

Der Umgang mit Fehlern im Kinderschutz. Eine kritische Betrachtung.

In der Sozialen Arbeit gibt es seit einiger Zeit eine vermehrte Beschäftigung mit den Fehlern des organisierten Handelns sozialer Einrichtungen und Dienste (Mörsberger 2005, Karner 2007, Munro 2008, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009, Fegert et al. 2010, Biesel 2011, Kindler 2011, Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik 2012, Wolff et al. 2013, Biesel/Wolff 2014, Menk/Schrapper 2014, Seibel/Treis 2017). Auslöser für dieses Interesse an Fehlern waren zum einen jene Kinderschutzverläufe, in denen es zu schweren Misshandlungen oder Vernachlässigungen von Kindern kam, und zum anderen die Prozesse, die mit dem Tod von Kindern endeten. Um zu klären, warum es den sozialen Diensten und Einrichtungen in diesen Fällen nicht gelang, ihrem gesetzlichen Auftrag nachzukommen und Kindeswohlgefährdungen abzuwenden (§ 8a SGBVIII), werden üblicherweise Untersuchungen in Auftrag gegeben, die in der Regel drei Zwecke haben: Sie haben erstens die Aufgabe, die Ursachen zu identifizieren, die die organisatorischen Fehlleistungen bewirkt haben. Sie haben zweitens den Auftrag, Maßnahmen zu benennen, um zukünftig fehlerhaftes Handeln zu verhindern. Und drittens dienen sie dazu, Instanzen und/oder Personen zu identifizieren, die für die Verursachung der Fehler verantwortlich sind.

Dieses Vorgehen ist mit zwei übergeordneten Zielen verbunden. Es geht zum einem darum, aus Fehlern zu lernen. Die beiden ersten Aufgaben der Untersuchungen – die Identifikation von Ursachen und die Vorschläge für Verbesserungen - dienen diesem Ziel. Das angestrebte Organisationslernen lässt sich in Form eines Rückkoppelungsmechanismus („single loop learning“, Argyris/Schön 1978) verstehen, indem die Ergebnisse der Fehleranalyse zu einer Korrektur des Organisationshandelns führen und somit zukünftige negative Resultate ausbleiben.

Das zweite mit den Untersuchungen verbundene Ziel, ist die Reproduktion rechtlicher und moralischer Ordnung, denn dem Jugendamt obliegt nicht nur die Gesamtverantwortung für das Handeln in der Kinder- und Jugendhilfe, es hat insbesondere auch eine Garantenstellung, die es zum Tätigwerden, insbesondere bei Gefahr, für Kinder und Jugendliche verpflichtet. In den Untersuchungen geht es daher auch immer darum festzustellen, ob die zuständigen Mitarbeiterinnen den mit ihrer Berufsrolle verbundenen Rechten und Pflichten nachgekommen sind. Wenn in den Untersuchungen dargelegt wird, dass die Mitarbeiterinnen gegen rechtliche und/oder organisatorische Regeln sowie professionelle Standards verstoßen haben und dass dadurch der Kinderschutzprozess einen negativen Verlauf genommen hat, werden sie moralisch und möglicherweise auch strafrechtlich verantwortlich gemacht. Die Zuweisung von Verantwortung ist mit negativen Sanktionen verbunden, denen in einem spezial- oder generalpräventiven Sinn eine ordnungsstabilisierende Funktion zukommt.

Im Folgenden möchte ich diesen gegenwärtigen Umgang mit Fehlern und Verantwortung in der Kinder- und Jugendhilfe einer kritischen Betrachtung unterziehen. Zu diesem Zweck werde ich zunächst auf das Vorgehen und die Struktur von Fehleranalysen bei der Untersuchung von tragischen Kinderschutzverläufen in der Kinder- und Jugendhilfe genauer eingehen (1) und anschließend die Reaktionen des Personals und Managements auf diese Vorgehensweise skizzieren (2). Im dann folgenden Abschnitt präsentiere ich die für diesen Artikel zentrale These, nämlich, dass die Fehler im Kinderschutz auf der Produktion von Nichtwissen in den Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe beruhen (3). Den Abschluss der Ausführungen bildet ein kurzer Vorschlag für die Neustrukturierung des Kinderschutzes in Form einer klugen Organisation (4).

1. Die Struktur von Fehleranalysen in den Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe

Mit der Untersuchung von Fehlleistungen in der Kinder- und Jugendhilfe werden in der Regel externe Expertinnen und Experten als Gutachterinnen beauftragt. Es sind aber auch parlamentarische Untersuchungsausschüsse eingesetzt worden, um eine missglückte Kinderschutzmaßnahme zu untersuchen, und ebenso werden auch durch interne Abteilungen der zuständigen Behörden im Sinne einer internen Revision Fehleranalysen durchgeführt (Bremische Bürgerschaft 2007, Schrapper 2013, Biesel/Wolff 2014, Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2015, Jugendhilfeinspektion Hamburg 2016, Kindler et al o.J.). Da es sich bei den sozialen Diensten und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe nicht um Organisationen handelt, die mit einem technischen System arbeiten, entfällt als Ursache für die Fehlleistungen technisches Versagen („Materialfehler“) und das Interesse kann sich auf „human error“ in dem Sinne richten, dass nach Fehlern im Handeln einzelner Personen sowie in der Zusammenarbeit des Personals innerhalb und zwischen Organisationen gesucht wird. Zudem richtet sich die gutachterliche Aufmerksamkeit auf die sozialen Bedingungen der Arbeitsplätze, auf die „strukturellen Mängel“ der Organisationen. Um diese Fehlerquellen zu identifizieren, wird in den Untersuchungen üblicherweise zunächst der Fallverlauf zeitlich rekonstruiert. Die Grundlage hierfür bilden in der Regel die vorhanden schriftlichen Dokumente und Akten. Zudem werden Interviews und Gespräche mit den in den Fall involvierten Mitarbeiterinnen durchgeführt. Es gibt aber auch Untersuchungen, die sich allein auf die vorhandenen Akten und Dokumente stützen (Schrapper 2013).

Auf der Basis des rekonstruierten Fallverlaufs werden dann Entscheidungen, Handlungen und strukturelle Arbeitsbedingungen ausfindig gemacht, die – wären die Entscheidungen und Handlungen anders ausgefallen oder hätten die strukturellen Bedingungen ein anderes Arbeiten ermöglicht – einen veränderten Fallverlauf zur Folge gehabt hätten. Der veränderte Fallverlauf, so die Annahme, hätte dann nicht zu den negativen Konsequenzen, der Misshandlung, Vernachlässigung und/oder dem Tod des Kindes geführt. Die Untersuchungen konzentrieren sich dabei zum einen auf die Identifikation operativer Fehler auf der Ebene des konkreten Handelns, zum anderen geht es um die Feststellung der

Organisationsmängel (wie z.B. die Arbeitsbelastung oder die Personalfluktuation), die die operativen Fehler bedingen bzw. wahrscheinlich machen. Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die in den oben erwähnten Untersuchungsberichten typischerweise genannten operativen Fehler und strukturellen Mängel.

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 |

Mit dieser Identifikation von operativen Fehlern und strukturellen Mängeln ist in den Untersuchungsberichten dann eine implizite und/oder explizite Zuweisung von Verantwortlichkeiten verbunden. Die Verantwortung für operative Fehler lässt sich konkreten Personen zurechnen, wenn sie organisatorische Regeln missachtet, professionellen Standards nicht entsprochen, Signale nicht wahrgenommen, Kooperationen unterlassen und/oder Informationen nicht beachtet oder weitergegeben haben. Für strukturelle Mängel lassen sich dagegen in der Regel keine konkreten Personen benennen, da zum einen nicht (mehr) feststellbar ist, aufgrund welcher Entscheidungen von welchen Personen sich die ungenügenden Arbeitsbedingungen wie z.B. eine zu hohe Fallzahl („case load“) pro Mitarbeiterin eingestellt haben. Mit der Benennung struktureller Mängel geht dann eine Verantwortungsdiffusion einher. Zudem etablieren sich soziale Strukturen z. B. in Form von mangelnden Informations- und Kooperationsstrukturen im Laufe der Zeit auch ohne explizite Entscheidungen auf der Basis sich einstellender Routinen, so dass auch hier eine Zurechnung von Verantwortung auf Personen nicht möglich ist.

Die in den Untersuchungen gewonnenen Erkenntnisse bilden zugleich die Basis für Empfehlungen, um das Auftreten von Fehlern zukünftig zu vermeiden und organisatorisches Lernen realisieren zu können. Diese Empfehlungen haben in den letzten Jahren ihren Niederschlag in sozialen Diensten und Einrichtungen in den unterschiedlichen Varianten eines Risikomanagements gefunden, bei dem es einmal darum geht, die Kompetenzen des Personals zu steigern (z.B. Fortbildungen zur Entwicklung von Achtsamkeit, s. Brückner/Böwer 2015) und bei denen es zum anderen um die Beseitigung struktureller Mängel geht (z.B. durch die Formalisierung von Vorgehensweisen, s. Donath et al. 2018, oder auch durch die verbindliche Nutzung von Computerprogrammen, s. Bode/Turba 2014).

1.1. Probleme von Fehleranalysen in der Kinder- und Jugendhilfe

Die Untersuchungsberichte über operative Fehler und strukturelle Mängel basieren auf einer Rekonstruktion eines vergangenen Geschehens, das die Sichtweise der Gutachterinnen artikuliert (Dekker 2014). Diese Fallrekonstruktionen weisen dabei in der Regel vier problematische Eigenschaften auf: Die Untersuchungsberichte sind 1. aus einer Außenperspektive und 2. retrospektiv formuliert. Sie arbeiten 3. mit kontrafaktischen Realitätskonstruktionen und sind 4. moralisch bewertend. Mit diesen vier problematischen Eigenschaften ist folgendes gemeint:

Ad 1: Die Außenperspektive

Die Untersuchungsberichte stellen die Sichtweise der Gutachterinnen über den Fallverlauf dar. Die Gutachterinnen waren aber bei den tatsächlichen Ereignissen nicht anwesend. Sie wissen daher nicht, wie der Fallverlauf aus der Innenperspektive, aus der Sicht des Personals, das in den Fall involviert war, ausgesehen hat. In den Untersuchungsberichten (Bremische Bürgerschaft 2007, Schrapper 2013, Biesel/Wolff 2014, Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg 2015, Jugendhilfeinspektion Hamburg 2016, Kindler et al o.J.) finden sich keine verstehenden Rekonstruktionen der Sichtweise des Personals. Wenn das Personal zu den Ereignissen befragt wird (was nicht immer der Fall ist), dann dienen diese Befragungen im Wesentlichen der Gewinnung von Informationen, um Fehler identifizieren zu können. Eine verstehende Rekonstruktion des Geschehens aus der Innenperspektive ist jedoch geboten, wenn man unterstellt, dass das Personal mit seinem Handeln die Kindeswohlgefährdungen und/oder Tod von Kindern nicht herbeiführen will, sondern im Gegenteil die Absicht hat, alles Nötige zu tun, um das Kindeswohl zu gewährleisten. Wenn man also unterstellt, dass das Personal keine Fehler machen will – und diese Unterstellung dürfte sinnvoll sein -, und dass daher das Personal seine Handlungen in den jeweiligen Situationen als angemessen und richtig angesehen hat, dann muss man die situativen Handlungsrationaltäten im Fallverlauf rekonstruieren, denn nur dann kann man erklären, warum das Personal so und nicht anders gehandelt hat. Nur vor dem Hintergrund eines solchen Verstehens aus der Innenperspektive, lassen sich dann adäquate Erkenntnisse für das organisatorische Lernen gewinnen. Die Außenperspektive ist nicht in der Lage solche Erkenntnisse zu generieren, zumal sie noch mit weiteren Einschränkungen und Verzerrungen verbunden ist.

