. V., 2010

Nach diesem ist die Mutter bereit, regelmäßig Medikamente einzunehmen. Mit Einnahme der Medikamente ändert sich das Verhalten der Mutter maßgeblich.

Der ASD formuliert für die Mutter erreichbare und für den ASD überprüfbare Voraussetzungen, nach denen die Mutter bei Einhaltung ihr Kind frühestens nach sechs Monaten zu sich nehmen könnte. Die Mutter kann die Voraussetzungen erfüllen und lebt nun mit ihrem Lebensgefährten und dem zweiten Kind zusammen. Sie wird von einer SPFH unterstützt und verhält sich bei Krankheitsschüben ihrem Kind gegenüber verantwortlich.

1) Was war der Erfolg?

- Die Mutter lässt sich medizinisch behandeln.
- Die Erziehungsfähigkeit der Mutter konnte dadurch wiederhergestellt werden.
- Das Kind kann bei der Mutter und dem Vater aufwachsen.

2) Um welchen Erfolg ging es genau?

Die Krankheitseinsicht der Mutter

3) Was war vorher?

- Aggressionen gegen Mitarbeiter(innen): erhebliche Beschimpfungen und Sachbeschädigung in Behörden
- Keinerlei Krankheitseinsicht und Verantwortungsübernahme
- Mangelnde Erziehungsfähigkeit
- Kein Zugang möglich

Was war nachher?

- Psychotherapeutische Behandlung
- Verantwortungsübernahme und Hilfeannahme
- Gute und offene Zusammenarbeit mit der ASD-Fachkraft

4) Was waren die objektiven Veränderungen?

- Sie nimmt die Medikamente regelmäßig,
- sie nimmt alle Termine zuverlässig wahr,
- sie ist freundlich, zugewandt und im Kontakt mit Fachkräften des ASD

Was waren die subjektiven Veränderungen?

Haltungsänderungen der Mutter in allen Bereichen

Haben die Beteiligten ihre Zufriedenheit ausgedrückt?

- Die Mutter hat sich bei der ASD-Fachkraft bedankt.
- SPFH und SPD haben Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ausgedrückt.

5) Gab es auch negative Ergebnisse, gab es Nebenwirkungen?

Die trotz Auflagen engagierte und der Mutter zugewandte Haltung des ASD führte zur Überforderung des Krankenhauspersonales. Nach der Geburt des Kindes wurde – nach Forderung der Anwältin der Mutter – intensiv nach einer Unterbringungsmöglichkeit für Mutter und Kind gesucht. Die öffentliche Jugendhilfe bat das Krankenhaus darum, Mutter und Säugling noch ein paar Tage länger auf der Station zu behalten und übernahm die Kosten hierfür aus Jugendhilfemitteln. In dieser Zeit hatte die Mutter aber einige Aggressionsausbrüche, mit denen andere Patienten und das Personal erheblich überfordert waren. Das Krankenhaus meldete daraufhin zurück, sie seien nicht ausreichend informiert und vorbereitet worden und würden einer solchen – wie es zunächst schien kreativen – Lösung kein zweites Mal zustimmen.

6) Was waren die Kosten, hat sich der Aufwand gelohnt?

- sehr hoher personeller Aufwand (teilweise Beschäftigung von drei ASD-Fachkräften, SpD, Krankenhaus, Gericht, Psychologin)
- Aufwand hat sich gelohnt

Wie bilanzieren Sie die Kosten?

In welcher Währung sind Sie bezahlt worden?

Währung: insbesondere Nerven und Zeit

7) Gibt es besondere Wendepunkte in der Erfolgsgeschichte?

- Inobhutnahme im Krankenhaus
- Einnahme der Medikamente und damit verbundene plötzliche Verhaltensänderung
- Ablehnung der Mutter für die Aufnahme in der Mutter-Kind-Einrichtung
- Sicherheit und Klarheit im Vorgehen nach gemeinsam getroffener Sicherheitseinschätzung

Wie waren Sie an den Wendepunkten beteiligt, wie haben Sie das geschafft?

wenn-dann: Klare Auflistung von notwendigen Anforderungen:

- leistbar, angemessene Forderungen
- schriftlich zum Abhaken
- überprüfbar
- Konsequenzen erkennbar und nachvollziehbar
- Zeitfenster lassen

8) Können wir an der Geschichte etwas lernen?

- Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit dem SpD bei erheblich auffallenden Eltern
- Erziehungsfähigkeitsgutachten helfen
(was ein Arzt, eine Psychologin sagt, wird manchmal eher angenommen)
- Richtige Medikation kann zu erheblicher Verhaltensänderung führen
- Klare, überprüfbare und leistbare Auflagen führen zum Erfolg
(wenn Kontrolle als Kontrolle benannt ist, wird es eher akzeptiert als wenn verpackt)
- Bei erheblichem Dissens in der Sicherheitseinschätzung innerhalb der öffentlichen Jugendhilfe an verschiedenen Stellen ist ein gemeinsames Gespräch zum Verstehen notwendig und hilfreich
- Wir dürfen keine dauerhaft wichtigen Kooperationspartner überfordern, weil wir die Familie im Fokus haben, wir müssen sie bei der Hilfeplanung durch intensive Beteiligung und Information mitnehmen

9) Welche Handlungsprinzipien würden Sie herausstellen?

Gibt es bestimmte Grundorientierungen, Haltungen, die zum Erfolg geführt haben?

- Enge Zusammenarbeit mit dem SpD
- Ärztlichen Gutachten folgen
- Klarheit gegenüber der Mutter
Anforderungen müssen realisierbar sein, dafür ist ein Zeitfenster sinnvoll
- Für den andauernden Erfolg: Auswahl einer SPFH-Fachkraft für die längerfristige Unterstützung der Familie, von der bekannt ist, dass sie „ein besonderes Händchen“ für die Arbeit mit psychisch kranken Eltern hat

10) Gibt es ungelöste Probleme und Fragestellungen, die wir in den Blick nehmen sollten?

- bei Schreiben ans Familiengericht deutlicher schreiben, was unser Antrag ist

Eine wichtige Lernerfahrung bei und nach dem Hören und Dokumentieren der Erfolgsgeschichten war für mich persönlich das Erleben, wie gut es tut, einen als Erfolg definierten Fallverlauf zu untersuchen. Meine Arbeit bringt es mit sich, dass ich bei Unsicherheiten und Krisen punktuell Kontakt zu Fällen habe, aber selten längere Entwicklungen verfolgen kann. Auf Fortbildungen höre ich aus der Perspektive von Erzieher(innen) und Lehrkräften viel Kritisches zu der Arbeit des ASD. Das Hören solcher Erfolgsgeschichten ist auch für mich wichtig, um weiterhin mit gefühlter und authentischer Überzeugung die Arbeit der öffentlichen Jugendhilfe zu beschreiben.

Die Rückmeldungen der Beteiligten zur Methode waren insgesamt positiv. Geringfügige Änderungen in Wortlaut und Reihenfolge für den Blanko-Zettel wurden von mir vorgenommen.

Bei den Erfolgsgeschichten hat es sich bewährt, die Teilnehmer(innen) die Fragen zunächst in stiller Arbeit für sich ausfüllen zu lassen und erst im zweiten Schritt zu hören, was an Stichpunkten gesammelt wurde und dann auch nachzufragen. Durch die zuvor gemachten Stichworte ohne Ablenkung ist gewährleistet, dass trotz einzelner vertiefender Nachfragen wieder auf das Gesamtbild zurückgeführt werden kann.

3.4.5. KuK als Impulsgeberin

Für dieses Falllabor war ich die Impulsgeberin und eine Projektgruppenteilnehmerin hatte sich bereit erklärt, Vorbereitung und Moderation zu übernehmen.

Der Perspektivenwechsel von der neutralen Moderation zur involvierten Impulsgeberin war eine wesentliche Lernerfahrung im Rahmen dieses Projektes. Insbesondere war aus meiner Perspektive bemerkenswert, wie sich die anfängliche Aufregung und Ambivalenz dazu, ob ich in meiner Rolle als Fachberaterin überhaupt Impulsgeberin für ein Falllabor sein kann, hin zu einer nüchternen und hilfreichen Klarheit schon durch die Vorbereitung auf das Falllabor vollzog.



Qualitätssicherung

Auswertungsbeteiligt:
Impulsgeberin: KuK
3 ASD-Fachkräfte
1 PKA-Fachkraft
1 SPFH-Fachkraft

Falllabor 4 Aus Erfahrung lernen im Kinderschutz

„Wie verfahren und was transportieren wir in Fällen, in denen vage Verdachtsmomente auf innerfamiliäre sexuelle Gewalt Thema werden?“

Fallvignette:

