

# Fehlerprävention in der Kinderpsychiatrie

*Jörg M. Fegert, Heiner Fangerau, Tanja Besier & Ute Ziegenhain*

## *Zusammenfassung*

In Deutschland sind im Bereich des Kinderschutzes derzeit weder ein systematisches Risikomanagement noch eine Fehlerkultur implementiert. Aus anderen Bereichen wie beispielsweise der Luft- und Raumfahrt oder der Medizin – wo eine systematische Fehleraufarbeitung längst etabliert ist – existiert Wissen über strukturelle und inhaltlich-haltungsbezogene Variablen, die für den Aufbau einer Fehlerkultur von hoher Relevanz sind. Am Beispiel einer Presseanalyse bezogen auf Berichte von Kinderschutzfällen werden hier Möglichkeiten und Grenzen der Etablierung einer Fehlerkultur im Kinderschutz aufgezeigt.

## *Stichworte*

Kinderschutz, Fehlerkultur, Risikomanagement

## *Abstract:*

Currently, in the field of child protection no systematic risk or error management exists in Germany. Knowledge about structural or content- or attitude-specific variables can be adopted from other, more hazardous areas, such as aeronautics or medicine. Using a systematic analysis of press releases on child protection scandals as an example of error monitoring, drawbacks and opportunities of a systematic error management in the field of child protection are discussed.

## *Keywords*

child protection, errors, risk management

## **Einleitung**

Kinderschutzskandale, die häufig mit dem Namen der zu Tode gekommen Kinder verbunden sind, wie z.B. der Fall »Kevin« oder Skandale in Institutionen, die eigentlich dem Kindeswohl verpflichtet sind und sich der Betreuung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen widmen, wie der sogenannte Missbrauchsskandal, der im letzten Jahr von Einrichtungen wie dem Canisius-Kolleg, der Odenwaldschule und anderen »elitären« Erziehungseinrichtungen ausging, weisen auf Probleme und Fehler hin und zeigen die mangelnde Kooperation und Vernetzung unterschiedlicher Akteure im Kinderschutz ebenso auf, wie die »blinden Flecken«, die gerade Institutionen, die sich dem Kindeswohl verpflichtet fühlen in Bezug auf den Schutz von Kinderrechten haben. In der öffentlichen und politischen Rhetorik, werden Fehler und institutionelles Versagen eher als monströse Einzelfälle skandalisiert und gebrandmarkt. Dabei wird die Chance einer Aufarbeitung und eines systematischen Lernens aus Fehlern – und damit letztendlich einer strukturellen Veränderungen und Prävention – allzu häufig verpasst. Auffällig war unter anderem in der Debatte, die letztendlich vernünftigerweise in Deutschland zur Einführung Früher Hilfen für Eltern-Kind bzw. Mutter-Kind geführt hat, zunächst die fast schon militaristisch technokratische Rhetorik. Das am häufigsten gebrauchte Wort, nachdem die Kanzlerin Frau Dr. Merkel in der letzten Legislatur Kinderschutz zur Chefsache erklärt hatte, war der Terminus »Frühwarnsysteme«. Gleichzeitig wurde zeitweise der Eindruck erweckt, dass bei vermehrter Aufmerksamkeit aller und bei funktionierenden Strukturen im Jugendamt menschliche Katastrophen und Fehler vermieden werden könnten. Der Druck auf einzelne Mitarbeiter in Positionen, die den Kinderschutz mit als zentrale Aufgabe zugewiesen bekommen haben, stieg erheblich an. Manche Expertinnen und Experten meinten sogar, dass durch diesen gestiegenen Druck, durch erheblich gewachsene Absicherungstendenzen etc. die Systeme fehleranfälliger geworden seien als vorher. Richtiges und fehlerhaftes Handeln im Kinderschutz bewegt sich meist auf einem dünnen Grat von Güterabwägungen. Schon in der Verfassung ist diese

Balance zwischen den zu schützenden Aufgaben und Pflichten der Familie und dem staatlichen Wächteramt in Artikel 6 Grundgesetz ausgeführt. Anna Freud (aus Goldstein et al., 1982), die sich in den späten Jahren ihres Schaffens in Großbritannien im Kinderschutz eingebracht hat, hat das Dilemma sinngemäß so dargestellt, dass man im Kinderschutz immer entweder zu früh zu viel interveniert oder zu spät zu wenig gemacht habe. Interventionen zum Schutz von Kindern, wie z.B. als Extremstes die Herausnahme aus der Familie, sind natürlich selbst mit massiven Nebenwirkungen und potenziellen Schäden für Kinder verbunden. Insofern sind solche Interventionen fehleranfällig und post hoc ist eine Bewertung wie zu viel zu früh/zu spät zu wenig auch meist zu treffen, doch hinterher ist man meistens klüger. Bei solchen weit reichenden, fehleranfälligen Entscheidungen spielen persönliche Haltungen und Einstellungen ebenso eine Rolle wie die fachliche Qualifikation für die anstehende Einschätzungsaufgabe oder die zur Verfügung stehenden Ressourcen bei der Planung und Implementation einer Hilfe. Betrachtet man manche emotional verzwickten, sozial desolaten Situationen, gleicht ein Lösungsversuch oft der Quadratur des Kreises. Bei solchen schwierigen Einschätzungsaufgaben ist eine unkontrollierte Praxis, die nur einen persönlichen Stil lebt, hoch problematisch. Dies ist auch von der Politik erkannt worden. Deshalb ist schon vor Jahren im § 8a Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) geregelt worden, dass Fachkräfte, welche solche fallbezogenen Entscheidungen treffen müssen, sich bei ihrer Einschätzung und Interventionsplanung mit einer insofern erfahrenen Fachkraft beraten müssen. Ein Vier-Augen-Prinzip ist wenigstens in der Jugendhilfe somit als minimaler Qualitätsstandard festgelegt worden. Im Fall »Kevin« ist z.B. eklatant hiergegen verstoßen worden, hat sich der Jugendamtsmitarbeiter allein auf seine selektive Interpretation mancher entlastender Äußerungen, z.B. durch den Drogensozialarbeiter etc., gestützt und hat höchst kritische, ja zum Teil appellative Mitteilungen, z.B. aus der Kinderklinik, ignoriert. Die Diskussion über eine Fehlerkultur im Kinderschutz scheidet häufig daran, dass die öffentliche Erwartung und die politische Vorgabe heißt »in diesem hoch sensiblen Feld dürfen keine Fehler passieren«. Insofern sind aber die Voraussetzungen und die öffentlichen Erwartungen dem Management anderer Hochrisikobereiche wie z.B. in der Raumfahrt oder in der Medizin vergleichbar.