Ad 2: Retrospektivität

Die Außenperspektive ist stets auch eine retrospektive Perspektive (Paget 1988, Dekker 2014)). Für die Gutachterinnen liegt der Fallverlauf in der Vergangenheit. Sie überblicken daher den gesamten Prozess und sie wissen, welches fatale Resultat die Ereignisfolge gehabt hat. Im Gegensatz dazu haben die in den Fallverlauf involvierten Mitarbeiterinnen keinen Überblick über all das Geschehen, das ihren Handlungsentscheidungen vorausgegangen ist, und sie wissen auch nicht, welche Folgen sich aufgrund ihres Handelns ergeben werden, denn niemand kann in die Zukunft sehen. Die retrospektive Perspektive ist

somit eine Perspektive des Mehrwissens. Und mit diesem Mehrwissen sind im Hinblick auf die Fehler-
suche nun zwei Probleme verbunden, die als Ergebnis-Verzerrung („outcome bias“, Baron/Hershey
1988) und als Rückschauverzerrung („hindsight bias“, Pohl 2004) bezeichnet werden.

Das Wissen über das negative Resultat des Fallverlaufs, die Ergebnisverzerrung, führt dazu, dass sich
die Bewertung der im Fallverlauf getroffenen Entscheidungen und ausgeführten Handlungen ändert.
Weil man aus der Perspektive des Rückblicks das negative Ergebnis kennt, wird angenommen, dass es
durch negative Handlungen bewirkt worden ist, denn negative Resultate müssen doch negative Ursa-
chen haben. Aber eine solche Annahme ist unangemessen, denn auch richtige Entscheidungen und
Handlungen können negative Ergebnisse bewirken, ebenso können negative Entscheidungen und
Handlungen positive Konsequenzen haben. Die Ergebnisverzerrung führt dazu, dass die Komplexität
von Handlungsverkettungen nicht gesehen wird, sie bewirkt stattdessen eine voreingenommene, se-
lektive Suche nach bestimmten, als negativ bewerteten Entscheidungen und Handlungen.

Diese durch das Mehrwissen aus der Außenperspektive bewirkte Selektivität ist zugleich mit einer
Rückschauverzerrung verbunden. Dieser „hindsight bias“ ändert die Art und Weise, wie die früheren
Entscheidungen und Handlungen im Fallverlauf betrachtet werden: Die Rückschauverzerrung führt
dazu, dass die Intransparenz, Komplexität und lose Verkoppelung der ursprünglichen Situationszusam-
menhänge drastisch unterschätzt wird. Stattdessen wird das Geschehen als eine einfache, lineare, kau-
sale und daher vorhersagbare Abfolge von situierten Handlungen wahrgenommen, in der es nur binäre
Entscheidungen – richtig oder falsch – gibt. Was sich aus der Innenperspektive als Mehrdeutigkeit,
Informationsmangel, moralisches Dilemma, Interessenkonflikt, Intransparenz, Unverbundenheit,
Nichtwissen und/oder Nichtvorhersehbarkeit darstellt, wird auf diese Weise nicht wahrgenommen,
mit der Folge, dass die Kontrollierbarkeit des situativen Geschehens im Fallverlauf drastisch über-
schätzt wird¹.

Ad 3: Kontrafaktische Konstruktionen

Dass in den Untersuchungsberichten mit kontrafaktischen Konstruktionen gearbeitet wird, meint, dass
im Zusammenhang mit der Fehleridentifikation darauf hingewiesen wird, was die Akteure hätten tun
sollen oder nicht hätten tun sollen (Dekker 2014). Es werden von den Gutachterinnen alternative Mög-
lichkeiten des Entscheidens und Handelns aufgezeigt, von denen angenommen wird, dass sie einen
veränderten Fallverlauf zur Folge gehabt hätten. Dieses Vorgehen ist kontrafaktisch, weil imaginäre

¹ Metaphorisch formuliert wird aus der Außen- und Rückschauerspektive der Prozessverlauf wie ein Eisen-
bahnzug gesehen, der auf eine Katastrophe zurast. Damit diese Metapher das Geschehen in Kinderschutzpro-
zessen angemessener repräsentiert, müsste hinzugefügt werden, dass die Reisenden und das Zugpersonal nicht
nur nicht wissen, wohin die Reise geht, sondern sie wissen auch nicht, dass sie im selben Zug sitzen und wer,
warum und wie die Weichen stellt.

Realitäten erzeugt werden, die nicht vorhanden waren. Diese kontrafaktischen Imaginationen werden möglich durch das Mehrwissen der Gutachterinnen. Es sind deren mentale Erfindungen, kognitive (und wohl auch emotional motivierte) Reaktionen der Gutachterinnen auf die Rekonstruktion des Fallverlaufs aus der retrospektiven Außenbetrachtung. Diese Reaktionen tragen jedoch zur Erklärung des Fallverlaufs, zu der entscheidenden Frage, warum Personen so und nicht anders gehandelt haben, nichts bei.

Aber die kontrafaktischen Konstruktionen bewirken etwas Anderes. Ihre wesentliche Funktion besteht darin, dass durch das Aufzeigen anderer Möglichkeiten suggeriert wird, dass die fatale Konsequenz vermeidbar war, dass der Fall anders verlaufen wäre, wenn die Mitarbeiterinnen sich gemäß den aufgezeigten Möglichkeiten anders entschieden hätten. Die kontrafaktischen Konstruktionen transportieren auf diese Weise die unausgesprochene Prämisse, dass die Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe in der Lage sind, die für den Kinderschutz nötigen Leistungen zu erbringen – man muss eben nur richtig entscheiden und handeln.

Ad 4: Moralische Bewertungen

Die von außen vorgenommene, retrospektive Betrachtung des Fallverlaufs und die Konstruktion kontrafaktischer Realitäten arbeiten mit der stillschweigenden Annahme, dass Kinderschutzverläufe im Prinzip durch das Personal gemanagt werden können. Die Unterstellung, dass das Geschehen im Kinderschutz durch die Organisationen - wie es im Fachjargon heißt - „gesteuert“ werden kann, ist die Basis für moralische (und möglicherweise auch strafrechtliche) Bewertungen (Weiner 1995). Diese Bewertungen erfolgen in der Form der Zurechnung von Verantwortung. Weil das involvierte Personal auf der Basis seiner professionellen Kompetenz autonom entscheiden kann, weil es also hätte anders handeln können, weil das Geschehen damit einen anderen Verlauf genommen hätte, weil es aber eben das nicht getan hat, deshalb ist es für das Geschehen verantwortlich.

Indem in den Untersuchungsberichten im Rahmen einer retrospektiven Außenperspektive in einer selektiven (die Ergebnisverzerrung) und vereinfachenden Weise (die Rückschauverzerrung) der Fallverlauf rekonstruiert wird, und weil dann mit Hilfe kontrafaktischer Konstruktionen andere Handlungsmöglichkeiten und Fallverläufe aufgezeigt werden, bestätigt diese Form der Fehleranalyse das, was sie voraussetzt, nämlich, dass die Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe prinzipiell in der Lage sind, Sicherheit für Kinder und Jugendliche zu produzieren. Diese sich selbsterfüllende Prophezeiung bildet dann die Grundlage für die Zuweisung von Verantwortung und hat eine systemstabilisierende Funktion. Da ja eine richtige „Fallsteuerung“, ein erfolgreiches „Gefährdungsmanagement“ grundsätzlich möglich ist, steht das System nicht in Frage: es funktioniert - wenn man keine operativen Fehler macht und strukturelle Mängel beseitigt.

2. Reaktionen der Mitarbeiterinnen in der Kinder- und Jugendhilfe

Da die beschriebene Form der Fehleranalyse nun schon seit einiger Zeit praktiziert wird, lassen sich auch einige Informationen darüber zusammentragen, wie die Mitarbeiterinnen in den Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe auf diese Praxis reagieren.

Die Reaktionen der unmittelbar in den tragisch verlaufenden Kinderschutzprozess involvierten Mitarbeiterinnen sind vor allem emotional in Form von Trauer, Angst, Scham und Schuld (Dekker 2013, Calder 2016, Arbeitsgemeinschaft Jugendhilfe AGJ 2017, Klatetzki 2019). Trauer ist eine Reaktion des Selbst einer Person auf einen unwiderruflichen Verlust, und diese Emotion ist bei den Mitarbeiterinnen umso intensiver je mehr sie eine Beziehung zu dem misshandelten, vernachlässigten und/oder getöteten Kind aufgebaut haben oder hatten. Begleitet wird diese Emotion von Gefühlen der Schuld und Scham. Die Mitarbeiterinnen beschuldigen sich selbst, weil sie sich aufgrund ihres professionellen Selbstverständnisses für das Kind verantwortlich fühl(t)en; und zugleich schämen sie sich, weil sie ihrem professionellen Selbstbild nicht entsprechen konnten. Und Angst entwickeln die Mitarbeiterinnen, weil sie fürchten, für die Schädigung oder den Tod des Kindes oder Jugendlichen moralisch und/oder strafrechtlich rechenschaftspflichtig gemacht zu werden. Als Folge dieses emotionalen Erlebens stellen sich oft psychische Symptome ein, die zu den posttraumatischen Belastungsstörungen gezählt werden. Diese Belastungen führen für die betroffenen Personen letzten Endes zur Arbeitsunfähigkeit. In der sozialwissenschaftlichen Literatur werden die Mitarbeiterinnen, die das erleiden, auch als zweite Opfer bezeichnet (Dekker 2013).

