



b
UNIVERSITÄT
BERN

Der Umgang der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden des Kantons Bern mit kritischen Ereignissen

Grundlagen und Entwicklung sowie Beurteilung von möglichen Massnahmen

Masterarbeit, eingereicht der Universität Bern
im Rahmen des Executive Master of Public Administration (MPA)

Betreuender Dozent:

Prof. Claus D. Jacobs, Ph.D.

Kompetenzzentrum für Public Management

Schanzeneckstrasse 1

CH-3001 Bern

Verfasser:

Markus Engel

von Signau (Bern)

[...]

Eingereicht am 27. September 2019

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen des Executive Master of Public Administration der Universität Bern verfasst.

Die inhaltliche Verantwortung für die eingereichten Arbeiten liegt beim Autor.

Abstract

Das Critical Incident Reporting System (CIRS) ist ein Berichts- und Lernsystem, mit dem nach kritischen und sicherheitsrelevanten Ereignissen gesucht werden kann, noch bevor es zu einem schwerwiegenden Ereignis wie zum Beispiel einem Unfall gekommen ist. Das System liefert die Grundlage, um aus Beinahe-Unfällen proaktiv Lerneffekte und passende Handlungsanleitungen zu eruieren, um eine Wiederholung ähnlicher Vorkommnisse zu vermeiden.

Das Ziel dieser Arbeit ist es in Erfahrung zu bringen, ob ein CIRS für die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) des Kantons Bern ein taugliches Instrument zur Erfassung und Weiterbearbeitung von „beinahe Fehlern“ und „kritischen Ereignissen“ wäre.

Damit das Ziel erreicht werden kann, wird im ersten Teil der Begriff „Fehler“ definitiv gefasst und aus der theoretischen Warte ausgeleuchtet. Weiter wird über die Theorie der „High Reliability Organization“ ein passendes Verständnis zum Untersuchungsfeld hergestellt. Zudem wird aber auch die KESB des Kantons Bern in ihrem konkreten Bezugsrahmen präsentiert. Ebenso wird beschrieben, wie das CIRS theoretisch gedacht ist.

Nachdem das erforderliche theoretische Fundament zum Untersuchungsgegenstand ausgelegt ist, wird die Untersuchung im Rahmen des methodischen Aufbaus mittels der Konzeptevaluation geformt und geplant.

Über Interviews mit CIRS Betreibenden wird fassbar, wie dieses System von drei Organisationen im praktischen Alltag betrieben wird. Mit Hilfe des aus der Theorie und der Praxis geschöpften Wissens rund um das Thema werden Indikatoren erstellt, anhand welcher sich das CIRS erfassen und einordnen lässt. Im Anschluss daran werden Kriterien herausgearbeitet, mit denen erörtert werden kann, welche Chancen und Risiken sowie welche Vor- und Nachteile der Betrieb eines CIRS mit sich bringt.

Als nächster Schritt werden drei Modelle eines CIRS für die KESB des Kantons Bern entworfen und mit Hilfe der vorerwähnten Indikatoren dargestellt. In zwei der drei Modelle wird das CIRS in den Strukturen der KESB des Kantons Bern angesiedelt. Beim dritten Modell wird die Organisationsgrenze der KESB verlassen, und das CIRS wird innerhalb des Netzwerks integriert, in welchem die KESB im Bereich des Kinderschutzes tätig ist.

Im Anschluss wird über die Bewertung der Kriterien ersichtlich, wo die Stärken und Schwächen eines CIRS für die KESB des Kantons Bern liegen. Die Auswertung zeigt, dass mit Limitierungen gerechnet werden muss, und dass der Aufwand für den Betrieb nicht unterschätzt werden darf. Trotz vieler Chancen sind zudem auch Risiken erkennbar, über die nicht leichtfertig hinweggeschaut werden darf. Es zeigt sich, dass es eine massgebliche Rolle spielt, wie ein CIRS aufgebaut und strukturiert wird. Damit das System möglichst genau den Bedürfnissen der KESB entsprechen kann, ist eine vorgängige Zieldefinition zwingend vonnöten.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Abbildungsverzeichnis	V
Diagrammverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
Vorbemerkungen	VII
1. Einleitung	1
2. Aufbau der Arbeit.....	2
3. Theorieteil.....	3
3.1. Fehler, latente Bedingungen, Zielerreichung und Fehlerkette	3
3.2. Die High Reliability Organization	8
3.3. Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde des Kantons Bern.....	10
3.3.1. Einordnung der KESB im wertschöpfungsorientierten Modell	11
3.3.1.1. Sphäre 1 Orientierung & Auftrag: Die Aufgaben der KESB	12
3.3.1.2. Sphäre 2 System der Leistungserstellung der KESB des Kantons Bern	13
3.3.1.3. Sphäre 3 Input; mit welchen Mitteln erbringt die KESB des Kantons Bern die Leistungen?	14
3.3.1.4. Sphäre 4 Output; Ergebnis und Leistung der KESB.....	15
3.3.1.5. Sphäre 5 Führung und Steuerung: So wird die KESB des Kantons Bern gelenkt....	16
3.3.1.6. Sphäre 6 Unternehmenskultur der KESB	17
3.3.1.7. Sphäre 7 Externe Anspruchsgruppen der KESB	18
3.3.1.8. Sphäre 8 Die Abnehmer der Leistungen der KESB (Ergänzung).....	20
3.4. Das Critical Incident Reporting System	21
3.4.1. Grundlegendes zum CIRS	21
3.4.2. Anforderungen und Rahmenbedingungen.....	23
3.4.3. Herausforderungen sowie Vor- und Nachteile eines CIRS.....	25
3.4.4. Der Betrieb eines CIRS	27
4. Methodik.....	31
4.1. Grundlagen	31
4.2. Evaluationsdesign.....	36

5. Datenauswertung	39
5.1. Theoretischer Zugang und Einbettung	39
5.1.1. Interview mit dem Vorsitzenden der GL KESB Kanton Bern:.....	40
5.2. Vertiefung der Materie mit Hilfe von Experten-Interviews.....	43
5.2.1. Interview mit dem Leiter des klinischen Qualitäts- und Sicherheitsmanagements am Inselspital Bern und der Insel Gruppe AG	45
5.2.2. Interview mit der Verantwortlichen des Risk Management in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.....	46
5.2.3. Interview mit dem Amtsleiter und Spruchkammervorsitzenden der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde des Kantons Basel-Stadt	48
5.2.4. Schlussfolgerungen zum Betrieb eines CIRS und Bildung von Indikatoren zur Beantwortung der Forschungsfrage	49
5.3. Erstellung der Bewertungskriterien für die Implementierung eines CIRS in der KESB des Kantons Bern	52
5.4. Entwurf und Diskussion drei verschiedener CIRS Modelle	54
5.4.1. CIRS Modell 1.....	54
5.4.2. CIRS Modell 2.....	56
5.4.3. CIRS Modell 3.....	59
5.4.3.1. Dokumentenanalyse im Zusammenhang mit dem CIRS Modell 3.....	60
5.4.3.2. Analyse eines Einzelfalls der KESB Bern aus dem Bereich des Kindesschutzes	61
5.4.3.3. Analyse der in KESB Verfahren involvierten Akteure	64
5.4.3.4. Bewertung der Indikatoren im CIRS Modell 3	68
5.5. Auswertung und Diskussion der Evaluationsergebnisse.....	71
5.5.1. Bedarf	71
5.5.2. Nutzen	73
5.5.3. Realisierbarkeit.....	75
5.5.4. Nicht beabsichtigte positive Wirkungen	76
5.5.5. Nicht beabsichtigte negative Wirkungen	76
6. Fazit.....	77

Literaturverzeichnis	i
Rechtsquellen und Gerichtsentscheide.....	xi
Interviews	xi
Anhänge.....	xii
Anhang 1: Auszug aus dem Protokoll der Retraite 2018 der Geschäftsleitung der KESB des Kantons Bern.....	xii
Anhang 2: Organigramm der Geschäftsleistung der KESB des Kantons Bern.....	xiv
Anhang 3: Auszug aus der Geschäftsordnung der KESB Stadt Bern	xv
Anhang 4: Personalbestand der KESB Kanton Bern, Stand Juni 2019.....	xviii
Anhang 5: Auszug aus der Leistungsvereinbarung 2019 zwischen der KESB und der JGK	xix
Anhang 6: Auszug aus dem Reglement der Geschäftsleitung KESB des Kantons Bern.....	xx
Anhang 7: Fragebogen zum Thema kritische Ereignisse	xxi
Anhang 8: Fragensammlung für die Experten-Interviews.....	xxvii
Anhang 9: Fallstudie - Kontakte der KESB Bern mit Dritten im Rahmen eines Einzelfalls	xxix
Anhang 10: Mit diesen Berufsgruppen arbeitet die KESB zusammen.....	xxx
Anhang 11: Auswertung des Fragebogens	xxxi
Selbständigkeitserklärung.....	xxxv
Über den Autor	xxxvi

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1:..... Das Käsescheibenmodell
Abbildung 2:..... Das Eisbergmodell
Abbildung 3:..... Das wertschöpfungsorientierte Modell
Abbildung 4:..... Das Organigramm der KESB Stadt Bern
Abbildung 5:..... Das um eine achte Sphäre ergänzte wertschöpfungsorientierte Modell
Abbildung 6:..... Einordnung des CIRS im Käsescheibenmodell
Abbildung 7:..... Einordnung des CIRS im Eisbergmodell
Abbildung 8:..... CIRS Struktur, Meldekreis und Verantwortliche
Abbildung 9:..... Das Tricky Triangle
Abbildung 10:..... Die drei Schritte der Datenauswertung
Abbildung 11:..... Das CIRS Modell 1
Abbildung 12:..... Das CIRS Modell 2
Abbildung 13:..... Das CIRS Modell 3

Diagrammverzeichnis

- Diagramm 1:..... Häufigkeit der Kontakte der KESB mit Dritten
Diagramm 2:..... Anzahl Kontakte der KESB mit Dritten im Verlauf der Zeit
Diagramm 3:..... Anzahl der Mitarbeitenden
Diagramm 4:..... Dauer der Leistungserbringung

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung(en)
Abs.....	Absatz
AG	Aktiengesellschaft
Anh.	Anhang
Art.....	Artikel
BGer	Bundesgerichtsentscheid
bspw.....	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CI	Critical Incident
CIM.....	Critical Incident Management
CIRS	Critical Incident Reporting System
ebda.	ebenda
et al.	et alii (und weitere)
gem.	gem.
ggf.....	gegebenenfalls
GL.....	Geschäftsleitung
HRO.....	High Reliability Organization(s)
Hrsg.	Herausgeber(schaft)
insbes.	Insbesondere
inkl.....	inklusive
IT	Informationstechnik
JGK.....	Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde(n)
KESG.....	Bernisches Gesetz über den Kindes- und Erwachsenenschutz
o.S.	ohne Seitenangabe
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
ToR.....	Terms of Reference
vgl.	vergleiche
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch
Ziff.....	Ziffer(n)

Vorbemerkungen

Zur besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text wann immer möglich die geschlechtsneutrale Formulierung verwendet. In Einzelfällen ist eine geschlechtsspezifische Benennung unumgänglich. Hierbei wird auf eine ausgewogene Verwendung der männlichen und weiblichen Form geachtet, ohne dabei das jeweils nicht erwähnte Geschlecht ausschliessen zu wollen. Wörtliche Zitate bleiben von dieser Vorgehensweise unberührt.

Einige Dokumente im Anhang stammen aus internen Quellen der KESB. Dementsprechend sind sie mit Umsicht zu behandeln. Dies hat zur Folge, dass sie für die Verwertung stellenweise geschwärzt werden mussten. Für die vorliegende Arbeit sind die geschwärzten Passagen inhaltlich nicht von Belang. Die Transkripte zu den im Rahmen dieser Arbeit geführten Interviews sowie die Liste der Personen und Organisationen, die zur Teilnahme an der Umfrage angefragt wurden und die ausgefüllten Fragebogen bleiben zur Wahrung von Anonymität und Vertraulichkeit beim Autor unter Verschluss. Sämtliche erwähnten Materialien können den Experten des Kompetenzzentrums für Public Management der Universität jederzeit als Klardokumente offengelegt werden.

1. Einleitung

Der Verfasser dieser Arbeit ist als Vizepräsident der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) der Stadt Bern tätig. Diese stellt im Sinne der dezentralen Verwaltungseinheit ein Teilstück der Gesamtorganisation der KESB des Kantons Bern dar.

Die KESB hat als Entscheid- und Vollzugsbehörde des Eingriffssozialrechts¹ in angespannten (familiären) Situationen mitunter heikle und einschneidende Entscheide zu fällen. In der Folge hat sie dann auch dafür zu sorgen, dass ebendiese Entscheide möglichst reibungslos vollzogen werden (Heck, 2018, S. 96). Einzelne, durch die Medien begleitete Einzelfälle wie bspw. die Fälle „Flaach“² oder „Sarah C.“³ zeigen auf, wie störungsanfällig die zu bewältigenden Aufgaben im Rahmen der individuellen Fallführung für die KESB sein können. Die Instruktion der Verfahren und der Vollzug der Massnahmen können nicht immer ohne weiteres gelingend und störungsfrei abgeschritten werden. Sogenannte „kritische Ereignisse“ und „beinahe Fehler“, aber auch Fehler, bis hin zu solchen mit schwerwiegenden Konsequenzen, müssen in der täglichen Arbeit permanent mitbedacht und als systemimmanentes Risiko anerkannt werden. Nur so kann verhindert werden, dass es den Mitarbeitenden der KESB gleich ergeht wie Palström, dem Protagonisten des Dichters Morgenstern. Er hat die unmögliche Tatsache fälschlicherweise als Traum interpretiert:

*„[...] Und er kommt zu dem Ergebnis:
Nur ein Traum war das Erlebnis.
Weil, so schließt er messerscharf,
nicht sein kann, was nicht sein darf.“*

Christian Morgenstern (1981, S. 162-163)

Dieser Umstand verlangt im Arbeitsalltag zwischen dem Individuum und der Organisation nach einem besonderen (Vertrauens-)Verhältnis, einer tragfähigen Kultur, angepassten Instrumenten und einem widerspruchsfreien Regelwerk, in welchem die Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen geregelt sind. Gleichzeitig muss es den Mitarbeitenden situationsbedingt aber auch möglich sein, ausserhalb von Hierarchie und Regelwerk rasch eine Entscheidung zu fällen. Dennoch wird es trotz der Einhaltung und Beachtung dieser Kriterien zu kritischen Ereignissen kommen (Fahlbruch et al., 2012, S. 26-27).

Wie kann mit der zweifellos unangenehmen Tatsache, dass kritische Ereignisse zu jedem Zeitpunkt und überall eintreten können, bestmöglich und konstruktiv umgegangen werden?

Die Geschäftsleitung (GL) der KESB des Kantons Bern befasst sich mit den Fragen, wie heikle Situationen sowohl frühzeitig als auch im Nachhinein erkannt werden können. Sie will wissen, wie die KESB als lernende Organisation nicht nur aus Fehlern, sondern auch aus lau-

¹ Der Begriff Eingriffssozialrecht beschreibt den Umstand, dass der Staat in verfassungsmässig geschützte Grundrechte der Bürger eingreifen, bzw. diese beschneiden kann, wenn eine entsprechende gesetzliche Grundlage für den Eingriff besteht, dieser verhältnismässig und durch ein öffentliches Interesse legitimiert ist und die Grundrechte in ihrem absoluten Kerngehalt nicht verletzt werden (Rosch, 2018, S. 30-31).

² Siehe dazu beispielhaft die Berichterstattung durch tagesanzeiger.ch, 2019.

³ Siehe dazu beispielhaft die Berichterstattung durch blick.ch, 2019.

fenden und vergangenen Vorkommnissen lernen kann, in denen es zu beinahe Fehlern und kritischen Ereignissen, sogenannten Critical Incidents (CI), kam bzw. kommt. Dabei keimten die Idee und der Wunsch, mit Hilfe eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS) innerhalb der Organisation entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen. Ziel soll dabei sein, für die Zukunft verwertbare Erkenntnisse aus kritischen Ereignissen gewinnen zu können.⁴

In der vorliegenden Arbeit wird die Frage aufgegriffen, ob und in welcher Form die KESB des Kantons Bern nicht nur aus Fehlern, sondern auch aus beinahe Fehlern und kritischen Ereignissen gezielt Erkenntnisse gewinnen kann. Hierzu werden die relevanten Aspekte aufgegriffen und vertiefend ausgeleuchtet. Als Ausgang dient hierfür die Forschungsfrage:

Ist das CIRS für die KESB des Kantons Bern ein geeignetes Instrument für die Erfassung und Weiterbearbeitung von beinahe Fehlern und kritischen Ereignissen, so dass daraus proaktiv allgemeingültige Lerneffekte und passende Handlungen abgeleitet können, mit dem Ziel, dadurch eine Wiederholung von ähnlichen Vorkommnissen zu vermeiden?

2. Aufbau der Arbeit

Der Titel weist bereits darauf hin; in dieser Arbeit geht es darum, für die KESB des Kantons Bern nach passenden Möglichkeiten im Umgang mit kritischen Ereignissen zu suchen. Handlungsleitend ist hierbei die oben aufgeführte Forschungsfrage.

Im folgenden, Kapitel werden dazu die Themenbereiche *Fehler* und *Organisation* vertiefend ausgeleuchtet. Es wird theoretisch dargestellt wie es dazu kommt, dass *Fehler* passieren. Weiter werden das theoretische Konzept der *High Reliability Organizations* und die konkreten Strukturen der Organisation der *KESB des Kantons Bern* vorgestellt. Zudem wird das *Critical Incident Reporting System* genannte Berichts- und Lernsystem eingeführt.

Das vierte Kapitel widmet sich dem *methodischen Aufbau*, dem *Design* und der *Planung* der *Untersuchung*. Das Verfahren wird anhand der *Konzeptevaluation* geführt. Hierbei wird der Untersuchungsgegenstand eingeordnet und eingrenzt und über einen Kriterienkatalog fass- und bewertbar gemacht. Weiter werden die bei der Datenerhebung verwendeten Methoden präsentiert.

Kapitel fünf widmet sich der *Datenerhebung und -auswertung*. Hier werden die mit Hilfe von Experten-Interviews und Fragebogen gewonnenen Informationen aufgeführt, eingebettet und ausgewertet. Mit Hilfe der so gewonnenen Erkenntnisse werden drei Modelle eines CIRS für die KESB des Kantons Bern entworfen und bewertet.

Im letzten Kapitel der Arbeit werden als *Schlussfolgerung* die festgestellten Chancen und Hürden eines CIRS für die KESB des Kantons Bern dargestellt und diskutiert.

⁴ Vgl. dazu den Protokollauszug der Retraite GL KESB Kanton Bern im Anh. 1.

3. Theorieteil

Damit die Forschungsfrage beantwortet werden kann, werden in diesem Kapitel die folgenden Kernbegriffe in dieser Reihenfolge definiert und eingeführt:

- Der Fehler, und damit einhergehend die latenten Bedingungen, die Zielerreichung und die Fehlerkette
- Die High Reliability Organization
- Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde des Kantons Bern
- Das Critical Incident Reporting System

3.1. Fehler, latente Bedingungen, Zielerreichung und Fehlerkette

Wie in der Einleitung angedeutet, gibt es keine allgemeingültige Definition des Begriffs Fehler (ebda.). Dies ist nicht zuletzt dem Umstand geschuldet, dass Fehler nicht nur an allen erdenklichen Orten auftreten, sondern sich auch betreffend ihren Ursprung unterscheiden können. Die Fachwelt ist sich aber darüber einig, dass Fehler, und somit zwangsläufig auch beinahe Fehler und kritische Ereignisse per se ständige Begleiter menschlichen Handelns sind (beispielhaft dafür: Hofinger, 2012, S. 40). Es ist nicht zu bezweifeln, dass diesen unliebsamen Alltagsbegleitern auch im beruflichen Alltag begegnet wird, weshalb auch hier in sämtlichen Bereichen gezielt nach ihnen gesucht werden kann. Die folgenden Aussagen sind im Zusammenhang mit dem Fehlerbegriff allgemeingültig und dementsprechend wesentlich.

Ein Irrtum ist kein Fehler: Eine zentrale Differenzierung zwischen diesen beiden Begriffen liegt am Punkt ihrer Entstehung. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Ursprünge können Fehler und Irrtum klar voneinander abgegrenzt werden. Beiden Begriffen ist gemein, dass das angepeilte Ziel aufgrund von deren Auftreten nicht wie geplant erreicht wird. Von einem Fehler wird gesprochen, wenn das Wissen und das Können zwar vorhanden sind, das Ziel aber aufgrund eines Störungseintritts verfehlt wird. Im Falle eines Irrtums fehlt es zur Zielerreichung am erforderlichen Wissen. Diese Unterscheidung ist besonders bei der Analyse von (beinahe) Unfällen wichtig, denn wem das Wissen fehlt, hat nie die Chance, es richtig zu machen (Hofinger, 2012, S. 41; Wehner et al., 2010, S. 785-819; Weimer, 1925, o.S.).

Fehler sind menschlich: Es muss zwingend verstanden sein, dass Fehler immer in Bezug zu menschlichem Verhalten stehen. Technische oder elektronische Geräte können zwar kaputt, falsch benutzt oder fehlerhaft programmiert bzw. gebaut sein, sie machen aber per se keine Fehler (Hagen & Mays, 1981, S. 316; Hofinger, 2012, S. 40-41; Rigby, 1970, S. 457-466).

Aktive Fehler: Von einem aktiven Fehler ist dann die Rede, wenn es in der direkten Interaktion zwischen Mensch und System zu einem Fehler kommt (bspw. während der Autofahrt das Mobiltelefon bedienen). Ein solcher aktiver Fehler kann unmittelbar einen Effekt auslösen (bspw. einen Unfall) und ist entsprechend leicht zu erkennen (Hofinger, 2012, S. 43; Reason, 1990, S. 9; Reason, 1997, o.S.).