Im Folgenden werden zunächst als Fallbeispiel historische und ethische Dimensionen der Fehleraufbereitung in der Medizin dargestellt, um daran Beispiele des Risikomanagements und der Fehleraufarbeitung im Kinderschutz aufzuzeigen. Daran an schließt sich die Darstellung der Möglichkeiten und Grenzen systematischer Fehleranalysen. Die Ausführungen wurden dabei in Teilen aus einer Expertise der Autoren zur Fehleranalyse im Kinderschutz übernommen (Fegert et al., 2010). Als Beispiel für ein (Kinderschutz-)Monitoring oder ein Aufarbeitung wird die systematische Analyse von Presseberichten zu Kinderschutzskandalen dargestellt. Abschließend werden zentrale Faktoren zur Etablierung einer Fehlerkultur im Kinderschutz zusammengefasst.

## **Fehlerkultur in Geschichte und Ethik**

Die im Kinderschutz aufgekommene Debatte um eine Fehlerkultur und ein Lernen aus Fehlern ist in der Medizin kein neues Phänomen. Zwar häuften sich um das Jahr 2000 und in den folgenden Jahren die (oft auch populärwissenschaftlichen) Beiträge zu dieser Thematik, auch weil Fehler entgegen einer Fehlerkultur unter den Teppich gekehrt worden waren (vgl. Gibson & Singh, 2003; Rubin & Zoloth, 2000; Sharpe & Faden, 1998), doch beziehen sich die meisten Autoren auf eine moralische Norm, aus Fehlern zu lernen, die eine lange Tradition aufweist. Die Frage der Bewertung von sogenannten Kunstfehlern wurde vor allem auch in Bezug auf ihre rechtliche Bewertung diskutiert. Unter Kunstfehler wurden im ausgehenden 19. Jahrhundert dabei vor allem die Fehler verstanden, die nicht durch Fahrlässigkeit, Absicht oder Unterlassen, sondern durch im besten Wissen durchgeführte Handlungen entstanden, die sich im Nachhinein als falsch oder fehlerhaft herausstellten (Kühner, 1886). Gerade das Lernen aus solchen möglichen Fehlern für die Zukunft, die Handlungsunsicherheit der Medizin, die diese Art des Lernen notwendig mache und Einzelfallberichte von Fehlern, die in der Vergangenheit zu wesentlichen Verbesserungen in der Medizin geführt hätten, dienten als Legitimation, vor Gericht für solche Fehler nicht belangt werden zu können (Kühner, 1886, S. 29–36). Beispiele aus der Geschichte der Professionalisierung der Neurochirurgie im Umfeld der sich nach dem Flexner Report neu formierenden, verwissenschaftlichten Medizin in den USA zeigen, wie sich um 1930 eine bis dahin gepflegte Kultur des aus Fehlern Lernens umkehrte und Fehler in wissenschaftlichen Publikationen verschleiert oder verschwiegen wurden (Pinkus, 2001). Hatte die Ikone der

amerikanischen Neurochirurgie Harvey Cushing noch in frühen Arbeiten detaillierte Fallberichte auch von fatalen Verläufen iatrogenen Ursprungs berichtet, um eben die zukünftige Vermeidung ähnlicher Fehler zu gewährleisten, so versteckten Autoren um 1930 ihre fatalen individuellen Erfahrungen hinter technischen Details und Empfehlungen zum chirurgischen Vorgehen, ohne im Einzelnen zu berichten, auf Basis welcher falschen Handlungen sie diese Handlungsanweisungen erteilten. Eine Ursache für dieses vorsichtigeres Vorgehen mag die zunehmende Sorge gewesen sein, wegen Kunstfehlern verklagt zu werden. So berichtete unter anderen das New England Journal of Medicine 1929 von zunehmenden Kunstfehlerprozessen, wobei der Autor aber eher Gier als die Suche nach Gerechtigkeit für diesen Trend verantwortlich machen zu sollen meinte (Pinkus, 2001, S. 125). Schon vorher hatten in einigen Zeitschriften Debatten darum begonnen, wie Ärzte sich im Einzelnen und im Umgang miteinander verhalten sollten, um derartige Klagen zu vermeiden. So wurde u.a. davor gewarnt, vor Patienten Kommentare über die Behandlung durch andere Ärzte zu äußern. Die medizinethische Norm der Kollegialität diene als moralische Begründung für diese Vorsicht. Eine weitere Empfehlung lautete, dass im Falle einer drohenden Klage nur noch geschwiegen werden sollte (Pinkus, 2001, S. 126). Hat also der Eingriff des Rechts in die Medizin eine Kultur der Vorsicht und des Schweigens hervorgebracht, die letztendlich die Möglichkeit aus Fehlern, die man natürlich vermeiden sollte, wenigstens etwas zu lernen und was hat dazu geführt, dass sich die Medizin nun wieder auf die alte Kultur des Berichtens über Fehler besinnt?

