

# Fehler im System – die dunkle Seite der Fehlerfokussierung

von Stefanie Büchner

Was kann man ernstlich dagegen einwenden, dass Kinderschutz sicherer gestaltet und Fehler vermieden und aus ihnen gelernt werden sollte? Die dramatischen Fälle von Kevin, Lea-Sophie und Anna scheinen doch für sich zu sprechen. Offenkundig existieren Sicherheitslücken, die identifiziert und nachjustiert werden müssen. Es gilt die Netze des Schutzes enger zu knüpfen und die Suche nach Fehlern fortzusetzen. Die gute Nachricht ist: Best-Practice-Beispiele aus anderen Branchen stehen bereit – sie müssen nur aufgegriffen werden.

Luft- und Raumfahrttechnik, Atomkraftwerke und Krankenhäuser (vgl. exemplarisch Fegert et al. 2008, 18-48) machen vor, was Soziale Arbeit nachzuholen hat: Dass ein verlässliches Operieren unter Bedingungen großer Unsicherheit möglich ist. Vor diesem Hintergrund sind das Lernen aus Fehlern und das Kultivieren einer Fehlerkultur Schritte, die Kinderschutz offenbar nachhaltig verbessern und optimieren können. Soweit scheint Einigkeit zu herrschen.

Die medial skandalisierten Fälle gescheiterten Kinderschutzes haben das Misstrauen der Gesellschaft in Jugendämter weiter verstärkt und die Profession Sozialer Arbeit tiefgreifend verunsichert. Expertisen wurden erstellt, Aufarbeitungskommissionen und Spezialdienste (vgl. Büchner 2015) ins Leben gerufen, Berichtssysteme und Standards überarbeitet und verstärkt. Bode und Turba (2014) charakterisieren das Handlungsfeld des Kinderschutzes in ihrer aktuellen Untersuchung als „Optimierungsmaschinerie“ (a.a.O., S.365).

Die Fokussierung auf Fehler und Fehlervermeidung ist ein zentrales und anerkanntes Modul dieser Maschinerie. Zahlreiche Publikationen im Feld Sozialer Hilfe widmen sich der Frage, wie sich professionell und reflektiert aus Fehlern lernen lässt und weisen dabei auf die zentrale Rolle einer Fehlerkultur hin (vgl. etwa Ackermann 2012, Wolff et al. 2011, Wolff et al. 2013, Biesel et al. 2013). Fehlerfokussierte Konzepte legen den Finger in die Wunde, die die tragischen Fälle gescheiterten Kinderschutzes aufgerissen haben. Ziel dieses Textes ist es nicht, den Stab über diese sehr spezifi-

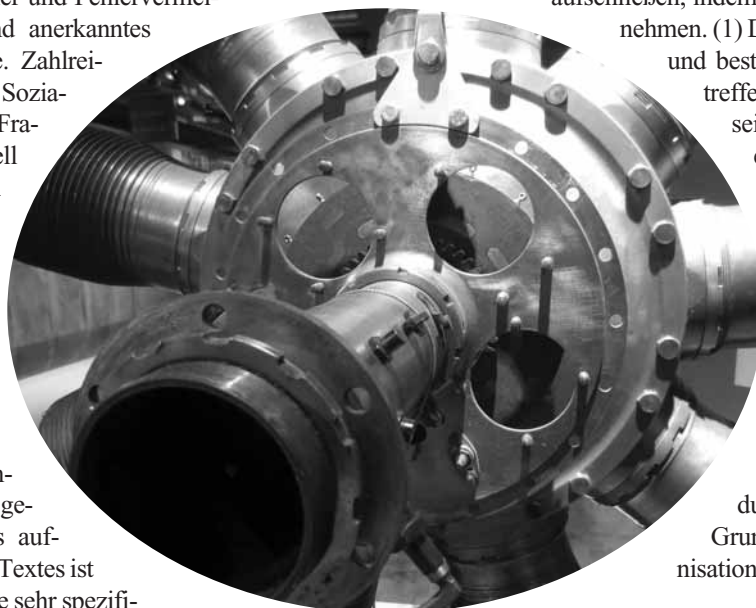
schen Konzepte zu brechen. Vielmehr geht es darum, die Fokussierung auf Fehler und Fehlervermeidung als Steuerungsidee zu hinterfragen. Aufgrund ihrer zentralen Stellung im Kinderschutz macht es Sinn, die dunkle Seite der Fehlerorientierung exemplarisch an Jugendämtern auszuleuchten.

