

Kinderschutz zwischen Jugendhilfe und Medizin. Erkundungen und Befunde zur Organisation und Resonanz von Kinderschutzarbeit in einer westdeutschen Großstadt

Bohrer, Anne-Kathrin; Lasch, Katja; Haase, Judith; Kindler, Heinz; Schnorr, Vanessa; Schrapper, Christian; Witte, Susanne

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bohrer, A.-K., Lasch, K., Haase, J., Kindler, H., Schnorr, V., Schrapper, C., Witte, S. (2022). Kinderschutz zwischen Jugendhilfe und Medizin. Erkundungen und Befunde zur Organisation und Resonanz von Kinderschutzarbeit in einer westdeutschen Großstadt. Sozial Extra, 46(2), 118-127.

<https://doi.org/10.1007/s12054-022-00462-7>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC-BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

e

Terms of use:

This document is made available under a CC-BY Licence (Attribution). For more Information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Diese Version ist zitierbar unter / This version is citable under:

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0295-opus4-43710>

Kinderschutz zwischen Jugendhilfe und Medizin

Erkundungen und Befunde zur Organisation und Resonanz von Kinderschutzarbeit in einer westdeutschen Großstadt

Kinderschutz ist zugleich ein aktuelles und (zeit-)historisches Thema. Ob und wie sich Kinderschutzfälle und die Kinderschutzarbeit, über die öffentlich intensiv diskutierte Gefährdungsform sexueller Gewalt hinaus, über die Zeit hinweg tatsächlich verändert haben, dazu gibt es für Deutschland bislang kaum vergleichende empirische Analysen.

In der Geschichte der Bundesrepublik gab es in den 1980er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts einen beginnenden Diskurs um sexuellen Missbrauch in Familien (Kavemann und Lohstöter 1984), während ab Mitte der 1990er-Jahre ein „Missbrauch mit dem Missbrauch“ behauptet wurde (Rutschky 1992). Kinderschutz und Kinderschutzforschung sind multidisziplinär: sozialpädagogisch und medizinisch geprägte Institutionen, wie etwa Jugendämter und Kliniken, können dabei unabhängig agieren, in wechselnden Rollen zusammenarbeiten oder auch konkurrieren. Wie sich Professionen und Institutionen in dieser Arbeit zueinander stellen, ist daher auch eine Frage mit historischer Dimension (s. Heinitz 2020 und seinen Beitrag i. d. Schwerpunkt).

Die konkrete Ausgestaltung von Kinderschutz zeigt sich dabei nicht bundeseinheitlich und kann deshalb nur lokal untersucht und vor dem Hintergrund entsprechender regionaler Kontexte verstanden werden. In diesem Beitrag werden im Überblick Befunde eines solchen Versuchs lokaler Kinderschutzforschung vorgestellt, wobei verschiedene Formen empirischen Materials bearbeitet und mehrere methodische Zugänge realisiert werden. Im Mittelpunkt steht die seit mehr als 35 Jahren bestehende Ärztliche Kinderschutzambulanz am Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf (KSA). Zunächst wird über drei Jahrzehnte hinweg anhand der KSA-Akten untersucht, wie sich Fallzahlen, Anlässe für eine Anmeldung und die Zusammensetzung anmeldender Personen bzw. Stellen verändert haben. Im zweiten Schritt werden, unter Beiziehung von Jugendamtsakten, Muster der gemeinsamen Bearbeitung von Kinderschutzfällen durch das Jugendamt der Stadt Düsseldorf

und die KSA präsentiert. Anschließend werden, drittens, auf der Grundlage einer vertiefenden Analyse von KSA-Akten, Konstruktionen von Kindern in diagnostischen Prozessen untersucht. Schließlich wurden biographisch-narrative Interviews mit (jungen) Erwachsenen geführt, die an der KSA angemeldet waren, da die Perspektiven von Kindern bzw. Jugendlichen im Kinderschutz immer noch weitgehend fehlen. Der Beitrag schließt mit einer Bündelung der Ergebnisse, die an anderen Stellen detaillierter veröffentlicht wurden bzw. werden, und Schlussfolgerungen für die Kinderschutzforschung an der Schnittstelle von Medizin und Sozialer Arbeit.

Ausgangspunkte und Fragen an einen besonderen Materialfundus

Das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) finanzierte Kooperationsprojekt „Kinderschutzkarrieren“ hat die Organisation des Kinderschutzes innerhalb einer medizinischen Spezialambulanz mit ihren Verbindungen zum Jugendamt in einer westdeutschen Großstadt (Düsseldorf) zwischen 1985 und 2015 rekonstruiert. Die KSA und das Jugendamt haben dafür den Zugang zu Daten und Dokumenten, insbesondere knapp 5000 Fallakten der KSA zu Kindern aus dem Stadtgebiet Düsseldorf, ermöglicht. Darüber hinaus wurden umfangreiche Dokumente zur Entwicklung, Konzeption und Arbeit der KSA ausgewertet (s. Heinitz 2020 und seinen Beitrag i. d. Schwerpunkt).

Aufgrund vorgeschriebener Aktenvernichtung war der verfügbare Bestand im Jugendamt deutlich geringer. Hier war ein Zugriff auf ca. 900 Fallakten ab dem Jahr 2005 möglich. Ausgewählt wurden hier für die Analysen nur Akten mit Bezug zur Kinderschutzambulanz.



Anne-Kathrin Bohrer

Universität Koblenz-Landau, Koblenz, Deutschland
*1987. Dipl. Päd., bis Sep. 2021 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pädagogik an der Universität Koblenz-Landau in Koblenz
aboehrer@uni-koblenz.de



Katja Lasch

Düsseldorf, Deutschland
*1980. Diplom-Sozialarbeiterin/-Sozialpädagogin, Mitarbeiterin der Fachstelle Kinderschutz im Jugendamt, Soziale Dienste, der Landeshauptstadt Düsseldorf
Katja.Lasch@duesseldorf.de



Judith Haase

Münster, Deutschland
*1980. Prof. Dr., Diplom-Sozialarbeiterin/-Sozialpädagogin, Professur für Theorien und Konzepte der Sozialen Arbeit an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen
j.haase@katho-nrw.de



Heinz Kindler

Altötting, Deutschland
*1963. Prof. Dr., Dipl.-Psych., Leitung Fachgruppe „Familienhilfe und Kinderschutz“ am Deutschen Jugendinstitut e. V. in München
kindler@dji.de



Vanessa Schnorr

Mainz, Deutschland
*1978. Prof. Dr., Diplom-Pädagogin, Professur für Methoden der Sozialen Arbeit an der Katholischen Hochschule Mainz
vanessa.schnorr@kh-mz.de



Susanne Witte

Altötting, Deutschland
*1985. Dr. phil., Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Referentin in der Fachgruppe „Familienhilfe und Kinderschutz“ am Deutschen Jugendinstitut e. V. in München
witte@dji.de



Christian Schrapper

Münster, Deutschland
*1952. Prof. Dr., Sozialarbeiter grad., Diplom-Erziehungswiss., bis 2018 Prof. für Pädagogik an der Universität Koblenz-Landau
Schrappe@uni-koblenz.de

Solche Fallakten stellen das zentrale Medium zur Dokumentation des kinderschutzdiagnostischen Prozesses dar. Sie entstehen, indem bei der Institution tätige Personen nach organisationsspezifischen Vorgaben Informationen über ein Kind und seine Situation erheben, verschriftlichen und sammeln.

