

Stephan Cinkl/Thomas Marthaler

Expertise/Machbarkeitsstudie für eine unabhängige Kommission zur Untersuchung von gravierenden Kinderschutzfällen

Die vorliegende Expertise wurde in gemeinsamer inhaltlicher Verantwortung von Stephan Cinkl (Brandenburger Institut für Familientherapie e.V. Strausberg) und Dr. Thomas Marthaler (Universität Kassel) erstellt, wobei als Auftragnehmer das Brandenburger Institut für Familientherapie e.V. fungierte. Die Kapitel 4 und 8 hat Prof. Dr. Johannes Münder (TU Berlin) beigesteuert. Auftraggeber der Expertise ist das Brandenburger Ministerium für Bildung, Jugend und Sport.

Strausberg und Berlin, November 2009

Gliederung:

1. Einführung: Anlass, Problemstellung und Zielsetzung der Expertise	3
2. Erfahrungen in Deutschland und international	5
3. Präsentation und Diskussion von denkbaren Szenarien unterschiedlicher Strukturen für den Brandenburger Kontext	12
4. Mündel: Rechtliche Bewertung der Szenarien	16
5. Einschätzung der bundesweiten Diskussion über Fehleranalyse im Kinderschutz und Entwurf eines Analyseschemas	24
6. Empfehlung für die Arbeit der Kommission	36
7. Nutzbarmachung der Kommissionsarbeit für die Qualifizierung der Kinderschutzarbeit im Land Brandenburg	44
8. Mündel: zur rechtlichen Bewertung des empfohlenen Modells	48
9. Bedingungen für eine hohe Akzeptanz vor Ort: Interviews mit Akteuren im Kinderschutz	53
10. Abschlusskommentar	61
11. Literaturliste	64
12. Anhang	66

1. Anlass, Problemstellung und Zielsetzung der Expertise

In der Sitzung des Vorstands des Landespräventionsrates am 24.02.2009 und dem nachfolgenden Vorstandsbeschluss am Rande der Kabinettsitzung am 10.03.2009 wurde festgelegt, dass eine Expertise / Machbarkeitsstudie über die Einrichtung einer unabhängigen Kommission zur Untersuchung von gravierenden Kinderschutzfällen unter Federführung des MBS in Auftrag gegeben werden soll. Die Expertise / Machbarkeitsstudie soll auf der Landrätesitzung im September vorgestellt werden. Zur Vorgeschichte der Expertise gehören gravierende Kinderschutzfälle auch in Brandenburg, beispielsweise in Cottbus, Strausberg oder Frankfurt/Oder, die zu einer nachhaltigen Kritik an der Arbeit der Jugendämter im Lande geführt haben. Durch bundesgesetzliche Veränderungen (§ 8a SGB VIII) und Aktivitäten des Landes (Fachstelle Kinderschutz) wurden auf fachlicher Ebene wichtige Anstöße zur Verbesserung des Kinderschutzes gegeben. Durch die Expertise soll diese Entwicklung weiter vorangetrieben werden, insbesondere mit Hilfe der Beantwortung folgender Fragen:

Wie können die öffentlichen Träger der Jugendhilfe unterstützt werden, den Kinderschutz vor Ort zu verbessern?

Welche Schlussfolgerungen kann man aus der Analyse von Einzelfällen für die Landespolitik (Gesetzesänderungen – Beratungstätigkeit des Landesjugendamtes – Modellprojekte – Fortbildungsaktivitäten) ableiten?

Wie kann ein System etabliert werden, das das Lernen aus Fehlern ermöglicht, nicht aber persönliche, fachlich-/juristische Schuldzuweisungen und Sanktionierungen produziert?

Wie kann es gelingen, eine Kommission zu schaffen, die die Schwelle für die öffentlichen Träger der Jugendhilfe niedrig hält, gravierende Kinderschutzfälle zu untersuchen?

Die letzte Frage beruht auf der vom Auftraggeber vorgegebenen Prämisse für die Expertise, dass die Kommission vom öffentlichen Träger angerufen und dann aktiviert werden soll. Der Vorteil dieser Vorentscheidung liegt in einer möglicherweise größeren Akzeptanz der Kommission bei den öffentlichen Trägern, es besteht aber auch die Gefahr, dass die Kommission nur von solchen öffentlichen Trägern beauftragt wird, die schon eine entwickelte Fehlerkultur haben. Eine weitere Prämisse für die Verfasser besteht darin, dass keine Empfehlung erarbeitet werden soll, die landesrechtliche Veränderungen notwendig machen.

Die in der vorliegenden Studie präsentierte Problemlösung liegt auf einer „technischen“ Ebene der Verwaltungsabläufe, und hier liegt der Fokus auf der Einführung von bestimmten Strukturen und standardisierten Abläufen, die auf der Basis von – in der internationalen Terminologie - „serious case reviews“ optimiert werden sollen. In einer solchen Fokussierung liegen verschiedene Gefahren, deren wir uns bewusst sind, und die wir ausdrücklich dem weiteren Text voranstellen wollen:

1. Kinder kommen oft nicht deshalb zu Schaden, weil die Dienste zu ihrem Schutz nicht optimal sind; d.h., egal, wie Fehleranalysen angelegt sind, wird man bei der

Ursachenforschung notwendig auf Problemzusammenhänge stoßen, die von den sozialen Diensten nicht bearbeitbar sind. Mit diesen Problemzusammenhängen gesellschaftlicher Art muss sich „die Gesellschaft“ selbst, mithin die Politik, befassen. Für unser Vorgehen bedeutet dies, dass wir versuchen werden, Mechanismen einzubauen, die diese Perspektive aufgreifen und die Überführung von Untersuchungsergebnissen in gesellschaftliche/politische Diskurse ermöglichen.

2. Untersuchungsergebnisse können Konsequenzen nahe legen, die Geld kosten. Die Einrichtung von stringenten Untersuchungsmechanismen ergibt nur einen Sinn, wenn grundsätzlich die (politische) Bereitschaft vorhanden ist, die von einer solchen Untersuchung nahe gelegten Maßnahmen auch umzusetzen.

3. Wir sind uns bewusst, dass alle Maßnahmen, die strukturell verankert werden können, von Menschen umgesetzt werden müssen. Es ist bekannt, dass das Ableisten eines „Dienstes nach Vorschrift“ generell, und auch in Verwaltungen, nicht ausreicht. Für die gute Ausübung eines Dienstes ist ein „mehr“ erforderlich, das nicht rechtlich eingefordert werden kann, es muss täglich als „common-sense“ erzeugt werden.

4. Gleichzeitig bleibt das Verwaltungshandeln – auch bei Standardisierung – insbesondere bei der Arbeit auf der Grundlage unbestimmter Rechtsbegriffe, bei der Ausübung von Ermessen usw., mit Unsicherheiten versehen – die Verwaltung kann sich nicht auf einen „normativ neutralen, fachkompetenten Gesetzesvollzug beschränken“ (Habermas 1997, S. 530). Zum Umgang mit der Gefahr einer zur selbstständigen Normsetzung verurteilten Verwaltung schlägt Habermas Elemente der „Demokratisierung“ der Verwaltung vor: „Ob sich für eine solche über Informationspflichten hinausgehende „Demokratisierung“ der Verwaltung, die die parlamentarische und gerichtliche Verwaltungskontrolle von innen ergänzte, die Entscheidungsteilhabe von Betroffenen, die Aktivierung von Ombudsmännern, gerichtsanaloge Verfahren, Anhörungen usw. eignen, oder ob für einen derart störanfälligen und effizienzabhängigen Bereich andere Arrangements gefunden werden müssen, ist, wie stets bei solchen Innovationen, eine Frage des Zusammenspiels von institutioneller Phantasie und vorsichtiger Erprobung. Praktiken der Verwaltungsbeteiligung dürfen freilich nicht nur als Rechtsschutzorgane betrachtet werden, sondern als ex ante wirksame Verfahren zur Legitimation von Entscheidungen, die, ihrem normativen Gehalt nach beurteilt, Akte der Gesetzgebung oder Rechtsprechung substituieren“ (ebd., S. 531).

Wir haben uns insgesamt, sieht man von den internationalen Bezügen ab, auf die Kinder- und Jugendhilfe konzentriert. Dies liegt daran, dass der Kinderschutz im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe auf Grund der in den letzten Jahren öffentlich diskutierten Kinderschutzfälle besonders in die Kritik geraten ist. Auf der anderen Seite ist der Kinder- und Jugendhilfe zugute zu halten, dass der selbstkritische Umgang der Professionellen in der Kinder- und Jugendhilfe zu positiven Veränderungen im Kinderschutz geführt hat. Wir wünschen uns für die zu etablierende Fehlerkultur eine stärkere Zusammenarbeit mit selbstkritischen Professionellen andere Arbeitsfelder im Kinderschutz.

2. Erfahrungen in Deutschland und international

Routinisierte Untersuchungskommissionen für gravierende Kinderschutzfälle gibt es bislang in Deutschland nicht. Untersuchungskommissionen wurden bislang einzelfallorientiert bei besonderem öffentlichem Interesse eingerichtet. Es gibt allerdings Überlegungen für systematische Fehleranalysen auch in Deutschland¹. Vorwiegend in englischsprachigen Ländern war die Einrichtung von ständigen Untersuchungskommissionen teilweise eine Folge öffentlicher Untersuchungen gravierender Kinderschutzfälle. Im Folgenden werden die Strukturen sowie die inhaltlichen und methodischen Untersuchungsdesigns unabhängiger Kommissionen in Deutschland und im internationalen Kontext dargestellt und diskutiert:

2.1 Deutschland

„Kevin“²

Ein parlamentarischer Untersuchungsausschuss wurde eingesetzt, weil es sich bei dem zweijährigen von seinem Vater getöteten Kevin um ein Kind handelte, das seit seiner Geburt vom Bremer Amt für soziale Dienste betreut wurde; die Familie hatte Hilfen von zahlreichen Institutionen erhalten. Der Untersuchungsausschuss sollte Aufklärung über die Ursachen leisten, unter Berücksichtigung struktureller Faktoren wie die „Auswirkungen der personellen Kürzungen und der Budgetierung der Leistungen in der Jugendhilfe“, den „Umgang der Fallkonferenzen mit strittigen Fällen“ und „das mutmaßliche Versagen von Kontrollsystemen trotz zahlreicher Hinweise“ (S. 7). Der Bremer Ausschuss, dem sechs Vertreter/innen der Bürgerschaft angehörten, stellt angesichts der Breite des Untersuchungsauftrages und der Intensität der Untersuchung eine Besonderheit dar³. Trotz der Fokussierung auf die genannten strukturellen Ursachen, wird in der zusammenfassenden Bewertung jedoch das persönliche Versagen des fallzuständigen Sozialarbeiters hervorgehoben: „Dem Casemanager sind bei der Fallbearbeitung gravierende Fehler unterlaufen“ (ebd., S. 163). Erst dann werden verschiedene strukturelle Mängel wie die mangelnde personelle und sachliche Ausstattung des Amtes für soziale Dienste für das Casemanagement, die fehlende Kontrolle eingeleiteter Maßnahmen oder die ungenügende Dienst- und Fachaufsicht über die Casemanager genannt. Die Schlussfolgerungen des Berichtes nennen personelle Konsequenzen, Sofortmaßnahmen (verstärkte Hausbesuche bei Risikofamilien), Maßnahmen der Organisationsentwicklung (auf der Ebene der Dienst- und Fachaufsicht), Verbesserung der Personalausstattung im Jugendamt oder ein längerfristiges Weiterbildungs- und Personalentwicklungsprogramm als erforderliche Maßnahmen und Handlungsansätze. Unter den Empfehlungen finden sich keine Vorschläge in Richtung einer

¹ Vgl. Fegert, J.M., Schnoor, K., Kleidt, S., Kindler, H., Ziegenhain, U. (2008) sowie das vom Deutschen Jugendinstitut ausgeschriebene Modellprojekt „Aus Fehlern lernen“.

² Bremische Bürgerschaft (2007): Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienste (Parlamentarischer Untersuchungsausschuss 11/2006 bis 4/2007).

³ Zeugenliste: 73 Personen; 21 öffentliche Sitzungen von November 2006 bis April 2007, Auswertung von 267 Akten, eine schriftliche Anfrage an 6 Städte zur Organisation der dortigen Jugendämter.

ständigen Kommission, eines Fehlerberichterstattungssystems oder der Evaluation der vorgeschlagenen Maßnahmen.

„Jessica“

In Hamburg wurde nach dem Hungertod der siebenjährigen Jessica im Jahr 2005 durch die Bürgerschaft der Sonderausschuss „Vernachlässigte Kinder“ eingesetzt. Obwohl auch in diesem Fall die Familie Kontakt mit verschiedenen Behörden hatte und es Hinweise auf Vernachlässigung gegeben hatte, stand nicht das Behördenhandeln in dem konkreten Fall im Zentrum der Untersuchung. Der Sonderausschuss sollte allgemeine Maßnahmen vorschlagen, um die Vernachlässigung von Kindern abzuwenden. Die Verbesserungsvorschläge beruhten also nicht auf der Fehleranalyse im konkreten Einzelfall. Der Ausschuss hörte in insgesamt sieben „Beratungen“ verschiedene Sachverständige und Behördenvertreter zur aktuellen Situation des Kinderschutzes in Hamburg. Die Vorschläge umfassen Maßnahmen in den Bereichen „Ämter u. Behörden – Vernetzung/Zusammenarbeit“ (z.B. Besetzung vakanter Stellen im ASD oder die Einführung eines verbindlichen Fall-Managements) sowie „Prävention, Früherkennung, Unterstützung“ (z.B. Aufsuchende Jugendarbeit und Straßensozialarbeit oder Erweiterung der schulärztlichen Meldepflicht). Viele Vorschläge finden sich auch im Bremer Bericht. Neu sind die Vorschläge zur Evaluation: Evaluiert werden sollen die Pflichtuntersuchungen sowie die Organisationsstrukturen im ASD. Es finden sich aber ebenfalls keine Vorschläge in Hinblick auf die Einführung von Berichterstattungssystemen oder Kommissionen zur Fehleranalyse.

„Lea-Sophie“

Der Tod des Kindes erregte 2007 bundesweite Beachtung. Der von der Schweriner Stadtvertretung eingesetzte „Ausschuss zur Aufklärung des Todes von Lea-Sophie und zur Optimierung des Verfahrens bei Kindeswohlgefährdung“, der von Dezember bis März 2008 tagte⁴, kam zu einem klaren Urteil:

„Der qualvolle Tod von Lea-Sophie wäre vermeidbar gewesen. Trotz der unbestrittenen Hauptschuld der Eltern am Tod von Lea-Sophie muss festgestellt werden, dass in diesem Fall erhebliche, zum Teil eklatante Mängel in der Bearbeitung durch das Jugendamt vorlagen. Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass bei sachgerechterer Arbeit des Jugendamtes das tragische Ende des kleinen Mädchens hätte verhindert werden können.“ (S. 1)

Die Fehleranalyse betont als Schwachpunkte der Arbeit des Jugendamtes fehlende oder ungenügende Handlungsanweisungen für das methodische Vorgehen, Mängel bei der Risikoabschätzung und Dokumentation sowie unwirksame Kontrolle und Steuerung durch Vorgesetzte. Die Verbesserungsvorschläge, die im abschließenden Bericht vorgestellt werden, beziehen sich teilweise auf die Prozesse (Formalisierung der Verfahrensabläufe und

⁴ Aus dem abschließenden Bericht geht nicht hervor, wie häufig sich der Ausschuss getroffen hat und wer über das Aktenstudium hinaus befragt wurde. Die Einschätzungen der drei Berater und das Gutachten von Prof. Freigang (Hochschule Neubrandenburg) sind der Öffentlichkeit nicht zugänglich.

der Dokumentation, Qualifizierung der Leitungstätigkeit), die Verbesserung der materiellen Ausstattung (Einzelzimmer für die Sozialarbeiter, Dienstwagen) und der personellen Rahmenbedingungen (Neueinstellungen, Fortbildung, Supervision); sie ergeben sich jedoch nicht direkt aus den festgestellten Mängeln.

Innovativ an diesem Bericht sind Aussagen zur Notwendigkeit einer fehlerakzeptierenden Organisationskultur: „Die Risiken anzuerkennen und mit einem fehlersensiblen und risikoakzeptierenden Qualitätssicherungssystem zu managen, ist eine permanente Aufgabe.“ (S. 9). Im Bericht wird darauf hingewiesen, dass die Verwaltung mit dem Ausschuss zunächst nur schleppend zusammengearbeitet hat (Akten wurden nur unter Druck zugänglich gemacht), die Zusammenarbeit sich aber verbesserte, nachdem der zuständige Dezernent versetzt worden war.

Fälle von Kindesvernachlässigung und -misshandlung mit Todesfolge und schwerer Körperverletzung im Land Brandenburg Eine Untersuchung anhand von Staatsanwaltschaftsakten (2000 – 2005)

Die von der *Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg* (Leitner/Roth/Troscheit 2008) im Auftrag des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg durchgeführte Studie bezog sich auf 27 Misshandlungsfälle (mit Todesfolge und der Folge schwerer Körperverletzung) im Zeitraum zwischen 2000 und 2005, die über die Arbeit der verschiedenen Brandenburger Staatsanwaltschaften zugänglich waren. Es handelte sich also um eine Totalerhebung. Gegenstand der Untersuchung war eine einzelfallbezogene Aktenanalyse bei den Brandenburger Staatsanwaltschaften. Der Untersuchungsauftrag beinhaltete erstens die Frage nach dem Einfluss der „Dynamik der Eskalation familiärer Problemkonstellationen“ auf Risiko, Entstehung und Verlauf kindeswohlgefährdender Situationen; zweitens nach „Defizite(n) im Handeln der zuständigen öffentlichen Institutionen“ und drittens nach Hinweisen dazu, ob die Schwerpunktsetzung der Landesregierung beim Kinderschutz zutreffend die Entwicklungsbedarfe aufnehme.

Die erste Frage wird durch eine Typisierung von konkreten Problemkonstellationen beantwortet; die aus der Analyse abgeleiteten Schlussfolgerungen beschränken sich auf allgemeine Forderungen hinsichtlich einer verbesserten Vernetzung und dem Ausbau früher Hilfen. Konkrete Vorschläge in Hinblick auf die *spezifischen* Problemlagen werden nicht unterbreitet. Besonders in Bezug auf die dritte Frage ist anzumerken, dass eine wissenschaftliche Bearbeitung durch die Fachstelle Kinderschutz, die die zu untersuchende Landespolitik entscheidend mit geprägt hat, Schwierigkeiten in Hinblick auf mögliche Rollenkonflikte in sich birgt.

Diskussion:

In keinem der vier dargestellten Untersuchungsberichte wird unter den Handlungsvorschlägen eine ständige Untersuchungskommission oder die kontinuierliche wissenschaftliche Analyse kritischer Einzelfälle gefordert. Immerhin wird im Schweriner Bericht auf die Notwendigkeit einer Fehlerkultur hingewiesen. Die Kommissionen und Berichte sind nicht von den Jugendämtern oder dem öffentlichen Träger, sondern von den

parlamentarischen Vertretungen, bzw. wie in Brandenburg vom Landesministerium unter großem öffentlichem Druck, ausgegangen. Es wurden verschiedene Untersuchungsmethoden eingesetzt, Betroffene oder Basisarbeiter wurden nicht oder selten befragt. Die Empfehlungen beziehen sich teilweise auf die konkret festgestellten Mängel, teilweise wird aber auch eine Generalrevision der Kinder- und Jugendhilfe vorgenommen.

In Folge der Diskussion um diese und andere gravierenden Einzelfälle wurden in Deutschland in den letzten Jahren gesetzliche Veränderungen (§ 8a SGB VIII, verschiedene Landesgesetze) vorgenommen, die ebenfalls keine festen Kommissionen oder systematische Evaluationen vorsehen.

Die Untersuchungen fokussierten stark auf die Arbeit der Jugendämter. Es erscheint allerdings sinnvoll, auch Untersuchungen zu Kindeswohlgefährdungen durch Professionelle⁵ einzubeziehen.

2.2 International

Mit der Beschränkung auf Einzelfalluntersuchungen und dem völligen Fehlen von UntersuchungsROUTINEN muss Deutschland im internationalen Vergleich beinahe als Ausnahme bezeichnet werden⁶. Über die Praxis in 16 Ländern weltweit sowie die Bewertung durch lokale Experten gibt eine von Axford und Bullock 2005 im Auftrag der schottischen Regierung erstellte Untersuchung Aufschluss⁷. Englischsprachige Länder bilden nach dieser Studie die Gruppe mit den etabliertesten Systemen: England, Wales, Nordirland, Kanada, die USA, Australien (bes. New South Wales), Neuseeland, und mittlerweile muss auch Schottland selbst zu dieser Gruppe gezählt werden. Auch die etablierten Systeme unterscheiden sich demzufolge allerdings in verschiedenen Punkten:

Untersuchungsanlässe: Während in New South Wales einem fest gefügten Kriterienkatalog zu folgen ist, bestehen z.B. in den USA und Kanada größere Entscheidungsspielräume für die Verantwortlichen. In England sind seit 2008 alle Todesfälle von Kindern zu untersuchen; für die vertiefte Untersuchung von „serious cases“ greift dann ein eigener Kriterienkatalog. Verantwortlich bzw. *Auftraggeber* für Untersuchungen sind in England und Wales „Local Safeguarding Children Boards“, in New South Wales ist es ein Ombudsmann. *Durchgeführt* werden die Untersuchungen meist von festen Teams unterschiedlicher Berufsgruppen, z.T. als Kernteams, die weitere Mitglieder hinzuziehen können. In New South Wales werden die Untersuchungen von „Senior Review Officers“ aus dem (unabhängigen) Office des Ombudsmanns durchgeführt (unter Beteiligung eines externen Beraterteams). Hinsichtlich der *Finanzierung* verfügt nach Axford/Bullock (2005, S. 39) wiederum New South Wales über die klarste Regelung mit einem eigenen Budget für das Office des Ombudsmanns, während

⁵ Wensierski (2007); Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg: Parlamentarischer Untersuchungsausschuss „Geschlossene Unterbringung Feuerbergstraße“ Bericht PUA Drucksache 18/7200 (Neufassung) vom 30.11.2007.

⁶ Kindler 2007, S. 22.

⁷ Dies ist die nach unserer Kenntnis einzige empirische Untersuchung dieser Art. Axford/Bullock kommen im Ergebnis zu 20 Empfehlungen, die bei der Etablierung eines Review-Systems beachtet werden sollten (vgl. Anhang 1).

in den USA bei lokalen Teams keine eigene Finanzierung vorhanden war – die Untersuchung wurde als Teil der Arbeit der einzelnen Teammitglieder betrachtet. Als *Zielsetzung* wird die Verbesserung des Kinderschutzes durch das Lernen aus Fehlern betont, wobei das Verhältnis zu individueller Schuld und zu strafrechtlichen Untersuchungen durchweg problematisiert wird. *Publiziert* wird in New South Wales ein jährlicher Report des Ombudsmanns über alle Untersuchungen; die Verpflichtung zur Veröffentlichung variiert in den anderen Ländern. In England und Wales wurde in den letzten Jahren ein ausgeklügeltes System zur Sicherung der Qualität auch der Serious Case Reviews etabliert. Die Serious Case Reviews liefern in England auch die Basis für weitere Forschung (so z.B. die Studie von Sinclair und Bullock 2002: Learning from past experience“). *Erkenntnisse* aus Untersuchungen sind in England und Wales (2004), in Neuseeland und New South Wales in die Gesetzgebung eingeflossen, in New South Wales wurden die Budgets für den Kinderschutz erhöht, Prozesse wurden aus der Sicht der befragten Experten verbessert. U.a. aus Kanada wurde die *Kritik* geäußert, dass die Erhöhung der Aufmerksamkeit für Risiko-Assessments zu Lasten der anderen Dienste gegangen sei (Axford/Bullock 2005, S. 47). Eine weitere Gefahr scheint in einem verstärkt „investigativen“ Zugang zu Familien zu liegen, wenn Risikoeinschätzungen einen höheren Stellenwert bekommen (ebd., S.52); Familien können stigmatisiert werden; die Untersuchungen sollten den Faktor „Armut“ berücksichtigen; eine Anfälligkeit für zu einfache, symbol-politische Maßnahmen als Konsequenz aus Untersuchungen wird kritisiert.

2.3 Kinderschutz- (Review-) System in England

Da das englisch/walisische Review-System als Referenz genannt wird, soll es im Folgenden in Kürze näher beleuchtet werden: Für die englische Kinderschutzdiskussion und die Einführung von Reviewsystemen waren zwei Einzelfallkommissionen von grundlegender Bedeutung: die Untersuchung zum Tod von Maria Colwell und der Laming-Bericht zu Victoria Climbié.