Eine Familie mit 3 Kindern ist in den Kreis Herzogtum Lauenburg verzogen. Vom vorher zuständigen Jugendamt war eine Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) eingerichtet worden und die Mitteilung, dass diese auch weiterhin notwendig sei. Dem wurde entsprochen und eine neue SPFH-Fachkraft eingesetzt. Durch mehrfachen Umzug innerhalb des Kreises wechselte die Zuständigkeit des ASD innerhalb des Kreises Herzogtum Lauenburg dreimal. In 2010 wurde eine Herausnahme und Unterbringung der Kinder in zwei Pflegefamilien beschlossen. In der Zeit von 2007 bis 2011 wurde die Fachstelle Kinderschutz (KuK) dreimal von jeweils unterschiedlichen Fachkräften um Fachberatung angefragt. Thematisch stand dabei jeweils die Bewertung sexuell auffälligen Verhaltens der Kinder im Mittelpunkt. Bei jeder Fachberatung wurden die beobachteten Auffälligkeiten der Kinder als neu vorgestellt und die Verbindung zu vorherigen fachlichen Einschätzungen wurde erst im Nachhinein dadurch gezogen, dass KuK aus der Erinnerung eine Verbindung herstellen konnte.

Lernerfahrungen:

1. Die Übergänge von Fachkräften innerhalb des Hauses sind nicht so gut organisiert wie Übergänge nach außen.
2. In der Akte, die übergeben wird, sind ein besonderer Hinweis über eine Kindeswohlgefährdung, ein Zeitstrahl und ein Genogramm sinnvoll. In der Übergabe vom ASD zum PKA sind darüber hinaus alle relevanten Informationen zur Vorgeschichte sinnvoll.
3. Nach Übergaben sollte eine Rücksprache mit der vorherigen zuständigen Fachkraft nach neuen vagen Verdachtsmomenten erfolgen.
4. Latente Kindeswohlgefährdungen werden in Info 51 nicht erfasst.
5. Der § 8 a SGB VIII ist keine Hilfe, deshalb gibt es keine Leistungsakte. Dadurch entsteht die Gefahr der Nichtbeachtung von Kindeswohl gefährdenden Informationen.
6. Pflegeeltern leben mit dem Risiko, haftbar für Geschehnisse aus der Vorgeschichte gemacht zu werden. Die Pflegeeltern stehen zu Unrecht im Focus.

Dieses Falllabor machte deutlich, dass die Grenze der Methode im individuellen Verstehen liegt. Es ist ohne Zweifel hilfreich, etwas zu verstehen, was Mann/Frau vorher nicht verstanden hat. Das Lernen aus Erfahrungen im Kinderschutz im Rahmen von Falllaboren mit der von uns gegebenen Struktur bleibt aber zunächst auf individuelles Lernen beschränkt.

3.4.6. Externe Moderation

Durch eine Impulsgeberin am Ende des Projektes wurde noch einmal die Frage der Neutralität von KuK aufgeworfen. Kritisch zu betrachten bleibt, ob ich als Person in der Fachstelle Kinderschutz als ik Netzwerk bekannte und präsente Person überhaupt als neutral wahrgenommen werden kann – ganz unabhängig, ob ich je in dem Fall der Impulsgeberin involviert war oder nicht.

Um auch diesbezüglich unterschiedliche Erfahrungen machen zu können, wurde für die Durchführung des 5. Falllabors Herr Wolff als externe Moderation angefragt. Dieser erklärte

sich bereit, das Falllabor in Ratzeburg gegen den Fahrkostenbeitrag zu moderieren, wofür das Okay der Fachbereichsleitung eingeworben werden konnte. Leider konnte kein geeigneter gemeinsamer Termin hierfür gefunden werden. Das Falllabor wird jetzt Ende Mai stattfinden und kann somit nicht mehr in diesen Bericht einfließen.

4. Ergebnis

Am Ende des Berichtes ist das Ziel erreicht, und das gewünschte Ergebnis ist erzielt.

Auf einer Seite zusammengefasst, ist ein neues Angebot zur Qualitätssicherung im Kinderschutz für den Kreis Herzogtum Lauenburg entstanden, welches nun als Vorschlag an Führungskräfte zur Abstimmung versandt wird.

Neben dem Angebot sind außerdem entworfen:

- eine Vorlage für eine Einladung zum Falllabor als Muster
- ein Rückmeldebogen, um die subjektive Zufriedenheit und Effektivität aus Sicht der TN zu messen
- eine Jobliste für die Moderation, als Leitfaden für Fachkräfte, die die Methode des Falllabors unabhängig von KuK nutzen wollen.

Die Ergebnisse sind auf den folgenden Seiten im Original eingefügt:



Ratzeburg, März 2011



Qualitätssicherung

Falllabore

Aus Erfahrungen gemeinsam lernen

Angebot der Fachstelle Kinderschutz (KuK)

Worum geht es?

Der Kreis unterstellt allen privaten und professionellen Fachkräften, dass sie die besten Wünsche für die Zukunft der jeweils zu betreuenden Kinder haben.