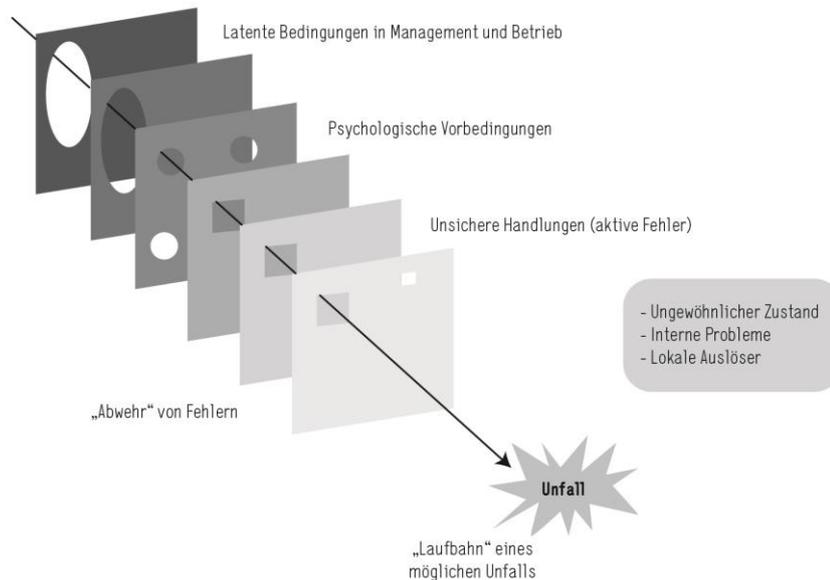
Latente Bedingungen: Im Gegensatz zu den aktiven Fehlern sind die latenten Bedingungen in der Regel komplexer und schwieriger fassbar. Sie stehen zeitlich und örtlich nicht zwingend in einem direkten Zusammenhang mit dem Effekt (bspw. eine ärztliche Fehleinschätzung zur Fahrtauglichkeit des Fahrzeughalters, woraufhin der Fahrzeughalter aufgrund seiner Einschränkungen einen Autounfall verursacht). Latente Bedingungen zeichnen sich somit auch dadurch aus, dass ihre möglichen Auswirkungen oft viel später in Erscheinung treten. Es ist möglich, dass Entscheidungen, die ohne Berücksichtigung des Sicherheitsaspekts innerhalb der Organisation getroffen wurden, zu latenten Bedingungen führen. Sie können sich sowohl in den Prozessen (bspw. im Qualitätsmanagement der Autofabrik), als auch in den Strukturen (bspw. als fehlerhaftes Bremspedal im Auto) einnisten und von allen hierarchischen Ebenen einer Organisation erzeugt werden. Die Kausalität zwischen latenten Bedingungen und einem Unfall ist nicht zwingend und meist nicht ohne weiteres auf den ersten Blick erkennbar (Hofinger, 2012, S. 43-44; Reason, 1990, S. 9; Reason, 1997, o.S.).

Fehler sind zielabhängig: Gem. der systemischen Betrachtung nach Reason orientieren sich alle Handlungen und Entscheidungen an einem Ziel. Folglich kann der Fehler als eine falsch gestellte Weiche verstanden werden, mit dem sinngemässen Ergebnis, dass der Zug nicht plangemäss im Zielbahnhof eintrifft. Das angepeilte Ziel kann sich aufgrund der latenten Bedingungen, unter denen es formuliert wurde, im Nachhinein als falsch, bzw. mit Blick auf das übergeordnete Ziel der Sicherheit als unpassend erweisen (so kann das Management des Automobilherstellers Entscheidungen treffen, mit dem Ziel, dadurch die Effizienz zu steigern, vernachlässigt dabei aber das Ziel, die Sicherheit zu gewährleisten). Wenn das Ziel, der Weg dazu und die dafür erforderlichen Mittel nur unzureichend bestimmt und unzureichend mit dem übergeordneten Ziel der Sicherheit abgestimmt sind, dann werden den Menschen aktive Fehler unterlaufen, obwohl sie zuverlässig und achtsam handeln und versuchen, das Ziel gewissenhaft zu erreichen (Hofinger, 2012, S. 44-46; Hollnagel et al., 2006, o.S.; Hollnagel et al., 2008, o.S.; Reason, 2008, o.S.; Wehner, 1992, o.S.; Weick & Sutcliffe, 2010, o.S.).

Die Verbindung von latenten Bedingungen und aktiven Fehlern zu einer Fehlerkette: Bei der Analyse von fehlerhaften Ergebnissen ist danach zu fragen, ob das Ziel so definiert wurde, dass es mit den zur Verfügung stehenden Mittel und Prozesse auch tatsächlich hätte erreicht werden können. Zudem ist zu erörtern, ob der Fehler im Ergebnis oder im Prozess, der dazu geführt hat, liegt. Oder anders ausgedrückt: War das angestrebte Ziel überhaupt realistisch? Liegt ein aktiver Fehler vor? Haben latente Bedingungen dazu geführt, dass das angestrebte Ziel nicht erreicht werden konnte? Unfälle kommen auch deshalb zustande, weil sich latente Bedingungen und aktive Fehler zu einer Fehlerkette verbinden (bspw. der Automobilhersteller hat in der Vergangenheit die Marktentwicklungen falsch eingeschätzt und steht nun unter finanziellem Druck. Das Management beschliesst Kosteneinsparungen, dies führt zu einem Qualitätsverlust und zu einer frühzeitigen Materialermüdung, was von der Zulassungsstelle aufgrund von unzureichenden Prüfvorgaben unentdeckt bleibt. Der Automechaniker bemerkt bei der Jahreskontrolle den Mangel in Form von Rissen im Material, sieht aber aufgrund der theoretisch erwarteten Lebensdauer des Produkts und wegen des von der Autohalterin auferlegten Drucks, möglichst kostengünstig zu arbeiten, keinen Handlungsbedarf, mit dem Effekt,

dass ein Materialversagen zu einem Verkehrsunfall führt). Reason hat das Entstehen und die Verkettung von latenten Bedingungen und aktiven Fehlern hin zu einer Fehlerkette mit Hilfe des Käsescheibenmodells bildhaft veranschaulicht.

Abbildung 1: Das Käsescheibenmodell



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hofinger (2012, S. 44), nach Reason (1990, S. 208).

Das Modell zeigt, dass ein Unfall eine Entstehungsgeschichte haben kann. Darin überwindet „etwas“ mehrere Barrieren, welche dieses Etwas theoretisch hätten aufhalten bzw. verändern können oder gar müssen. Keine Barriere kann zu jedem Zeitpunkt und für alle denkbaren Sachverhalte zu hundert Prozent undurchlässig sein. Die Löcher stehen für das Vorhandensein latenter Bedingungen. Kommt es also am Ende durch menschliches Handeln zu einem aktiven Fehler und in der Folge zu einem Unfall, so gibt es dazu eventuell eine Entstehungsgeschichte, die zum Fehler und dann zum Unfall führt. Diese Geschichte gilt es zu finden. Dieses theoretische Modell hat jedoch eine Limitierung in der Aussagekraft. Indem der Ablauf, bzw. die Verkettung in einer linearen Abfolge dargestellt wird, an dessen Ende eine Person einen Fehler begeht, bleibt das Modell unterkomplex. Das Modell sollte in der Praxis nicht in dieser Linearität, sondern unter Berücksichtigung der tatsächlichen Gegebenheiten auf das vorhandene Netzwerk gelegt werden. Dies bedeutet, dass an verschiedenen Orten im Netzwerk mehrere latente Bedingungen vorhanden sein können, und mehrere Personen (an unterschiedlichen Orten) aktive Fehler verursachen können. Unter Umständen kann es in der Logik des Netzwerks denn auch sein, dass der Unfall wiederum getrennt vom Ort des aktiven Fehlers passiert. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Fehler aufgrund der Komplexität der Welt weniger als Sonderfälle, sondern vielmehr und stärker als systemimmanente Teile im Sinne von ständigen (störenden) Begleitern des Alltags akzeptiert werden sollten (Hofinger, 2012, S. 44-46; Hollnagel et al., 2006, o.S.; Hollnagel et al., 2008, o.S.; Reason, 2008, o.S.; Wehner, 1992, o.S.; Weick & Sutcliffe, 2010, o.S.).

Die Schuldfrage: Die Klärung der individuellen Schuldfrage am Punkt des aktiven Fehlers, bzw. die Suche nach einer verantwortlichen Person, die zur Rechenschaft gezogen werden kann, sollte in einem komplexen soziotechnischen System in den Hintergrund gerückt werden. Dies im Wissen darum, dass sich ein Sachverhalt nach dem systemtheoretischen Verständnis aufgrund latenter Bedingungen peu à peu zu einer Fehlerkette aufbaut, bis es zu einem aktiven Fehler und ggf. zu einem Unfall kommt. Anstelle der Schuldfrage sollten bei der Aufarbeitung des Unfalls die Fragen nach Intention und Ziel zentrale Rollen einnehmen (Hofinger, 2012, S. 43; Reason, 1990, o.S.; Wells, 1997, o.S.; Wittingham, 2004, o.S.).

Eine sozialpsychologische Betrachtung des Fehlerbegriffs: Obwohl die vorangehende systemische Betrachtung schlüssig darzulegen vermag, dass die Gründe für einen durch den Menschen verursachten Fehler auch im System gesucht und ggf. (aber nicht zwingend) gefunden werden, wirken bei der Ursachenforschung oft sozialpsychologische Phänomene. Sie münden darin, dass die Schuld dem individuellen Verhalten derjenigen Person zugerechnet wird, der den aktiven Fehler unterlaufen ist.⁵ Deshalb empfiehlt es sich, diese Phänomene kurz darzulegen (Hofinger, 2010, S. 46; Reason, 2001, o.S.).

Attributionsfehler: Unterläuft einer Person ein Fehler, so siedeln Dritte die Gründe dafür meist bei dieser Person an. Die Person selbst findet die Gründe dafür meist in den Umständen (Fiske & Taylor, 1984, o.S.; Hofinger, 2010, S. 46).

Rückschaulfehler: Im Nachhinein kann oft benannt werden, was besser hätte laufen sollen. Dies führt zur Annahme, dass die Fehler verursachende Person dies schon vor dem Eintritt des Fehlers genauso hätte sehen können und sollen (Fischhoff, 1975, o.S.; Hofinger, 2010, S. 46).

Unvollständiges Schliessen: Es wäre nicht so gekommen, wenn andere Personen nur anders gehandelt hätten. Nach diesem Glaubenssatz ist die Person schuldtragend, die tatsächlich gehandelt und den Fehler ausgelöst hat (Hofinger, 2010, S. 46; Miller & Turnbull, 1990, o.S.).

Betonung des freien Willens: In der westlichen Welt wird der Übernahme von persönlicher Verantwortung grosses Gewicht beigemessen. Damit rückt der Gedanke, dass es auch die Umstände gewesen sein könnten, die zu diesem Handeln geführt haben, in den Hintergrund (Hofinger, 2010, S. 46).

Der Begriff des Fehlers definitorisch gefasst: Aufgrund der in diesem Kapitel vorgenommenen Ausführungen erscheint die folgende Definition des Fehlers von Schüttler & Biermann für das weitere Vorankommen passend:

„Eine Handlung wird mit einer bestimmten Absicht durchgeführt, erreicht aber nicht das angestrebte Ziel.“ (2010, S. 19)

Diese Definition zeigt das Verhältnis zwischen Fehler und Ziel auf, grenzt den Fehler vom Irrtum ab und lässt erkennen, dass der Auslöser menschliches Handeln war, ohne dieses als menschliches Versagen zu klassifizieren. Weiter klingt der Aspekt der latenten Bedingungen

⁵ Das im vorangehenden Abschnitt dargestellte Beispiel vom Bedienen eines Mobiltelefons bei gleichzeitigem Lenken eines Fahrzeugs zeigt, dass nicht alle Fehler den latenten Bedingungen des Systems entspringen.

an. Schliesslich wird der Fehlerbegriff hier definitorisch nicht mit weiteren Begriffen wie Schaden oder Unfall vermengt. In dieser Definition resultiert als einziger Effekt des Fehlers das Verfehlen des angestrebten Ziels. Welche Auswirkungen dieses Verfehlen hat, bleibt undefiniert und den Gegebenheiten des konkreten Einzelfalls überlassen.

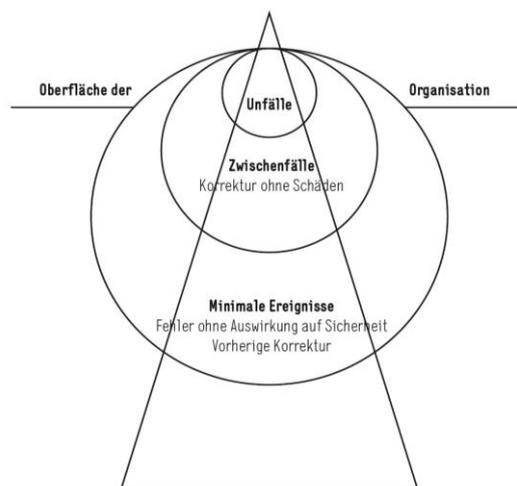
Dankenswerterweise gehen Schüttler & Biermann in ihrem Werk noch einen Schritt weiter, indem sie zusätzlich auch den Begriff des Zwischenfalls⁶ beschreiben:

„Ein Zwischenfall ist als ein Ereignis im Arbeitsablauf definiert, das zu einem Schaden hätte führen können, aber nicht führte.“ (2010, S. 23)

Hiermit werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Fehler und CI fassbar. Beiden Begriffen ist gemein, dass einzelne Handlungen den Ablauf eines zielorientierten Prozesses stören. Beim Fehler wird das Ziel abschliessend verfehlt und es kommt dadurch ggf. auch zu mehr oder weniger schwerwiegenden Kollateralschäden. Das CI kann hingegen im Umfeld der latenten Bedingungen innerhalb der Fehlerkette erkannt, aufgefangen und so korrigiert werden, dass das Ziel (vielleicht über einen Umweg) dennoch erreicht werden kann.

Der Fehler als positives Element und die Möglichkeit aus ihm zu lernen: Um aus Fehlern klug zu werden, bedarf es geeigneter Rahmenbedingungen. Es braucht den entsprechenden Willen zur Gestaltung, hinreichende zeitliche Ressourcen sowie eine begünstigende Gesprächskultur, um sich angstfrei mit dem Sachverhalt auseinandersetzen zu können. Oft können aber genau diese wichtigen Faktoren im Zusammenhang mit der Aufarbeitung eines Fehlers nicht ohne weiteres hergestellt werden, da der Fehler einen Unfall bzw. einen Schaden verursacht hat. Dies wirkt hemmend auf den erwünschten offenen Umgang mit dem Fehler, weil es eben auch die Fragen nach Schuld und Haftung zu klären gilt. Weitaus dienlicher sind in diesem Zusammenhang die CI, da sie nicht im Zusammenhang mit einem Unfall oder einem Schaden stehen und ihnen dementsprechend offener begegnet werden kann.

Abbildung 2: Das Eisbergmodell



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hofinger (2012, S. 48), nach St. Pierre et al. (2007; o.S.).

⁶ Hier synonym als Critical Incident (CI) zu lesen.

Das Eisbergmodell dient als Veranschaulichung des beschriebenen Umstands und zeigt, dass den Mitarbeitenden einer Organisation nicht nur grosse Fehler mit Schadenfolge unterlaufen, sondern es in der täglichen Arbeit viel häufiger zu CI kommt, die aber ohne negative Folgen bleiben. Dieser Umstand ist im Sinne des Positivismus als Feld für mögliche Erkenntnisgewinne äusserst wertvoll (Dekker, 2002, o.S.; Dörner, 1989, o.S.; Hofinger, 2012, S. 47–48; Ingold & Sánchez, 2008, o.S.; Oser & Spychiger, 2005, o.S.; Perrow, 1999, o.S.; Senders & Moray, 1991, o.S.; St. Pierre et al., 2007, o.S.; Strauch, 2001, o.S.; Turner, 1978, S. 85b; Wehner, 1984, o.S.; Wehner, 1992, o.S.; Weick & Sutcliffe, 2001, o.S.).

3.2. Die High Reliability Organization

Weick und Sutcliffe haben im Rahmen ihrer Forschungen sogenannte High Reliability Organizations (HRO)⁷ untersucht. Diese Organisationen müssen in Umgebungen mit einem hohen Risiko für Fehler und Disaster erfolgreich tätig sein. Ihnen und ihren Mitarbeitenden muss es in einem besonders ausgeprägten Mass gelingen, fehlerfrei zu arbeiten. Dazu wurde unter anderem das organisierte Handeln in Atomkraftwerken, auf nuklear getriebenen Flugzeugträgern, in der Aviatik sowie der Medizin analysiert. Obschon sich die zu erbringenden Leistungen der jeweiligen HRO bisweilen stark unterscheiden, ist den erforschten Akteuren gemein, dass sie immer und unter allen erdenklichen Umständen zuverlässig agieren müssen (2010, VII). Hierbei lässt sich erkennen, dass alle HRO bei der Leistungserbringung grundsätzlich nach fünf Prinzipien handeln. Diese werden in diesem Kapitel aufgegriffen und dargestellt (Weick und Sutcliffe, 2010, S. 9).

Erstes Prinzip - Konzentration auf Fehler: Eine HRO zeichnet sich durch eine hohe Sensibilität für Kleinigkeiten aus. Sie nimmt bereits minime Abweichungen von Normalzuständen als Anlass zu prüfen, ob alles nach Plan läuft. Eine sensible Organisation rechnet stets damit, dass ein Zusammentreffen von mehreren einzelnen kleinen Differenzen schwerwiegende Auswirkungen haben könnte. Deshalb werden die Mitarbeitenden angehalten, auch kleinste Vorkommnisse, die ohne negative Konsequenzen geblieben sind, zu rapportieren. Die Organisation ist bestrebt, daraus Erfahrungswissen und Erkenntnisse zu generieren. Routine, Selbstzufriedenheit, Gedankenlosigkeit und Nachlässigkeit im Zusammenhang mit den Sicherheitsstandards sind eine Gefährdung. Weiter benennt und bewertet die Organisation Fehler, die sie ausmerzen will, und sie klärt fortwährend, ob bereits bestehende Strategien oder Anpassungen zur vermeintlichen Verbesserung und Optimierung diese Fehler gar begünstigen oder auslösen können (Weick und Sutcliffe, 2010, S. 10-11).

Zweites Prinzip - Abneigung gegen Vereinfachungen: Das Feld in dem eine HRO tätig ist, ist komplex, dynamisch und unsicher; es kann nicht abschliessend erfasst und interpretiert werden. Demzufolge sträubt sich die Organisation gegen vereinfachende Erklärungen und bemüht sich, eine möglichst umfassende Sachverhaltsdarstellung zu erlangen. Entgegen der gängigen Ansicht, dass sich Aktivitäten durch Komplexitätsreduktion besser aufeinander abstimmen lassen, weil es sich so besser auf das Kernproblem konzentrieren lässt und die

⁷ Zu Deutsch: Unternehmen mit hoher Zuverlässigkeit.

Hauptmerkmale besser im Auge behalten werden können, bemüht sich eine HRO darum, den Fokus zu öffnen. Dies ermöglicht eine ganzheitliche Sicht auf die Lage. Grenzgängertum wird gefördert, skeptische Grundhaltungen werden begrüßt, Meinungsunterschiede werden nicht als Störung verstanden und kontroverse Standpunkte werden nicht ausagiert. Eine HRO ist dann beunruhigt, wenn sie erneut einem Ereignis begegnet, von dem sie glaubt, es bereits verstanden zu haben. Sie prüft, ob sich hinter der erkennbaren Gleichheit der Ereignisse nicht vielleicht Unterschiede verstecken. Jede Organisation muss Vereinfachungen vornehmen; diese dürfen aber nicht gewohnheitsmäßig, spontan oder gar leichtsinnig erfolgen. Vereinfachung muss bewusst geschehen. Dazu müssen vorgängig die Fehler definiert werden, die keinesfalls eintreten dürfen, erst danach steht der Weg frei um zu entscheiden, wo Vereinfachung vorgenommen werden kann. Wird die Komplexität am falschen Ort und innerhalb eines Prozesses zum falschen Zeitpunkt reduziert, dann kann dies dazu führen, dass mit falschen Angaben gearbeitet wird. Flexibilität lässt sich nur über eine differenzierte Wahrnehmung und hohe Detailtreue erlangen (Weick und Sutcliffe, 2010, S. 11-13).

Drittes Prinzip - Sensibilität für betriebliche Abläufe: Die HRO konzentriert sich weniger auf ihre strategische Ausrichtung und widmet sich dafür stärker den Mitarbeitenden, die an vorderster Front praktische Arbeit leisten. Sie geht davon aus, dass ihr nur dann alle Informationen zur Verfügung stehen, wenn die Mitarbeitenden angstfrei handeln und über Unangenehmes berichten können. Somit stehen die betrieblichen Abläufe und die Beziehungen zwischen den Mitarbeitenden in einem engen Verhältnis. Das individuelle Gefühl der Mitglieder der Organisation für Situationen ist wesentlich. Dadurch können sie kleinste Abweichungen früh erkennen, ausagieren und eingrenzen. Es ist wichtig, dass dem Team einer HRO bewusst ist, dass durch Verschweigen von Anomalien das Bild auf die betrieblichen Abläufe empfindlich getrübt wird. Um zu verstehen, was die Mitarbeitenden bei der Bewältigung ihrer Aufgaben umtreibt, braucht es auf Seiten des Managements den Willen, wissen zu wollen, wie die Organisation auf der Ebene der zwischenmenschlichen Beziehungen funktioniert. Die Qualität der Beziehungen bestimmt mit, ob Informationen zurückgehalten werden oder nicht. Weiter können Budgets in HRO hinderlich auf betriebliche Abläufe einwirken. Gelingt es den für das Budget verantwortlichen Personen nicht, die unmittelbaren Bedürfnisse der ausführenden Organe in den Fokus zu nehmen, so kann es sein, dass sie unsensibel auf legitime Bedürfnisse reagieren (Weick und Sutcliffe, 2010, S. 13-15).

Viertes Prinzip - Streben nach Flexibilität: Irrtümer sind Bestandteil einer ungewissen Welt und nicht abschliessend vermeidbar. Unter der Prämisse, dass ein System nie perfekt sein kann, ist eine HRO bestrebt, aus Fehlern zu lernen, die Komplexität der Sachverhalte in ihrer Gänze wahrzunehmen und achtsam gegenüber den internen Abläufen zu sein. Sie strebt nach grösstmöglicher Flexibilität und Widerstandsfähigkeit (Resilienz), indem sie vorausschauend handelt und sich bemüht, innerhalb des Systems einen Zustand von dynamischer Stabilität herzustellen und zu bewahren. Das Ziel ist es, dadurch fähig zu sein, die Aufgaben auch unter Druck oder nach einem Störungsaufkommen zuverlässig zu bewältigen. Somit setzen sich HRO nicht die abschliessende Ausmerzung von Irrtümern und Fehlern als Ziel. Vielmehr wollen sie kritische Vorkommnisse schnell entdecken und kontrollieren. Dazu benötigt es

Flexibilität und die Fähigkeit zu Improvisieren, was den Mitarbeitenden viel abverlangt. Diese müssen nicht nur die eigenen Ressourcen und die der anderen Mitarbeitenden kennen, sondern auch mit der Technik und dem System vertraut sein. Mitarbeitende einer HRO müssen gut ausgebildete und erfahrene Experten mit einer lebhaften Fantasie sein, die in der Lage sind zu kombinieren (Weick und Sutcliffe, 2010, S. 15-17).