Die Ermordung der 7-jährigen Maria Colwell im Jahr 1973 durch ihren Stiefvater rief großes öffentliches Interesse hervor. Der Fall war Gegenstand einer der ersten Untersuchungen dieser Art, da das Mädchen von den Jugendbehörden betreut worden war. Diagnostiziert wurde ein völliges Versagen des Kinderschutzsystems (vgl. Wyness 2006, S. 100; vgl. auch Kap. 5 der vorliegenden Expertise). In der Folge wurden neue Prozeduren zum Schutz von Kindern angeordnet (vgl. Hendrick 1994, S. 229 ff.), doch in einem sich wandelnden politischen Klima im England der 1980er Jahre und aufgrund der sogen. „Cleveland“-Affäre, in der den Jugendbehörden öffentlich Über-Interventionismus bei echten oder vermeintlichen Fällen sexuellen Missbrauchs von Kindern vorgeworfen wurde, betonte der Children Act von 1989⁸ das Prinzip der elterlichen Verantwortung, allerdings verbunden mit dem Prinzip des Kindeswohls. Die Modalitäten von Eingriffen in die elterliche Verantwortung und die Herausnahme von Kindern wurden klar geregelt, die Vorgaben zur Unterstützung von Familien blieben dagegen ohne Konkretisierung (vgl. auch Knuth 2008, S. 144 ff.). Wyness

⁸ Children Act 1989, in Kraft getreten im Jahr 1991.

bewertet dies als einen „shift from welfare to control“ (2006, S. 103). In Kapitel 8 einer den Children Act begleitenden „Guidance“ mit verpflichtendem Charakter⁹ erhielten die lokalen Behörden klare Vorgaben zur Durchführung von Serious Case Reviews. Mit der novellierten Fassung der Guidance aus dem Jahr 1999¹⁰ wurden diese Vorgaben weiter präzisiert, besonders aber der inhaltliche Schwerpunkt von Schuldzuweisung und Bestrafung hin zum Lernen aus Fehlern verschoben (Sinclair/Bullock 2002, S. 6). Die Case Reviews lieferten jedoch schon seit Beginn der 1990er Jahre eine Basis für wissenschaftliche Untersuchungen (vgl. dazu Sinclair/Bullock 2002; Axford/Bullock 2005). Einen weiteren Markstein setzte der Mord an der 8-jährigen Victoria Climbié durch ihre Tante und deren Lebensgefährten im Jahr 2000. Die Ergebnisse der folgenden aufwändigen, von Lord Laming geleiteten Untersuchung wurden im Jahr 2003 veröffentlicht¹¹; viele der 108 Empfehlungen aus diesem Report flossen in den 2004 reformierten Children Act¹² ein. Bisher auf lokaler Ebene tätige Kommissionen werden in Local Safeguarding Children Boards (LSCB) umbenannt. Die Tätigkeit der LSCBs wurde 2006 durch eine neue „Working together-guidance“¹³ von 2006 ebenso konkretisiert wie durch die LSCB-regulations¹⁴ aus dem selben Jahr. In Kapitel 8 der guidance werden die Serious Case Reviews (SCR) verbindlich vorgeschrieben und ihre Prozedur geregelt; den LSCBs obliegt die Entscheidung (im Rahmen eines vorgegebenen Kriterienkatalogs) und Durchführungsverantwortung für die SCR. Sie erhalten in den regulations die Verpflichtung, ab 1.4.2008 alle Todesfälle von Kindern im jeweiligen Bezirk zu untersuchen.

Wie die Qualität der sozialen Dienstleistungen insgesamt wird auch die Qualität der SCRs evaluiert; die dafür zuständige Agentur¹⁵ führte im Jahr 2008 eine Evaluation aller Reviews aus dem Zeitraum von 4/07-4/08 durch, monierte Mängel und gab Empfehlungen¹⁶. Der Tod des „Baby P.“ im Jahr 2007 wurde wiederum zum Gegenstand einer Untersuchung durch Lord Laming. Sein im März 2009 veröffentlichter Bericht¹⁷ enthält neuerlich einen Katalog von 58 Empfehlungen, an denen sich allerdings auch deutliche politische Kritik regt¹⁸; zur weiteren Verbesserung der SCR¹⁹ müssen die LSCBs künftig Serious Case Review Panels bilden, deren Vorsitz eine unabhängige Person innehat – bisher saß dem Gremium vielfach ein LSCB-Mitglied vor. Ein weiteres Element des Kinderschutzes in England bildete das sogen. Child Protection Register, in das jedes Kind, das in Zusammenhang mit einem Verdacht auf Vernachlässigung oder Missbrauch eingetragen wurde, und auf das

⁹ Department of Health u.a. 1991.

¹⁰ Department of Health u.a. 1999.

¹¹ Laming-Report 2003.

¹² Children Act 2004.

¹³ HM Government 2006.

¹⁴ DCSF 2006.

¹⁵ Bis 2007 „Commission for Social Care Inspection“ (CSCI), seither unter dem Namen Ofsted (Office for Standards in Education, Children's Services and Skills).

¹⁶ Ofsted 2008.

¹⁷ Laming-Report 2009.

¹⁸ Munn 2009; generell wird darauf verwiesen, dass alle Verbesserungsversuche im Gefolge der Skandale der vergangenen Jahrzehnte keinen Anlass zu Optimismus böten; am Laming-Report wird besonders kritisiert, dass die Umsetzungserfordernisse der Empfehlungen nicht konkretisiert werden, so z.B. der notwendige Einsatz von Ressourcen.

¹⁹ Es gibt Empfehlungen (NSPCC), und ein LSCB Challenge and Improvement Tool (liegt vor), ein Best Practice-Bericht mit Fallstudien (vgl. <http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/resources-and-practice/IG00332/>).

verschiedenste Dienste Zugriff hatten; nunmehr wurde es durch das „Integrated Children's System“ (ICS) ersetzt. Ein als gefährdet eingestuftes Kind bekommt einen Child Protection Plan, der registriert und zugänglich gemacht wird. Das Register und die evaluierten Case-Reviews liefern eine Datenbasis, die das Wissen um das Ausmaß von Kindeswohlgefährdungen sowie positive und negative Folgen des institutionellen Umgangs mit ihnen aufzudecken vermag²⁰ – neuerliche Todesfälle verhindern kann es jedoch nicht, wie die Todesfälle der letzten Jahre auch in England zeigen.

2.4 Zusammenfassung

In Deutschland wurden in den letzten Jahren einige intensive Untersuchungen zu Fällen vorgenommen, in denen Kinder zu Schaden gekommen sind; international, besonders aber in englischsprachigen Ländern sind solche Untersuchungen seit Jahren, in England selbst seit Jahrzehnten zur Routine geworden. Die vorliegenden wissenschaftlichen Auswertungen der Reviews geben Einblicke in das Ausmaß des Problems, in die Arbeitsweise der Sozialen Dienste, in Hintergründe und Ursachen von Leiden und Tod von Kindern. Die Gesetzgebung wurde in Schritten angepasst, Gremien und Institutionen eingerichtet oder reformiert, Standards für ihr Tätigwerden formuliert und ständig verbessert.

Auch aus Sicht der Praktiker in diesen Ländern liegt eine Gefahr eines solch elaborierten Systems in einer Fokussierung von Ressourcen und von Aufmerksamkeit, die zu Lasten einer alltäglichen und umfassenden Förderung von Kindern und ihren Familien gehen kann. Diese Fokussierung kann letztlich zu einer Individualisierung von Problemzuschreibungen führen, die gesellschaftliche Rahmenbedingungen nicht mehr in den Blick nehmen kann. Wyness (2006) geht so weit, ein angelsächsisches, mit liberalen Traditionen verbundenes „child-protection model“ einem europäischen „family-support model“ gegenüber zu stellen (S. 104). Die verstärkte Aufmerksamkeit in Deutschland auf den Schutz von Kindern (durch Gesetzgebung, Forschung, Medien) hat ihre Berechtigung, vor einer vollständigen Hinwendung zum angelsächsischen Modell wäre jedoch sicher zu warnen.²¹ Auf einer praktischen Ebene würde die Umsetzung von Empfehlungen aus Untersuchungen – dies betrifft deutsche wie internationale Untersuchungen – teilweise erhebliche Mittel erfordern, z.B. durch die Erhöhung von Personalschlüsseln, die Qualifizierung von Mitarbeitern, die Einführung von Standards etc. Das ist zum Teil (auch in Deutschland, vgl. Jessica) nachvollziehbar nicht passiert, und auch in Großbritannien wird an dem Punkt kritisch nachgefragt. Hier zeigt sich auch die Gefahr, dass Empfehlungen im Vorgriff auf diese Problematik Konkretisierungen scheuen.

Inhaltlich-fachlich ist festzustellen, dass mit der Steigerung der Verantwortung von Jugendhilfadministrativen für den Schutz von Kindern die Standardisierung von Prozeduren verbunden ist; diese wird durch die Reviews noch verstärkt. Standards sind unumgänglich, aber ambivalent²². Sie können als technisches Werkzeug zur sicheren

²⁰ Kindler (2007) beklagt das völlige Fehlen einer solchen Datenbasis, aber auch einer entsprechenden Forschung in Deutschland u.E. zu Recht.

²¹ Vgl. dazu z.B. Marthaler 2009.

²² Vgl. dazu auch Hansen 2007.

Erreichung eines Ziels missverstanden werden, das den Blick auf die Komplexität des Einzelfalls letztlich versperrt. Standards sind nicht neutral – sie müssen der öffentlichen Debatte zugänglich bleiben. Ist die Entwicklung von Standards unhintergebar, so ist, auch mit Blick auf die Traditionen der Jugendhilfe in Deutschland, die Verbindung mit hermeneutischen Elementen zu wahren²³ und auch der Fortbestand von Unsicherheit einzuräumen – was besonders dann problematisch wird, wenn Kinder die Opfer sind.

In den Systemen, die in diesem Kapitel in den Blick genommen wurden, gibt es Kommissionen zu Einzelfällen, (international) ständige Kommissionen auf rechtlicher Grundlage mit klarem Auftrag und Rechten zur Informationsbeschaffung, aber es gibt keine Kommissionen, die von den Betroffenen selbst angerufen und für eine Fehleranalyse genutzt werden könnten; auch aus Gründen der Legitimation solcher Kommissionen wäre nach Möglichkeiten zu suchen, der scheinbar ‚klassischen‘ top-down-Orientierung eine stärkere Anbindung an die Bedürfnisse und Interessen der Betroffenen entgegen zu setzen.

Die folgenden Überlegungen zu den Möglichkeiten der Einrichtung einer Kommission zur Untersuchung kritischer Fälle in Brandenburg werden also davon geleitet sein, die im Vorangegangenen identifizierten Stärken von Reviews aufzugreifen und erkannte Nachteile zu berücksichtigen. Dies betrifft besonders den vorzuschlagenden Ablauf der Untersuchungen (Kap. 5). Dabei sind die fachliche, die politische, die administrative und, nicht zu vergessen, die Perspektive der Betroffenen einzubeziehen und in eine Balance zu bringen – in den Szenarien im folgenden Kapitel kommt die Gratwanderung zwischen fachlicher und politischer Wünschbarkeit und Pragmatismus deutlich zum Ausdruck.

3. Präsentation und Diskussion von denkbaren Szenarien unterschiedlicher Strukturen für den Brandenburger Kontext

Im Folgenden werden Szenarien für Struktur, Anbindung und Arbeit einer Kommission vorgestellt und diskutiert, die den Vorgaben des Auftraggebers entsprechen und im Brandenburger Kontext vorstellbar sind. Gemeinsam ist den Szenarien die Abgrenzung des Prozesses von möglichen strafrechtlichen Verfahren; darüber hinaus wird für die Untersuchung selbst von einem einheitlichen, nur in Nuancen modifizierten Schema ausgegangen, das, mit Berücksichtigung der vorangegangenen Diskussionen, im folgenden Kapitel 5 eingeführt wird.

Die Szenarien unterscheiden sich in ihrer generellen Ausrichtung; sie sind als Typen konstruiert, die sich insgesamt an den angenommenen Interessen eines beteiligten Akteurs bzw. einer Gruppe von Akteuren im Feld der Kinder- und Jugendhilfe orientieren: Dem öffentlichen Träger, dem Land und den örtlichen Trägern, der „Öffentlichkeit“, den Betroffenen (Kindern und Familien).

²³ Vgl. Hansen 2007, S. 415; darüber hinaus bleibt bei der Arbeit mit unbestimmten Rechtsbegriffen und Ermessensspielräumen dieses Erfordernis erhalten; die Warnung zielt in die Richtung, diese Spielräume nicht im Übermaß durch Standardisierungen einzuengen.

Szenarium 1: Öffentlicher Träger

In diesem Szenarium wird die Kommission durch Auftrag des Landrats oder Oberbürgermeisters als Vertreter des örtlichen Trägers der öffentlichen Jugendhilfe nach vorliegenden, jedoch selbst gesetzten Kriterien tätig. Der Kommission, die über einen festen Vorsitzenden verfügt, gehören Kinderschutzexperten aus Jugendhilfe und Gesundheitswesen sowie ein Experte/eine Expertin für Organisationsdynamiken (Fehlerexperte) an. Die Kommission sollte insgesamt geschlechterparitätisch zusammengesetzt sein. Anzusiedeln wäre die Kommission als Arbeitskreis bei den kommunalen Spitzenverbänden. Die Untersuchung gründet vorwiegend auf den Akten des betreffenden Jugendamts, auf Befragungen der Jugendamtsmitarbeiter und zielt auf die Überprüfung von Strukturen, Verantwortlichkeiten und die Einhaltung von Standards. Die Akteneinsicht und die Befragung der Mitarbeiter wird durch den öffentlichen Träger ermöglicht. Die Rechte zur Veröffentlichung der Untersuchung liegen beim öffentlichen Träger, eine Zirkulation unter den Verantwortlichen der Jugendämter im Land könnte vereinbart werden, Vereinbarungen mit einem Journalistenverband sind ebenfalls denkbar (z.B: Deutsche Journalistenunion). Die Kommissionsarbeit könnte durch eine Verwaltungsrichtlinie, längerfristig auch gesetzlich verankert werden. Ebenso wäre eine vertragliche Vereinbarung unter den öffentlichen Trägern denkbar. Der allgemeine Nutzen könnte in der Verbesserung der Arbeitsabläufe auf lokaler und auf Landesebene liegen; bezüglich des Einzelfalls wären ggf. ein Fehlereingeständnis des/der Verantwortlichen und eine Wiedergutmachung anzustreben.

Vorteilhaft dürfte in diesem Modell die spezifische institutionelle Anbindung sein; wir gehen davon aus, dass die starke Rolle des öffentlichen Trägers die Akzeptanz bei den beteiligten Akteuren befördert. Diese Akzeptanz, aber auch eine gewisse Durchsetzungsmacht sollte den Zugang zu den relevanten, verwaltungsinternen Daten (Akten, mündliche Auskünfte) erleichtern. Die Untersuchungshoheit verbleibt auf der für die Jugendhilfepraxis zuständigen Ebene; dies könnte einerseits die Umsetzung als erforderlich identifizierter Verbesserungen befördern. Andererseits birgt eine solche Konstruktion die Gefahr, Ergebnisse schönzureden oder zur eigenen Rechtfertigung zu gebrauchen. Die Transparenz hinsichtlich der Untersuchungsentscheidung wie der Schlussfolgerungen und ihrer Umsetzung ist nicht automatisch gewährleistet. Dies könnte die Akzeptanz der Öffentlichkeit, der Betroffenen u.a. verringern, und eine Legitimation des Verwaltungshandelns durch Demokratisierung (vgl. Kap.1) wäre kaum zu erreichen. Weiterhin könnte bei Nicht-Veröffentlichung die Möglichkeit zur Integration in Fachdiskurse nicht genutzt werden. Die Beschränkung auf wenige Einzelfälle und die Untersuchung vorwiegend anhand von Akten und internen Befragungen liefert insgesamt auch nur eine recht schmale Datenbasis.

Szenarium 2: Konsensorientiertes Landesmodell

In diesem Szenarium wird die Tätigkeit quasi automatisch ausgelöst. Die Kommission wird immer dann von selbst tätig, wenn sie von Fällen Kenntnis erhält, die vertraglich vereinbarten Kriterien entsprechen; dies bedeutet ggf., dass auch ein Meldesystem aller Fälle oder von Grenzfällen zu installieren wäre. Als Kriterien werden vorgeschlagen: Todesfälle, langfristige

und schwerwiegende seelische und körperliche Beeinträchtigung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen und Maßnahmen sowie „near miss/ critical incident“-Fälle, Dienstaufsichtsbeschwerden oder Amtschadenverfahren. Zu den Mitgliedern sollte über den in Szenarium 1 aufgezählten hinaus auch ein Vertreter des Landesjugendhilfeausschusses gehören. Zu verankern wäre die Kommission beim Landesministerium, beim Landesjugendamt oder dem Landesjugendhilfeausschuss, denkbar wäre auch ein ständiger parlamentarischer Untersuchungsausschuss. Die Fälle werden umfassend und systematisch untersucht. Die Betroffenen werden befragt und der öffentliche Träger bemüht sich darum, von den Betroffenen eine Schweigepflichtentbindung für relevante Dritte zu bekommen. Die Untersuchungsergebnisse werden verpflichtend auf Landesebene und in Fachdiskursen veröffentlicht.

Vorteile dieses Szenariums sind darin zu sehen, dass der Kreis der Beteiligten um die Landesebene erweitert wird; vertragliche Vereinbarungen können in bestimmter Form eine Grundlage für eine gleichberechtigte, partnerschaftliche Kooperation bieten. Weitere Vorteile könnten sein:

- Hohe Akzeptanz durch gleichberechtigte Beteiligung vieler Partner
- Klare Regeln für das Tätigwerden der Kommission
- Umfassende Beteiligung von Experten
- Gute institutionelle Anbindung
- Schlussfolgerungen können leichter durchgesetzt werden

Nachteile:

- Zu viele Untersuchungen
- Schlechter Zugang zu den Betroffenen und den Professionellen vor Ort
- Gefahr der politischen Einflussnahme

Szenarium 3: Öffentlichkeitsorientiertes Modell (Ombudsmann)

Die Kommission wird tätig, wenn 1/3 der Vertretungskörperschaft bzw. des örtlichen Jugendhilfeausschusses oder die Mehrheit der Vertreter der freien Träger im Ausschuss (dies beinhaltet Möglichkeit zur Reaktion auf anonyme Meldungen) einen entsprechenden Auftrag erteilen.

Relevante Berufsgruppen (Ärztammer, Kinderkliniken) sowie die Staatsanwaltschaft informieren den öffentlichen Träger über Ermittlungen in einem Fall von Kindstötung/Verbrechen. Das Modell bietet auch die Möglichkeit zur Reaktion auf öffentliche Kritik oder eine kritische mediale Berichterstattung. Über die in Szenarium 1 genannten Mitglieder sollten der Kommission auch ein Pressevertreter, ein Jugendschöffe, sowie ein Vertreter der Ärzte- bzw. Rechtsanwaltskammer angehören. Aufgrund des Zeugnisverweigerungsrechts und der damit verbundenen Möglichkeit zur strikten Abtrennung von möglicherweise laufenden Strafermittlungen wird eine Anbindung bei einem

Journalistenverband oder der Anwaltskammer vorgeschlagen. Die Untersuchung zielt weniger auf den Einzelfall als auf eine allgemeine, gesellschaftliche Ebene: als Beitrag zur gesellschaftlichen Diskussion über Kinderrechte und Kinderschutz, mit dem Ziel einer umfassenden Prävention und gesellschaftlicher Sensibilisierung. Entsprechend werden die Untersuchungsergebnisse aufbereitet und einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Als Grundlage für die Untersuchung dienen Akten des Jugendamtes, Befragungen der Mitarbeiter und Helfer sowie anderer beteiligter Berufsgruppen. Diese Informationen werden mit sozialräumlichen Daten verbunden. Auch in diesem Szenarium bemüht sich der öffentliche Träger um eine Entbindung von der Schweigepflicht durch die Betroffenen, in der öffentlichen Darstellung werden die personenbezogenen Daten anonymisiert.

Vorteile:

- Schlussfolgerungen werden breit kommuniziert (Demokratisierung des Kinderschutzes)
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit
- Veränderungsimpulse von außen werden leichter aufgenommen

Nachteile:

- Angst vor öffentlicher Stigmatisierung
- Geringere Fachlichkeit
- Schlechte institutionelle Anbindung
- Problematische Finanzierungsmöglichkeiten

Szenarium 4: Betroffenenorientiertes Modell

In diesem Szenarium besteht die Möglichkeit zur Meldung durch Bürger und Betroffene²⁴, vor allem Kinder und Jugendliche; die Meldung ist an den Vorsitzenden der Kommission zu richten. Er leitet sie an den öffentlichen Träger weiter, und dieser entscheidet über das Tätigwerden der Kommission. Damit kontrolliert der Kommissionsvorsitzende das Verhältnis von eingegangenen Meldungen und tatsächlich durchgeführten Untersuchungen. Auslöser für das Tätigwerden können auch Beschwerden von Eltern sein. Zu empfehlen wäre die Aushändigung der Kontaktdaten des Vorsitzenden bei Bewilligung einer Hilfe zur Erziehung an die Personensorgeberechtigten. Der Kommission sollten außer den in Szenarium 1 genannten Mitgliedern ein Pressevertreter, der Landesdatenschutzbeauftragte sowie Vertreter einer Betroffenenorganisation²⁵ (Berliner Rechtshilfefond Jugendhilfe e., Lotse e.V., Verein ehemaliger Heimkinder, Weißer Ring) angehören. Bei einer dieser Organisationen

²⁴ Der Begriff „Betroffene“ wird in 5.1. ausführlich diskutiert.

²⁵ Unter einer „Betroffenenorganisation“ verstehen wir Interessenvertretungen von durch Jugendhilfemaßnahmen geschädigten Personen wie den Verein ehemaliger Heimkinder, Opferschutzverbände wie den Weißen Ring oder Organisationen von Professionellen zur Unterstützung von Leistungsberechtigten gegenüber den öffentlichen Trägern wie Lotse e.V. oder der BRJ e.V..

könnte die Kommission auch verortet werden. Grundlage für die Untersuchung sind Akten des Jugendamtes, Befragungen der Jugendamtsmitarbeiter und der Helfer anderer Berufsgruppen, insbesondere auch die betroffenen Familien selbst. Im Zentrum stehen nutzerorientierte Daten: Deutungen zur Kooperation Familie-Helfer, Vertrauen usw. Grundlage ist eine Entbindung von der Schweigepflicht für Ärzte und andere Helfer durch die Familie. Die Zielsetzung liegt auf der Verhinderung weiteren Leidens (durch eine Verbesserung der Kinderschutzarbeit), generell jedoch auf der Ebene des Einzelfalls i.S. von Heilung, Versöhnung Gerechtigkeit; bei Bedarf könnten Verfahren der Diversion zum Ausgleich des Schadens eingesetzt werden. Die Verständigung auf diese Zielsetzung sollte eine Voraussetzung der Kommissionsarbeit sein, die Kommission wird z.B. nur dann tätig, wenn die Betroffenen Verzicht auf Strafverfolgung erklären, sofern eine Einigung auf einen Ausgleich zustande kommt.

Vorteile:

- Gefahr juristischer Auseinandersetzungen verringert sich
- Schaden durch Fehler wird ausgeglichen
- Kooperation mit Betroffenen wird befördert
- Kritiker werden eingebunden
- Betroffene bekommen einen anderen Status (Experten)

Nachteile:

- Zu viele Untersuchungen
- Angst vor Schadensersatzansprüchen
- Gefahr der Instrumentalisierung durch „Täter“
- Aufweichung rechtsstaatlicher Prinzipien.

4. Johannes Münder: Rechtliche Bewertung der Szenarien (Kapitel 3)

4.1 Grundsätzliches

Allen vier unter 3. skizzierten Szenarien ist gemeinsam, dass sie nicht auf einer gesetzlichen Ebene angesiedelt sind, sie beruhen auf „Freiwilligkeit“, wer sich nicht an einem Verfahren vor einer unabhängigen Kommission zur Untersuchung von gravierenden Kinderschutzfällen beteiligen will, braucht sich nicht zu beteiligen. Diese „Freiwilligkeit“ ist in der Sache nicht verkehrt, sie wird – zumindest bei denen, die sich dann beteiligen – die Akzeptanz einer solchen unabhängigen Kommission erhöhen.

Die Alternative dazu wären, eine auf rechtlicher Ebene und d.h. – wie die folgenden Hinweise deutlich machen – auf gesetzlicher Ebene geregelte unabhängige Kommission, hier wäre (was allerdings nicht Gegenstand der hier vorzunehmenden rechtlichen Prüfung ist) ggf. eine rechtlich verbindliche Beteiligung aller in Frage kommenden Gebietskörperschaften möglich.

Gewichtiger ist in diesem Zusammenhang jedoch der Aspekt, dass aufgrund der Tatsache, dass keine gesetzliche Regelung vorgesehen ist, auch keine rechtlichen Regelungen vorliegen hinsichtlich der möglichen Kompetenzen der unabhängigen Kommission und hinsichtlich der im Verfahren vor der Kommission beteiligten natürlichen oder juristischen Person. Rechtliche Grundlage für das Handeln der unabhängigen Kommission sind Vereinbarungen, Absprachen all derer, die sich an einer Untersuchung von gravierenden Kinderschutzfällen beteiligen. Wie diese Vereinbarung im Einzelnen rechtlich ausgestaltet ist, ob als öffentlich-rechtlicher Vertrag zwischen den öffentlich-rechtlichen Körperschaften, ob auf der Ebene von Verwaltungsvereinbarungen o.Ä.: es bleibt dabei, dass Rechtsgrundlage eben nur Vereinbarungen zwischen den Beteiligten sind und sein können. Damit unterscheidet sich diese unabhängige Kommission von Kommissionen, die bisher in Fällen von Kinderschutzfällen agiert haben. Besonders deutlich ist dies etwa bei parlamentarischen Untersuchungsausschüssen²⁶. Die Zusammensetzung und das Verfahren dieser parlamentarischen Untersuchungsausschüsse sind gesetzlich geregelt. Die gesetzlichen Regelungen enthalten auch Bestimmungen zur jeweiligen Kompetenz der Ausschüsse. Beispielhaft seien hinsichtlich der parlamentarischen Untersuchungsausschüsse auf der Ebene des Deutschen Bundestages²⁷ genannt etwa die Frage der Beweiserhebung, die Zeugnis- und Auskunftsverweigerungsrechte, die Vernehmung von Zeugen, die Folgen grundloser Zeugnisverweigerung usw. All diese Instrumentarien stehen einer Kommission, die auf vertraglicher Ebene agiert, nicht zu.

Von daher kann auch nur auf dieser Ebene, nämlich durch Vereinbarungen, also „freiwillig“ geregelt werden, welche Möglichkeiten es z.B. hinsichtlich der Akteneinsicht, hinsichtlich der Befragung von Mitarbeitern der Träger der öffentlichen Jugendhilfe, der öffentlichen Gesundheitshilfe usw. gibt. Durch Vereinbarung etwa zwischen dem Land Brandenburg und den kommunalen Gebietskörperschaften können im Übrigen keine Regelungen mit Wirkung für Dritte getroffen werden, so dass z.B. die Befragung Dritter in einer solchen Vereinbarung nicht geregelt werden kann.

Im Übrigen hat eine solche Vereinbarung die jeweiligen gesetzlichen Vorgaben zu beachten, besondere Bedeutung kommt hier dem Datenschutz zu²⁸. Generell ist unter Datenschutzproblemen jedoch darauf hinzuweisen, dass diese Probleme um so größer werden, je mehr Personen und Akteure beteiligt sind, sei es in der unabhängigen Kommission selbst, sei es im Zusammenhang mit externer Unterstützung o.Ä.

²⁶ Vgl. den parlamentarischen Untersuchungsausschuss im Fall Kevin und den Sonderausschuss der Bürgerschaft im Falle Jessica in Hamburg – Kap. 2.