Zusammenfassung Der Beitrag gibt einen Einblick in das auf einer vielfältigen Datenbasis aufbauende Forschungsprojekt „Kinderschutzkarrieren“. Ziele der Studie waren die Rekonstruktion der Organisation von Kinderschutzarbeit in einer westdeutschen Großstadt an der Schnittstelle einer medizinischen Spezialeinrichtung zur Diagnostik und dem örtlichen Jugendamt. Untersucht wurden über 4000 Falldokumentationen aus 35 Jahren Kinderschutzarbeit, die Kooperationen von Medizin und Jugendamt in ausgewählten Fallverläufen, die Konstruktion des Kinderschutzkindes in den Diagnoseprozessen sowie die rückblickende Bewertung solcher Schutzmaßnahmen durch ehemalige „Kinderschutzkinder“.

Schlüsselwörter Kinderschutz, Multiprofessionelle Kooperation, Interinstitutionelle Kooperation, Medizin, Kinder- und Jugendhilfe, Mixed-Methods-Forschung, Dokumentenanalyse, Interviewstudie

Jenseits bereits vorliegender Analysen aus den Anfangsphasen organisierten Kinderschutzes in Deutschland (Richter 2011) wird erstmals beschrieben, wie sich Kinderschutzinterventionen und die in den Akten sichtbar werdenden Fallverläufe an der Schnittstelle zwischen Jugendamt und medizinischem Spezialdienst an einem Ort in Deutschland über mehrere Jahrzehnte entwickelt haben. Das Projekt schließt damit an die zunehmend umfangreichere Forschung mit Aktenbeständen im Kinderschutz an (Witte 2020). Akten liefern nicht nur Informationen zu den bearbeiteten Fällen, sondern gewähren Einblick in subjektive, organisationsgeprägte und fachliche Relevanzsetzungen und wirkmächtige Deutungen von gefährdeter Kindheit.

Kinderschutzarbeit aus 35 Jahren in Falldokumentationen

Die Fallakten der KSA von 1985 bis 2014 wurden im Hinblick auf die Fallzahlentwicklung sowie die Anmeldkontexte und -gründe in der KSA ausgewertet und eingeordnet. Zu berücksichtigen ist, dass die im medizinischen Kontext verortete KSA nahezu ausschließlich Diagnosen erarbeitet und kaum eigenen therapeutischen Angebote macht (auch dazu Heinitz i. d. Schwerpunkt).

Fallzahlentwicklung

Seit der Gründung der KSA wurden 4811 Kinder angemeldet (vgl. Abb. 1). Mit Ausnahme kleiner Schwankungen stiegen die Fallzahlen seit der Gründung im Jahr 1985 zunächst auf bis zu 191 Anmeldungen im Jahr 2001. In den Jahren 2002 und 2003 wurden deutlich weniger Kinder angemeldet. Dies änderte sich in den Jahren 2004 und 2005 und die 200er-Marke wurde überschritten. Ab 2006 unterlagen die Zahlen jährli-

Extrablick: Medizinischer Kinderschutz

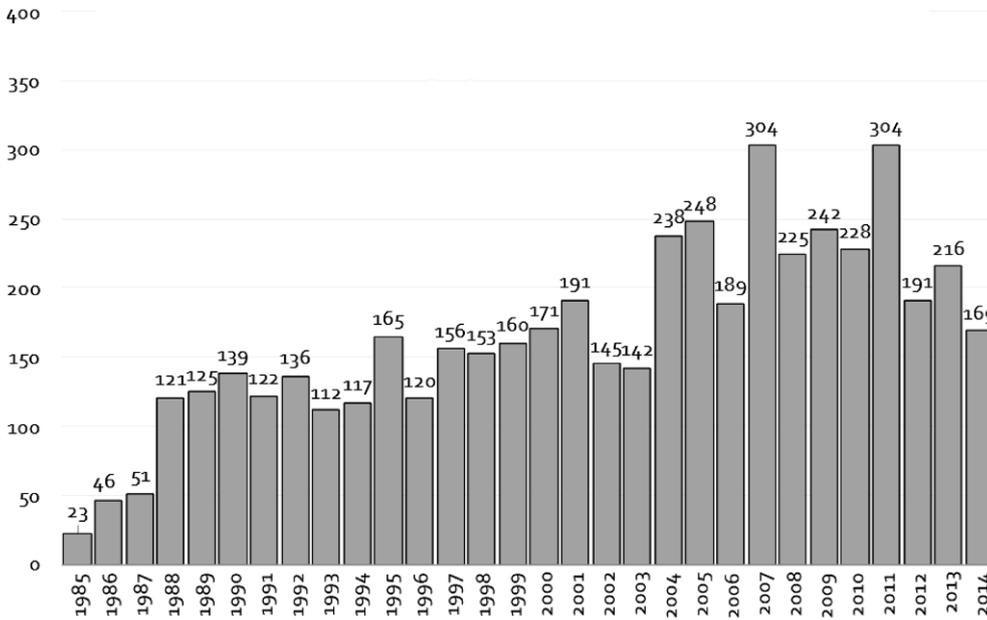


Abb. 1 Fallzahlenentwicklung in der KSA 1985–2014

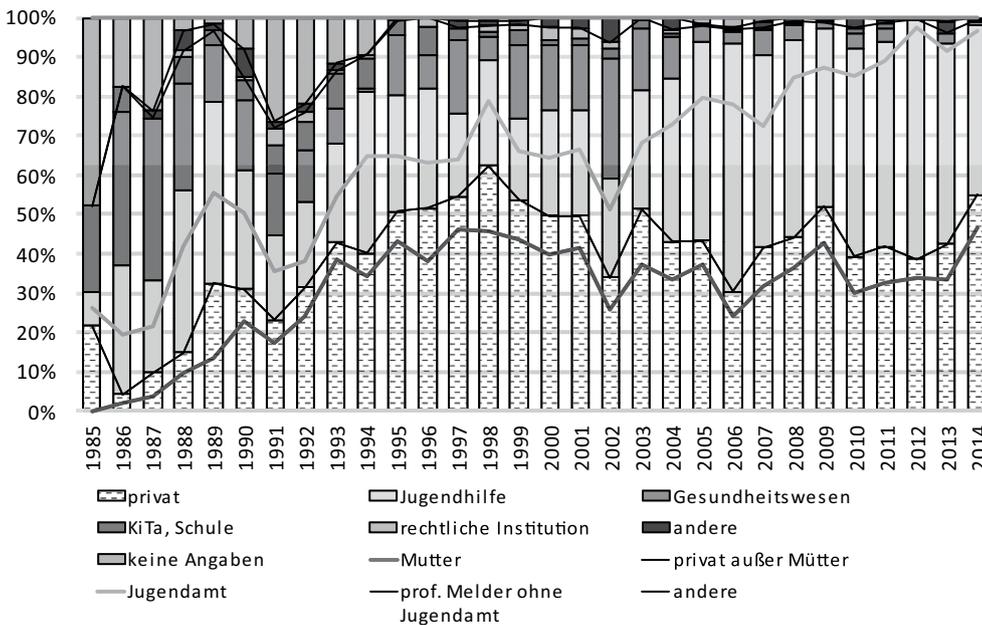


Abb. 2 Personen(gruppen), die Kinder in der KSA anmelden

chen Veränderungen und erreichten in den Jahren 2007 und 2011 mit je 304 Fällen ihren Höchststand.

