

# WAS SIND FEHLER IM KINDERSCHUTZ? WIE KANN MAN FEHLERFREUNDLICHKEIT VERBESSERN?

REGIONALER JUGENDHILFETAG AN DER HOCHSCHULE  
LANDSHUT

Christine Gerber, NZFH/Deutsches Jugendinstitut e.V., München  
24. Juni 2021

© 2021 – NZFH, BZgA/DJI

1

**In Organisationen mit großer (öffentlicher) Verantwortung &  
erheblich negativen Auswirkungen von Fehlern**

## **Risikomanagement:**

- Risikoakzeptanz: die potentielle Möglichkeit unerwünschter Ereignisse/Fehler
- Erkennen von Risiken
- Risikoverminderung

## **Fehlermanagement:**

- Fehlerakzeptanz: Fehler sind „normal“ (möglich bis wahrscheinlich)
- Fehlersensibilität: Frühzeitiges aufmerksam werden ermöglicht es, Schäden zu verhindern
- Fehleranalyse: Lernen aus Fehlern
- (Krisenmanagement)

© 2021 – NZFH, BZgA/DJI

2

**Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen**



© Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt

- Home
- Informationen zum Fehlerberichtssystem
- Bericht erstellen
- Berichtsdatenbank
- Aktion Schnittstelle
- Fehler des Monats
- Aktuelle Kommentare
- Der Gastkommentar
- Fallanalyse
- Tipps zur Fehlervermeidung

## Herzlich willkommen beim Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen

Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um daraus zu lernen - daher unser Motto:

"Jeder Fehler zählt!"

---

**AKTUELLES**

- ▶ **Projektatlas E-Health-Initiative Hessen**
- ▶ Alle Meldungen im Überblick

3

Ältere Fehlerberichte finden Sie in der [Berichtsdatenbank](#)

**Aktueller Fehler des Monats**



© Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt

- Home
- Informationen zum Fehlerberichtssystem
- Bericht erstellen
- Berichtsdatenbank
- Aktion Schnittstelle
- Fehler des Monats
- Aktuelle Kommentare
- Der Gastkommentar
- Fallanalyse
- Tipps zur Fehlervermeidung
- Presse / Literatur
- Newsletter

## "Fax - ein sicheres Kommunikationsmittel in der Pandemie?"

Reportnummer: 980
[Kommentare lesen](#)
[Kommentare schreiben](#)

**Was ist passiert?**

Wir machen ziemlich viele Corona Tests in unserer Praxis und haben dann entsprechend viele Meldungen ans Gesundheitsamt. Jetzt kam ein Anruf von einer Airline (!), sie hätten an einem Tag die Corona-Faxe von uns bekommen. Und das sei schon häufiger passiert aus verschiedenen Praxen. Sie würden dann immer sofort anrufen.

**Was war das Ergebnis?**

Die Patienten haben nichts davon mitbekommen, aber im Team hat das für große Aufregung gesorgt. Zum Glück hat sich die Airline gemeldet, aber wer weiss, wo sonst noch Faxe gelandet sind.

**Mögliche Gründe**

Faxen wird immer als ach-so-sicher gepriesen, aber es ist halt doch ziemlich fehleranfällig was die Eingabe der richtigen Nummer angeht. In der Eile ist schnell eine "0" vergessen oder ein Zahlendreher drin und dann sind die sensiblen Patientendaten im Orbit.

**Wie hätte man das Ereignis verhindern können?**

4

ASRS Aviation Safety Reporting System

Home Contact Us

Program Information Report to ASRS Search ASRS Database Publications/Studies International Online Resources

**Confidential. Voluntary. Non-Punitive.**

ASRS captures confidential reports, analyzes the resulting aviation safety data, and disseminates vital information to the aviation community.

REPLAY

**CALLBACK**  
Receive FREE monthly newsletter by email! [Read Policy](#)  
[Subscribe to CALLBACK](#)

Too Close for Comfort  
November 2018, Issue 466  
[HTML](#) [PDF](#)

[Search ASRS Database](#)  
Rich source of information for policy development, research, training, and more.

[View ASRS Report Sets](#)  
Each consist of 50 database records relevant to topics of interest in aviation.