²⁷ Gesetz zur Regelung des Rechts der Untersuchungsausschüsse des Deutschen Bundestags vom 19. Juni 2008 – BGBl. I S. 1142.

²⁸ Was jedoch nicht hier, sondern gesondert (in Kapitel 8) angesprochen werden soll.

In keinen der Szenarien ist ausdrücklich angesprochen, wie die Zusammensetzung der Kommission stattfindet. Hierzu bedürfte es noch Ausführungen, wer der öffentliche und ggf. auch politische Akteur für die Berufung und Zusammensetzung der Kommission ist, anscheinend soll dies die Landesebene sein, wobei es sinnvoll wäre, noch klare Aussagen dazu zutreffen, wer hier rechtlich verbindlich auf Landesebene die Einrichtung dieser unabhängigen Kommission vornimmt.

Diese allgemeinen Hinweise gelten für alle Modelle, so dass im Folgenden nur die jeweils spezifischen Einzelaspekte der Modelle angesprochen werden. Eine Frage sei jedoch noch generell aufgeworfen: warum unterscheiden sich die verschiedenen Modifikationen hinsichtlich des Prüfungsumfangs? In der Sache wird dies aus den unterschiedlichen Zielen der jeweiligen Modelle begründet, da jedoch – gerade in der Erprobungsphase – m. E. noch nicht hinreichend beurteilt werden kann, welche Aspekte in der Arbeit eine Rolle spielen, sehe ich momentan keinen hinreichenden Grund, jeweils angeknüpft an die unterschiedlichen Szenarien einen unterschiedlichen Prüfungsumfang vorzusehen.

4.2 Szenarium 1: öffentlicher Träger

Anlass zum Tätigwerden:

Nach dem Modell 1 wird die Kommission unmittelbar aufgrund eines Auftrages des Landrates oder des Oberbürgermeisters tätig. Dies ist rechtlich möglich, Einwände ergeben sich hier m. E. nicht.

Zusammensetzung der Kommission:

Wie die Kommission im Einzelnen zusammengesetzt ist, geht nicht ganz klar aus der Beschreibung hervor. Da sich hinsichtlich der personellen Zusammensetzung starke Anklänge an die in Kapitel 6 getätigte Empfehlung ergeben, gehe ich davon aus, dass in etwa an eine Zusammensetzung wie dort unter 6.2. vorgeschlagen, gedacht ist. Rechtliche Einwände bestehen nicht, ich empfehle jedoch wegen sich sonst möglicherweise ergebender zusätzlicher Probleme, den Vorsitz nicht einem abgeordneten Richter oder Richterin zu übertragen, sondern einer Person, die die Befähigung zum Richteramt besitzt, damit kommt ein größerer Personenkreis in Frage.

Prüfungsumfang:

Der Prüfungsumfang bezieht sich auf die Akten des betroffenen Jugendamtes und auf die Befragung von Jugendamtsmitarbeitern, Die Überprüfung der Rechtmäßigkeit (ggf. auch der Fachlichkeit) des Handelns der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kommunen obliegt den jeweiligen Vorgesetzten, hinsichtlich der Verwaltungsspitze also den Landräten bzw. den Oberbürgermeistern. Untersuchungen hinsichtlich der Rechtmäßigkeit (und ggf. auch der Fachlichkeit) des Handelns können sowohl intern (üblicherweise im Rahmen einer internen Revision) als auch im Rahmen externer Überprüfungen vorgenommen werden. Voraussetzung dafür ist, dass dies entweder gesetzlich vorgesehen ist (was hier nicht der Fall ist) oder entsprechend beauftragt wird durch die Verwaltungsspitze. Das ist im

Szenarium 1 vorgesehen, so dass sich hinsichtlich des Prüfungsumfangs keine rechtlichen Probleme ergeben.

Ziel:

Hinsichtlich des Ziels der Prüfung wird die Überprüfung von Strukturen, Verantwortlichkeiten und Standards genannt. Diese Zielvorgabe ist recht allgemein. Empfehlenswert ist hier, dies zu präzisieren hinsichtlich der Rechtmäßigkeit des Handelns und – wenn dies beabsichtigt ist – auch hinsichtlich der Fachlichkeit des Handelns. Bezüglich der Fachlichkeit des Handelns weise ich jedoch darauf hin, dass die Entwicklung fachlicher Standards in der Kinder und Jugendhilfe generell, aber auch im Bereich des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung nicht durchgängig so ausgeprägt ist, dass sich unproblematisch von allseits fachlich akzeptierten Standards sprechen lässt²⁹, insofern plädiere ich auf eine Konzentration hinsichtlich der Rechtmäßigkeit des Handelns.

Insgesamt ist das Szenarium 1 ein rechtlich mögliches Szenarium, für sinnvoll erachte ich die angeregten Präzisierungen. Generell (wie bei allen Szenarien) sind die vorab unter 4.1 genannten Aspekte zu berücksichtigen.

4.3 Szenarium 2: Konsensorientiertes Landesmodell

Anlass zum Tätigwerden:

Hier wird die Tätigkeit (wie formuliert wird) „quasi automatisch ausgelöst“, wenn die Kommission Kenntnis erhält von Fällen, die vorher vereinbarten vertraglichen Kriterien entsprechen. Dies ist möglich, wenn vorher auf rechtlich klarer Vereinbarungsebene diese Kriterien zwischen den Beteiligten der Vereinbarung (Land?) und den örtlichen Gebietskörperschaften vereinbart wurden. Die Tätigkeit ist allerdings nur möglich bezüglich der Gebietskörperschaften, mit denen diese Vereinbarung getroffen wurde, bei Gebietskörperschaften, die sich dieser Vereinbarung nicht angeschlossen haben, würde die Tätigkeit nicht ausgelöst werden. Da möglicherweise zu erwarten ist, dass es hinsichtlich der Auslegung, ob es sich um einen Fall handelt, der den vertraglichen Kriterien entspricht, Kontroverse in Einzelfällen geben kann, ist zu überlegen, dass zusätzlich zu diesem „Automatismus“ eine Information der entsprechenden Gebietskörperschaft erfolgt, und die Kommission erst tätig wird, wenn (innerhalb einer angemessenen Frist) von der Gebietskörperschaft dem Tätigwerden nicht widersprochen wird.

Zusammensetzung der Kommission:

Hier wird ausgeführt, dass die Kommission beim Landesministerium, alternativ(?) beim Landesjugendamt oder alternativ(?) beim Landesjugendhilfeausschuss angesiedelt wird. M. E. ist eine Ansiedlung nur beim Land, vertreten durch das (zuständige) Ministerium, möglich.

²⁹ Deutlich wurde dies etwa in der zum Teil sehr heftigen fachpolitischen Diskussion um das (nicht zu Stande gekommene) Bundeskinderschutzgesetz mit dem dort vorgesehenen „verpflichtenden Hausbesuch“.

Da weder das Landesjugendamt noch der Landesjugendhilfeausschuss (als Teil des Landesjugendamtes) juristische Personen sind, die entsprechende Vereinbarungen abschließen könnten – die ja die Voraussetzung sind, dass überhaupt ein Tätigwerden möglich ist (vgl. unter 4.1) – ist eine Ansiedlung dort problematisch.

Einen ständigen parlamentarischen Untersuchungsausschuss halte ich für nicht empfehlenswert. Zum einen kennen die Regelungen über die parlamentarischen Untersuchungsausschüsse keinen „ständigen“ Untersuchungsausschuss, sondern das Wesen der Untersuchungsausschüsse ist, dass sie zu einzelnen Aspekten jeweils von den Parlamenten eingesetzt werden. Zum anderen beschränkt sich die Kompetenz eines Untersuchungsausschusses auf die Bereiche, die dem entsprechenden Parlament kompetenzmäßig zustehen, hier also auf entsprechende landesrechtliche Regelungen. Von daher ergäben sich Bedenken, inwiefern das Landesparlament zuständig ist, da neben Aspekten bundesrechtlicher Regelungen insbesondere auch der Gedanke der kommunalen Selbstverwaltung zu beachten wäre.

Was die Mitglieder der Kommission anbelangt, ist nicht ohne weiteres sachlich erkennbar, warum hier ein Vertreter des Landesjugendhilfeausschusses hinzukommen soll³⁰.

Prüfungsumfang:

Hier sollen nur die Betroffenen befragt werden, eine Untersuchung von Akten, eine Befragung der Mitarbeiter ist nicht vorgesehen. Da die Befragung der Betroffenen grundsätzlich das Persönlichkeitsrecht der Betroffenen tangiert, kann dies nur auf freiwilliger Basis geschehen, eine Pflicht der Betroffenen, sich befragen zu lassen, gibt es nicht. Dies gilt auch für eine entsprechende Schweigepflichtentbindung der Betroffenen gegenüber Dritten, denen sie entsprechende datenschutzrelevante (§§ 61ff. SGB VIII) bzw. geheimnisschutzrelevante (§ 203 StGB) Informationen anvertraut haben.

Ziel:

Das Ziel dieses Szenariums, das sich zentral auf die Befragung der Betroffenen, bzw. „relevanter Dritter“ bezieht, bleibt unklar. Insbesondere kann mit dieser Methode und dem geschilderten Prüfungsumfang eine Überprüfung von Strukturen, Verantwortlichkeit und Standards nicht stattfinden.

4.4 Szenarium 3: öffentlichkeitsorientiertes Modell (Ombudsmann)

Anlass zum Tätigwerden:

Die Auftragserteilung soll hier durch 1/3 der Vertretungskörperschaft, bzw. (1/3 ?) des örtlichen Jugendhilfeausschusses oder der Mehrheit der Vertreter der freien Träger im örtlichen(?) Jugendhilfeausschuss erfolgen. Das Modell geht davon aus, dass die Träger der

³⁰ Dabei bestehen gegen eine Vertretung des Landesjugendhilfeausschusses in der Kommission keine grundsätzlichen Bedenken, sachlich ist nur nicht ohne weiteres nachvollziehbar, warum bei diesem Modell ein Vertreter des Landesjugendhilfeausschusses hinzukommen soll.

öffentlichen Jugendhilfe durch relevante Berufsgruppen (Ärzte, Kinderkliniken usw.) bzw. die Staatsanwaltschaft informiert werden.

Hiergegen bestehen rechtliche Bedenken. Was die Kompetenz des Jugendhilfeausschusses bzw. Teile des Jugendhilfeausschusses anbelangt, so sehen die entsprechenden bundesgesetzlichen Vorgaben vor (insbesondere § 70 SGB VIII), dass der Jugendhilfeausschuss kompetenzrechtlich durch die Beschlüsse der Vertretungskörperschaft gebunden werden kann. Dies ist auch hier zu beachten: ein Tätigwerden der Kommission durch den Jugendhilfeausschuss kann durch entgegenstehenden Beschluss der Vertretungskörperschaft aufgehoben werden. Die Anrufung durch 1/3 der Vertretungskörperschaft bedürfte einer entsprechenden gesetzlichen Änderung in der Gemeindeordnung.

Rechtliche Bedenken bestehen auch gegen die hier allgemein angenommene Information durch relevante Berufsgruppen bzw. die Staatsanwaltschaft. Grundsätzlich ist dies nur auf gesetzlicher Ebene möglich, denn für die genannten Berufsgruppen besteht ein entsprechendes Geheimnisgebot nach § 203 StGB. Es ist nicht erkennbar, wie durch eine Information der Kommission (etwa im Sinne eines Rechtfertigungsgrundes) eine Information rechtlich korrekt geschehen könnte.

Zusammensetzung der Kommission:

Die Kommission wird hier deutlich erweitert. Aufgrund der Größe der Kommission und insbesondere auch unter der Berücksichtigung, dass bewusst Pressevertreter mit hinein genommen werden (deren Aufgabe es ja ist, die Öffentlichkeit zu informieren), bestehen hier unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten Bedenken.

Prüfungsumfang:

Diese Bedenken ergeben sich insbesondere auch dadurch, dass in diesem Modell ein relativ großer Prüfungsumfang benannt wird, nämlich die Untersuchung der Akten des Jugendamtes, die Befragung der Mitarbeiter, die Befragung von Helfern (anscheinend Beschäftigte bei Trägern der freien Jugendhilfe), sowie Befragung anderer beteiligter Berufsgruppen. Auch hier ist darauf hinzuweisen, dass eine Befragung von Personen, die nicht beim Träger der öffentlichen Jugendhilfe beschäftigt sind, auf der Basis von Vereinbarungen nicht möglich ist, ihre Befragung ist nur möglich, sofern sie dies freiwillig wollen.

Ziel:

Als Ziel wird ein Beitrag zur gesellschaftlichen Diskussion über Kinderrechte und Kinderschutz benannt. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass das Ziel fachlich etwas diffus bleibt.

4.5 Szenarium 4: betroffenenorientiertes Modell

Anlass zum Tätigwerden:

Letztlich wird die Tätigkeit der Kommission initiiert durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe. Vorgesehen ist auch die direkte Möglichkeit zur Meldung an den Vorsitzenden der Kommission. Da dieser aber diese Meldungen an den zuständigen Träger der öffentlichen Jugendhilfe weiterleitet und dieser (vertreten durch den Landrat/Oberbürgermeister) über das Tätigwerden der Kommission entscheidet, bleibt es dabei, dass auslösender Anlass für die Tätigkeit die Entscheidung der öffentlichen Jugendhilfe ist.

Zusammensetzung der Kommission:

Über die in Szenarium 1 genannten Personen hinaus (wobei allerdings nicht ganz klar ist, welcher Personenkreis dies im Einzelnen ist), sollen drei weitere Personen der Kommission angehören. Auch hier stellen sich – nicht zuletzt wegen der Teilnahme wiederum eines Pressevertreters – wegen der sich dann möglicherweise ergebenden Größe der Kommission datenschutzrechtliche Probleme.

Prüfungsumfang:

Der Prüfungsumfang entspricht weitgehend dem des Szenariums 3: Akten des Jugendamtes, Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jugendamtes, Befragung von Helfern anderer Berufsgruppen (in erster Linie wohl der zuständigen Leistungserbringer), Befragung der betroffenen Familien selbst. Auch hier ist darauf hinzuweisen, dass die Befragung der Helfer anderer Berufsgruppen sowie der betroffenen Familien von deren freiwilliger Teilnahme abhängt. Datenschutzrechtlich wird zu Recht darauf hingewiesen, dass eine Befragung von anderen Helfern (zu denen auch Ärzte gehören können) nur dann möglich ist, wenn eine den rechtlichen Anforderungen entsprechende Entbindung von den datenschutzrechtlichen bzw. strafrechtlichen Geheimhaltungspflichten erfolgt.

Ziel:

Dieses Modell konzentriert sich schwerpunktmäßig auf die Ebene des Einzelfalls im Sinne von Heilung, Versöhnung, Gerechtigkeit, demgemäß ist ausdrücklich die Verständigung auf dieses Ziel eine Voraussetzung der Kommissionsarbeit. Die Voraussetzung, dass die Kommission nur tätig wird, wenn die Betroffenen Verzicht auf Strafverfolgung erklären, sofern eine Einigung auf einen Ausgleich zustande kommt, ist rechtlich nicht realisierbar. Bei allen als gravierend genannten Delikten handelt es sich um sog. Officialdelikte, also um Delikte, die von Amts wegen von der Staatsanwaltschaft zu verfolgen sind, insofern können „die Betroffenen“ nicht auf die Strafverfolgung verzichten. Denkbar ist eine Einstellung des Verfahrens nach § 153 Abs. 1 StPO durch die Staatsanwaltschaft, bzw. nach § 153 Abs. 2 StPO durch das Gericht. In beiden Fällen muss es sich um sog. Bagatellsachen handeln, so dass angesichts der gravierenden Delikte, die Anlass für die Tätigkeit der Kommission sind, die Anwendung von § 153 StPO nicht vorstellbar ist.

4.6 Übergreifende Hinweise

Fasst man die rechtliche Betrachtung der verschiedenen Szenarien zusammen, so ergeben sich unterschiedliche Folgen.

Das Modell 4 – betroffenenorientiertes Modell – scheint mir vor dem Hintergrund der Verständigung auf die Zielsetzung und die Ausführung, dass die Kommission z.B. nur dann tätig wird, wenn die Betroffenen auf Strafverfolgung verzichten, nicht umsetzbar, denn diese Annahme kann nicht zur Grundlage des Modells gemacht werden, da es nicht in der Kompetenz der Betroffenen liegt, Einfluss auf die Strafverfolgung bzw. deren Einstellung zu nehmen.

Beim Modell 3 – öffentlichkeitsorientiertes Modell – ergeben sich hinsichtlich des Anlasses zum Tätigwerden rechtliche Probleme, hier ist ein Tätigwerden durch die Vertretungskörperschaft, auch z.B. durch 1/3 der Vertretungskörperschaft grundsätzlich möglich, es bedürfte aber einer entsprechenden Gesetzesänderung.

Bei dem Modell 2 – konsensorientiertes Landesmodell – ergeben sich rechtliche Bedenken insbesondere hinsichtlich des Automatismus des Tätigwerdens unabhängig davon, ob der Träger der öffentlichen Jugendhilfe eine entsprechende Beauftragung der Kommission vornimmt. Nach gegenwärtiger Rechtslage ist eine rechtliche Realisierung dieses Modells auf jeden Fall dann kaum möglich, wenn der Prüfungsumfang sich (auch) auf Akten des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe und Befragung der Beschäftigten beim Träger der öffentlichen Jugendhilfe bezieht, bzw. dies als Untersuchungsmethode mit einbezieht.

Damit lassen sich die **Eckpunkte eines möglichen Modells** konkretisieren:

- Anlass für das Tätigwerden:

Dies sollte und muss auf jeden Fall dann, wenn Akten des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe und die Befragung von Mitarbeiterinnen des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe vorgesehen sind, durch den Träger der öffentlichen Jugendhilfe (vertreten durch den Landrat/Oberbürgermeister) erfolgen. Um aber auch die Möglichkeit zu haben, auf Hinweise von Betroffenen, von Bürgerinnen und Bürgern einzugehen, sollte man die Möglichkeit vorsehen, dass sich Bürger und Betroffene unmittelbar an die Kommission wenden können, diese dann den zuständigen Träger der öffentlichen Jugendhilfe informiert und bittet, mit dem Tätigwerden der unabhängigen Kommission einverstanden zu sein.

- Zusammensetzung der Kommission:

Nicht zuletzt aus Gründen des Datenschutzes, insbesondere weil (vgl. gleich anschließend) hinsichtlich des Prüfungsumfanges zunächst keine Beschränkung vorgenommen werden sollte, ist für eine eher kleine Kommission zu plädieren, ich halte (inkl. der vorsitzenden Person) eine Zahl von 3 bis 5 Personen für ausreichend.

- Prüfungsumfang:

Gerade deswegen, weil noch keine Erfahrungen vorliegen, würde ich empfehlen, zumindest in der Anfangsphase, aber eigentlich grundsätzlich auch generell, den Prüfungsumfang nicht

zu beschränken, somit in die Prüfung einzubeziehen: Akten des Jugendamtes, Befragung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe, Befragung von Fachkräften, insbesondere dann, wenn sie in die Leistungserbringung eingeschaltet waren, Befragung weiterer professioneller Beteiligter. Grundsätzlich sind hierbei die Datenschutz- und Geheimnisvorschriften zu beachten, deswegen sollte nach Möglichkeit stets die Einwilligung der Betroffenen zu entsprechenden Informationserhebungen bei den genannten Stellen oder Personen erreicht werden. Da Grundlage der Tätigkeit der unabhängigen Kommission eine Vereinbarung/Verwaltungsvereinbarung zwischen Land und den kommunalen Gebietskörperschaften sein soll, muss Klarheit darüber bestehen, dass eine Befragung von Fachkräften bei den Leistungserbringern oder anderer Professioneller nur möglich ist, wenn sie damit einverstanden sind.

- Ziel:

auch hier plädiere ich dafür, keine Zieleinschränkung vorzunehmen, etwa nur auf die Überprüfung von Strukturverantwortlichkeiten, Einhaltung von Standards (wenn ich mir auch vorstellen kann, dass dies faktisch immer der Schwerpunkt sein wird), sondern eben auch Möglichkeiten der Bearbeitung des individuellen Einzelfalles im Sinne von Heilung, Versöhnung nicht auszuschließen.

5. Einschätzung der bundesweiten Diskussion über Fehleranalyse im Kinderschutz und Entwurf eines Analyseschemas

„Wenn wir wirklich an eine Gesellschaft glauben würden, in der Fertigkeiten und handwerkliches Können Werte wären, dann würden wir dem Prozess, diese zu erwerben, mehr Raum gewähren. Ich meine auch die Freiheit, Fehler machen zu dürfen.“ (Richard Sennett)

5.1 Elemente und Zugänge zu einer Fehleranalyse³¹

Was ist ein Fehler?

Wenn ein unerwünschtes Ereignis auftritt – ein Kind wird beispielsweise misshandelt, obwohl eine Jugendhilfemaßnahme installiert wurde, die darauf abzielte, das Misshandlungsrisiko zu verringern –, kann nicht automatisch von einem „Fehler“ ausgegangen werden. Von einem „Fehler“ kann erst dann gesprochen werden, wenn das „unerwünschte Ereignis“ nach dem Stand der Kunst hätte verhindert werden können, die Kunst also gefehlt hat. Deshalb hat jede Behauptung, ein Fehler wäre aufgetreten, hypothetischen Charakter. Dazu kommt, dass über den Stand der Kunst des Kinderschutzhandwerkes³² noch zu wenig Konsens besteht, um sichere Bewertungen über fehlerhaftes Handeln abgeben zu können³³. Wenn wir also im Folgenden von „Fehleranalyse“ sprechen, ist damit die Frage gemeint, ob ein „unerwünschtes Ereignis“ hätte vermieden werden können, wenn anders gehandelt worden wäre, etwa nach anerkannten Regeln der Kunst. Aber dies ist

³¹ In Anhang 2 findet sich eine Liste möglicher Fehler im Kinderschutz.

³² Vgl. Sennett, 2007.

³³ Vgl. auch die Anmerkungen in Kap. 2.4. und 3.

nur eine mögliche Alternative, denn vielleicht gibt es auch anerkannte Regeln oder Standards im Kinderschutz, die selbst einen „Fehler“ darstellen und deren Anwendung systematisch zu unerwünschten Ereignissen führt. Vielfach fehlen anerkannte Regeln gänzlich. Erschwert wird die Fehleranalyse zusätzlich dadurch, dass in der Arbeit mit Menschen zielgerichtetes Handeln der Professionellen immer noch durch den Eigensinn der Betroffenen gebrochen wird, also selten linear von der Ursache, dem professionellen Handeln, auf die Wirkung, z.B. dem Schutz des Kindes, geschlossen werden kann (hier liegt auch ein wesentlicher Unterschied zu Fehleranalyse-Systemen aus dem technischen Bereich oder aus dem Gesundheitswesen, die den „subjektiven Faktor“ methodisch ausschließen wollen). Dies umso mehr, als in der Kinder- und Jugendhilfe dem Subjektstatus durch die Norm der Betroffenenbeteiligung besondere Bedeutung beigemessen wird.³⁴

Das Reden über Fehler impliziert immer auch das Reden über „richtiges“ Verhalten. Dabei müssen unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe, wir könnten auch sagen: Fehler-Niveaus, berücksichtigt werden: von einem „Fehler“ im engeren Sinne sprechen wir dann, wenn allgemein anerkannte fachliche Standards missachtet werden.³⁵ Von einem Fehler im weiteren Sinne kann gesprochen werden, wenn anstelle eines bewusst vollzogenen (theoriegeleiteten) Handelns eine alternative Herangehensweise den Schaden mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit hätte vermeiden können. Denkbar ist aber auch ein Schaden, der als unvermeidbar erscheint: alternative Handlungsweisen waren zwar vorhanden, die gewählte Handlungsmöglichkeit erscheint aber als plausibel. Für die beiden letztgenannten Niveaus ist zu beachten, dass ein Zugang zur Fehlerentstehung nicht nur anhand „harter“ Daten wie Akten udgl. nachvollzogen werden kann, sondern hier geht es zum großen Teil um einen Versuch, verstehend die Entscheidungssituation zu erfassen; hierfür ist die subjektive Sicht der Betroffenen zentral. Für diese Fehler-Niveaus gilt weiterhin, dass hier „falsche“ Standards, zu weite Ermessensspielräume, ein Mangel an oder „falsche“ Fachlichkeit odgl. eine Rolle spielen, sodass mögliche Konsequenzen auch auf diesen Ebenen ansetzen müssten.

Wenn wir im folgenden von einem „Fehler“ sprechen, meinen wir zunächst (ohne die eingeführte Differenzierung) nichts anderes als ein „unerwünschtes Ereignis“ in Form eines Schadens für ein Kind. Es soll der Versuch unternommen werden, den „Fehler“ zu „verstehen“, und zwar durch die Rekonstruktion seiner Entstehungsgeschichte.

In unserem Zusammenhang interessieren auch „Fehler“ i.S. von Schadensfällen, die noch nicht eingetreten sind, Fälle, in denen „gutes“ Handeln dazu beigetragen hat, einen Schaden zu verhindern – „Beinahe-Unfall“, „near-miss“, „Beinahe-Fehler“ –, wenn diese für die künftige Fehlervermeidung besonders lehrreich sind oder an ihnen demonstriert werden kann, dass auch unter restriktiven Bedingungen Katastrophen vermieden werden können.³⁶

Wenn wir davon ausgehen, dass sowohl fehlerfreies Handeln als auch der Ausschluss von Schadensfällen auch im Bereich des Kinderschutzes nicht in Vollkommenheit zu erreichen sind, so können die Zielsetzungen der zu leistenden Analysen u.E. auf folgenden Ebenen liegen:

- Aufarbeitung und Wiedergutmachung von Fehlern
- Vermeidung künftiger Fehler/Fehlerprävention; auf dieser Ebene sind auch Bemühungen um eine Verringerung der „Risiko“-Fälle erforderlich, der Fälle, die das mögliche fehlerhafte Handeln überhaupt auslösen.

³⁴ Es gibt einige Hinweise darauf, dass gerade bei Gewährleistung der Betroffenenbeteiligung besonders erfolgreich gearbeitet wird (vgl. Jugendhilfe-Effekte-Studie; schulübergreifende Psychotherapieforschung, z.B. Hubble/Duncan/Miller 2001). Gilt dies auch im Kinderschutzhandeln?