Die Gründe für die Fallzahlenentwicklung sind vermutlich mehrschichtig. In der Modellphase von 1985 bis 1988 musste sich das Angebot zunächst organisieren. Die Verstetigung und Institutionalisierung der KSA ab 1988 war dann mit einer Erweiterung der Personalressourcen verbunden. Zudem etablierte sich die Kinderschutzambulanz als Spezialeinrichtung im Kontext der damaligen Diskussion über ärztliche Beratungsstellen im Kinderschutz (vgl. Heinitz i. d. Schwerpunkt). Die konzeptuelle Öffnung der KSA für familienbezogene Diagnostik in den Jahren 1995 bis 2004 schlug

sich auch in allmählich steigenden Fallzahlen nieder. Eine stärkere Öffnung für die Kooperation mit dem Jugendamt und das Aufgreifen kommunaler Diskurse beispielsweise, um den Bedarfen junger Familien gerecht zu werden, z. B. in Form entsprechender Angebote Früher Hilfen, ging dann noch einmal mit sprunghaft steigenden Fallzahlen einher.

Neben der (im letzten Absatz) dargestellten konzeptuellen Entwicklung der KSA könnte die Entwicklung der Fallzahlen auch durch Veränderungen in der Stadtgesellschaft verursacht (z. B. eine deutliche Zunahme der Bevölkerung) worden sein. Ob die Fallzahlentwicklung im Gleichklang oder in Differenz zur Entwicklung der

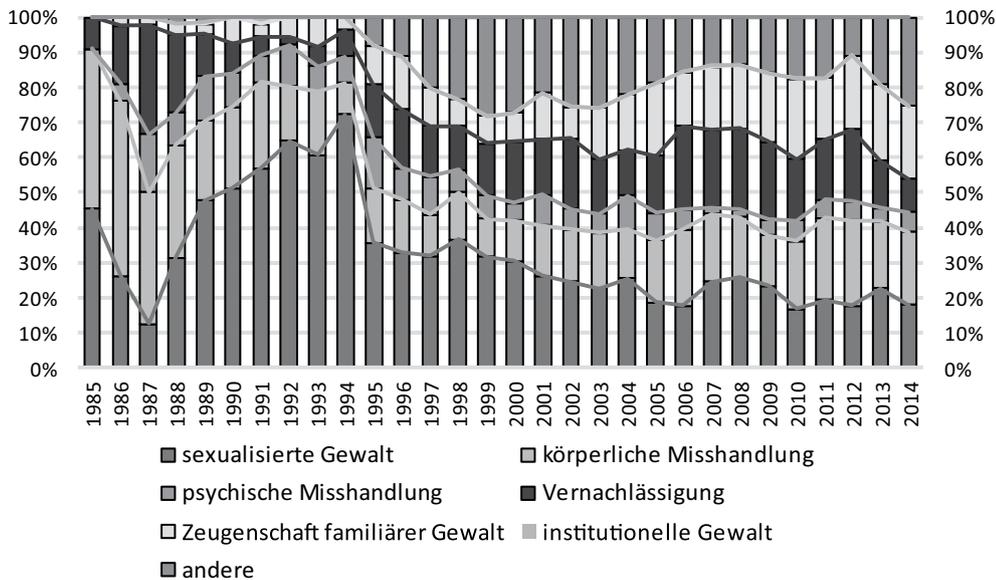


Abb. 3 Anlässe für die Anmeldung der Kinder in der KSA

Kinderschutzfälle beim Jugendamt erfolgte, ist unklar, weil eine amtliche Kinderschutzstatistik erst seit 2012 existiert. Jahre mit bundesweiten Kinderschutzskandalen (z. B. Jessica: 2005; Kevin: 2006) oder öffentlichkeitswirksamen Reformen im Kinderschutzrecht (z. B. Einführung des § 8a SGB VIII: 2005, Bundeskinderschutzgesetz: 2012) fallen in einen Zeitraum mit hohen Fallzahlen. Daher könnte vor allem der Anstieg der Fallzahlen ab Mitte der 2000er von der insgesamt verstärkten Kinderschutzdebatte beeinflusst sein.

Anmeldekontexte

Menschen, die Kinder bei der KSA anmelden (vgl. Abb. 2), sind sowohl Personen aus dem privaten Umfeld des Kindes als auch Akteur_innen aus am Kinderschutz beteiligten Organisationen. Mehr als die Hälfte der in der KSA vorgestellten Kinder wurden durch Mitarbeitende aus Institutionen, hauptsächlich aus der Kinder- und Jugendhilfe, angemeldet. Das Jugendamt stellt hier den größten Anteil. Von 2005 bis 2014 werden allein 42 % aller Kinder über das Jugendamt in der KSA angemeldet. Über das Gesundheitswesen, Kindertageseinrichtungen oder Schulen werden in den ersten beiden Jahrzehnten etwa 20 bis 30 % angemeldet, ab 2004 aber zunehmend weniger. Die Bereiche der Familien- und Strafgerichtsbarkeit melden ab 2004 keine Fälle mehr an, da von der KSA keine Gutachten für Gerichtsverfahren mehr übernommen wurden.

Die Anmeldungen durch Privatpersonen schwankte stark und erreichte Ende der 1990er-Jahre ihren Höchstwert von mehr als 50 %, die auch 2014 fast wieder erreicht wurden. Mütter bildeten in den letzten beiden Jahrzehnten mit 24 % im Jahr 2006 und 46 % im Jahr

2014 davon den höchsten Anteil. In nur 0,7 % der Fälle haben sich Kinder selbst an die Institution gewandt.

Die Kontakthanlässe

Bei der Kontaktaufnahme kategorisiert die KSA Inhalte der Anmeldungen in unterschiedliche vermutete Gewaltformen: sexualisierte Gewalt, körperliche Misshandlung, psychische Misshandlung, Vernachlässigung, Zeugenschaft familiärer Gewalt, institutionelle Gewalt und andere. Ob die Kinder diese Gewalt tatsächlich erleben, ist dann Gegenstand der Diagnostik.