Fünftes Prinzip - Respekt vor fachlichem Wissen und Können: Eine HRO ist bestrebt Vielfalt zu pflegen. Durch viele unterschiedliche Sichtweisen erhöht sich die Wahrnehmungsfähigkeit der Organisation, und der Sachverhalt kann eher in seiner gesamten Komplexität erfasst werden. Damit einhergehend begegnet die HRO dem individuellen Wissen und Können mit Hochachtung, was sich auch daran zeigt, dass die Entscheidungskompetenz nicht entlang der Hierarchie angesiedelt ist. Entscheide sollen an vorderster Front bzw. vom kompetentesten Mitarbeitenden getroffen werden. Wobei die kompetenteste Person nicht zwingend jene mit der grössten Erfahrung ist, da diese kein Garant für Sachkenntnis ist. Jemand, der fortwährend die gleichen Erfahrungen macht, hat aufgrund der Wiederholungen Mühe, diese weiterzuentwickeln. Vielmehr muss in der Organisation stets nach dem geeigneten Fachwissen zur Fällung des erforderlichen Entscheids gesucht werden. Dadurch wird die Fehleranfälligkeit einer starren Hierarchie umgangen. Hierarchien neigen dazu, Fehler der tieferliegenden Stufen in die höher liegende Stufe weiterzutragen, wo sie sich mit neuen Problemlagen vermischen, was insgesamt dazu führt, dass das Problem grösser und schwerer verständlich wird und leichter eskalieren kann (Weick und Sutcliffe, 2010, S. 17-18).

3.3. Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde des Kantons Bern

Im Folgenden werden die KESB des Kantons Bern, ihr Sinn und Zweck sowie ihre Organisationsstruktur dargestellt und eingeordnet. Eine Organisation sowie das Handeln und das Verhalten der Mitarbeitenden wird nicht ausschliesslich durch die Struktur, sondern auch von der Kultur geleitet. Damit das System in seiner Gesamtheit erfasst werden kann, sind unter dem Begriff Organisation somit nicht einzig die zu erbringende Leistung und die darauf ausgerichtete Organisationsstruktur zu subsumieren. Vielmehr muss auch erfasst und verstanden werden, wie sich die Organisation als Institution im Sinne eines sozialen Systems und dessen Ordnung konstituiert. Es muss auch nach den in einem informellen Rahmen geteilten Normen und Werten gefragt werden. Hierbei spielt die Organisationskultur eine zentrale Rolle, welche sich in der Regel durch eine eher schwache Formalisierung kennzeichnet (Schreyögg, 2008, S. 4 ff. & S. 363 ff.; Sydow, 2014, S. 20-21). Vor dem Hintergrund, dass hier die Themenbereiche „Kritische Ereignisse und Fehler erkennen“, „zu Fehlern stehen“ sowie „aus Fehlern und kritischen Ereignissen lernen können“ behandelt werden, erscheint die kulturelle Komponente der Organisation besonders zentral.

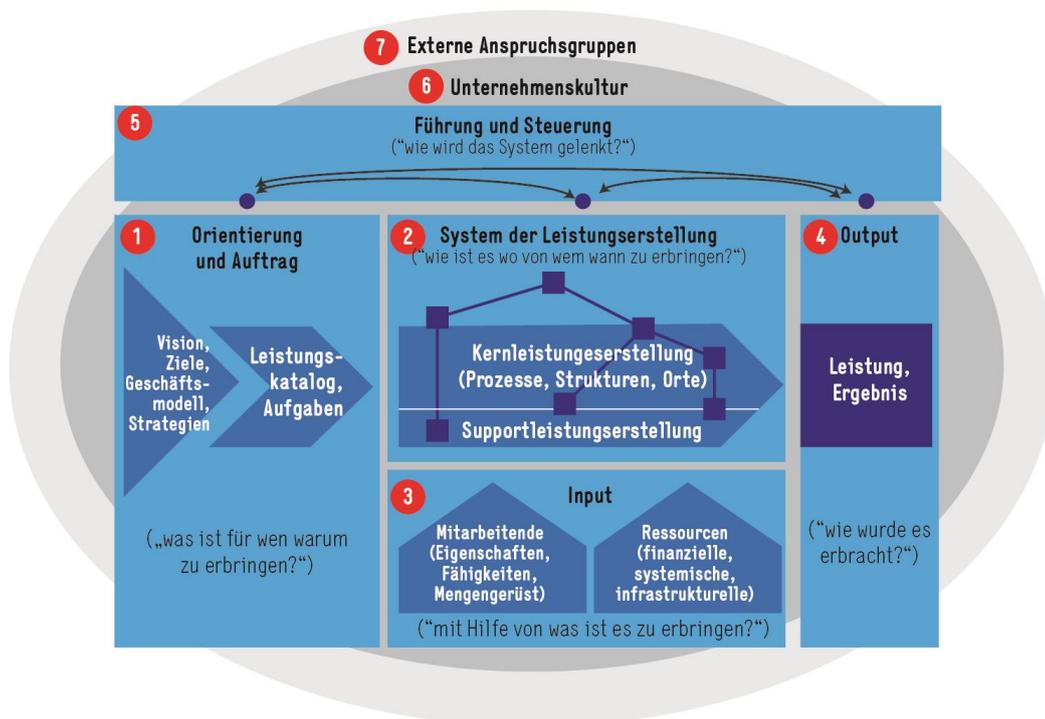
Zudem steht die KESB nicht alleine in der Welt. Somit sollte ihr Handeln auch nicht einzig im isolierten Raum anhand ihrer Aufgabe sowie ihrer Organisationsstruktur und -kultur beschrieben werden. Die Organisation und somit auch ihre Mitarbeitenden stehen in vielzähligen und ebenso vielseitigen Wechselbeziehungen mit Dritten, die ausserhalb der Organisation agieren. Diese Einflüsse von aussen können die internen Abläufe und Entscheidungen ganz

bewusst, aber auch unbewusst beeinflussen. Organisationen sind stets in einer Umwelt eingebettet, von der sie sich einerseits unterscheiden und mit der sie andererseits interagieren (Burschaper, 2012, S. 166-167).

3.3.1. Einordnung der KESB im wertschöpfungsorientierten Modell

Das wertschöpfungsorientierte Modell nach Wenger (siehe die folgende Abbildung 3) eignet sich, um die KESB als Organisation in all ihren Facetten, also auch hinsichtlich ihrer Organisationsstruktur und –kultur sowie ihrer Umwelt sicht- und fassbar zu machen.

Abbildung 3: Das wertschöpfungsorientierte Modell



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wenger, 2018, Folie 24.

Im Zusammenhang mit der Forschungsfrage, die sich den Möglichkeiten eines CIRS für die KESB des Kantons Bern annimmt, eignet sich dieses Modell besonders, da es die Organisation in ihrer Gänze erfasst. Es berücksichtigt die Umwelt- und Kontextfaktoren und stellt die Input-Output-Logik dar. Es muss auch davon ausgegangen werden, dass (Beinahe-)Fehler und „kritische Ereignisse“ in allen sieben Sphären des Modells auftreten können. Zudem stehen die Begriffe Fehler und Output in einem besonders engen Verhältnis, da grundsätzlich die Erzeugung eines fehlerhaften Outputs vermieden werden will. Im Folgenden wird eine Einordnung der KESB des Kantons Bern in das Modell vorgenommen. Hierbei wird dieses ergänzend um eine weitere, „achte Sphäre“, erweitert, in welcher zusätzlich noch gesondert und vertiefend auf die Abnehmer der Leistungen der KESB eingegangen wird.

Es ist indes klar, dass sich das praktische Handeln einer Organisation nicht immer und ohne weiteres trennscharf und exakt in ein theoretisches Konstrukt einordnen lässt. Vorliegend handelt es sich somit um einen Versuch, die Praxis möglichst präzise im Modell abzubilden.

3.3.1.1. *Sphäre 1 - Orientierung & Auftrag: Die Aufgaben der KESB*⁸

Der gesetzliche Auftrag im Grundsatz: Die KESB stellen gemäss dem Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) „(...) durch die Anordnung von behördlichen Massnahmen das Wohl und den Schutz hilfsbedürftiger Personen sicher“.⁹ Wobei die „(...) Unterstützung der hilfsbedürftigen Person durch die Familie, andere nahestehende Personen oder private oder öffentliche Dienste nicht ausreicht oder von vornherein als ungenügend (...)“ erscheinen muss.¹⁰ Der KESB fällt als eine aus den Disziplinen Soziale Arbeit, Pädagogik, Psychologie und Medizin interdisziplinär zusammengesetzte Fachbehörde unabhängig Entscheide.¹¹

Der gesetzliche Auftrag im Bereich des Kindesschutzes: Die KESB ordnen dann Massnahmen an, wenn das Wohl des Kindes gefährdet ist.¹² Hierfür steht ein umfangreicher Massnahmenkatalog zur Verfügung. Insbes. können sie Weisungen erlassen,¹³ über das betroffene Kind eine Beistandschaft errichten,¹⁴ die elterliche Sorge einschränken oder entziehen,^{15&16} den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht entziehen und das Kind an einem geeigneten Ort unterbringen,¹⁷ oder den Eltern die Verwaltung des Kindesvermögens entziehen.¹⁸ Zudem erfüllen die KESB im Bereich des Familienrechts eine Vielzahl an Aufgaben. Insbes. regeln sie bei einer Trennung der Eltern ggf. die Kinderbelange. Darunter fallen die Regelung der elterlichen Sorge und der Betreuungsanteile bzw. des persönlichen Verkehrs.^{19&20} Hier stehen sich die Eltern als Kläger und Beklagte gegenüber. Folglich muss mit einem System gearbeitet werden, in welchem die Akteure womöglich unterschiedliche Ziele verfolgen.²¹

Der gesetzliche Auftrag im Bereich des Erwachsenenschutzes und der fürsorgerischen Unterbringung: Bei volljährigen urteilsunfähigen bzw. schutzbedürftigen Personen ergreifen die KESB geeigneten Hilfs- und Schutzmassnahmen. Hierbei stellen die Prüfung und Validierung von Vorsorgeaufträgen,²² die Prüfung und Anordnung von beistandschaftlichen Hilfestellungen²³ sowie die Prüfung und Anordnung von fürsorgerischen Unterbringungen²⁴ die Kernelemente des behördlichen Handelns dar. Im weiteren Fortschreiten wird der Erwachsenenschutz nicht vertiefend behandelt, weshalb auf eine umfassende Auslegung des Themenkomplexes verzichtet wird.

⁸ Die Ausführungen beziehen sich auf den ersten Punkt in der Abb. 2.

⁹ Art. 388 Abs. 1 ZGB für den Erwachsenenschutz. Gleiches gilt gem. Art. 388 Abs. 1 i.V.m. Art. 314 Abs. 1 ZGB auch für den Kindesschutz.

¹⁰ Art. 389 Abs. 1 ZGB.

¹¹ Art. 440 ZGB i.V.m. Art. 2 KESG sowie Art. 8 KESG..

¹² Art. 307 Abs. 1 und 2 ZGB.

¹³ Art. 307 Abs. 3 ZGB.

¹⁴ Art. 308 Abs. 1 und 2 ZGB.

¹⁵ Art. 308 Abs. 3, Art. 311 ZGB und Art. 312 ZGB.

¹⁶ Art. 308 Abs. 3 ZGB.

¹⁷ Art. 310 ZGB.

¹⁸ Art. 325 ZGB.

¹⁹ Vgl. dazu Art. 273 ff. sowie Art. 296 bis Art. 298 ZGB.

²⁰ Die in diesem Kapitel aufgeführten Aufgaben des Kindesschutzes sind nicht abschliessend.

²¹ Die Aufgaben der KESB im Bereich des Familienrechts finden sich im zweiten Teil des ZGB.

²² Art. 360 bis Art. 367 ZGB.

²³ Art. 388 ff. ZGB.

²⁴ Art. 426 bis Art. 439 ZGB.

Prämissen und Handlungsspielräume der KESB: Bei sämtlichen ihrer Handlungen haben die KESB zwingend die folgenden drei Prämissen zu berücksichtigen. So ist die *Selbstbestimmung* der betroffenen Person bestmöglich zu erhalten und zu fördern.²⁵ Zudem sind die KESB gehalten, die *Subsidiarität*²⁶ und die *Verhältnismässigkeit* zu beachten.²⁷

3.3.1.2. *Sphäre 2 - System der Leistungserstellung der KESB des Kantons Bern*²⁸

Die Strukturierung der KESB des Kantons Bern auf Stufe des Kantons: Im Kanton Bern ist die KESB als dezentrale Einheit der Kantonsverwaltung an elf Standorten tätig.²⁹ Hinzu kommt die burgerliche KESB; hierbei handelt es sich um einen Teil der Verwaltung der Bürgergemeinden,³⁰ die ausserhalb der Kantonsverwaltung liegt. Die Präsidien der zwölf KESB Standorte³¹ bilden gemeinsam die GL KESB des Kantons Bern.^{32&33} Die GL KESB wird durch ein ständiges Sekretariat und den GL Ausschuss unterstützt.³⁴

Von 2013 bis 2017 haben das Beratungs- und Forschungsbüro Ecoplan AG und die Hochschule für Soziale Arbeit, HES-SO Valais-Wallis ein Monitoring, eine Zwischenevaluation und eine Schlussevaluation über die Tätigkeit der KESB Kanton Bern vorgenommen. Im Evaluationsbericht vom Januar 2018 konstatieren die Evaluatoren, dass sich die einzelnen Standorte grössenmässig unterscheiden und in differenten Umgebungen agieren. Damit geht eine Beschränkung der Standardisierbarkeit und Vereinheitlichung der Prozesse zwischen den Standorten einher (Ecoplan & HES-SO Valais-Wallis, 2018, S. 13).

Die Strukturierung der KESB des Kantons Bern auf Stufe der Standorte: Die Zuständigkeit der Standorte richtet sich nach einer territorialen Aufteilung (KESB, 2019). Die jeweiligen Zuständigkeitsgebiete sind flächen- und populationsmässig unterschiedlich gross (47'000 bis 150'000 Einwohner) und entsprechend heterogen. Dies führt dazu, dass die Standorte von unterschiedlicher Grösse sind (Ecoplan & HES-SO Valais-Wallis, 2018, S. 13). Infolgedessen sind auch die Organigramme der elf kantonalen KESB Standorte, aber auch ihre Prozesse und Strukturen unterschiedlich. Allen Standorten gemein sind jedoch die einzelnen Organisationseinheiten (Geschäftsleitung, Kanzlei, Präsidium, Revisorat, Sozialjuristischer Dienst, Spruchkammer[n]), welche sich jedoch betreffend ihre Grösse und die inhaltliche Arbeitsteilung je Standort unterscheiden.³⁵ Auf der nächsten Seite hierzu beispielhaft das Organigramm der KESB Stadt Bern.

²⁵ Art. 388 ZGB.

²⁶ Unter Subsidiarität wird die hierarchische Struktur verstanden, wonach das Handeln der KESB erst dann zulässig ist, wenn sich vorgängig sämtliche im freiwilligen Rahmen erbrachten Leistungen zur Beseitigung des individuellen Problems im spezifischen Einzelfall als ungenügend erwiesen haben oder bereits vorgängig als unzureichend bewertet werden müssen (Häfeli, 2013, S. 392-394).

²⁷ Vgl. dazu Art. 389 ZGB.

²⁸ Die Ausführungen beziehen sich auf den zweiten Punkt in der Abb. 2.

²⁹ Art. 3 KESG.

³⁰ Art. 4 KESG.

³¹ Eine Auflistung der KESB Standorte findet sich auf der Website der KESB des Kantons Bern (KESB, 2019).

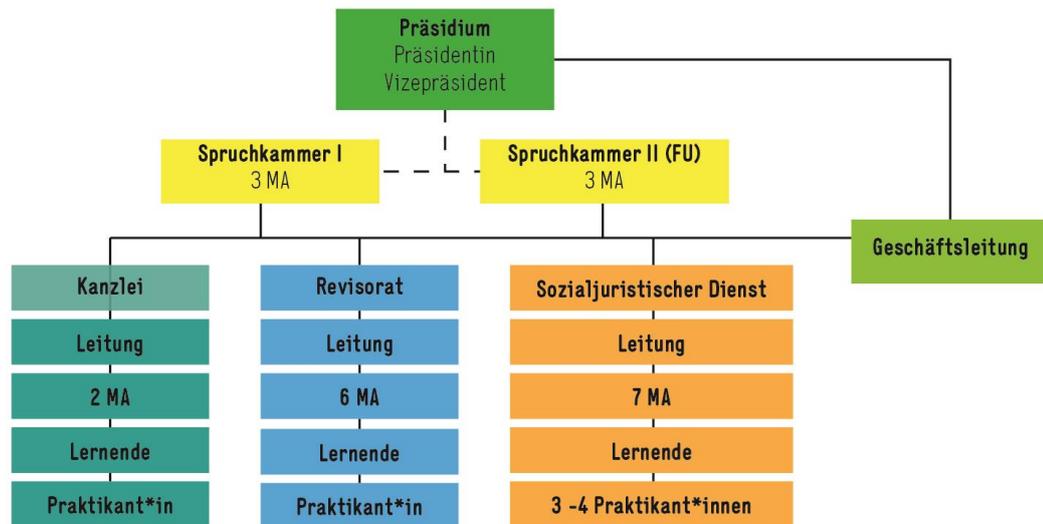
³² Art. 16 KESG.

³³ Siehe dazu auch das Organigramm der Geschäftsleistung der KESB des Kantons Bern im Anh. 2.

³⁴ Art. 17 KESG

³⁵ Art. 13 KESG

Abbildung 4: Organigramm der KESB Stadt Bern



Quelle: Eigene Darstellung anlehnend an Christener-Trechsel, 2019, Folie 8.

Zeitliche Komponente innerhalb der Verfahren und die Erreichbarkeit der KESB: Falls erforderlich, kann die KESB bereits während dem Verfahren vorsorgliche Massnahmen anordnen. Insbes. kann sie dies in Situationen von hoher Dringlichkeit zum Schutz der betroffenen Person auch ohne die vorgängige Anhörung der Involvierten tun.³⁶

Die Standorte haben in ihren Geschäftsordnungen festgehalten, dass sie in dringenden Fällen ausserhalb der Bürozeiten via die Polizei jederzeit erreichbar sind und die Pikett leistende Person bei Bedarf auch vor Ort ausrückt.³⁷ Weiter haben die Präsidien den Wohnort so zu wählen, dass der Standort der Behörde innert kurzer Zeit erreicht werden kann.³⁸

Beschwerdeinstanz, Aufsicht und Steuerung: Die gerichtliche Beschwerdeinstanz gegen Entschiede der KESB liegt beim Kindes- und Erwachsenenschutzgericht des Obergerichts des Kantons Bern.³⁹ Die Steuerung und Aufsicht betreffend die operative Führung der KESB obliegt dem Kantonalen Jugendamt der Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion (JGK) des Kantons Bern. Hierfür schliesst die JGK mit der GL KESB eine Leistungsvereinbarung ab, zudem ist die JGK im administrativen Bereich gegenüber der KESB weisungsbefugt.⁴⁰

3.3.1.3. *Sphäre 3 - Input; mit welchen Mitteln erbringt die KESB des Kantons Bern die Leistungen?*⁴¹

Personal: Die KESB sind auf Ebene der Standorte aus den Disziplinen Medizin, Pädagogik, Psychologie, Rechtswissenschaft, Soziale Arbeit oder einer vergleichbaren Ausbildung zusammengesetzte Fachbehörden,⁴² sie fällen ihre Entscheide in einem interdisziplinären Kolle-

³⁶ Art. 445 ZGB.

³⁷ Siehe dazu beispielhaft den Auszug der Geschäftsordnung der KESB Bern im Anh. 3.

³⁸ Art. 11 des Gesetzes über den Kindes- und Erwachsenenschutz (KESG).

³⁹ Art. 65 bis Art. 71 KESG.

⁴⁰ Art. 18 und 19 KESG.

⁴¹ Die Ausführungen beziehen sich auf den dritten Punkt in der Abb. 2.

⁴² Art. 440 ZGB i.V.m. Art. 2 und Art. 8 KESG.

gium in Dreierbesetzung.^{43&44} Dabei sind sie in der Entscheidungsfindung unabhängig und werden bei der Aufgabenbewältigung in Sachen Abklärung und Beratung, Revision und Administration durch ein Behördensekretariat unterstützt.⁴⁵

Im Kanton Bern stehen den elf kantonalen KESB Standorten für die Bewältigung der Aufgabe 178 Vollzeitstellen, verteilt auf 234 Personen, zur Verfügung. Die Alimenterung der Ressourcen auf die Standorte erfolgt über ein Benchmarking, mit dem die GL KESB die jeweilige Geschäftslast der Standorte misst und die Stellenprozente zuteilt. Wie vorangehend in den Erläuterungen zur Sphäre 2 ausgeführt, sind die elf Standorte für unterschiedlich grosse Gebiete zuständig, dementsprechend variieren auch die Standorte in personeller Hinsicht. Während der grösste Standort über einen Stellenanteil von 2595 Stellenprozent verteilt auf 35 Mitarbeitende verfügt, ist der kleinste der elf KESB Standorte mit 1150 Stellenprozent verteilt auf 15 Mitarbeitende deutlich kleiner.⁴⁶

Finanzielle Mittel: Im Rahmen des Voranschlags des Regierungsrats wurden für die Leistungserbringung der KESB 136,8 Millionen Franken für das laufende Betriebsjahr 2019 veranschlagt, wobei sich der erwartete Aufwand aus 93% (127,2 Millionen Franken) Sachkosten und 7% (9,6 Millionen Franken) Infrastruktur- und Personalkosten zusammensetzt (Finanzdirektion des Kantons Bern, 2018, S. 196-198). Die elf kantonalen KESB Standorte verfügen über eine gemeinsame elektronische Geschäftsverwaltung und können, soweit dies für die Aufgabenerfüllung verlangt, gegenseitig Einsicht in die Personendaten nehmen.⁴⁷

3.3.1.4. Sphäre 4 - Output; Ergebnis und Leistung der KESB⁴⁸

Im Jahr 2017 haben die elf Standorte 7'566 Verfahren eröffnet. In der Folge haben sie 3'772 Massnahmen angeordnet, 168 fürsorgerische Massnahmen verfügt und 173 Fremdplatzierungen von Minderjährigen vorgenommen. Prognostisch rechnet der Regierungsrat mit einer Zunahme in allen drei Bereichen (Finanzdirektion des Kantons Bern, 2018, S. 198). Im selben Jahr wurde vor dem Kindes- und Erwachsenenschutzgericht des Kantons Bern 212 Mal Beschwerde gegen einen Entscheid der KESB erhoben, in 31 Fällen hiess das Gericht die Beschwerde vollumfänglich oder teilweise gut, 181 Mal kam es zu einer Abweisung, was einer Rechtsbeständigkeit von 85 Prozent entspricht (aus einem nicht veröffentlichten Rapport der GL KESB an die JGK im 2018).

