katho
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

PADERBORN

Vom „Fall Kevin“ bis „aus Lügde lernen“ – Kinderschutzfehler und Wege zu einem „gelingenderen Kinderschutz“

19. Dilborner Fachtagung. 4. November 2021

Prof. Dr. Michael Böwer

Gliederung Impulsvortrag I

(1) Ausgangslage: Kernpunkte der Kinderschutzdebatte von 2000 bis heute

(2) Der „Fall Kevin“ – zentrale Fehler im Fallverlauf (rückblickend)

(3) „Lügde“ – Parallelen und neue Fehlerquellen

(4) Aus Kinderschutzfehlern lernen – wie gelingt guter Kinderschutz eher?

(1) Ausgangslage: Kernpunkte der Kinderschutzdebatte von 2000 bis heute

- Fallanstieg und Leistungsumfang wächst (Inobhutnahmen 2010:36T, 2016: 84T, 2020:45T*, Sorgerechtsentzug 2000:7,5T/2020:16T**), Gefährdungseinschätzung (2012:109T, 2020: 194T**), amb. Hilfen, Eingliederungshilfe, Kindertagesbetreuung (2006 11,8 Mill.€, 2016: 28,5 Mill.€, erzieherische Hilfen 2009: 835T, 2019: 1,0 Mill. =+22%***)
  - **Soziale Innovationen in den freien Trägern, in den Jugendämtern und in Kooperation mit Dritten: Kinderschutzbögen, Hausbesuche zu Zweit, insoweit erfahrene Fachkraft, Schutzkonzepte u.a.m.**

- Normatives und fachliches Bemühen um Frühe Hilfen, Kooperation und Fallzahlen (KiK, BKiSchG, SGB VIII-Reform, Positionspapiere u.a. der BAG KSD/ASD, Personal-bemessungskonzepte****)
  - **Kommunalfinanzen angespannt, staatliche Daseinsvorsorge infrage gestellt (Haushaltssicherungskonzepte: in NRW 2009 63 Komm., 2013 177, 2018 157****)**
- Hohe öffentliche Aufmerksamkeit sichert(e) den ASD vor Haushaltskürzungen
- **Angst vor Fehlern führt zum Eigenschutz der Mitarbeiter_innen im ASD durch „präventive“ Inobhutnahme und Dokumentationsfokus**
- „Fehler“ sind stets zu erwarten – und – ersparen dem ASD das Handeln nicht

Quellen und nähere Angaben: * destatis 24.6.21 u. 21.7.2021 **(gezogen) 2.11.21, ***destatis 16.11.20, DJI 2018, ****DJI 2008, AGJ 2014,*****MHKBG 31.12.2018

59 Jahre Wissen über Kinderschutz und Frühe Hilfen (1962 bis 2021) – systematisiert:

- **‚Klassische Kinderschutz-Studien / Publikationen‘:** *Kempe (1962,1985), Helfer/Kempe (1968), Misshandlung Gewalt Familie: Bast et. al. (1975), Familiengericht ASD: Schone/Mutke/Münder (2000), Sex. Gewalt/“Missbrauch“: Enders (2001), u.a.*

- **‚Werkzeuge/Methoden‘ im KS:** *Kinderschutzbögen: Kindler (2007, 2008), InsoFa ISA (2011), Fallverläufe: Fegert/Ziegenhain (2008, 2010), Qualität: Wolff/Flick/Biesel (2009), Hausbesuche Albrecht/Urban-Stahl/Lattwein (2017), Franzheld (2017), Brückner (2017), Böwer/Brückner (2015) u.a.*

- **Organisationsbezogene (Fall-) Studien:** *Fehler: Biesel (2008, 2012), Wolff/Biesel (2013), Achtsamkeit: Böwer (2008, 2012), Fall Kevin Medien: Brandhorst (2015) u. Kötschau (2015), Personal: Merchel u.a. (2010), Klomann (2014), Beckmann (2018); Heinitz (2020), Haase (2021) u.a.*

- **Netzwerk- und zivilgesellschaftliche Impulse:** *Frühe Hilfen (ISA 2007, 2008) , Soziale Frühwarnsysteme (NRW 2009), Früherkennungsuntersuchung / Meldesysteme Langness (2007), RKI (2015), Babybesuchsprogramme (Dormagen 2007), Kampagne „Jugendamt: Unterstützung die ankommt (BAG LJÄ 2011, Köln 2011), Eval. BKiSchG: BMBFSJ (2015) u. Seckinger u.a. (2016)*

Erkenntnis: Die „Black-box Kinderschutz in Deutschland“ ist kleiner geworden: Wir wissen mehr, es gibt [viel] mehr zu beobachten und wir erkennen genauer die Defizite [in Praxis und in Forschung].