Der Zugang zum Kinderschutzsystem hinsichtlich der angenommenen Art der Gewaltphänomene unterliegt Konjunkturen; solche lassen sich auch in den Daten der KSA erkennen. Ab Ende der 1980er-Jahre dominiert sexualisierte Gewalt als Anmeldegrund zunächst gegenüber anderen Problemkonstellationen, um dann ab Mitte der 1990er Jahre kontinuierlich auf zuletzt ca. ein Fünftel zurückzugehen. Vor allem die Zeugenschaft familiärer Gewalt kann als neue Fokussierungen in den Anmeldungen, vor allem ab den 2000er Jahren, verstanden werden.

Die psychische Misshandlung an Kindern als Kontaktgrund bewegte sich spätestens ab Ende der 1990er-Jahre kontinuierlich im Bereich von unter 10 %. Institutionelle Gewalt hatte kaum Relevanz als Anmeldeanlass, während als ‚andere‘ kategorisierte Probleme als Anmeldegründe stärker hervortraten. Darunter wurden belastete Kind-Eltern-Beziehungen, Erziehungsprobleme der Eltern, Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Trennung oder Scheidung sowie Belastungen der Kinder subsumiert (Abb. 3).

Der in den ersten Jahren der KSA stark zunehmende Anteil der Fälle mit angenommener sexueller Gewalt

als Kontaktpunkt kann mit der fachlichen sowie medialen Aufmerksamkeit ab den 1980er-Jahren begründet werden (Heinitz 2020, S. 64, 96 f.). Die Schwierigkeit von Diagnose und Therapie bei sexueller Kindesmisshandlung drängt die Arbeit mit ebenso schwerwiegenden Problematiken von körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung in der KSA für einige Jahre aus dem professionellen Fokus an die Peripherie (Fürniss 2005, S. 19). Ebenso kann die Entwicklung von Kontaktaufnahmen aufgrund von Zeugenschaft familiärer Gewalt als Ausdruck einer fachlichen sowie öffentlichen Debatte seit der 1990er-Jahre gewertet werden. Die Zahlen verdeutlichen, dass die Wahrnehmung und Bewertung von Gewalt gegenüber Kindern von erkennbaren Entwicklungszyklen geprägt scheint.

In den ausgewerteten Falldokumentationen einer medizinischen Diagnostikeinrichtung aus gut 30 Jahren präsentiert sich Kinderschutz als wandelbare soziale Konstruktionen, die mit vorherrschenden Relevanzsystemen wie sozialpolitischen Konnotationen, fachlichen Diskursen und dazugehörigen politischen, gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Leitbildern eng verwoben erscheint. Ob Bedarfe und Risiken von Kindern erkannt und behandelt, ob und wie sie und ihre Eltern unterstützt oder kontrolliert werden, hängt wohl weniger von „objektiven“ Lebensumständen oder Gefährdungslagen ab. Vielmehr scheint relevant, was jeweils politisch und fachlich diskutiert wird und welche gesellschaftlichen Entwicklungen den Kinderschutzdiskurs bestimmen. Um so interessanter ist es, solche Einflussfaktoren und Prägungen für die konkrete Organisation von Kinderschutz in den Blick zu nehmen. Dazu sollen im Folgenden erste Befunde für die Gestaltung von Kooperationen zwischen Medizin und Jugendhilfe in konkreten Fallverläufen (Kap. 3), für den professionellen Blick auf Kinderschutzkinder (Kap. 4) und für rückblickende Bewertungen von erlebtem Kinderschutz durch „ehemalige Kinderschutzkinder“ (Kap. 5) vorgestellt werden. Abschließende Analysen und eine zusammenfassende Veröffentlichung stehen noch aus.

Kinderschutz muss organisiert werden: Fallverlaufsmuster zwischen Jugendamt und Kinderschutzambulanz

Wie wird Kinderschutz an der Schnittstelle von Jugendhilfe (den Fachkräften des zuständigen städtischen Jugendamtes) und Medizin (hier den Expert_innen der diagnostischen Spezialeinrichtung Kinderschutzambulanz) konkret gestaltet? Solche Abläufe in der Zusammenarbeit verschiedener Akteure im Kinderschutz sind empirisch bislang wenig untersucht. Das besondere Material umfangreicher Falldokumentationen aus Jugend-

amt und KSA zum gleichen Fall bot die Möglichkeit, Beteiligungen, Funktionen und Ergebnisse im Verlauf eines Kinderschutzfalles zu rekonstruieren. Hierzu wurden in 30 Fällen KSA-Akten und die entsprechenden Fallakten des Jugendamtes zusammengeführt, die Fallverläufe an der Schnittstelle zwischen Kinderschutzambulanz und Jugendamt rekonstruiert und analysiert (zur Methodik: Schrapper 2013; Schrapper und Schnorr 2012). Deutlich wurden vier unterscheidbare Typen von Fallverläufen:

- **Typ 1, „Aufregung, Aufklärung, Beruhigung, Beendigung“** (6 von 30 Fällen). Mindestens eine Person im Lebensumfeld eines auffällig oder belastet erscheinenden Kindes engagiert sich für dessen Wohl. Zudem schließt mindestens eine Fachkraft im Helfersystem eine Kindeswohlgefährdung nicht aus. Die Bezugspersonen/Eltern des Kindes sind an einer Abklärung interessiert und zur Mitwirkung bereit. Im Rahmen einer umfassenden Diagnostik durch die KSA kann das besorgniserregende kindliche Verhalten eingeordnet und verstanden werden. Eine Kindeswohlgefährdung bestätigt sich dabei nicht und weitere spezielle Unterstützungsangebote erscheinen nicht erforderlich.
- **Typ 2, „Aufregung, Aufklärung, Mitwirkung“** (11 von 30 Fällen). Eine bereits zuständige Fachkraft im Jugendamt sieht Handlungsbedarf, das Kindeswohl zu gewährleisten bzw. zur Abklärung von Gefährdung, teilweise auch für erste Schutzmaßnahmen (Inobhutnahmen). Die Bezugspersonen des Kindes reagieren zu Beginn des Hilfeverlaufs in der Bewertung der Helfer unkooperativ, können jedoch durch eine (verstehende) Diagnostik von der Notwendigkeit einer Veränderung zum Wohle des Kindes überzeugt werden und setzen die Empfehlungen der KSA unter Mitwirkung der Bezirkssozialarbeit des Jugendamtes dann zuverlässig um.
- **Typ 3, „Aufregung, Ermittlung, Einstellung“** (10 von 30 Fällen). Eine Fachkraft im Jugendamt sieht ein Kind als gefährdet an und veranlasst gegen den Willen der Bezugspersonen eine Inobhutnahme. Die Eltern des Kindes fühlen sich unverstanden und verweigern ihre Mitarbeit am Diagnostik- und Hilfeprozess. Eine längerfristige Unterbringung scheitert, da das Familiengericht einem Entzug der elterlichen Sorge nicht zustimmt. Die fallführende Fachkraft „resigniert“. Weitere (ambulante) Hilfen werden aus unterschiedlichen Gründen nicht angeboten oder umgesetzt.
- **Typ 4, „Aufregung, Ermittlung, Eingriff“** (3 von 30 Fällen). Eine Person aus dem Lebensumfeld des Kindes sieht eine akute Kindeswohlgefährdung und teilt dies kontinuierlich dem Helfersystem mit. Die Mitarbeitenden des Jugendamtes teilen die Sorge und

intervenieren, u. a. indem sie das Familiengericht anrufen und eine Diagnostik veranlassen. Das Familiengericht entzieht, legitimiert durch Befunde der KSA, die elterliche Sorge ganz oder teilweise, wodurch den Kindern positiv eingeschätzte Entwicklungen ermöglicht werden. Die Eltern können nicht für eine Mitarbeit gewonnen werden; teilweise reißt ihr Kontakt zum Kind ab.