³⁵ Zu den Wissensbeständen in Bezug auf die verschiedenen Formen der Kindeswohlgefährdung (Sexueller Missbrauch, körperliche und seelische Misshandlung und Vernachlässigung) vgl. DJI 2006; Helfer u.a. 2002.

³⁶ Der Bremer Untersuchungsbericht zu „Kevin“ hat als Kontrast zum Handeln des fallzuständigen Sozialarbeiters, der auf die Unvermeidlichkeit seines Handelns unter den gegebenen Bedingungen verwiesen hat, anhand von positiven Gegenbeispielen zeigen können, dass individuelle Handlungsspielräume für alternative Handlungen gegeben waren.

- Etablierung fehlerfreundlicher Strukturen: Fehlerfreundlichkeit bedeutet, dass ein System oder eine Organisation auf Fehler vorbereitet ist und Fehler eigenständig beheben kann, da unerwartete Ereignisse jederzeit eintreten können³⁷.

Wie schon gezeigt, hat sich die bundesdeutsche Fehlerdiskussion in den letzten Jahren auf konkrete Einzelfälle konzentriert, ohne dass es bisher zu einer Systematisierung der Fehleranalyse gekommen wäre. Einen ersten Versuch in diese Richtung hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Zentrum für frühe Hilfen mit der Untersuchung „Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen. Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse“ vorgelegt³⁸. Ausführlich werden Methoden der Fehleranalyse in anderen Anwendungsbereichen (z.B. Luft- und Raumfahrt, Medizin) dargestellt, eine für den Kinderschutz spezifische Methodik der Fehleranalyse wird aber nicht entwickelt. Wir möchten deshalb im Rahmen der vorliegenden Studie nur einen ersten Entwurf eines Analyseschemas vorstellen, und wir sind uns bewusst, dass es sich um einen ersten Schritt handelt. Ein ausgereiftes Analysemodell ist erst in Wechselwirkung mit konkreten Untersuchungen möglich. Wie oben dargelegt, bewegt sich der Entwurf, in den auch einige Anregungen aus der o.g. Expertise eingeflossen sind, auf dem umstrittenen Feld der Formulierung von Standards und des „guten“ fachlichen Handelns. Er bietet u.E. begründete Anhaltspunkte für eine Praxis der Kommissionsarbeit, kann aber auch als Beitrag zu den angesprochenen Fachdiskussionen betrachtet werden.

Betroffenenorientierte Fehleranalyse

„Betroffene“ sind die in den Kinderschutzfall involvierten Familienmitglieder, wobei in der Regel in Kinderschutzfällen drei Generationen berücksichtigt werden sollten, sowie die/der unmittelbar mit dem Fall befassten Professionelle. In der Regel wird dies die/der fallzuständige Sozialarbeiter/in im ASD sein, oft auch beteiligte Helfer verschiedener Professionen. Unser Anliegen ist es, mit einem solchen Betroffenenbegriff, der bewusst auch auf die Ebene der Verursacher der Fehler, um die es in dieser Studie geht – die Professionellen – angewendet wird, das Schema von „Täter“ und „Opfer“ zu verlassen. In den zu untersuchenden Fällen wurden jeweils Verantwortlichkeiten von verschiedenen Akteuren auf unterschiedlichen Ebenen nicht wahrgenommen. *Die Untersuchungen fragen jedoch in erster Linie nach dem „Warum“, nicht nach „ob“ oder „wer“.* Die individualisierende Täter-Opfer-Dichotomie birgt die Gefahr, den Blick auf strukturelle Zusammenhänge und

³⁷ Nutzbar machen ließen sich hier Überlegungen aus der theoretischen Biologie: C. und E.-U. v. Weizsäcker (1984) identifizieren Redundanz, Diversität und Isolation als Kennzeichen fehlerfreundlicher Systeme: Es kann gefährlich sein, Redundanzen zu weit zu vermeiden, also das System stark auszudünnen (knappe Personalbemessung, Angebotsverknappung, rigides Zeitmanagement). Diversität (Vielfalt) sichert flexible Reaktionsweisen (z.B. durch Teamarbeit oder Einbezug der Betroffenenperspektive) und Isolation schafft Barrieren und sichert Grenzen zwischen Systemen (z.B. klare Aufgabentrennung zwischen dem Jugendamt und den freien Trägern oder Entwicklung einer berufsgruppenspezifischen Identität).

³⁸ Fegert, J.M. u.a. 2008.

systemische Dynamiken zu versperren. Auf dieser Ebene erscheinen die Individuen als Akteure *und* als Betroffene.

Wie im Entwurf des Analyseschemas deutlich werden wird, gehen wir davon aus, dass „Fehler“ im Kinderschutz oft dann entstehen, wenn es zu konflikthafter Beziehungen zwischen Familien und Helfersystemen oder innerhalb von Helfersystemen kommt. „Betroffenenbeteiligung“ bedeutet zunächst, dass es zu einem intensiven und persönlichem Dialog mit den Betroffenen kommt. Dies ist die Voraussetzung, um relevante Informationen für das Verständnis der Fehlerentstehung in unserem Sinne zu erhalten. Außerdem kann der Dialog mit den „Betroffenen“ für diese emotional entlastend wirken, wenn diesen deutlich gemacht wird, dass es hier nicht in erster Linie um „Schuld“, sondern um ihre Verantwortung für zukünftige Fehlervermeidung geht.

Eine betroffenenorientierte Fehleranalyse nutzt Fehler aber dennoch nicht nur für die Verbesserung zukünftiger Praxis, sondern sie unternimmt auch einen Versuch zur konstruktiven Auseinandersetzung mit vergangener Praxis: Wenn eine begründete Hypothese formuliert werden kann, dass bei alternativem Handeln ein Schaden für das Kind oder die Familie (beispielsweise wird ein Kind aus der Familie genommen, obwohl eine weniger eingreifende Hilfe möglich war) vermeidbar gewesen wäre, wird gegenüber der Familie der Fehler als ungerechtfertigter Eingriff bekannt, sein Zustandekommen erklärt, das Fehlverhalten entschuldigt und Wiedergutmachung geleistet³⁹. Es wird somit anerkannt, dass Fehler von konkreten Personen gemacht werden und konkrete Personen einen Schaden genommen haben.

Eine betroffenenorientierte Fehleranalyse hat (möglicherweise) folgende Vorteile:

1. Erfahrungen aus dem Gesundheitsbereich zeigen, dass der offene Umgang mit Fehlern die Wahrscheinlichkeit von Strafverfahren und Schadensersatzansprüchen verringert⁴⁰. Opfer von Kunstfehlern möchten vor allem, dass Fehler bekannt werden. Entschuldigungsrituale sind eine Form der Diversion.
2. Wenn Betroffene in die Fehleranalyse aktiv einbezogen werden und ein Eigeninteresse entwickeln, lässt sich das Problem des Datenschutzes verringern, wenn die Familie das Helfersystem von der Schweigepflicht entbindet.
3. Für die Professionellen kann es eine Entlastung sein, zur Verringerung des angerichteten Schadens einen Beitrag zu leisten.
4. Die Betroffenenbeteiligung auf der Ebene der Professionellen kann methodisch durch offene Verfahren wie Gruppendiskussionen oder Workshops gesichert werden, in denen z.B. die lokale Kinderschutzarbeit eingeschätzt und diskutiert wird. Hierbei lassen sich Erkenntnisse über Strukturen und Arbeitsweisen gewinnen, die zu Verbesserungsvorschlägen führen können.

³⁹ Für die konkrete Gestaltung der Entschuldigungs- und Wiedergutmachungsgespräche mit den betroffenen Familienmitgliedern finden sich Anregungen in familientherapeutischen Handlungsmodellen, z.B. Trepper/Barrett 1992.

⁴⁰ Fegert et. al. 2008, S. 63.

Die Betroffenenbeteiligung, so unsere These, verringert Akzeptanzprobleme. Sie bezieht sich auf zwei unterschiedliche Bereiche:

- Der intensive Dialog mit betroffenen Familienmitgliedern und Professionellen in Zusammenhang der Fehleranalyse, die der allgemeinen Verbesserung der Kinderschutzarbeit dient.
- Versöhnung und Wiedergutmachung als Versuch der Schadensverminderung und emotionalen Entlastung am Einzelfall.

Versöhnung und Wiedergutmachung können verschiedene Formen annehmen:

- Kinder können Adressaten von Versöhnungssitzungen sein, wenn sie alt genug sind. Ihnen gegenüber wird anerkannt, dass das Helfersystem nicht genügend zu ihrem Schutz getan hat.
- Eltern gegenüber wird anerkannt, dass ihnen nicht genügend geholfen wurde, ihr Verhalten so zu verändern, dass sie ihr Kind schützen können oder dass ihnen geeignete und notwendige Hilfen verweigert wurden.
- Helfer gestehen Familien gegenüber ein, dass es zu ungerechtfertigten Eingriffen in die Familie gekommen ist, z.B. weil „mildere“ Hilfen möglich gewesen wären.
- Leitungskräfte gestehen Basismitarbeitern gegenüber ein, dass mangelnde Ressourcen und fehlende Strukturen und Verfahrensregeln entscheidenden Anteil an einem problematischen Kinderschutzfall hatten.

Die Aspekte „Versöhnung“ und „Wiedergutmachung“ der Betroffenenorientierung können nicht in jedem Einzelfall berücksichtigt werden. Wenn Kinder zu Tode gekommen sind, lassen sich diese Prinzipien in Bezug auf die Kinder nicht verwirklichen. Doch auch in diesen Fällen gehen wir davon aus, dass die Kinder nicht die einzigen Betroffenen sind und die Frage, warum ein Kind zu Tode gekommen ist, auch hier außerhalb des Täter-Opfer-Schemas behandelt werden kann. Unter der hier zu behandelnden Fragestellung ist der Anteil der Familienmitglieder *und* der Professionellen gleichermaßen zu berücksichtigen.

Es ist durchaus heikel, in Zusammenhang mit dramatischen Kinderschutzfällen von „Versöhnung“ und „Wiedergutmachung“ zu sprechen, da es leicht zu dem Missverständnis kommen kann, dass fehlerhaftes Verhalten von Erwachsenen relativiert werden soll. Dies ist keineswegs unsere Haltung. In den hier zur Diskussion stehenden Fällen geht es aber nicht in erster Linie um fehler- und schuldhaftes Verhalten von Eltern gegenüber ihren Kindern, sondern um ein Verhalten von Professionellen im Kontext von Organisationen, das zu einem Schaden bei einem Kind geführt hat bzw. einen drohenden Schaden nicht verhindert hat. Von „Schaden“, „Versöhnung“ und „Wiedergutmachung“ zu sprechen, betont, dass Fehler nicht nur eine sachliche, sondern eben auch eine ethische Seite haben. Wer von Eltern erwartet, dass sie einen Schaden, den sie ihrem Kind zugefügt haben, wieder gutmachen, beispielsweise indem sie daran arbeiten, ihr Erziehungsverhalten zu verändern, kann dies auch von Professionellen erwarten. An dieser Stelle wird besonders deutlich, dass die Bemühungen um eine Fehleranalyse auch die Frage tangieren, wie weitreichend das

staatliche Wächteramt und die gesellschaftliche Verantwortung für das Aufwachsen von Kindern zu interpretieren sind.

Ökosystemisches Fehlermodell

Fegert et. al. plädieren in Anlehnung an Erfahrungen aus technischen Arbeitsfeldern (Luftfahrt, Kernenergie et.) für ein systemisches Fehlermodell, das individuelles Versagen als Folge von Systemfehlern und nicht als Ursache von Schäden ansieht. Die strukturelle Rahmung der konkreten Fälle als Bedingungsgefüge bildet auch unseres Erachtens ein wichtiges Element zum Verständnis der Schadensentstehung. Für den personellen Ansatz spricht aber, dass erstens Strukturen von Individuen geschaffen werden und zweitens Personen am Einzelfall auch Entscheidungen fällen, die Fehler wahrscheinlicher machen: Wie das Bremer Beispiel gezeigt hat, gibt es für den fallzuständigen Sozialarbeiter in der Regel Handlungsspielräume und auch die für eine qualifizierte Kinderschutzarbeit als hinderlich angesehenen Arbeitsbedingungen waren von Personen (Leitung) zu verantworten.

Deshalb schlagen wir die Integration eines personalen mit einem systemischen Fehlermodell zu einem ökosystemischen Ansatz⁴¹ vor, der dem folgenden Leitfaden zum Verstehen einer Falldynamik bzw. Entscheidungschronologie zugrunde liegt. Insgesamt geht es darum, Systeme so zu gestalten, dass die Fehlerwahrscheinlichkeit sich verringert und es einfacher wird, das Richtige zu tun⁴².

Unser Analyseschema beruht außerdem auf der Verbindung eines diachronen mit einem synchronen Systemverständnis⁴³, d.h., wir betrachten die Entstehung von Fehlern in der Geschichte (diachron) unter besonderer Beachtung von Entscheidungssituationen sowie unter dem Aspekt der jeweils gegebenen objektiven Bedingungen auf der strukturellen sowie auf der dynamischen Ebene (synchron).

Die Analyse versucht die Entwicklung zum „kritischen Ereignis“ hin auf der Basis der Chronologie der Ereignisse als Abfolge „kritischer Entscheidungen“ zu rekonstruieren, wobei die Beziehungsdynamik und die allgemein strukturellen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen sind.

Beziehungsdynamik	Entscheidungs- Chronologie und -logiken	Allgemein strukturelle Rahmenbedingungen
Familiendynamik, „kritische Übergänge“		Team – Person
Helfersystemdynamik (in und zwischen Institutionen)		Organisation

⁴¹ Der Begriff stammt von Trepper/Barrett (a.a.O.), die ihn verwenden, um bei sexuellem Missbrauch eine täterorientierte Sichtweise, die die Verantwortung des Einzelnen und eine systemorientierte Sichtweise, die strukturelle Mechanismen in den Blick nimmt, zu kombinieren.

⁴² Vgl. den Verweis bei Fish/Munro/Bairstow 2008, S. 19.

⁴³ Vgl. Ciompi 1982, S. 112 f.

Familie-Helfersystem-Dynamik		Gesellschaft
------------------------------	--	--------------

5.2 Entwurf eines Analyseschemas nach dem ökosystemischen Fehlermodell

1. Familiendynamik und „kritische Übergänge“

Fehler entstehen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe auch durch eine ungenügende Berücksichtigung der Familiendynamik. Auch in Familien mit Kindeswohlgefährdung müssen die entstandenen familiären Probleme zunächst diagnostiziert, d.h. verstanden werden, bevor sinnvolles Handeln möglich ist. Zu wissen, dass es Kindeswohlgefährdende Handlungen gibt, ist der Anlass von Hilfen und definiert auch ihr Ziel, nämlich die Beendigung von Kindeswohlgefährdung und die Beseitigung ihrer Folgen, erklärt aber nicht die subjektiven Entstehungs- und Begründungszusammenhänge von Kindeswohlgefährdenden Handlungen. Auf dieses Problem hat schon Salvador Minuchin Mitte der 70er Jahre im Zusammenhang mit einer intensiven Kinderschutzdiskussion in Großbritannien hingewiesen, die ausgelöst wurde durch die Tötung von Maria Kepples⁴⁴ durch ihren Vater (Maria lebte zeitweise bei Pflegeeltern, den Coopers; die Problematik der Familie war den zuständigen Behörden bekannt). Ähnlich wie im Fall „Kevin“ im Bremen wurde ein Untersuchungsausschuss eingerichtet. In Auswertung des Ausschussberichtes (*„Bericht des Ausschusses zur Untersuchung der Aufsichts- und Fürsorgepflicht im Falle Maria Kepples von 1974“*) kommt Minuchin zu folgender Einschätzung:

„Was können wir von Maria, den Coopers und den Kepples lernen? Die Untersuchung von Marias Tod begnügte sich mit Schlussfolgerungen für bürokratische Verfahren. Der Ausschuss untersuchte, in welcher Weise Fürsorge- und Aufsichtspflicht wahrgenommen worden waren oder nicht und wie die Behörden ihre Arbeit koordiniert hatten. Im Bericht ging es vor allem um die Kommunikation zwischen den Behörden, die Kommunikation innerhalb und zwischen den Schulen, zwischen den Schulen und den Abteilungen des Sozialamtes, zwischen dem Sozialamt und der Nationalen Gesellschaft zur Verhinderung von Kindesmisshandlungen, der Polizei, dem Wohnungsamt und so fort. Man prüfte, wie der Kontakt der Sozialarbeiter zu den betroffenen Kindern aussieht und wie sie Bericht führen. Das Ergebnis war eine Reihe von Vorschlägen zur Verbesserung des Systems, wobei man die bürokratischen Abläufe stärker am Wohl des Kindes ausgerichtet wissen wollte. Nirgends steht zu lesen, dass dem Wohl des Kindes besser gedient wäre durch Maßnahmen, die sich auf den Kontext richten, von dem das Kind abhängt. Wer sein Augenmerk auf diesen größeren Kontext richtet, ist erstaunt, wie viele Informationen der Bericht unberücksichtigt lässt. Es gibt keine Hinweise auf die Beziehung zwischen Mr. und Mrs. Kepple. Wir werden kaum informiert über das Verhältnis zwischen Maria, ihren Eltern, den Geschwistern und der weiteren Familie. Alle Informationen über die Kepples oder Maria richtet sich aus an ihrer

⁴⁴ Es handelt sich hier um den in Kap. 2 erwähnten Fall „Maria Colwell“.

*inneren Dynamik, nicht an den Transaktionen zwischen ihnen. Über Mr. Kepple erfährt man sogar so gut wie gar nichts.*⁴⁵).

Auch in der schon zitierten Brandenburger Untersuchung hat sich gezeigt, dass Tötungsdelikte an Kindern sich fast nur unter Berücksichtigung der Familiendynamiken erklären lassen⁴⁶ – das führt zu Handlungsvorschlägen, die eher Hilfen für Familien ermöglichen und die nicht allein auf eine bessere Kooperation der Helfer fixiert sind. Als besonders kritischer Übergang hat sich die Trennungs- und Scheidungssituation erwiesen.

Damit bei der Analyse der Familiendynamik wie in dem oben zitierten Beispiel wichtige Familienmitglieder nicht ausgeblendet werden, wird ein vollständiges Genogramm über drei Generationen erstellt. Die wesentlich zu beantwortende Frage ist, ob die zentralen familiendynamischen Elemente, aus denen sich die Kindeswohlgefährdung speist, erkannt und zum Inhalt der Hilfe gemacht wurden. Quellen zur Beantwortung der Frage sind eine Genogrammanalyse, die Befragung der Familie sowie eine Aktenanalyse.

2. Helfersystem-Dynamiken (in und zwischen Institutionen)

In der Diskussion um den professionellen Umgang mit sexuellem Missbrauch ist auf das Problem der „Delegationsketten“⁴⁷ hingewiesen worden: Betroffene werden von Institution zu Institution verwiesen, ohne dass es klare und transparente Aufträge gibt, so dass es zu keinen zielgerichteten Hilfen kommt. Charakteristisch für solche dysfunktionalen Überweisungen ist, dass diese meist über die Köpfe der Betroffenen hinweg geschehen, obwohl diese ihre Erwartungen klar formulieren können:

*„Beeindruckend war, wie klar und dezidiert die Kinder ... nach ihren Erwartungen und Wünschen gegenüber dem institutionellen Bearbeitungsprozess sowie zu ihren Erfahrungen in den Institutionen Auskunft geben konnten. Deutlich wurde dabei auch, dass für diese Kinder im vermeintlichen Wissen um das Kindeswohl oder Wissen um ihre Interessen sehr viel unternommen wurde, aber relativ wenig mit den Kindern besprochen wurde bzw. eine Einbeziehung der kindlichen Wünsche in die notwendigen Planungen erfolgte.“*⁴⁸

Ein anderes strukturelles Ergebnis bezieht sich auf die Arbeit der Jugendämter:

*„Dennoch kann ... festgestellt werden, dass es in manchen Situationen eine eindeutige Überforderung darstellt, gleichzeitig der Gesamtfamilie Hilfeangebote machen zu sollen und die partiellen Kindesinteressen dabei im Blick zu behalten.“*⁴⁹

Dass auch bei gelungener Kooperation die Betroffenenbeteiligung leiden kann, zeigt eine Untersuchung zur Verbesserung der Hilfeprozesskoordination (HPK) im Kinderschutz:

„Ein negatives Ergebnis hatte die bessere Koordination. In der HPK-Gruppe sank die Partizipation der betroffenen Kinder und Jugendlichen... Offensichtlich haben es die Helfer

⁴⁵ Minuchin 1988.

⁴⁶ Leitner u.a. 2008.

⁴⁷ Fegert u.a. 2001.

⁴⁸ ebenda S. 208.

⁴⁹ ebenda S. 210.

weniger nötig, mit den Betroffenen zu kommunizieren, wenn sie sich untereinander stärker einig sind.⁵⁰

Innerhalb eines Helfersystems kann es am Einzelfall, aber auch strukturell, zu Problemen kommen, die eine Betreuung so beeinflussen, dass es zu einer Problemeskalation und zu einem Abschieben in andere Hilfesysteme kommt. Schweitzer hat dies für den Übergang zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie beschrieben: dass die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe nicht ausreichen, liegt demnach nicht nur an der Symptomatik, sondern an fehlender Konstanz der Betreuung, negativer Konnotation des berechtigten Misstrauens der Jugendlichen, Regelchaos in der Betreuung, unreflektierter Umgang mit Teamkonflikten etc.⁵¹. Diese Erkenntnis lässt sich möglicherweise auch auf die Interaktion zwischen Helfern und Familie übertragen.

Wesentliche Fragen in Bezug auf die Helfersystem-Dynamiken sind:

- Wurden alle Familienmitglieder (auch die „Täter“), aber insbesondere die von den Kindeswohlgefährdenden Handlungen betroffenen Kinder und Jugendlichen soweit einbezogen, dass sie über die Hilfen und Eingriffe informiert und zu ihrer Meinung befragt wurden?
- Gibt es durch das Helferhandeln sekundäre Traumatisierungen etwa durch eine unangemessene Herausnahme aus der Familie oder durch Delegationsketten?
- Gab es eine unabhängige kindliche Interessenvertretung von Personen, die aufgrund ihrer Position nicht parteilich für die erwachsenen Familienmitglieder sind?
- Gab es in den einzelnen Helfersystemen oder zwischen den Helfersystemen Konflikte unabhängig von der konkreten Arbeit am zu analysierenden Fall?
- Wurde Beziehungskonstanz in der Arbeit mit der Familie gesichert oder gab es Beziehungsabbrüche?
- Wer im Helfersystem arbeitet mit welchen Aufträgen?
- Sind diese Aufträge der Familie gegenüber transparent?

Quellen zur Beantwortung der Fragen sind Interviews mit den beteiligten Professionellen sowie Netzwerkkonferenzen.

3. Familie-Helfer-Dynamiken

Schweitzer⁵² weist darauf hin, dass Familien Teamkonflikte „induzieren“, indem sie eigene Konflikte auf Helfersysteme übertragen, z.B. spaltet eine Familie, in der sich die Eltern in einem starken Konflikt befinden, das Team der betreuenden Einrichtung, so dass sich dort ebenfalls zwei Parteien konflikthaft gegenüber stehen, weil ein Teil des Team sich auf die

⁵⁰ Fegert u.a. 2008, S. 133.

⁵¹ Schweitzer 1987. S. 204 ff.

⁵² Ebd., S. 205 f.

Seite eines Elternteils stellt, das andere auf die Seite des anderen Elternteils. Parteilichkeiten und Spaltungen von Teams geschehen häufig nach Geschlechterpräferenzen. Ebenfalls möglich ist eine Dynamik zwischen einzelnen Helfern und einzelnen Familienmitgliedern, wenn es beispielsweise heimliche Sympathien für das problematische Handeln einzelner Familienmitglieder gibt (Delegation eigener „verbotener“ Wünsche). Imber-Black⁵³ beschreibt drei aus der Familientheorie bekannte Muster, die sich auch zwischen Familien und Helfersystemen entwickeln können: Umleitung, generationsübergreifende Koalition und Triangulation. Bei der Umleitung könnte eine Familie einen innerfamiliären Konflikt auf das Helfersystem umleiten, so dass immer dann, wenn das Helfersystem die Familie kritisiert, die innerfamiliären Aggressionen auf die Helfer übertragen werden. Eine generationsübergreifende Koalition wäre dann gegeben, wenn sich eine ältere Sozialarbeiterin in der Betreuung einer jungen Mutter mit deren Mutter verbündet und damit die Hilfesuchende entmündigt oder ein Einzelfallhelfer verbündet sich mit dem Jugendlichen gegen dessen „altmodische“ Eltern. Bei der Triangulation geraten Familien in den Konflikt zwischen Institutionen und heizen diese u.U. noch an, indem sie die Helfer gegeneinander ausspielen.

Als wesentliche Fragen ergeben sich:

- Gibt es eine Isomorphie zwischen Familienkonflikten und Konflikten im Helfersystem?
- Gibt es eine aggressive Parteilichkeit für einzelne Familienmitglieder oder starke Konflikte im Helfersystem, die durch unterschiedliche Parteinahme verursacht werden?
- Beschreiben einzelne Helfer eine gute Kooperation mit der Familie, während andere eine negative Kooperationserfahrung haben?
- In welcher Form, z.B. durch Supervision, wurden die Familien-Helfer-Dynamiken bearbeitet?

Quellen zur Beantwortung der Fragen sind die Auftragsanalyse (Hilfe- und Betreuungspläne) sowie Interviews mit der Familie und dem Helfersystem.⁵⁴

4. Team – Person

In der Bremer Untersuchung zum Fall „Kevin“ finden sich im Untersuchungsabschnitt zu den Verantwortlichkeiten⁵⁵ Analyseblickwinkel in Hinblick auf den fallzuständigen Sozialarbeiter, auf die Arbeit im Team sowie zu Verantwortlichkeiten auf den verschiedenen Hierarchieebenen, wobei insbesondere Probleme bei der Kontrolle und Fachaufsicht festgestellt wurden. Auf der Ebene der Einzelperson kann für inadäquates fachliches Verhalten eine nicht verarbeitete Eigenbetroffenheit verantwortlich sein, etwa wenn eine Sozialarbeiterin in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurde, dies nicht verarbeitet hat und

⁵³ Imber-Black 1997, S. 97.

⁵⁴ Zu den Fragen siehe Imber-Black, a.a.o. S. 134 ff.