## Systeme, Unsicherheit und Komplexität – Unterschiedslosigkeit in der Betrachtung von Organisation

Aus organisationssoziologischer Perspektive fällt auf, dass Jugendämter ganz überwiegend unspezifisch als soziale Systeme betrachtet werden. Im Diskurs über Jugendämter als Organisationen dominiert ein prototypisches Organisationsverständnis: Jugendämter sind demnach soziale Systeme, die von hoher Unsicherheit und Komplexität geprägt sind. Ihre Mitglieder sind stets gezwungen, riskante Entscheidungen zu treffen und in diesem Entscheiden kommt es immer wieder zu Fehlern. Damit ist der Weg frei für ein branchenübergreifendes Lernen: Beim Umgang mit Fehlern und der Entwicklung verlässlicher Systeme sind es Organisationen der Luft- und Raumfahrttechnik, Kernkraftwerke und Krankenhäuser, von denen Soziale Arbeit lernen soll.

Die Argumentationsfigur ist so einfach wie bestechend: Fehler treten in allen Organisationen auf. Manche sind weiter darin, sie zu vermeiden und aus ihnen zu lernen als andere. Entsprechend gibt es Vorbilder und Nachzügler. Nachzügler können aufschließen, indem sie Verfahren ersterer übernehmen. (1) Das Problem ist: Was einfach

und bestechend ist, muss weder zutreffend noch empfehlenswert sein. Wo ist der Haken? Dass es organisationssoziologisch ein prototypisches Verständnis von Organisationen als sozialen Systemen gibt (vgl. Luhmann 1987) und dass dieses theoretisch avanciert und auf einer hohen Abstraktionsstufe angesiedelt ist, ist kein Problem. Es gibt in diesem Sinne durchaus ein bzw. mehrere Grundverständnisse „der Organisation“ (vgl. Kieser 2006).



Spielen Differenzen zwischen Organisationen also gar keine Rolle? An dieser Stelle trennen sich aber die Wege: In der Organisationssoziologie treten diese Differenzen in den Blick: Der Typus einer Organisation ist sowohl strukturell spezifisch wie auch ein Produkt der Beobachtung (vgl. Tacke et al., 2011). Soziale personenbezogene Organisationen wie Jugendämter unterscheiden sich strukturell von Unternehmen, Vereinen oder Produktionsorganisationen, sie lassen sich jedoch auf vielfältige, nicht nur auf eine Weise unterscheiden. Differenzen zwischen Organisationen werden durch Vergleiche sichtbar gemacht. Demgegenüber blendet die Fehlerfokussierung mit ihrem prototypischen Organisationsverständnis typenspezifische Differenzen zwischen Organisationen systematisch ab. „Eigenheiten“ Sozialer Arbeit bleiben zwar nie unerwähnt, jedoch weitgehend folgenlos: Zugestanden werden Modifikationen und Anpassungen der besagten „best-practices“, an der grundlegenden Idee der Übernahme „erfolgreicher“ Konzepte zum Umgang mit Fehlern regt sich bislang jedoch wenig Zweifel.

### **Mehr als „ein kleiner Unterschied“ – Koproduktion, offene Zukünfte und geringe Standardisierbarkeit Sozialer Arbeit**

Was könnte dieser Unterschied sein, der Organisationen Sozialer Arbeit derart sperrig macht? Worin unterscheiden sich Jugendämter als soziale personenbezogene Organisationen (2) (vgl. Klatetzki 2010) von Krankenhäusern, Atomkraftwerken und Organisationen der Luft- und Raumfahrttechnik derart, dass Zweifel an der weiteren Übernahme der Fehlerfokussierung angebracht sind? Aus der Vielfalt der Besonderheiten ragen drei als besonders zentral heraus: Die Leistungserstellung in diesen Organisationen, die „Fallarbeit“, findet koproduktiv statt, basiert auf der Idee offener Zukünfte und lässt sich nur begrenzt durch Standards steuern.

### **Koproduktion**

Soziale Personenbezogene Organisationen wie Jugendämter arbeiten stark koproduktiv. Koproduktion bezeichnet den Umstand, dass Klienten oder „Kunden“ und damit Nichtmitglieder essentiell eingebunden sind in die Erstellung „des Produkts“. Dieser Koproduktionsanteil spielt in den besagten „Vorbildorganisationen“ offensichtlich keine oder nur eine verschwindend geringe Rolle: Abnehmer von Kernkraftener-



gie und Flugpassagiere sind vorsichtig formuliert vergleichsweise gering an der Leistungserstellung beteiligt. Im letzteren Fall besteht ihr Anteil an der Leistungserstellung daran, sich möglichst störungsfrei durch Flughäfen zu bewegen und ihre Aktivitäten im Flugzeug möglichst drastisch zu reduzieren. Die Eigensinnigkeit von Patienten wird in hohem Maße eingehgt und Soziales als Störfaktor in hohem Maße kontrolliert.