Wie in den Kinderschutzdebatten der letzten Jahre sorgte um 2000 ein besonderes Ereignis für Aufruhr und neue Aufmerksamkeit für Fehlerkulturen im Gesundheitswesen. Ein Report des Institute of Medicine der US-amerikanischen National Academies über medizinische Kunstfehler ging davon aus, dass bis zu 98000 Patienten aufgrund von Fehlern im Krankenhaus stürben und Fehler zu Mehrkosten von bis zu 29 Milliarden \$ führten (Kohn et al., 2000). Dabei verlagerten die Autoren die Verantwortung für diese Kunstfehler, die sie als »failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim« (S. 4) definierten, vom einzelnen Arzt auf das Gesamtsystem der Medizin. So ermittelten die Autoren weniger eine Epidemie individueller medizinischer Fehler einzelner Ärzte als vielmehr Systemprobleme, die dadurch entstünden, dass seine dezentralisierte fragmentierte Struktur ein Fehlerlernen oder einen Fehlerausgleich verhindere. Was die Fehlerkultur angeht, so raten die Autoren beim Festhalten an individueller Verantwortung dazu, beim Auftreten von Problemen weniger Einzelne zu beschuldigen als durch systematische Fehleranalysen das Gesamtgebäude der medizinischen Versorgung weniger fehleranfällig zu machen. Konkret empfahlen sie für die Zukunft,

- die Forschung zu Fragen der Patientensicherheit und Versorgungsqualität auf nationaler Ebene zu verstärken und dafür die entsprechende Infrastruktur zu verbessern;
- ein verpflichtendes öffentliches Berichtssystem zu schaffen, um so Fehlerquellen zu identifizieren und aus Fehlern zu lernen und gleichzeitig Gesundheitsorganisationen und praktisch Tätige zu ermutigen, freiwillige Reportsysteme aufzubauen und an ihnen teilzunehmen;
- Qualitätsstandards und Standards für Handlungsbewertungen zu erhöhen
- und zuletzt Sicherheitssysteme im Gesundheitswesen einzurichten, die auf praktischer Ebene zur Fehlerverminderung beitragen sollten.

Die medizinethische Begründung für eine solche Fehler- und Sicherheitskultur liegt zum einen im klassischen Gebot an individuelle Ärzte begründet, zuallererst Patienten keinen Schaden zuzufügen. Zum anderen verlangt die ärztliche Professionalität danach, Fehler nicht zu wiederholen und – wie schon im 19. Jahrhundert im apologetischen Sinne vorgebracht – aus Fehlern heraus eine bessere Medizin zu entwickeln. An der Verschiebung des Fokus vom individuellen Fehler zum Systemversagen allerdings wird deutlich, dass diese im ärztlichen Berufsethos fußenden Begründungen, die eher die individuelle Haltung des einzelnen Arztes normieren, zunehmend durch ein korporatives Ethos ersetzt werden, das auf Basis von Kosten-Nutzen-Analysen mehr und mehr einem Management Ethos ähnelt, das produktivitätsbezogene- und volkswirtschaftliche Erwägungen in den Vordergrund rückt (Cassel, 1984; Francis, 2001).

Was in der Medizin allerdings schwierig bleibt und was auch in der Frage einer Fehlerkultur des Kinderschutzes eines der Hauptprobleme darstellt, ist die Definition dessen, was überhaupt der Fehler war oder an welcher Stelle er lag. Wenn gegenseitiger Respekt, Vertrauen, Verantwortung und Wahrheit die Grundwerte sind, an denen sich die Idee orientiert, dass Fehler und Versagen zugegeben werden müssen (Finkelstein et al., 1997), so ergibt sich zumindest in der Medizin die zentrale Schwierigkeit, die Wahrheit und die Fehlerquelle eindeutig zu definieren. Neben dem

Umstand, dass medizinische Wahrheiten und Fallverläufe inzwischen probabilistisch betrachtet werden müssen, ist nicht immer eindeutig zu definieren, ob ein fataler Ausgang eines klinischen Falls seinen Ursprung auf der einen Seite in einem individuellen Versagen oder einem Systemversagen hatte oder ob der schlechte Verlauf nicht zuletzt einem pathophysiologischen Prozess geschuldet war, der unaufhaltbar und medizinisch kaum zu beeinflussen gewesen wäre. Auch die Obduktion kann hier nicht in allen Fällen Klarheit bringen (DeVita, 2001). Gerade aber diese verwobene Gemengelage aus Korrelationen und Kausalitäten, die einem klinischen Fall und der Bewertung seines Ausgangs Komplexität verleihen, verlangen nach einer Fehlerkultur, die neben den oben genannten Werten eben auch auf dem Wert der in die Zukunft gewandten Schadensvermeidung für den einzelnen Patienten fußt. Das Verständnis, dass auf Basis komplexer Fehlerprozesse die Verantwortung des Einzelnen zwar nicht aufgehoben ist, dem Einzelnen aber selten (es sei denn im Falle absichtlichen fehlerhaften Handelns) eine alleinige klassische »Schuld« zukommt, könnte helfen, den unangenehmen und schwierigen Vorgang des Zugebens auch individuellen Versagens zu vereinfachen.

## **Risikomanagement und Fehleranalyse im Kinderschutz**

Aufgabe des Risikomanagements ist es, systematisch mögliche Gefahrenquellen oder Risiken zu erkennen, zu beurteilen und adäquate Bewältigungsstrategien zu entwickeln, um aus den Risiken resultierende Fehlentwicklungen und negative Folgeerscheinungen möglichst zu vermeiden. Hierzu bedarf es zunächst einer systematischen Risikoidentifikation und Risiko-/Fehleranalyse, worauf sich Steuerungs- und Kontrollmechanismen zur Risikobegegnung anschließen. Die rechtzeitige Identifikation von Risikofaktoren erscheint dabei schon allein deshalb zentral, weil sie häufig eine Vorstufe zu faktischen Fehlern darstellen, welche wiederum gravierende Auswirkungen auf die beteiligten Personen und Umgebungen haben können. Auf der ersten Stufe des Risikomanagements steht demnach die Sammlung von Informationen über Fehler. Je detaillierter die Informationsbasis des Risikomanagements ist, desto besser können sich Fehler- und Risikovermeidungsstrategien entwickeln (Hart & Becker-Schwarze, 2005).

Optimalität im Sinne eines absoluten Anspruchs ist im Kinderschutz nicht möglich. Dies ist allein schon dadurch begründet, dass die Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung letztendlich eine Prognosefrage ist. Ähnlich wie bei der forensischen Kriminalprognose reicht eine alleinige statistische Risikoabschätzung für die Gesamtgruppe nicht aus, sondern es muss aufgrund von Merkmalen des Einzelfalls eine möglichst genaue Individualprognose erstellt werden. In jedem Einzelfall müssen also Entscheidungen nach bestem wissenschaftlichen und Praxisstandard getroffen werden.