Die Gruppe der nicht involvierten Mitarbeiterinnen, die beobachten, was mit Ihren Kolleginnen passiert, reagieren emotional in erster Linie mit Angst, der Angst davor, selbst an einem tragisch verlaufenden Fall verwickelt zu werden und verantwortlich gemacht zu werden. Um dem zu entgehen, haben sich in den Organisationen vor allem drei Handlungsstrategien entwickelt: Erstens handeln die Mitarbeiterinnen nach dem Vorsorgeprinzip in dem Sinne, dass sie sich in Sicherheit bringen, um selbst nicht belangt werden zu können („better be safe than sorry“, Klatetzki 2018). Diese Sicherheitsbestreben dürfte auch dazu beitragen, die Zahl der Inobhutnahmen in der Kinder- und Jugendhilfe seit mehr als zehn Jahren stetig ansteigt, denn im Zweifel ist man auf der sicheren Seite, wenn man ein Kind aus der Familie nimmt.

Das Vorsorgeprinzip hat zum weiteren zur Folge, dass sich die Mitarbeiterinnen bei ihrem Handeln strikt an die von den Organisationen im Rahmen ihres Risikomanagements etablierten formalen Vorgaben halten, damit ihnen keine Regelverstöße angelastet werden können („protocolization“ Hood 2012). Auf diese Weise kommt es in den sozialen Diensten und Einrichtungen zu einer

Regelorientierung statt einer Problemorientierung, was nichts anderes als den Verzicht professioneller Urteils Kompetenzen bedeutet.

Eine zweite Handlungsstrategie des Personals, um nicht individuell verantwortlich gemacht werden zu können, besteht darin, Entscheidungen im Kollektiv zu treffen („herding“, Hood 2012). Auf diese Weise kommt es zu einer Diffusion von Verantwortung: weil alle verantwortlich sind, ist keiner verantwortlich. Eine dritte Strategie besteht schließlich darin, den Arbeitsplatz zu wechseln. Dies trifft vor allem auf den Allgemeinen Sozialdienst (ASD) zu, der in den letzten Jahren vermehrt unter Personalfluktuations und einem Mangel an Fachkräften leidet. Als Grund dafür wird „ein Klima von empfundener Unzulänglichkeit, Unsicherheit oder im schlimmsten Fall Angst vor Fehlern“ genannt (Arbeitsgemeinschaft Jugendhilfe AGJ 2017, S. 10).

Die dritte Gruppierung, das Management der sozialen Einrichtungen und Dienste, reagiert ebenfalls mit Angst auf tragische Fälle. Aber da dieser Personenkreis nicht direkt in die Fallarbeit involviert ist, bezieht sich diese Angst in der Regel nicht darauf, dass man strafrechtlich verantwortlich gemacht werden könnte. Es ist eher die Angst vor dem Verlust an persönlicher Reputation und Autorität sowie organisatorischer Legitimation und finanzieller Ressourcen. Zugleich reagiert das Management mit Ärger, einem Ärger über die operativen Fehler des Personals, der auch die Form von Geringschätzung annehmen kann. Diese emotionale Ausrichtung wird auf der Handlungsebene zum einen daran deutlich, dass das Leitungspersonal auf die Problemfälle vor allem durch die Intensivierung seines Risikomanagements reagiert (KGST 2007, Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik 2012). Zum anderen reagiert das Management mit weiteren Qualifizierungsmaßnahmen und der Etablierung geänderter Ausbildungen (duales Studium), um einerseits eine verbesserte Wahrnehmung von Signalen und die Einhaltung professioneller Standards zu bewirken und um andererseits eine problemlosere Compliance mit organisatorischen Regeln zu erzeugen (Otto 2018).

Wie aus den Reaktionen des Personals und Managements deutlich wird, vollzieht sich der durch die Fehleranalyse angestrebte organisatorische Lernprozess nicht nur in der beabsichtigten Weise, dass z.B. durch weitere Fortbildungen oder Formalisierungen verbesserte Anpassungen vorgenommen werden. Zudem kommt es zu einem unbeabsichtigten Erfahrungslernen, das vor allen in drei Formen auftritt. Das operative Personal lernt erstens, dass die Fehleranalysen für sie als Einzelperson mit negativen Konsequenzen in Form psychischer Belastungen sowie moralischer und/oder strafrechtlicher Verantwortungszurechnungen verbunden sind. Es lernt zweitens, dass es sich daher selbst schützen und in Sicherheit bringen muss, und zu diesem Zweck geht es „auf Nummer sicher“. Und drittens schließlich lernen alle Beteiligten, dass die organisatorischen Fehlhandlungen trotz aller Untersuchungen, Empfehlungen und Veränderungen nicht verschwinden: Es kommt weiterhin zu tragischen

Kinderschutzverläufen. Und das heißt, dass das eigentliche, zentrale Ziel des organisatorischen Lernens nicht erreicht wird. Die Frage, die sich daher unmittelbar aufdrängt, lautet: Woran liegt das?

4. Nichtwissen in den Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe

Meine These zur Beantwortung dieser Frage ist, dass die Fehler im Kinderschutz ein Symptom für ein Problem sind, das in die alltäglichen Arbeitsprozesse der Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe eingebettet ist (Woods et al. 2010). Dieses Problem besteht in der organisierten Produktion von Nichtwissen und der daraus resultierenden unzureichenden Wissensbasis für die Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen. Genauer gesagt kommt die unzureichende Wissensbasis dadurch zustande, dass die Produktion von Wissen gleichzeitig eine Produktion von Nichtwissen ist. Eine Betrachtung der Fehlerproblematik im Kinderschutz unter der Perspektive des organisatorischen Nichtwissens (Weick 1998) scheint mir angemessen zu sein, weil diese Problematik typischerweise nicht in den Fällen auftritt, in denen eine akute Gefährdung festgestellt wird – hier weiß man was los ist -, sondern in den mehrdeutigen Fällen, die als latente Gefährdungen eingestuft werden: hier weiß man nicht, ob ein Kind misshandelt und/oder vernachlässigt wird oder nicht

Dass im Kinderschutz (und generell in der Sozialen Arbeit) das Nichtwissen eine Rolle spielt, wird in der einschlägigen Literatur konzediert, indem das professionelle Handeln als ein Handeln unter den Bedingungen von Ungewissheit (Helsper 2008, Preis 2012) und Komplexität (Schrapper 2004, Kleve 2016) beschrieben wird. Beide Formulierungen implizieren Nichtwissen. Beim Begriff der Ungewissheit ist das Nichtvorhandensein von Wissen offensichtlich, denn eben aufgrund des fehlenden Wissens wird das Handeln im Kinderschutz als ein riskantes und nicht als ein sicheres Handeln bezeichnet. Und auch der Begriff der Komplexität verweist auf fehlendes Wissen, denn komplexe Handlungssysteme sind nicht vollständig beschreibbar und erklärbar, weil weder alle Elemente noch die Arten der Verbindungen zwischen diesen Elementen bekannt sind. Das Nichtwissen spielt auch in jenen Ansätzen eine Rolle, die die Gefährdungseinschätzungen als ein Lesen von Spuren (Althans 2011) oder als Verdachtsarbeit (Franzheld 2017, 2017a) auf der Basis von Indizien beschreiben, denn Spuren und Indizien sind vage und mehrdeutig, sie weisen auf etwas hin, aber man weiß eben nicht in präziser und eindeutiger Weise auf was sie verweisen.

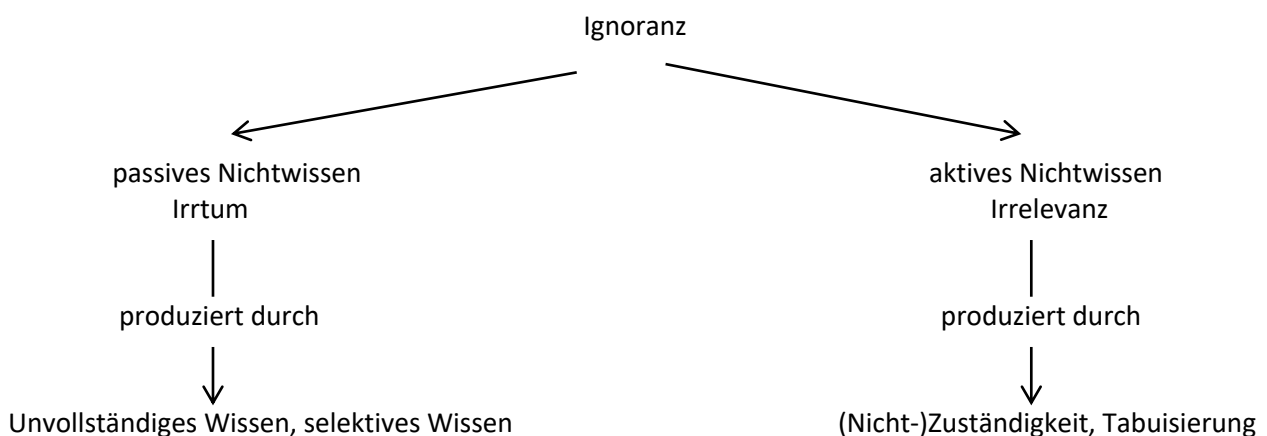
Um das Nichtwissen im Kinderschutz genauer zu fassen, gehe ich nun davon aus, dass nicht nur das in Organisationen verfügbare Wissen ein soziales Produkt einer Mehrzahl von Akteuren ist, sondern, dass auch Nichtwissen durch das kollektive Handeln der Organisationsmitglieder erzeugt wird. Im Einklang mit dieser konstruktivistischen Perspektive verstehe ich Ignoranz in einer relationalen (und nicht absolutistischen) Weise (Smithson 2008). Danach ist ein Akteur A aus Sicht eines Akteurs B ignorant, wenn A nicht übereinstimmt mit oder kein Bewusstsein in Bezug auf Ideen hat, die B als tatsächlich

oder potentiell gültig definiert. Diese Definition erlaubt es B festzulegen, was sie/er unter Ignoranz versteht. Sie erlaubt es auch, sich selbst Nichtwissen zuzuschreiben, da A und B dieselbe Person sein kann. Die Definition umfasst sowohl alle kognitiven Sachverhalte, die A aus der Perspektive von B wissen könnte oder sollte (was aber eben nicht der Fall ist) wie auch alle kognitiven Sachverhalte, die A aus Bs Sicht nicht wissen muss (und auch nicht weiß).