Koproduktion wird hier sogar systematisch ausgeschaltet: Es wäre ein veritabler Fehler, wenn der Patient bei einer Operation auch nur in der Lage dazu wäre, sich koproduktiv zu verhalten. Das Merkmal der koproduktiven Leistungserstellung spielt in den Vorbildorganisationen des Fehlerlernens keine oder nur eine verschwindend geringe Rolle.

### **Offene Zukünfte**

Zukunft bleibt, egal wie spezifiziert die Leistungserstellung abläuft, natürlich immer offen: ein Kühlsystem kann ausfallen, die Wetterlage sich ändern und Kreisläufe zusammenbrechen. Aber wie weit ist diese Offenheit von der Offenheit der Fallarbeit im Jugendamt entfernt? Die Leistungserstellung hat einen weiten Zeithorizont, sie reicht von wenigen Wochen bis zu mehreren Jahren. In dieser Zeit sind im Unterschied zu Krankenhäusern und Flugreisen Körper weder eingehgt noch sozial isoliert. Das Leben der Klienten „läuft weiter“. Klärende Erstgespräche, Hilfeplangespräche, Rücksprachen und Zwischensitzungen sind punktuelle Ereignisse. Sie tragen im Idealfall dazu bei, dass Misstrauen überwunden wird, Hoffnung in die Veränderung schwieriger Lebens- und Erziehungsverhältnisse wächst oder Krisen nicht zum Hilfeabbruch führen.

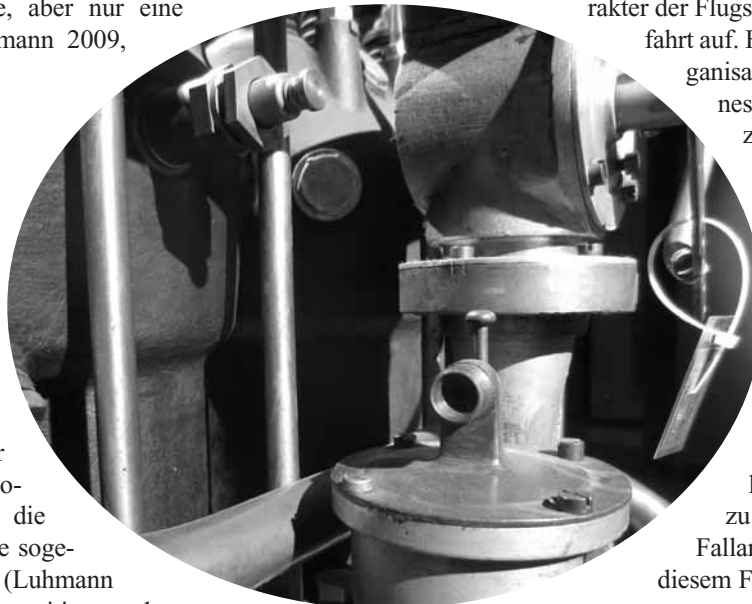
Die Prämisse der offenen Zukunft wird durch Fehlerfokussierung abgedunkelt: Von Fehlern wird im engen Sinne nur gesprochen, wenn Entscheidungen Schäden nach sich gezogen haben. Damit aber werden Fehler im Kinderschutz ganz überwiegend zu retrospektiven Ereignissen. Die Perspektive der laufenden Fallarbeit, die Antizipation offener Zukünfte, wird bei der retrospektiven Fehlersuche zumeist abgeblendet. Das Urteil „Spätestens hier hätte man...“ lässt sich nur treffen,

**Im Diskurs über Jugendämter als Organisationen dominiert ein prototypisches Organisationsverständnis.**

wenn Vergangenheit als perlschnurartige Aufreihung von Ereignissen begriffen wird: Es hat so, und nicht anders kommen müssen. Im Moment des Entscheidens existieren natürlich nicht alle möglichen Zukünfte (wer wollte dies schon behaupten?). Es gibt jedoch einen Möglichkeitsraum, der bei der koproduktiven Leistungserstellung mit unklaren oder nur probabilistischen Verknüpfungen von „Ursache“ und „Wirkung“ weitaus größer ist als in nicht koproduktiv angelegten, hochtechnologisierten Organisationen: Wird der Schulwechsel des Kindes seinen Rückzug verstärken oder neue Bindungen ermöglichen? Wie verändert sich die Aufmerksamkeit des Vaters für die Kinder durch seine Arbeitslosigkeit? Gelingt es der Mutter, die dritte Familienhilfe anzunehmen? Was wird sich durch den Umzug in die Wohnung des neuen Partners ändern? Fallbearbeitung geht von offenen Zukünften aus. Fallentwicklungen sind keine linearen Prozesse, sondern geprägt von einer Vielzahl an „Abzweigungen“. Es gibt unterschiedliche Zukünfte, aber nur eine Vergangenheit (vgl. Luhmann 2009, 21ff.).