⁴³ Ausnahmen bilden hierzu die gem. Art 55 bis 59 KESG abschliessend ausgeführten Geschäfte, welche in die Zuständigkeit des Präsidiums fallen.

⁴⁴ Art. 54 KESG.

⁴⁵ Art. 2 und Art. 13 KESG.

⁴⁶ Siehe dazu der Personalbestand der KESB Kanton Bern, Stand Juni 2019, im Anh. 4.

⁴⁷ Art 4a* KESG.

⁴⁸ Die Ausführungen beziehen sich auf den vierten Punkt in der Abb. 2.

3.3.1.5. *Sphäre 5 - Führung und Steuerung: So wird die KESB des Kantons Bern gelenkt*⁴⁹

Auf der Ebene der Politik erfolgt im Kanton Bern die (finanz-)politische Steuerung der KESB über den Voranschlag, bzw. den Voranschlagskredit sowie über den Aufgaben- und Finanzplan (Finanzdirektion des Kantons Bern, 2018, S. 196-198).

An der Schnittstelle zwischen Politik und Verwaltung schliessen die GL KESB und die JGK jährlich eine Leistungsvereinbarung ab. Hierin werden über den zu erbringenden Grundauftrag hinaus auch weiterführende Ziele und Schwerpunkte definiert und die Chancen und Risiken der KESB benannt. Gemäss dem Leistungsvertrag 2019 stellt ein „(...) *dramatisches Einzelereignis mit oder ohne Mitverantwortung der KESB*“ oder „*überlastetes Personal und damit verbundene Ausfälle/Abgänge*“ ein Risiko dar, während „*motivierte, fachkompetente Mitarbeitende (...)*“ und ein „(...) *unterstützendes, kooperatives institutionelles Umfeld (...)*“ als Chancen klassifiziert werden. Weiter findet sich im Leistungsvertrag eine Risikomatrix. Mit deren Hilfe nimmt die GL KESB über ein regelmässiges Konsultationsverfahren mit den Präsidien der KESB Standorte periodisch eine Risikoeinschätzung vor. Hierzu werden die Standorte quartalsweise aufgefordert, zu zwanzig vordefinierten Risiken eine Einschätzung zur Eintrittswahrscheinlichkeit und zum erwarteten Schadenausmass abzugeben.⁵⁰

Wie bereits dargestellt, wird die dezentral tätige KESB über die GL KESB geführt und gelenkt.⁵¹ Sie nimmt die finanzielle und personelle Ressourcenallokation der Standorte vor. Dabei lässt sich die GL KESB von den mit Hilfe eines Benchmarking gewonnenen Kennzahlen betreffend die Geschäftsfalllast an den Standorten und (in geringem Mass) von der Charakteristik des Einzugsgebiets (insbes. die Population, die territoriale Ausprägung und Mehrsprachigkeit) leiten. Die GL KESB ist zudem für die Umsetzung einer möglichst einheitlichen Praxis und die Weiterbildung und Schulung auf dem Gebiet des Kindes- und Erwachsenenschutzes sowie für den Betrieb einer zentralen Wissensdatenbank, die Führung einer Qualitätskontrolle und die überregionale Vernetzung zuständig.⁵²

Die dezentral organisierte KESB besteht aus elf heterogenen Einheiten, die in heterogenen Umwelten tätig sind. Hierbei handelt es sich um ein komplexes System. Der Implementierung allgemeingültiger Prozesse und dem Wunsch nach Vereinheitlichung sind deshalb enge Schranken gesetzt. Die Leistungen der KESB werden standortbezogen individuell auf den Einzelfall massgeschneidert erbracht. Den Mitarbeitenden der KESB wird dementsprechend bei der Instruktion der Fälle eine hohe Autonomie bei der Gestaltung der Prozesse und Ergebnisse gewährt (Ecoplan & HES-SO Valais-Wallis, 2018, S. 13-14). In diesem Zusammenhang erscheint der Blick auf das theoretische Erklärungsmodell der *Street-Level-Bureaucrats* nach Lipsky von Bedeutung, wonach die an der Verwaltungsfront tätigen implementierenden Akteure in der täglichen Arbeit im direkten Kontakt mit der betroffenen Bevölkerung gehalten sind, eine generell-abstrakte Vorgabe einer Policy auf eine individuell-

⁴⁹ Die Ausführungen beziehen sich auf den fünften Punkt in der Abb. 2.

⁵⁰ Siehe dazu Anh. 5 „Auszug aus der Leistungsvereinbarung 2019 der KESB des Kantons Bern mit der JGK“.

⁵¹ Siehe dazu Kapitel 3.3.1.2. „Sphäre 2 - System der Leistungserstellung der KESB des Kantons Bern; Die Strukturierung der KESB des Kantons Bern auf Stufe des Kantons“.

⁵² Siehe dazu im Anh. 6 den Auszug aus dem Reglement der Geschäftsleitung KESB.

konkrete Weise umzusetzen (Lipsky, 2010, S. xvii zit. n. Sager et al., 2017, S. 126). Als Folge ist die Steuerungskompetenz auf Seiten der Entscheidungsträger zugunsten der „am scharfen Ende“ der Organisationen tätigen Akteure eingeschränkt. Diese nutzen ihren Ermessensspielraum, um die Aufgabe im Rahmen der Vorgaben bestmöglich zu erfüllen (Sager et al., 2017, S. 126-127). Hierbei gilt es zu bedenken, dass sich die KESB bei der Anordnung einer Massnahme an der Zukunft zu orientieren hat. Sie muss abschätzen, ob und wie im Einzelfall eine Intervention in der Zukunft ihre Wirkung entfalten wird, und ob ein positiver Nutzen erwartet werden kann. Insbes. ist zu erörtern, ob sich die Lage der Betroffenen durch das behördliche Einwirken besser entwickeln wird, als wenn keine Intervention erfolgt. Somit müssen bei der Entscheidungsfindung, je nach Fall mehr oder weniger dominierende unbekannte Grössen im Sinne einer Prognose miteinbezogen werden (Voll, 2013, 46-47).

3.3.1.6. Sphäre 6 - Unternehmenskultur der KESB⁵³

Das Handeln im Bereich des gesetzlichen Kindes- und Erwachsenenschutzes ist nicht zuletzt aufgrund der erforderlichen Prognostik risikobehaftet. Die Zukunft kann mit Hilfe von Erwartungen und Szenarien so oder anders nur erdacht werden und Erwartungen können so oder anders, müssen aber nicht zwingend in Erfüllung gehen. Erscheint ex-ante betrachtet der Eintritt einer Gefahr als wahrscheinlich, so kann sie als sicheres Risiko bewertet werden und behördliches Eingreifen legitimieren. Ob die Erwartungen tatsächlich eintreffen, lässt sich - wenn überhaupt - erst im Nachhinein, also ex-post erfassen. Zudem kann behördliches Handeln auch unpassend sein und wirken, wenn es sich in der nachträglichen Betrachtung als zu mild oder zu invasiv erweist (Broadhurst et al., 2010, S. 1046; Voll, 2013, 46-47; Voll et al., 2008, S. 15-16).

Vor diesem Hintergrund sind denn auch die Ausführungen des ehemaligen Präsidenten der KESB Stadt Bern und Vorsitzenden der GL KESB des Kantons Bern, Patrick Fassbind, zu sehen, wenn er sagt, dass das „(...) Kindes- und erwachsenenschutzrechtliche Verfahren nicht auf die Entscheidung gerichtet, sondern der Entscheid [...] als richtungsweisender Kondensator und taktgebender Generator bzw. als Beginn eines – das Kindes- und Erwachsenenwohl positiv beeinflussenden – Prozesses zu verstehen (...)“ ist (2018, S. 115). Fassbind weist weiter darauf hin, dass der prozesshafte Umgang mit komplexen Systemen und insbes. die direkte Auseinandersetzung mit problembelasteten Menschen und ihren sich stetig verändernden Lebenswelten antizipierendes und dynamisches Handeln von den Behörden verlangt. Die KESB ist in diesem Sinne weniger als Gericht und stärker als Dienstleisterin zu verstehen, die lösungsorientiert, pragmatisch und niederschwellig erreicht werden können soll. Attribute, wie Kooperation, Beratung und Unterstützung sind den polizeilichen und richterlichen Funktionslogiken vorzuziehen. Neben dem stetigen Bemühen, mit den betroffenen Personen Einvernehmen und Kooperation im Sinne eines Arbeitsbündnisses herzustellen, soll die KESB für die relevanten Akteure des Kindes- und Erwachsenenschutzes aber auch als Drehscheibe agieren und so für eine gelingende Zusammenarbeit und im Endeffekt für einen gelingenden Kin-

⁵³ Die Ausführungen beziehen sich auf den sechsten Punkt in der Abb. 2.

des- und Erwachsenenschutz sorgen. Auf Seiten der KESB und ihrer Mitarbeitenden verlangt dies unter anderem:

- Pragmatismus
- Geduld und Kompromissbereitschaft, sowie die Bereitschaft, auch Umwege zu gehen (Try-and-Error-Prinzip)
- Kritik- und Lernbereitschaft
- Anpassungs- bis hin zu Verbiegungsfähigkeit
- Flexibilität und Kreativität (Querdenkerqualitäten)
- Analytisch-systemische Auffassungsgabe
- Kommunikationsfähigkeit und Wille zur Transparenz
- Kooperationsfähigkeit und Verlässlichkeit
- Konfrontationsfähigkeit
- Entscheidungsfreudigkeit und Verantwortungsbewusstsein
- Bescheidenheit und Demut
- Empathie, Humor und ein positivistisches Menschenbild

Die hier aufgeführten Haltungen und Maximen hat Fassbind zum Begriff des „Sozial-Krisen-Interventions-Management-Service-Center“ zusammengefasst und dem Namen der Organisation KESB im Sinne eines Claim zur Seite gestellt (Fassbind, 2018, S. 115-119).

3.3.1.7. Sphäre 7 - Externe Anspruchsgruppen der KESB⁵⁴

Die Zusammenarbeit der KESB mit Dritten aus rechtlicher Sicht: Personen, die nicht dem Berufsgeheimnis unterstehen, können der KESB eine Person melden von der sie glauben, dass sie hilfsbedürftig sein könnte. Erfährt jemand im Rahmen seiner amtlichen Tätigkeit von der Hilfsbedürftigkeit einer Person, so ist sie gegenüber der KESB meldepflichtig, sofern sie die erforderlichen Hilfestellungen zur Beseitigung nicht im Rahmen ihrer Tätigkeit erbringen kann.⁵⁵ Die KESB trifft von Amtes wegen die erforderlichen Abklärungen, wobei sie nötigenfalls geeignete Personen oder Stellen bezieht.⁵⁶ Verfahrensbeteiligte und Dritte müssen die KESB bei der Abklärung aufgrund ihrer Mitwirkungspflicht unterstützen, und sofern dies nicht mit schutzwürdigen Interessen unvereinbar ist, müssen auch Verwaltungsbehörden und Gerichte Informationen zugänglich machen. Ausnahmen bilden auch hier Berufsgruppen, die dem Berufsgeheimnis unterstellt sind.⁵⁷ Im Kanton Bern erhält diese Regelung eine zusätzliche Präzisierung, indem im kantonalen Gesetz festgehalten ist, dass erforderliche Auskünfte zu erteilen, Urkunden herauszugeben, ärztliche Untersuchungen, behördliche Durchsuchungen und Augenscheine zu dulden sind. Bei einer Verweigerung der Mitwirkung können die KESB unter Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit gegenüber Verfahrensbetei-

⁵⁴ Die Ausführungen beziehen sich auf den siebten Punkt in der Abb. 2.

⁵⁵ Art. 443 ZGB.

⁵⁶ Art. 446 ZGB.

⁵⁷ Gem. Art. 448 ZGB sind Fachpersonen aus dem Bereich der Medizin sowie deren Hilfspersonen erst dann zur Mitwirkung verpflichtet, „(...) wenn sie von der geheimnisberechtigten Person dazu ermächtigt, oder vorgängig auf eigenes Gesuch oder auf Gesuch der KESB vom Berufsgeheimnis entbunden wurden.“ „(...) Nicht zur Mitwirkung verpflichtet sind Geistliche, RechtsanwältInnen, VerteidigerInnen, MediatorInnen sowie ehemalige BeiständInnen, die für das Verfahren ernannt wurden.“

ligten oder Dritten unter Inanspruchnahme der Polizei die zwangsweise Durchsetzung anordnen und eine Busse von bis zu 5000 Franken aussprechen.⁵⁸

Darüber hinaus ist im KESG festgehalten, dass die KESB und die kommunalen Sozial- und Abklärungsdienste sowie die Berufsbeistandschaften zusammenarbeiten. Dabei sind diese Stellen auf Anordnung der KESB verpflichtet, Sachverhaltsabklärungen vorzunehmen, Beistandschaften zu führen und weitere Massnahmen des Kindes- und Erwachsenenschutzrechts zu vollziehen. Weiter besteht zur Bekämpfung der häuslichen Gewalt die Pflicht zur Zusammenarbeit zwischen den Regierungsstatthalterämtern und der KESB. Die KESB kann von den Polizeiorganen des Kantons und der Gemeinden Unterstützung anfordern, insbes. bei der Vorführung oder beim Transport von betroffenen Personen. Wenn es die Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe verlangt, dürfen Polizei und KESB im Einzelfall ohne vorgängige Aufforderung Personendaten austauschen. Zudem ist im KESG festgehalten, dass die KESB mit Schulbehörden, Lehrpersonen, der Schulsozialarbeit, Beratungsstellen für Kinder und Jugendliche, Betreuungs- und Klinikeinrichtungen sowie Fachleuten des Gesundheitswesens, Gerichten sowie Straf- und Strafvollzugsbehörden, Betreibungs- und Konkursämtern, Steuerbehörden und Gemeinden zusammenarbeiten. Auch hierzu dürfen im Einzelfall Daten unaufgefordert ausgetauscht werden, wenn dies die Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe zwingend verlangt. Die Zusammenarbeit mit privaten Akteuren ist der KESB in Zusammenhang mit ihrer Aufgabenerfüllung erlaubt; dabei ist die Zusammenarbeit allerdings in einem Leistungsvertrag verbindlich zu regeln, wenn Aufgaben dauerhaft übertragen werden.⁵⁹

Die Zusammenarbeit der KESB mit Dritten aus methodischer Sicht: Im behördlichen Kindes- und Erwachsenenschutz stellt die KESB über die Instruktion des Verfahrens im Einzelfall die Koordination der beteiligten Akteure sicher, mit dem Ziel, das Wohl der betroffenen Person zu wahren, und um so die Grundlagen zu schaffen, dass ein rechtsgenügender Entscheid betreffend das weitere Vorgehen gefällt werden kann. Diese strategische Oberleitungsverantwortung ist nicht delegierbar. Damit auf veränderte Verhältnisse rasch und adäquat reagiert werden kann, muss die instruierende Person für die internen und externen Stellen jederzeit und niederschwellig ansprechbar sein (Fassbind, 2018, S. 129-130). Besonders im Kinderschutz ist ein grosses Helfernetz nicht selten, was sich erschwerend auf die Koordination auswirken kann, da sich die einzelnen Akteure nicht zwingend gegenseitig absprechen und selbstständig agieren. Dadurch kann die Gefahr entstehen, dass die betroffenen Personen durch ein widersprüchlich handelndes Helfernetz verunsichert oder gar geschädigt werden. Peter et al. empfehlen zum einen, die involvierten Stellen in zwei Kreise zu unterteilen. Die Akteure aus dem primären Kreis verfügen über einen direkten Einblick in den (Erziehungs-) Alltag der Klientenschaft, diejenigen aus dem sekundären Kreis sind bei Bedarf beizuziehen. Zum anderen sollten die Involvierten in Helfersitzungen miteinander agieren. Dadurch können sie die Situation besser erfassen als über punktuelle Eindrücke (2018, S. 158-159).

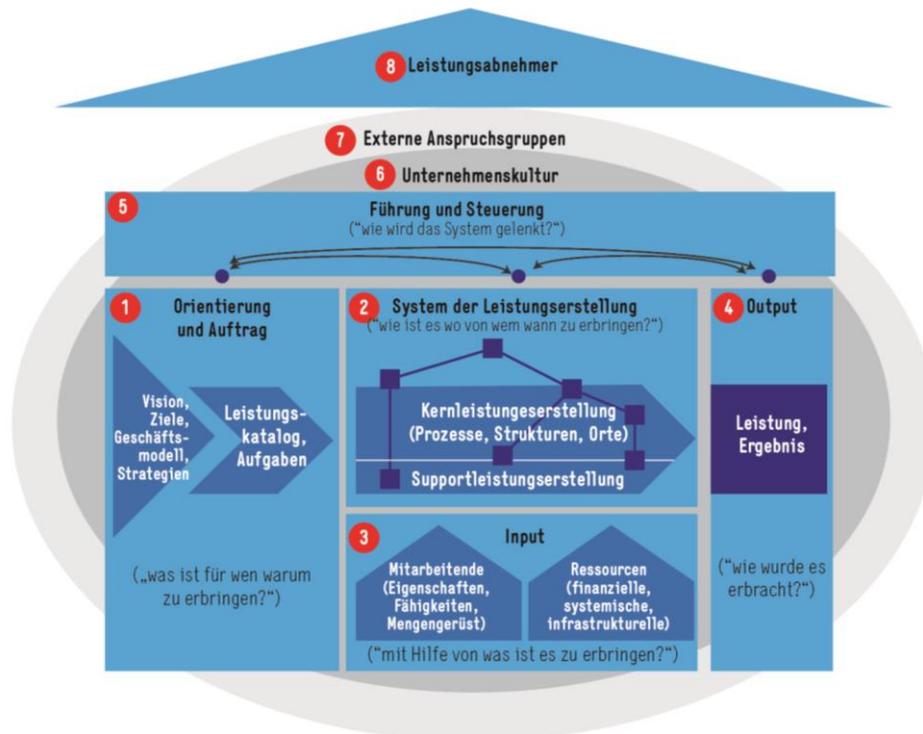
⁵⁸ Art. 50 KESG.

⁵⁹ Siehe dazu die Art. 22 bis 26 KESG.

3.3.1.8. Sphäre 8 - Die Abnehmer der Leistungen der KESB (Ergänzung)

Da der Leistungserbringer KESB in einer besonderen Beziehung mit seinen Leistungsabnehmern steht, sind in Ergänzung zu den sieben Sphären des wertschöpfungsorientierten Modells nach Wenger zusätzlich auch die Leistungsabnehmer (Klienten) des behördlichen Handelns in den Fokus zu nehmen. Sie können dem Modell synoptisch als Dach aufgesetzt werden, das der gesamten Organisation überstellt ist und die Organisationsstruktur zusammenhält.

Abbildung 5: Das um eine achte Sphäre ergänzte wertschöpfungsorientierte Modell



Quelle: Eigene Darstellung mit Ergänzungen in Anlehnung an Wenger, 2018, Folie 24.

Behördliches Handeln ist erst dann legitim, wenn die erforderlichen Hilfestellungen nicht im freiwilligen Rahmen erbracht werden können.⁶⁰ Es kann also sein, dass die betroffenen Personen, oder ihnen nahestehende Personen die Notwendigkeit und die Sinnhaftigkeit des Einschreitens des Helfersystems und der Behörde nicht erkennen. In der Sozialen Arbeit wird in diesem Zusammenhang vom „doppelten Mandat“ gesprochen. Gemäss diesem haben behördlich angeordnete Interventionen zwei Ziele zu verfolgen. Mit Blick auf den festgestellten Mangel muss die Intervention gleichzeitig als Hilfestellung und als Kontrolle funktionieren (dazu beispielhaft; Bode & Turba, 2014, S. 28-30).

Im behördlichen Kindes- und Erwachsenenschutz und den damit einhergehenden Massnahmen muss stets mit mangelnder oder gar fehlender Zustimmung der betroffenen Personen oder deren Umfeld gerechnet werden. Wäre dem nicht so, so könnten die Hilfestellungen wohl auch im freiwilligen Rahmen erbracht werden. Fehlendes Einverständnis kann fallbe-

⁶⁰ Siehe hierzu Kapitel 3.3.1.1. „Sphäre 1 - Orientierung & Auftrag: Die Aufgaben der KESB“.

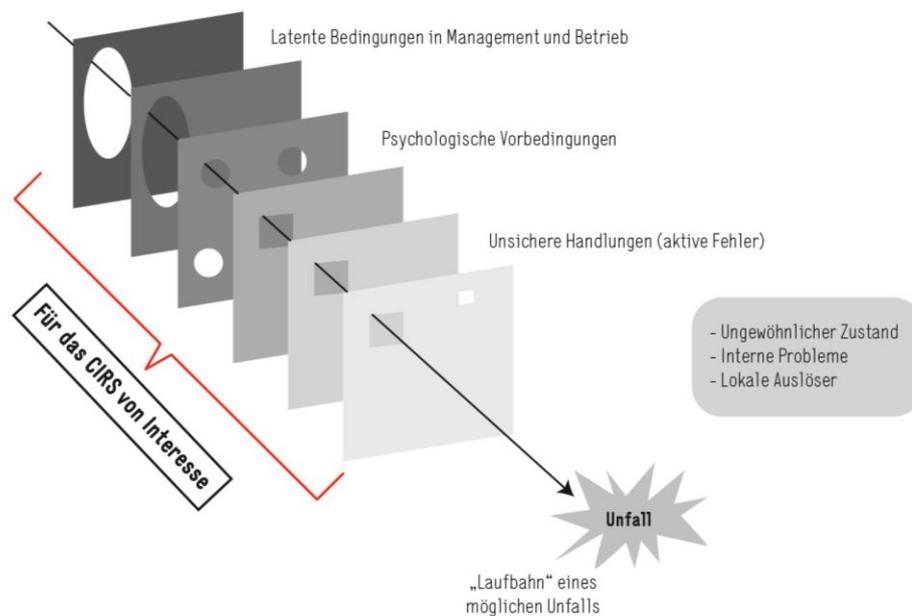
zogen gar zu einem markanten Merkmal werden. Ablehnendes Verhalten kann bis zur (aktiven) Verweigerung der Zusammenarbeit führen. Solches Verhalten kann in sämtlichen Sphären des Modells zusätzliche Wirkungen entfalten und die Organisation zusätzlich belasten. Die (aktive) Verweigerung der Kooperation kann eine zuverlässige Planung und Instruktion des Verfahrens erschweren und zu weiteren unbekanntem Faktoren führen, wodurch insgesamt auch von einer Zunahme der Fehleranfälligkeit ausgegangen werden muss.