Was „das Beste“ ist, wird regelmäßig unterschiedlich bewertet.

Das entspricht der Buntheit des Lebens und menschlichen Persönlichkeiten.

Manchmal gehen die Vorstellungen so weit auseinander, dass ein gegenseitiges Verstehen schwierig wird. In diesen Fällen ist die Teilnahme an einem Falllabor eine Möglichkeit, sich wieder zu verständigen.

Ziel eines Falllabors ist, dass wir Fachkräfte unsere Arbeit reflektieren und ggf. aus Erfahrungen lernen. Hilfeempfänger unterstützen uns dabei durch ihre Rückmeldungen.

Was geschieht in einem Falllabor?

Ein Falllabor dauert zwei bis vier Stunden.

Teilnehmer/innen sind alle, die aus Sicht der Impulsgeber/in und in Absprache mit *KuK* zur Beantwortung der Frage beisteuern könnten und zur Teilnahme bereit sind.

Nach der Methode des Dialogs sind während des Falllabors alle anwesenden Gesprächspartner gleichberechtigt und stellen ihre jeweiligen Sichtweisen allen zur Verfügung.

Ablauf:

1. Kurze Vorstellungsrunde
2. Impulsgeber/in trägt das Anliegen vor
3. Sammlung weiterer Anliegen, Rückmeldungen und Fragestellungen
4. Reaktionen und Austausch im Dialog
5. Zusammentragen von ggf. Lernergebnissen

Was geschieht nach einem Falllabor?

Die zusammengetragenen Lernergebnisse werden von *KuK* digitalisiert und anonymisiert und in Absprache mit allen Teilnehmer/innen der Fachwelt zur Verfügung gestellt.

Wie kann ich Teilnehmer/in an einem Falllabor werden?

- a) Sie werden von einer/m Impulsgeber/in als Teilnehmer/in gewünscht.
- b) Sie sind selbst Impulsgeber/in und melden eine Fragestellung für eines der drei möglichen Falllabore bei *KuK* an:
 - Falllabor *Familienhilfe* = Fragestellung in einem laufenden Fall
 - Falllabor *Aus Erfahrungen lernen* = Fragestellung zu einem abgeschlossenen Fallprozess
 - Falllabor *Erfolgsgeschichte*.

Impulse bitte direkt an die Fachstelle Kinderschutz des Kreises Herzogtum Lauenburg.

Vielen Dank im Voraus für Ihr Vertrauen!

Im Auftrag
Birgit Maschke



Qualitätssicherung

Aus Erfahrungen lernen im Kinderschutz

**Einladung zum Falllabor
am * um * Uhr in ***

Ich danke allen für ihre Bereitschaft am Falllabor mitzuwirken!

Impulsgeberin für diesen Austausch ist *

Teilnehmen werden außerdem:

Frau * (Mutter)

Frau * (Tochter)

Herr * (fallbegleitende Unterstützung SPFH)

Frau * (fallzuständige Fachkraft des Jugendamtes).

Ich werde die Moderation übernehmen.

Das Gespräch findet statt im Jugendamt *

Barlachstraße 2, Raum 19.

So finden Sie diesen:

Wenn Sie durch den Haupteingang kommen, halten Sie sich links.

Gehen Sie den Gang weiter bis zum Ende und biegen dann rechts in den Gang.

Der Beratungsraum liegt dann ungefähr Mitte des Ganges auf der rechten Seite.

Ziel des Falllabors ist, dass wir Fachkräfte unsere Arbeit reflektieren und ggf. aus Erfahrungen lernen. Frau * und ihre Tochter * werden uns durch ihre Rückmeldungen als Klienten dabei unterstützen.

Ablauf:

1. Kurze Vorstellungsrunde
2. Impulsgeberin trägt ihr Anliegen vor
3. Sammlung weiterer Anliegen, Rückmeldungen und Fragestellungen
4. Reaktionen und Austausch im Dialog
5. Zusammentragen von ggf. Lernergebnissen

Ich bitte Frau *, diese schriftliche Einladung an Frau * und ihre Tochter mit einem Gruß und Dank für ihre Unterstützung weiterzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Birgit Maschke




 Quantifizierung

Falllabor

Aus Erfahrungen gemeinsam lernen

Rückmeldebogen

Sie haben an einem Falllabor unter Moderation der Fachstelle Kinderschutz teilgenommen. Uns interessiert, wie Sie sich während des Falllabors gefühlt haben und ob sich die Teilnahme aus Ihrer Perspektive für Sie gelohnt hat.