### Grenzen der Standardisierung

Koproduktive Leistungserstellung mit Klienten findet nicht im Organisationsinneren statt, sondern geschieht an den Grenzen der Organisation (vgl. Büchner 2014). Organisationssoziologisch gesprochen sind die Fallzuständigen Fachkräfte sogenannte „Grenzstellen“ (Luhmann 1999, 220 ff.). Diese Grenzposition macht es zum einen nötig, Rollenverflechtungen mit Klienten einzugehen. Klienten als „Nichtmitglieder“ sind weder Kollegen noch Untergebene und können nicht hierarchisch wie diese angewiesen oder gekündigt werden. Diese oft als „Arbeitsbündnisse“ begriffenen Rollenverflechtungen sind nicht nur enorm voraussetzungsreich, sondern im besten Fall auch einzelfallspezifisch ausgerichtet: Was in welchem Zeitraum wodurch erreicht werden soll, variiert von Fall zu Fall stark. Ebenso variieren die Verlässlichkeit, mit der diese Bündnisse aufrechterhalten werden, die Dynamik, mit der sich die eingenommenen Rollen ändern und die Ziele und Problematiken im Verlauf von Fallbearbeitungen. Dabei stehen Fallzuständige Fachkräfte vor der Herausforderung, Unsicherheit über die vielfältigen Problemlagen und Entwicklungen in Familien so zu absorbieren, dass sich überhaupt ein hinreichend plausibles Bild ergibt, mit dem die Organisation weiterarbeiten kann – ein Bild „des Falls“. Vergegenwärtigt man sich diese Bedingungen gemeinsam mit denen der koproduktiven Leistungserstellung und der großen Offenheit der Zukünfte, wird deutlich, dass Fallbearbeitung ein Prozess ist, der von Seiten der Organisation nur äußerst begrenzt über



Standards gesteuert werden kann. Gänzlich andere Möglichkeiten der Standardisierung eröffnen sich in den Vorbildorganisationen: Hier sind Leistungen sachlich (Was geschieht?), zeitlich (Mit welchen Veränderungen ist im Prozess zu rechnen?) und sozial (Wer ist beteiligt an der Leistungserstellung?) deutlich stärker vorstrukturiert und spezifiziert.

### Ready for Take-off? – Ein Gedankenspiel

Zu welchem Verständnis von Fehlern gelangt man nun, wenn man allein diese drei Besonderheiten der Fallarbeit, also Koproduktion, offene Zukünfte und geringe Steuerbarkeit über Standards, berücksichtigt? Ein Gedankenspiel erscheint hier hilfreich, um diese Unterschiede sichtbar zu machen und

ernst zu nehmen. Greifen wir dazu den Vorbildcharakter der Flugsicherung in der zivilen Luftfahrt auf. Flugsicherung ist ein interorganisationales Geschehen: Airlines, Flughafenbetreiber und zahlreiche Rechtsvorschriften und Aufsichtsbehörden sind daran beteiligt. Wählen wir zur Vereinfachung den Kernprozess „Flug von Flughafen A zu Flughafen B“. Greift man nun die Idee auf, dass Fachkräfte zunehmend als „Fallmanager“ begriffen werden, dann liegt es nahe, sie mit Piloten zu vergleichen. Wie stellt sich Fallarbeit im Analogieschluss zu diesem Flug dar?

Die erste Herausforderung für die Pilotin besteht darin, dass sie Passagiere nicht im Flugzeug in Empfang nehmen kann. Die meisten Passagiere wollen überdies gar keine sein. Es besteht ein breites Misstrauen darüber, was passiert, wenn man sich dem Flughafen auch nur nähert, geschweige denn auf der Passagierliste auftaucht. Einige Passagiere sind trotzdem schon da, sie sind freiwillig erschienen oder fliegen schon länger und kennen sich mehr oder minder gut im System aus. Die Pilotin erhält öfter Anrufe von anderen Institutionen, die meinen, es gäbe für den einen oder anderen Passagier Flugbedarf. Die Pilotin kann diese Aufgaben auch nur selten delegieren. Es gibt andere Organisationen, die beauftragt werden können, aber deren Services sind kostenpflichtig und die Ressourcen begrenzt.

Das Merkmal der koproduktiven Leistungserstellung spielt in den Vorbildorganisationen des Fehlerlernens keine oder nur eine verschwindend geringe Rolle.