Hier bestehen allerdings durchaus noch wesentliche Verbesserungsmöglichkeiten. In einer Analyse der Untersuchungsberichte über Fehler bei Kinderschutzentscheidungen in Großbritannien zwischen 1973 und 1994 (Child Abuse Inquiry Reports) zeigte sich, dass Fehler in der Fallarbeit keine unvorhersehbaren Katastrophen sind, sondern aufgrund von Haltungen und Arbeitsmängeln entstehen. Danach ließen sich systematische Fehlerquellen herausarbeiten. Dazu gehörten Risikobeurteilungen, die auf jeweils zu schmaler Informations- und Datenbasis beruhten, die Vernachlässigung wichtiger Informationsquellen sowie eine zu starke emotionale Beteiligung der Fachkräfte ebenso wie ihre Unfähigkeit, Fehler und Irrtümer einzuräumen (Munro, 1999; Ziegenhain & Fegert, 2007).

Hinzu kommen auch sogenannte aktive Fehler, also schuldhaftes Handeln, oder bewusste Regelverstöße, die nicht als Fehler betrachtet werden, sondern von der handelnden Person billigend in Kauf genommen werden. Tatsächlich ist es so, dass viele Routineverstöße belohnt werden, weil Sicherheit häufig langsam und teuer ist und die Umgehung von Regeln sich so lange »lohnt«, wie nichts passiert.

Gemäß Gesprächen mit Fachkräften der Jugendhilfe, die im Rahmen unserer Expertise zur Fehleranalyse im Kinderschutz durchgeführt wurden (Fegert et al., 2010), bestehen im Kinderschutz Schwachstellen bzw. Unsicherheiten insbesondere in der Risikoeinschätzung der Kindeswohlgefährdung, in Probleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Hilfesystemen bzw. in der mangelnden Kooperation unterschiedlicher Behörden. Es wurden mangelnde finanzielle Ressourcen beklagt ebenso wie Reibungsverluste in den rechtlichen Vorschriften zur Datenübermittlung ausgemacht wurden. Hinzu kommen eine mangelnde Krisenprävention, eine mangelnde Fehlerkultur oder die Selbstüberschätzung der Mitarbeiter. Dies wiederum führt in der Praxis dazu, dass zu spät in das Erziehungsgeschehen in der Familie

intervenierte wird. Des Weiteren wird ein fehlender Zugang zu Familien (vor allem solchen mit Migrationshintergrund) beklagt oder es werden formale Probleme wie die Öffnungs- und Schließungszeiten des Jugendamts, die Personalsituation in den Verwaltungen oder Ausbildungsdefizite bei Erzieherinnen bemängelt.

Mit einer eher defizitorientierten Haltung bzw. auch überforderten Situation verbunden ist auch ein gewisser Widerstand, der sich häufig beobachten lässt, wenn nach Vorfällen von Kindeswohlgefährdung bzw. nach sogenannten »Beinahe-Unfällen«, eine systematische Fehleranalyse gefordert wird. Oftmals wird eher im Sinne von sogenannten »Rückschaufehlern« nachträglich und häufig vorschnell oder fälschlich geurteilt. Attributionsfehler, nach denen bei anderen primär immer persönliche Schuld gesehen wird, während man bei sich selber eher dazu neigt, die Umstände, technische Bedingungen oder hohen Stress verantwortlich zu machen, führen zudem zu einer primär moralisch gefärbten Diskussion und zu Schuldzuweisungen. Die Konzentration auf den Fehler als Ursache und die Schuldfrage fokussiert den Einzelfall und das schuldhafte Versagen einzelner Personen. Damit bestehen kaum Chancen der Verallgemeinerung, vielmehr werden eklatante oder empörende Details des Einzelfalls diskutiert.

Um aus Fehlern zu lernen, muss akzeptiert werden, dass Irren menschlich ist und deshalb das Versagen einzelner Menschen in bestimmten Situationen nie ganz zu vermeiden sein wird. Konzentriert man sich dagegen nur auf diese persönlichen Faktoren beim letzthandelnden Schadensverursacher, wird aber dem Team erlaubt, so weiter zu machen wie bisher. Die Prozesse, Strukturen und auch sonstige Ergebnisse werden dabei nicht in Frage gestellt. Fehleranalyse ist primär eine Qualitätsfrage und adressiert deshalb Fragen der Strukturqualität, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität. Häufig setzt nach schwierigen Ereignissen eine Distanzierung und Entsolidarisierung ein, die zu folgender Haltung führt: »Bei uns könnte so etwas nicht passieren«. Tatsächlich ist ein Lernen aus Fehlern aber nur möglich, wenn man sich den gefahrgeneigten Charakter menschlichen Handelns in der Hightech-Industrie, in der Medizin oder auch in der Jugendhilfe vor Augen hält und sich die Frage stellt, ob es im eigenen Bereich Mechanismen gibt, die den gleichen Fehler eines Einzelnen verhindert hätten.

Es geht also darum, eine systematische Fehleranalyse durchzuführen, die nach der Entstehung von Fehlern sucht und danach fragt, wie es zu einem Vorfall kommen konnte. Dabei steht eine systemische Sicht im Vordergrund. Fehler werden als Folge von Lücken im System und nicht als Ursache betrachtet.

Eine Fehleranalyse dient dazu, Werkzeuge zu entwickeln, mit unsicheren Handlungen von Menschen zurechtzukommen. Sie besteht aus zwei Komponenten: dem Verringern des Auftretens gefährlicher Fehler und – da Fehler nie gänzlich ausgeschlossen werden können – der Schaffung von Systemen, die besser mit dem Auftreten von Fehlern umgehen und deren schädigende Effekte vermindern können (Reason, 2000). Aufgetretene Fehler werden auf ihre Ursachen und Auswirkungen hin untersucht, um aus ihnen dahingehend zu lernen, wie zukünftig solche Fehler vermieden werden können und die Sicherheit verbessert werden kann.