59 Jahre Wissen über Kinderschutz und Frühe Hilfen (1962 bis 2021) – drei Erkenntnisse:

Kinder eher Objekte - als Akteure selten im Blick

Haase 2021, Ackermann/Robin (2018), Bühler-Niederberger et al. (2014)

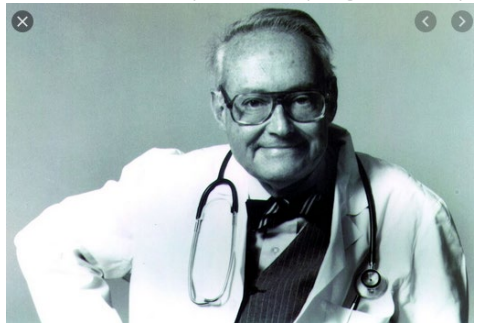
Risiken und Fehler sind nicht per se vermeidbar, aber früh erkennbar.

Weick/Sutcliffe 2010 u. 2017
Böwer 2008, 2012, 2017
Böwer/Wolff 2011, Brückner/Böwer 2015

Fehler sind Folgen von Nichtwissen in Organisationen.

Klatetzki 2020, zuerst allerdings: Kempe 1962

https://www.kempe.org/about/history/



Wenn in Organisationen und Teams Fehler geschehen – und was wir daraus lernen können

5. August 1949: Das ‚Mann-Gulch-Desaster' (Missouri River, Montana, USA)

http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Mso_smokejumpers.png

- 13 junge Männer eines Schnelleinsatz-teams der Feuerwehr („smokejumpers") sterben
- Werkzeug-wegwerfen, Gegenfeuer-Iglu als nicht-"sinn"-voll erachtete Anweisungen des nicht vertrauten Vorgesetzten

(vgl. Maclean 1992: Jung men and fire; Weick, K.E. 1993: The collaps of sensemaking in organizations)

Folge: Reform der Sicherheitskultur & Entwicklung von Vor-Ort-Trainings des US Forest Service, u.a. Lesson-Learned-Center (www.wildfirelessons.net)

Learning from Bristol:
public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984 -1995

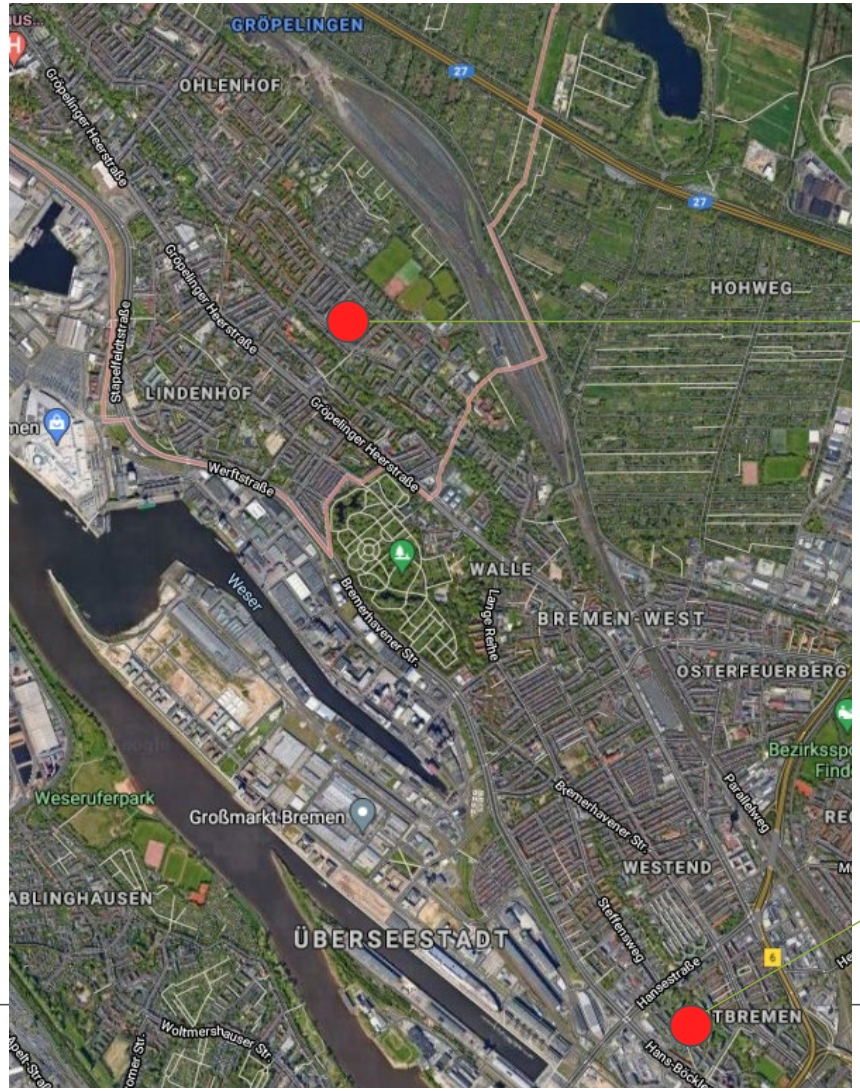
- Bis zu 35 Babys starben allein von 1990-1995 in der Herzchirurgie aus organisationalen Gründen
- Personalmangel, Club-Kultur einiger Ärzte, laxer Umgang mit Sicherheitsstandards, falsche Verschwiegenheit über die koll. ärztliche Arbeit.