**Jugendämter treffen durchaus Entscheidungen, die die Bedingungen ihrer Leistungserstellung ignorieren.**

Die Passagiere, die angekommen sind, müssen jetzt noch dazu bewegt werden, ein Ticket zu erwerben. Diese Tickets haben Ziele, die den Passagieren bei ihrer Annäherung an den Flughafen nicht klar sind. Sie werden mühsam in Gesprächen ausgehandelt, bei der meist die Pilotin besser weiß, wohin es gehen könnte, als der Passagier. Es gibt keine festen Flugrouten, eher grobe Richtungen. Das Ziel ist kein Flughafen, eher eine Buckelpiste, die etwas mit Privatheit zu tun hat, kein anonymer Ort ist. Zwischendurch verlassen die Passagiere immer wieder den Flughafen. Piloten sind Kontakte, die man im täglichen Leben besser nicht erwähnt. Sie aufzusuchen ist für die meisten ein Zeichen von Schwäche und Scheitern, dorthin zu gehen, ist schambesetzt. Das Ticket ist nun gebucht, die Reise kann losgehen, Vorfreude spielt keine Rolle.

Die Passagiere steigen mit der Pilotin ein. Jemand drittes, der konkrete Träger der Maßnahme, kommt hinzu, er macht die „eigentliche“ Arbeit mit dem Passagier, aber schnell wird deutlich, wer im Konfliktfall Pilot und wer Kopilot ist. Sehr anstrengend gestaltet sich die Reise, weil das Flugzeug nur fliegt, wenn die Passagiere „mitmachen“, die Pilotin kann die Maschine nicht allein fliegen.

Jetzt wird es abenteuerlich: Die Pilotin verlässt das Flugzeug, sie bedient nämlich 30 bis 80 Flugzeuge gleichzeitig, je nach Krankenstand und Vakanzen. Manchmal auch mehr, aber das erfährt besser niemand. Auch der Dritte, der die „eigentliche Arbeit mit der Familie“ macht, springt zwischen mehreren Flugzeugen. Der Passagier selbst fliegt nur diesen einen Flieger, ist aber auch nicht immer darin, sein Leben spielt sich zu 99% der Zeit außerhalb des Flugzeugs ab, ganz selten sieht sie die Pilotin und den Dritten gleichzeitig im Flugzeug. Dieses „Außen“ ist selbst kein Flugzeug. Es passieren dort viele Dinge, die man erwartet, aber mindestens genauso viele, die einen überraschen. Die Pilotin versucht, den Überblick zu behalten. Sie notiert sich, was wo passiert. Das meiste, was sie notiert, sind Dinge, die sie im Auftrag der Airline notieren muss. Die Pilotin verbringt seit Jahren immer mehr Zeit mit diesen Arbeiten.

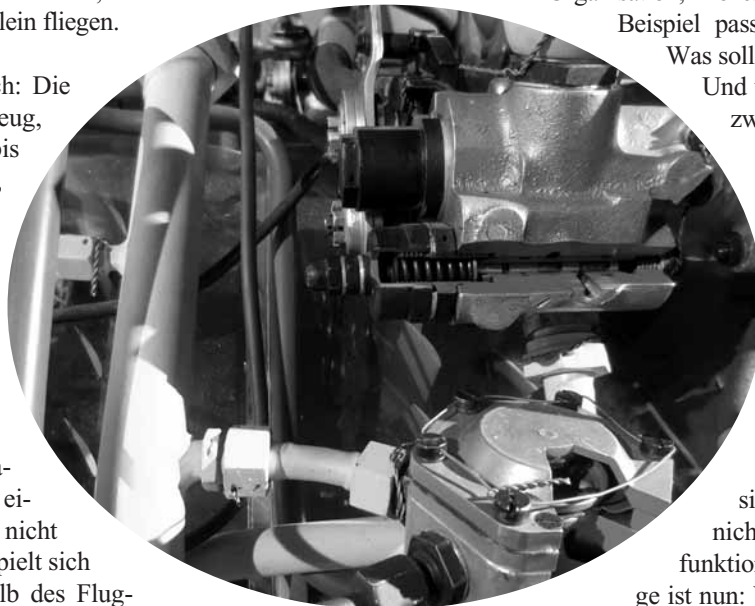
Wenn es gut läuft, bekommt sie positive Rückmeldungen von dem Dritten und anderen aus dem „Außen“. Die Flüge dauern

unterschiedlich lange, leider weiß man am Anfang nicht wie lange, weil die Passagiere ja am Fliegen beteiligt sind. Man entscheidet häppchenweise. Besonders schwierig ist, dass es keine festen Flughäfen gibt. Die Ziele sind irgendwie schwer vorstellbar, so schwer, dass man Indikatoren braucht, um zu wissen, wann man da ist. Die Pilotin weiß mehr über dieses ganze Geschehen und die Indikatoren als die Passagiere. Die Interessen beider sind in den seltensten Fällen dieselben, aber es ist auch klar, dass man miteinander auskommen muss.