Systemische Fehleranalysen zeigen, dass es in der Regel in jedem System Sicherheitsbarrieren und Hürden gibt, um Unfälle zu verhindern. Diese Barrieren können verschiedene Formen annehmen, so etwa physische (z.B. Zäune), natürliche (z.B. Entfernungen), menschliche Handlungen (z.B. Überprüfungen) und verwaltungstechnische Kontrollen (z.B. Training). Erst wenn diese Grenzen ebenfalls versagen, kann es zu einem Unfall kommen. Reason (1998) und Vincent et al. (1998) haben ein dynamisches Modell der fehlerbegünstigenden Faktoren und beitragenden Faktoren, von unsicheren Handlungen, Unterlassungen, Fallmanagement, Problemereignissen und fehlerhaften Vorgängen entwickelt. An der Spitze dieser Fehlerpyramide steht dann das fehlerhafte Ereignis. Liegen die verschiedenen Schwachstellen nicht auf einer Ebene, kommt es zu einem sogenannten »Near Miss« (Beinahe-Unfall), der letztendlich gerade noch rechtzeitig durch Schutzmechanismen, Barrieren und rechtzeitige korrigierende Intervention abgewendet wurde. Damit es zu einem Unfall kommt, müssen, wie in einem »Schweizer Käse« an vielen Stellen Lücken vorhanden sein, die sich in dem entscheidenden Moment so aufreihen, dass sie durchlässig für Fehler sind (vgl. Fegert, Ziegenhain & Fangerau, 2010; Reason, 2000; Abb.1).

#Hier Abbildung 1Fe-Fa-Zi.pdf einfügen#

Abbildung 1: Modelle – Das »Schweizer Käse«-Modell modifiziert nach Reason (2000) – Kette von Systemproblemen

Auf der Basis einer systematischen Fehleranalyse lassen sich dann Implikationen ableiten, die auf andere kritische Situationen übertragbar sind. Es ist also möglich aus eigenen Fehlern und/oder den

Fehlern anderer zu lernen. Dies gilt immer dann, wenn nicht primär die Schuldfrage eines Einzelnen im Vordergrund steht, sondern wenn das Prinzip verstanden wird, welches zu dem fatalen Irrtum oder Fehler geführt hat. Im Gegensatz dazu wird etwa in den Medien in der Diskussion um die schrecklichen Kinderschutzfälle häufig nur im Wege eines prinzipiell strafrechtlichen Zugangs nach einem Schuldigen gesucht, der im Sinne der Abstrafung eines Sündenbocks fungieren soll. Es ist leichter, mit dem Finger auf eine Person zu zeigen, als unangenehme Fragen über die latenten Fehler zu stellen, welche die Handlungen der einen Person erlaubt haben (Gaba, 2000).

Dabei haben sich sogenannte »Critical Incident Reports« bewährt, Berichterstattungen, die den Hergang eines Zwischenfalls systematisch nachvollziehen. Im Fall Kevin hat die Bremische Bürgerschaft einen Untersuchungsausschuss unter dem Vorsitz des damaligen Justizsenators Meurer mit der Aufklärung des Todes des Kindes beauftragt. Dieser »Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlgefährdung durch das Amt für Soziale Dienste« stellt ein Novum in der Entwicklung einer Fehlerkultur im Kinderschutz in Deutschland dar ([http://www.buergerschaft.bremen.de/dateien/9fc6731510da9c66\\_a94c.pdf](http://www.buergerschaft.bremen.de/dateien/9fc6731510da9c66_a94c.pdf)).

Ziel einer Berichterstattung ist die gründliche Untersuchung und Analyse eines Ereignisses, um für die Zukunft aus Fehlern zu lernen und somit die Sicherheit zukünftig zu erhöhen und stetig zu verbessern. Dabei scheint es müßig, im Berichterstattungssystem zwischen Beinahe-Fehler und Fehler zu differenzieren (Hart & Becker-Schwarze, 2007). Der Grund liegt in der Zielsetzung des Risikomanagements, die nicht in der Fehlerverfolgung, sondern im Erkennen von Risikosituationen besteht. Auf das Erkennen von Risikosituationen kommt es insbesondere deshalb an, weil sie häufig die Vorstufe von Fehlern sind (Hart & Becker-Schwarze, 2007). Andererseits muss das Berichtssystem nicht auf negative Ereignisse beschränkt werden. Begreift man Zwischenfälle als unerwartete, aus der Routine herausragende Ereignisse, so gilt dies auch in der positiven Form. Auch positive Ereignisse können sicherheitsrelevant sein, wobei man aus guten Fehlern unter Umständen sogar noch besser lernt. Daher sollten Berichtssysteme auch die positiven Ereignisse erfassen und ihr Zustandekommen und ihre Replizierbarkeit systematisch analysieren (Rall et al., 2006).

Wesentlich für ein funktionierendes Berichterstattungssystem ist eine »Fehlerkultur«, welche ganz im Gegensatz zur öffentlichen Diskussion im Kinderschutz derzeit die Möglichkeit von Fehlern »akzeptiert« und damit einräumt, dass Risiken existieren und Fehler immer passieren können. Risiken können zwar nie vollständig eliminiert, sie können aber systematisch einbezogen werden. Die Voraussetzungen für Fehler liegen nicht nur beim einzelnen Handelnden, sondern auch in Organisation, Strukturen und Prozessen.

## **Beispiel für ein (Kinderschutz-)Monitoring: Systematische Analyse von Presseberichten zu Kinderschutzskandalen**

Wie einleitend erwähnt, wird im Folgenden ein Beispiel für Kinderschutzmonitoring bzw. die Aufbereitung von schwierigen Einzelfällen dargestellt. Die Ausführungen zur Presseanalyse sind dabei zu weiten Teilen in leicht veränderter Form dem Buch zu problematischen Kinderschutzverläufen (Fegert et al., 2010) entnommen.