Zur weiteren Präzisierung von Ignoranz im Kinderschutz möchte ich zwei grundlegende Formen des Nichtwissens unterscheiden, nämlich zum einen ein passives und zum anderen ein aktives Nichtwissen (Smithson 1989). In der passiven Form des Nichtwissens wird irrtümlich ein nicht korrektes Wissen verwendet und durch diese Verwendung entsteht das Nichtwissen. A befindet sich hier als Angehöriger eines Denkkollektivs ungewollt in einem falschen mentalen Zustand in Bezug auf von B als gültig oder potentiell gültig definierte Sachverhalte. Dieser Irrtum kann zum einen auf fehlenden Informationen beruhen, d. h., dass A ein unvollständiges Wissen hat, aber dies nicht realisiert. Der Irrtum kann zum anderen aber auch mentale Selektivität und die damit verbundenen kognitiven Einseitigkeiten und emotionalen Befangenheiten zur Grundlage haben. In diesem Fall glaubt ein Kollektiv, dass es über das richtige Wissen zum Verständnis von Arbeitsaufgaben und Sachverhalten verfügt, genau das ist aber nicht der Fall.

Im Fall des aktiven Nichtwissens werden Informationen und Wissensbestände nicht zur Kenntnis genommen, weil sie für irrelevant gehalten werden. Die Produktion von Nichtwissen durch Irrelevanz beruht zum einen auf der beruflichen und organisatorischen Arbeitsteilung und der damit verbundenen Verteilung von Zuständigkeiten und Nicht-Zuständigkeiten: Man weiß nur das, wofür man zuständig ist, man weiß das nicht, wofür man nicht zuständig ist. Und man muss das auch nicht wissen. Zum anderen erfolgt die Produktion von Irrelevanzen durch Tabuisierungen. Hier entsteht Nichtwissen, weil es verboten ist, sich Wissen zu verschaffen. Eine Übersicht über die sich so ergebende Taxonomie des Nichtwissens gibt die Abbildung 1.

Abbildung 1: Formen des Nichtwissens im Kinderschutz



Die in der Abbildung 1 dargestellten Formen des Nichtwissens basieren auf dem Interaktionsgeschehens in Organisationen, es sind kollektive Praktiken, durch die fehlende Informationen, Selektivität, (Nicht-)Zuständigkeiten und Tabuisierungen produziert werden. Diese Praktiken existieren nicht isoliert voneinander, sondern sind miteinander verknüpft und bilden ein Netzwerk des Nichtwissens, das mittels des sozialen Handelns des Personals wie auch der Klienten (re-)produziert wird.

Will man dieses Netzwerk des Nichtwissens im Hinblick auf den Umgang mit Fehlern im Kinderschutz genauer charakterisieren, so bietet sich als Einstieg der Irrtum durch unvollständiges Wissen an, denn auf diese Praxis der Ignoranz beziehen sich die bisherigen Fehleranalysen und Verbesserungsvorschläge. Dabei werden Fehler durch unvollständiges Wissen im Wesentlichen auf zwei Vorgehensweisen zurückgeführt. Zum einen wird darauf hingewiesen, dass vom Personal nicht genügend Informationen registriert und/oder eingeholt worden sind. Zum anderen wird angeführt, dass eine Anwendung vorhandener formaler Regeln vom Personal nicht in hinreichender Weise erfolgte, um Wissenslücken zu schließen und/oder Informationen an andere Instanzen weiterzugeben. Wie bereits erwähnt, versucht man der ersten Problematik in den Einrichtungen und Diensten z. B. durch die Etablierung einer erhöhten kognitiven Achtsamkeit beim Personal und/oder einer Verbesserung der Fragebögen zur Gefährdungseinschätzung zu begegnen. Der zweiten Schwierigkeit versucht man durch eine Erhöhung von Kontrollen und weitere Formalisierungen des Handelns entgegenzuwirken, wobei man sich zunehmend erhofft, dass beides mittels der Einführung von Computerprogrammen bewerkstelligt werden kann.

Aus der Perspektive des Nichtwissens wird man diese Maßnahmen zur Reduktion der Unvollständigkeit des Wissens skeptisch beurteilen, und zwar weil diese Maßnahmen einseitig auf das Handeln des Personals und/oder die Veränderung von formalen Organisationsstrukturen ausgerichtet sind. Ein solcher Zugang übersieht einen basalen Sachverhalt sozialer personenbezogener Dienstleistungen, nämlich dass es sich um interaktive Ko-Produktionen handelt². Und das heißt: Ohne das Mitwirken der Klienten kann das auf Unvollständigkeit beruhende Nichtwissen der Organisationen nicht reduziert bzw. vervollständigt werden. Damit rückt die Rolle der Klienten, besonders der sorgeberechtigten Personen, bei der Produktion von Fehlern ins Blickfeld. Denn würden diese Klienten stets bereitwillig und wahrheitsgemäß darüber Auskunft geben, ob sie das Wohl der ihnen anvertrauten Kinder gefährden oder nicht, dann würde sich die Fehlerquote im Kinderschutz wahrscheinlich dramatisch verringern. Aber eben das ist nicht der Fall. Auf diese Weise besteht der ko-produktive Beitrag der Klienten bei der Erstellung der sozialen Dienstleistungen in der Produktion von Intransparenz, d. h. sie erzeugen die

² Anders formuliert heißt das auch, dass Klienten Quasi-Mitglieder der Organisation sind. Das ignoriert die dominante manageriale Steuerungsideologie.

Unvollständigkeit des Wissens der Dienste und Einrichtungen durch Verschweigen, Ablenken, Bestreiten, Leugnen, Verdrängen, Verheimlichen, Täuschen und/oder Lügen.

Man kann freilich den Eindruck gewinnen, dass die Vertreter des Risikomanagements diese Problematik ahnen, denn in ihren Praxismanualen zur Gefährdungseinschätzung weisen sie ausdrücklich darauf hin, dass es um die Beschaffung „erreichbarer“ Informationen durch das Personal geht (Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2006, Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration 2009). In Bezug auf die Fehlerdiskussion im Kinderschutz wirft eine solche Anweisung aber unmittelbar die Frage auf, wie man es denn mit den nicht erreichbaren Informationen hält: Was, wenn Fehler ihre Ursachen in den Bereichen des Nichtwissens haben, der für die Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe in ihrer gegenwärtigen Verfasstheit nicht erreichbar sind?

Aber diese Problematik wird in der Debatte nicht thematisiert. Und diese Ignoranz hat damit etwas zu tun, dass neben die Produktion unvollständigen Wissens in der Praxis des Kinderschutzes die zweite Form des Irrtums, die selektive Wissensanwendung, tritt. Hier entsteht das Nichtwissen (und die damit produzierten Fehler) dadurch, dass man glaubt, man verfüge über das nötige Wissen, um Probleme zu lösen, aber eben das nicht der Fall ist. Nichtwissen hat seinen Ursprung hier nicht in fehlenden Informationen, sondern darin, dass das verwendete Wissen einen selektiven Charakter hat, dass die einzuschätzenden Sachverhalte und Ereignisse in einer ausschließlich einseitigen Weise gerahmt und mit Sinn versehen werden - und dass damit zugleich unbeabsichtigt ein Nichtwissen über eben diese Sachverhalte und Ereignisse produziert wird.

Organisationstheoretisch betrachtet ist diese Form des Irrtums die Folge der Reifikation organisatorischer Konzepte. Organisationen verwenden Konzepte wie z.B. das der Lebensweltorientierung für die Analyse und Kommunikation der von ihnen bearbeiteten Probleme. Alles was im Rahmen dieser Konzepte beschrieben und reflektiert wird, kann innerhalb der Organisation mühelos kommuniziert und verstanden werden, alles was nicht in das Konzept passt, kann nur unter erheblichen Schwierigkeiten, möglicherweise gar nicht, begriffen und vermittelt werden. Diese Konzepte werden im Laufe der Zeit selbstverständlich und führen zu Reifikationen, d.h. die Organisation hält die Konzepte jetzt für Eigenschaften der Umwelt und sie registriert nicht mehr, dass sie sich durch die Verwendung der Konzepte ihre eigene Umwelt in selektiver Weise schafft (Weick 1978). Da die reifizierten Konzepte als wahr und richtig gelten, begrenzen sie die Umweltwahrnehmung der Organisation in einseitiger Weise und produzieren so Irrtümer.

Um die so erzeugte Form des Irrtums in Form der selektiven Sinnstiftung genauer zu beschreiben, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass das sozialpädagogische Wissen die (potentielle) Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern als ein Erziehungs- und Sozialisationsproblem rahmt. Die

sorgeberechtigten Personen werden durch diese Rahmung als belastete Klienten verstanden, die um ihre Handlungsautonomie ringen, und denen daher durch Hilfsmaßnahmen Unterstützung zu teil werden muss. Die Form dieser Unterstützung soll mittels einer partizipativen, taktvollen Aushandlung erfolgen, die die Würde der Klienten respektiert und so die für soziale Dienstleistungen nötige Ko-Produktion der Klienten gewährleistet. Alberth et al. (2014) sprechen aufgrund dieser Perspektive davon, dass das sozialpädagogische Wissen im Kinderschutz auf einer Klientenorientierung basiert, die sich seit den 1980er Jahren in dezidierter Absetzung zu einer Täter–Opfer Orientierung entwickelt hat (Katz/Hetherington 2006). Für die Autoren richtet diese Sichtweise den Fokus auf „das Verhältnis zwischen (professionellem) Leistungserbringer und (dem Laien) als Leistungsempfänger, nicht aber zwischen verschiedenen beteiligten Leistungsempfängern, deren Interessen möglicherweise scharf gegeneinanderstehen“ (Alberth 2014, S. 28). Im Kinderschutz hat das nun zur Folge, dass die erwachsenen Leistungsempfänger, die Personensorgeberechtigten als Klienten gelten, während die Kinder in den Hintergrund des professionellen Fokus rücken.

Die Klientenorientierung des sozialpädagogischen Wissens bildet eine Grundlage für Irrtümer in Form von Selektivität, weil sie zu einer Verkennung von Fällen führt. Indem erziehungsberechtigte Personen a priori als zu unterstützende Klienten typisiert werden, werden im Kinderschutz die Fälle verkannt, in denen man es statt mit belasteten, um ihre Autonomie ringenden Klienten mit kriminell oder psychopathologisch motivierten Tätern zu tun hat. Diese Personengruppe nutzt die mit der Dienstleistungsorientierung verbundenen Aushandlungs- und Partizipationsmöglichkeiten in strategischer Weise, um Beeinträchtigungen des Kindeswohls systematisch zu kaschieren und zu ermöglichen. Den Täterinnen und Tätern gelingt es in diesen Fällen durch Verheimlichen, Lügen und Manipulieren in den face-to-face Interaktionen mit dem Personal - auf der Vorderbühne (Goffman 1959) - eine familiäre Normalsituation zu inszenieren, die bei Abwesenheit des Personals - auf der Hinterbühne - keine Geltung mehr hat. Die sorgeberechtigten Personen werden in der Folge vom Personal im Rahmen des sozialpädagogischen Wissens als glaub- und damit als vertrauenswürdig eingeschätzt, obwohl sie es nicht sind. Dieser Irrtum aufgrund einer selektiven Wissensverwendung dürfte eine der wesentlichen, vielleicht sogar die wesentlichste Fehlerquelle im Kinderschutz sein³.