Wann ist man angekommen? Auch darauf muss man sich einigen. Wann man gelandet ist, darüber gehen die Meinungen weit auseinander. Manchmal wird die Route geändert, weil etwas, was die Passagiere im Flieger oder im Außen getan haben, besser nicht passiert wäre. Manchmal sind sie auch schneller da.

### **Vergleiche hinken erst, wenn man sie laufen läßt**

Ist Ihnen aufgefallen, dass bis hierher Kinder noch gar nicht vorkamen? Dieses Gedankenspiel konzentrierte sich auf erwachsene Familienmitglieder als Passagiere. Und bereits hier wird deutlich: So einfach ist es doch nicht mit dem prototypischen Organisationsverständnis. Organisation ist nicht gleich Organisation, Prozess nicht gleich Prozess. Das Beispiel passt hinten und vorne nicht? Was soll denn jetzt der Absturz sein? Und überhaupt – dieses Springen zwischen Flugzeugen?!



Versuchen Sie einmal, in dieses Gedankenspiel jetzt noch Kinder „einzubauen“, Kinder, deren Bedingungen des Aufwachsens man in den meisten Fällen nur indirekt beeinflussen kann: Die Übertragungsschwierigkeiten vervielfachen sich. Der Vergleich hinkt nicht mehr nur, er hört auf, zu funktionieren. Die spannende Frage ist nun: Wenn dem Kind etwas passiert, wo war der Fehler der Airline?

### **So tun als ob – folgenreiche Fiktionen**

Koproduktion, die große Offenheit der Zukünfte und die geringe Standardisierbarkeit der Leistungen ist nichts, was Organisationen des Kinderschutzes davon abhalten muss, sich an diesen Bedingungen zu orientieren: Sie können etwa Dokumentationserwartungen derart verdichten, dass Zeit und Aufmerksamkeit für koproduktives Arbeiten und das zeitnahe Eingehen auf sich ändernde Zukünfte immer knapper wer-

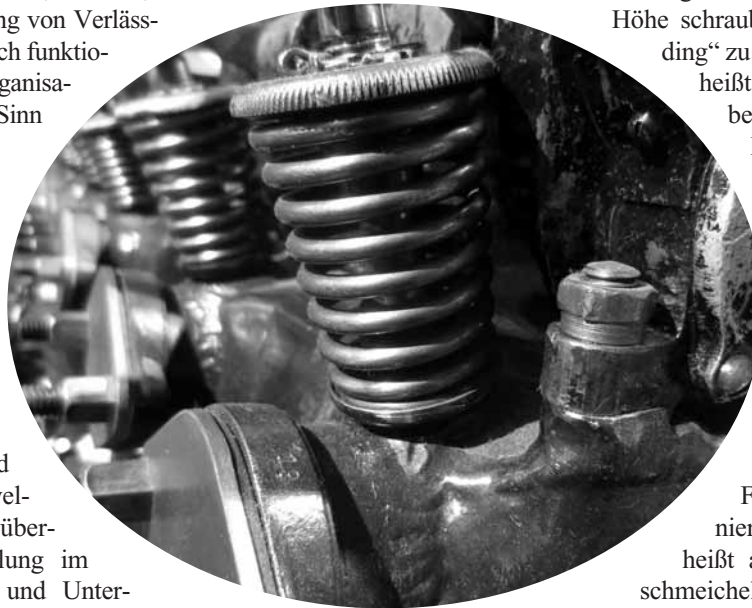
den. Sie können Prozesse, die kaum durch Standardisierung zu steuern sind, trotzdem mit Standards belegen und es der Initiative, dem Mut und Geschick der Fallzuständigen Fachkraft überlassen, Rechtfertigungen für das Abweichen von diesen Standards zu verfertigen.

Was heißt das? Das heißt, dass Jugendämter durchaus Entscheidungen treffen können (und dies auch empirisch belegbar tun), die die Bedingungen ihrer Leistungserstellung ignorieren. Was man hier sehen kann ist, dass Typenhaftigkeit nicht nur eine strukturelle Komponente hat (Etwas ist ein Unternehmen, Krankenhaus, Technologiekonzern), sondern nicht zuletzt eine Beobachtungsleistung ist (Etwas wird als Unternehmen, Krankenhaus, Technologiekonzern beobachtet). Fehlerfokussierung lebt vom Analogieschluss, dass das, was als best-practice zur Herstellung von Verlässlichkeit anderswo erfolgreich funktioniert, prinzipiell auch in Organisationen des Kinderschutzes Sinn macht.