**Meteorological & AIS Data Link Services & Applications Study**  
[Read the Interim Report](#)  
[Learn More](#)

[View Program Briefing](#)  
Learn more about ASRS such as report processing and reporting metrics.

ASRS Website Administrator: Mariana Carmona || NASA/ASRS Director: Becky L. Hooley  
NASA Privacy Statement || NASA Home || NASA Ames

Get Adobe Reader

NASA

5

## Der traditionelle Umgang mit „unerwünschten Ereignissen“

Nationales Zentrum Frühe Hilfen

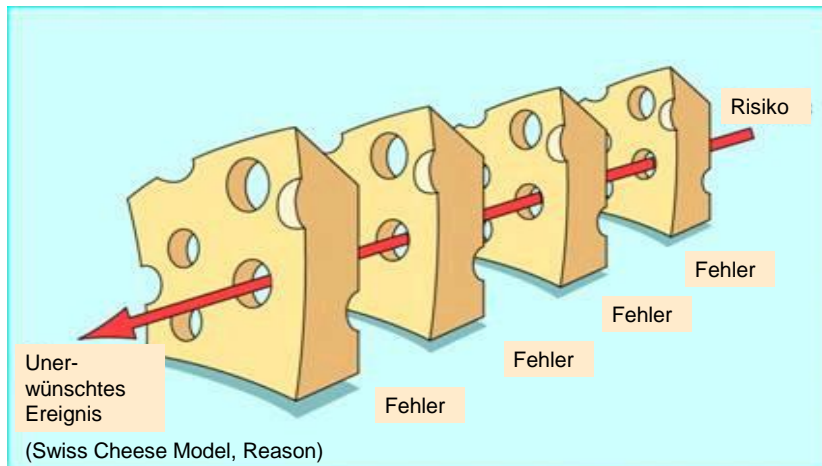
- Suche nach dem Fehler
- Untersuchung endet mit der Feststellung eines Fehlverhaltens!
- Suche nach dem Schuldigen: Einzelpersonen sind **nachlässig, machen Fehler, sind leichtsinnig**
- Die Einzelperson wird **beschuldigt, bestraft** oder **fortgebildet** (und alle anderen können sich „gut“ fühlen)
- Die so **„optimierte Einzelperson“** macht in Zukunft keine Fehler mehr

... jetzt ist das System sicherer...

© 2021 – NZFH, BZgA/DJI

6

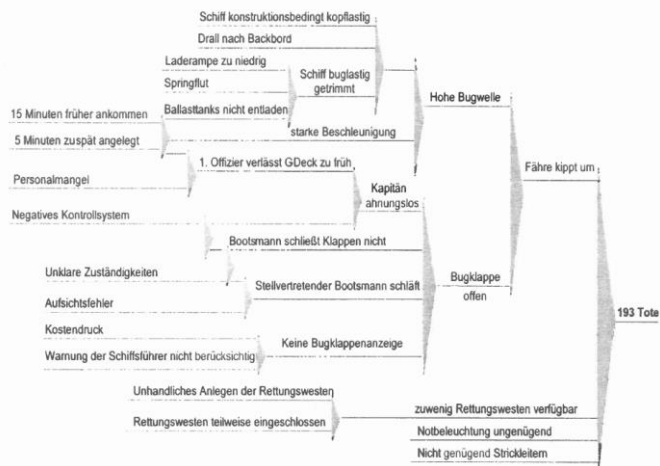
# Die Entstehung „unerwünschter Ereignisse“ nach James Reason



© 2021 – NZFH, BZgA/DJI

7

Abbildung 8: Fehlerkette beim Führungslück der Herald of Free Enterprise, 1987 (nach Romberg 1996, Geo Grafik Elsevier Science Publishers)