⁵⁵ Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienste (Parlamentarischer Untersuchungsausschuss 11/2006 bis 4/2007), S. 38.

dann in Kontakt mit Betroffenen überfordert. Dies zeigt sich dann in unüberlegtem Aktionismus oder im „Wegschauen“. Bieniussa hat in einer Fallstudie gezeigt, wie stark das Selbstwertgefühl bzw. der Mangel an ihm das Handeln von Professionellen bestimmt.⁵⁶

Als wesentliche Fragen ergeben sich:

- Welchen Einfluss hatte das individuelle professionelle Handeln auf den Fallverlauf durch fehlende Fallsteuerung, mangelhafte Aktenführung, Probleme bei der Risikoabschätzung, fehlender Kontrollen oder Verantwortungsverlagerung auf Andere?
- Hat die Eigenbetroffenheit einzelner Akteure fachgerechtes Handeln beeinflusst?
- Gibt es klare Regelungen im Team für den Vertretungsfall, für kollegiale Beratungen, für Hausbesuche im Tandem etc.?
- Sind Fachaufsicht und Kontrolle der einzelnen Mitarbeiter klar geregelt?

Quellen zur Beantwortung der Fragen sind Einzelinterviews sowie Teamprotokolle, Akten, Stellenbeschreibungen sowie Dienstanweisungen.

5. Organisation

Wie die Darstellung der Einzelfalluntersuchungen im zweiten Kapitel gezeigt hat, spielen in der Regel bei problematischen Kinderschutzfällen organisatorische Rahmenbedingungen eine wesentliche Rolle. Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe ist auf der Organisationsebene der Umgang mit den veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen, insbesondere mit dem § 8a SGB VIII, zu beachten.

Wesentliche Fragen sind:

- Gibt es klare organisatorische Vorgaben für den Umgang mit Kinderschutzfällen?
- Stehen dafür die notwendigen materiellen Ressourcen zur Verfügung?
- Sind die finanziellen und personellen Rahmenbedingungen für eine qualifizierte Kinderschutzarbeit ausreichend?
- Haben die Mitarbeiter ausreichend Gelegenheit zu Fortbildung und Supervision?
- Befindet sich die Organisation in einem die Alltagsarbeit beeinträchtigenden Umstrukturierungsprozess?
- Gibt es klare Aufgabenregelungen und Zuständigkeiten für die verschiedenen Hierarchieebenen?
- Werden genügend Hilfen für die spezifischen Kinderschutzthematiken vorgehalten?

⁵⁶ Bieniussa 1986.

Quellen zur Beantwortung der Fragen sind Organigramme, Finanzbudgets, Dienstanweisungen, Verfahrensstandards, Vereinbarungen mit Leistungserbringern etc. sowie Workshops mit den Mitarbeitern.

6. Gesellschaft

Gesellschaftliche Diskussionen können das Kinderschutzhandeln im Einzelfall beispielsweise durch die Verunsicherung der Fachkräfte beeinflussen, wenn unrealistische Erwartungen formuliert oder einzelne Berufsgruppen stigmatisiert werden. Gesellschaftliche Entwicklungen ökonomischer Art können ebenfalls den Kinderschutz beeinträchtigen, wenn sie zu restriktiven Rahmenbedingungen beitragen. Zu den gesellschaftlichen Einflussfaktoren, die von den Fachkräften wahrgenommen werden, gehört die mediale Darstellung der Kinderschutzthematik.

7. Entscheidungschronologie und -logiken

Bei der Rekonstruktion des Entscheidungsprozesses geht es um folgende wesentlich zu beantwortende Fragen:

1. Welche Entscheidung wurde getroffen? Welche Vor- und welche Nachteile hatte die Entscheidung?
2. Was war die Alternative?
3. Welche Faktoren haben die Entscheidung beeinflusst?

Die die Entscheidung beeinflussenden Faktoren sind auf den schon dargestellten Ebenen der Beziehungsdynamik und der allgemein strukturellen Rahmenbedingungen zu finden. Es bleiben aber immer auch subjektive Spielräume, d.h. die Entscheidungen beruhen auf einer individuellen Entscheidungslogik. Wolf⁵⁷ nennt verschiedene Beispiele problematischer Entscheidungslogiken der Fachkräfte:

- Die Abwägung widersprüchlicher Informationen findet nicht statt oder ist nicht plausibel.
- Informationsquellen werden nicht kritisch bewertet.
- Den eigenen Einschätzungen widersprechende neue Informationen werden abgewertet.

Quellen zur Rekonstruktion des Entscheidungsprozesses sind die Aktenanalyse und Interviews mit den Entscheidungsträgern und mit den Familienmitgliedern, wenn es um die Frage geht, inwieweit diese in den Entscheidungsprozess einbezogen wurden. Zu beachten ist, dass Betroffenheitsbeteiligung immer auch bedeutet, den Familien Entscheidungsalternativen aufzuzeigen: die Entscheidungslogik der Professionellen trifft immer auf die Entscheidungssouveränität der Familien, vorausgesetzt, diese werden nicht als Objekte obrigkeitstaatlichen Handelns betrachtet.

⁵⁷ Wolf 2008, S. 43ff.

6. Empfehlung für die Arbeit der Kommission

6.1 Organisatorischer Rahmen/Organisationsanbindung

Wir empfehlen, die Kommission bei den kommunalen Spitzenverbänden Brandenburgs anzusiedeln. Wir gehen davon aus, dass dies die Akzeptanz der öffentlichen Träger erhöht, die Kommission anzurufen. Denkbar wäre eine Ansiedelung beim Städte- und Gemeindebund. Mit dem Ausschuss für Bildung, Jugend, Kultur und Sport, der seit 1996 besteht, verfügt der Städte- und Gemeindebund über ein fachkundiges Gremium, das sich als „Plattform für den fachlichen und politischen Austausch mit der Landesregierung, Landtagsabgeordneten sowie weiteren Akteuren aus den Bereichen Bildung, Jugend, Kultur und Sport“ (Selbstdarstellung) versteht. Somit wäre sichergestellt, dass die Kommission nicht von der Landespolitik abgekoppelt agiert.

In der Geschäftsstelle des Städte- und Gemeindebundes gehen die Meldungen für Untersuchungsaufträge ein, dort werden die Dokumente der Untersuchungen gelagert, und die Geschäftsstelle wickelt den Finanzbedarf der Kommission ab. Ob der Städte- und Gemeindebund über die dazu notwendigen sachlichen und personellen Ressourcen verfügt, muss noch geklärt werden.

6.2. Personelle Zusammensetzung

Der Kern der Kommission besteht aus fünf Personen:

- Den Vorsitz übernimmt eine fachlich und politisch unabhängige Person, die keine wirtschaftlichen Interessen in Bezug auf die Institutionen und Organisationen verfolgt, die in den jeweiligen Fall involviert sind. Der oder die Vorsitzende sollte mit den Verfahrensweisen und Strukturen der im Rahmen des Kinderschutzes tätigen Organisationen vertraut sein und über Kompetenzen der Verfahrenssteuerung verfügen. Diese Person könnte ein für die jeweilige Untersuchung abgeordneter Richter/in oder ein(e) Wissenschaftler/in sein, der/die in Brandenburg weder in Forschung noch in Lehre aktiv ist.

Als Mitglieder schlagen wir vor:

- Ein(e) Vertreter(in) einer Betroffenenvereinigung bzw. einer Interessenvertretung für die Rechte Betroffener: Lotse e.V. aus Halle, Verein ehemaliger Heimkinder e.V., Berliner Rechtshilfefond Jugendhilfe e.V.
- Ein(e) Kinderschutzexperte/in aus Jugendhilfe oder Gesundheitswesen mit besonderen Kompetenzen zu familiären Risikofaktoren und zur Familiendynamik in Familien mit Kindeswohlgefährdung
- Ein(e) Vertreter(in) aus dem juristischen Bereich (Polizei, Staatsanwalt, Familien- oder Jugendrichter, Jugendschöffe/Verfahrenspfleger)

- Ein(e) Experte/in für Organisationsdynamiken (Fehlerexperte, z.B. Organisationsberater, systemischer Supervisor).

Für spezielle Themen und Fragen werden weitere Experten hinzugezogen. Es sollte darauf geachtet werden, dass mindestens zwei Frauen und zwei Männer Mitglieder der Kommission sind.

Vor der Veröffentlichung des Abschlussberichtes einer Untersuchung werden ein Mitglied des Landesjugendhilfeausschusses, ein Pressevertreter (Landesrundfunkrat, Deutsche Journalistenunion), der Landesdatenschutzbeauftragte und je ein Vertreter der Ärztekammer und der Rechtsanwaltskammer hinzugezogen.

6.3. Finanzierung

Die Ministerien des Innern, der Justiz, für Bildung, Jugend und Sport sowie für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen teilen sich die Kosten. Die Kosten für Kommunikation, Kopien etc. sowie die sichere Lagerung der Dokumente übernimmt das Land. Die Kosten für die Veröffentlichung übernimmt das MBSJ. Eine exemplarische Berechnung der Kosten für eine Untersuchung findet sich unter (6.8.) Wir empfehlen eine Finanzierung auf der Grundlage der Gebührenordnung für Gerichtsgutachter (Vorsitzender, Kommissionsmitglieder, externe Experten).

6.4. Auslöser des Tätigwerdens der Kommission – institutionelle Abfolge

- Der Unterausschuss „Jugendhilfeplanung“ des örtlichen Jugendhilfeausschusses sammelt alle Fälle, die den Kriterien (siehe 6.5.) entsprechen, nach Meldung durch Jugendamt, Ärzte/Kliniken, freie Träger der Jugendhilfe, Betroffene/Bürger sowie Polizei/Staatsanwaltschaft.
- Der Unterausschuss „Jugendhilfeplanung“ meldet alle Fälle anonymisiert an die Kommission
- Der Unterausschuss „Jugendhilfeplanung“ gibt parallel dazu alle Fälle zur Kenntnis an den Jugendhilfeausschuss weiter und spricht eine *Empfehlung* für einen Untersuchungsauftrag durch die Kommission aus.
- Ein Untersuchungsauftrag wird ausgelöst, wenn 1/3 der Mitglieder des Jugendhilfeausschusses oder die Mehrheit der Vertreter der freien Träger eine Untersuchung beschließen,

oder

- wenn 1/3 der Mitglieder der Vertretungskörperschaft (Kreistag, Stadtverordnetenversammlung) eine Untersuchung beschließen

oder

- auf Wunsch der Verwaltungsleitung (Oberbürgermeister/Landrat, Dezernent, Jugendamtsleiter).

6.5. Was ist ein „gravierender Kinderschutzfall“ - Kriterien/Indikation?

Kriterien für die anonymisierte Meldung an den Unterausschuss „Jugendhilfeplanung“⁵⁸:

- Tod durch Selbstmord, vermuteter oder tatsächlicher Mord, Totschlag, oder Unfalltod eines Kindes, das betreut wird
- Lebensgefährliche Verletzung und ernsthafte und permanente Beeinträchtigung der Gesundheit oder Entwicklung durch Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellen Missbrauch
- Besonders schwerer Fall von sexuellem Missbrauch
- Ein Elternteil wurde umgebracht insbesondere in Folge häuslicher Gewalt
- Ein Kind wurde von einem Elternteil mit psychischen Störung umgebracht
- Der Fall verspricht Gewinn, wenn man sich mit der Interaktion zwischen Institutionen befasst, um Kinder vor Schaden zu bewahren
- Jeder Professionelle kann einen Fall an den Unterausschuss „Jugendhilfeplanung“ melden, wenn er ihn wichtig findet in Bezug auf die Verbesserung der institutionellen Zusammenarbeit
- Indikation gilt für Kinder und junge Menschen (< 21)
- Tod (einschließlich Selbstmord), bei dem Kindeswohlgefährdung tatsächlich oder vermutlich eine Rolle spielt
- Beschwerden durch Mitarbeiter freier Träger
- Beschwerden durch Familien oder andere interessierte Parteien
- Ein Fall, bei dem ein gravierender Schaden nur knapp abgewendet werden konnte („Beinaheunfall“).

6.6 Kriterien für eine Untersuchungsempfehlung

Eine Untersuchungsempfehlung sollte ausgesprochen werden, wenn eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Es gibt einen erheblichen körperlichen oder seelischen Schaden für das Kind bzw. ein erheblicher Schaden ist zu befürchten

⁵⁸ In Anlehnung an die englische Guidance „Working together to safeguard children“ (HM Government 2006), S. 170 f.

- Es gibt Hinweise für Fehler durch Professionelle, Organisationen oder in Hinblick auf die Kooperation der Beteiligten, die zu einem Schaden für das Kind geführt haben oder führen könnten
- Öffentliches Interesse (über den Fall wird z.B. lokal oder überregional medial berichtet)
- Beschwerden durch Mitarbeiter freier Träger
- Beschwerden durch Familien oder andere interessierte Parteien.

Ein ausführlicher Fragenkatalog für die Untersuchungsentscheidung findet sich in Anhang 3.

6.7 Einleitung und Planung der Untersuchung (Geschäftsordnung)

Präambel: Ziele der Untersuchungen

Die mit dem Kinderschutz befassten Systeme sollen so verändert werden, dass die individuelle Fehlerwahrscheinlichkeit sinkt. Es muss grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass Fehler auf individueller Ebene entstehen. Grundlage der Untersuchungen ist jedoch ein ökosystemisches Fehlermodell, das individuelle Verantwortung *und* systemische Effekte beinhaltet (ausführlich dazu Kapitel 5).

Die Arbeit der Kommission zielt auf die Herstellung von Einzelfallgerechtigkeit ab, da konkrete Kinder, und Jugendliche betroffen sind, die möglicherweise zu Schaden gekommen sind. Einbeziehung der Betroffenen, Entschuldigung und Wiedergutmachung sollen den entstandenen Schaden ausgleichen, verringern aber auch die Wahrscheinlichkeit gerichtlicher Auseinandersetzungen.

Die Kommission berücksichtigt gesellschaftliche Bedingungen und aktuelle Tendenzen der Kinderschutzpolitik als einen wesentlichen Bezugsrahmen kritischer Einzelfälle, denn die Arbeit der Kommission kann keinesfalls Anstrengungen zur Verbesserung der Kinderschutzpolitik ersetzen. Sie kann aber eine Wissensbasis schaffen, die über den Einzelfall hinausgeht und Anregungen für die Kinderschutzpolitik geben kann.

Nicht zuletzt soll die Kommission fachlich fundiert und verantwortungsvoll in Kooperation mit interessierten Medien die Öffentlichkeit sensibilisieren.

Ablauf der Untersuchung

Die Kommission plant die Untersuchung unter Berücksichtigung folgender Aspekte⁵⁹:

- Welchen konkreten Nutzen soll die Untersuchung haben? - Gegebenenfalls muss mit dem Auftraggeber darüber eine Verständigung erreicht werden.
- Welche Informationen müssen dazu recherchiert werden?

⁵⁹ In Anlehnung an die englische Guidance „Working together to safeguard children“ (HM Government 2006), S. 172 f.

- Wer soll die Untersuchung durchführen: Ein Mitglied oder mehrere Mitglieder der Kommission, oder sollten für spezielle Fragen externe Experten hinzugezogen werden?
- Über welchen Zeitraum sollen Ereignisse insbesondere in Bezug auf die Familiengeschichte untersucht werden?
- Welche Organisationen/Professionellen sollten einbezogen werden und einen eigenen Kurzbericht einreichen (s.u.)?
- Wie kann die Teilnahme der Familienmitglieder erreicht werden, und wer ist dafür verantwortlich, ihre Teilnahme zu erleichtern?
- Wenn der Fall Anlass für andere Untersuchungen gibt, wie können alle relevanten Fragen möglichst ökonomisch beantwortet werden?
- Müssen Organisationen aus anderen Regionen (z.B. andere Jugendämter) einbezogen werden?
- Wie steht die Untersuchung in Beziehung zu staatsanwaltlichen Untersuchungen?
- Wer nimmt Kontakt zu Organisationen/Professionellen und der Öffentlichkeit auf?
- Wann soll die Untersuchung beginnen und wann beendet sein?
- Wie sollen die öffentlichen und Medieninteressen und das Interesse der Familie vor, während und nach der Untersuchung gemanagt werden?
- Ist Rechtsberatung für die beabsichtigte Untersuchung nötig?

Zentral ist die Beantwortung der Frage, welche Daten erhoben werden müssen, um den Untersuchungsauftrag ausführen zu können.

6.8 Inhaltlicher Untersuchungsleitfaden

Zur Erleichterung der Untersuchung versucht der Kommissionsvorsitzende von den Betroffenen eine Schweigepflichtentbindung zu erhalten. Es ist davon auszugehen, dass dies gelingen kann, wenn den Betroffenen ihr Eigeninteresse verdeutlicht wird.

Das ökosystemische Fehlermodell verbindet beziehungs-dynamische Elemente auf der Familien- und Helferebene und die strukturellen Rahmenbedingungen des Helferhandelns. Auf dieser Grundlage wird die Entwicklung hin zum „kritischen Ereignis“ rekonstruiert, wobei besonders nach den jeweiligen Entscheidungslogiken (warum z.B. eine bestimmte Hilfe gegeben und eine andere verworfen wurde) zu fragen ist:

Fehlermodell kritischer Entscheidungen (vgl. ausführlich Kapitel 5):

Beziehungsdynamik	Entscheidungs- Chronologie und - logiken	Allgemein strukturelle Rahmenbedingungen
Familiendynamik „kritische Übergänge“		Team – Person
Helfersystemdynamik in und zwischen Institutionen		Organisation
Familien-Helfersystem-Dynamik		Gesellschaft

Neben der Rekonstruktion der Helfergeschichte ist die Analyse der Familiendynamik besonders wichtig; dies legen Untersuchungsberichte nahe, nach denen besonders aufgrund der ungenügenden Berücksichtigung der Familiendynamik Kinder trotz Betreuung Schaden genommen haben (vgl. Kapitel 2).

Ein ökosystemisches Modell ermöglicht auch die Analyse der Interferenzen zwischen Familien und Helfern. Eine grundlegend systemische Sichtweise bietet sich auch an, weil insbesondere in der Brandenburger Kinder- und Jugendhilfe systemische Arbeitsansätze auf Grund intensiver Fortbildungsanstrengungen des Landes in der Praxis breit verankert sind.

Grundlage für die Daten- und Informationsgewinnung sind folgende Methoden:

- Gruppendiskussionen und Workshops in den Institutionen z.B. im Jugendamt (beispielhaft sind hier die englischen Erfahrungen der Local Safeguarding Children Boards; vgl. Kapitel 2)
- Aktenanalyse
- Berichte der beteiligten Institutionen
- Befragung von Einzelpersonen (beteiligte Fachkräfte)
- Gespräche mit der Familie einschließlich der Entschuldigungssitzung

Untersuchungs- und Zeitplan

Phase/ Arbeitsschritte	Zeit	Beteiligte
Initialphase: Meldung Fall und Untersuchungsentscheidung	1 Monat	Jugendhilfeplanung beim örtlichen Träger, Entscheidung durch Befugte (s.o.)
Konstitutionsphase und Kontaktaufnahme mit der betroffenen Familie - Planung der Untersuchung (s.o., (7)). - Identifizierung der aktuell und in der Vergangenheit beteiligten Institutionen/Personen (Netzwerkkarte) - Anforderung der Anfertigung eines Berichtes der beteiligten Institutionen (nach Schema – siehe Anhang 2) mit Zeitvorgabe - Parallel Kontaktaufnahme mit der Familie und Entbindung von der Schweigepflicht	1 Monat	Kernkommission
Untersuchungsphase - Rekonstruktion der Helfergeschichte, der	3 Monate	Kernkommission und externe

Familiengeschichte und der Helfer-Familien-Interaktion auf der Basis der Institutionsberichte und der Befragung der Familie und Erarbeitung eines spezifischen Untersuchungsschemas (Fragenkatalog) - Einzelbefragung einzelner Professioneller - Workshops und/oder Gruppendiskussionen in den beteiligten Institutionen		Experten
Erstellung eines vorläufigen Berichts - Erste Einschätzung und Vorschlag für eine Versöhnungssitzung und Rückmeldung an die Kommission, Familie und an die beteiligten Institutionen	2 Wochen	Externer Experte
Rückmeldungen und Entschuldigung - Rückmeldung an die Familie und ggf. an gesetzliche Vertreter - Rückmeldung an die beteiligten Organisationen und Personen und den JHA Planung und Durchführung einer Entschuldigungssitzung	1 Monat	Kommissionsvorsitzender und Fallbeteiligte
Erstellung eines Abschlussberichts + Veröffentlichung	1 Monat	Kommissionsvorsitzender und externe Experten, Städte- und Gemeindebund, MBS
Follow-up zu den vorgeschlagenen Veränderungen	6 Monate	Kommissionsvorsitzender und Vertreter der veränderungsbedürftigen Institutionen, beteiligte Ministerien
Evaluationsbericht der eingeleiteten Veränderungen	1 Monat	Externer Experte

Exemplarische Berechnung des finanziellen Aufwandes für eine Untersuchung

3 Treffen der Kernkommission à 3 h	$3 \times 3 \times 5 \times 70 \text{ €} = 3150 \text{ €}$	3 450 €
+ Fahrtkosten (5 x 100km)	$+ 3 \times 500 \times 0,20 \text{ €} = 300 \text{ €}$	
10h Studium der Institutions-Berichte durch den Kommissionsvorsitzenden	$10 \times 70 \text{ €} = 700 \text{ €}$	700 €
6 Einzeluntersuchungen à 3 h	$18 \times 70 \text{ €} = 1260 \text{ €}$ $+ 600 \times 0,20 \text{ €} = 120 \text{ €}$	1 380 €

+ Fahrtkosten (6 x 100km)		
2 Expertisen durch externe Experten	2000 €	2 000 €
1 Workshop mit Basisarbeitern à 6 h	6 x 70 € = 420 €	440 €
+ Fahrtkosten (1 x 100km)	+ 100 x 0,20 € = 20 €	
Versöhnungssitzung mit der Familie à 3	3 x 70 € = 210 €	230 €
+ Fahrtkosten (1 x 100km)	+ 100 x 0,20 € = 20 €	
Berichte (vorläufiger und Abschlussbericht) 30h	30 x 70 € = 700 €	2100 €
3 öffentliche Präsentationen der Untersuchungsergebnisse à 3 h	3 x 3 x 70€ = 630 €	630 €
Kommunikations- und Druckkosten	2000,00 €	2 000 €
Gesamtkosten einer Untersuchung	(Schätzung)	12 930 €

Die Gesamtkosten der Untersuchungskommission sind nicht kalkulierbar, da nicht abschätzbar ist, wie häufig die Kommission mit einer Untersuchung beauftragt wird.

6.9. Veröffentlichung

Die Ergebnisse der Untersuchung werden durch den Kommissionsvorsitzenden und ggf. durch Fallbeteiligte der Familie zurückgemeldet und damit innerhalb der Familie veröffentlicht. In der zweiten Phase der Veröffentlichung wird der Bericht im Jugendhilfeausschuss präsentiert. Erst danach wird der schriftliche Bericht in einer Pressekonferenz der breiteren Öffentlichkeit vorgestellt. 200 Exemplare werden für die Fachöffentlichkeit gedruckt. Der Bericht wird digital auf der Homepage des Gemeinde- und Städtebundes allgemein zugänglich gehalten. Der Gemeinde- und Städtebund macht den Bericht den regionalen und überregionalen Medien zugänglich.

Nach 7 Monaten (Berichterstattung über die eingeleiteten Maßnahmen und externe Evaluation) wird der Evaluationsbericht im Jugendhilfeausschuss und im Landesjugendhilfeausschuss vorgestellt.

Die Kommission richtet nach zwei Jahren eine öffentliche Tagung zu den Erfahrungen aus.

6.10. Weiterführende Empfehlungen

Kritisch im Auge zu behalten ist die starke Stellung des öffentlichen Trägers in Bezug auf eine Untersuchungsempfehlung. Eine Entscheidungsbefugnis auf der Ebene der Kommission selbst wäre wünschenswert.

Wir schlagen eine wissenschaftliche Begleitung der Pilotphase vor, um diese und andere Fragen der Organisation, die Qualität und den Ablauf der Untersuchungen sowie deren Auswirkungen zu evaluieren. Für eine Einschätzung zur praktischen Bewährung der

Entscheidungsmechanismen für eine Untersuchung sollten die dokumentierten Meldungen, die keine Untersuchung ausgelöst haben, in die Evaluation einbezogen werden.

Die Kommissionsarbeit kann unterstützend wirken, wenn gesetzliche Veränderungen zur Verbesserung der Kinderschutzarbeit diskutiert werden (Datenschutz, Kontrolle der Jugendämter durch Landesgesetz, verbindliche Regelungen der Kooperation).

Eine besondere Herausforderung stellt die Bekanntmachung der Kommissionsarbeit bei den beteiligten Institutionen dar. Langfristig sinnvoll ist eine systematische Auswertung der Einzelberichte und ein internationaler Austausch ähnlicher Erfahrungen.

6.11. Recht

Mögliche Datenschutzprobleme sollen durch Beteiligung der Betroffenen verringert werden. Parallele Ermittlungen oder Strafverfahren sollten kein Hindernis für die Kommissionsarbeit sein. Wir gehen davon aus, dass ein offensiver Umgang mit Fehlern die Wahrscheinlichkeit von Strafverfahren signifikant verringert, wie Erfahrungen aus dem Gesundheitswesen zeigen.

Sinnvoll erscheint uns, dass zwischen interessierten öffentlichen Trägern, den kommunalen Spitzenverbände sowie den beteiligten Ministerien eine Verwaltungsvereinbarung geschlossen wird, in der sich alle Beteiligten zu einem einheitlichen Verfahren verpflichten. Die unterschiedliche Qualität der deutschen Untersuchungsberichte (vgl. Kapitel 2) lässt es als notwendig erscheinen, sich auf verbindliche Standards zu einigen.

7. Nutzbarmachung der Kommissionsarbeit für die Qualifizierung der Kinderschutzarbeit im Land Brandenburg

Die Arbeit der Kommission sollte zu einer Verbesserung der Kinderschutzarbeit in Brandenburg auf drei inhaltlichen Ebenen beitragen, auf der Ebene der Etablierung einer Fehlerkultur, auf der Ebene der Fehlerprävention einschließlich der gesellschaftlichen und strukturellen Kontexte des Kinderschutzes, im Sinne der Prävention von Fällen der Kindeswohlgefährdung sowie im Bereich einer „fehlerfreundlichen“ Organisationsentwicklung (vgl. dazu Kap. 5.1).