Die Analysen zeigen, welcher Stellenwert dem „Zusammenwirken“ von Fachkräften und ihren Organisationen für den Verlauf von Kinderschutzfällen zukommt – oder wie komplex Kinderschutz organisiert wird. Am Anfang steht immer die „**Aufregung**“ einer konkreten Person, entweder aus dem Lebensumfeld des Kindes (Verwandte, Nachbarn, Kita, Schule) oder aus dem Jugendamt, die die Situation eines Kindes als bedrohlich oder gefährdend wahrnimmt und Klärung einfordert. Ohne solche „**Treiber**“ kommt es in keinem Fall zu Kinderschutzaktivitäten. Danach können Formate einer „**Aufklärung**“, die auf Beteiligung und Mitwirkung der Eltern setzen von solchen der „**Ermittlung**“, die eher ohne Zustimmung oder Mitwirkung der Eltern/ Bezugspersonen Klärung der vermuteten Gefährdungen versuchen, unterschieden werden. Die Fachdiagnostik der KSA kann dabei für die Eltern sowohl einladende und aktivierende Wirkungen entfalten, als auch Abgrenzung und Widerstand hervorrufen. Für die betroffenen Kinder verbessert sich ihre Lebenssituation erkennbar, wenn Eltern zur **Mitwirkung** gewonnen werden können (17 von 30 Fällen) oder in wenigen Fällen, wenn ein **Eingriff**, begründet durch die Befunde der KSA, familiengerichtlich durchgesetzt wird.

„Kinderschutzkarrieren“ erscheinen in diesen Verlaufsanalysen maßgeblich durch einzelfallbezogene, situations- und personenabhängige Kooperationen geprägt. Dabei wird deutlich, dass insbesondere ein kooperativer, vertrauensbasierter und auf Mitwirkung angelegter Kinderschutz (Typ 1 und 2) Kinder erfolgreich schützen kann. Dies gelingt insbesondere dann, wenn betroffene Organisationen kindliche Gefährdungssituationen ähnlich einschätzen, erarbeitete Befunde der jeweils anderen Organisation wertschätzend annehmen und im weiteren Hilfeverlauf beachten. Interventionsorientierter Kinderschutz (Typ 4) ist in diesem Sample zwar die Ausnahme, kann aber dann zu gelingendem Schutz führen, wenn alle Beteiligten im Kinderschutzsystem ihre Bewertungen abgestimmt durchsetzen.

„Nicht gelingende Kooperationen“ (Typ 3) hingegen zeichnen sich dadurch aus, dass wenig Austausch und Kommunikation zwischen den Fachkräften stattfindet. Die Akteure aus Jugendamt und medizinischer Diag-

nostik bearbeiten jeweils ihren Auftrag, ohne dabei erkennbar Befunde und Vorgehensweisen der anderen zu integrieren. Im Ergebnis kann weder die Mitwirkung der Eltern gewonnen noch vor Gericht ein Entzug der elterlichen Sorge durchgesetzt werden. Für die betroffenen Kinder bedeutet dies, dass weder Unterstützung noch Schutz erreicht werden.

In weitergehenden Analysen wird noch zu klären sein, welche strukturellen und konzeptionellen Kontexte die Zusammenarbeit von Medizin und Jugendhilfe in die eine oder andere Richtung beeinflussen. Erste Hinweise liefern zusätzliche Analysen, in denen Details des Vorgehens und der Empfehlungen in der KSA kodiert und zum Vorgehen des Jugendamtes sowie dem Fallverlauf in den nächsten zwei Jahren in Beziehung gesetzt wurden. Hierbei zeigte sich beispielsweise, dass die kindbezogene Diagnostik in der KSA im Verlauf ihrer Entwicklung zwischen 1985 und 2015 deutlich intensiver wurde. Auch wurden direkt kindbezogene Empfehlungen für Hilfen der KSA vom Jugendamt ganz überwiegend, nämlich zu 72 %, aufgegriffen. Da dies für Empfehlungen bezogen auf die Mutter oder den Vater nicht der Fall ist, wäre zu vermuten, dass der KSA seitens des Kooperationspartners Jugendamt eine besondere Kompetenz für die Beurteilung der Bedarfe von Kindern, weniger der Erwachsenen, zugeschrieben wird. Für die Effektivität des Systems insgesamt ist wichtig, dass trotz eingehender Diagnostik in der KSA, im weiteren Verlauf bei gut einem Drittel der Kinder mindestens eine weitere Gefährdungsmitteilung einging und bei etwa zwei Drittel der Kinder, ausweislich der Jugendamtsakte, weiter erhebliche Probleme im Entwicklungsverlauf berichtet werden, eine deutliche Verbesserung also nicht erreicht werden konnte. Es ist damit nicht gesagt, dass solche Verbesserungen nicht möglich bzw. durchsetzbar wären, für den Kinderschutz als lernendes System sind aber derartige Rückmeldungen als Reflexionsanlass wichtig.

Zur Konstruktion von Kinderschutzkindern als „Kronzeugen“

Dieser Abschnitt geht der Frage nach, welche Stellung die Fachkräfte den Kindern im Prozess der Diagnostik geben. Kinder werden im Kinderschutz noch wenig als Protagonist_innen wahrgenommen und in die Gestaltung der Schutzprozesse einbezogen (u. a. Freres et al. 2019; Witte et al. 2021).¹ Medizinischer Kinderschutz nimmt teilweise für sich in Anspruch, über den Körper von Kindern und dessen Bedürfnisse (z. B. Albert et al. 2014) oder über die Diagnostik der psychischen Befindlichkeit Kinder stärker in den Mittelpunkt zu rücken. Vor diesem Hintergrund wurden am Beispiel der KSA die subjektiven Konstruktionsleistungen professi-

oneller Kinderschutzakteur_innen untersucht. Ziel war es, Deutungsmuster im Blick auf die Kinder herauszuarbeiten und zu erfassen, welche Stellung den Kindern, ihrem Wohlbefinden und ihren Sichtweisen in den Verfahren gegeben werden. Dazu wurden 28 Fallakten aus den Jahren 2010 bis 2014 in einem mehrschrittigen Kodierverfahren (Corbin und Strauss 2015) qualitativ-vertiefend analysiert.