3.4. Das Critical Incident Reporting System

3.4.1. Grundlegendes zum CIRS

Was ist ein CIRS? Hierbei handelt es sich um ein Berichts- und Lernsystem, mit dem das Ziel verfolgt wird, latente Bedingungen und sicherheitsrelevante Ereignisse aufzuspüren und sichtbar zu machen. Dabei darf im Moment der Berichterstattung nur die Gefahr für das mögliche Eintreten eines schlimmen Ereignisses bestehen, keinesfalls aber bereits ein solches Ereignis eingetreten sein (Aktionsbündnis Patientensicherheit et al., 2016, S. 7). Im Zusammenhang mit dem Käsescheibenmodell⁶¹ nach bedeutet dies, dass mit dem CIRS die Schutzbarrieren und insbes. deren Löcher in den Blick genommen werden:

Abbildung 6: Einordnung des CIRS im Käsescheibenmodell

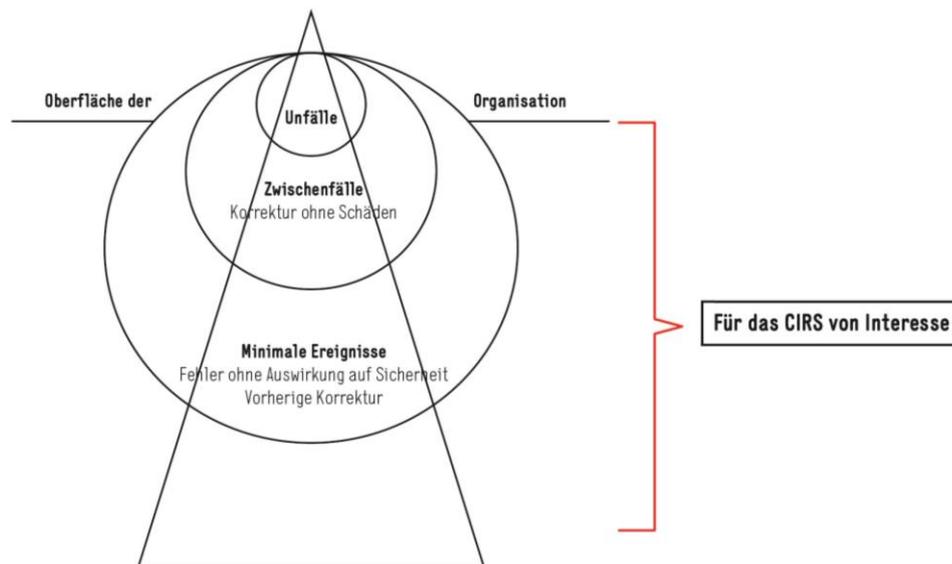


Quelle: Eigene Darstellung mit Ergänzungen, in Anlehnung an Hofinger (2012, S. 44), nach Reason (1990, S. 208).

⁶¹ Siehe dazu Abb. 1.

Im Eisbergmodell⁶² widmet sich das CIRS dem Teil der Welt, der unter der Oberfläche liegt:

Abbildung 7: Einordnung des CIRS im Eisbergmodell



Quelle: Eigene Darstellung mit Ergänzungen, in Anlehnung an Hofinger (2012, S. 48), nach St.Pierre et al. (2007; o.S.).

Verheissung eines CIRS: Ein CIRS soll helfen, mögliche Risikoquellen zu erfassen, indem damit nach latenten Bedingungen, möglichen Fehlerquellen und unsicheren Prozessen gesucht wird. Durch das Aufspüren von sicherheitsrelevanten Problemen besteht die Möglichkeit, dass auch in Bereichen Verbesserungspotentiale entdeckt werden, in denen sie nicht erwartet wurden. Auf der Ebene der Organisationsstruktur lassen sich dadurch Sicherheitslücken schliessen, Prozesse optimieren und Präventionsmassnahmen generieren. Im Bereich der Kultur kann das Bewusstsein für Sicherheit geschärft werden, wobei aber der Blick der Organisation und ihrer Mitarbeitenden nicht auf den möglichen Risiken hängen bleiben darf, sondern sich auf den Horizont richten muss, wo bestenfalls Lösungen entdeckt werden. Ferner kann ein CIRS einrichtungsübergreifendes Lernen unterstützen (Aktionsbündnis Patientensicherheit et al., 2016, S. 8; Braithwaite et al., 2008, S. 184–191; European Commission Patient Safety and Quality of Care working group, 2014, o.S.; Howell et al., 2016, o.S.; Pham et al., 2013, o.S.; Sun, 2013, o.S.; World Health Organization, 2005, o.S.).

Wie funktioniert ein CIRS? Beim CIRS handelt es sich um ein Meldesystem, mit dem alle Mitarbeitenden einer Organisation eigene Erfahrungen oder Beobachtungen zu Ereignissen, Situationen oder Sachverhalten melden können. Aus Sicht der Meldenden kam es zu einem Vorkommnis, das nur durch Glück, Zufall, besondere Achtsamkeit oder andere besondere Umstände nicht ein schlimme(re)s Ende nahm. Die meldende Person ist der Ansicht, dass eine künftige Wiederholung möglichst vermieden werden sollte, und das Ereignis bedarf aus ihrer Sicht einer weiteren vertieften Analyse und Diskussion. Die Meldungen können jeder-

⁶² Siehe dazu Abb. 2.

zeit freiwillig sowie rasch und unkompliziert eingereicht werden (Euteneier et al., 2015, S. 603). Hierbei sollte die Organisation vorgängig prägnant und auf ihr Tätigkeitsgebiet bezogen festlegen, was idealerweise im CIRS erfasst werden sollte (Aktionsbündnis Patientensicherheit et al., 2016, S. 8).

Das CIRS muss nach Eingang der Meldung in der Lage sein, die Informationen adäquat zu verarbeiten. Dabei müssen die Betreiber des CIRS insbes. auch darauf achten, dass Schadens- und Unfallmeldungen aus dem System entfernt werden und die hierzu vorgesehenen Systeme und Prozesse zur Anwendung kommen (Aktionsbündnis Patientensicherheit et al., 2016, S. 8). Weiter ist bei der Verarbeitung der Meldungen darauf zu achten, dass aus den Meldungen im Sinne eines Lerneffekts Präventionsmassnahmen im Arbeitssystem und nicht personenorientierte Reaktionen abgeleitet werden. Die Art der möglichen Massnahmen ist branchenabhängig und kann nicht abschliessend definiert werden. Es können dies bspw. die Anpassung von Abläufen und Strukturen, der Aufbau von geregelten Kommunikationswegen oder die Erneuerung von technischen Geräten sein. Dazu müssen die Informationen aus der Meldung durch geschultes Personal fachkundig aufgearbeitet werden. Ebenfalls wichtig ist, dass die Mitarbeitenden innerhalb von verschiedenen Adressatenkreisen passend und zügig Rückmeldungen vom CIRS erhalten. Dies bedeutet, dass:

- sofern die Meldung nicht anonym erfolgt ist, die meldende Person ein Feedback erhält;
- ggf. eine spezifische Gruppe von Mitarbeitenden aufgrund des CIRS Warnhinweise oder Mitteilungen zu veränderten Prozessen oder technischen Anpassungen erhält;
- alle Mitarbeitenden regelmässig Rückmeldungen aus dem CIRS erhalten (bspw. via Newsletter), wobei kommuniziert werden sollte, zu welchen Veränderungen es aufgrund des CIRS innerhalb der Organisation gekommen ist.

Diese Prämissen sind deshalb wichtig, weil die Nutzung des CIRS auf Freiwilligkeit basiert und deshalb keine Weisungen hinterlegt werden können. Im CIRS lässt sich weder aus den Meldungen noch aus den Nutzungszahlen ableiten, ob das System aktiv und passend genutzt wird. Das CIRS ist einzig von der Motivation der Mitarbeitenden abhängig. Deshalb müssen sie die Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit des Systems erkennen können. Es muss also für alle ersichtlich sein, dass sich Meldungen lohnen und dadurch positive Effekte erzielt werden können (Euteneier et al., 2015, S. 603-606; Leape, 2002, o.S.; Paula, 2019; Folie 2).

3.4.2. Anforderungen und Rahmenbedingungen

Diese Anforderungen muss ein CIRS erfüllen: Das CIRS, und damit auch die Organisation muss gewährleisten, dass die Meldung vertraulich oder auf Wunsch der meldenden Person anonym abgesetzt werden kann. Der meldenden Person muss ebenfalls gewährleistet werden können, dass sie durch das Absetzen der Meldung keine Sanktionen zu befürchten hat. Damit ein CIRS zuverlässig und zweckmässig betrieben werden kann, müssen die Mitarbeitenden im Umgang mit dem System geschult werden. Die Auswertung der Meldungen muss durch fachkundige Experten erfolgen. Sie müssen in der Lage sein, tiefer liegende Ursachen im System aufzuspüren, und es bedarf insgesamt einer aktiven Unterstützung durch die Leitungsebene der Organisation (Euteneier et al., 2015, S. 606; Leape, 2002, o.S.).

Die folgenden Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, damit ein CIRS erfolgreich funktionieren kann: Die bisherigen Erfahrungen der Praxis zeigen, dass ein CIRS dann erfolgreich betrieben werden kann, wenn es für die jeweilige Organisation konzeptionell passend gefasst und als Instrument in ein vorbestehendes Qualitäts- und Risikomanagement eingebunden ist; das CIRS sollte nicht für sich alleine stehen.

Ein CIRS kann erst funktionieren, wenn von Seiten der Organisation nicht nur die Bereitschaft vorhanden ist, sich theoriegeleitet Wissen anzueignen, sondern auch der Wille besteht, über praktische Erfahrungen gezielt zu lernen. Dies erfordert eine Kultur des achtsamen Umgangs mit dem Thema Sicherheit und eine, von allen Organisationsmitgliedern getragene Vision dazu. Damit Erfahrungswissen gegenseitig zugänglich gemacht werden kann, spielen die Begriffe Vertrauen, offene Kommunikation und Lernbereitschaft eine wichtige Rolle. Gezieltes Lernen erfordert von den Mitarbeitenden aktives Handeln und muss zu (positiven) Veränderungen führen. Dieser Umstand muss von Seiten der Organisation über die Leitungsebene erkannt, benannt, aktiv gefördert und aber auch geleitet werden. Hierzu braucht es Prozesse und die aktive Einbindung der Mitarbeitenden und Teams. Sämtliche der genannten Punkte bilden die Voraussetzung für den erfolgreichen Betrieb eines CIRS. Es darf nicht erwartet werden, dass sich diese voraussetzenden Punkte über die Implementierung eines CIRS gewissermaßen automatisch mitimplementieren.

Erst wenn das Personal motiviert ist, den Arbeitsalltag aktiv zu gestalten, und die Sinnhaftigkeit hinter den Aufwänden erkennen kann, wird es bereit sein, die eigenen Erfahrungen via CIRS zur Verfügung zu stellen. Gerade diese Meldebereitschaft ist der Schlüssel zum Erfolg. Alle monetären und personellen Ressourcen werden wirkungslos verbraucht, wenn keine Meldungen abgesetzt werden (Aktionsbündnis Patientensicherheit et al., 2016, S. 9).

Wozu die Anonymität? Der erfolgreiche Betrieb eines CIRS verlangt von der Organisation als Vorleistung eine entsprechende und intakte Fehlerkultur. Warum braucht eine Organisation also überhaupt ein CIRS, das auf Anonymität aufbaut?⁶³

Menschen neigen im Umgang mit Fehlern dazu, die Ursache und die Schuld bei derjenigen Person zu suchen, die den aktiven Fehler „begangen“ hat.⁶⁴ Als logische Konsequenz wird erwartet, dass die fehlerverursachende Person für ihr Fehlerverhalten sanktioniert wird. Diese Art des Umgangs ist gesellschaftlich tief verankert und stellt für das Individuum eine Barriere dar, um zu den „eigenen“ begangenen Fehlern stehen zu können. Aber auch auf Seiten der Leitung wirken etablierte Verhaltensmuster. Das Individuum hat gelernt, sich über solche Vorfälle zu ärgern. Von der Organisation wird in einem stereotypen Sinn erwartet, dass es zu Sanktionen kommt. Diese alten, tradierten Muster und gegenseitigen Erwartungshaltungen lassen sich weder rasch noch endgültig aus der Welt schaffen. Es muss also grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass Fehler Angst machen und dadurch der Drang zur Verheimlichung entsteht. Und obwohl gerade die Wiederholung eines (ähnlichen) Ereignisses Anlass

⁶³ Siehe dazu vorangehend „Die folgenden Rahmenbedingungen müssen gegeben sein, damit ein CIRS erfolgreich funktionieren kann“.

⁶⁴ Siehe dazu in Kapitel 3.1. den Abschnitt „Eine sozialpsychologische Betrachtung des Fehlerbegriffs“.

zu Fragen geben könnte und darin ein Potential für positive Veränderungen schlummert, nimmt durch die Wiederholung der Drang zur Verheimlichung noch weiter zu. Nicht einfacher wird es für die einzelnen Mitarbeitenden, wenn sie glauben, in den Handlungen Dritter ein Fehlverhalten oder einen Missstand erkannt zu haben. Der Korpsgeist kann dazu verleiten, solche Beobachtungen für sich zu behalten, da befürchtet wird, dass man durch die Offenlegung der Irritation als Nestbeschmutzer gilt. Besonders in arbeitsteiligen Organisationen ist es aber von substantieller Wichtigkeit, dass auch die Arbeiten der anderen kritisch bewertet werden können, ohne dass dies ehrenrührig wird. Das CIRS kann dabei helfen, einen Kreislauf des Schweigens und Versteckens zu durchbrechen, zumal der Sinn und Zweck eines CIRS, sofern es gut eingeführt wird, für die Anwendenden einfach verständlich und einleuchtend ist (Reason, 2000, S. 768; Sethe; 2011; S. 199-200 & 2004-2005).

3.4.3. Herausforderungen sowie Vor- und Nachteile eines CIRS

Herausforderungen, Stolpersteine und Begrenzung des CIRS: Die im vorangehenden Kapitel dargestellten Anforderungen und Rahmenbedingungen müssen beim Betrieb eines CIRS zwingend erfüllt werden bzw. gegeben sein. Dies bedeutet, dass das Instrument mit den dazu nötigen technischen und personellen Mitteln alimentiert werden muss. Zudem kommen beim CIRS kumulativ die folgenden zwei wesentlichen, begrenzenden Faktoren zusammen:

1. Über das Instrument CIRS können nur Einzelfälle erfasst werden.
2. Es hängt von der individuellen Motivation und Bewertung der Einzelperson ab, ob es zu einer Meldung kommt.

Dies führt dazu, dass über ein CIRS weder Aussagen zur Risikolandschaft insgesamt, noch zu möglichen einzelnen Risikokonstellationen abgeleitet werden können. Dadurch, dass die initiale Entscheidung, ob und welche Informationen in das CIRS gelangen, bei den einzelnen Mitarbeitenden liegt, kann dazu führen, dass im CIRS auch Meldungen eingehen, die nicht in dieses Instrument gehören und hier nicht bearbeitet werden können oder dürfen. Es ist möglich, dass auch ein Fehler mit Unfallfolge rapportiert wird (Euteneier et al., 2015, 605-607). In den Bereichen Medizin und Aviatik kam es in der Vergangenheit dazu, dass bei der straf- und oder schadensrechtlichen Aufarbeitung von Unfällen Informationen aus dem CIRS beigezogen wurden. Dadurch kann insbes. die im CIRS zugesicherte Sanktionsfreiheit für die Meldenden verletzt werden (Aktionsbündnis Patientensicherheit et al., 2016, S. 11-12; BGer 1B_289/2016⁶⁵; sowie beispielhaft nzz.ch, 2019). Dieser Umstand kann sich bei den Anwendenden besonders im Zusammenhang mit der Freiwilligkeit des CIRS negativ auswirken, weil dadurch das zum erfolgreichen Betrieb des Systems erforderliche Vertrauen wegbrechen kann (Institut für Gesundheitsrecht, 2018, S. 15). Dadurch zeigt sich die Wichtigkeit, dass die Organisation neben dem CIRS weitere Instrumente im Bereich des Risikomanagements betreibt, so dass auch ein Fehler mit Unfallfolge mit passenden Prozessen bearbeitet werden kann, und eine solche Meldung aus dem CIRS ggf. den entsprechenden Instrumenten zugeführt werden kann (Aktionsbündnis Patientensicherheit et al., 2016, S. 8). Gleichzeitig obliegt es den Mit-

⁶⁵ Eine Übersetzung des Bundesgerichtsentscheids BGer 1B_289/2016 ins Deutsche findet sich auf der Website von Patientensicherheit Schweiz (2018a).

arbeitenden, auch am anderen Ende der Schadens- und Relevanzskala abzuschätzen, ob ein Ereignis gemeldet werden soll. Dabei ist es denkbar, dass Nützlichendes nicht bewertbar wird, weil es als zu wenig relevant für eine Rapportierung eingestuft wird (Sethe, 2011 S. 206).⁶⁶ Es zeigt sich, dass alle Mitarbeitenden auf sämtlichen hierarchischen Stufen der Organisation im Umgang mit dem CIRS eingehend zielgruppen-, bzw. anwendergerecht geschult werden müssen. Euteneier warnt davor, dass bei einem CIRS, welches die Anforderungen nicht erfüllt, die Nachteile überwiegen können (2015, S. 606).

Die Vorteile eines CIRS: CIRS Meldungen sind deshalb überzeugend und bedeutsam, weil sie von Personen stammen, die nah am Geschehen sind. Mit Hilfe des CIRS kann es über den Vergleich von mehreren ähnlich gelagerten Meldungen gelingen, Fehler in der Organisation oder in den Prozessen frühzeitig zu finden. Was sich in der Betrachtung des Einzelfalls als atypische Seltenheit präsentieren kann, offenbart sich vielleicht im Vergleich mit anderem als eine, in unterschiedlichen Gestalten auftretende, kontinuierliche Wiederholung. Hierzu bedarf es einer hohen Meldefreudigkeit und somit einer entsprechend guten Akzeptanz der Mitarbeitenden gegenüber dem CIRS. Erst durch das Aussenvorlassen der Schuldfrage und den Abbau des Drangs zur Verheimlichung kann es gelingen, die fortwährende Wiederholung von gleichen und ähnlichen kritischen Zwischenfällen zu durchbrechen. Zudem kann ein CIRS für das Personal entlastend sein, da dadurch belastendes Wissen abgeladen und geteilt werden kann. Neben dem Fakt, dass es den Mitarbeitenden dadurch besser geht, ist es auch im Interesse der Organisation, dass Meldungen intern abgesetzt werden und die Information nicht in einer skandalisierenden Weise an in die Öffentlichkeit gelangt. Gerade dort wird durch den engen Fokus der einzelnen Meldung in der Regel die Schuldfrage abgehandelt; eine Fehlerkette kann so in der Regel nicht erkannt werden.

Letztlich stellt sich natürlich auch die Frage, warum eine Organisation im Wissen darum, dass (dauernd) Fehler passieren, passiv bleibt und dadurch geradezu auf das Grossereignis mit Unfalls- und Schadenfolge wartet, währenddessen es in der Normalität des Alltags mit Hilfe von Meldungen zu vermeidlich unbedeutenden Kleinigkeiten vorbeugend bereits viel zu entdecken gäbe (Sethe, 2011, S 204-205; Walshe et al., 2004, S. 103, 105, 107).

Die Nachteile eines CIRS: Es darf nicht verschwiegen werden, dass über ein CIRS auch regelwidriges Verhalten von Mitarbeitern gemeldet werden kann. Eine solche Meldung kann die Betreibenden eines CIRS in ein Dilemma führen, da bei einem solchen Verstoss personalrechtliche Konsequenzen vorgesehen sind. Gleichzeitig bedeutet dies auch, dass personenbezogene Daten im CIRS eingegangen sind, wodurch sich datenschutzrechtliche Fragen stellen. Aufgrund der Anonymität kann sich das CIRS theoretisch als Vehikel für Mobbinghandlungen anbieten. Das CIRS ist nicht nur auf Seiten der Meldenden auf ein wahrheitsgetreues Reporting angewiesen, es muss auch fähig sein, die Meldungen auf ihren Wahrheitsgehalt hin überprüft werden. Das System muss in der Lage sein, alle Meldungen eingehend zu prüfen und jedem Vorfall im erforderlichen Umfang nachzugehen. Es liegt auf der Hand, dass dies

⁶⁶ Zur Veranschaulichung: Am Anfang der Fehlerkette die 2002 zur Flugzeugkatastrophe vom Bodensee führte, stand eine besetzte Telefonleitung (BAG, 2002, S. 45).

entsprechende Aufwände und Kosten auslöst. Gem. Sethe kommen grössere Haftungsfälle oder ein Reputationsschaden einer Organisation aber meist teurer zu stehen (2011, S. 204-206; Strasser, 2007, 496-497; Tinnenfeld, 2009, S. 68-72).

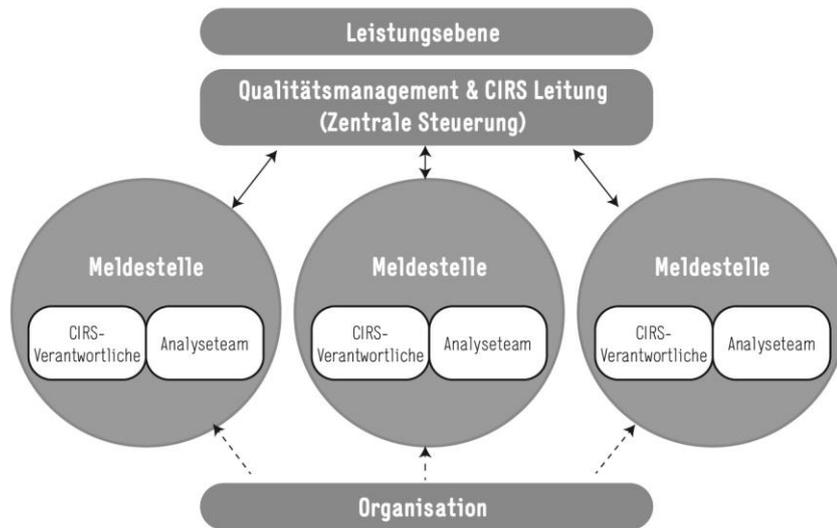
3.4.4. Der Betrieb eines CIRS

Welche Organisationen wenden typischerweise ein CIRS an? Gerade HRO haben ein ausgeprägtes Bedürfnis, möglichst früh und umfassend Erkenntnisse zu kritischen Ereignissen und latenten Bedingungen zu gewinnen.⁶⁷ Mit Hilfe dieser Entdeckungen versuchen sie, die Fehlerketten nachzuzeichnen. Das CIRS ist somit im Sinne einer Fehlervermeidung proaktiv und dient also nicht der Erfassung und (Nach-)Bearbeitung von bereits erfolgten aktiven Fehlern (Euteneier et al., 2015, 603-604). Am Beispiel des stationären Gesundheitswesens wird erkennbar, dass der Einsatz des CIRS in HRO mittlerweile ein etabliertes, integrales Element des Qualitäts- und Risikomanagements für die Erstellung vorbeugender Massnahmen darstellt. Das CIRS dient den HRO zur systematischen Analyse und der Erfassung von Risiken, Fehlern und kritischen Ereignissen. Dem CIRS wird in der stationären Medizin ein hoher Stellenwert beigemessen (Aktionsbündnis Patientensicherheit et al., 2016, S. 4).