Die Kommissionsarbeit bietet folgende Möglichkeiten zur Arbeit auf den angesprochenen Ebenen:

7.1 Auswertung von Untersuchungsberichten in regelmäßigen Zeitabständen

Wie das englische Beispiel zeigt, ermöglicht die regelmäßige (notwendigerweise quantitative) Auswertung der in einem bestimmten Zeitraum durchgeführten Untersuchungen (in England alle drei Jahre) auf einer generalisierenden Ebene die Formulierung praktischer Schlussfolgerungen zur Vermeidung von Fehlern im Verwaltungshandeln. Fegert et. al.

(2008) verweisen auf die umfassendste Analyse zu Todesfällen im Kinderschutz (40 Fälle in England), in der folgende Praxisprobleme (S. 74) identifiziert wurden:

- unzureichender Austausch von Informationen
- Wenig aussagekräftige Diagnostik
- Ineffektive Entscheidungsprozesse
- Fehlende Zusammenarbeit zwischen Institutionen
- Unzureichende Dokumentation relevanter Informationen
- Fehlende Informationen über wichtige männliche Haushaltsmitglieder.

Daraus wurden folgende Verbesserungsvorschläge abgeleitet (ebd., S. 74 f.)

- Erhöhung der Zuverlässigkeit und Qualität bei der Weitergabe und Dokumentation von Informationen über Gefährdungsfälle
- Einführung aussagekräftiger Diagnose- und Risikoeinschätzungsverfahren
- Sicherstellung zeitnaher, zuverlässiger, auf aussagekräftige Kriterien gestützte Entscheidungsabläufe
- Stärkung der fallbezogenen Zusammenarbeit zwischen Institutionen und Organisationen, die dem Kinderschutz verpflichtet sind
- Stärkerer Einbezug von im Haushalt lebenden männlichen Partnern bei der Risikoabschätzung und Hilfeplanung.

Es fällt auf, dass die Vorschläge sehr allgemein gehalten sind und keine konkreteren Empfehlungen beinhalten, sie finden sich auch in der Deutschen Kinderschutzdiskussion⁶⁰. Ein weiterer Nachteil dieser Vorgehensweise besteht darin, dass erst eine größere Anzahl von Untersuchungen vorliegen muss, so dass mit allgemeinen praktischen Vorschlägen u.U. lange gewartet werden muss.

Gleichzeitig könnte – auf derselben generalisierenden Ebene – über die Auswertung der Untersuchungen wie über die gesamten eingegangenen Meldungen der Wissensbestand über das Entstehen von Kindeswohlgefährdungen vergrößert werden. Doch auch in dieser Hinsicht birgt ein quantifizierendes Herangehen die Gefahr, auf der Ebene der Formulierung neuer Risikofaktoren zu verharren und damit eher Stigmatisierungsprozessen als einer Verbesserung der Hilfs-Arrangements – die eigentlich angestrebte Wirkung – Vorschub zu leisten.

7.2 Einzelfallverallgemeinerung⁶¹

Die Untersuchungen bieten die vorgestellte Chance zur Verallgemeinerung; wir halten aber eine Verallgemeinerung für sinnvoll, die vom Einzelfall und seiner Qualität ausgeht. Besonders, wenn die Untersuchungen so angelegt sind, dass im Vordergrund das Verstehen der Entwicklung des Einzelfalls steht, bieten sie eine Grundlage für breite fachinterne und öffentliche Diskussionen, die die Ebenen der Fehlerkultur, der Fehlerprävention

⁶⁰ Vgl. den Forschungsplan von Heinz Kindler 2007.

⁶¹ Zu einer Methodik der Einzelfallverallgemeinerung vgl. z.B. Hildenbrand 1999.

einschließlich der gesellschaftspolitischen Fragen sowie die Ebene der Fehlerfreundlichkeit umfassen können. Die Frage der Verallgemeinerung wird so nicht den Wissenschaftlern überlassen, sondern er wird den Betroffenen, den Bürgern insgesamt, der Politik und nicht zuletzt den Praktikern übergeben; besonders diese sollten dazu angeregt werden, am Fall folgende Frage zu debattieren: „Welche Aspekte des Falles trifft auch auf Sie und ihre Arbeitsbedingungen zu?“ Dargestellt werden könnten für diesen Zweck die Untersuchungsfälle in einer „Risikovisite“ (Fegert et. al. S. 44) in Form der Fallvignette. Diese könnten u.a. gezielt an die lokal teilweise vorhandenen AGs „Kinderschutz“, die Jugendämter und andere öffentliche Foren übermittelt werden. Die Reflexion der eigenen Praxis vor dem Hintergrund problematischer Fälle könnte auch, auf der anderen Seite, Überlegungen zur gelungenen und guten Praxis zutage fördern. Ein Angebot von Veröffentlichungs- und Präsentationsmöglichkeiten für gute Praxis vor Ort könnte den Praktikern in der Diskussion um Standards und gutes fachliches Handeln eine hörbare Stimme geben.

7.3 Fortbildung und Supervision

Mit dem vorgeschlagenen Analyseschema betreten wir das Feld des „guten“ fachlichen Handelns; sollte das Schema sich als tragfähig erweisen, könnte dadurch die allgemeine Diskussion um fachliches Handeln zur Prävention von Fehlern im Kinderschutz vorangebracht werden. Konkret für Brandenburg ist auf die vorhandene starke systemische Tradition zu verweisen: Wenn sich das Analyseschema als tragfähig erweist, ergeben sich vielfältige Vertiefungsthemen z.B. für die Arbeit mit Familien (vgl. die Kritik von Minuchin am Untersuchungsbericht zu Maria Colwell in Kap. 5.2.). Insbesondere die personen- und teambezogenen Analyseaspekte sind interessant für die Diskussion mit Supervisoren (Entwicklung von Qualitätsstandards von Supervision bei Kindeswohlgefährdung), um von der allgemeinen Forderung nach mehr Supervision für die Fachkräfte wegzukommen.

7.4 Organisationsentwicklung der öffentlichen Träger

Untersuchungen werden auch Aussagen über die „Fehlerfreundlichkeit“ von Verwaltungsstrukturen zulassen; die Entwicklung der Fehlerfreundlichkeit ist im Konkreten eine Leitungsaufgabe, kann aber auch auf die Ebene der Gesetzgebung zielen und bedarf ggf. des Einsatzes von Ressourcen.

Wie der Fall „Kevin“ gezeigt hat, sind Probleme von Leitung und Aufsicht im Auge zu behalten. Hier ergeben Hinweise für die Organisationsberatung und für das Coaching von Leitungskräften sowie für die Veränderung struktureller Rahmenbedingungen. Auf die möglichen Dimensionen der Fehlerfreundlichkeit („Redundanz“, „Diversität“ und „Isolation“) wurde in Kap. 5.1 verwiesen.

Zu empfehlen wäre weiterhin ein systematischer Blick auf die Organisation und die Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe und des Kinderschutzes in anderen Ländern. Besonders interessant wäre an dieser Stelle der Blick nach Brasilien. Das nationale Kinder-

und Jugendhilfegesetz Brasiliens (ECA⁶²), regelt die von der Verfassung etablierten individuellen Rechtsansprüche der Heranwachsenden, und damit entsteht nicht nur das Erfordernis der Schaffung einer geeigneten Leistungsverwaltung, sondern auch einer Instanz zur Durchsetzung der individuellen Rechtsansprüche. Zumindest theoretisch kann und muss damit ständig, d.h. nicht nur im Schadensfall, und ausgehend von individuellen (Grund-)Rechten Eingriff, Leistungsgewährung, Leistungserbringung überprüfbar gemacht werden. Qualitätssicherung und ombudschafftliches Handeln, wie es z.B. in England, Schweden in anderen Ländern⁶³ organisiert wurde, steht damit rechtlich in Brasilien auf einem besonderen Fundament. Darüber hinaus ist eine partizipative Organisation der Kommunalverwaltung verfassungsrechtlich vorgeschrieben und im ECA präzisiert. In der Umsetzung werden die genannten Funktionen zu entscheidenden Teilen von *conselhos*, Räten, ausgeführt. In der Kinder- und Jugendhilfe arbeiten ein *conselho de direitos* und ein *conselho tutelar*⁶⁴ zusammen. Beide sind demokratisch gewählt; letzterem obliegt u.a. die Einleitung von Hilfen für Familien bzw. Kinderschutzmaßnahmen sowie die Überwachung der Durchführung der Maßnahmen durch externe Organisationen. Im Fokus steht jeweils die Durchsetzung von Kinderrechten.⁶⁵ Weiterhin abgesichert wird die Durchsetzung der Rechte Heranwachsender wie der umfangreichen sozialen Grundrechte insgesamt durch das *ministério público*, das in Strafverfahren die Rolle der Staatsanwaltschaft, ansonsten aber die Rolle eines Ombudsmanns, man könnte auch sagen: Volksanwalts, einnimmt.⁶⁶ Über öffentliche Bürgerklagen (*Ação Civil Pública*) kann die Einrichtung sozialer Institutionen und Programme erzwungen werden; zusammen mit dem *conselho tutelar* kontrolliert das *ministério público* die Einrichtungen und verfügt über das Recht des Zutritts zu diesen sowie des Zugangs zu Akten und Informationen.

7.5 Forschungsdesiderate

Generell ist eine wissenschaftliche Begleitforschung zum Prozess der Implementierung einer solchen Kommission sowie zu den Auswirkungen ihrer Arbeit wünschenswert. Nicht zuletzt wären so Aussagen hinsichtlich einer Übertragung des Pilotversuches auf andere Bundesländer möglich. Darüber hinaus sollte eine Begleitforschung Desiderate zur Optimierung der Kommissionsarbeit in Bezug auf strukturelle Vorgaben einschließlich der Rechtsgrundlagen der Kommissionsarbeit formulieren.

Insgesamt bleibt, wie mehrfach angemerkt, die Herausforderung bestehen, ein komplexes Modell für professionelles Handeln in Kinderschutzfällen zu entwickeln, das über stereotype Risikoabschätzungen hinausgeht⁶⁷ und die Komplexität des Einzelfalls abbildet. In Ansätzen wurde in der vorliegenden Untersuchung indirekt ein Vorschlag unterbreitet (vgl. Kap. 5);

⁶² Estatuto da Criança e do Adolescente v. 1990.

⁶³ Vgl. dazu Hossain/Besselink u.a. (2002).

⁶⁴ Vgl. Donizeti Liberati/ Bessa Cyrino (1997).

⁶⁵ Vgl. hierzu wie zum gesamten Abschnitt Marinho Schollmeier (2009), m.w.N.

⁶⁶ Das *ministério público* wird auch als „Vierte Gewalt“ im Staat bezeichnet (vgl. z.B. Santana Goncalves 2000).

⁶⁷ Vgl. den Forschungsplan von Heinz Kindler 2007.

systematisch sind hierfür explorative Einzelfalluntersuchungen sinnvoll, aber auch die Aufarbeitung einer hoffentlich entstehenden „good-practice“-Debatte (s.o.).

Die Untersuchungsberichte könnten auch ein Anlass zur Kooperation mit Brandenburger und Berliner Hochschulen sein, wobei insbesondere Fragestellungen im Bereich adressaten- und nutzerorientierter Forschung, von Interesse wären, da diese der angestrebten betroffenenorientierten Herangehensweise ähneln:

- Wie erleben Familien mit Kindeswohlgefährdung die Kinder- und Jugendhilfe und andere Hilfe- und Interventionssysteme?
- Wie sehen sich Familien mit Kindeswohlgefährdung selbst?
- Welches sind kritische Entscheidungssituationen und was brauchen Fachkräfte, um dann zum Wohl von Kindern zu entscheiden?
- Welche subjektiven Entscheidungslogiken von Professionellen bestimmen das Kinderschutzhandeln?
- Welche Organisationsdynamiken in und zwischen Institutionen erleichtern, welche behindern Kooperation?
- Was fördert/behindert Verstehensprozesse bei den Professionellen?

Als weiteres Forschungsdesiderat soll die Empfehlung von Axford/Bullock (2005) aufgegriffen werden, die Erkenntnisse aus den generalisierenden und an den Einzelfällen ansetzenden Untersuchungen systematisch mit Erkenntnissen aus Untersuchungen über Lebenslagen von Familien in Brandenburg und Deutschland zu verknüpfen, um so das Wissen um die Entstehung und möglicherweise auch Vermeidung von Fällen der Kindeswohlgefährdungen zu vergrößern.

All die genannten Maßnahmen können letztlich auch eine Grundlage für eine fundierte Argumentation bei künftigen rechtlichen Änderungen im Kinderschutz auf Bundes- und Landesebene dienen. Aus unserer Sicht sollten die Maßnahmen dazu beitragen, hier eine Entwicklung in Richtung einer immer stärkerer Verrechtlichung und Standardisierung – wie sie teilweise z.B. in England zu beobachten ist – zu verhindern und vielmehr Raum für Fachlichkeit (das „Handwerk“ i.S. Sennetts) zu schaffen, die dann aber auch gepflegt werden muss.

8. Gutachten von J. Münder zur rechtlichen Bewertung des empfohlenen Modells

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die in Kapitel 6 getätigten Empfehlungen. In diesem Zusammenhang sind auch die bereits im Kapitel 4 „Prüfung der Modelle/Szenarien auf ihre rechtlichen Implikationen“ genannten Aspekte zu berücksichtigen, insbesondere die dort genannten grundsätzlichen Aspekte unter 4.1., sowie jeweils Teilaspekte, die bei der Prüfung der verschiedenen Szenarien eine Rolle gespielt haben, sofern die Empfehlung Teile aus den jeweiligen Szenarien beinhaltet.

Zu 1. Organisatorischer Rahmen / Organisationsanbindung

Weder bei der organisatorischen Anbindung der Kommission beim Städte- und Gemeindebund noch beim Landkreistag bestehen rechtliche Probleme. Sicherzustellen ist jedoch, dass die Tätigkeit der Kommission funktional getrennt wird von der Stelle, bei der sie organisatorisch angesiedelt wird, und dass sichergestellt ist, dass diese funktionale Trennung konsequent abgesichert ist.

Zu 2. Personelle Zusammensetzung

Wie schon unter 4.2. empfohlen, rate ich dazu, den Vorsitz einer Person, die die Befähigung zum Richteramt hat, zu übertragen. Nicht zuletzt auch deswegen, weil nach dem Modell doch Einiges an Aufgabenwahrnehmung auf die vorsitzende Person zukommt. Was die Zusammensetzung im Übrigen anbelangt, bestehen hier keine rechtlichen Bedenken, hier wird sich die Frage der fachpolitischen Akzeptanz der jeweiligen Personen bzw. Organisationen stellen. Bezüglich der Zusammensetzung ist insbesondere auch noch einmal die Funktionalität in Hinsicht auf die angestrebten Ziele zu überprüfen.

Unabhängig davon, wer im Einzelnen Mitglied wird, wäre im Rahmen der Vereinbarung zu sehen, dass die Rechte und insbesondere auch die Pflichten der Mitglieder der Kommission im Einzelnen bestimmt werden, vornehmlich auch deswegen, um sicherzustellen, dass die Rechte der Betroffenen (seien es Eltern, die Kinder, aber auch Beschäftigte) gesichert sind.

Warum vor Veröffentlichung des Abschlussberichtes – anscheinend wird davon ausgegangen, dass ein Abschlussbericht auf jeden Fall veröffentlicht wird – weitere Personen hinzugezogen werden sollen, ist nicht ganz deutlich, d.h. die Funktion dieser Personen wird in diesem Zusammenhang nicht klar.

Zu 3. Finanzierung

Hier ist rechtlich nichts anzumerken.

Zu 4. Auslöser des Tätigwerdens der Kommission

– institutionelle Abfolge

Als entscheidender Auslöser sind hier 3 Varianten vorgesehen. Rechtlich unproblematisch ist dies dort, wo die Kommission tätig wird auf Wunsch der Verwaltungsspitze der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft. Dies sind die Oberbürgermeister bzw. Landräte (nicht die Dezernenten oder Jugendamtsleitungen).

Deutliche rechtliche Bedenken bestehen gegen die Auslösung der Tätigkeit aufgrund von 1/3-Mitgliedschaft des Jugendhilfeausschusses, bzw. der Mehrheit der Vertreter der Träger der freien Jugendhilfe des Jugendhilfeausschusses. Diese Bedenken habe ich bereits unter 4.4. dargelegt: die Kompetenz des Jugendhilfeausschusses (auch von Teilen des Jugendhilfeausschusses) ist durch Beschlüsse der Vertretungskörperschaft bundesrechtlich

gebunden. Diese gesetzliche Vorgabe ist landesrechtlich – erst recht nicht auf untergesetzlicher Ebene durch eine Vereinbarung – nicht ohne weiteres umgehbar. Ob sich bei ganz spezifischen Konstellationen ggf. rechtliche Möglichkeiten ergeben könnten, bedürfte einer gesonderten rechtswissenschaftlichen Untersuchung.

Falls die Tätigkeit ausgelöst wird, wenn 1/3 der Mitglieder der Vertretungskörperschaft eine Untersuchung beschließt, so ist dies grundsätzlich rechtlich möglich, bedürfte allerdings der gesetzlichen Änderung der Gemeindeordnung.

Die „vorgelagerten Tätigkeiten“, die in der Empfehlung dem Unterausschuss Jugendhilfeplanung des Jugendhilfeausschusses zukommen, sind rechtlich möglich, auch inkl. der Empfehlung an die Verwaltungsspitze, da durch das Handeln des Unterausschusses Jugendhilfeplanung die Tätigkeit der Kommission selbst noch nicht ausgelöst wird. Zu beachten ist, dass es für „Meldungen“ – in Form verbindlicher Meldungen – an den Unterausschuss durch Jugendamt, Ärzte usw. keine Rechtsgrundlage gibt, insofern kann es sich nur um „freiwillige“ Meldungen handeln. Diejenigen Organisationen oder Personen, die melden wollen, haben zu prüfen, ob eine solche Meldung datenschutzrechtlich bzw. geheimnisschutzrechtlich möglich ist. Aus eher fachlicher Sicht empfehle ich auch deswegen, dass der Unterausschuss Jugendhilfeplanung alle ihm „bekannt werdenden“ Fälle, die den Kriterien entsprechen, sammelt.

Zu 5. Was ist ein „gravierender Kinderschutzfall“

– Kriterien/Indikation?

Die Operationalisierung der in diesem Kriterienkatalog genannten Stichworte ist sicherlich eine der schwierigsten Aufgaben. Der Katalog ist kasuistisch angelegt, so dass jeweils in den Einzelfällen zu entscheiden sein wird, ob die Kriterien vorliegen. Erfahrungen zur rechtlichen Ausfüllung solch unbestimmter Rechtsbegriffe im Bereich der Kindeswohlgefährdung, wie wir sie insbesondere in Zusammenhang mit § 1666 BGB durch Untersuchungen sammeln konnten⁶⁸, haben dazu geführt, dass typisierende, und deswegen in gewisser Weise verallgemeinerbare, Fallgruppen benannt wurden. Dies ist jedoch kein rechtliches Problem, sondern die methodisch schwer zu lösende Frage der Operationalisierung. Insofern ist es empfehlenswert, sich im Rahmen der abzuschließenden Vereinbarung hier besonders schwerpunktmäßig Gedanken zu machen⁶⁹.

Rechtlich bestehen gegen einen derartigen oder in ähnlicher Weise gestalteten Katalog keine Bedenken, denn die Entscheidung, ob die Kommission angerufen und damit tätig wird, liegt – wird den von mir getätigten Hinweisen gefolgt – entweder bei der Verwaltungsspitze oder (nach Änderung der Gemeindeordnung) bei einem qualifizierten Teil der Vertretungskörperschaft. Insofern sind die unter 6.5. genannten Kriterien/Indikatoren (nur) Anlass für die entsprechenden Organe, ggf. einen Auftrag an die Kommission zu richten.

⁶⁸ Münder/Mutke/Schone 2000.

⁶⁹ Vgl. dazu beispielhaft Münder/Ernst 2009, 163ff.

Zu 6. Kriterien für eine Untersuchungsempfehlung

Nach dem Vorschlag soll die Empfehlung zum Tätigwerden durch den Unterausschuss Jugendhilfeplanung ausgesprochen werden (vgl. 6.4.) So lange die Entscheidung bei der Verwaltungsspitze bzw. (nach Änderung der Gemeindeordnung) bei einer qualifizierten Minderheit der Vertretungskörperschaft angesiedelt ist, spricht gegen eine entsprechende Empfehlung durch den Unterausschuss Jugendhilfeplanung nichts, da die letzte Entscheidung eben bei den genannten Organen liegt.

Zu 7. Einleitung und Planung der Untersuchung (Geschäftsordnung)

Geschäftsordnungen beziehen sich üblicherweise auf die Zusammensetzung von Gremien, die Kompetenzen der einzelnen Mitglieder der Gremien, die Entscheidungsfindung, die Rechte und Pflichten usw. Die hier getätigten Vorschläge entsprechen eher der Skizzierung eines Prozessablaufes. Für rechtlich notwendig halte ich dennoch eine, die stichwortartig genannten wichtigen Punkte regelnde, Geschäftsordnung, um so zu klarer Aussage hinsichtlich der Möglichkeiten der Kommission und ihrer Mitglieder zu kommen.

Des Weiteren ein eher kleiner Hinweis: unter dem Stichwort der Präambel wird ausgeführt, dass grundsätzlich davon auszugehen sei, dass Fehler auf individueller Ebene entstünden. Ohne hier in die Sachdiskussion einsteigen zu wollen, sei darauf hingewiesen, dass im rechtlichen Bereich nicht zufälligerweise auch der Begriff des sog. Organisationsverschuldens besteht, der z.B. von Bedeutung ist, wenn bestimmte Dienste personell zu gering ausgestattet sind, damit u. U. Überlastungssituationen entstehen und deswegen es zu Fehlern kommt. Dies wird eben nicht als ein individueller Fehler, sondern als ein Organisationsfehler zu verstehen sein⁷⁰.

Bei den in der Präambel benannten Zielen der Untersuchung tauchen unterschiedliche Ziele auf: Systemveränderung, Einzelfallgerechtigkeit, Entschuldung und Wiedergutmachung⁷¹. Darauf hinzuweisen ist, dass diese jeweils unterschiedlichen Ziele auch zu erkennbar unterschiedlichen Vorgehen, Untersuchungsmethoden, Untersuchungsgegenständen usw. führen. Dabei muss man sich im Klaren sein, dass nicht alle genannten Aspekte in gleicher Weise erreichbar sind, insbesondere wenn – wie im Modell ja vorgesehen – die Tätigkeit der Kommission auf vertraglicher, d.h. auf „freiwilliger“ Ebene geschieht.

Bei der Untersuchung sollen bestimmte Aspekte berücksichtigt werden: z.B. gesellschaftliche Bedingungen, aktuelle Tendenzen der Kinderschutzpolitik. Versteht man diese „Aspekte“ im Sinne von „Maßstäben“, an denen die konkreten Abläufe, konkreten Verhaltensweisen, konkreten Organisationen usw. zu messen sind, so wäre hier stärker auf fachlich akzeptierte, ggf. rechtlich geregelte (z.B. § 8a SGB VIII) Standards abzustellen.

⁷⁰ Mit den ggf. zivilrechtlichen, u.U. auch strafrechtlichen Folgen für die Personen, die für die Organisation zuständig sind. Vgl. dazu ausführlicher Münder u.a. 2006, § 1 Rz. 31ff.

⁷¹ Zu der Frage, inwiefern dadurch die Wahrscheinlichkeit gerichtlicher Auseinandersetzungen verringert werden kann, vgl. schon unter 4.5.

Zum Ablauf der Untersuchung ist aus juristischer Sicht zunächst wenig zu sagen. Von Bedeutung ist die Frage, welche Daten und wie diese erhoben werden. Auch hier verweise ich bereits auf die Ausführungen unter 4.1. für die Erhebung/Speicherung, Datenverarbeitung usw. gibt es keine besondere Rechtsgrundlage mittels derer die Erhebung „erzwungen“ werden kann. Erfolgt die Beauftragung durch die Verwaltungsspitze (oder die Vertretungskörperschaft), so können im Sinne einer externen Revision die Daten zur Verfügung gestellt werden, die der Verwaltung selbst zur Verfügung stehen, also entsprechende Akten, Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – stets jedoch unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher bzw. geheimnisschutzrechtlicher Aspekte. Über diese Verwaltungsebene hinaus können Daten von Dritten nur erhoben usw. werden, wenn sie von diesen freiwillig zur Verfügung gestellt werden, wobei diese Personen allerdings für sich zu prüfen haben, dass sie sich datenschutzrechtlich/geheimnisschutzrechtlich korrekt verhalten.

Zu 8. Inhaltlicher Untersuchungsleitfaden

Hier möchte ich nur auf das Problem der Schweigepflichtentbindung hinweisen. Bisherige Erfahrungen, insbesondere in solch gravierenden Fällen, wo regelmäßig auch staatsanwaltschaftliche Ermittlungen eine Rolle spielen werden, haben gezeigt, dass Schweigepflichtentbindungen nicht so ohne weiteres zu bekommen sind. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass eine Schweigepflichtentbindung nicht nur von einer betroffenen Person, sondern häufig von mehreren betroffenen Personen erlangt werden müsste, so dass die Schwierigkeiten insgesamt nicht zu unterschätzen sind.

Was die Methoden für die Daten- und Informationengewinnung anbelangt, so sind hierzu bereits Ausführungen gemacht worden: Aktenerhebungen, Berichte und Befragungen von Mitarbeitern des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe werden regelmäßig (bei entsprechender Beauftragung) rechtlich möglich sein. Berichte von beteiligten Institutionen, „Gespräche“ (ich vermute, auch im Sinne von Befragungen) mit der Familie werden immer nur auf freiwilliger Basis möglich sein.

Zum Untersuchungs- und Zeitplan, sowie zur exemplarischen Berechnung des finanziellen Aufwandes ist aus juristischer Sicht nichts zu sagen, dies unterliegt in erster Linie fachlich-sozialpädagogischen Aspekten.

Zu 9. Veröffentlichung

Die Frage der Veröffentlichung der Ergebnisse müsste in der entsprechenden Vereinbarung geregelt sein. Zunächst sind die Ergebnisse wohl den Auftraggebern zur Verfügung zustellen. Fachlich ist die Bekanntgabe der Ergebnisse an die Familienbeteiligten sinnvoll und richtig. Fachlich spricht auch gegen eine Präsentation im Jugendhilfeausschuss nichts. Bei all diesen „Veröffentlichungen“ ist in besonderer Weise der personenbezogene Informationsschutz (Datenschutz, Geheimnisschutz) zu wahren.