Die letzte Aussage dürfte auch in den Fällen ihre Gültigkeit behalten, in denen das Personal die Vermutung hat, dass die Aussagen und Darstellungen der Klienten auf der Vorderbühne nicht authentisch sind, und in denen es daher versucht, im Rahmen der Klientenorientierung durch „Verdachtsarbeit“

³ Den Eindruck gewinnt man, wenn man sich tödlich endende Kinderschutzverläufe wie z. B. die Fälle Kevin, Lea Sophie, Yagmur, Alessio und Taylor, aber auch die neuen Fälle in Staufen und Lügde ansieht. Dabei zeichnet sich ein Muster dergestalt ab, dass das Fachpersonal von den sorgeberechtigten Klienten über die Misshandlungen und Vernachlässigungen getäuscht wird. Da das Personal diese Täuschungen nicht erkennt, hält es die sorgeberechtigten Personen für glaubhaft und vertrauenswürdig und überlässt ihnen (immer wieder) die Kinder - bis zum fatalen Ende.

Franzheld 2017, 2017a) den versteckten, schädigenden Handlungen auf der familiären Hinterbühne auf die Spur zu kommen. Denn für die Aufdeckung versteckter Handlungen, die zu Personenschäden führen, und auch für die Einschätzung des Verhaltens von potentiellen „Gefährdern“, sind üblicherweise die Kriminalpolizei und Geheimdienste zuständig. Diese Organisationen verfügen über das nötige qualifizierte Personal wie auch die nötigen Methoden - z. B. investigative Interviews, Verhöre, Zeugenbefragungen, Spurensicherungen, Observationen – um zu überprüfen, ob es kriminelle Hinterbühnen gibt oder nicht. Die Kinder- und Jugendhilfe besitzt für solche Tätigkeiten weder die rechtlichen Befugnisse, noch hat sie das dafür notwendige kompetente Personal. Wenn sie sich dennoch in so etwas wie Verdachtsarbeit versucht, so beruht das darauf, dass die auf Allzuständigkeit beruhende diffuse Handlungsorientierung (Parsons 1951) in der Sozialen Arbeit es ermöglicht, stete neue Konzepte und -strategien in Theorie und Praxis zu erfinden. Wie diese Verdachtsarbeit in der Interaktion mit den Klienten dann z. B. aussieht, beschreiben Freres et al. (2018). Sie zeigen, dass in den Elterngesprächen von den Fachkräften „Normalitäts“- und „Resilienztests“ durchgeführt werden. Beim Normalitätstest beobachten die Fachkräfte, ob die Eltern darum bemüht sind, während eines Hausbesuchs den Eindruck von Normalität zu vermitteln oder ob ein solches Bemühen nicht wahrnehmbar ist. Beim Resilienztest wird durch das Personal Stress erzeugt und geprüft, ob die Eltern darauf in angemessener Weise reagieren oder nicht. Man kann sich aber leicht vorstellen, dass es Klienten gibt, die beide Tests bestehen, und ihr Kind gefährden. Letztlich dürfte das Personal daher kaum in der Lage sein, zuverlässig zu unterscheiden, ob es mit einer authentischen familiären Normalität (und damit der Vertrauenswürdigkeit der Personensorgeberechtigten) oder einer gekonnt vorgetäuschten Normalität (und damit Unglaubwürdigkeit) konfrontiert ist.

Diese Klientenorientierung der Sozialen Arbeit wird unterstützt durch eine Familien- und Elternorientierung der gesetzlichen Grundlagen. Zum einen steht die Familie unter dem besonderen Schutz der staatlichen Ordnung im Kinderschutz, zum anderen haben die Eltern das natürliche Recht zur Erziehung (Art. 6 GG). Staatliche Interventionen sind daher nur bei familiären Krisen legal legitimiert und haben stets einen nachgeordneten Charakter. Zum anderen ist das sozialpädagogische Handeln zu allererst eine ambulante Hilfe zur Erziehung, die dem Erhalt der Familie dient. Dies findet auch darin seinen Ausdruck, dass die Herausnahme eines Kindes aus einer Familie nicht das Ende der Interventionen darstellt. Vielmehr wird anschließend versucht, das Kind wieder in die Familie zurückzuführen.

Betrachtet man zunächst die Elternorientierung, so hat diese in das sozialpädagogische Wissen eingelasene Perspektive zur Folge, dass das Kind, wie Alberth et al. (2014) es formulieren, im „toten Winkel“ des sozialpädagogischen Handelns bleibt: Der „sozialpädagogische Blick“ sieht das Kind nicht, er fokussiert vielmehr die moralische Lebensführung der erziehungsberechtigten Personen. Das sozialpädagogische Wissen spiegelt damit zum einen die gesetzlichen Grundlagen, die die gerichtlichen

Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdungen regeln, denn im § 1666 BGB wird als Grund für die Legitimation staatlicher Interventionen die Unfähigkeit oder Unwilligkeit der Eltern, das Wohl ihrer Kinder zu sichern, genannt. Zum anderen belegen empirische Befunde die sozialpädagogische Fokussierung auf die elterliche Lebensführung. Alberth et al. (2014) stellen fest, dass Kinder bei der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen nur ca. in jedem dritten Fall (29%) befragt werden, und sie charakterisieren die Beschreibungen des Verhaltens der Kinder in den Falldokumentationen „insgesamt als alltäglich und wenig professionell“ (Alberth et al. 2014, S. 45). Die Autoren kommen daher zu dem Schluss, dass die Elternzentriertheit eine „*prinzipielle Zurückweisung kindbezogenen Wissens*“ (Alberth et al. 2014, S. 44, Hervorhebungen im Original) mit sich bringt. Beide Aspekte dürften wohl zusammenhängen: Weil das Personal nicht über das nötige kindbezogene Wissen und Können verfügt, um Kinder in einer nicht suggestiven Weise in Bezug auf mögliche Misshandlungen und Vernachlässigungen befragen zu können, sind die Kinder keine relevanten Informanten.

Wirft man jetzt einen Blick auf die Folgen der Familienorientierung im Kinderschutz, so führt diese selektive, mentale Voreinstellung des sozialpädagogischen Wissens zu dem Bemühen, Familien zu erhalten - und nicht aufzulösen. Praktisch findet dieses Bestreben seinen Niederschlag in einer Favorisierung ambulanter Hilfen, besonders der sozialpädagogischen Familienhilfe im Kinderschutz. Der Einsatz dieser familienerhaltenden Maßnahmen bringt es jedoch mit sich, dass der weitaus größte Teil des Erziehungs- und Sozialisationsgeschehens im familiären Alltag der Kontrolle entzogen ist, denn die meiste Zeit sind sozialpädagogische Fachkräfte in den Familien nicht anwesend. Zudem werden deren Besuche, aus Respekt vor der Privatsphäre der Klienten, oftmals vorher angekündigt. Die Fachkräfte wissen daher nicht, was sich während ihrer Abwesenheitszeiten ereignet. Um das auf diese Weise produzierte Nichtwissen reduzieren zu können, ist das Personal auf die Erzählungen, d. h. Kooperation der Eltern angewiesen. Diesen Erzählungen der erziehungsberechtigten Personen muss notwendig mit einem Vertrauens- und Glaubwürdigkeitskredit begegnet werden, denn anders ist eine ambulante Hilfe gar nicht vertret- und durchführbar (Klatetzki 2019). Auf diese Weise werden für die Klienten die oben erwähnten Praktiken des Verschweigens, Ablenkens, Verdrängens, Verheimlichens, Täuschens und/oder Lügens ermöglicht, und für das Personal wird Nichtwissen produziert.

Aber die Familienorientierung scheint noch eine weitere Folge zu haben. Wie Alberth et al. 2014 berichten wird in der Praxis die Gefahr der Kindeswohlgefährdung stets gegen den Erhalt der Familie abgewogen. Das hat zur Konsequenz, dass die Gewalt gegen Kinder nicht notwendigerweise zu einer Trennung von Eltern und Kind führt, denn „Gewalt wird im besten Fall als ein überzogener Missbrauch einer Macht über Kinder interpretiert, die den Eltern ganz legitim zukomme“ (Alberth 2014, S. 56). In den Worten eines in den ambulanten Hilfen tätigen Sozialarbeiters klingt das so: „Ich will, solange das noch irgendwie geht, immer mal gucken, auch wenn zwischendurch die Eltern mal ausrasten oder so.“

Solange das nicht eine konkret lebensbedrohliche Geschichte ist, kann ich immer mal wieder versuchen, bei so einer latenten Kindeswohlgefährdung und das Oberthema Gewalt, kann ich immer noch mal wieder versuchen, das mit den Eltern zu reflektieren“ (Alberth et al. 2014, S.53). Insgesamt führt die Familienorientierung mit ihren geringen Kontrollmöglichkeiten einerseits und ihrer Abwägung von Familienerhalt und Schutz des Kindes zu der Bereitschaft der Organisationen, Kinder einem Gefährdungsrisiko auszusetzen.