Aufbau und Strukturierung eines CIRS: Das CIRS sollte entsprechend den Bedürfnissen der Organisation aufgebaut und letztlich massgeschneidert sein. Dazu hat die Organisation vorgängig in allgemeinen und spezifischen Zielen den Zweck des CIRS festzulegen. Danach gilt es den Arbeitsablauf zu definieren; hierbei spielt die Grösse der Organisation eine massgebende Rolle. Damit die eingehenden Berichte seriös und speditiv bearbeitet werden können, ist es wichtig, dass innerhalb des CIRS die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klar definiert sind. Gem. der Handlungsempfehlung des Aktionsbündnis Patientensicherheit et al. ist das CIRS zentral zu steuern. Ab einer gewissen Grösse und insbes. auch dann, wenn es sich um dezentral organisierte Organisation handelt, sind zusätzlich weitere CIRS Verantwortliche einzusetzen und mehrere Meldekreise zu bilden. Hierzu ein Beispiel auf der folgenden Seite.

⁶⁷ Siehe dazu Kapitel 3.2. „Die High Reliability Organization“.

Abbildung 8: CIRS Struktur Meldekreis und Verantwortliche



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Aktionsbündnis Patientensicherheit et al, 2016, S. 14, nach Heuzeroth, Asklepios Kliniken GmbH.

In diesem Modell werden die Berichte zentral anonymisiert und danach dezentral im Team des Meldekreis bearbeitet aus dem die Meldung stammt. Durch die CIRS Leitung werden die weiteren Handlungen zentral koordiniert und kontrolliert. Darunter fallen die folgenden Aufgaben (Aktionsbündnis Patientensicherheit et al., 2016, S. 14-15):⁶⁸

- Ggf. Feedback an die meldende Person;
- Wenn erforderlich, das Absetzen von Warnhinweisen und Mitteilungen;
- Regelmäßige Kommunikation zu den durch das CIRS verursachten Neuerungen und Veränderungen des CIRS.

Die Meldung: Die Mitarbeitenden müssen über ein einfaches und rasch bearbeitbares Formular ohne grossen Aufwand Meldungen absetzen können. Ein solches standardisiertes Formular soll auch ermöglichen, dass einzelne Meldungen einfach untereinander verglichen werden können (Paula, 2017, S. 99). Es ist denkbar, das Formular in Papierform zur Verfügung zu stellen; die einschlägige Literatur weist indes auf eine Vielzahl von Vorteilen hin, wenn die Meldung elektronisch erfasst und weiterverarbeitet werden kann. So wird unter anderem die systematische Auswertung erleichtert, indem eine Verschlagwortung und der Aufbau einer Berichtsdatenbank aufgebaut werden können. Zudem kann über ein Zugriffskonzept die Analyse bei Bedarf auf mehrere Anwendergruppen ermöglicht und geregelt werden. Zu guter Letzt wird das CIRS bei Bedarf so organisationsübergreifend mit anderen Stellen und anderen Systemen interaktionsfähig (siehe dazu beispielhaft: Aktionsbündnis Patientensicherheit et al., 2016, S. 16; Euteneier et al., 2015, 604-605; Paula, 2017, S. 99). Ungeachtet, ob die Meldung auf Papier in einem Briefkasten oder digital, in einer Inbox eines IT-Systems eingeht, sollte

⁶⁸ Siehe dazu in Kapitel 3.4.1. „Grundlegendes zum CIRS“ den Abschnitt „Wie funktioniert ein CIRS?“.

die meldende Person über ein einfach strukturiertes Formular mindestens die folgenden vier Fragen beantworten:

- Was ist passiert?
- Was war das Ergebnis?
- Warum ist es geschehen?
- Wie könnte es zukünftig verhindert werden?

Weiterführende, vertiefende Fragen können entsprechend dem individuellen Bedarf der jeweiligen Organisation ergänzend angefügt werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass das Meldformular einfach und übersichtlich bleibt und das Ausfüllen nicht allzu zeitraubend wird (Aktionsbündnis Patientensicherheit et al., 2016, S. 17). Paula spricht in diesem Zusammenhang vom „Fünf-Minuten-Formular“ (2019, Transkript, #00:04:12-6#).

Ablauf bei der Verarbeitung von Meldungen: Sämtliche Meldungen sind regelgebunden nach definierten Abläufen zu bearbeiten. Dabei wird zuerst geprüft, ob aufgrund der Meldung ein dringender Handlungsbedarf besteht. Unzulässige Meldungen müssen aus dem CIRS ausgeschieden werden.⁶⁹ Falls ein Rapport vollumfänglich aus dem CIRS entfernt werden muss, so ist zu prüfen, ob die Meldung über einen anderen Prozess weiterverfolgt werden kann, bzw. ob die Organisation überhaupt über das dazu erforderliche Gefäss verfügt. Ebenso ist in diesem Zusammenhang zu hinterfragen, ob das Regelwerk des CIRS den Mitarbeitenden umfassend bekannt ist. Weiter ist zu prüfen, ob der (teilweise) unpassende Bericht über eine redaktionelle Nachbearbeitung (Teile des Inhalts löschen) brauchbar gemacht werden kann. Danach ist der Bericht thematisch zu kategorisieren (bspw. nach Ereignistypen) und der zuständigen Organisationseinheit zuzuweisen. Nun, da der Bericht in der vordefinierten Art und Weise aufbereitet ist, kann er im dafür vorgesehenen Gefäss untersucht werden. Dazu sind bei Bedarf im Sinne von vertiefenden Hintergrundabklärungen weitere Informationen zu beschaffen. Erst wenn alle erforderlichen Informationen vorliegen, kann die eigentliche Suche nach fehlerbegünstigende Faktoren und der Störungsquelle beginnen. Dabei ist ein hierfür passendes Analyseverfahren⁷⁰ anzuwenden, wobei mit Hilfe einer Matrix auch eine Bewertung des Risikos hinsichtlich des potentiellen Schweregrads und der Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung vorgenommen werden kann. Durch die Analyse und Risikobewertung wird es möglich, passende und masshaltige Empfehlungen für mögliche Massnahmen abzugeben. Ziel einer solchen Massnahme kann sein, eine Wiederholung des gleichen oder eines typähnlichen Ereignisses ganz zu unterbinden oder die Mitarbeitenden für solche Vorkommnisse zu sensibilisieren, so dass sie rascher erkannt werden können. Es können aber auch Massnahmen formuliert werden, die zwar nicht die Wiederholung des Ereignisses vermeiden, aber mögliche negative Effekte reduzieren können (Aktionsbündnis Patientensicherheit et al., 2016, S. 17-19; Mitchell et al., 2015, 92-9).

⁶⁹ Bspw. Meldungen zu einem Schadenfall oder zu einer vermeintlich unpassenden individuell getroffenen Einschätzung im Sinne von Verunglimpfungen oder Whistleblowing, sowie zu einem Vorkommnis, das an eine andere Instanz oder in einem anderen System rapportiert werden muss.

⁷⁰ Bspw. mit Hilfe des London-Protokolls, der Methode PRISMA, des Fischgräten- bzw. Ishikawa-Diagramms oder der Fehlermöglichkeiten-Einfluss-Analyse (FEMA).

Die Massnahme als Output des CIRS: Neben der Frage nach Qualität und Quantität der eingegangenen Meldungen ist für ein funktionierendes CIRS ebenso essentiell, dass es in der Lage ist, überzeugende, verständliche und umsetzbare Massnahmen zu generieren. Hierbei muss es sich um präventive, zukunftsorientierte Massnahmen handeln. Es geht also nicht darum, die gemeldeten Vorfälle weiter zu bearbeiten, zu steuern und zu korrigieren. Eine Massnahme sollte die folgenden Gütekriterien erfüllen:

- Sie muss präzise formuliert sein, so dass sie für alle Mitarbeitenden und auch ohne Vorwissen zum gemeldeten Vorkommnis, das initial zur Massnahme geführt hat, verständlich ist.
- Sie bedarf konkreter Verfahren, Abläufe, Zuständigkeiten und einer Zieldefinition.
- Auf vage Aussagen wie Willenserklärungen, appellative Aufforderungen oder unpräzise Forderungen ist zu verzichten.

Nur so können Verbesserungen nachhaltig erreicht und die Sinnhaftigkeit eines CIRS durch die Mitarbeitenden erkannt werden. Somit ist jede Massnahme, die aus dem CIRS geschöpft werden konnte, auch beste Werbung für das System als solches. Initiierte Massnahmen dürfen im weiteren Verlauf nicht unkontrolliert bleiben. Sie müssen während der Umsetzung dokumentiert und mit Hilfe eines Controllings durch die Leitung begleitet und ausgewertet werden (Aktionsbündnis Patientensicherheit et al., 2016, S. 20).

Die Aufgaben des CIRS-Teams: Damit die Bereitschaft, Meldungen abzusetzen initiiert und aufrechterhalten werden kann, bedarf es einer adressatengerechten und kontinuierlichen Kommunikation mit den Mitarbeitenden der Organisation. Sämtliche Mitglieder der Organisation sollten in einer vordefinierten Art kontinuierlich eine Resonanz aus dem CIRS erhalten (bspw. via Newsletter), wobei darauf zu achten ist, dass sowohl über die eingehenden Berichte als auch über die daraus entstandenen Massnahmen und Verbesserungen berichtet wird.

Das CIRS Team muss in engem Kontakt stehen, um das Wissen und die Erfahrungen teilen und das weitere Vorgehen planen zu können. Im kommt die Aufgaben zu, die Meldungen so aufzubereiten, dass sie weiter bearbeitet können, indem sie diese anonymisieren, die Vertraulichkeit herstellen und bei Bedarf weitere Informationen beschaffen. Danach gilt es nach den Ursachen zu fahnden, um in der Folge Massnahmen zu entwickeln und den Aufwand abzuschätzen, der für die Verwirklichung benötigt wird. Hierzu bedarf es eines engen Austauschs mit der Leitungsebene. Weiter ist das CIRS Team verantwortlich, die laufenden Massnahmen zu beaufsichtigen und die fortlaufende Kommunikation mit den Mitarbeitenden zu pflegen und deren Schulungen im Umgang mit dem System zu organisieren. Damit dass hier Geforderte vom Team geleistet werden kann, müssen die Mitglieder des Teams neben fundierten Kenntnissen zur Organisation und deren Struktur auch über die erforderlichen Kompetenzen in den Bereichen Kommunikation, Risikomanagement, Fallanalyse, Prozess- und Projektmanagement verfügen. Es empfiehlt sich, dass dem Team unterschiedliche Berufsgruppen angehören (Aktionsbündnis Patientensicherheit et al., 2016, S. 20-21; Benn et al., 2009, S. 11-21; Braithwaite et al., 2008, S. 184–191; Braithwaite et al., 2010, S. 229–233; Gandhi et al., 2005, S. 614-621; Howell et al., 2015, S. e0144107; Mitchell et al., 2015, S. 92-9).

4. Methodik

4.1. Grundlagen

Will man herausfinden, ob und wie eine Institution aus Fehlern lernen kann, dann muss im Sinne der qualitativen Forschung nach Flick ein dem Untersuchungsfeld angepasstes Forschungsdesign erstellt werden. Der Ursprung des Forschungsinteresses kann zwar im Umfeld des Forschers entspringen, bedarf jedoch einer weiteren Eingrenzung, damit es methodisch handhab- und bearbeitbar wird (2016, S. 132-134).

Einordnung und Eingrenzung des Untersuchungsgegenstands: Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt und im Protokollauszug⁷¹ ersichtlich, spielt die GL KESB des Kantons Bern mit dem Gedanken, ein CIRS aufzubauen (ebda.). Auf der Ebene der Organisationsleitung wurde somit bereits Interesse am Themenkomplex „Umgang mit Fehlern und Risiken“ und insbes. am Instrument des CIRS formuliert. Der Untersuchungsgegenstand kann somit auf den Themenkomplex „Umgang mit kritischen Ereignissen und Fehlern“ mit Hilfe eines CIRS innerhalb der KESB des Kantons Bern eingegrenzt werden.

(Ex-ante) Konzeptevaluation: Vorliegend wird dem Bedürfnis nach einem möglichst passenden Umgang mit der Tatsache, dass Fehler passieren, nachgegangen. Hierbei wird die Idee der Implementierung eines CIRS im Rahmen des vorbestehenden Risikomanagements der KESB vertiefend geprüft. Handlungsleitend ist folgende Ausgangsfrage:

Kann das Konzept CIRS in der Organisation der Verwaltungseinheit der KESB des Kantons Bern entsprechend seiner Idee zu Nutzen und Wirksamkeit aufgebaut und betrieben werden?

Die Beantwortung der Fragestellung kann mit Hilfe einer Evaluation angegangen werden. Der Grund für die Durchführung einer Evaluation ist dem Interesse eines Auftraggebers geschuldet (Sager & Hinterleitner, 2014, S. 438). Die Informationen sollen den Verantwortlichen der GL KESB vorgängig zur Reflexion des beabsichtigten Handelns dienen (Sager, Ingold & Balthasar, 2017, S. 144-145). Im Rahmen einer Evaluation lassen sich Interventionsmassnahmen anhand von unterschiedlichen Bewertungskriterien wissenschaftlich fundiert bewerten. Dazu braucht es systematisch gesammeltes Datenmaterial, welches theoriegeleitet ausgewertet wird. Vorliegend soll mit Hilfe der Evaluationsergebnisse eingeschätzt werden können, was von der Implementierung und dem Betrieb des CIRS Konzepts innerhalb der KESB des Kantons Bern erwartet werden kann, und ob diese Intervention für ebendiese Organisation lohnenswert erscheint (Döring & Bortz, 2015, S. 977-978). Es handelt sich um die vorgängige Prüfung des Konzepts hinsichtlich seiner Eignung in einem konkreten Bezugsrahmen. Es bietet sich an, diese Prüfung mit Hilfe der (Ex-ante) Konzeptevaluation vorzunehmen. Nach Sager & Hinterleitner bedarf es zur Erreichung der Zielsetzung und Beantwortung der Fragestellung eines Modells der Evaluation, welches fundiert, theoriegeleitet und kontextsensitiv ist (Pawson und Tilley, 1997, o.S.; Rossi et al. 1999, o.S.; Sager & Hinterleitner, 2014, S. 442).

⁷¹ Siehe dazu Anh. 1.

Die Kriterienbildung: Eine Konzeptevaluation verlangt nach einer Theorie zum Konzept. Mit Hilfe der Theorie kann abgeschätzt werden, ob sich das erhoffte Ergebnis erzielt werden kann. Weiter lassen sich die Herausforderungen bei der Umsetzung und die zu erwartenden Aufwände abschätzen. Hierzu werden mittels des theoretischen Modells Kriterien gebildet, mit denen sich beurteilen lässt, ob sie unter den im praktischen Alltag herrschenden Bedingungen erfüllt werden können. Die erforderlichen Bewertungskriterien lassen sich aber nicht einzig über das theoretische Rahmenmodell bilden, vielmehr können hierfür unter anderem auch mit Hilfe von Interviews Bewertungen von Fachleuten miteinbezogen werden. Die verschiedenen Mittel zur Kriterienbildung lassen sich kombinieren. Die notwendigen Kriterien zur Bewertung des Evaluationsgegenstands und seine intendierten und nicht-intendierten Wirkungen lassen sich unterschiedlich festlegen.

Die anhand der Kriterien erstellte Bewertung soll nicht ausschliesslich wissenschaftliche Erkenntnisse über die Eigenschaften und Wirkungen des Evaluationsgegenstandes liefern, sondern auch klare Empfehlungen für die Praxis generieren. Die Bewertung soll den Entscheidungsträgern bei der Klärung der Frage dienen, ob die Massnahme umgesetzt werden soll oder nicht. Dazu müssen die relevanten Evaluationsfragen einer konkreten Evaluationsstudie konkretisiert werden und untersuchbar sein (Döring & Bortz, 2015, S. 987).

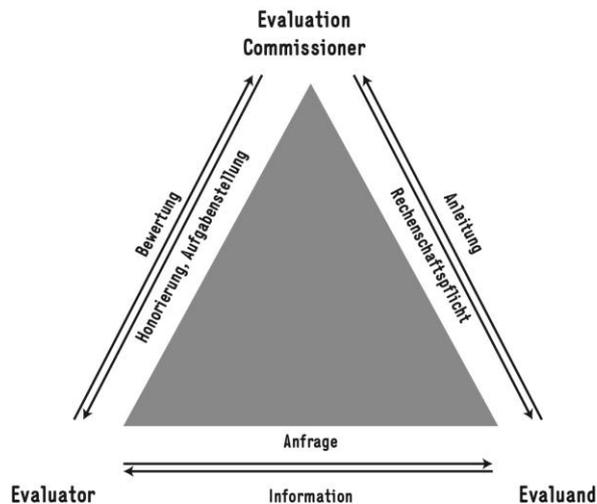
Die Evaluation hat den Standards Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit zu genügen. Über den Standard der Nützlichkeit wird sichergestellt, dass sich das Vorhaben an einem Zweck orientiert und im Verlauf der Untersuchung Bedürfnisse der involvierten Personen angemessen berücksichtigt werden. Der Standard der Durchführbarkeit zielt auf einen haushälterischen Umgang mit den Ressourcen ab. Die Ergebnisse müssen mit einem angemessenen Aufwand erarbeitet werden können. Mit dem Evaluandum und den involvierten Personen muss fair umgegangen werden, die Ergebnisse werden transparent und für alle Beteiligten nachvollziehbar präsentiert. Damit die Evaluation dem Anspruch der Genauigkeit genügt, ist ihr Programm konkret und korrekt zu beschreiben, die Informationen sind systematisch aufzuarbeiten und angemessen zu interpretieren (Döring & Bortz, 2015, S. 991-992).

Das Tricky Triangle der Evaluation: Der Autor ist als Vizepräsident der KESB Stadt Bern tätig. Er führt somit eine Evaluation innerhalb der eigenen Organisation durch und nimmt hierbei als ein an der Massnahme beteiligter Praktiker zusätzlich die Rolle des Evaluators ein. Er formuliert die Fragestellung, trifft die weiterführenden Entscheidungen, erhebt die Daten und wertet diese aus. Der Vollzug der Evaluation liegt in seinen Händen, und er wird am Ende auch vom Ergebnis der Evaluation bzw. vom daraus resultierenden Entscheid (mit-)betroffen sein. Bei einer Selbstevaluation ist darauf zu achten, dass sich der Evaluator nicht mit Selbsteinschätzungen begnügt. Gleichzeitig beziehen sich solche Evaluationen meist stark auf die Praxis und liefern praktisch verwertbare Erkenntnisse. Ob gewollt oder ungewollt läuft diese Art der Evaluation aber auch Gefahr, verzerrte oder geschönte Ergebnisse zu produzieren (Döring & Bortz, 2015, S. 989). Dem Umstand, dass sich die drei Rollen Evaluation, Evaluandum und Evaluator gem. dem Tricky Triangle⁷² innerhalb der Organisation befinden, ist be-

⁷² Siehe dazu die folgende Abb. 9.

sondere Beachtung zu schenken. Das damit einhergehende besondere Abhängigkeitsverhältnis zwischen den Rollen gilt es zu berücksichtigen (Ledermann, 2018b, Folie 2 bis 5).

Abbildung 9: Das Tricky Triangle



Quelle: Eigene Darstellung anlehnend an de Laat, 2014, zit. n. Ledermann, 2018b, Folie 3.

Der Umgang mit den Rollen gem. dem Tricky Triangle: Der Verfasser (= Evaluator) wird vorgängig mit dem Präsident der GL der KESB des Kantons Bern (= Evaluation Commissioner) ein Assessment-Interview führen, um mehr über die Interessen und Erwartungen der GL der KESB des Kantons Bern rund um das Thema CIM in Erfahrung zu bringen. In den weiteren Verfahrensschritten wird sich der Evaluator bewusst nicht mehr mit dem Evaluation Commissioner zu diesem Thema unterhalten. Dadurch ist gewährleistet, dass die zu Beginn der Arbeit definierte Aufgabenstellung im weiteren Fortgang nicht verzerrt wird. Vorliegend ist insbes. auch das Verhältnis zwischen Evaluator und Evaluand bewusst zu gestalten und zu reflektieren. Die beiden Elemente stehen in einem sich gegenseitig stark beeinflussenden Verhältnis, weil der Evaluator zeitgleich auch im Evaluandum tätig ist und dementsprechend konstant Gefahr läuft, dadurch das Forschungsfeld zu beschmutzen. Gem. den Grundsätzen der Universität Bern zur Erarbeitung von empirischen Arbeiten darf das Forschungsfeld durch die Forschenden nicht verschmutzt werden (Kompetenzzentrum für Public Management der Universität Bern, 2017, S. 14). Diesem Umstand begegnet der Evaluator, indem er organisationsintern ausschliesslich Datenmaterial analysiert, das nie durch ihn bearbeitet wurde und zum Zeitpunkt der Analyse auch nicht mehr durch andere Mitarbeitende bearbeitet wird. Bei der organisationsexternen Datengewinnung macht der Verfasser seine Doppelrolle als Forscher und Mitarbeiter der KESB Stadt Bern transparent. Er ist sich bewusst, dass der Untersuchungsgegenstand durch diesen Umstand einer gewissen Verzerrung unterliegt.

Die Methoden der Datenerhebung: Wie vorgängig erwähnt, können bei der Erstellung einer Evaluation mehrere, unterschiedliche Verfahren der Datenerhebung angewendet werden. In diesem Fall sind dies die Verfahren die Dokumentenanalyse sowie die Expertenbefragung in Form von Interviews und mit Hilfe von Fragebogen.

Expertenbefragungen in Form von Interviews: Damit die erforderliche Kontextsensitivität der Evaluation zum Themenbereich des CIRS hergestellt und gewährleistet ist, werden mit CIRS anwendenden Fachpersonen aus anderen Organisationen Experten-Interviews geführt.