Die Frage eines Evaluationsberichts müsste im Rahmen der Beauftragung mit geklärt werden, das gilt auch für die nach zwei Jahren auszurichtende öffentliche Tagung über die Erfahrungen, wenn es sich spezifisch auf die Erfahrungen des jeweils beauftragten Falles bezieht. Ich tätige diese Hinweise auch deswegen, weil möglicherweise die Gefahr besteht, dass u. U. von einer Beauftragung der Kommission Abstand genommen wird, wenn damit eine Anzahl weiterer Aktivitäten verbunden ist; auch fachlich kann es sinnvoll sein, nach den jeweiligen Zäsuren zu prüfen, inwiefern weitere Schritte gegangen werden, also nicht einen Automatismus einzuführen.

Zu 10. Weiterführende Empfehlungen

Der dort angesprochene Wunsch nach einer Entscheidungsbefugnis für die Einleitung von Untersuchungen durch die Kommission selbst veranlasst, noch einmal darauf hinzuweisen, dass an dieser Stelle das ansonsten richtigerweise zu Grunde gelegte Prinzip der „Freiwilligkeit“ nicht durchgehalten würde. Es ist auch schwer vorstellbar, wie eine Untersuchung vorgenommen werden sollte, wenn der betroffene Träger der öffentlichen Jugendhilfe dies nicht will: ohne eine entsprechende gesetzliche Grundlage wäre eine Beziehung von Akten, eine Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern usw. nicht möglich.

Die weiteren Empfehlungen (Evaluation, systematische Auswertung der Einzelberichte usw.) sind nicht rechtlich zu beurteilen.

Zu 11. Recht

Zu der Wahrscheinlichkeit der Verringerung von Strafverfahren sind bereits unter 4.5. entsprechende Ausführungen gemacht.

Nicht nur sinnvoll, sondern rechtlich notwendig ist, dass eine entsprechend rechtlich tragfähige Grundlage für das Tätigwerden der Kommission vorliegt. Der hier genannte Weg einer Verwaltungsvereinbarung zwischen den interessierten öffentlichen Trägern, dem Gemeinde- und Städtebund, und den (allen?) beteiligten Ministerien ist nicht nur zweckmäßig, sondern bildet die erforderliche rechtliche Grundlage – es sei denn, man will Derartiges durch gesetzliche Regelungen verankern. In dieser Vereinbarung sind – wie an verschiedenen Stellen angesprochen – insbesondere die Rechte und Pflichten der Kommissionsmitglieder, die Kompetenzen der Kommission, die Zugänge zum Tätigwerden usw. zu regeln.

9. Bedingungen für eine hohe Akzeptanz vor Ort: Interviews mit Akteuren im Kinderschutz

Um die Akzeptanz bei den verschiedenen mit dem Kinderschutz befassten Berufsgruppen für die geplante Kommission zu erhöhen, wurden ein Jugendamtsleiter, eine Polizistin, ein

Staatsanwalt und eine Familienrichterin befragt. Das geplante Interview mit einem Kinder- und Jugendmediziner fand nicht statt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews einzeln dargestellt und abschließend in Hinblick auf den Abschlusskommentar zusammengefasst: Die Interviews wurden offen durchgeführt, wobei zwei Fragerichtungen im Vordergrund standen:

Mögliche Fehler und Fehlerquellen im Kinderschutz;

Einschätzungen zu der geplanten Kommission, wobei die Empfehlung (vgl. Kap. 6) vorgestellt wurde.

9.1 Interview mit Herrn Böduel (Leiter des Jugendamtes Märkisch-Oderland):

Herr Böduel wies zunächst darauf hin, dass in seinem Amt Supervision als eine Möglichkeit der Fehleranalyse gesehen wird. Bei Unsicherheiten in schwierigen Fällen werde reflektiert, ob die eingeleiteten Schritte richtig waren. Beim Fehlermanagement komme es darauf an, „wie gut erläutern wir das Ziel für alle, ich kann Schwächen und Fehler benennen und das wird nicht als Mangel gesehen und als Bereicherung für alle, wir haben alle was davon.“ Der Druck insgesamt sei „groß, ich darf keine Fehler machen.“ Beispielsweise besteht bei unklaren Kinderschutzfällen die Angst, mit einem Hausbesuch die Situation richtig einzuschätzen oder passiert „die nächsten zwei Tage etwas.“

Von Seiten der Öffentlichkeit und anderen Berufsgruppen stehe besonders die Jugendhilfe in der Kritik: „Es werden Eingriffe und Regelungen gefordert, die nicht möglich sind.“ Die Akzeptanz der Kommission ließe sich erhöhen, wenn es ihr gelänge, das Thema Kinderschutz öffentlich und fachlich qualifiziert zu diskutieren, wobei nicht immer das Jugendamt im Focus stehen sollte. Gut wäre es auch, wenn sich die Kommission in Gesetzgebungsverfahren einmischen würde. Für die Fachkräfte im Jugendamt wäre die Kommissionsarbeit dann akzeptabel und nützlich, wenn aus den Fehleranalysen praktikable Handlungsvorschläge und „Richtlinien für die Kinderschutzarbeit“ abgeleitet werden, „wenn sie in den Aussagen der Kommission klare und hilfreiche Handreichungen kriegen und Vertrauen aufbauen könnten“, es müsste in den Untersuchungen „um Transparenz, Aufhellung und Ergebnistransparenz der eigenen Arbeit“ gehen.

Die Kooperation ist nach Einschätzung des Amtsleiters die entscheidende Fehlerquelle. Eine weitere Fehlerquelle liegt in mangelnder Kollegialität im Amt: „Alleingänge halte ich für ein großes Risiko.“ In der Schule wird ohne Einbindung von Professionellen zu schnell gehandelt oder bagatellisiert ähnlich wie in der Kita: „Bei vielen fehlt das Prozessdenken.“ Ärzte kooperierten zwar, aber oft zu spät und hätten dann eine zu schnelle Entscheidungserwartung an das Jugendamt, es gebe noch ein „Eingriffsdenken bei Schulen und Ärzten.“

Die Kommission sollte insbesondere in Fällen aktiv werden, in denen viele Fachkräfte verschiedener Berufsgruppen beteiligt sind, „wie sind die Abläufe, wie kann Kooperation und Kommunikation auf gleicher Augenhöhe“ hergestellt werden. Insbesondere müsste die

Zusammenarbeit mit den Schulen, den Kindergärten und den Kinderärzten verbessert werden, während mit der Polizei, den Familienrichtern und den freien Trägern weniger Probleme in der Zusammenarbeit bestünden. Eine Fehlerquelle bestehe auch in der Konzentration auf kleine Kinder: „Kinderschutz ist auch bei älteren Kindern, Schulkindern, wichtig, dort wird wenig hingeguckt.“

Die Kommission sollte nicht nach Beschwerden von außen aktiv werden, sondern zunächst nur als interne Untersuchung. In Bezug auf die Beteiligung der Medien an der Kommissionsarbeit schätzt Herr Böduel ein, dass eine „Kultur der Berichterstattung“ entstehen könnte, wenn in einem Beirat der Kommission Pressevertreter vertreten wären. Momentan schätzt er die Rolle der Medien so ein, dass eine konstruktive Berichterstattung dann zustande kommt, wenn es eine gute Zusammenarbeit gibt. Sonst ist eine „bruchstückhafte Berichterstattung“ zu erwarten. Die Kommissionsarbeit könnte angesiedelt sein beim Städtebund und dem Landkreistag gemeinsam oder beim Landesjugendamt. Mit dem LJA gebe es positive Beratungserfahrungen.

Der Kommission angehören sollte ein Jurist, eine Person mit einer psychologischen Beratungskompetenz, ein Praktiker aus der sozialen Arbeit, ein Kinderarzt, ein Vertreter aus den Bereichen Kita und Schule und eine Person, die besondere Erfahrungen mit Kleinstkindern (z.B. Hebamme). Betroffene Familien sollten einbezogen werden, wenn tatsächlich Fehler gemacht wurden.

Der Jugendhilfeausschuss sollte einbezogen werden, aber kein Anrufungsrecht bekommen, ebenfalls nicht die Eltern, sonst „verkommt die Kommission zu einer Beschwerdemanagementbehörde vergleichbar mit dem Petitionsausschuss.“

Die Veröffentlichung der Kommissionsergebnisse sollte sich auf Verbesserungsvorschläge konzentrieren. Personen sollten „nicht an den Pranger gestellt werden.“ Die Kommission könnte vom Landkreis nicht finanziert werden. Der Landrat wäre aber nach Einschätzung des Amtsleiters offen für die Idee einer Kinderschutzkommission. Eine Dauer der Kommissionsarbeit von z.B. 4 Monaten wäre zu lang. Diese müsste wesentlich kürzer sein, damit der Fall noch präsent ist.

Insgesamt wäre zu sagen, dass in der breiten Öffentlichkeit Fehler nicht gut an kommen: „Eine Fehlerkultur ist in Behörden nicht vorhanden.“

9.2 Interview mit Herrn Westphal (Staatsanwalt Frankfurt/Oder):⁷²

Für die Frage nach den Fehlerquellen hatte sich Herr Westphal zusammen mit zwei Staatsanwältkolleginnen gezielt auf das Interview vorbereitet:

⁷² Das Interview mit Herrn Westphal wurde freundlicherweise von der Staatsanwaltschaft Frankfurt/Oder transkribiert.

- Zunächst kritisierte Herr Westphal, dass von den Jugendämtern so gut wie keine Anzeigen kämen. Gelegentlich gebe es Verfahren, die der Staatsanwaltschaft durch das Familiengericht zugeleitet würden. Anzeigen gebe es vor allem aus den Familien, dem Umfeld und insbesondere durch die Betroffenen. Es entstehe der Eindruck, „dass das Jugendamt sich hinter den Paragraphen verschanzt. Es sagt: ‚Nein, wir sollen das ja eigentlich hier alleine regeln. So ist es der Familienerhalt, der Vertrauensschutz, den wollen wir hier nicht umgehen und deshalb machen wir das alleine.‘“ Kinderschutz werde mit dem Familienerhalt gleichgestellt. Allgemein sei der Datenschutz sehr stark im Vergleich zum Kindeswohl gewichtet. In Bezug auf die Anzeigenbereitschaft betonte Herr Westphal, „dass es uns nicht darum geht, das Verhalten in der Familie generell zu kriminalisieren. Also wenn jetzt der Familienvater oder die Mutter oder sonst ein Familienangehöriger den Erziehungsauftrag missversteht und hier körperlich tätig wird, also in Form von einer Ohrfeige, oder mal ein Schlag auf den Hintern, was ja auch schon den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen würde, darum geht es uns eigentlich nicht. Das kann das Jugendamt in Eigenregie klären. Worum es uns geht, sind diese schwerwiegenden Straftaten.“ Er schlug einen „Straftatenkatalog“ vor, in dem die Straftaten aufgeführt sind, bei denen Staatsanwaltschaft oder Polizei einbezogen werden sollten.
- Eine weitere wichtige Fehlerquelle sei die krankheits- oder urlaubsbedingte Abwesenheit von Mitarbeitern beim Jugendamt, so dass es zu Verzögerungen komme, die letztlich auch den Kindern schaden könnten. Bei Abwesenheit fehle oft eine informierte Vertretung. Gut wäre generell eine Co-Arbeit im Jugendamt: „Wenn das Jugendamt als 2er-Team auftreten würde, vielleicht auch bei den Hausbesuchen ist, könnte ein bisschen mehr Eindruck bei den betroffenen Familien gemacht werden, als wenn da nur einer kommt. Das kann man auch vor dem Hintergrund sehen – so unsere Erfahrung - dass gerade diese problematischen Familien, besonders dann die Väter, auch über ein gewisses Gewaltpotential oder Gewaltbereitschaft verfügen.“
- Insgesamt kritisierte der Staatsanwalt, dass Hilfe und vor allem der Familienerhalt zu stark im Vordergrund stünden. Er schilderte einen Fall mehrjährigen innerfamiliären sexuellen Missbrauchs, bei dem in der Akte des Jugendamtes zu lesen war: ‚Uns geht es hier um den Erhalt der Familie‘, sinngemäß alles andere wird erst einmal zurückgestellt. Und da habe ich mich einfach mal gefragt, wie kann das sein, dass man hier noch an den Familienerhalt denkt.“
- Ermittlungsverfahren, insbesondere bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, werden durch häufige auch „tendenziöse“ und nicht offene Befragungen, auch durch das Jugendamt, erschwert: „Und man weiß dann im Zweifelsfall, da war was, vielleicht auch etwas ganz Erhebliches, aber was jetzt davon noch suggestiv berichtet worden ist und was davon tatsächlich erlebt ist, ist nicht mehr feststellbar.“ Kinder werden zu häufig gehört. Auf der anderen Seite seien auch Fälle aus den Akten bekannt, dass Kinder gar nicht befragt wurden oder im Beisein der Eltern z.B. zu Misshandlungsvorwürfen Stellung beziehen sollten, nachdem die

Eltern die Vorwürfe bestritten hätten. Es gebe auch die Erfahrung, dass nur die Eltern befragt und keine weiteren Recherchen (Gespräch mit dem Kind, Umfeldbefragung etc.) durchgeführt würden.

- Herr Westphal betonte, dass es zwischen Strafverfahren und Hilfe keinen Widerspruch geben müsse. Bei bestimmten Straftaten und wenn die betroffenen Eltern Hilfen annehmen, „dann können auch wir da gemäßigt reagieren und eine Verfahrenseinstellung machen oder da kommt halt eine Geldstrafe raus, die nicht dramatisch belastet.“

Auf die Frage nach Fehlern im eigenen Arbeitsbereich konstatierte Herr Westphal, „dass die polizeilichen Vernehmungen qualitativ schlechter werden. Das habe ich, bin ja erst seit zwei Jahren dabei, selbst feststellen können. Und meine Kollegen auch. Die Polizeibeamten werden wohl nicht mehr speziell geschult. Insbesondere nicht bezüglich kindlicher Befragung. Häufig wird auch dort tendenziös gefragt.“ Abschließend nannte er noch eine weitere Fehlerquelle, nämlich der Anstieg der Falschverdächtigungen und Falschbezeichnungen insbesondere bei sexuellem Missbrauch, oft in Zusammenhang mit Trennung und Scheidung.

Bei der Vorbereitung des Interviews waren Herr Westphal und seine Kolleginnen zu der Einschätzung gekommen, dass sie die Einrichtung einer Kommission nicht für sinnvoll halten. Vielmehr sollten die Jugendamtsmitarbeiter in Hinblick auf die Vermeidung oben aufgeführter Fehler qualifiziert werden. Wichtig wäre auch die Verbesserung der Zusammenarbeit. Wenn es eine Kommission gäbe, sollte diese ähnlich wie bei der Staatsanwaltschaft in einer Geschäftsprüfung regelmäßig nach dem Zufallsprinzip stichprobenartig die Akten formell und inhaltlich prüfen.

Staatsanwalt Westphal äußerte sich zur Möglichkeit der Diversion, falls Sozialarbeiter des Jugendamtes in Kinderschutzfällen strafrechtlich verfolgt werden: „Also ich denke schon, dass sich das auf den Verfahrensverlauf auswirken kann. Da muss man natürlich differenzieren, was für einen Verstoß, werfe ich denn wirklich vor. Also das dürfte ja ein Unterlassungsdelikt sein. Wie schwer wiegt das? Was ist der Hintergrund, die Motivation für das Fehlverhalten? Wie schwer ist das Kind überhaupt geschädigt worden durch den Haupttäter? Und dann kommt es ja natürlich auch bei der Entscheidung, kann ich das Verfahren noch mal einstellen, muss ich es anklagen, wenn ich es anklage, wie hoch beantrage ich die Verurteilung, darauf an, was quasi die Motivation des Täters, also des Jugendamtsmitarbeiters, war. Hat er die Familie aus Faulheit gar nicht mehr aufgesucht, aber immer fleißig Aktenvermerke geschrieben? Oder liegt das tatsächlich an einer mangelnden Qualifizierung, an einer Unterausstattung mit Arbeitsgerät, wobei das natürlich schon stark zu der Frage führt, ob er sich überhaupt strafbar gemacht hat. Wenn er das nicht besser weiß und aufgrund von Arbeitsüberlastung nicht besser machen konnte, vielleicht sogar die Arbeitsbelastung angezeigt hat, kann man ihn vielleicht gar nicht mehr strafrechtlich zur Verantwortung ziehen.“

9.3 Interview mit Frau Hüls (Familienrichterin am Amtsgericht Zossen):

Frau Hüls nennt folgende Fehlerquellen in der Jugendhilfe:

Eine mögliche Fehlerquelle bei den Jugendämtern liege in deren „gnadenloser Überlastung“. In der Zusammenarbeit mit dem Familiengericht hätten die Jugendämter Mehrarbeit durch die Zunahme von Sorge- und Umgangsstreitigkeiten in anhängigen Trennungs- und Scheidungsfällen.

Die Jugendämter befänden sich „in dem Zwiespalt, zum einen beratend und helfend den Eltern zur Seite stehen zu müssen. Dies setzt ein Vertrauensverhältnis voraus als Basis des Miteinanderarbeitens in den Familien. Ein solches kann jedoch nicht geschaffen werden, wenn die Familie andererseits damit rechnen muss, dass über das Jugendamt der Staat sein Wächteramt wahrnimmt und schlimmstenfalls mit Herausnahme der Kinder gedroht wird.“

- In der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt bestehe ein großes Problem im ständigen Wechsel der Mitarbeiter (Generationswechsel, starke Fluktuation aufgrund von Schwangerschaften bei den jungen Mitarbeiterinnen). Die Familien benötigten aber Mitarbeiter, „die ihre Gesamtsituation kennen und einschätzen können, wenn es Veränderungen gibt. Neue Mitarbeiter unterschätzen mangels Vorkenntnissen brisante Lagen und sich andeutende Entwicklungen. Das ständige Wiederholen von Sachzusammenhängen, sich neu einzufinden Müssen etc. ist auch für die betroffenen Familien schwierig und ermüdend.“
- Beschlüsse des Gerichtes würden oft nicht umgesetzt, weil es beispielsweise für schwierige Jugendliche keine Plätze in Heimen und Einrichtungen gebe. Die dem Gericht zustehenden Zwangsmittel seien nur beschränkt einsetzbar und wirksam.
- Teilweise fehlten Angebote: Unterbringungsmöglichkeiten für Jugendliche, Mutter-Kind-Einrichtungen und Familienhelfer.

Fehlerquellen bei Gericht:

Es fehlten gute und schnell arbeitende Gutachter sowie qualifizierte Verfahrenspfleger, die nicht „nur als Sprachrohr des Kindes“ agieren. Den Mangel an qualifizierten Verfahrenspflegern führt Frau Hüls teilweise auf deren schlechte Bezahlung zurück.

Es sei nicht immer einfach, „wo Schwerpunkte zu setzen sind. Legt man den Schwerpunkt auf die emotionale Schiene oder eher auf die körperlich physische“. Die Richterin nennt als Beispiel eine Familie, in der mit Hilfe zwar die „häuslichen Missstände“ beseitigt wurden und es dann zu einer zu schnellen Rückführung der Kinder kam, da auch erzieherische Defizite vorhanden waren, die ihr erst durch ein Gutachten deutlich wurden.

Die Familienrichter seien nicht genügend für die zunehmenden „psychologischen und pädagogischen Aspekte“ der Arbeit ausgebildet. Es fehlten auch „feste Richtlinien zur Orientierung, wo z.B. Unordnung aufhört und Verwahrlosung anfängt.“

Zur Kommissionsidee äußerte sich die Familienrichterin nicht.

9.4 Interview mit Frau Klose (Kriminalkommissarin, Opferschutzbeauftragte des Schutzbereiches Bernau):

Frau Klose arbeitet fast zwei Jahrzehnte im Kinderschutz, ist als „insofern erfahrene Fachkraft“ im Sinne des § 8a SGB VIII sowie zur Sachbearbeiterin für Sexualstraftaten ausgebildet. Als Opferschutzbeauftragte ist sie für den Kinderschutz zuständig. Die überwiegende Anzahl der Anzeigen in Kinderschutzfällen im Schutzbereich wird von Frau Klose bearbeitet; sie fungiert weiterhin als Beraterin für die Kollegen.

Frau Klose nennt folgende Fehlerquellen im Kinderschutz:

- Hauptproblem sei die Zusammenarbeit: „Jeder arbeitet für sich in seiner eigenen Kompetenz, dass man den Partner und die rechtlichen Grundlagen nicht kennt.“ Oft fehle das Engagement für die Kooperation. Sinnvoll zur Förderung der Kooperation und des gegenseitigen Verständnisses sei die anonymisierte Fallberatung, die aber nicht genutzt werde. Die Zusammenarbeit mit Schulen oder den Ärzten sei gut. Die Krankenhäuser erstatteten bei Misshandlung schnell Anzeige und schalteten auch die Gerichtsmedizin ein. Die Zusammenarbeit mit dem JA sei besser, seitdem es eine Kooperationsvereinbarung gebe.
- Der Polizei fehlten Informationen über die Maßnahmen des Jugendamtes nach polizeilichen Interventionen, so dass es in Wiederholungsfällen zu Fehlern kommen könne (wenn eine Mutter zum wiederholten Mal alkoholisiert aufgegriffen wird, wäre es für die Polizei wichtig zu wissen, ob die Kinder mittlerweile fremd untergebracht sind). Wiederholungsfehler könnten auch entstehen, wenn Familien umziehen und Informationen von Amt zu Amt nicht weitergegeben würden.
- Problematisch sei die „Toleranz oder Akzeptanz, wie lange arbeite ich als JA oder Jugendhilfeeinrichtung, bis ich mal vielleicht eine Anzeige erstatte“ bei jahrelangen erfolglosen Hilfen. Im JA gebe es die Einschätzung, dass die Eltern nicht mehr kooperierten, wenn die Polizei eingeschaltet wird. Im Gegensatz dazu stehe die Erfahrung, dass Eltern erst Hilfen annähmen, wenn ermittelt wird. Für die Kooperation sei dann die Haltung: „Wir ziehen alle an einem Strick und wir dulden das nicht“ entscheidend. Die Grenzsetzung müsste häufiger früher passieren. Frau Klose schätzt ein, dass gravierende Fälle durch konkrete Kontrolle des Jugendamtes hätten verhindert werden können. Es gebe zu häufig eine zu frühe Rückkehr der Kinder in die Familie, weil Versprechungen der Eltern ohne Kontrolle geglaubt wird. Sie hält es manchmal für sinnvoller, Kinder in der Fremdunterbringung zu lassen, bis es Veränderungen gibt. Die Argumentation des Jugendamtes sei immer wieder: „Wir brauchen die Eltern, weil die müssen mit uns mitarbeiten, wo ich mich frage, wo bleibt die Würde des Kindes, machen wir das Kind zum Objekt staatlichen Handelns, um Zugang zu den Eltern zu bekommen?“ Frau Klose vermisst Anzeigen der Jugendämter, da Hilfe manchmal nur unter Druck angenommen wird.
- Auf die Frage nach möglichen Fehlerquellen bei der Polizei weist Frau Klose auf das seit 2003 gültige Konzept bei Kinderschutzfällen hin. Bei Unsicherheiten ließen sich

die Kollegen beraten, bei Verbrechen (sexueller Missbrauch und Misshandlung) werde der Kriminaldienst hinzugezogen. Hinsichtlich des sexuellen Missbrauchs betont Frau Klose, dass die Polizei qualifiziert sei, sachgemäße Befragungen durchzuführen, während in der Jugendhilfe die entsprechende Kompetenz in der Regel nicht vorhanden sei.

Durch die größere Sensibilität der Öffentlichkeit gebe es vermehrt Hinweise auf Kindeswohlgefährdung. Nach Einschätzung von Frau Klose werden die Fälle gravierender, insbesondere bei Fürsorge- und Erziehungspflichtverletzungen und Misshandlungen.

Frau Klose findet das Vorhaben, eine Kommission einzurichten, sinnvoll, „weil jemand Unbeteiligtes“ eine Analyse durchführt. Auswertungen wie etwa zu „Dennis“ hätten sich als hilfreich erwiesen: „Jeder hat seinen Part, jeder hat auch was zu ändern.“ Es gebe zunehmend ein Fehlerbewusstsein, und Unsicherheiten würden eher angesprochen. Frau Klose kann sich auch vorstellen, dass die Polizei die Kommission anruft. In der Kommission sollten neben Fachkräften aus der Jugendhilfe die .Polizei, Ärzte und ein Kinderpsychologe mitarbeiten. Neben der Einrichtung einer Kommission wäre es sinnvoll, landesweite gemeinsame Weiterbildungen für alle im Kinderschutz tätigen Berufsgruppen durchzuführen, um Verständnis füreinander zu entwickeln.

9.5. Zusammenfassung:

Die Interviews waren geprägt durch eine intensive Diskussion über mögliche Fehler im Kinderschutz. Die Vertreter der verschiedenen Akteursgruppen nannten jeweils für ihren Arbeitsbereich, aber auch für Kooperationspartner, Fehlerquellen, wobei drei Faktoren im Vordergrund standen:

- Fehler in der Kooperation
- Die unausgewogene Balance zwischen Hilfe und Kontrolle bzw. Zwang
- Mangelhafte Arbeitsstrukturen im Jugendamt.

Darüber hinaus wurde eine Reihe konkreter Fehler benannt, die sich für eine Checkliste möglicher Fehlerquellen nutzen ließe. Die intensive und detailreiche Darstellung von möglichen Fehlern bestärkt uns in der Ansicht, dass ein differenziertes, die Fachlichkeit verschiedener Berufsgruppen berücksichtigendes Analyseschema für Fehler notwendig ist. Bei allen Interviewpartnern wurde auch eine kritische Selbstsicht deutlich, so dass wir davon ausgehen, dass zumindest in Ansätzen ein Fehlerbewusstsein als wichtigste Voraussetzung für die Entwicklung einer Fehlerkultur vorhanden ist.