Die Untersuchungen der Fallakten mündet in die Metapher „*Kinder als Kronzeugen*“ als übergeordnetem Sinngebungsmodus, der den Diagnostikprozess rahmt und die Arbeitslogiken steuert. Die Metapher des *Kronzeugen* drückt aus, dass die Kinder aus Sicht der Fachkräfte über Insiderwissen verfügen und dass dieses elementar ist zur Aufklärung einer möglichen Gefährdung. In dieser Sinngebung müssen Kinder von den Fachkräften zu umfassenden Aussagen gebracht werden, denn nur so können diese die Situation der Kinder beurteilen, das ihnen zugefügte Leid aufdecken und entsprechende Unterstützungs- und Schutzmaßnahmen zur Beendigung von Gewalt und Gefährdungen empfehlen.

Der diagnostische Prozess in der KSA verläuft typischerweise in drei Phasen, von denen die erste und die dritte Phase ohne die Kinder gestaltet werden (Haase 2021, S. 233 f.). Zunächst sorgt sich eine erwachsene Person im privaten oder institutionellen Umfeld um die Kinder, meldet sie an und bittet um die Abklärung von Ursachen, Zusammenhängen und zu empfehlenden Maßnahmen (Phase 1). Jede Diagnostik mündet folglich darin, dass die Kinder beurteilt und die Eltern oder andere Beteiligte wie die Fachkräfte des Jugendamtes mündlich und schriftlich über die Befunde informiert werden (Phase 3). In den Akten gibt es keine Hinweise darauf, dass die Kinder an den sie betreffenden Entscheidungen in diesen beiden Phasen beteiligt werden. Statt *mit* den Kindern wird *über* sie gesprochen. An die Kinder wird in diesen beiden Phasen als *Nicht-Akteure* herangetreten.

Dazwischen, also in der Hauptphase, finden sechs bis acht Termine mit den Kindern selbst statt. Hier versuchen die Fachkräfte die *Kinder als Kronzeugen* zu Aussagen über die vermuteten Erfahrungen und Probleme anzuregen (Haase 2021, S. 162 ff.). Während der Einzelsitzungen werden das Verhalten, die Äußerungen, Fähigkeiten oder auch das Erscheinungsbild der Kinder beobachtet und in den Aktenvermerken dahingehend bewertet, ob die Kinder sich entsprechend den an sie gestellten Erwartungen als *Kronzeugen* eher konform oder eher nonkonform verhalten (Haase 2021, S. 192). In der Hauptphase der Diagnostik sind die Kinder also anders als zu Beginn und beim Abschluss anwesend. Sie sind jedoch weniger als Subjekte mit artikulierten

Interessen oder auch Sorgen im Blick, sondern diese Interessen und Sorgen werden den Erfordernissen der Situationsaufklärung untergeordnet. Die Kinder werden zu *Quasi-Akteuren* gemacht (Haase 2021, S. 234 ff.). Von ihnen wird erwartet, dass sie sich zu den von den Fachkräften formulierten angenommenen Verdachtsmomenten umfassend und glaubwürdig artikulieren. Das von den Kindern tatsächlich oder vermeintlich verbal und nonverbal Geäußerte wird dabei innerhalb der eingangs in Abwesenheit der Kinder entwickelten Problemhypothese und des allgemeinen Kinderschutzdiagnostikauftrags der Institution bewertet, teilweise selbst dann, wenn sich in der Arbeit mit den Kindern davon unterscheidende Bilder ergeben.

Kinderschutz und Biografie: Befunde zur Resonanz von Kinderschutz im Rückblick ehemaliger „Kinderschutzkinder“

Neben der bisher dargestellten Analyse von Fallakten, die Fragen der Organisation und Konzeption von Kinderschutz an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Medizin erhellen wollen, sollte das umfangreiche Material aus 40 Jahren Kinderschutzarbeit auch genutzt werden, die „andere Seite“, also die Perspektive der Adressat_innen von Kinderschutz, in den Blick zu nehmen. Auch wenn international die Anzahl der Studien, die Erfahrungen von Kindern bzw. Jugendlichen auswerten, die ein Kinderschutzverfahren erlebt haben (Toros 2021), wächst, liegen aus Deutschland bisher kaum entsprechende Forschungen vor.

Im Rahmen des Forschungsprojektes sollten mittels autobiographisch-narrativer Interviews (Schütze 2016) mit ehemaligen „Kinderschutzkindern“ diese Forschungsfragen bearbeitet werden:

- Wie verstehen ehemalige „Kinderschutzkinder“ ihre Erfahrungen mit staatlichem Schutzhandeln?
- Inwieweit haben sich die Befragten als (Mit-) Gestaltende in ihrem Hilfeprozess erlebt und inwieweit wurden sie dadurch befähigt, ihr Leben selbst zu gestalten?

Der Zugang zu ehemaligen „Kinderschutzkindern“ gestaltete sich trotz des umfangreichen Materials als besondere Herausforderung. Auf schriftliche Einladungen ehemaliger Klient_innen durch die KSA ebenso wie auf öffentliche Aufrufe in unterschiedlichen lokalen Medien erfolgte keine Reaktionen. Erst über persönliche Kontakte und das Engagement einer Mitarbeiterin der KSA konnten schließlich neun autobiographische Interviews im Umfang von ca. 20 bis 120 min realisiert werden; die drei Männer und sechs Frauen waren zum Interviewzeitpunkt zwischen 18 und 42 Jahre alt. Die Aus-

wertung erfolgte mit einer Kombination aus Narrationsanalyse (Schütze 1983, 2016; Rosenthal 2019) und typenbildender qualitativer Inhaltsanalyse (Kuckartz 2018; Kelle und Kluge 2010).

Im Verlauf der Analysen konnten drei Typen biografischer Bearbeitung von Kinderschutzverfahren herausgearbeitet werden. Wesentliches Unterscheidungsmerkmal ist dabei die Bedeutung, die die Interviewten den Interventionen für ihre damalige Lebenssituation und weitere Biographie geben. Weitere gruppierenden Merkmale betreffen das Alter zum Zeitpunkt der Kinderschutzmaßnahmen und zum Interviewzeitpunkt, die Art des Aufwachsens in der Herkunfts- oder einer Pflege-/Adoptivfamilie und die Möglichkeiten der Partizipation bei Schutzmaßnahmen.