Diese Idee bleibt jedoch nicht folgenlos. Sie ist der Boden, aus dem Sicherheitsversprechen in fragwürdige Höhen wachsen, auf dem die Schwerpunkte notwendiger Entwicklungen im Kinderschutz gedeihen und der darüber entscheidet, welche formalen Vorgaben überhaupt als Weiterentwicklung im Kinderschutz Abnehmer und Unterstützer finden.

Die fortgesetzte Orientierung auf Fehler und Fehlerlernen befördert ein problematisches Verständnis dessen, was in Jugendämtern und anderen „Organisationen des Kinderschutzes“ geschieht. Dieses Verständnis dunkelt systematisch die Spezifika der Leistungserstellung in Jugendämtern ab und festigt das Bild von Fallarbeit als einem quasi-technischen Geschehen. Das verbreitete prototypische Organisationsverständnis bereitet den Boden dafür, dass die „best-practices“ gänzlich anderer Organisationstypen zu Vorbildern der Entwicklung von Organisationen des Kinderschutzes avancieren.

Ein verkürztes Organisationsverständnis ist aber nicht nur ein akademisches Problem. Die Trivialisierung der Fallarbeit durch Fehlerfokussierung wiegt umso schwerer, als die wenigsten Bürger und Entscheider über Kontrastwissen durch



So überzeugend die Idee der Fehlerfokussierung auf den ersten Blick sein mag, so notwendig ist es, diese Fokussierung zu hinterfragen.

eigene Erfahrung verfügen: Anders als die Arbeit in Schulen ist Fallarbeit von Organisationen des Kinderschutzes für den größten Teil der Gesellschaft weitgehend undurchsichtig und diffus. Klar scheint nur: Es kann dort nicht mit rechten Dingen zugehen. So eingängig und überzeugend die Idee der Fehlerfokussierung auf den ersten Blick sein mag, so notwendig ist es, diese Fokussierung zu hinterfragen.

### Grounding Sozialer Hilfe: Organisierte Fallbearbeitung als komplexe und prekäre Leistungserstellung an der Grenze von Organisationen

Statt einer fortgesetzten Fehlerfokussierung, die die Sicherheitserwartungen an Fallbearbeitung weiter in die Höhe schraubt, ist es Zeit, ein „Grounding“ zu erwägen: Dieses Grounding heißt, die Erwartungen an Fallarbeit an die Besonderheiten der Leistungserstellung rückzubinden. Fehlerfokussierung macht als Steuerungsidee in nicht-koproduktiven, hochstandardisierten Organisationen Sinn. Fallarbeit ist kein Prozess wie jeder andere. Ihr Erfolg ist keine Selbstverständlichkeit. Sie kann im besten Fall gelingen, nicht „funktionieren“. Dieses Grounding heißt auch, professionsintern auf schmeichelhafte Fiktionen von Selbstwirksamkeit und Kontrolle zu verzichten:

Fallzuständige Fachkräfte sind keine Piloten und Eltern und Kinder sind nicht im „sicheren Bauch“ der Hilfe. Damit wird die empirische Frage virulent, in welchem Ausmaß Jugendämter oder andere Organisationen des Kinderschutzes überhaupt noch koproduktive, einzelfallspezifische Fallarbeit mit offenen Zukünften ermöglichen und unterstützen.

Gegen die Trivialisierung Sozialer Hilfe hilft es, ihre Differenz zu einer zu machen, die nicht nur „erwähnt“ und dann doch übergangen wird. Sie muss folgenreich gemacht werden. Dieses Unterfangen ist nicht nur langwierig, sondern auch konfliktreich und an Mühsal kaum zu übertreffen. Die Trivialisierung beginnt mit der Idee der prototypischen Organisation. Die Leistungserstellung in Organisationen Sozialer Arbeit ist (noch) nicht prototypisch. Profession spielt bei der Erstellung dieser Leistung eine Schlüsselrolle. Um die besonderen Herausforderungen und Leistungen Sozialer Hilfe sichtbar zu machen, ist nicht nur die Zähigkeit der Profession nötig, diese Spezifika einzufordern, sondern auch ein differenziertes Organisationsverständnis. Nur dann erkennt man: An der Trivialisierung Sozialer Hilfe haben Organisationen, Professionen und politische Entscheider nicht von vorn herein ein identisches Interesse.