Im Rahmen einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) erstellten Expertise wurde in den Jahren 2006 und bis April 2008 eine quantitative Analyse der in der Presse dargestellten Kinderschutzfälle durchgeführt. Ziel war es, Aufschluss über die Umstände und Hintergründe des jeweiligen Falles und die Beteiligung von Behörden und Institutionen zu erhalten und Hinweise auf mögliche Fehler von Verantwortlichen und strukturelle Probleme offenzulegen. Im Rahmen einer Internetrecherche wurde zunächst nach den Stichworten »Misshandlung«, »Vernachlässigung«, »Verwahrlosung« und »Kindstötung« gesucht. Zusätzlich wurden die Onlinearchive der überregionalen Tageszeitungen »Frankfurter Allgemeine Zeitung«, »Süddeutsche Zeitung«, »Bild«, »Frankfurter Rundschau«, »Die Welt« sowie der Wochenzeitung »Die Zeit« und der Wochenmagazine »Spiegel«, »Stern« und »Focus« mit den genannten Stichworten durchsucht. Zu den hierbei ermittelten Fällen, die sich in den Jahren 2007 und Frühjahr 2008 ereigneten bzw. die in diesem Zeitraum bekannt wurden, wurde dann mit individuell auf den jeweiligen Fall bezogenen Stichworten weiterrecherchiert. Für den Zeitraum vom 1. Januar 2007 bis zum 17. April 2008 wurden dabei insgesamt 133 Kinderschutzfälle erfasst, die

mehr oder weniger umfangreich Beachtung in den Medien fanden. Insgesamt waren in diesen Fällen 203 Kinder von Misshandlung, Vernachlässigung oder Gewaltdelikten betroffen.

Hierbei muss kritisch angemerkt werden, dass der gewählte Zugang der Internetrecherche selbstverständlich keine vollständige Erfassung aller in den Medien rezipierter Vorgänge garantieren kann und somit die Generalisierbarkeit der erhobenen Daten signifikant einschränkt, jedoch aus praktisch-organisatorischen und zeitlichen Gründen die einzig praktikable Methode für die Presseanalyse darstellte. Auffällig waren dabei sehr deutliche Unterschiede in der Art und dem Ausmaß der fallbezogenen Berichterstattung. Während einige Fälle nur dreizeilige Meldungen umfassten, wurden wieder andere in den Medien wochenlang sehr ausführlich und breit dargestellt und skandalisiert.

Im Folgenden sind eine Reihe möglicher Fehler aufgelistet, die aus den analysierten Fällen und den in den Berichten enthaltenen Hinweisen auf Vorwürfe und Versäumnisse gegenüber den Behörden hervorgehen, wobei noch einmal zu betonen ist, dass Schuldzuweisungen auf der Basis der medialen Anhaltspunkte zu vermeiden sind und die direkte Zuordnung von (menschlichen) Fehlern zunächst einer gezielten Analyse aller verfügbaren Informationsquellen unter Einbezug von Behördenakten und Zeugenaussagen bedürfte.

### **Fehler durch organisatorische oder personelle Mängel**

- Organisatorische Schwierigkeiten behindern einen rechtzeitigen Beginn der für notwendig erachteten Hilfen (z.B. terminliche Schwierigkeiten, Probleme bei der Beschaffung einer geeigneten Wohnung).
- Bei Wohnortswechseln arbeiten Jugendämter nicht schnell und gut genug zusammen. Es entsteht eine »Aufmerksamkeitslücke«, wenn die Zuständigkeiten noch nicht eindeutig sind (z.B. wenn der Zeitpunkt eines Umzugs unklar ist). Ein Entzug aus dem Zugriff eines Jugendamtes führt zur Bewertung eines neuerlichen Vorfalles als »Erstfall« beim neu zuständigen Jugendamt.
  - Die Dokumentation erfolgt nur mangelhaft.
  - Personalmangel und Überlastung führen zu Unterlassen dringend erforderlicher Hausbesuche.

### **Fehler durch mangelnde Information und Vernetzung**

- Informationsquellen zur Überprüfung von Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung werden nur unvollständig oder oberflächlich genutzt (z.B. Erkundigungen in der Schule statt Hausbesuch, fehlende Befragung von Nachbarn).
- Die Vorgeschichte der Eltern oder Lebenspartner wird nicht ausreichend beachtet oder ein positiver Momentaneindruck von Eltern und Kind führt trotz einschlägiger Vorgeschichte zu nachlassender Kontrolle.
- Das Kind wird nicht gesehen oder nicht sorgfältig genug in Augenschein genommen. Ermittlungen beschränken sich häufig allein auf den Zustand des Haushalts, der dann für Rückschlüsse auf das Kindeswohl herangezogen wird.
- Bei Informationen über eine saubere und unauffällige Erscheinung des Kindes in der Schule oder im Kindergarten wird auf einen Hausbesuch verzichtet, obwohl Hinweise auf Vernachlässigung vorliegen.
- Wirtschaftliche Probleme und Schwierigkeiten werden nicht mit der Frage des Kindeswohls in Verbindung gebracht, mögliche Auswirkungen auf die Kinder werden nicht geprüft.
- Vorstrafen und Vorgeschichte von Eltern oder Lebensgefährten bleiben unbekannt und werden nicht berücksichtigt – die Vernetzung zur Polizei und zu anderen Stellen ist unzureichend.
- Informationen verschiedener Mitarbeiter werden nicht vernetzt und werden daher bei Entscheidungen einzeln bewertet und nicht verknüpft.

### **Fehler durch Fehlattribuierungen bei Wahrnehmung und Ursachenzuschreibung**

- Die Behörden bleiben untätig, weil die Eltern keine Hilfe angefordert haben, obwohl ihnen dies jederzeit möglich gewesen wäre. Hier wird die Verantwortung für das Nichthandeln der Behörde den Eltern zugewiesen.