- Der *Verarbeitungstypus „Zufluchten helfen überleben“* zeichnet sich dadurch aus, dass die Diagnostik und Hilfe in der KSA im Jugendalter den ersten Kontakt zum Kinderschutzsystem überhaupt darstellt. Dieser wird als maßgeblich für die weitere Biographie beschrieben und die KSA als Ort des Vertrauens und der Zuflucht. Die drei Personen, deren Interviews diesem Typus zugeordnet wurden, haben in ihrer Kindheit erhebliche Beeinträchtigungen und Verletzungen in ihren Familien erlebt, jedoch keine staatlichen Eingriffe in die familiäre Erziehungsverantwortung. Die „Zufluchten“ durch Kontakte zu Fachkräften im Kinderschutz, insbesondere der KSA, haben es ihnen ermöglicht, diese Belastungen und Verletzungen auszuhalten.
- Im Kontrast dazu wurden die Interviewten mit dem *Verarbeitungstypus „Trennung als Rettung“* bereits in der frühen Kindheit aus ihrer Herkunftsfamilie herausgenommen und beschreiben die anschließende Dauerpflege oder Adoption als nachhaltige biographische Wendepunkte. Besonders die KSA wird als Ort guter Sorge und vor allem als Vermittlerin in geeignete therapeutische, schulische und sozialpädagogische Hilfeangebote beschrieben. Im Zusammenhang mit Herausnahme und Unterbringung erfolgten früh Eingriffe in die elterliche Autonomie, die klar als Schutz und Rettung konnotiert werden.
- Zwischen den beiden skizzierten Typen haben die Interviewten mit dem *Verarbeitungstypus „Kinderschutz als vorübergehende Auszeit, aber ohne nachhaltige Schutz“* ihre Kontakte zur KSA, aber auch zum Bezirkssozialdienst des Jugendamtes sowie zu weiteren Fachkräften der ambulanten Kinder- und Jugendhilfe als exklusive Auszeiten und Orte des Verstanden-Werdens erlebt, aber ohne (nachhaltige) Wirkung bezogen auf ihren notwendigen Schutz. In einigen Fällen erfolgten Abklärungen, ob sorgerech-

che Maßnahmen erforderlich sind, im Ergebnis jedoch keine Eingriffe zu ihrem Schutz als Kinder.

Zusammenfassend zeigt sich, dass nur solche ehemaligen „Kinderschutzkinder“, die positive oder zumindest keine ausdrücklich negativen Erinnerungen an das Kinderschutzsystem haben, für biographische Interviews gewonnen werden konnten. Alle Heranwachsenden waren zum Zeitpunkt ihrer Kontakte zu Einrichtungen des Kinderschutzes bereits in hohem Maße verunsichert und in ihrer Persönlichkeit verletzt. Insgesamt bewerten sie ihre Kinderschutzverfahren vor allem dann positiv, wenn für sie spürbar etwas zu ihrem Schutz getan wurde, auch wenn es nicht oder nur teil- bzw. zeitweise geholfen hat; negativ bewerten sie, wenn nichts Spürbares getan wurde. Je massiver die Interventionen der Fachkräfte war und der eigene Lebenslauf durch dieses Handeln verändert wurde, desto nachhaltiger bewerten sie die positive Wirksamkeit für ihre Biographie.

Dies zeigt sich eindrucksvoll in den Interviews sowohl mit den Menschen, die aufgrund von Eingriffen in die elterliche Autonomie in Pflegeverhältnissen aufwuchsen, aber auch in den Interviews mit denjenigen, die erst als Jugendliche zu „Kinderschutzfällen“ wurden und nur aufgrund des starken Intervenierens und Insistierens von Fachkräften die Chance auf eine Fremdunterbringung oder den Zugang zu anderen Hilfen erhielten – auch wenn keine sorgerechlichen Maßnahmen nötig wurden. Allerdings werden nicht alle Kinderschutzverfahren nachhaltig erfolgreich bewertet oder als Wendepunkte und/oder wesentlich prägende Meilensteine in der Lebensgeschichte konstruiert. Wenn Fachkräfte über die Köpfe der Kinder/Jugendlichen hinweg agieren, wird dies nur dann positiv konnotiert, wenn im Rückblick „alles ist gut gegangen“ ist und zu eigener Handlungsfähigkeit geführt hat. Auch spielt Zeit eine bedeutsame Rolle: Je länger Hilfen und Maßnahmen laufen, je mehr Zeit sich die Fachkräfte für die jungen Menschen genommen haben, desto eher werden sie als hilfreich und schützend wahrgenommen.

Betroffene Kinder und -jugendliche erwarten, dass der Kinderschutz sie erkennbar schützt und so ihren aktuellen Lebensalltag spürbar verbessert. Sie differenzieren dabei kaum zwischen verschiedenen Institutionen, Systemen, Aufträgen, Funktionen, sondern nehmen alle Akteur_innen als Gesamtsystem potenziell helfender und schützender Stellen bzw. Fachkräfte wahr.

Kinderschutz zwischen Medizin und Jugendhilfe: Erkenntnisse und Fragen

Die empirischen Befunde dieser Analysen von Falldokumenten aus über 30 Jahren Kinderschutzarbeit einer im

medizinischen Bereich entstandenen Spezialeinrichtung für Kinderschutzdiagnostik sowie korrespondierenden Fallakten des zuständigen Jugendamtes rekonstruieren die Organisation von Kinderschutzarbeit in einer westdeutschen Großstadt sowohl im historischen Längsschnitt als auch in einer Vertiefung hierfür relevanter Faktoren: der Organisation von Kooperationen, dem professionellen Blick auf Kinder im Kinderschutz sowie den biografischen Resonanzen betroffener Kinderschutzkinder.

Die Analysen zur Historie medizinischer Kinderschutzarbeit zeigen auch auf der Fallebene deutliche Konjunkturen von Anlässen und Akteuren, präsentieren Kinderschutz als soziale Konstruktion, eng verbunden mit gesellschaftlichen, fachpolitischen und konzeptionellen Diskursen. Diese nicht neue Erkenntnis auch im umfangreichen Fallmaterial einer medizinischen Einrichtung nachzeichnen zu können, ist der Gewinn dieser Analysen. Für die Schnittstelle von Medizin und Jugendhilfe im Kinderschutz ist dieser Befund insofern bedeutsam, als er auf die Notwendigkeit verweist, Erscheinungsformen und Verursachungen von Gefährdungen für Gesundheit und Entwicklung von Kindern – rechtlich Kindeswohl – immer wieder neu begründen, verstehen und vermitteln zu müssen.

Hieran anschließend kommt der Organisation von Kinderschutz auf der Ebene der konkreten Fallarbeit besondere Bedeutung zu. In den qualitativen Fallverlaufsanalysen von 30 zusammengeführten Falldokumentationen aus KSA und Jugendamt konnten Komplexität und Kontingenz im Zusammenwirken von speziell entwickelter Diagnostik und sozialpädagogisch geprägter Fallarbeit gezeigt werden mit dem deutlichen Befund, dass gelingende Kooperationen der Fachkräfte auch gelingende Beteiligung von Eltern stärkt und beides gelingenden Schutz der konkret betroffenen Kinder ermöglicht.

Die Analysen der professionellen Konstruktionen im Blick auf die Kinder im Kinderschutz zeigen vor allen die großen prinzipiellen Spannungen der Kinderschutzarbeit: Kinder sind Adressaten und Akteure, Gegenstand und Subjekte von Kinderschutz zugleich – und sie sind zugleich oft die Einzigen neben ihren Eltern, die Auskunft darüber geben könnten, „was wirklich passiert ist.“ Die Analysen zeigen damit deutlich, wie groß die Herausforderungen sind, Kinder als Akteure ihrer Interessen und Rechte auf gesundes Aufwachsen zu begreifen und sie zugleich weder zu überfordern noch zu instrumentalisieren.