Die Klienten-, Eltern- und Familienorientierung des sozialpädagogischen Wissens führt zu einer einseitigen, ausblendenden Form der Sinnstiftung im Kinderschutz und produziert dabei Zonen des Nichtwissens, die zugleich die Quellen von Irrtümern und damit Fehlern im Kinderschutzprozess sind. Konserviert werden diese Fehlerquellen durch die Kultivierung weiterer Praktiken des Nichtwissens, die in der oben dargestellten Darstellung unter der Rubrik „Irrelevanz“ aufgeführt sind. Die Anwendung sozialpädagogischen Wissens geht in der Kinder- und Jugendhilfe nämlich zum einen mit der Praxis der Tabuisierung einher. Tabuisiert wird die Nutzung von Wissensbeständen, auf denen das Handeln staatlicher Kontrollinstanzen, besonders der (Kriminal-)Polizei, und anderer Berufsgruppen, vor allem der der Psychologen und Psychiater, beruht. Im Bestreben eine eigenständige professionelle Wissensbasis und die damit verbundenen Arbeitsgebiete zu etablieren und zu erhalten (Abbott 1988), wird die Verwendung kriminalistischen und psychologisch-psychiatrischen Wissens im Zuge einer identitäts- und arbeitsplatzsichernden Professionspolitik („boundary work“, Fournier 2000) aktiv abgelehnt und unterbunden. Nicht erlaubt ist es daher, Klienten als (potentielle) Täter zu typisieren, ebenfalls nicht erlaubt ist es, psychopathologische Konzepte zu verwenden, um Klienten zu kategorisieren. Der entscheidende Punkt ist, dass die Tabuisierung eine – um einen Begriff aus der Medizin zu entlehnen - differentialdiagnostische Betrachtung bei der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen ausschließt. Dies hat zur Folge, dass man nicht weiß und/oder auch nicht wissen will, ob man es nicht vielleicht doch mit kriminellen, dissozialen oder pädophilen Personen als personensorgeberechtigten Klienten zu tun hat Irrelevant wird das Wissen anderer Berufsgruppen im Kinderschutz aber zudem auch aufgrund der durch organisatorische Arbeitsteilungen entstehenden Zuständigkeiten und Nicht-Zuständigkeiten. Weil jede Berufsgruppe nur für bestimmte Aufgaben zuständig ist, muss sie sich um das Wissen der anderen nicht kümmern. Das gilt auch dort, wo eine Zusammenarbeit im Kinderschutz gesetzlich ausdrücklich gefordert wird, nämlich eine Zusammenarbeit von Sozialpädagogen und Kinderärzten. Nichtwissen wird hier, wie die Untersuchung von Alberth et al. (2014) zeigt, durch die Zuweisung von Zuständigkeiten kultiviert. So sehen die Pädiater ihre Aufgabe allein in der Ermittlung der Ursachen der körperlichen Verletzungen der Kinder und wissen daher nichts über deren sozialen Kontexte und Entstehungsbedingungen. Sie leiten das Ergebnis ihrer Untersuchungen üblicherweise schriftlich an das Jugendamt weiter. Im Jugendamt dann „verbleibt das medizinische Wissen im Status einer Meinung

unter anderen“ und kann zudem „durch die Sozialarbeit entwertet werden, wenn es das eigene Programm erfordert“ (Alberth et al. 2014, S. 52).

Aber das Nichtwissen aufgrund von (Nicht-)Zuständigkeiten führt nicht nur dazu, dass man Informationen aus anderen Fachgebieten nicht richtig versteht und bewerten kann, es führt auch dazu, dass man nicht weiß, ob - und wenn ja welche - Informationen andere Abteilungen für eine gelungene Zusammenarbeit brauchen. Auf diese Weise kommt es zu Problemen im Informationsfluss und – austauch, der sogenannten „Schnittstellenproblematik“. Diese Form des Nichtwissens durch Zuständigkeiten hat auch zur Folge, dass man nicht weiß, was die jeweils anderen Instanzen wann leisten können und was nicht. Als exemplarischer Fall im Kinderschutz für diese Problematik kann die „Zusammenarbeit“ von Jugendamt und Familiengericht gelten: Das Gericht erteilt Auflagen z. B. eines Umgangsverbots und geht davon aus, dass das Jugendamt die Einhaltung dieses Verbot kontrolliert. Zugleich fehlen dem Jugendamt hierfür aber die rechtlichen Grundlagen. So ist z. B. ein unvermitteltes Eindringen in die Wohnung, um Umgangsverbote zu überprüfen, nicht möglich. Hinzu kommt, dass im Rahmen des sozialpädagogischen Dienstleistungswissens ein solches Handeln tabuisiert wird.

Die Betrachtung des organisatorischen Handelns im Kinderschutz aus der Perspektive des Nichtwissens macht ein Netz von miteinander verknüpften Praktiken sichtbar, durch die Informationen und Wissensbestände systematisch ignoriert werden. In dem sich das Personal im Risikomanagement auf die Beschaffung „erreichbarer Information“ konzentriert, wird Nichtwissen in Form von unvollständigem Wissen produziert. Im Gebrauch des sozialpädagogischen Wissens verhindert die Klientenorientierung, dass erziehungsberechtigte Personen als (potentielle) Täter erkannt werden, durch die Elternorientierung geraten die Kinder in einen toten Winkel und die Familienorientierung generiert Gefährdungsbereiche für Kinder. Die Produktion von Nichtwissen durch Tabuisierung verhindert, dass andere professionelle Sinnstiftungssysteme zum Einsatz kommen können. Und das Nichtwissen aufgrund von (Nicht-)Zuständigkeiten führt zu Informations- und Kooperationsproblemen.

Die bisher praktizierte Form der Fehleranalyse sieht die durch die Praktiken des Nichtwissens produzierten Entstehungsgründe und -möglichkeiten für organisatorische Fehlleistungen nicht. Metaphorisch betrachtet erinnert der Umgang mit Fehlern in der Kinder- und Jugendhilfe daher an die Geschichte des betrunkenen Mannes, der seine Schlüssel, die er im Dunkeln verloren hat, unter dem Licht einer Straßenlaterne sucht, weil er da besser sehen kann. Wenn dies Metapher die gegenwärtige Situation zutreffend charakterisiert, dann ist die bisherige Umgangsweise mit Fehlern eine vergebliche Praxis, denn die eigentliche Problematik wird von diesem Vorgehen gar nicht in den Blick genommen. Und die bisherige Umgangsweise ist zudem auch eine ungerechte Praxis, denn sie produziert im wahrsten Sinne des Wortes Sündenböcke: Einzelne Personen werden für Fehlleistungen rechenschaftspflichtig gemacht, deren Ursachen in den kollektiven Praktiken des Nichtwissens liegen.

5. Die Reduzierung von Nichtwissen: Eine kurze Skizze des klugen Organisierens im Kinderschutz

Wenn man die Fehler im Kinderschutz unter dem Aspekt des Nichtwissens betrachtet, dann lassen sich schließlich daraus auch Hinweise gewinnen, wie die Produktion von Nichtwissen in den Organisationen des Kinderschutzes reduziert werden kann. In einem ersten Schritt muss dazu das Ignorieren der Praktiken des Nichtwissens aufgegeben werden, d.h. man muss sich eingestehen, dass die Vielfältigkeit des Nichtwissens ein zentrales organisatorisches Problem des Kinderschutzes ist. In einem zweiten Schritt kann man sich dann um die Verringerung des Nichtwissens bemühen. Konkret bedeutet das, dass es zu einer Enttabuisierung anderer Wissensbestände und der Zusammenführung unterschiedlicher Zuständigkeiten kommen muss: die vorherrschende monoprofessionelle Form der Wissensanwendung ist durch eine transdisziplinäre professionelle Variante zu ersetzen.

Die Gründe für eine Enttabuisierung von Wissensbeständen und die Zusammenführung unterschiedlichen professionellen Könnens im Kinderschutz sind einfach und wohlbekannt: Ein organisatorisches Sinnsystem kann nur über die Informationen nachdenken, die es mittels seiner Rahmung registrieren kann. Die Verwendung vielfältiger Wissensbestände ermöglicht daher die Erfassung eines größeren Repertoires an Informationen und Evidenzen bei der Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen und steigert damit die Chancen für angemessene Interventionen⁴. Dass mehr Wissen in Form unterschiedlichen Wissens notwendig ist, lässt sich auch im auf Steuerung fixierten Managementjargon der Kinder- und Jugendhilfe ausdrücken: Ein Organisationssystem, das versucht ein Klientensystem zu steuern, kann umso mehr Störungen - Fehler - in dem Steuerungsprozess ausgleichen, je größer sein Wissen und damit seine Handlungsvarietät ist (Ashby 1956).

In Bezug auf das organisatorische Nichtwissen bedeutet die Ersetzung der bisherigen monoprofessionellen Fallbearbeitung im Kinderschutz durch eine plurale Betrachtungsweise als erstes eine Reduktion der Ignoranz aufgrund von Unvollständigkeit und Selektivität⁵. Im Kinderschutz sollte neben den bisher bereits vorgesehenen medizinischen und sozialpädagogischen Kompetenzen vor allem juristisches, kriminalistisches, psychiatrisches und psychologisches Wissen zum Einsatz kommen. Die Einbeziehung

⁴ In einem ähnlichen Sinn sieht Ron Westrum im Informationsfluss die Schlüsselfähigkeit für den organisatorischen „Willen zum Denken“: „A key aspect of the willingness to think is an ability to use ideas and information regardless of their point of origin in the system including the ability to make use of information that originates in the “wrong” subsystem. How able is the organization to make use of answers from unexpected sources?“ (Westrum 1994, S. 332)

⁵ Im Rahmen des im Kinderschutz propagierten Konzepts der Achtsamkeit (Böwer 2008, Brückner/Böwer 2015) wird die Auffassung vertreten, dass sich eine Pluralität von Sichtweisen durch imaginierte Rollenübernahmen mit anderen Berufsgruppen erzeugen lässt. Dagegen lässt sich zum einen einwenden, dass die Imagination von Sozialpädagoginnen nicht das Fachwissen anderer Berufsgruppen simulieren und ersetzen kann. Zum anderen zeigt sich empirisch, dass die rollenspielerische Vorstellung anderer Sichtweisen keinen wirklichen sozialen Einfluss ausübt, denn die als-ob Imagination präsentiert nicht ernsthaft einen wirklich divergierenden anderen Standpunkt (Nemeth 2019).

juristischen Wissens dient zum einen der besseren Abstimmung und Zusammenarbeit mit den Familiengerichten, es sollte überdies auch strafrechtliches Wissen umfassen, um sicherzustellen, dass die Betrachtung von erziehungsberechtigten Personen als Tatverdächtige nicht systematisch ausgeklammert wird. Das kriminalistische Wissen mit seinem investigativen Vorgehen dient der Verdachtsarbeit, der Aufdeckung von Kinderschutzgefährdungen in den Fällen, in denen die Misshandlungen und Vernachlässigungen verschleiert werden. Das psychiatrische Wissen dient dazu, die Fälle identifizieren zu können, in denen psychopathologische Problematiken wie z. B. Dissozialität, Pädophilie oder Drogensucht eine wesentliche Rolle spielen. Und durch den Einsatz psychologischen Wissens wird sichergestellt, dass ein kindbezogenes, d.h. ein entwicklungspsychologisches Wissen im Kinderschutz verankert wird.