Bei den Experten-Interviews handelt es sich um eine qualitative Methode, die eine Unterart des Leitfadenterviews ist. Mit dessen Hilfe kann das Fach- und Erfahrungswissen aus der Praxis zum Thema erschlossen werden (Döring & Brotz, 2016, S. 376). Expertinnen verfügen aufgrund ihrer thematischen Nähe bzw. der unmittelbaren Beteiligung über exklusives Wissen über Theorie und Betrieb eines Programms (Kaiser, 2014, S. 42). Die Interviews werden mit Hilfe eines Leitfadens geführt. Über den Leitfaden werden das behandelte Thema, die Forschungsfrage und die im Rahmen der Evaluation verwendeten Theorien in Themenkomplexe unterteilt. Innerhalb der Themenkomplexe werden konkrete Fragen formuliert, über welche die Experten ihr Fachwissen zugänglich machen. Hierbei erfüllt der Leitfaden die Zwecke, das Gespräch zu strukturieren sowie das Forschungsinteresse und das Vorwissen der interviewenden Person an die interviewte Person weiter zu geben (Kaiser, 2014, S. 52-57). Die Ergebnissicherung erfolgt über die Transkription der Interviews. Die Transkripte werden einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen, indem sie auf die analytisch relevanten Inhalte zusammengefasst werden. Dabei werden die Interviewinhalte deduktiv mit den entsprechenden Theorien verknüpft. Zusätzlich werden die Interviews auch induktiv nach Inhalten abgesucht, die sich über die Theorien in dieser Form oder Prägnanz noch nicht präsentiert haben. Im Rahmen der Arbeit werden die Experten-Interviews gerafft in Form von Zusammenfassungen präsentiert (Kaiser, 2014, S. 90-95). Hierbei wird gezielt nach den Indikatoren für den erfolgreichen Betrieb des Konzepts gesucht. Diese werden dann bei der weiteren Analyse und zur Beantwortung der Forschungsfrage weiterverwendet (Gesellschaft für Bildung und Teilhabe mbH & ArtSet Forschung Bildung Beratung GmbH, 2016, S. 9-10).

Dokumentenanalyse: Um zu verstehen, in welchem (Netzwerk-)Umfeld und unter welchen Bedingungen die KESB ihre Leistungen erbringt, wird ein Dossier zu einem Fall aus dem Bereich des Kinderschutzes der KESB Stadt Bern analysiert. Dies geschieht über den Weg der qualitativen Datenanalyse. Die Dokumente des Dossiers werden anhand von vorgängig definierten Merkmalen nicht-textuell erfasst und so einer Operationalisierung zugänglich gemacht. Anhand dieser Daten können die Merkmale der Aktenstücke in einer deskriptive Analyse strukturiert und in einen Bezug gesetzt werden (Döring & Bortz, 2015, S. 533-992; 599).

Expertenbefragungen mit Hilfe von Fragebogen: Ausgehend davon, dass sich Fehlerketten über Organisationsgrenzen hinaus bilden und latente Bedingungen sowie kritische Ereignisse für mehrere Akteure zu gemeinsamen Herausforderungen werden können, scheint der Blick auf das Netzwerk bedeutsam. Es ist herauszufinden, welchen Stellenwert das Netzwerk für die KESB hat und welche Position ihr im Netzwerk zugeschrieben wird. Mit Hilfe eines Fra-

gebogens wird Wissen über die Akteure generiert, die sich mit der KESB zu einem Netzwerk zusammenschliessen. Dadurch wird eine weiterführende Kontextsensitivität der Evaluation im Themenbereich der KESB und ihrer externen Anspruchsgruppen hergestellt.⁷³

Die Daten werden über die Methode der evaluativen qualitativen Inhaltsanalyse in Beziehung mit der KESB Stadt Bern gestellt. Hierbei geht es um die Einschätzung, Klassifizierung und Bewertung der Intensität und Ausprägung der Zusammenarbeit der Akteure mit der KESB sowie um deren Umgang mit kritischen Ereignissen innerhalb der eigenen Organisation und innerhalb des Netzwerks, in dem sie agieren. Die Ergebnisse zeigen auf, wie die KESB im Netzwerk eingebettet ist, und es können Faktoren herausgearbeitet werden, in denen sich die Netzwerkakteure besonders ähnlich bzw. besonders ungleich sind. Dadurch wird ein vertiefter Einblick in das Netzwerk ermöglicht, und es wird sichtbar, wie Akteure mit kritischen Ereignissen umgehen (Kuckarzt, 2016, S. 123-142). Auf diesem Weg lässt sich in einer abstrakten Form darstellen, welche Rolle die KESB im Netzwerk einnimmt und welchen Stellenwert das Netzwerk für die KESB hat. Nach einer ersten Interpretation der bewerteten Kategorien (hier: Items) lassen sich über diese Ergebnisse zum Netzwerk, in dem die KESB tätig ist, Antworten zu den folgenden Fragen finden:

- Welchen Stellenwert hat unter Berücksichtigung des Netzwerks ein CIRS innerhalb der KESB?
- Wäre der Betrieb eines CIRS für das gesamte Netzwerk denkbar?

In einem weiterführenden Sinn lassen sich am Schluss der Arbeit aufgrund der gewonnenen Daten und Erkenntnisse alternative Lösungsansätze zur Frage, wie die KESB innerhalb des Netzwerks mit dem Thema kritische Ereignisse umgehen kann, entwickeln.

Vertraulichkeit: Der Themenkomplex latente Bedingungen, kritische Ereignisse und Fehler ist aufgrund der damit häufig einhergehenden Schuldfrage heikel. Dies kann sich hemmend auf den Willen zur Teilnahme auswirken.⁷⁴ Zudem ist davon auszugehen, dass die Teilnehmenden nicht ohne weiteres offen legen wollen, wie sie mit diesen Themen umgehen und welche konkreten Massnahmen sie (nicht) ergriffen haben. Diesem Umstand wird dadurch begegnet, im Rahmen der Befragung Anonymität zugesichert wird (Döring & Brotz, 2016, S. 128).

⁷³ Siehe dazu Kapitel 3.3.1.7. „Sphäre 7 - Externe Anspruchsgruppen der KESB“ sowie die Abb. 3 und 5.

⁷⁴ Siehe dazu in Kapitel 3.1. den Abschnitt „Eine sozialpsychologische Betrachtung des Fehlerbegriffs“.

4.2. Evaluationsdesign

Untersuchungsinteresse: Das Interesse und der Grund für die Durchführung einer Evaluation ist dem Interesse eines Auftraggebers geschuldet (Sager & Hinterleitner, 2014, S. 438). Die GL KESB sucht nach Möglichkeiten, wie die Organisation aus Fehlern lernen kann. In diesem Zusammenhang erscheint ihr der Aufbau eines CIRS prüfenswert.⁷⁵

Auf der Ebene der Organisationsleitung wurde somit bereits ein Interesse am Themenkomplex Umgang mit Fehlern und Risiken und insbes. am Instrument des CIRS formuliert. Hiermit ist aber noch nicht abschliessend geklärt, welche Bilder und Erwartungen hinter diesem Wunsch stehen. Es ist zu klären, was die Organisation tatsächlich will, bzw., welche Ziele und Ergebnisse erreicht werden sollen. Es gilt also herauszufinden, was die GL KESB unter dem Begriff CIRS versteht und was man sich davon verspricht. Um diese Fragen beantworten zu können, wird ein Interview mit dem Vorsitzenden der GL KESB geführt.

Bewertungskriterien: Bei der vorzunehmenden Konzeptevaluation geht es darum, vorgängig herauszufinden, ob es sich empfiehlt, das Konzept CIRS innerhalb der KESB des Kantons Bern umzusetzen. Hierzu muss nach dem erwarteten Nutzen und der Realisierbarkeit gefragt werden, wobei zwischen dem, was aus der Theorie beschrieben wird und den Erwartungen der Organisation zu unterscheiden ist. Es gilt also einerseits zu erörtern, ob die unmittelbaren Leistungen (Output), die Wirkungen (Outcome) und die überindividuellen Folgen (Impact) bei der praktischen Anwendung unter den herrschenden Voraussetzungen und Rahmenbedingungen dem entsprechen würden, was das Konzept des CIRS in der Theorie vorsieht. Andererseits ist es aber auch zentral herauszufinden, ob die Wünsche und Erwartungen der Organisation erfüllt werden können. Der Umstand, dass bei der Konzeptevaluation sowohl das theoretische Konzept der geplanten Massnahme als auch die Wünsche der Praxis berücksichtigt werden müssen, hat einen wesentlichen Einfluss bei der Erstellung der Bewertungskriterien. Beim konkreten Vorhaben gilt es vorgängig herauszufinden,

- ob es möglich ist, ein CIRS zu entwerfen, das zum Interesse der KESB passt;
- ob, wo und wie das CIRS innerhalb der Organisation angesiedelt werden könnte;
- welchen Kompetenzen ein CIRS verlangt, damit es den erwarteten Nutzen stiftet

Damit bei der Erstellung der Bewertungskriterien die Anliegen der Praxis ausreichend berücksichtigt sind, werden neben den vorhandenen organisationsinternen Materialien, die im Zusammenhang mit diesem Thema und dem Wunsch nach einem CIRS stehen, auch die Erkenntnisse aus dem Interview mit dem Vorsitzenden der GL KESB mit einbezogen.

Eingrenzung: Die Bereiche Finanzen und Technik spielen vorerst eine untergeordnete Rolle und werden deshalb ausgeklammert. Die Auswahl eines geeigneten (IT-)Systems kann erst getroffen werden, wenn geklärt ist, ob Sinn und Zweck grundsätzlich erfüllt werden können. Sofern die Evaluation schlüssige Antworten liefert, lässt sich in einem weiteren Schritt auch die Entscheidung betreffend die Wahl der geeigneten Mittel fällen. Folgerichtig kann auch erst zu einem späteren Zeitpunkt der finanzielle Aspekt des Unterfangens abgeschätzt werden.

⁷⁵ Siehe dazu Kapitel 1. „Einleitung“ und Anh. 1.

Ziel: Es liegen eine Auslegeordnung zu den Chancen und Risiken sowie eine Empfehlung zum Themenkomplex vor. Ziel der Evaluation soll sein, der GL KESB für die Beantwortung der Frage, ob in der KESB des Kantons Bern ein CIRS aufgebaut werden soll oder nicht, eine Entscheidungsgrundlage zu liefern (siehe dazu Döring & Bortz, 2016, S. 987).

Vorgehen: Die Konzeptevaluation wird in den folgenden sechs Schritten vorgenommen:

1. Theoretischer Zugang und Einbettung
2. Vertiefung der Materie mit Hilfe von Experten-Interviews
3. Erstellung der Bewertungskriterien für die Implementierung eines CIRS in der KESB des Kantons Bern
4. Entwurf und Diskussion von drei verschiedenen CIRS Modellen
5. Auswertung und Diskussion der Evaluationsergebnisse
6. Fazit

Theoretischer Zugang und Einbettung: Die vorgängig aufbereiteten Theorien zu den Begriffen Fehler,⁷⁶ HRO⁷⁷ und CIRS⁷⁸ sowie die Darstellung der Organisation⁷⁹ dienen dem theoretischen Zugang. Es liegt ein theoretisches Verständnis zum Themenkomplex Fehler, latente Bedingungen, Zielerreichung und Fehlerkette vor. Die Begriffe Fehler und Zwischenfall sind definiert.⁸⁰ Die KESB, ihr Auftrag und ihre Umwelt sind begreifbar, und es ist möglich, sie in die Theorie der HRO einzubetten. So wird der Weg frei, um Überlegungen betreffend die Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit eines CIRS für diese Organisation anstellen zu können. Hierfür werden mit Hilfe eines Assessment-Interviews mit dem Vorsitzenden der GL der KESB des Kantons Bern die konkreten Bedürfnisse und Erwartungen aus der Praxis erfasst.

Vertiefung der Materie mit Hilfe von Experten-Interviews: Das Konzept des CIRS ist über den theoretischen Zugang nur bedingt fassbar. Es erscheint zweckdienlich, für die Analyse des CIRS praktisches Erfahrungswissen beizuziehen. Hierzu bietet sich die Methode des Experten-Interviews an. Die Wahl der Experten fällt auf Berufsleute, die in ihrem beruflichen Alltag als CIRS Betreiber und über das entsprechende Wissen und Erfahrung verfügen.

Erstellung der Bewertungskriterien für die Implementierung eines CIRS in der KESB des Kantons Bern: Dank der bis hierhin gewonnenen Erkenntnisse lassen sich Kriterien bilden, anhand deren die mögliche Implementierung eines CIRS innerhalb der KESB des Kantons Bern bewertet werden kann.

Entwurf und Diskussion von drei verschiedenen CIRS Modellen: Anhand von drei verschiedenen CIRS Modellen wird diskutiert, wie ein CIRS in der KESB des Kantons Bern implementiert werden könnte. Bei diesem Unterfangen wird der Untersuchungsgegenstand auf zwei verschiedene Arten eingegrenzt.

⁷⁶ Siehe dazu in Kapitel 3.1. den Abschnitt „Fehler, latente Bedingungen, Zielerreichung und Fehlerkette“.

⁷⁷ Siehe dazu Kapitel 3.2. „Die High Reliability Organization“.

⁷⁸ Siehe dazu Kapitel 3.4. „Das Critical Incident Reporting System“.

⁷⁹ Siehe dazu Kapitel 3.3. „Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde des Kantons Bern“.

⁸⁰ Siehe dazu in Kapitel 3.1. den Abschnitt „Der Begriff des Fehler definatorisch gefasst“.

Erste Variante zur Eingrenzung des Untersuchungsgegenstands: Bei zwei Modellen wird das CIRS innerhalb der Organisation angelegt. Hierbei bilden die dezentralen Strukturen der KESB des Kantons Bern den Untersuchungsgegenstand. Das mit Hilfe der Theorie und der Experten-Interviews gewonnene Wissen rund um die Theoriemodelle zu den Themenbereichen der Fehler, der HRO und des CIRS wird hierbei auf die Organisation der KESB des Kantons Bern gelegt, analysiert und diskutiert.

Zweite Variante zur Eingrenzung des Untersuchungsgegenstands: Bei einem CIRS Modell wird der Blick über die Systemgrenze der Organisation hinaus geöffnet und eine Untersuchung entlang der Theorie der Fehlerkette vorgenommen. Dabei wird das CIRS nicht in der Organisation, sondern entlang des Auftrags der KESB des Kantons Bern aufgebaut.⁸¹ Dazu wird das Untersuchungsgebiet auf den Bereich des Kindesschutzes sowie die KESB Stadt Bern eingeschränkt. Über die Dokumentenanalyse eines Dossiers werden der Aspekt und die Relevanz des Netzwerks beim behördlichen Handeln dargestellt. Mit Hilfe eines Fragebogens werden Informationen über die Akteure gesammelt, mit denen die KESB Stadt Bern im Bereich des Kindesschutzes zusammenarbeitet. Der Fragebogen ist ein, in Anlehnung an die Grundstruktur des wissenschaftlichen Fragebogens⁸² aufgebautes, teilstandardisiertes Formular.⁸³ Zur Erfassung der Einzelmerkmale werden die Befragten angehalten, mit Hilfe von Items und Antwortvorgaben geschlossene Fragen zu beantworten. Bei einzelnen, ebenfalls geschlossenen Fragen sind die Befragten zudem angehalten, den Sachverhalt mit eigenen Worten darzustellen. Die Umfrage erfolgt per Mail, der Fragebogen wird auf dem elektronischen Weg ausgefüllt und eingesendet (Döring & Brotz, 2016, S. 398-400; S. 407).

Die Gruppe der Befragten setzt sich aus Vertreterinnen von Organisationen und einzel agierenden Fachpersonen⁸⁴ zusammen, mit denen sich die KESB Stadt Bern im Rahmen des Kindesschutzes netzwerkartig zusammenschliesst und kooperiert. Hierbei handelt es sich um eine nicht abschliessende Anzahl von möglichen Personen und Institutionen, die bei dieser Untersuchung theoretisch miteingeschlossen werden können. Der Anspruch ist es, über das Stichprobeverfahren Personen und Stellen aus allen thematisch relevanten Teilgebieten des Kindesschutzes zu befragen. Da die Praxis zur Erstellung dieses Surveys keine Listen anbietet, wird mit Unterstützung der Praktiker der KESB Stadt Bern eine thematische Gruppierung vorgenommen. Zur Sicherstellung der Repräsentativität der Stichprobe werden aus jeder dieser Gruppen gezielt Personen und Organisationen angefragt, die aus Sicht der KESB Stadt Bern in der Zusammenarbeit von erhöhter Relevanz sind (Döring & Brotz, 2016, S. 294-298).

Auswertung und Diskussion der Evaluationsergebnisse: An dieser Stelle werden die zu Tage geförderten Ergebnisse zusammenfassend ausgewertet und diskutiert.

⁸¹ Siehe dazu Kapitel 3.3.1.1. „Sphäre 1 - Orientierung & Auftrag: Die Aufgaben der KESB“.

⁸² Grundstruktur des wissenschaftlich standardisierten Fragebogens: 1. Fragebogentitel, 2. Fragebogeninstruktion, 3. Inhaltliche Frageblöcke, 4. Statistische Angaben, 5. Fragebogen Feedback, 6. Verabschiedung (Döring & Brotz, 2016, S. 406).

⁸³ Der Fragebogen findet sich im Anh. 7.

⁸⁴ Beispielsweise ein Rechtsanwalt in der Rolle des Kindesvertreters.

Fazit: Sämtliche präsentierten und diskutierten Aspekte der Arbeit werden hier bilanzierend erörtert, und es wird eine für die Arbeit abschliessende Einschätzung der Ergebnisse und zum weiteren Vorgehen abgegeben.

5. Datenauswertung

5.1. Theoretischer Zugang und Einbettung

Das CIRS in der KESB des Kantons Bern: eine vielversprechende Verheissung? Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse aus Theorie und Praxis lassen sich die folgenden Fragen beantworten:

Arten der kritischen Ereignisse und der latenten Bedingungen – worauf soll fokussiert werden? Eine vorgängige Definition der Begriffe „kritisches Ereignis“ und „latente Bedingungen“ sollte allgemeingültig bleiben; eine vertiefende und gar abschliessende Eingrenzung der Begriffe erscheint für den Betrieb eines CIRS nicht vonnöten.⁸⁵ Im weiteren Verlauf wird der Begriff des kritischen Ereignisses in Anlehnung an die in Kapitel 3.1. vorgestellten Definitionen von Schüttler & Biermann (ebda.) wie folgt generell und abstrakt definiert:

Mit dem kritischen Ereignis sind Verhaltensweisen gemeint, die ein Ergebnis oder eine Situation ausschlaggebend beeinflussen (z. B. solche Ereignisse, von denen abhängt, ob etwas ein Erfolg oder ein Misserfolg wird). Die Ereignisse sind nicht typisch und nicht repräsentativ; sie weichen vom Normalen und Alltäglichen ab (in Anlehnung an Schüttler & Biermann, 2010, S. 19 & 23).

Orte des Auftretens von kritischen Ereignissen und latenten Bedingungen – wohin soll sich der Fokus richten? Fehler können zu jeder Zeit und an jedem Ort auftreten, und folgerichtig, kann daran anschliessend auch überall nach latenten Bedingungen und kritischen Ereignissen gefahndet werden.⁸⁶ Davon ausgehend kann ein CIRS in jeder erdenklichen Variante erdacht und implementiert werden.

Welches Interesse hat die GL KESB des Kantons Bern am CIRS? Das Protokoll zur Retraite der GL KESB im Jahr 2018 gibt Hinweise zum Interesse der GL KESB am CIRS. Es ist ersichtlich, dass die GL KESB anerkennt, dass kritische Ereignisse und latente Bedingungen im Alltag der KESB fatale Folgen haben können, und vermeiden möchte, dass Mitarbeitende diese Vorkommnisse in Form von Beinahe-Unfällen (aus Angst vor negativen Konsequenzen) verschweigen (müssen). Die GL KESB benennt hier ein mögliches Lernfeld. Sie erachtet es als denkbar, sich an den Handlungsansätzen und Konzeptionen von Spitälern und der Aviatik zu orientieren mit dem Ziel, standortübergreifend aus solchen Ereignissen zu lernen. Weiter wurde darüber nachgedacht, eine Kategorisierung möglicher kritischer Ereignisse vorzunehmen. Verschriftlicht wurden alsdann „[mögliche] (...) unerwünschte und unerwartete Ereignisse: gewaltsamer Tod, Suizid, Entführung, sexueller Missbrauch, Gewalt gegen Mitarbeitende oder Dritte, grosser Vermögensschaden, mediale Kampagne als Folge und oftmals Verstärker eines negativen Ereignisses“ sowie „zu frühes, zu spätes oder unterlassenes Handeln

⁸⁵ Siehe dazu in Kapitel 3.4.1. „Grundlegendes zum CIRS“ den Abschnitt „Wie funktioniert ein CIRS?“.

⁸⁶ Siehe dazu in Kapitel 3.1. den Abschnitt „Fehler, latente Bedingungen, Zielerreichung und Fehlerkette“.

der KESB“ (GL KESB, 2018, Anh. 1). Die GL KESB kommt zum Schluss, dass das Thema schwer fassbar ist und es sich zudem als schwierig erweisen könnte, über die Generalisierung des Einzelfalls allgemeingültige Erkenntnisse zu gewinnen. Weiter hat die GL KESB den Bedarf nach geeigneten Gefässen für den Austausch über und die Analyse von kritischen Fällen diskutiert. Hierbei kommt auch der mögliche Bezug von externen Experten zur Sprache. In einem übergeordneten Sinn wurde besprochen, was unternommen werden kann, um im innerbetrieblichen Rahmen eine angemessene Fehlerkultur (weiter) zu etablieren und Vertrauen zu schaffen. Die GL KESB kommt zum Schluss, dass die bestehenden Intervisionsgefässe⁸⁷ zwar gut sind, jedoch der Bearbeitung der laufenden Fälle und nicht der Prävention dienen. Aus den bestehenden regionalen Intervisionsgruppen kann kein generalisierter Lerneffekt erzielt werden, dazu bedarf es aus Sicht der GL KESB eines standortübergreifenden Konzeptes. Ferner werden im Zusammenhang mit dem CIRS Hürden in den Bereichen Datenschutz und Personalrecht erkannt. Das Thema CIRS wird als wichtig, aber nicht dringlich eingestuft und zur Aufnahme in die Leistungsvereinbarung mit der JGK vorgemerkt.