Bitte beantworten Sie diesen Fragebogen und geben/senden Sie ihn zurück an *KuK*.

	ja	eher ja	weiß nicht / egal	eher nein	nein
Es hat sich für mich gelohnt, an diesem Falllabor teilzunehmen:					
Mein Eindruck ist, dass (auch) andere durch die Teilnahme an dem Falllabor etwas lernen konnten:					
Meine Sichtweisen und Anliegen konnte ich in dem Falllabor platzieren.					
Ich habe etwas von den Sichtweisen anderer Teilnehmer(innen) verstanden.					
Umgang und Haltung während des Falllabors habe ich als wertschätzend und konstruktiv erlebt.					
Raum und Zeit waren angemessen:					
Die Moderation des Falllabors war angemessen unterstützend.					
<u>Frage an den/die Impulsgeber(in)</u> Die reflexive Fallbetrachtung war für die Beantwortung meiner Frage hilfreich:					

Sonstige Rückmeldungen und Anregungen:



Qualitätssicherung

Falllabore

Aus Erfahrungen gemeinsam lernen

Jobliste für die Moderation

To-do-Liste bei der Übernahme der Moderation für ein Falllabor

Vorher:

1. Beratung und Information des/der Impulsgeber(in)s (ca. 30 Minuten)

- Was ist Ihre Frage, was möchten Sie erreichen?
- Information über die Methode (ergebnisoffener Dialog) und gemeinsame Reflexion, ob ein Falllabor die richtige Maßnahme ist, um das gewünschte Ziel zu erreichen. Ggf. Anbieten von Alternativen

Wenn das Falllabor eine gute Möglichkeit zu sein scheint:

- Wer kann hilfreich sein und sollte eingeladen werden?
- Wer noch?
- Reflexion und ggf. Motivation für die Beteiligung von Klient(innen)en (Eltern und Kinder/Jugendliche)
- Gibt es eine(n) Teilnehmer(in) – TN –, die/der voraussichtlich während des Falllabors besonderer Aufmerksamkeit/besonderen Schutzes bedarf (Trauma, Gewalterleben)? Falls ja, wer könnte diesen Job während des Falllabors übernehmen?
- Welcher Termin und Ort wäre Ihnen recht?
Wie viel Zeit werden wir benötigen? (mindestens 2 Stunden)
- Ist es Ihnen recht, wenn ich telefonisch Kontakt zu den möglichen TN des Falllabors aufnehme, um sie einzuladen und für eine Teilnahme zu motivieren oder möchten Sie vorher selbst mit den Fachkräften/Klienten sprechen?
- Gibt es eine(n) Dienstvorgesetzte(n), den Sie informieren/um Erlaubnis fragen sollten?
- Wie kann ich Sie für evtl. Rückfragen erreichen?
- Gibt es noch Zweifel, Vorbehalte?
Was brauchen Sie noch, um mit Lust an dem Falllabor teilzunehmen?
- Aufnahme von Namen und Kontaktdaten aller potenziellen TN für die Einladung

2. Telefonische Einladung aller potentiellen TN und Terminkoordination

(je nach TN-Zahl ca. 1 - 4 Stunden)

- Information über Methode und Ziel von Falllaboren im Allgemeinen (aus Erfahrungen lernen, verstehen, mit Zeit und dialogisch gemeinsam, Lernerfahrungen auch anderen Fachkräften zur Verfügung stellen)
- grobe Information über die Frage des/der Impulsgeber(in)s
- ggf. Motivationsarbeit
- Terminabstimmung

3. Raumorganisation (je nach örtlicher Gegebenheit 30 Minuten - 1 Stunde)

- Geeigneten Raum finden und buchen
- Getränke und Kekse bereit stellen
- Lüften
- Flipchart bereit stellen

4. Durchführung des Falllabors (2 - 4 Stunden)

Begrüßung und Dank für Bereitschaft und Vertrauen

Darstellung von Methode und Ablauf

1. Kurze Vorstellungsrunde
2. Impulsgeber(in) trägt das Anliegen vor
3. Sammlung weiterer Anliegen, Rückmeldungen und Fragestellungen
4. Reaktionen und Austausch im Dialog
5. Zusammentragen von ggf. Lernergebnissen

Unterschied zwischen

	Diskussion	Dialog
Wortwurzel:	Wortwurzel wie percussion, concussion = Erschütterung	griechisch dialogos logos = das Wort, der Sinn
Ziel:	Entscheidung treffen, das individuelle Ziel erreichen	komplexe Fragen erforschen, ergebnisoffen
Streben nach:	Einigung, Zustimmung	Verstehen
Intention:	Überzeugen, Argumentieren	Zuhören und Mitteilen
Innere Überzeugung:	Ich weiß, wie es richtig ist, ich habe Recht.	Jedes Wissen ist Konstruktion, die Wahrheit hat 360 Grad.