## Anmerkungen:

- 1) Nicht gesagt werden muss, wer von wem lernt. Die Richtung des Transfers hat eine lange Tradition. Überraschend eigentlich, dass Soziale Arbeit so einseitig lernbereit ist. Man kann sich fragen: Könnten nicht auch andere Handlungsfelder von Sozialer Arbeit lernen?
- 2) Klatetzki (2010a) spricht von Sozialen Personenbezogenen Dienstleistungsorganisationen (SPDLO). Da sich die Leistungserstellung in Jugendämtern nicht auf Dienstleistungen beschränkt, wähle ich den genannten Begriff.

## Literatur:

Ackermann, Timo (2012): Aus Fehlern lernen im Kinderschutz. Die Arbeit im ASD als Interaktions-, Dokumentations- und Organisationspraxis. In: Werner Thole, Alexandra Retkowski und Barbara Schäuble (Hg.): *Sorgende Arrangements: Kinderschutz zwischen Organisation und Familie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 121–142.

Biesel, Kay (2011): Wenn Jugendämter scheitern. Zum Umgang mit Fehlern im Kinderschutz. Bielefeld: Transcript.

Biesel, Kay; Wolff, Reinhart (2013): Aus Kinderschutzfehlern lernen. Eine dialogisch-systemische Rekonstruktion des Falles Lea-Sophie. Bielefeld: Transcript (Gesellschaft der Unterschiede, 16).

Bode, Ingo; Turba, Hannu (2014): *Organisierter Kinderschutz in Deutschland. Struktur- und Modernisierungsparadoxien*. Wiesbaden: Springer VS.

Büchner, Stefanie (im Erscheinen): Specializing Attention - Deep Rules in Spezialdiensten des Kinderschutzes. In: Bernd Dollinger, Axel Groenemeyer und Dorothea Rzepka (Hg.): *Devianz als Risiko. Neue Perspektiven des Umgangs mit abweichendem Verhalten, Delinquenz und sozialer Auffälligkeit*. Weinheim: Beltz Juventa.

Büchner, Stefanie (2014): Der Fall Kevin - Warum wird geholfen, wenn Hilfe nicht mehr hilft? In: Jens Bergmann, Matthias Hahn, Antonia Langhof und Gabriele Wagner (Hg.): *Scheitern. Organisations- und wirtschaftssoziologische Analysen*. Wiesbaden: Springer, S. 131-158.

Fegert, Jörg M.; Schnoor, Kathleen; Kleid, Stefanie; Kindler, Heinz; Ziegenhain, Ute (2008): Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen. – Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse. Abrufbar unter: [www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lernen-aus-problematischen-Kinderschutzverl\\_C3\\_A4ufen.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lernen-aus-problematischen-Kinderschutzverl_C3_A4ufen.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf) (letzter Zugriff: 1.2.2015)

Kieser, Alfred (Hg.) (2006): *Organisationstheorien*. 6., erw. Stuttgart: Kohlhammer.

Klatetzki, Thomas (Hg.) (2010): *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden.

Klatetzki, Thomas (2010a): Zur Einführung: Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisation als Typus. In: Thomas Klatetzki (Hg.): *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S. 7-24.

Luhmann, Niklas (1987): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Luhmann, Niklas (1999): *Funktionen und Folgen formaler Organisation*. Berlin: Duncker & Humblot.

Luhmann, Niklas (2009): Zur Komplexität von Entscheidungssituationen. In: *Soziale Systeme* 15 (1), S. 3-35.

Tacke, Veronika; Apelt, Maja (2011): Einleitung. In: Maja Apelt und Veronika Tacke (Hg.): *Handbuch Organisationstypen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7–20.

Wolff, Reinhart; Biesel, Kay; Heinitz, Stefan (2011): Child Protection in an Age of Uncertainty: Germany's Response. In: Neil Gilbert, Nigel Parton und Marit Skivenes (Hg.): *Child protection systems. International trends and orientations*. New York, NY: Oxford University Press (International policy exchange series), S. 183–203.

Wolff, Reinhart; Flick, Uwe; Ackermann, Timo; Biesel, Kay; Brandhorst, Felix; Heinitz, Stefan et al. (2013): *Aus Fehlern lernen - Qualitätsmanagement im Kinderschutz. Konzepte, Bedingungen, Ergebnisse*. Leverkusen: Barbara Budrich.

Alle Fotos: Stefanie Büchner



## Stefanie Büchner



(M.A. Soziologie, Dipl. Sozialarbeiterin (FH)) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Organisations- und Verwaltungssoziologie an der Universität Potsdam. Sie forscht zur Fallbearbeitung in Organisationen Sozialer Hilfe. Weitere Schwerpunkte sind der Umgang mit Risiko und Unsicherheit sowie die Digitalisierung von Fallakten.