(vgl. Bristol Inquiry 2001, Weick/Sutcliffe 2003)

Folge: Etablierung einer unabhängigen öffentlichen Gesundheitskommission (2001-2004).

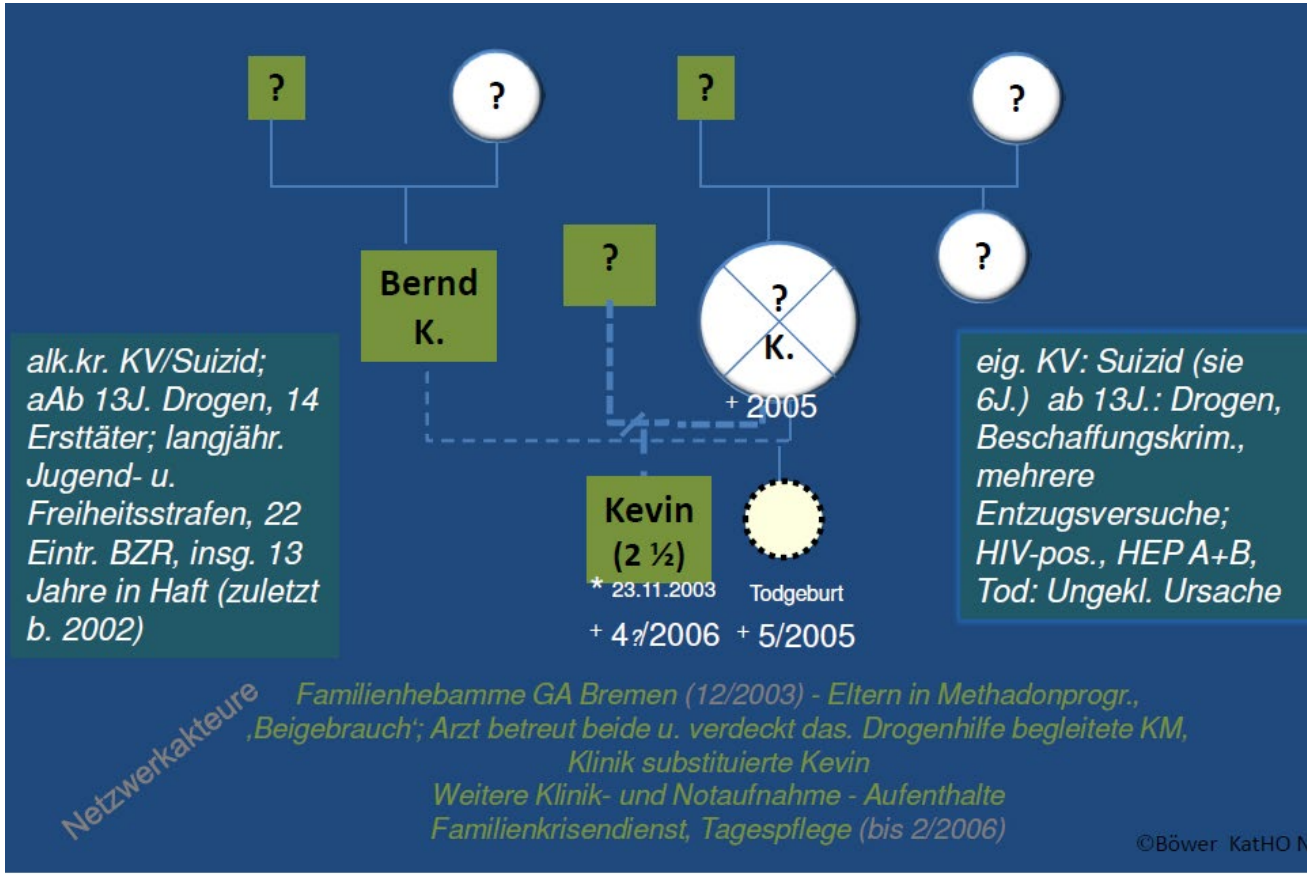
Untersuchungsbericht: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20090811143746/http://www.bristol-inquiry.org.uk/ (2.11.2021)