- Das Jugendamt erkennt einen Hilfebedarf, überlässt die Entscheidung, ob die Hilfe angenommen wird, aber allein den Eltern und lässt sich hinhalten. Eine ablehnende Haltung der Eltern wird zu lange akzeptiert.
- Eine Bewertung von Hinweisgebenden wird ohne Überprüfung übernommen oder nicht übernommen, auch wenn eine andere Bewertung möglich erscheint.
- Erklärungen der Eltern für die Ursache von Verletzungen wird zu leicht Glauben geschenkt.
- Bei gewalttätigen oder -verdächtigen Eltern wird fälschlich davon ausgegangen, dass Besuche in hoher Frequenz die Gefahr für das Kind bannen können.
- Hilfeleistungen werden davon abhängig gemacht, ob die Eltern Hilfe anfordern, ohne dass sich die Behörde von der neuen Situation ein eigenes Bild verschafft, nur weil es in der Vergangenheit gut funktioniert hat.
- Sehr häufige Besuche von Amtsmitarbeitern führen dazu, dass das Gefühl entsteht, alles im Griff zu haben und dass das Kind nicht mehr so genau angesehen wird.
- Aussagen von Eltern, bei denen ein akuter Hilfebedarf festgestellt wird, sie würden demnächst Unterstützung von ihrer Familie oder von Freunden erhalten, wird bereitwillig geglaubt, insbesondere wenn die Hilferufe zunächst von den Eltern selbst ausgingen.
- Vermitteln die Eltern einen kooperativen Eindruck, wird dies überbewertet und führt zu einem Nachlassen der Aufmerksamkeit und der Kontrollen.
- An einer einmal getroffenen Bewertung wird festgehalten (z.B. die unhygienischen Zustände der Wohnung sind keine Kindeswohlgefährdung), ohne dass die weitere Entwicklung überprüft wird.
- Es kommt zu Fehlbewertungen der Ernsthaftigkeit und Gefährlichkeit der psychischen Erkrankung oder von anderweitigen Problemen der Eltern und zu einer Scheu davor, überzureagieren.
- Neue Aspekte (z.B. die Geburt eines weiteren Kindes) führen nicht zu einer Überprüfung und Bewertung des Hilfebedarfes aufgrund der veränderten Umstände – Beurteilung stützt sich weiterhin auf vormalig festgestellte Kriterien.

### **Fehler durch die Einleitung inadäquater oder das Unterlassen notwendiger Maßnahmen**

- Maßnahmen finden zu unregelmäßig statt. Und die Situation wird aufgrund fehlender ausführlicher Gespräche mit den Eltern verkannt. Eigene Hilferufe der Eltern werden so gewertet, dass sie sich noch um ihre Kinder sorgen und die Hilfe zwar nötig aber nicht dringlich ist.
- Die Wirksamkeit einmal installierter Hilfen wird nicht oder nur in zu großen Abständen überprüft.
- Bei beendeten Maßnahmen wird nicht überprüft, ob die Eltern tatsächlich auch langfristig ohne Hilfe auskommen.
- Es werden ungeeignete Maßnahmen (grobmaschige Betreuung bei akuten Gefahren für Kleinkind) installiert.

Wie bereits erwähnt gehört zu einer sorgfältigen Fehleranalyse, die ein Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen ermöglicht, die genaue Analyse aller Umstände eines Falles, die anhand einer Analyse von Medienberichten selbstredend nicht geleistet werden kann. Die aus den Medienberichten ermittelten Anhaltspunkte für Fehleinschätzungen, Unterlassungen, Verzögerungen, fehlende Vernetzung und Zusammenarbeit und andere Ursachen für Fehlschläge, die auf Ermittlungsergebnissen, Vermutungen, Vorwürfen, Vorurteilen, Beschuldigungen oder voreiligen Stellungnahmen beruhen können, sind dennoch eine brauchbare Ausgangsbasis für weitergehende Überlegungen zu der Frage, wie die in anderen risikoreichen und gefahrträchtigen Bereichen schon vielfach etablierten Fehlermanagementsysteme auch im Kinderschutz angewendet werden können, um ein Lernen aus diesen problematischen Kinderschutzverläufen zu ermöglichen und in der Zukunft zu einer Vermeidung dieser Problemsituationen beizutragen.

### **Fazit: Lernen aus Fehlschlägen im Kinderschutz und systematisches Risikomanagement**

Zusammenfassend lassen sich eine Reihe von Faktoren nennen, die ein Lernen aus Fehlschlägen ermöglichen und systematisieren. Sie sind gleichermaßen strukturell, inhaltlich, z.B. durch verbesserte fachliche Qualifizierung, sowie durch verbesserte Kommunikation sowie Transparenz und Vertrauen in der Zusammenarbeit begründet.

Zunächst setzt die Etablierung eines systematischen Risikomanagements die Einführung von wissenschaftlich abgesicherten Dokumentations- und Handlungsstandards voraus. Hierzu gehört auch, entsprechende Instrumente, Formulare und Hilfsmittel für die Qualifizierung der Fallarbeit bereitzustellen. Eine niedrighschwellige und breit zugängliche Form bieten in diesem Zusammenhang z.B. E-Learning-Programme, die neben der kostengünstigen Information und Distribution auch fachlich fundiertes Lernen am Fall oder systematische Risikoabschätzung ermöglichen. Unsere Arbeitsgruppe an der Ulmer Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie hat soeben einen E-Learning-Kurs, »Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz«, zu dieser Thematik entwickelt und freigeschaltet (mit Förderung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, [www.eLearning-FruheHilfen.de](http://www.eLearning-FruheHilfen.de)).

Fundierte und umfassende fachliche Kenntnisse sind eine zentrale Voraussetzung guten Risikomanagements. Dazu gehören etwa umfassende Kompetenzen im Erkennen von Risiken, profundes Wissen über Suchterkrankungen bzw. psychiatrische Erkrankungen, Wissen über die Risiken von Delinquenz bei Eltern und Auswirkungen auf deren Erziehungsfähigkeit. Hinzu kommen Wissen und Kompetenzen, die zu interdisziplinärem Handeln befähigen. Infrastrukturelle Voraussetzungen, wie die Schaffung neuer Weiterbildungs-, Fortbildungs- und Ausbildungsangebote, die Einführung eines Berichtswesens zu riskanten Vorfällen, die verbindliche Kommunikation von negativen Botschaften bzw. Fehlern oder Problemen sowie Informationen und das Wissen über den Umgang mit datenschutzrechtlichen Fragen erhöhen die Fachlichkeit und Professionalität der Akteure.