Wichtig für die konkrete Empfehlung war die Einschätzung des Staatsanwaltes, dass die Beteiligung von Sozialarbeitern an einer Fehleranalyse für den Fall, dass Ermittlungen geführt werden, auch im strafrechtlichen Sinne eher von Vorteil ist, da sich dies strafmildernd auswirken könnte, wenn es überhaupt zu einer Anklage kommt. Es kann sich zwar nicht um

eine Maßnahme der Diversion im engeren Sinne handeln – dies ist rechtlich nicht möglich – kann aber eine analoge Wirkung haben (Verfahrenseinstellung bei Entschuldigung und Wiedergutmachung gegenüber den Betroffenen). Unerwartet war auch die Offenheit des Jugendamtsleiters gegenüber der Beteiligung der Familien.

Die Einsetzung einer Kommission zur Fehleranalyse wurde von zwei Befragten befürwortet, der Staatsanwalt betonte demgegenüber die Bedeutung von Qualifizierungsmaßnahmen der Mitarbeiter(innen), die Familienrichterin nahm dazu nicht Stellung. Besonders hervorzuheben ist die positive Haltung des Jugendamtsleiters zur Kommissionsidee.

Aus den Interviews wurde deutlich, dass die Akzeptanz einer Kommission wächst, wenn die Zielsetzung auch auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen ausgerichtet ist.

10. Abschlusskommentar

Wir haben uns für eine prozessorientierte Textgestaltung entschieden, indem wir zunächst unsere Empfehlung und dann den Kommentar von J. Münder dargestellt haben. Wir hätten stattdessen auch „intern“ die Empfehlung rechtlich prüfen und dann eine „wasserdichte“ Empfehlung formulieren können. Wir haben dies nicht getan, weil zum einen vom Auftraggeber keine bis ins Detail ausgearbeitete und sofort *unter den gegebenen Bedingungen* praktikable Handlungsanleitung für eine solche Kommission erwartet wurde, und zum anderen eine prozessorientierte und offene Präsentation verschiedener Möglichkeiten der Tatsache Rechnung trägt, dass für Deutschland mit einer zu schaffenden Kommission Neuland betreten wird (wobei deutlich geworden sein sollte, dass Kommissionsmodelle anderer Länder nicht einfach auf deutsche Verhältnisse übertragen werden können) und auch der politische Möglichkeitsraum momentan nicht kalkulierbar ist (die Arbeit einer Kommission könnte in einem Landeskinderschutz geregelt werden) - soll heißen: vielleicht werden Entwicklungen möglich, die momentan utopisch erscheinen. Wir sind überzeugt, dass mit unserem Untersuchungsmodell, seiner Philosophie und seinem theoretischen Rahmen substantielle Ergebnisse für eine verbesserte Kinderschutzarbeit zu erzielen sind. Die Gestaltung des rechtlichen und politischen Rahmens einer Kommission sollte sich nach den inhaltlichen und methodischen Notwendigkeiten (die Untersuchungen zielen in erster Linie auf die fachliche Ebene und nicht auf rechtskonformes Handeln) richten, nicht umgekehrt. In diesem Sinne möchten wir einige Anmerkungen zum Kommentar von J. Münder machen:

- Das „Problem“ der Freiwilligkeit, d.h. der Verfahrensakzeptanz und Verfahrenskontrolle durch die öffentlichen Träger auf der lokalen Ebene stellt sich formal zunächst nicht, zumindest, solange keine landes- oder bundesrechtliche Verpflichtung formuliert wird. Sachlich ist Freiwilligkeit immer eine gute Voraussetzung für Kooperation. Dennoch halten wir es für denkbar, dass auf lange Sicht eine starke Kommission (vgl. nochmals das erwähnte brasilianische Beispiel) mit ombudschäftlichen Kompetenzen dazu beitragen könnte, Haltungen in der Jugendhilfeverwaltung im Sinne von Betroffenenbeteiligung und Demokratisierung zu verändern. Wir gehen davon aus, dass die Akzeptanz auch dann verbessert wird,

wenn sich durch das Lernen aus Fehlern die Arbeitsbedingungen und die Möglichkeiten zum fachlichen Handeln verbessern; in diesem Sinne hatte sich auch der Jugendamtsleiter geäußert (vgl. Kap. 9.2). Auch in den anderen Interviews wird der Wunsch nach einer Verbesserung des fachlichen Handelns sehr deutlich.

- J. Münder verweist auf die Notwendigkeit, die Kommission zwar einerseits strukturell zu verorten, gleichzeitig aber auch ihre Unabhängigkeit durch klare funktionale Trennung zu wahren. Dies unterstützen wir ausdrücklich. Gleichzeitig ist dies verbunden mit der Frage, wer die Kommission einsetzt – und damit auch: wem die Kommission selbst Rechenschaft schuldet – und nicht zuletzt, wer die Mitglieder der Kommission beruft. Wir schlagen vor, dass die Einsetzung der Kommission von der Landesregierung unter Federführung des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport initiiert wird, aber in Kooperation mit den anderen relevanten Ministerien, um den interdisziplinären Charakter der Kinderschutzarbeit zu betonen.
- Zum Stichwort der Betroffenenorientierung wollen wir die von J. Münder vorgetragene Anregung aufgreifen, die Möglichkeit einer direkten Meldung durch Betroffene an die Kommission zu realisieren, indem diese nach einer Meldung an die Gebietskörperschaft herantritt und von ihr den Auftrag zum Tätigwerden erhält; damit bleibt die Entscheidungssouveränität beim öffentlichen Träger. In jedem Fall sollte unter der Prämisse eines demokratischen Kinderschutzes die Möglichkeit bestehen, dass die Bürger die Kommission anrufen können.
- Ebenfalls unter dem Stichwort „starke Kommission“ und Betroffenenorientierung wollen wir die angestrebten Mechanismen der Veröffentlichung in angemessener Form nochmals unterstreichen. Die Kommission kann nur Glaubwürdigkeit bei den Bürgern und in der Öffentlichkeit gewinnen, wenn die Untersuchungsergebnisse einschließlich der Empfehlungen nicht nach Opportunitätskriterien veröffentlicht werden, sondern hier eine generelle Verpflichtung besteht. Es hat in Deutschland zu viele kluge und in den Empfehlungen weit reichende Untersuchungen zu gravierenden Kinderschutzfällen gegeben, die nicht veröffentlicht wurden, weil die Ergebnisse den Auftraggebern nicht angenehm waren. Kinderschutz ist ein öffentliches Thema; wir wollen, dass dies so bleibt. Eine fachlich fundierte Kommissionsarbeit kann dazu beitragen.
- Das Problembewusstsein bei den befragten Akteuren aus den verschiedenen Institutionen hinsichtlich einer vorhandenen Arbeitsüberlastung in den Jugendämtern und teilweise unzureichender Qualifikationen zur Erfüllung der Aufgaben sowie das geäußerte Bedürfnis einer besseren Kooperation lässt sich in der Tat auch sofort und ohne den Einsatz einer Kommission (nach einem „Schadensfall“!) in Aktivität umsetzen. An dieser Stelle wären vorgelagerte Maßnahmen der Qualitätssicherung, vorstellbar wäre z.B. eine breit angelegte anonyme Befragung der ASD-Mitarbeiter(innen), *ergänzend* zur Kommissionsarbeit dringend zu empfehlen (eine solche Verbindung findet sich übrigens ebenfalls in England/Wales und Schottland).

Wir hoffen, dass unsere inhaltlichen und methodischen Vorschläge sowie unsere Empfehlung einen produktiven Diskussions- und Entscheidungsprozess bei den im Kinderschutz tätigen Akteuren verschiedener Berufsgruppen sowie auf der politischen Ebene

befördern. Der Prozess, der zur Entstehung der Expertise geführt hat, hat durch den Einbezug der Kompetenz verschiedener Professionen gezeigt, dass dies möglich ist.

*Stephan Cinkl und Thomas Marthaler,
Strausberg und Kassel, 1.11.2009*

Literatur

- Axford, N./Bullock, R. (2005): Child Death and Significant Case Reviews: International Approaches. Report to the Scottish Executive.
Internetquelle: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/55971/0015630.pdf>; Zugriff am 28.7.09.
- Bremische Bürgerschaft (2007): Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlsicherung durch das Amt für Soziale Dienste (Parlamentarischer Untersuchungsausschuss 11/2006 bis 4/2007),
- Bieniussa, P. (1986): Heimliche Regeln pädagogischen Handelns. Die Regulation des Selbstwertgefühls im Alltag der Heimerziehung. Weinheim.
- Bürgerschaft der freien und Hansestadt Hamburg: Parlamentarischer Untersuchungsausschuss „Geschlossene Unterbringung Feuerbergstraße“ Bericht PUA Drucksache 18/7200 (Neufassung) vom 30.11.2007.
- Ciampi, L. (1982): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart.
- DCSF (2006): Working together to safeguard children – A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children. <http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/resources-and-practice/IG00060/>; Zugriff am 28.7.2009.
- Department of Health/Department of Education/Welsh Office (1991): Working together under the Children Act 1989. London, HMSO.
- Department of Health/Home Office/Department for Education and Employment (1999): Working together to Safeguard Children: A guide to interagency working to safeguard and promote the welfare of children. London, HMSO.
- DJI (Hrsg.) (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst. München.
- Donizeti Liberati, W./Bessa Cyrino, P. C. (1997): Conselhos e Fundos no Estatuto da Crianca e do Adolescente. Sao Paulo.
- Fegert, J.M./Berger, C./Klopper, U./Lehmkuhl, U./Lehmkuhl, G. (2001): Umgang mit sexuellem Missbrauch. Institutionelle und individuelle Reaktionen. Forschungsbericht. Münster.
- Fegert, J.M./Schnoor, K./Kleidt, S./Kindler, H./Ziegenhain, U. (2008): Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen. Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse. Berlin (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Zusammenarbeit, Nationales Zentrum für frühe Hilfen).
- Fish, S./Munro, E./Bairstow, S. (2008): Learning together to safeguard children: developing a multi-agency systems approach for case reviews. (Hrsg.: SCIE). London. Internetquelle: <http://www.scie.org.uk/publications/reports/report19.pdf>; Zugriff am 17.8.09.
- Habermas, J. (1997, 5. Aufl.): Faktizität und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats. Frankfurt a.M..
- Hansen, F. (2007): Soziale Arbeit zwischen Fall, Norm und Theorie. Regulationstheoretische Anmerkungen zu aktuellen Standardisierungstendenzen. In: Krauß, E.J. u.a. (Hrsg.): Soziale Arbeit zwischen Ökonomisierung und Selbstbestimmung. Kassel, S. 397-420.
- Helfer, M.E., Kempe, R.S., Krugman, R.D. (2002): Das misshandelte Kind. Körperliche und psychische Gewalt, sexueller Missbrauch, Gedeihstörungen, Münchhausen-by-proxy-Syndrom, Vernachlässigung. Frankfurt/M..
- Hendrick, H. (1994): Child Welfare. England 1872-1989. London/New York.
- Hendrick, H. (2003): Child Welfare. Historical dimensions, contemporary debate. Bristol.
- Hildenbrand, B. (1999): Fallrekonstruktive Familienforschung. Anleitungen für die Praxis. Wiesbaden.
- HM Government (2006): Working together to Safeguard Children: A guide to interagency working to safeguard and promote the welfare of children. London, HMSO. Internetquelle: <http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/safeguardingandsocialcare/safeguardingchildren/workingtogether/workingtogethertosafeguardchildren/>; Zugriff am 1.8.09.
- Hossain, K./Besselink, L. F. M. u.a. (Hrsg.) (2002): Human Rights Commissions and Ombudsman Offices – National Experiences throughout the World. The Hague.
- Imber-Black, E. (1997): Familien und größere Systeme. Im Gestrüpp der Institutionen. Heidelberg.
- Jugendhilfe-Effekte-Studie: Schmidt, M./Schneider K. u.a. (2002): Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe (Hrsg.: BMFSFJ), Stuttgart. Internetquelle: <http://www.bmfsfj.de/Re->

- daktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-23978-SR-Band-219,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf; Zugriff am 17.8.09
- Kindler, H. (2007): Kinderschutz in Deutschland stärken. Analyse des nationalen und internationalen Forschungsstandes zu Kindeswohlgefährdung und die Notwendigkeit eines nationalen Forschungsplanes zur Unterstützung der Praxis [Hrsg.: DJI]. Internetquelle: <http://www.dji.de/bibs/KindlerExpertiseGesamt.pdf>; Zugriff am 28.7.09.
- Knuth, N. (2008): Fremdplatzierungspolitiken. Das System der stationären Jugendhilfe im deutsch-englischen Vergleich. Weinheim/München.
- Laming-Report 2003: The Victoria Climbié Inquiry. Report. Internetquelle: <http://www.victoria-climbié-inquiry.org.uk/finreport/report.pdf>; Zugriff am 28.7.09.
- Laming-Report 2009: The Protection of Children in England. A Progress Report. [Hrsg.: The Stationery Office, London]. Internetquelle: <http://publications.everychild-matters.gov.uk/eOrderingDownload/HC-330.pdf>; Zugriff am 28.7.09.
- Leitner, H., Roth, K., Troscheit, K. (2008): Fälle von Kindesvernachlässigung und -misshandlung mit Todesfolge und schwerer Körperverletzung im Land Brandenburg. Eine Untersuchung anhand von Staatsanwaltschaftsakten (2000 – 2005). Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg, Start gGmbH. Oranienburg.
- Marinho Schollmeier, L. (2009): Kommunale Sozialpolitik für Familien in Brasilien. Kassel, Universität Kassel (unveröff. Bachelorarbeit).
- Minuchin, S. (1988): Familienszenen. Problemmuster und Therapien. Reinbek.
- Münder, J./Mutke, B./Schone, R. (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Münster.
- Münder, J. u.a. (2006, 5. Aufl.): Frankfurter Kommentar zum SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim/München.
- Münder, J./Ernst, R. (2009, 6. Aufl.): Familienrecht. Köln.
- Nunn, M. (2009): Child Protection under Review. Internetquelle: <http://www.egov-monitor.com/node/24221> vom 23. März 2009; Zugriff am 9.6.09.
- Ofsted (2008): Learning lessons, taking action: Ofsted's evaluations of serious case reviews 1 April 2007 to 31 March 2008. Internetquelle: <http://www.ofsted.gov.uk/Ofsted-home/Publications-and-research/Browse-all-by/Documents-by-type/Thematic-reports/Learning-lessons-taking-action-Ofsted-s-evaluations-of-serious-case-reviews-1-April-2007-to-31-March-2008>; Zugriff am 27.7.09.
- Santana Goncalves, E (2000): O Ministério Público no Estado Democrático de Direito. Curitiba.
- Schweitzer, J. (1987): Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell für Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Weinheim und München.
- Sennett, R. (2007): Handwerk. Berlin.
- Sinclair/Bullock (2002): Learning from Past Experience – A Review of Serious Case Reviews [Hrsg.: Department of Health]. Internetquelle: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4059468.pdf; Zugriff am 28.7.2009.
- Trepper, T.S./Barrett, M.J. (1992): Inzest und Therapie. Ein (system)therapeutisches Handbuch. Dortmund.
- Wensierski, P. (2007): Schläge im Namen des Herrn. Die verdrängte Geschichte der Heimkinder in der Bundesrepublik. München.
- Wolf, K. (2008): Der Untersuchungsbericht zu „Kevin“. Was können wir daraus lernen? In: Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.): Frühe Hilfen interdisziplinär gestalten. Zum Stand des Aufbaus Früher Hilfen in Deutschland. Dokumentation der Fachtagung in Kooperation mit dem Nationalen Zentrum für Frühe Hilfen und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. Berlin.
- Wyness, M. (2006): Childhood and Society. An introduction to the Sociology of Childhood. Houndmills/New York.

Anhang 1 Empfehlungen aus der international vergleichenden Perspektive (nach Axford/Bullock 2005, S. 57 ff.):

1. Auch ein gutes Reviewsystem kann - durch die Verschiebung von Aufmerksamkeit und Ressourcen – einem Jugendhilfesystem insgesamt auch eher schädlich sein.
2. Fallspezifische und allgemeine Erkenntnisse aus Reviews sollten einerseits verbunden, aber auch klar unterschieden werden.
3. Vorsicht mit Prognosen/Risikofaktoren etc.: Man schafft so leicht „false positives“ und Stigmatisierungen.
4. Klare Kriterien für Einsatz der Reviews definieren: alle Todesfälle – öffentliches Interesse – Medienaufmerksamkeit – Kunstfehler – Systemversagen.
5. Erforderlich ist eine feste Gruppe/Person, die die Entscheidung zur Aufnahme einer Untersuchung trifft, sowie Kernteam zur Ausführung; Untersuchungsergebnisse/ Daten sollten gesammelt werden.
6. Die Rolle der Polizei/Strafjustiz ist klar zu definieren.
7. Ein (unabhängiger) Verantwortlicher für die allgemeine Qualität des Jugendhilfesystems (z.B. Child Commissioner) kann auch einen Review-Prozess kontrollieren, die Umsetzung der Empfehlungen evaluieren, über die Politik Druck auf die Gestaltung der Prozesse ausüben.
8. Eine klare Kostenkalkulation ist eine wichtige Voraussetzung, ebenso die Klärung der Kostenübernahme: Fälle können aber sehr unterschiedlich komplex sein, die plötzliche Hinzuziehung eines Experten kann ein Budget schnell sprengen.
9. Reviews brauchen Wertigkeit; die oberen Verwaltungsebenen und die Politik müssen sie mittragen; eine gewisse Macht ist erforderlich, um den Zugang zu Informationen sicher zu stellen.
10. Klarer Fokus der Untersuchung, was soll erreicht werden? - Klare Definition der Beziehungen zu strafrechtlichen Untersuchungen.
11. Der Beitrag zur Entwicklung des Systems muss klar definiert werden: welche Systemkomponenten stehen zur Disposition? Sollen nur Lücken geschlossen, künftige Skandale vermeiden werden?
12. Der Untersuchungsprozess muss transparent und kalkulierbar sein – wer ist beteiligt? Wer ist dazu verpflichtet?
13. Alle untersuchten Länder bewegen sich auf das englisch/walisische System zu, das als Referenz dienen kann.

14. Orientierung der Untersuchung an Übereinkünften zu gutem Kinderschutz (als Standards (?); mögliche Elemente: Kooperation zwischen Akteuren, Sammeln und Auswerten von Informationen, Entscheidungsfindung, Kooperation zwischen Professionellen und Familien/Kindern.
15. Rücksicht auf Kontexte: Bevölkerung, Administration/Tradition.
16. Verbindung mit anderen Untersuchungen zu Lebenslagen von Kindern.
17. Empfehlungen müssen realistisch sein, verständlich und hilfreich für Praktiker vor Ort und für Betroffene; sie sollten nicht Ressourcen von anderen Diensten abziehen. Die Verhinderung von Todesfällen hat Grenzen: Fehler sind klar zu benennen, aber auch Pech und völlig Unvorhersehbare Ereignisse sind nicht auszuschließen.
18. Die Empfehlungen müssen Verbindung zu anderen Programmen herstellen und so Konflikte vermeiden, Synergien nutzen.
19. Untersuchungsergebnisse sollten angemessen breit veröffentlicht werden: nicht zu früh, und ohne das Schüren von Vorurteilen.
20. Die erwarteten Auswirkungen der Empfehlungen einer Review auf Gesetzgebung, Prozeduren, Praktiken sollten klar gemacht werden

Anhang 2: Liste möglicher Fehler im Kinderschutz. In: Fegert, J.M., Schnoor, S., Kleidt, S., Kindler, H., Ziegenhain, U. (2008, S. 19-22)

<i>Fehler</i>
1. Informationsquellen zur Überprüfung von Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung werden evt. nur unvollständig oder oberflächlich genutzt (z.B. Erkundigungen in der Schule statt Hausbesuch, fehlende Befragung von Nachbarn)
2. Organisatorische Schwierigkeiten behindern einen rechtzeitigen Beginn der für notwendig erachteten Hilfen (z.B. terminliche Schwierigkeiten, Probleme bei der Beschaffung einer geeigneten Wohnung)
3. 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
4. Das Jugendamt erkennt einen Hilfebedarf, überlässt die Entscheidung, ob die Hilfe angenommen wird, aber den Eltern und lässt sich hinhalten. Eine ablehnende Haltung der Eltern wird zu lange akzeptiert
5. Die Vorgeschichte der Eltern oder Lebenspartner wird nicht ausreichend beachtet
6. Maßnahmen finden zu unregelmäßig statt
7. Das Kind wird nicht gesehen oder nicht sorgfältig genug in Augenschein genommen
8. Ein positiver Momentaneindruck von Eltern und Kind führt trotz einschlägiger Vorgeschichte zu nachlassender Kontrolle
9. Von Kontrollmaßnahmen wird abgesehen, weil die Integrität der Familie höher bewertet wird, obwohl entsprechende Probleme aus der Vergangenheit bekannt sind
10. Eine Bewertung von Hinweisgebenden wird ohne Überprüfung übernommen oder nicht übernommen, auch wenn eine andere Bewertung möglich erscheint
11. 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
12. Wirtschaftliche Probleme und Schwierigkeiten werden nicht mit der Frage des Kindeswohls in Verbindung gebracht, mögliche Auswirkungen auf die Kinder werden nicht geprüft
13. Bei Wohnortwechseln arbeiten Jugendämter nicht schnell genug zusammen. Es entsteht eine Aufmerksamkeitslücke
14. Erklärungen der Eltern für die Ursache von Verletzungen wird zu leicht Glauben geschenkt
15. Bei gewalttätigen oder -verdächtigen Eltern wird fälschlicherweise davon ausgegangen, dass Besuche in hoher Frequenz die Gefahr für das Kind bannen können
16. 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
17. 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
18. Sehr häufige Besuche von Amtsmitarbeitern führen dazu, dass das Gefühl entsteht, alles im Griff zu haben, und das Kind nicht mehr so genau angesehen wird

19. Die Wirksamkeit einmal installierter Hilfen wird nicht oder nur in zu großen Abständen überprüft
20. Aussagen von Eltern, bei denen ein akuter Hilfebedarf festgestellt wird, sie würden demnächst von ihrer Familie oder von Freunden erhalten, wird bereitwillig geglaubt, insbesondere wenn die Hilferufe zunächst von den Eltern selbst ausgingen
21. Vermitteln die Eltern einen kooperativen Eindruck, wird dies überbewertet und führt zu einem Nachlassen der Aufmerksamkeit und der Kontrollen
22. Vorstrafen und Vorgeschichte von Eltern oder Lebensgefährten bleiben unbekannt und werden nicht berücksichtigt – die Vernetzung zur Polizei und zu anderen Stellen ist unzureichend
23. Informationen verschiedener Mitarbeiter werden nicht vernetzt und daher bei Entscheidungen einzeln bewertet und nicht verknüpft
24. Bei beendeten Maßnahmen wird nicht überprüft, ob die Eltern tatsächlich auch langfristig ohne Hilfe auskommen
25. Ermittlungen beschränken sich auf den Zustand des Haushalts, der dann für Rückschlüsse auf das Kindeswohl herangezogen wird – Kinder werden nicht oder nur oberflächlich angesehen
26. Meist männliche Lebensgefährten bleiben unbeachtet
27. Mangelhafte Dokumentation
28. Fehlende Wiedervorlagen
29. Bewertung der Gefahr wird dem Melder überlassen
30. Der Begriff „Kindeswohlgefährdung“ wird als Eingangsschwelle für ein Handeln nach vorgeschriebenen Maximen verstanden. Unterhalb dieser Schwelle wird das Handeln von subjektiven Vorgehensweisen und Entscheidungen bestimmt
31. An einer einmal getroffenen Bewertung wird festgehalten (z.B. dass die unhygienischen Zustände der Wohnung keine Kindeswohlgefährdung seien), ohne dass die weitere Entwicklung überprüft wird
32. Fehlbewertung der Ernsthaftigkeit und Gefährlichkeit der psychischen Erkrankung eines Elternteils
33. Fehlbewertung von Hinweisen und Notrufen ohne genaue Überprüfung
34. Ungeeignete Maßnahmen (grobmaschige Betreuung bei akuten Gefahren für Kleinkind)
35. Vertrauen auf Selbstregulation in einer Familie, die immer selbst Hilfe geholt hat, ohne mit dem nunmehr betroffenen Familienmitglied zu sprechen
36. Neue Aspekte (z.B. die Geburt eines weiteren Kindes) führen nicht zu einer Überprüfung und Bewertung des Hilfebedarfs aufgrund der veränderten Umstände – Beurteilung stützt sich weiterhin auf vormalig festgestellte Kriterien
37. Personalmangel und Überlastung führen zu Unterlassen dringend erforderlicher Hausbesuche
38. Eigene Erklärungen für geschilderte Umstände dienen ohne gesonderte Recherche als Grundlage für Entscheidungen
39. Häufigkeit der Besuche wird mit Sicherheit verwechselt, die Effizienz der Maßnahmen wird nicht überprüft
40. Fehlbewertungen der Wichtigkeit der Probleme der Eltern, Scheu davor, überzureagieren

Anhang 3: Fragenkatalog für die Entscheidung für eine Untersuchung (in Anlehnung an die englische Guidance „Working together to safeguard children“ (HM Government 2006), S. 171.

<p>1. Gibt es einen klaren Beweise für ein hohes Schadensrisiko für ein Kind, das ...</p> <ul style="list-style-type: none"> - von Organisationen oder Individuen, die Kontakt zum Kind haben, nicht erkannt wird - den das Kind anderen nicht mitteilt - auf den nicht angemessen reagiert wird
<p>2. Wurde das Kind getötet durch ein psychisch krankes Elternteil?</p>
<p>3. Wurde das Kind im institutionellen Rahmen missbraucht?</p>
<p>4. Starb das Kind unter Obhut oder Vormundschaft?</p>
<p>5. Wurde das Kind missbraucht, während es von den lokalen Behörden betreut wurde?</p>
<p>6. Hat das Kind Selbstmord begangen oder starb es, nachdem es von zu Hause weggelaufen war?</p>
<p>7. Glaubt eine Institution oder ein Professioneller, dass jemand Anderes nicht angemessen gehandelt hat?</p>
<p>8. Gibt es Hinweise durch den Fall, dass die lokalen Behörden Fehler bei der Anwendung der Kinderschutzprozeduren machen, die über den Fall hinausgehen?</p>
<p>9. Erscheint der Fall weit reichend für verschiedene Institutionen/Professionelle?</p>
<p>10. Deutet der Fall darauf hin, dass die lokalen Behörden ihre Verfahrensweisen verändern müssen oder diese nicht adäquat umgesetzt werden?</p>