(2) Der „Fall Kevin“ (2004-2006) – zentrale Fehler im Fallverlauf (rückblickend)

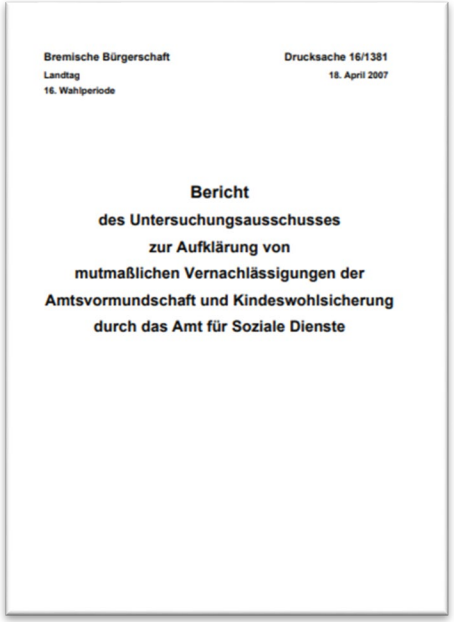


Hintergründe und Folgen

2 ½ jähriger Junge mit Eltern aus Suchtmilieu, Tod durch Gewalteinwirkung des Lebenspartners der Mutter („Ziehvater"; beide Eltern: belastete Kindheit, Delikte), Auffinden des toten Kindes in dessen Wohnung bei Versuch der Herausnahme; Vormund hatte 250 Mündel, fallführender Case-Manager im Jugendamt betrieb Ankündigungspraxis, mehrere Entzugsversuche, Methadon-Programm, mehrere Polizeieinsätze, substituierender Arzt als Fürsprecher des „Ziehvaters", viele Hilfen, viele Hinweise (Klinik, Familienhebamme, SP'in i.AJ., Tagespflege). Einsparpolitik in den städt. Ämtern. Fachlich zuständige Senatorin übernimmt Verantwortung und tritt zurück. Untersuchungsausschuss im Landtag; Amtsleiter wird versetzt; Vormund verurteilt, Case-Manager nicht verhandl.fähig; Stadtgemeinde nimmt 2008-2010 an Bundesmodellprojekt ‚Aus Fehlern lernen' teil.



Untersuchungsbericht: http://www.pantucek.com/bremen_kevin.pdf (3.11.2021)


Bremische Bürgerschaft
Landtag
16. Wahlperiode

Drucksache 16/1381
18. April 2007

Bericht
des Untersuchungsausschusses
zur Aufklärung von
mutmaßlichen Vernachlässigungen der
Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung
durch das Amt für Soziale Dienste

▶ Fehlersammlung und Impulse für organisationale Veränderungen

- „Fehlende Fallsteuerung" durch Casemanager (Paradox): Weder Hilfeplanung, noch aktive Fallbegleitung [trotz 8a]. Keine Ziel-, keine pers. Situationsüberprüfung (Hausbesuche).
- Es drängt sich der Eindruck auf, ihm sei es nur um den **Vater**, nicht aber um die Not des Kindes gegangen [Elternzentrierung, ‚Kind als Stabilisator'].

- Mangelhafte Aktenführung: Keine Wiedervorlagefristen, Arbeitsschritte waren nicht dokumentiert – aber auch: Kein Vertretungssystem [‚Zufallsprinzip', [vgl. BB 2007: 142]

- „Probleme bei der Risikoeinschätzung": Kein Zusammenwirken v. Fachkräften; Kinderarzt nicht einbezogen; vielmehr situativ auf Einschätzungen des Subst.arztes vertraut; beide deckten den ‚Beigebrauch' des SV. Keiner der drei beteiligten Männer sah die Aggression; Casemanager negiert, blieb konstant bei Darstellung als ‚liebevoller Vater'.