Dass es trotz großer Rechercheanstrengungen nur in wenigen Fällen gelungen ist, Menschen zu finden, die bereit waren im Rückblick über ihre Erfahrungen als Kind mit Kinderschutz zu sprechen, gehört ebenfalls zu den Befunden dieses Projektes. Was diese Menschen allerdings über ihre Sicht auf den Kinderschutz berichtet haben, ist so

einfach und klar wie herausfordernd: Kinderschutz wird dann positiv bewertet, wenn für die betroffenen Kinder erkennbar war, dass es um sie geht, um ihren Schutz vor Verletzung und um Sorge für ihre gute Entwicklung. Sich in Not und Bedrohung gesehen, in den Konflikten verstanden und einbezogen in Hilfen zu fühlen, dies erscheinen im Rückblick die wesentlichen positiven und folgenreichen Erfahrungen mit erlebtem Kinderschutz.

Die Befunde des Projektes „Kinderschutzkarrieren“ verweisen auf den Umgang mit Kontingenz (Unsicherheit/ Ungewissheit/Unberechenbarkeit) in verschiedenen „Erscheinungsformen“ als eine zentrale Herausforderung der Akteur_innen des Kinderschutzsystems. Kontingenz als Unbestimmtheit der Merkmale und Ursachen von Gefährdung, der Vielfalt und Unberechenbarkeit möglicher Formate von Schutz- und Hilfe, der Unberechenbarkeit von Wirkungen; der Abhängigkeit von den konkret handelnden Menschen, sowohl auf Seiten der Helfer_innen als auch der zu schützenden jungen Menschen und ihren Familien. Andererseits ist Auftrag und Ziel der Organisation von Kinderschutz die Gestaltung von Verbindlichkeit, Zuverlässigkeit und Wirksamkeit; und genau dies erwarten auch Kinder vom Kinderschutz.

Auch das Zusammenwirken von Medizin und Jugendhilfe löst weder die Kontingenzprobleme noch stellt es eindeutige Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit her. Dies zeigen die Befunde der Akten- und Fallanalysen zur Kinderschutzarbeit von ärztlicher Kinderschutzambulanz und Jugendamt in Düsseldorf ebenfalls deutlich. Weder dominiert eine an Kausal-Logiken und Evidenzen ausgerichtete medizinische Perspektive die Kinderschutzarbeit, noch setzt sich eine normativ-rechtlich oder sozialpädagogisch geprägte Idee von Kinderschutz durch – auch, da solche Zuschreibungen kaum die tatsächlichen Selbstverständnisse und Arbeitsweisen der Fachkräfte in der KSA oder dem Jugendamt treffen. Gerade an der Schnittstelle so unterschiedlich geprägter Systeme wie Medizin und Jugendhilfe bleibt es vielmehr in erheblichem Maße von der Initiative und Durchsetzungsfähigkeit konkret handelnder Akteur_innen abhängig, ob und wie der Schutz und Förderung eines Kindes gelingen. Hier stehen allerdings noch eingehendere Analysen des umfangreichen Materials aus, um Bedingungen und Auswirkungen besser verstehen und erklären zu können. ❀

Eingegangen. 17. Januar 2022

Angenommen. 28. Januar 2022

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

1. Ein umfassender Forschungsüberblick findet sich in Haase (2021).

Literatur

Alberth, L., Bühler-Niederberger, D., & Eisentraut, S. (2014). Wo bleiben die Kinder im Kinderschutz? Die Logik der Intervention bei Sozialarbeitern, Ärzten und Hebammen. In D. Bühler-Niederberger, L. Alberth & S. Eisentraut (Hrsg.), *Kinderschutz. Wie kindzentriert sind Programme, Praktiken, Perspektiven?* (S. 26–64). Weinheim: Beltz Juventa.

Freres, K., Bastian, P., & Schrödter, M. (2019). Jenseits von Fallverstehen und Prognose – wie Fachkräfte mit einer einfachen Heuristik verantwortbaren Kinderschutz betreiben. *neue praxis*, 49(2), 106–130.

Fürniss, T. (2005). *Geschichtlicher Abriss zur Kindesmisshandlung und Kinderschutzarbeit von C. H. Kempe bis heute*. In: Günther Deegener und Wilhelm Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe, S. 19–35.

Haase, J. (2021). *Das Kind als Kronzeuge. Professionelle Konstruktionen des Kinderschutzkindes*. Weinheim: Beltz Juventa.

Heinitz, S. (2020). *Wie Kinderschutz gemacht wird. Eine Rekonstruktion professioneller Selbstverständnisse am Beispiel der Ärztlichen Kinderschutzambulanz*. Weinheim: Beltz Juventa.

Kavemann, B., & Lohstöter, I. (1984). *Väter als Täter*. Reinbek: Rowohlt.

Kelle, U., & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS.

Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Weinheim & Basel: Beltz Juventa.

Richter, J. (2011). *Gute Kinder schlechter Eltern*. Wiesbaden: VS.

Rosenthal, G. (2019). Biografieforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl. S. 585–598). Wiesbaden: Springer VS.

Rutschky, K. (1992). *Erregte Aufklärung. Kindesmissbrauch: Fakten & Fiktionen*. Hamburg: Klein.

Schrapper, C. (2013). *Betreuung des Kindes Anna. Rekonstruktion und Analyse der fachlichen Arbeitsweisen und organisatorischen Bedingungen des Jugendamtes der Stadt Königswinter im Fall ‚Anna‘*. In: *Das Jugendamt* 86 (1): S. 2–16.

Schrapper, C. und Schnorr V. (2012). *Risiko erkannt - Gefahr gebannt? Risikoanalyse als Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Bericht zum Landesmodellprojekt ‚Qualitätsentwicklung Kinderschutz in Jugendämtern in Rheinland-Pfalz‘ 2009-2011*. Mainz: Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen in Rheinland-Pfalz

Schütze, F. (1983). Biografieforschung und narratives Interview. *neue praxis*, 13(3), 283–293.

Schütze, F. (2016). Biografieforschung und narratives Interview. In F. Schütze, W. Fiedler & H.-H. Krüger (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Prozessanalyse. Grundlagen der qualitativen Sozialforschung*. ZBBS-Buchreihe. (S. 55–73). Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.

Corbin, J.M. & Strauss, A. L. (2015). *Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz. US-amerikanisches Original 1990

Toros, K. (2021). A systematic review of children’s participation in child protection decision-making: tokenistic presence or not? *Children & Society*, 35(3), 395–411.

Witte, S. (2020). Case file analyses in child protection research: review of methodological challenges and development of a framework. *Children and Youth Services Review*. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104551>.

Witte, S., López López, M., & Baldwin, H. (2021). The voice of the child in child protection decision-making. A cross-country comparison of policy and practice in England, Germany, and the Netherlands. In J. Fluke, M. López López, R. Benbenishty, E. Knorth & D. Baumann (Hrsg.), *Decision making and judgement in child welfare and protection. Theory, research and practice* (S. 263–280). New York: Oxford University Press.