Dialog-Regeln:

- eigene Annahmen aufheben und sichtbar machen
- gleichberechtigte Gesprächspartner
- Zuhören
- in alle Richtungen denken erlaubt

ggf. Vorstellungsrunde anregen

Impulsgeber(in) das erste Wort geben

Anliegen anderer TN erfragen

Dialogphase öffnen und ggf. steuernd eingreifen

- Verstehende Regulation bei Ausübung von Dominanz und Macht
- Ansprache bei Wahrnehmung von Unwohlsein und Spannung
- Pausen

Ergebnissicherung

- Mindestens 20 Minuten vor Schluss einleiten
- Information über die Idee der Veröffentlichung anonymisierte Fallskizzen + Lernerfahrungen Erfahrungen anderen Fachkräften zur Verfügung stellen über die Netzwerke im Kinderschutz und Ordner in den Regionalgruppen wird vorher versandt und um Erlaubnis bzw. Änderungsanliegen angefragt
- Abfragen, was jede(r) als Lernerfahrung mitnimmt
- Visualisierung der Lernerfahrungen auf dem Flipchart

Bitte, den Rückmeldebogen auszufüllen

Danach: (ca. 1 Stunde)

5. Zusammenfassung der Lernergebnisse nach Vorlage für den Falllaborordner

6. Versendung als Vorschlag an alle mit der Bitte um Rückmeldung

7. Nach Abstimmung Sendung an die Fachstelle Kinderschutz

5. Persönliches Fazit und Ausblick

In jedem Fall war es lohnenswert, sich intensiv mit dem Lernen aus Fallverläufen und der Methode des ergebnisoffenen Dialoges auseinanderzusetzen. Insbesondere das Falllabor 3 hat gezeigt, wie effektiv und sogar heilsam die Durchführung eines Falllabors sein kann, in dem Verletzungen und Fragen mit Wertschätzung in Kontakt gebracht werden.

Nach meiner Einschätzung wäre das Angebot für die Durchführung von Falllaboren ohne Frage eine wertvolle Erweiterung des Angebotes der Fachstelle. Nach den Erfahrungen des Projektes stehen Aufwand und Effekt für die Beteiligten grundsätzlich in einem sinnvollen Verhältnis zueinander.

Fraglich bleibt für mich, ob Effekte auch über den Teilnehmerkreis hinaus erzielt werden können. Wer wird sich im Arbeitsalltag die Zeit nehmen, ein Falllaborergebnisprotokoll zu lesen? Die Vision war, dass zu bestimmten Themenfeldern kurze Erfahrungsberichte entstehen. – Die Idee ist gut, aber der Mensch lernt wohl doch hauptsächlich über selbst gemachte Erfahrungen und nicht über geschriebenes Wort.

Letztlich wird sich diese Frage aber erst nach Jahren beantworten lassen.

Gut einzusetzen sind die Ergebnisprotokolle nach meiner Einschätzung im Bereich von Fortbildung und Einarbeitung neuer Fachkräfte.

Bestechend an den Falllaboren ist die Tatsache, dass sie alle sonst üblichen institutionellen und hierarchischen Grenzen überwinden. An dieser Stelle unterscheiden sie sich von den sonst üblichen Reflexionsangeboten wie Fallsupervisionen oder Fallbesprechungen im Team. Dies ist sicher eine große Chance, Systemgrenzen zu überwinden.

Als sehr effektiv habe ich die Methode des ergebnisoffenen Dialoges kennen und schätzen gelernt. In einer Zeit, in der die Gesellschaft scheinbar wieder vermehrt auf die vermeintliche Kontrollierbarkeit des Lebens setzt und in noch mehr Gesetze und Vorschriften investiert, ist der intensive inhaltliche Austausch eine wohltuende Erfahrung, deren Effektivität in jedem Falllabor spürbar war.

Gleichzeitig ist die Dichte in der Arbeit in der Regel so hoch, dass so ein intensiver Austausch Luxus ist, der sich eher nicht gegönnt werden kann. In der Prioritätenliste der alltäglichen Anforderungen von Bedürfnissen der Klienten, Statistiken, Leitlinien, Verwaltungsvorschriften und festgelegten Besprechungsroutinen müssen Falllabore auf der Prioritätenliste weit hinten stehen.