Folge: BQZ (2009)

bremen
Amt für Soziale Dienste

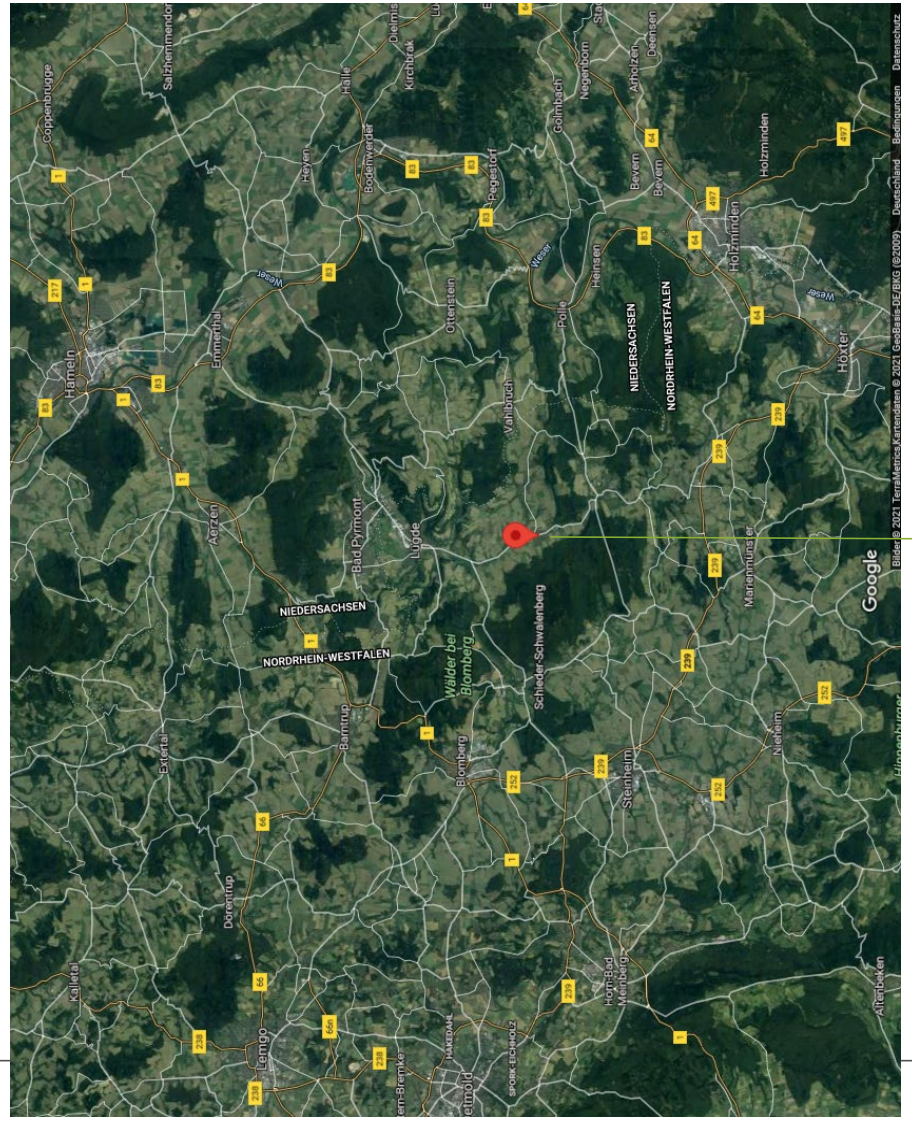
BQZ
Der Bremer Qualitätsstandard:
Zusammenarbeit im Kinderschutz

Wir schützen Kinder gemeinsam und gern.