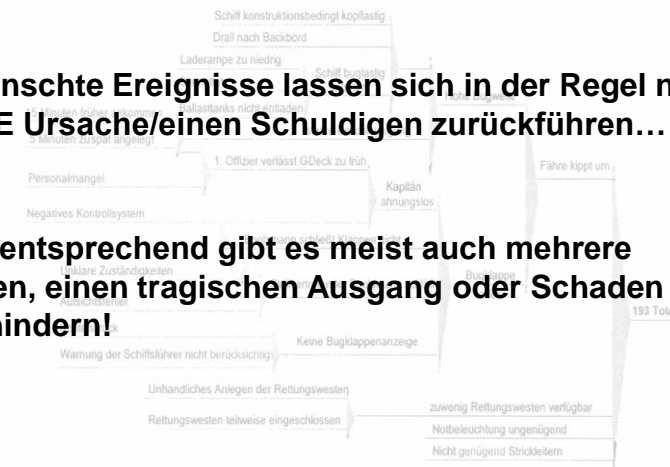
© 2

8

Abbildung 8: Fehlerkette beim Fährunglück der Herald of Free Enterprise, 1987 (nach Romberg 1996, Geo Grafik Elsevier Science Publishers)

**Unerwünschte Ereignisse lassen sich in der Regel nicht auf EINE Ursache/einen Schuldigen zurückführen...**

**... dementsprechend gibt es meist auch mehrere Chancen, einen tragischen Ausgang oder Schaden zu verhindern!**



© 2021 –

9

**Auch im Kinderschutz passieren Fehler!**

**(1) „Fehler“** differenzieren von „Schuld“ (Absicht, Vorsatz, grobe Fahrlässigkeit)

**„Unvermeidbare Fehler“**

sind grundsätzlich möglich, weil Prognosen erstellt und Entscheidungen unter Zeitdruck und auf der Basis begrenzter Informationen getroffen werden müssen.

**„Vermeidbare Fehler“**

sind Fehler im Prozess der Fallbearbeitung, die z.B. durch Wissen, Erfahrung und geeignete Rahmenbedingungen verhindert hätten werden können – die also nicht hätten passieren müssen.

**(2) „(latente) Risiken“:** Faktoren, welche die Fehlermöglichkeit erhöhen.

© 2021 – NZFH, BZgA/DJI

10

## Grundsätze einer systemorientierten Fehleranalyse

- In der gleichen Situation verhalten sich unterschiedliche Menschen gleich/resp. ähnlich!
- Menschen haben nicht immer die freie Wahl, wie sie sich verhalten; das organisatorische Design beeinflusst Arbeitsweisen, Entscheidungen und damit das Ergebnis!
- Fachkräfte machen nicht willentlich oder absichtlich Fehler und riskieren Leib, Leben & Gesundheit von Kindern & Jugendlichen! Entscheidungen erschienen zu dem Zeitpunkt, zu dem sie getroffen wurden, „richtig“ und verantwortbar.

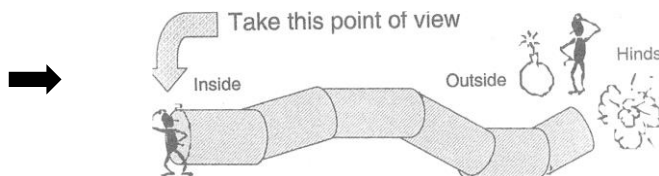
### Folglich:

- Ziel der Analyse ist nicht die Suche nach dem Schuldigen / Verantwortlichen
- beginnt – nicht endet - die Untersuchung mit dem Finden eines „Fehlers“. Entscheidungen, von denen wir heute wissen, dass sie falsch waren (Fehler), werden rekonstruiert, um daraus Lehren über das System ziehen zu können.
- Im Fokus der Untersuchung stehen alle Faktoren, die das Handeln und die Entscheidungen der Einzelnen beeinflusst haben.

## Die systemorientierte Perspektive...

### Handlungsleitende Prinzipien:

(1) Vermeidung von Verzerrungen durch eine rein rückblickende Betrachtung: („hindsight bias“); Rekonstruktion des Entstehens von Entscheidungen



(2) Bewertung der Praxis & Suche nach Einflussfaktoren/Ursachen – d.h.

➡ nur im engen Dialog mit den Fachkräften möglich:  
„warum erschien es damals sinnvoll, vertretbar, geeignet...?“

(3) Welche Lehren können wir daraus für unsere Praxis/die Organisation ziehen?

➡ Fall als Fenster auf das „Kinderschutzsystem“ – welche wiederkehrenden Risikomuster lassen sich erkennen!