Nachhaltig wirksam für mich ganz persönlich war das spürbar wohltuende Erleben, beim Hören der Erfolgsgeschichten. Die Struktur der Fachstelle Kinderschutz ist in Bezug auf die Fallarbeit so gewählt, dass ich ausschließlich in krisenhaften Prozessen dazu geholt werde. Dann, wenn in den Familien/unter den Helfern kaum noch etwas rund zu laufen scheint oder die Sicherheitseinschätzung als besondere Herausforderung gewertet wird. Das hinterlässt Spuren nach zehn Jahren Arbeitsalltag mit voller Stundenzahl. Schon vor Abschluss dieses Berichtes stand meine Entscheidung fest, nur noch mit halber Stundenzahl in diesem Arbeitsfeld arbeiten zu wollen. Die von mir empfundenen „warmen Duschen der Erfolgsgeschichten“ haben mich nachhaltig darin bestätigt.

Zu hören, wie Fälle auch erfolgreich verlaufen, hilft erheblich beim Wieder-Erlangen von gesundem professionellen Selbstwert für die Soziale Arbeit insgesamt. Der positive Effekt, den dies über eine Steigerung der Arbeitsmotivation direkt auf die Arbeit mit Klienten hat, wird nach meiner Einschätzung erheblich unterschätzt. Ebenso die „Einsparungen“, die man durch zufriedene Arbeitnehmer(innen) hat, die nachweislich weniger krank sind und effektiver arbeiten, weil sie einen Sinn sehen in dem, was sie tun.

Ein paar Wochen vor dem Schreiben dieses persönlichen Fazits geschah die Katastrophe in japanischen Kernkraftwerken. Dies macht auf unmissverständliche Art deutlich, dass weder Mensch noch Maschine durch den Menschen kontrollierbar sind.

Am Ende dieses Berichtes kann ich für mich schließlich auch die Frage beantworten, die sich seit zwei Jahren durch den Projektverlauf zog: Ist die Einführung eines Fehlerbegriffs in der Sozialarbeit sinnvoll?

Ich beantworte diese Frage heute mit „Nein“ und begründe dies wie folgt:

Wenn ich mit dem Wort *Fehler* operiere, suggeriere ich, dass es auch ein *Richtig* gibt. Das wiederum bedeutet, dass irgendjemand beurteilen könnte, was *richtig* ist. Dies ist in der Arbeit mit Menschen und komplexen Familien- und Helfergeschichten aber unmöglich. Vielleicht gibt es ja göttliche Wesen, die so etwas bewerten könnten, ein Mensch oder vom Menschen geschaffene Maschinen oder Regeln und Strukturen aber nicht.

Hilfreicher ist, das Erkennen der eigenen Begrenzung dadurch deutlich zu machen, dass wir in der Sozialarbeit eben nicht so vermessen sind zu werten, was in Bezug auf unser Ziel in der Kinderschutzarbeit richtig oder falsch gelungen ist. Selbst die Verkürzung auf die Formel: „Richtig ist, wenn das Kind am Leben bleibt.“ greift bei Weitem zu kurz.

„Aus Erfahrungen lernen in der Kinderschutzarbeit im Kreis Herzogtum Lauenburg“ ist zum jetzigen Zeitpunkt ein kleines gepflanztes Pflänzchen, welches weiterer Pflege bedarf. Ich hoffe, es hat kaktusenartige Konsistenz, denn die Nahrung und Pflege, die es weiterhin bekommen wird, sind - realistisch betrachtet - vermutlich spärlich. Vielleicht wird der Kaktus aber hin und wieder Knospen tragen.

Diese Knospen könnten z. B. folgende Namen haben:

- Werkstatt für Familienhilfe
Thema: "Auf den Anfang kommt es an – wie gestalten wir den Erstkontakt, um mit Ihnen in Kontakt zu kommen?"
- Jährliches Sommerfest für Helfer und Klienten in der Kreisverwaltung
Motto: Wer zusammen feiert, kann auch besser zusammen arbeiten.
- Einführung von Verfahren zur Förderung von Partizipation der Eltern und Kinder
Merkblatt, das allen Klienten beim Erstgespräch ausgehändigt wird, mit der Überschrift: „So können Sie in unserem Amt dafür sorgen, dass Ihre Anliegen Berücksichtigung finden“
- Offensives Angebot, sich für Rückmeldungen zu interessieren
Plakat im Eingang der Kreisverwaltung: „Wir können nur mit Ihnen noch besser werden - uns interessiert Ihre Rückmeldung ...“

Als nächster geplanter Schritt wird das Ergebnis, also das konkrete Angebot der Falllabore, den Führungskräften zur Entscheidung vorgestellt. Danach wird sich zeigen, was nach dem Abschlusskolloquium Ende Mai in Berlin mit welcher Intensität genutzt und ggf. fortgepflanzt wird.