Zur Optimierung von Arbeitsvorgängen, als weiteren wesentlichen Faktor guten Risikomanagements, gehören die Vorbereitung, Strukturierung und effiziente Lenkung der relevanten Teamsitzungen und Teamentscheidungen, die Verbesserung der schriftlichen Kommunikation und des Reportings durch entsprechende Arbeitshilfen und vorgegebene Standards, die generelle Ergebnisbewertung in der Fallarbeit und die Reflexion über die eigenen fachlichen Stärken und Schwächen im Umgang mit Klienten.

Übergeordnete Managementaufgaben beziehen sich auf die Definition und Vereinbarung erreichbarer fachlicher Ziele, auf die Beseitigung von Organisationsmängeln, oder die Beendigung von Verantwortungsdiffusion. Dabei ist es wichtiges Prinzip die jeweiligen Zuständigkeiten zu klären. Gerade im Kinderschutz bzw. in der Betreuung und Versorgung von Kindern in hoch belasteten Familien und erhöhten Gefährdungsrisiken mit Risikokonstellationen benötigen Familien gewöhnlich unterschiedliche Unterstützung und Hilfen aus unterschiedlichen Systemen. Praxiserfahrungen zeigen aber, dass insbesondere dann, wenn auch hohe interdisziplinäre Anforderungen vorhanden sind, nicht selten Reibungsverluste in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Hilfesysteme auftreten. Hier wiederum liegen dann Gefahren, dass Kinder und ihre Familien durch Systemlücken fallen. Insofern ist eine transparente und verbindliche Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachkräften aus unterschiedlichen Disziplinen wichtig. In diesem Kontext leisten lokale interdisziplinäre Kooperations- und Vernetzungsstrukturen, wie sie etwa im Rahmen des Bundesmodellprojektes »Guter Start ins Kinderleben« entwickelt wurden, einen wichtigen Beitrag zum Kinderschutz (Ziegenhain et al., 2010).

Risikomanagement im Kinderschutz ist zudem eine politische Aufgabe. Notwendig wäre es, ein Berichtswesen und eine einheitliche statistische Erfassung von Kinderschutzfällen bzw. »Beinahe-Fällen« zu etablieren, wie sie in anderen gefahrgeneigten Bereichen (z.B. in der Luft- und Raumfahrt) längst existieren.

Letztlich aber kann ein Lernen aus Fehlern bzw. die Umsetzung einer unbedingt notwendigen Etablierung einer systematischen Fehlerberichterstattung und eines verbesserten Risikomanagements im Kinderschutz nur gelingen, wenn eine Kultur des Umgangs mit unerwünschten Ereignissen entwickelt wird, die sich nicht auf die Suche nach einem Sündenbock konzentriert. Nur wenn Offenheit und Ehrlichkeit den Berichterstatter nicht schädigen, wird es eine Bereitschaft geben, über (Beinahe-)Fehler beziehungsweise Vorkommnisse zu berichten. Zu einer solchen Fehlerkultur im Kinderschutz gehört es zu akzeptieren, dass bei stets schwierigen Entscheidungen im Kinderschutz immer wieder von den handelnden Menschen auch Fehler gemacht werden. Was wir aus diesen Fehlern lernen und wie es uns gemeinsam gelingt, mögliche

Fehler nicht zu einem großen Schadensereignis werden zu lassen, das sind die Fragen und Herausforderungen, welche uns auch weiterhin in der täglichen Arbeit begleiten werden.

## Literatur

- Cassel, C.K. (1984). Deciding to forego life-sustaining treatment: implications for policy in 1985. *Cardozo Law Review*, 6, 287–302.
- DeVita, M.A. (2001). Honestly, do we need a policy on truth? *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 11, 157–164.
- Fegert, J.M., Fangerau, H., & Ziegenhain, U. (Hg.). (2010). Problematische Kinderschutzverläufe. Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalysen und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes. Weinheim: Juventa.
- Finkelstein, D., Wu, A.W., Holtzman, N.A., & Smith, M.K. (1997). When a physician harms a patient by a medical error: ethical, legal, and risk-management considerations. *Journal of Clinical Ethics*, 8, 330–335.
- Francis, C.K. (2001). The medical ethos and social responsibility in clinical medicine. *Journal of the National Medical Association*, 93, 157–169.
- Gaba, D.M. (2000). Structural and organizational issues in patient safety: A comparison of health care to other high-hazard industries. *California Management Review*, 43 (1), 83–102.
- Gibson, R., & Singh, J.P. (2003). Wall of silence: The untold story of the medical mistakes that kill and injure millions of Americans. Washington, D.C.: LifeLine Press.
- Goldstein, J., Freud, A. & Solnit, A.J. (1982). *Diesseits des Kindeswohls*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Hart, D., & Becker-Schwarze, K. (2007). Risiken verringern – Sicherheit steigern: Ein Critical-Incident-Reporting-System in norddeutschen Kinderkliniken. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 12, 87–95.
- Hart, D., & Becker-Schwarze, K. (2005). Die juristische Sicht: Konflikt zwischen Haftungsrecht und Incident Reporting? *GesundheitsRecht* 4 (1), 1–5.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S., (Hg.). (2000). *To err is human. Building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kühner, A. (1886). *Die Kunstfehler der Ärzte vor dem Forum der Juristen*. Frankfurt: Knauer.
- Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection. *Child Abuse and Neglect* 23 (8), 745–758.
- Pinkus, R.L. (2001). Mistakes as a social construct: An historical approach. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 11, 117–133.
- Rall, M.; et al. (2006). Charakteristika effektiver Incident-Reporting-Systeme zur Erhöhung der Patientensicherheit. Grundlage für den Aufbau eines bundesweiten Registers für sicherheitsrelevante Ereignisse durch DGAI/BDA. *Anästhesie und Intensivmedizin*, 47, 9–19.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, 320, 768–770.
- Reason, J. (1998). Vorwort in: M.S. Bognor, (Hg.), *Human error in medicine*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rubin, S.B., & Zoloth, L., (Hg.). (2000). *Margin of error: the ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, Md.: University Publ. Group.
- Sharpe, V.A., & Faden, A.I. (1998). *Medical harm: historical, conceptual, and ethical dimensions of iatrogenic illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., & Standhope, N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal*, 316, 1154–1157.
- Ziegenhain, U. & Fegert, J.M. (2007). *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung*, 1. Auflage, München: Reinhardt.