## EXEMPLARISCHE ERKENNTNISSE AUS FALLANALYSE

© 2021 – NZFH, BZgA/DJI

13

### ***Schwierige Themen werden vermieden/geschönt und Kompromisse eingegangen, die hinter den Bedürfnissen des Kindes zurück bleiben***

Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:

- Angst, den Kontakt zu den Eltern zu verlieren
- Erklärungen der Eltern für körperliche Verletzungen des Kindes lassen sich nur schwer überprüfen / werden vorschnell übernommen
- Das Mitgefühl mit den Eltern/die Sorge um die Eltern stellen das Risiko für das Kind in den Schatten
- Konzepte und Strategien im Umgang mit Widerstand fehlen; Geeignete Strategien, Defiziten, Risiken und konfliktträchtige Themen anzusprechen, fehlen.

© 2021 – DJI, NZFH, BZgA

14

***Die Arbeit konzentriert sich auf die Mutter, die Väter/  
Lebensgefährten werden nicht in ausreichender, geeigneter Form  
eingebunden***

Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:

- Die Arbeit orientiert sich an der Logik des Sorgerechtes; traditionelle Rollenmuster schlagen durch: Mütter werden stärker in die Verantwortung genommen
- der offene und aggressive Widerstand von (Stief-)Vätern führt dazu, dass sie nicht weiter unmittelbar adressiert werden
- Der gewalttätige Täter (z.B. bei häuslicher Gewalt) wird moralisch verurteilt und Gespräche mit ihm werden vermieden

***Vernachlässigung wird als Gefährdungsform vernachlässigt***

Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:

- Vernachlässigung wird als Gefährdungsform in dem eingesetzten Instrument nicht ausreichend abgebildet
- Es bestehen große fachliche Unsicherheiten bei der Einschätzung von Vernachlässigung und deren Folgen; erst massive Vernachlässigung, die zur Gefahr für Leib und Leben wird (z.B. bei Säuglingen), wird zur KWG
- Insofern fällt die Abwägung schwer, was die verhältnismäßige Maßnahme wäre
- Die Argumentation beim Familiengericht in Fällen von Vernachlässigung fällt schwer



### ***Kooperationsbereitschaft wird mit Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit gleich gesetzt***

Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:

- Unsicherheiten, woran Veränderungsfähigkeit fest gemacht werden könnte
- Guter Kontakt und viel Nähe zur Familie können den Blick vernebeln

### ***Mit den Kindern wird nicht gesprochen***

Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:

- Wenn gute Informationsquellen vorhanden sind (Kita, Schule, etc.) wird eher auf ein Gespräch mit den Kindern verzichtet
- Die Berichte der Eltern ersetzen das Gespräch mit den Kindern
- Unsicherheiten, wie Gespräche (im Rahmen der Gefährdungseinschätzung und Hilfeplanung) geführt werden können & Angst, Schaden anzurichten
- Materialien und Räume werden nicht bereit gestellt
- Gespräche mit den Kindern werden an den Hilfeanbieter delegiert

## ***Riskanter Umgang mit Dissens***

Hypothesen über Ursachen und Einflussfaktoren:

- Die Risikoeinschätzung wird innerhalb des Jugendamtes vorgenommen (und als hoheitliche Aufgabe verstanden); Dissens wird nicht als konstruktiver Beitrag zur Qualifizierung der Risikoeinschätzung verstanden
- Kritik oder Zweifel an der Einschätzung des Jugendamtes werden nicht nachhaltig eingebracht; Jugendamt als „letzverantwortliche“ Stelle wird die Verantwortung zugeschrieben
- Helferkonferenzen sollen nicht „unnötig“ in die Länge gezogen, Konflikte im Helfersystem und Auseinandersetzungen mit dem Auftraggeber vermieden werden
- Quasi-demokratische Kultur: Mehrheitsmeinungen bestimmen das Einschätzergebnis
- Eine externe Moderation oder Supervision bei komplexen Helferrunden ist nicht vorgesehen; geeignete Verfahrensweisen für den Konfliktfall fehlen

© 2021 – DJI, NZFH, BZgA

21



**Vielen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit!**

Kostenloser Download oder  
Bestellung unter  
[www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de)  
Beiträge zur Qualitätsentwicklung  
im Kinderschutz

© 2021 – NZFH, BZgA/DJI

22