Mein Dank gilt insbesondere den Impulsgeber(innen)n, Fachkräften und Klient(innen)en, die den Mut und das Vertrauen hatten, ein Falllabor mit zu gestalten.

Außerdem danke ich den Mitgliedern der Projektgruppe für ihre Rückmeldungen und die Zeit, die sie für das Projekt investiert haben, obwohl der Alltag meistens keine Zeit für nicht pflichtgebundene Aufgaben lässt.

Dem Leiter unseres Fachbereiches danke ich für die konsequente Haltung, im Bereich der Kinderschutzarbeit an der Qualitätssicherung zu arbeiten und dabei auch Ungewohntes ausprobieren zu dürfen.

Meiner Familie danke ich für die Geduld, mit der sie seit Jahren leere Versprechen darüber hört, dass ich bald nicht mehr so viel nach Feierabend am Schreibtisch sitzen werde.

Und ich danke Dr. Reinhard Wolff und Stefan Heinitz für den Impuls, sich überhaupt so intensiv mit dem Lernen aus Fehlern zu beschäftigen.

Ratzeburg, 5. Mai 2011

Birgit Maschke

6. Literaturnachweis

Fachbücher

Senge, Peter M.

Die Fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation
Klett-Cotta 1996

Simon, Fritz B.

Die Kunst, nicht zu lernen.
Auer Verlag

Krause, Hans Ullrich, Regina Rätz-Heinisch (Hrsg.)

Soziale Arbeit im Dialog gestalten

Theoretische Grundlagen und methodische Zugänge einer dialogischen Sozialen Arbeit
Verlag Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hills 2009

Schüttelkopf, Elke M., Gabriela Ebner, Peter Heimerl

Fehler - Lernen - Unternehmen

Wie Sie die Fehlerkultur und Lernreife Ihrer Organisation wahrnehmen und gestalten

Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 2008

Weingardt, M.

Fehler zeichnen uns aus. Transdisziplinäre Grundlagen zur Theorie und Produktivität des Fehlers in
Schule und Arbeitswelt

Bad Heilbronn 2004

Wolff, Reinhart

Von der Konfrontation zum Dialog

Kindesmisshandlung – Kinderschutz – Qualitätsentwicklung

Georg Kohaupt, Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e. V., Köln 2010

Fachartikel, Konzepte und Vorträge

AGJ (Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe)

Stellungnahmen und Positionen „ASD – mehr als Kinderschutz!“

Diskussionspapier 2010

Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (Hrsg.)

Aus Fehlern lernen. Profis aus Medizin und Pflege berichten

Bonn 2008

Biesel, Kay

Aus Fehlern lernen. Qualitätsmanagement im Kinderschutz

JAMt, Heft 3, 2010

Bremen:

- Dokumentation über die Abläufe und Zusammenhänge im Todesfall Kevin K., Bremen 2006

- Projektbeschreibung „Werkstatt für dialogische Familienarbeit“, Januar 2011

Fish, Sheila, Eileen Munro, Sue Bairstow

Social Care Institute for Excellence (London)

Gemeinsam lernen, Kinder besser schützen. Ein systemisches Modell für Falluntersuchungen

www.scie.org.uk

Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e. V.

Die Untersuchung erfolgreicher Praxis – Ein Praxisleitfaden zum Konzept Lernen vom Erfolg

Berlin 2010

Kreis Herzogtum Lauenburg
Leitlinien für die Fallkoordination des ASD zum Schutz von Mädchen und Jungen,
Stand 2009

Merchel, Joachim
Mängel des Kinderschutzes in der Jugendhilfe
Sozialmagazin, 32 Jg. 2/2007

Nationales Zentrum Frühe Hilfen im Auftrag der Bundesregierung
Expertise: „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen. Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systemische Fehleranalyse“
2008

Wolff, Reinhart
Materialien der Kinderschutzzentren zum Kinderschutz
„Inwieweit können Fachkräfte der Sozialen Dienste durch ihr Handeln Kindern schaden bzw. zur Kindeswohlgefährdung beitragen?“
2009

Wolff, Reinhart, Kay Biesel
Vortrag: Kinderschutzfehler – eine Vertiefung
Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung e. V.
Rendsburg, April 2010

Prof. Dr. Th., Universität Siegen – FB 1/Soziologie
Der ASD und seine Umwelten: Vier Formen des Organisierens

Internet Januar 2011

Wikipedia: „Fehler“
<http://de.wikipedia.org/wiki/Fehler>

www.wiwo.de/unternehmen-maerkte/aus-fehlern-lernen-und-erfolgreicher-sein...

<http://zitate.net/fehler.html>