Der Einsatz einer Pluralität von Wissensbeständen sollte dabei in einer transdisziplinären Weise erfolgen (Brown et al. 2010). Das Adjektiv „transdisziplinär“ wird hier verwendet, um zu verdeutlichen, dass es nicht um die Etablierung einer Multiprofessionalität geht, in der unterschiedliche Professionen additiv ihr Wissen einbringen und in der dann doch die „stolzen“ Professionen (die Mediziner und Juristen) früher oder später das Kommando übernehmen. Transdisziplinär meint eine gleichgewichtige Zusammenarbeit in einem Team in einer Organisation („unter einem Dach“, z. B. in dem man regional Kinderschutzhäuser etabliert), um das Nichtwissen aufgrund von unterschiedlichen Zuständigkeiten zu reduzieren. In diesem Rahmen hat das Team erstens eine gemeinsame Wertorientierung: Es orientiert sein Handeln als Verantwortungsgemeinschaft allein an der Sicherung des Kindeswohls⁶. Es hat dafür zweitens eine klare Arbeitsaufgabe, die darin besteht, in den mehrdeutigen, als latent eingestuften Fällen („Graubereich“) Gefährdungseinschätzungen vorzunehmen und Interventionsmaßnahmen zu planen und vorzubereiten. Drittens gibt es eine klare Aufgabenspezifikation für die unterschiedlichen Berufsgruppen: Die Sozialpädagoginnen führen eine familiäre Belastungs- und Ressourcenanalyse durch, die Medizinerinnen sind für die körperliche, die Psychiaterinnen für eine psychopathologische Diagnostik zuständig. Die Juristinnen liefern familien- und strafrechtliche Einschätzungen des Falls, die Psychologinnen beurteilen den Entwicklungsstand der betroffenen Kinder und die Kriminalistinnen übernehmen die in den latenten Fällen notwendige Ermittlungsarbeit. Und viertens ist die zentrale organisatorische „Technologie“ die gemeinsame Durchführung eines forensischen Interviews mit den betroffenen Kindern, denn die Kinder sind neben den sorgeberechtigten Personen die einzigen Personen, die Auskunft darüber geben können, was wirklich passiert (ist)⁷.

⁶ Die Handlungsorientierung am Kindeswohl ist nötig, weil dieser Wert eben nicht automatisch mit den bisher üblichen, weiter oben beschriebenen Orientierungen am Familienerhalt, dem Klientenstatus oder der moralischen Lebensführung der Eltern kompatibel ist.

⁷ Anregungen hierfür liefert das skandinavische Barnahus-Konzept (Johansson et al. 2017), indem das forensische Interview das zentrale methodische Element zur Abklärung latenter Kindeswohlgefährdung ist. Wesentlich ist

Die Zusammenarbeit in einem Team unter einem Dach dient dabei auch dem Wohl des betroffenen Kindes. Im gegenwärtigen System muss das Kind immer wieder bei den unterschiedlichen Instanzen vorstellig werden, damit Diagnosen, Anhörungen oder Planungen erfolgen können. Die damit verbundenen Belastungen für das Kind werden ihm in dem vorgeschlagenen Modell erspart.

Schließlich ist das transdisziplinäre Team bei seiner Arbeit nicht auf sich selbst gestellt. Die Teammitglieder haben zwar einen egalitären Status, sie organisieren sich aber nicht selbst. Sie unterstehen einer Leitungsperson, deren Führungsstil sich als „riskleadership“ bezeichnen lässt (Hancock 2016). Eine solche Person unterscheidet sich in Ihrem Führungsverhalten von einem Risikomanager vor allem dadurch, dass sie sich keinen Steuerungs- und Kontrollillusionen hingibt. Stattdessen bemüht sie sich um die Organisation von Klugheit. Das bedeutet, dass das Leitungspersonal zum einen dafür Sorge zu tragen hat, dass die Frage „Was wissen wir nicht?“ zum zentralen Bezugspunkt der organisatorischen Fallbearbeitung wird. Und es bedeutet zum anderen für eine Realisierung von Transdisziplinarität zu sorgen, denn da die professionelle Diversität des Teams einen fortwährenden kognitiven Dissens impliziert, ergibt sich die Notwendigkeit eine Teamkultur zu etablieren, in der auf der Basis eines geringen Konsensniveaus ein hohes Maß an Respekt, Sympathie und Kooperation vorhanden ist (Scholl 1992).

Konkret hat die Leitungsperson weiterhin dafür Sorge zu tragen, dass das Team erstens ein gemeinsames Arbeitsverständnis und einen gemeinsamen Arbeitsplan für jeden Einzelfall etabliert und erhält, denn ohne einen solchen „common ground“ (Klein et al. 2005) zerfällt die Arbeit in unkoordinierte Aktivitäten. Zweitens sorgt die Person dafür, dass eine kompetente und rechtzeitige Realisierung der Einzelbeiträge der Teammitglieder zustande kommt, denn nur so ergibt sich ein gemeinsames Handeln, und drittens achtet sie darauf, dass die Einzelbeiträge bedachtsam („heedful related subordination“, Weick/Roberts 1993) in die gemeinsame Fallbearbeitung eingeordnet werden, denn nur wenn die Einzelbeiträge im Sinne einer wechselseitigen Fürsorglichkeit miteinander relationiert

hier der transdisziplinäre Rahmen des Interview-Settings. In der isländischen Variante des Konzepts findet das Interview z. B. in einem abgeschlossenen und kindgerecht eingerichteten Raum statt. Die Interviewerin ist durch ein Mikrofon mit dem Nebenraum verbunden, indem sich alle weiteren Personen befinden. Zu diesen Personen gehören ein Richter, ein Staatsanwalt, der Anwalt des Kindes, evtl. der Anwalt des mutmaßlichen Täters, der mutmaßliche Täter, der Kinderschutz sowie die Polizei (hier eine speziell dafür ausgebildete Einheit). Alle Personen im Nebenraum können über einen Bildschirm das Interview akustisch und optisch verfolgen und über ein Mikrofon Fragen an die Interviewerin stellen, die für das betreffende Kind nicht hörbar sind. Je nach Alter des zu interviewenden Kindes richtet die Interviewerin ihre Fragetechniken aus. Dabei gilt es, maximale Informationen durch das betreffende Kind zu erhalten, aber minimale Beeinflussungen auf das Gedächtnis und die Persönlichkeit des Kindes auszuüben. Die Interviewsituation ist insgesamt so weit wie möglich auf die Bedürfnisse des Kindes ausgerichtet. Sie dient nicht nur zur Abklärung von Kindeswohlgefährdung, sondern ist gleichzeitig ein Diagnoseinstrument, um ggf. pädagogische und therapeutische Interventionen einleiten zu können.

werden, kann sich auf der Ebene des sozialen Beziehungssystems eine kollaborative Intelligenz (Hackman 2011) entfalten⁸.

Kurzum, kluges Organisieren wird realisiert durch eine transdisziplinäre Teamkultur, in der durch gemeinsam verantwortetes, kompetentes und bedachtsames Handeln in konkreten Fällen ein Beitrag zur Sicherung des Kindeswohls geleistet wird, indem man versucht, *alle* für die Situation relevanten Informationen und Interpretationen zu erkennen und zu berücksichtigen. Und dabei gilt: „Klug sein besteht zur Hälfte darin, zu wissen, was man nicht weiß“ (Konfuzius).

Literatur

Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, The University of Chicago Press

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe AGJ (2017): *Fachkräftegewinnung und -bindung in den Hilfen zur Erziehung zukunftsfest gestalten – Ausgangslage, Perspektiven, Instrumente*, Berlin.

Alberth, L.; Bühler-Niederberger, D.; Eisentraut, S. (2014): *Wo bleiben die Kinder im Kinderschutz? Die Logik der Intervention bei Sozialarbeitern, Ärzten und Hebammen*, in: Bühler-Niederberger, D.; Alberth, L.; Eisentraut, S. (Hrsg.): *Kinderschutz. Wie kindzentriert sind Programme, Praktiken, Perspektiven?* Beltz/Juventa, Weinheim und Basel, 26-60.

Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe im Deutschen Institut für Urbanistik (Hrsg.) (2012): *Risiken – Fehler – Krisen. Risikomanagement im Jugendamt als Führungsaufgabe*, Berlin: Deutschen Institut für Urbanistik GmbH, S. 11-18, S. 75-110

Argyris, C., Schön, D. (1978): *Organizational Learning. A Theory of Action Perspective*, Reading, Addison-Wiley

Ashby, W. R. (1956): *Introduction to Cybernetics*, New York, John Wiley

Baron, J., Hershey, J. C. (1988): *Outcome Bias in Decision Evaluation*, *Journal of Personality and Social Psychology*. **54** (4): 569–579.

⁸ Hier wird schließlich auch deutlich, warum die vorhandene Organisationsstruktur des Kinderschutzes keine kollaborative Intelligenz entwickeln kann. In dem jetzigen System ist unterschiedliches professionelles Wissen auf verschiedene Organisationen verteilt, mit der Folge, dass es kein gemeinsames Aufgabenverständnis gibt, sondern jede Organisation sich ihre eigene Aufgabenumwelt („lokale Rationalität“) schafft. Zudem besitzt das Personal angesichts der front-line Charakters der beteiligten Organisationen in Bezug auf seine Arbeit erhebliche Ermessensspielräume („Professionalität“), was zum einen dazu führt, dass sich die Überprüfung der Arbeitsqualität schwierig gestaltet, und zum anderen zur Folge hat, dass es keine zeitliche und inhaltliche Abstimmung für die Aufgabenerledigung zwischen den beteiligten Organisationen gibt. Und schließlich gibt es keine bedacht-same Zusammenführung der einzelnen Arbeitsergebnisse, und zwar in dem doppelten Sinn, dass die einzelnen Organisationen zum einen nicht im Blick haben, was die jeweils anderen Organisationen an Wissen brauchen, um die gemeinsame Aufgabe zu bewältigen, und zum anderen in dem Sinn, dass die auswärtigen Informationen anderer Organisationen innerhalb einer Organisation hinsichtlich ihrer Bedeutung und Relevanz nicht richtig verstanden werden (können). Anders ausgedrückt besteht im gegenwärtigen System nicht nur innerhalb jeder beteiligten front-line Organisation eine lose Koppelung, sondern auch zwischen den Organisationen. Diese doppelte lose Koppelung verhindert die Entfaltung kollaborativer Intelligenz und leistet dadurch einen wesentlichen Beitrag zur Produktion von Fehlern.

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006): Handlungsempfehlungen zum Umgang mit der „Garantenstellung“ des Jugendamtes bei Kindeswohlgefährdungen, Hamburg, 2. Aktualisierte Auflage

Biesel, K. (2011): Wenn Jugendämter scheitern. Zum Umgang mit Fehlern im Kinderschutz. Reihe Gesellschaft der Unterschiede, Bielefeld.

Biesel, K., Wolff, R. (2014): Aus Kinderschutzfehlern lernen. Eine systemisch-dialogische Rekonstruktion des Falls Lea-Sophie, Bielefeld, Transcript.