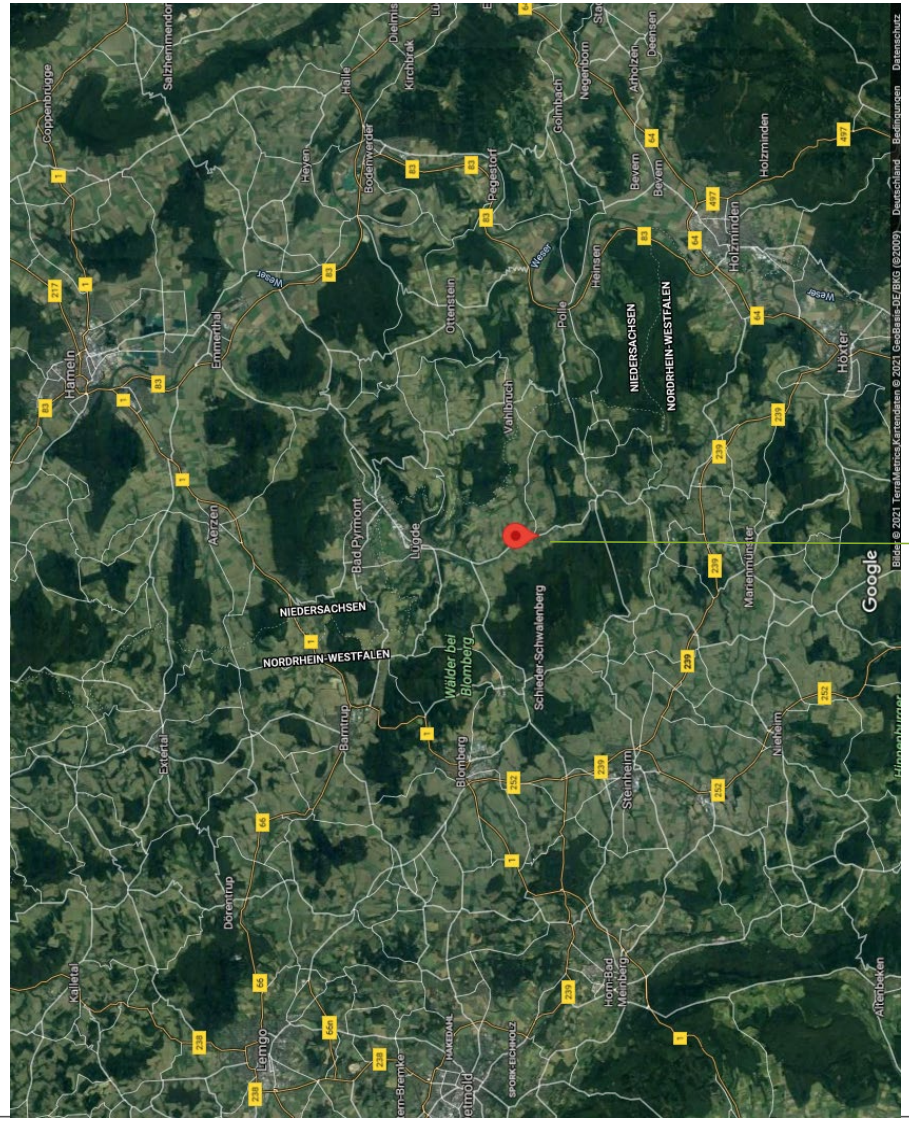
- Verantwortungsverlagerung an Andere, die auch ausging von Amtsvormund, von Trägern, Trägern, Klinken und der ASD-Leitung. So war zwar der CM als entscheidungsschwach bekannt, Hinweisen wurde im Team, aber insbes. von der Teamleitung keine Aufmerksamkeit geschenkt, die diese zu planvollem Handeln führte [Fürsorgepflicht,Wächteramt]!
- ‚Aus Zeitgründen' keine Dienstaufsicht; schwache Fallberatungskultur [vgl. BB 2007:126, 130, 132]
- Ein Klima, über Fehler zu reden, war (zumindest vor Ort) nicht vorhanden [249]

BB= Bremische Bürgerschaft, Untersuchungsbericht. Download: http://www.pantucek.com/bremen_kevin.pdf (3.11.2021)

(3) „Lügde“ – Parallelen und neue Fehlerquellen



6 jähriges Mädchen seit 2016 in Pflegestelle bei Lügder Dauercamper Andreas V. (56) untergebracht, erleidet sex. Gewalt durch A. und den 33jähr. Mario S. (Steinheim), Stand 2019: mind. 34 betroffene Kinder (28 Mädchen, 6 Jungen), Täterkreis: 9 Beteiligte. Jugendämter aus Hameln-Pyrmont, Detmold und Höxter betroffen: massive fachliche Fehler in der polizeilichen Ermittlungsarbeit sowie in der Arbeit der beteiligten Jugendämter, Akten werden durch Hamelner Jugendamtsmitarbeiter manipuliert (Versetzung u. Freistellung), Untersuchungsausschuss des NRW-Landtages (laufend) fördert erhebliche Fehler zu Tage: Hinweise und Gefährdungsmeldungen werden nicht verfolgt, nicht in Zusammenhang gebracht, nicht weitergegeben und Beobachtungen nicht als relevant interpretiert bzw. offenbar gar nicht reflektiert. Hamelner Landrat Bartels tritt aus Gründen des Burnouts zurück u. räumt schriftlich erhebliche Fehler ein (5/2021).



Fehler in Lügde

(unvollständige Darstellung wegen nicht abgeschlossener Aufarbeitung)

Kind in Pflege gegeben und dort belassen trotz Gefährdungsmeldungen und Wahrnehmungen

Gefährdungsmeldungen nicht weitergeleitet und nicht im Zusammenhang gesehen

Klinische Diagnostik eines betroffenen Kindes nicht einbezogen und ausgefallene Behandlungstermine nicht als relevant eingeschätzt

Aufsuchende SPFH ohne Folgemaßnahmen eingestellt, trotz unklarer Fallsituation und noch laufender Abklärung eines Gefährdung

Sozialarbeiter der SPFH duzten den Pflegevater („der Adi“) und tranken mit ihm Bier

Träger und Sozialarbeiter führten keine Dokumentation, entfernten Dokumentationen

Belegendes fallführendes Jugendamt kommunizierte nicht mit örtlichem Jugendamt. (Benachbarte) Jugendämter gingen Meldungen nicht nach.

bei der Polizei gingen Beweismaterialien verloren, ein Kommissaranwärter sicherte Beweise,

Vorgesetzte ließen Akten ergänzen und Landräte hatten später vorgeblich keine Erinnerung an den Fall

. . .

Fehler im Kinderschutz – eine Systematisierung

Tabelle 1: Operative Fehler und strukturelle Mängel im Kinderschutz

Operative Fehler des Personals	Strukturelle Mängel der Organisation
Nichtbefolgung organisatorischer Regeln („Dienstvorschriften“)	Ungenügende Quantität und Qualität organisatorischer Regeln
Nichtbefolgung professioneller Standards („mangelhaftes Fallverstehen“)	Arbeitsbedingungen, die die Erfüllung professioneller Standards verhindern
Nichtwahrnehmung von Signalen („fehlende Achtsamkeit“)	Defizitäre Organisationskultur und Personalentwicklung
Mangelnde Zusammenarbeit, mangelhafter Informationsaustausch	Defizitäre Kooperationsstrukturen und Informationskanäle

Darstellung n. Klatetzki 2020

(4) Aus Kinderschutzfehlern lernen – wie gelingt guter Kinderschutz eher?

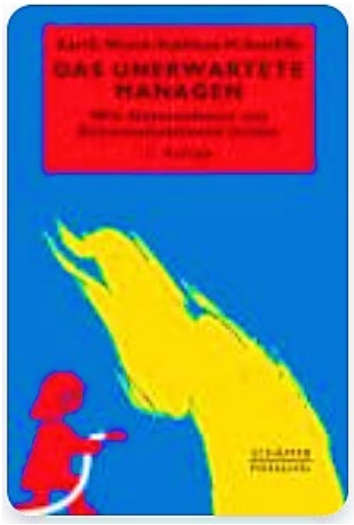
Es braucht Wissen, Können, Haltung über Kindeswohl, Gewalt, Gewalt in Familien, Organisationen & Täter:innenstrategien…

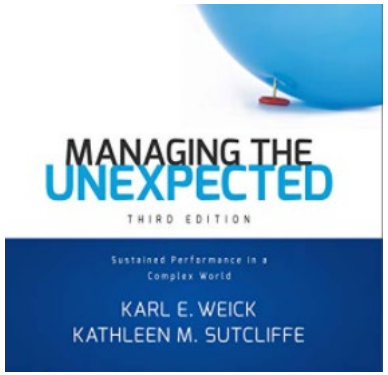
. . . **nicht** um **nie wieder** etwas falsch zu machen, sondern damit man **weiß, was wichtig ist**, um **mehr richtig** zu machen!

Wie gelingt guter Kinderschutz eher?

- Es gibt Organisationen, die in dynamischen, komplexen und risikobehafteten Umwelten ihre Arbeit außergewöhnlich gut bewerkstelligen.
- Sie zeichnen sich durch achtsame Praxen auf allen Ebenen der Organisation aus.
- Sie können nur bedingt experimentieren und die Folgen von Fehlern haben unmittelbare und oft dramatische Auswirkungen.

Solchen „High Reliability Organizations (HRO)“ gelingt es, die Eskalation von Fehlern früh zu stoppen.





Wie gelingt guter Kinderschutz eher?

Die Aufmerksamkeit auf Abläufe und Fehler richten.

Groben Vereinfachungen widerstehen.

Sensibel kleine Störungen (schwache Signale) wahrnehmen.

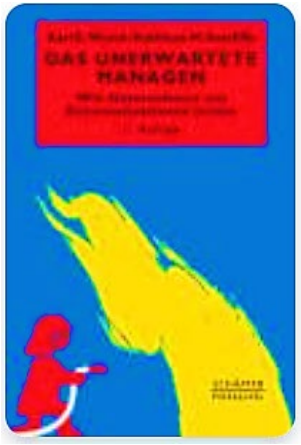
Flexibel reagieren.

Die Orte des jeweils größten Sachverstandes nutzen.