Bode, I., Turba, H. (2014): Organisierter Kinderschutz in Deutschland: Strukturdaten und Modernisierungsparadoxien, Wiesbaden, Springer VS

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

Bremerische Bürgerschaft (2007): Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienste

Brown, V., Harris, J. A., Russel, J. Y. (2010): Tackling Wicked Problems Through the Transdisciplinary Imagination, New York, Earthscan.

Brückner, F., Böwer, M. (2015): Das "MindSet Achtsames Organisieren". Ein Methodenkoffer für das Einüben von Achtsamkeit im Kinderschutz und in der Hilfepraxis der Kinder- und Jugendhilfe des Rauhen Hauses in Hamburg, in: Sozialmagazin 6, S. 14-25.

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (2015): Drucksache 20/141000. Bericht des Parlamentarischen Untersuchungsausschusses „Aufklärung der Vernachlässigung der Kindeswohlsicherung im Fall Yagmur durch staatliche Stellen und Erarbeitung von Empfehlungen zur Verbesserung des Kinderschutzes in Hamburg“

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2009: Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen. Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung durch systematische Fehleranalyse, Berlin, 3. Auflage

Calder, M. C. (2016): Risk in Child Protection. Assessment Challenges and Frameworks for Practice, London, Jessica Kingsley Publishers.

Dekker, S. (2013): Second Victim. Error, Guilt, Trauma and Resilience, Boca Raton, CRC Press,.

Dekker, S. (2014): The Field Guide to Understanding "Human Error", 3rd Edition, Boca Raton, CRC Press

Donath, L., Lüttringhaus, M., Wegenke, M., Wunsch, S. (2018): Das Modell der kollegialen Kurzberatung zur Risiko-/Gefährdungseinschätzung, Jugendhilfe, 5, S. 480-498.

Fegert, J., Ziegenhain, U., Fangerau, H. (2010): Problematische Kinderschutzverläufe: Mediale Skandalisierung, Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung, Weinheim, Beltz/Juventa.

Freres, K., Bastian, P., Schrödter, M. 2018: Jenseits von Fallverstehen und Prognose – wie Fachkräfte mit einer einfachen Heuristik verantwortbaren Kinderschutz betreiben. Internationaler

Forschungsüberblick und Befunde einer ethnografischen Studie zu Hausbesuchen durch das Jugendamt, Kassel, Universität Kassel, Preprint 4/2018.

Franzheld, T. (2017): Verdachtsarbeit im Kinderschutz. Eine vergleichende Berufsstudie, Wiesbaden, Springer.

Franzheld, T. (2017a): „Verdacht“ als theoretische Reflexion und analytische Kategorie der Kinderschutzforschung, Sozialer Sinn, 18, 2, S. 100-125.

Fournier, V. (2000): Boundary Work and the (Un)making of the Professions, in Malin, N. (Ed.) Professionalism, Boundaries and the Workplace, Routledge, London, S. 67-86.

Goffman, E. (1959): The Presentation of Self in Everyday Life, New York, Anchor.

Hackman, R. (2011): Collaborative Intelligence: Using Teams to Solve Hard Problems. Lessons from and for Intelligence Professionals, San Francisco, Baret-Koehler Publishers.

Hancock, D. (2016): Tame, Messy and Wicked Riskleadership, London, Routledge.

Helsper, W. (2008): Ungewissheit und pädagogische Professionalität, in Bielefelder Arbeitsgruppe 8 (Hg.): Soziale Arbeit in der Gesellschaft. Wiesbaden, VS Verlag, S. 162-168.

Hood, C. (2012): The Blame Game. Spin, Bureaucracy, and Self-Preservation in Government, Princeton, Princeton University Press.

Johansson, S., Stefansen, K., Bakketeig, E., Kaldal, A. (Eds.) (2017): Collaborating Against Child Abuse. Exploring the Barnahus Model, Cham, Palgrave McMillan.

Jugendhilfeinspektion Hamburg (2016): Untersuchungsbericht Fallbearbeitung Tayler, Hamburg.

Karner, B. (2007): Fehler in der Sozialen Arbeit? Sozial Extra, 31,9/10, S. 34-36.

KGST-Bericht (2007): Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen bei der Stadt Bielefeld – Eine Risikoanalyse als konzeptionelles Steuerungsinstrument, Bericht 12, Köln.

Kindler, H. (2011): Denkfehler und andere Praxisirrtümer im Kinderschutz. Eine persönlich gefärbte Übersicht. In: Körner, W., Deegener, G. (Hrsg.): Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis, Lengerich, Pabst, S. 174-200.

Kindler, H., Gerber, C., Lillig, S. o. J.: Wissenschaftliche Analyse zum Kinderschutzhandeln des Allgemeinen Sozialen Dienstes im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald im Todesfall des Kindes A. Manuskript o. J.

Klatetzki, T. (2017): Potentiell gefährliche Wirklichkeiten. Über Risikomanagement, Verantwortung und Angst in der Kinder- und Jugendhilfe, Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, 11, S. 411 – 441 (Teil 1), 12, S. 449-454 (Teil 2).

Klatetzki, T. (2019): Katastrophale Ereignisse. Geschichten über „Fehler“ in sozialen personenbezogenen Dienstleistungsorganisationen, in: Klatetzki, T.: Narrative Praktiken, Weinheim, Beltz/Juventa, S. 167-195.

Klein, G., Feltovich, P. J., Bradshaw, J. M., Woods, D. D. (2005): Common Ground and Coordination Joint Activity, in: Rouse, W. B., Boff, K. R. (Eds.): *Organizational Simulation*, Hoboken, John Wiley & Sons, S. 139-184.

Kleve, H. (2016): *Komplexität gestalten. Soziale Arbeit und Case-Management in unsicheren Systemen*, Heidelberg, Carl Auer Verlag.

Katz, I, Hetherington, R. (2006): Co-Operating and Communicating. A European Perspective on Integrating Services for Children, *Child Abuse Review*, 15, 6, S. 429-439.

Menk, S., Schrapper, C. (2014): Konzept und Erfahrungen mit Risiko- und Fehleranalysen in rheinland-pfälzischen Jugendämtern als Beitrag zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz!? In: *Das Jugendamt*. 87. Jg., Heft7/8, S. 369-375.

Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration (2009): *Risikomanagement bei Kindeswohlgefährdung. Kompetentes Handeln sichern*, Düsseldorf.

Mörsberger, T. (2005): Sündenbock-Suche oder Fehleranalyse? Zu den Reaktionen auf spektakuläre Fälle von Kindesmisshandlung durch Jugendämter, Justiz und Medien, *Recht der Jugend und des Bildungswesens*, 4, S. 447-455.

Munro, E. 2008: A System Approach to Investigating Child Abuse Death, *British Journal of Social Work*, 4, S. 531-546.

Nemeth, C. (2019): *No! The Power of Disagreement in a World That Wants to Go Along*, London, Atlantic Books.

Otto, H.-U. (2018): Kommentar: Dual – Wende oder Ende des Studiums einer modernen Sozialen Arbeit, *Neue Praxis* 48, 3, S. 297-299.

Paget, M. (1988): *The Unity of Mistakes. A Phenomenological Interpretation of Medical Work*, Philadelphia, Temple University Press.

Parson, T. (1951): *The Social System*, Glencoe, The Free Press.

Pohl, R. F. (2004). Hindsight Bias, in: ders. (Ed.): *Cognitive Illusions: A Handbook on Fallacies and Biases in Thinking, Judgement and Memory*, Psychology Press, Hove, S. 363-378.

Preis, W. (2012): Professionelles Handeln unter den Bedingungen der Ungewissheit?, in: Birgmeier, B., Mührel, E. (Hrsg.): *Handlungen in Theorie und Wissenschaft Sozialer Arbeit*, Wiesbaden, Springer, S. 175-198.

Scholl, W. (1992): The social production of knowledge, in: M. von Cranach, W. Doise, G. Mugny (Eds.), *Social Representations and the Social Bases of Knowledge*, Lewiston, Hofgreffe, S. 37-42.

Schrapper, C. (2004): *Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven*, Weinheim, Beltz/Juventa.

Schrapper, C. (2013): *Betreuung des Kindes Anna. Rekonstruktion und Analyse der fachlichen Arbeitsweisen und organisatorischen Bedingungen des Jugendamts der Stadt Königswinter im Fall „Anna“*. In: *Das Jugendamt*. 86. Jg., Heft 1, S. 2-16.

Schrappner, C. (2014): Kindeswohlgefährdung sicher einschätzen? Instrumente und Erfahrungen. Bericht über ein Forschungsprojekt im Bachelorstudiengang Pädagogik Schwerpunkt Kinder- und Jugendhilfe der Universität Koblenz-Landau.

Seibel, W., Treis, H. (2017): Vernachlässigung der Kindeswohlsicherung: Der Tod der kleinen Yagmur, in: Seibel, W., Klaman, K., Treis, H. (Hrsg.): Verwaltungsdesaster. Von der Loveparade bis zu den NSU-Ermittlungen, Frankfurt, Campus, S. 159-218.

Smithson, M. J. (1989): Ignorance and Uncertainty. Emerging Paradigms, New York, Springer Verlag.

Smithson, M. J. (2008): Social Theories of Ignorance, in: Proctor, R. N., Schiebinger, L. (Eds.): Agnotology. The Making and Unmaking of Ignorance, Palo Alto, Stanford University Press, S. 209-229.

Weick, K. E. (1978): The Social Psychology of Organizing, New York, MacGraw-Hill, 2nd Edition

Weick, K. E. (1998): Foresights of failure: An appreciation of Barry Turner, Journal of Contingencies and Crisis Management, 6 (2), S. 72-75.

Weick, K. E., Roberts, K. H. (1993): Collective Mind in Organizations: Heedful Relating on Flight Decks, Administrative Science Quarterly, Vol. 38, 3, S. 357-381.

Weiner, B. (1995): Judgments of Responsibility: A Foundation for a Theory of Social Conduct, The Guilford Press, New York.

Westrum, R. (1994): Thinking by Groups, Organizations, and Networks: A Sociologist's View of the Social Psychology of Science and Technology, in: Shaddish, W. R., Fuller, S. (Eds.) The Social Psychology of Science, New York, Guilford Press, S. 329-342.

Wolff, R., Flick, U., Ackermann, T., Biesel, K., Brandhorst, F., Heinitz, S., Patschke, M., Röhnsch, G. (2013): Aus Fehlern lernen - Qualitätsmanagement im Kinderschutz. Konzepte, Bedingungen und Ergebnisse. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, Opladen.

Woods, D. D., Dekker, S., Cook, R., Johannesen, L., Sarter, N. (2010): Behind Human Error, 2nd Ed., Farnham, Ashgate.