(Weick/Sutcliffe 2010; Merchel 2004, Böwer 2008 u. 2012)

Kultur kollegialer Achtsamkeit

in Organisationen mit hoher Zuverlässigkeit



Beispiel: Wie Jugendämter die Aufmerksamkeit auf Fehler lenken

„Man kann immer schöne große Vereinbarungen abschließen, wo alles drinsteht. (…) Dem kann ich einiges abgewinnen. Weil dem geht ja auch so‘n Meinungsbildungsprozess voran. Aber es ist dann trotzdem immer noch wichtig im Alltag zu gucken, wie sind im konkreten Einzelfall die Dinge gelaufen, und wenn sie mal nich so gut gelaufen sind. Wir warn heute wieder, meine Gruppenleiterin und ich, wir warn heute wieder in der Wache und ham am Beispiel eines Einzelfalls das Problem sozusagen diskutiert. Da gab‘s so zwei, drei Stolpersteine, die also im, im Einsatzverlauf stattgefunden haben. Und es war zu gucken, is des sozusagen ein Prinzip, oder war das hier nur mal nen Ausrutscher?“

(Interview 3, Frau O., Abteilungsleiterin eines Großstadtjugendamts)

Beispiel: Groben Vereinfachungen widerstehen

„Es reichte ihm für seine Einschätzung offensichtlich aus, dass der Ziehvater bei den wenigen Begegnungen, bei denen dieser auch das Kind dabei hatte, stets den Eindruck eines liebevollen, bemühten Vaters vermittelte.“

(Bericht des Untersuchungsausschusses der Bremischen Bürgerschaft vom 18.4.2007 , S. 101, zur Arbeit des fallführenden Casemanagers)

Beispiel: Ein feines Gespür für betriebliche Abläufe haben

„Es is besser äh grad: so bei Missbrauch, was eh dann so schwammig is und äh: wenn‘s nich eindeutig nachweisbar is, denn ham wir mehr Schaden angerichtet als Nutzen und äh: da.. genauer zu recherchieren und die Sachverhalte abzuprüfen. Also. Das ham wir so daraus gelernt. Also nich übereifrig, ne? Also die Einrichtung rief ja zwei Tage, wie gesagt vor der Schließzeit an. Beobachtet hat sie das aber schon länger:, dies Sexualverhalten des Kindes, aber zwei Tage vor der Schließzeit meinten se- meinten die ebend: also jetzt müssen wir Alarm schlagen, wir machen drei Wochen zu: um Gottswillen.“

(Interview 1, Frau A., ASD-Leiterin einer kreisfreien Stadt zur KW-Meldung einer Kita)

Beispiel: Nach Flexibilität streben

„Dann, zum Andern, =is glaub ich wichtig, ähm, dass nicht nur ne gewisse: Autonomie in der Entscheidung ähm der einzelnen Sozialarbeiter besteht, sondern die is tatsächlich gegeben. Vor dem Hintergrund, dass jeder Sozialarbeiter die Entscheidung, die er trifft, auch Verantwortung, verantworten muss, ähm, muss ich ihm natürlich... seine innere- irgend- oder- =muss ich ihm seine Innovationen erhalten!“

(Interview 2, Herr M., ASD-Leiter einer Kreisstadt zu Maßstäben für Verfahrensanweisungen)

Beispiel: Die Orte des größten Sachverstandes nutzen

„Ne? Und seit dem machen wir regelmäßig Teamberatung. Das is mir ganz ganz wichtig gewesen. Das gab‘s vorher nich. (...) oder wenn man jetzt genauer und präziser werden will, brauch man das Team, brauch man ja auch die Teamberatung. Brauch man die Auseinandersetzung auch. Weil: Alle sind Individualisten und das, da muss man sich auch zusammenraufen, ne? Das ist ganz einfach so.
(…)
Und ähm manchmal ist es eben nicht sinnvoll, mit der Tür ins Haus zu fallen, sondern wirklich die Meldung aufzunehmen, Beobachtungen zu machen, abzusprechen: wer, wann- schriftlich festzuhalten, zu dokumentieren. Aber auch die Psychologin vielleicht schon mit ins Boot zu holen.“

(Interview 1, Frau A., ASD-Leiterin einer kreisfreien Stadt)

Weiter nachdenken!

(2020)

Zur Vertiefung zum „Fall Kevin" & zu „Lügde"

Open Access:
https://media.suub.uni-bremen.de/bitstream/elib/4311/1/BremerSchriften_Sommerhochschule19_final.pdf

(2020)

Zur Praxisrezeption des Achtsamkeitsansatzes – Studie zu »Institutionellen Schutzkonzepten in Einrichtungen der Erziehungshilfe (ISkE)«

Bundesministerium für Bildung und Forschung

WIN_innovation

(2021)

Zum aktuellen Forschungsprojekt: KiS – Kinderschutz im Studium Sozialer Arbeit. Beitrag gemeinsam mit Regina Rätz (ASH Berlin).

Vom „Fall Kevin“ bis „aus Lügde lernen“ – Kinderschutzfehler und Wege zu einem „gelingenderen Kinderschutz“

19. Dilborner Fachtagung. 4. November 2021

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt:

Prof. Dr. Michael Böwer

m.boewer@katho-nrw.de