5.1.1. Interview mit dem Vorsitzenden der GL KESB Kanton Bern:

Zur vertiefenden Erörterung des Interesses der GL KESB wurde am 24. April 2019 ein Interview mit Thomas Büchler, lic. iur., Fürsprecher, GL Vorsitzender und Präsident der KESB Thun geführt.

Zum erwarteten Nutzen eines CIRS meint Büchler: „(...) Ich möchte, dass man schon vorgängig bei den Fast-Zwischenfällen präventiv ansetzt“ (2019, Transkript, #00:07:00-1#). „Das sind für mich bspw. kritische Fallverläufe, wo letztlich nichts Tragisches passiert ist und auch einfach der Schluss gezogen werden könnte, wir haben ja richtig gehandelt, es ist ja nichts passiert“ (2019, Transkript, #00:09:45-6#).

Im Zusammenhang mit dem Nutzen benennt Büchler die folgenden Herausforderungen: „(...) und da stellt sich Frage, wie wir diese [kritischen Ereignisse] überhaupt erkennen. (...) Ein Problem ist es, wie die kritischen Zwischenfälle zu definieren sind“ „Wie motivieren wir unsere Leute dazu, dass sie tatsächlich auch Meldungen machen? Das ist mit Aufwand verbunden.“ „(...) Wenn wir einen Weg finden, wie wir heikle Situationen und Fälle erkennen oder wenn wir Fälle definieren können, die uns gemeldet werden müssen, so dass wir als Gesamtorganisation Lehren aus den Fällen ziehen können“ (2019, Transkript, #00:07:00-1#).

Im Zusammenhang mit der technischen Realisierbarkeit eines CIRS innerhalb der KESB des Kantons Bern zeigt sich, dass für Büchler zum Zeitpunkt des Interviews die Gruppe der Anwendenden und die Meldekreise⁸⁸ nicht bestimmt waren: „Wir könnten uns auf unsere Organisation und auf unsere Strukturen fokussieren, (...), sicher auch auf die Schnittstellen und zu unseren Partnern, die sehr vielfältig sind und sich von Region zu Region und von Partner zu

⁸⁷ In einzelnen Regionen treffen sich Behördenmitglieder von drei bis vier KESB Standorten etwa drei Mal pro Jahr zu einem kollegialen Austausch im Sinne der Intervision. Hier präsentieren sie jeweils je einen herausfordernden Einzelfall aus ihrem Standort in anonymisierter Form. Die Fälle werden in Kleingruppen besprochen und die so gewonnenen Erkenntnisse werden dem Plenum präsentiert. Die Ergebnisse werden nicht verschriftlicht. Das Austauschgefäss ist in den Strukturen der KESB des Kantons Bern nicht verankert.

⁸⁸ Siehe dazu beispielhaft Abb. 7 „CIRS Struktur Meldekreis und Verantwortliche“.

Partner unterscheiden. (...) Ich denke, dass man den Kreis der Meldenden wahrscheinlich relativ weit aufmachen müsste (...) allenfalls müsste[n] (...) sogar (...) [Mitarbeitende des Sozialjuristischen Dienstes melden können], weil (...) [sie] zum Teil (...) Fälle instruieren oder (...) an einzelnen Standorten einen tiefen Einblick in die Fallverläufe haben und evtl. so auch zum Schluss kommen könnten, dass man den einen oder andern Fall vielleicht genauer analysieren sollte [...]“ (2019, Transkript, #00:07:00-1#). „Also ich würde den Trichter relativ weit aufmachen“ (2019, Transkript, #00:08:56-1#). „(...) wegen den Meldenden, da bin ich der Meinung, das System über unsere Organisation hinaus zu öffnen und zwingend auch mindestens auf Sozialdienste auszuweiten, weil sie sind in der Regel näher dran als wir, und so wäre ein Critical Incident eher erkennbar“ (2019, Transkript, #00:22:09-0#).

Büchler erwähnt die bestehende (interne und externe) Heterogenität zwischen den Standorten als Herausforderung für den Betrieb eines CIRS: (...) weil es ja von Standort zu Standort Unterschiede gibt und [Mitarbeitende des Sozialjuristischen Dienst] zum Teil (...) Fälle instruieren (...)“ „(...) die [Schnittstellen] sehr vielfältig sind und sich von Region zu Region und von Partner zu Partner unterscheiden“ (2019, Transkript, #00:07:00-1#).

Wie bei den Anwendenden wendet Büchler auch auf Seite der CIRS Betreibenden noch keine abschliessende Definition an: „Welches Expertengremium wertet in welcher Zusammensetzung die Fälle aus? Wie können die Schlussfolgerungen dann für unsere Organisation auch wirklich fruchtbar gemacht werden?“ „(...) [Wenn ich freie Hand hätte] dann würde ich das [CIRS] wahrscheinlich extern geben und Externe beiziehen. So könnte man uns mit einem Aussenblick analysieren“ (2019, Transkript, #00:11:45-2#).

Für Büchler muss das CIRS Management in der Hierarchie eingebettet sein und über definierte Prozesse verfügen: „Es müsste sichergestellt sein, im Management und im Prozess, dass die Empfehlungen nicht einfach nur zur Kenntnis genommen werden. Das ist dann eine klare Führungsaufgabe, dass man sich in den zuständigen Gremien damit auseinandersetzt und jede Empfehlung entweder begründet verwirft, oder umsetzt oder anpasst.“ „Natürlich müsste gewährleistet sein, dass das Wissen auch an die Personen geht, die operativ zuständig sind für die Erfüllung von unserem Auftrag“ (2019, Transkript, #00:14:57-9#).

Im Zusammenhang mit dem Bedarf für die Zielgruppe eines CIRS können gem. Büchler mehrere Zielgruppen fokussiert werden. Bei der Zielgruppe der Organisation erblickt Büchler die Chance, dass die KESB Standorte voneinander lernen könnten: „Ich finde, es sollte (...) auf der Stufe Kanton und nicht auf Stufe der einzelnen Standorte umgesetzt werden. So könnten wir gesamtkantonal von Instrumenten profitieren, (...) mit denen wir aus Fehlern, aus „Beinahe-Unfällen“, auch qualitative Lehren ziehen können“ (2019, Transkript, #00:07:00-1#).

Für die Zielgruppe der Mitarbeitenden erkennt Büchler den Bedarf anhand des Bedürfnisses nach einer identitätsstiftenden Sicherheitskultur: „Aber auch gegen innen, gegenüber unseren Mitarbeitenden, indem wir signalisieren, dass wir uns verbessern und ermöglichen wollen, dass wir aus Fast-Fehlern lernen können, und das soll auch entlasten.“ „Wir sind eine lernende Organisation, die dazu steht, dass Fehler passieren und aus diesen Fehlern lernen will und dass wir die Qualität unserer Arbeit optimieren wollen“ (2019, Transkript, #00:17:09-8#).

Bei der Zielgruppe der externen Anspruchsgruppe äussert sich Bächler wie folgt zum Bereich Politik und Gesellschaft:⁸⁹ „Aus Sicht der Politik ist es auch ein Instrument, das letztlich dem Ergebnis dienen soll, dass es dann hoffentlich zu weniger Fällen mit tragischen Fallverläufen kommt, was auch im Interesse der Politik ist. Also das könnte dort auf offene Ohren stossen und vielleicht sogar Ressourcen generieren, weil das auch im Interesse der Politik ist, dass möglichst nichts passiert.“ „Deshalb wäre ein solches System sicher ein sehr positives Signal“ (2019, Transkript, #00:17:09-8#).

Zu den Partnerorganisationen der KESB als externe Anspruchsgruppe bringt Bächler im Zusammenhang mit deren Bedarf das Folgende an: „Heikel wird es, wenn Empfehlungen abgeleitet werden müssen, die sich an unsere Partnerorganisationen selber richten (...)“ „das können wir kaum mehr beeinflussen, da können wir höchstens Empfehlungen abgeben (...)“ (2019, Transkript, #00:30:50-6#), „(...) es bräuchte auch das Commitment der externen Partner (...)“ (2019, Transkript, #00:28:50-7#).

Als konkrete unmittelbare Leistungen (Output) erwartet Bächler von einem CIRS Folgendes: „Ich gehe davon aus, dass Empfehlungen in Bezug auf unsere Organisationsstrukturen, unsere Abläufe, allenfalls bis hin zu Hilfsmitteln, die wir unseren Mitarbeitenden zur Verfügung stellen können, aber auch zu den Schnittstellen mit allen Externen [gewonnen werden könnten]“ (2019, Transkript, #00:14:57-9#).

Als mögliche positive und negative nicht-intendierte Wirkungen eines CIRS erkennt Bächler diese Punkte: „Das Risiko kann natürlich dann sein, dass dann eben doch etwas passiert und man dann sagt, jetzt habt ihr investiert und allenfalls noch finanzielle Ressourcen aufwendet, offenbar sind die Aufwände wirkungslos gewesen.“ „Was kann es noch für Risiken haben? Das man sich sicher fühlt“ (2019, Transkript, #00:18:18-0#).

Auf Nachfrage zum Thema Whistleblowing⁹⁰ als mögliche nicht-intendierte Wirkung äussert sich Bächler wie folgt: „Diese Whistleblowing Instrumente hat der Kanton schon, und Leute können auch sonst anonym entweder an externe Partner oder an die Medien gelangen. Es wäre ein zusätzlicher Weg, das kann ein Risiko darstellen. Aber letztlich würde es organisation-intern bleiben“ (2019, Transkript, #00:21:43-7#).

Bächler teilt zum Thema Mobbing als mögliche nicht-intendierte Wirkung auf das Folgende mit: „(...) und je nach Fallschilderung würde (...) [das CIRS die Absicht des Mobbings] erkennen, und wenn man es [das CIRS] auf gesamtkantonaler Ebene angliedern würde und nicht noch Rückschlüsse auf den Standort gezogen werden können, dann wird es schwierig, dort für einen bössartigen Mitarbeitenden tatsächlich in seinem konkreten Arbeitsumfeld etwas bewirken zu können. Aber ausgeschlossen ist es nicht“ (2019, Transkript, #00:20:24-5#).

⁸⁹ Siehe dazu Kapitel 3.3.1.7. „Sphäre 7 - Externe Anspruchsgruppen der KESB“, sowie die Abb. 3 und 5.

⁹⁰ Siehe dazu in Kapitel 3.4.3. „Herausforderungen sowie Vor- und Nachteile eines CIRS“ den Abschnitt „Die Nachteile eines CIRS“.

Zwischenfazit zur thematischen Einordnung des CIRS durch die GL KESB: Indem unerwartete und unerwünschte Ereignisse gesammelt wurden, hat die GL KESB mit Verweis auf das Käsescheibenmodell nach Reason gedanklich ganz am Ende der Fehlerkette angesetzt.⁹¹ Damit aus solchen Ereignissen gelernt werden kann, müssen sie erst eintreten. Somit erscheint die im Rahmen der GL Retraite 2018 gewählte Herangehensweise im Zusammenhang mit dem CIRS nicht zielführend. Der Umstand, dass die Diskussion zum CIRS nicht mit entsprechenden Theorien zum Thema Fehler und Fehlerkette⁹² sowie beispielweise dem soeben erwähnten Käsescheibenmodell unterfüttert wurde, könnte der Grund dafür sein, dass das Thema von der GL KESB als schwer fassbar bewertet wurde. Weiter wird ersichtlich, dass der Fokus der GL KESB bei der Analyse von Einzelmeldungen liegt. Die Erfahrungen der Experten Paula und Vorburger, aber auch diejenigen von Fassbind werden im kommenden Kapitel noch aufzeigen, dass sich in einem CIRS nicht nur über die einzelne Meldung, sondern insbes. über eine Vielzahl an Meldungen ein Handlungsbedarf erkennen lässt. Insgesamt sticht heraus, dass sich die GL KESB im Rahmen ihrer Retraite tendenziell mit dem Konzept CIRS im Zusammenhang mit der Klärung von inhaltlichen Fachfragen auseinandergesetzt hat. Etwa indem die Frage geklärt werden soll, ob und wie ein Fall zu einem gewissen Zeitpunkt besser hätte bearbeitet werden können. Ein funktionierendes CIRS kann aber gerade in diesem Bereich die Chance bieten, den Fokus zu öffnen und über die ausschliessliche Klärung von Fachfragen hinaus zu wirken, indem bspw. in einer Fehlerkette latente Bedingungen aufgedeckt werden, die auf den ersten Blick nicht in Zusammenhang mit einem Fehler stehen.

Gerade durch die direkte Gegenüberstellung der einzelnen Aussagen Büchlers zum Bereich der technischen Realisierbarkeit wird ersichtlich, dass er die Hürden der bestehenden Heterogenität zwischen den KESB Standorten für den Betrieb eines CIRS als Herausforderung bewertet. Gleichzeitig kann es natürlich auch eine Stärke sein, wenn innerhalb einer Organisation die gleiche Aufgabe an mehreren Standorten unterschiedlich bewältigt wird. Dadurch besteht theoretisch auch die Möglichkeit, diese Ungleichheit zur Suche nach der *best practice* zu nutzen. Zum anderen erhöht sich durch das Nebeneinander von unterschiedlichen Vorgehensweisen auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Organisation dadurch agil bleibt, um auf unterschiedliche Gegebenheiten individuell reagieren zu können. Es ist indes fraglich, ob das CIRS unter diesen Bedingungen in jedem Fall die passende Methode darstellt.

5.2. Vertiefung der Materie mit Hilfe von Experten-Interviews

Praktische Erfahrungen mit dem CIRS: Wie bereits in der Einleitung beschrieben, ist die Art und Weise, wie im Arbeitsalltag mit Fehlern umgegangen wird, massgebend dafür, ob und wie aus Fehlern gelernt werden kann (ebda.). Es ist somit nicht weiter verwunderlich, dass der Begriff Fehlerkultur im Zusammenhang mit HRO häufig Verwendung findet. Gerade in solchen Organisationen ist die Fehlerkultur fest verankert und bewusst etabliert. Dies kann soweit gehen, dass sich Mitarbeitende in gewissen Branchen über die gelebte Fehlerkultur mit

⁹¹ Siehe dazu die Abb. 1 „Das Käsescheibenmodell“ sowie die Abb. 6 „Einordnung des CIRS im Käsescheibenmodell“.

⁹² Siehe dazu in Kapitel 3.1. „Fehler, latente Bedingungen, Zielerreichung und Fehlerkette“ den Abschnitt „Die Verbindung von latenten Bedingungen und aktiven Fehlern zu einer Fehlerkette“.

der Organisation und der Arbeit identifizieren. Auch beim CIRS ist die Fehlerkultur zentral und ein wesentlicher Faktor bei der Frage, ob Mitarbeitende das CIRS nutzen oder nicht. Es erscheint deshalb wichtig, HRO und CIRS nicht ausschliesslich theoretisch zu erfassen. Deshalb werden mit den folgenden Fachpersonen Experten-Interviews geführt:

- Helmut Paula, Leiter des klinischen Qualitäts- und Sicherheitsmanagements am Inselspital Bern und der Insel Gruppe AG
- Daniela F. Vorburger, lic. phil. EMBA HSG, Verantwortliche Risk Management in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich
- Dr. iur. Patrick Fassbind, Advokat, MPA, Amtsleiter und Spruchkammervorsitzender der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde des Kantons Basel-Stadt

Sie alle sind in ihren jeweiligen Organisationen die CIRS Verantwortlichen und verfügen dementsprechend über vielfältige praktische Erfahrungen mit dem Aufbau und dem Betrieb des Konzepts. Ziel der Interviews war es, das Erfahrungswissen der Interviewten zum Thema CIRS zu erfassen. Aus diesem Grund wurden die Interviews nach der Konzeption des halbstrukturierten Interviews mit Hilfe eines Leitfadens geführt. Dabei gibt der Interviewer einleitend bekannt, in welchem Kontext (Beantwortung einer Forschungsfrage im Rahmen einer Arbeit) das Interview geführt wird und welches Ziel er damit verfolgt (Sammeln von Erfahrungswissen aus der Praxis). Der Leitfaden ist so aufgebaut, dass das Thema CIRS in mehrere Themenblöcke unterteilt ist. Die interviewte Person kann über offen formulierte Fragen zu den jeweiligen Themenblöcken Auskunft geben. Zu jedem Themenblock besteht ein Katalog von möglichen weiterführenden und vertiefenden Fragen, welche bei Bedarf zusätzlich gestellt werden können (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 372-377):⁹³

- Welches Ziel verfolgt die Organisation mit dem CIRS?
- Beschrieb des CIRS und Einbettung des CIRS in der Organisation
- Meldende und Meldekreis
- Definition von kritischen Ereignissen und latenten Bedingungen
- Erwünschte & unerwünschte Meldungen
- Bearbeitung der Meldungen
- Outputs & Outcomes des CIRS
- Implementierung des CIRS und Erfahrungen mit dem Betrieb des CIRS
- (Fehler-)Kultur innerhalb der Organisation

Da die Interviewten über einen reichen Schatz an Erfahrungen und Vorwissen verfügen, wird ihnen die Möglichkeit weitestgehend gelassen, sich frei im Thema zu bewegen und die Akzente ihrer Erzählungen selber zu wählen. Somit folgt der inhaltliche Erzählstrang jeweils nicht zwingend der Strukturierung des Leitfadens. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle auf die umfassende Wiedergabe der drei Interviews verzichtet. Im Folgenden wird das Erfahrungswissen der drei Interviewten im Zusammenhang mit ihren jeweiligen CIR-Systemen in Form von Zusammenfassungen vorgestellt.

⁹³ Siehe dazu die Fragensammlung im Anh. 8.

5.2.1. Interview mit dem Leiter des klinischen Qualitäts- und Sicherheitsmanagements am Inselspital Bern und der Insel Gruppe AG

Die Insel Gruppe AG verfügt über mehr als 10'000 Mitarbeitende und ist dezentral an sechs Standorten tätig (Insel Gruppe AG, 2019). Sie betreibt ein IT-basiertes, zentral gesteuertes und standortübergreifendes CIRS mit 60 Meldekreisen. Sämtliche Mitarbeitenden können jederzeit freiwillig und auf Wunsch anonym im Intranet rasch und einfach mit einem sogenannten Fünf-Minuten-Formular eine Meldung einspeisen. Pro Jahr kommt es durchschnittlich zu rund 2'500 Meldungen, die nach dem Eingang zentral bearbeitet und danach innerhalb des jeweiligen Meldekreises schnell und fachkundig bearbeitet werden.

Das CIRS ist ein Teil des Fehlermanagements der Inselgruppe AG. Hierin wird die Schuldfrage nicht gestellt, sondern danach gefragt, wer sich in der gemeldeten Angelegenheit am besten auskennt und helfen kann, den entdeckten Missstand zu beseitigen. Dabei wird einzig im Sinne der Systemorientierung gehandelt und nicht nach persönlichen Fehlern gesucht. Ziel des CIRS ist es also nicht, Katastrophen zu entdecken, sondern aus vielen Beinahe-Zwischenfällen, in denen nichts passiert ist, zu lernen. Zum einen sollen dabei Schwächen im System erkannt werden, zum anderen soll aber auch festgestellt werden, welche Schutzbarrieren wann funktioniert und Schlimmeres verhindert haben.

Die Erfahrung der Insel Gruppe AG zeigt, dass fast die Hälfte der Meldenden nicht auf Anonymität bestehen, da sie an der Entwicklung einer Verbesserung mithelfen wollen. Dazu stellen sie auch sich für Rückfragen zur Verfügung; oft haben sie sich bereits Gedanken gemacht und Ideen entworfen. Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass das Versprechen auf Anonymität von Seiten der CIRS Betreibenden nicht unterschätzt werden darf. Es kommt nicht selten vor, dass bspw. aufgrund des Schreibstils, des Inhalts der Meldung oder des Meldekreises ein Rückschluss auf die meldende Person gezogen werden kann. Dies bedeutet, dass die Meldungen im CIRS auch hinsichtlich der Anonymität entsprechend überarbeitet werden müssen.

In der Insel Gruppe AG werden die Meldungen nach dem Eingang im CIRS von Fallbearbeitenden beurteilt und weiterverarbeitet. Dabei handelt es sich um sehr engagiertes, erfahrenes und fachlich versiertes Personal. Es verfügt über die nötige Erfahrung mit dem CIRS und über das erforderliche Einschätzungsvermögen, um die eingehenden Meldungen adäquat bewerten zu können. Hierbei geht es insbes. auch darum, die inhaltliche Ähnlichkeit mehrerer Meldungen erkennen und die Relevanz einschätzen zu können. Die Fallbearbeitenden müssen in der Lage sein, Unfallmeldungen zu erkennen und aus dem System zu entfernen. Nicht jede Meldung kann und soll zu einer Massnahme führen. Diejenigen Inhalte aus den Meldungen, die weiter bearbeitet werden sollen, werden in der Folge von einem CIRS-Circle weiterverfolgt. Diesem Team gehören Leute aus dem jeweiligen Themenbereich mit Führungskompetenz und Entscheidungsbefugnis an. Der CIRS-Circle entwickelt zusammen mit der fallbearbeitenden Person mögliche Massnahmen.

Typische Meldungen, die in der Insel Gruppe AG im CIRS behandelt werden, betreffen nicht typisch fachspezifisch medizinische Belange einer Klinik. Es handelt sich vielmehr um latente Bedingungen, die überall im Alltag und in jeder Branche vorkommen können. Sie äussern

sich in grundlegenden Handlungsfehlern, wie beispielweise das Vergessen eines Arbeitsschrittes innerhalb eines Ablaufs.

Bei den ergriffenen Verbesserungsmaßnahmen handelt es sich in der Regel entweder um technische Anpassungen oder um Änderungen in den Ablauf- und Prozessstrukturen. Vermieden werden das Verbreiten von Informationen und Warnungen, da sich solche Massnahmen besonders in der langfristigen Perspektive als wenig nachhaltig erwiesen haben. Indes wird es aber als zentral erachtet, dass alle Mitarbeitenden regelmässig ein Feedback erhalten und sehen können, welche Veränderungen Meldungen an das CIRS bewirkt haben. Dadurch können die Mitarbeitenden den Sinn und Zweck des Systems auch dann sehen, wenn es in ihrem Bereich zu keinen konkreten Massnahmen gekommen ist.

Die Daten des CIRS werden von der Insel Gruppe AG nicht für statistischen Zwecke verwendet, da die Anzahl der Meldungen weder Hinweise auf die tatsächliche Anzahl von Ereignissen, noch zur Qualität der Meldungen gibt. „Also viele Meldungen heisst nicht, es passiert viel, sondern es heisst eher, es wird viel gemeldet. Das heisst die Mitarbeitenden sind engagiert und speisen das Thema ein“ (Paula, 2019, Transkript, #00:11:25-8#). Die CIRS Verantwortlichen interpretieren hingegen einen Rückgang bei den Meldungseingängen als Warnhinweis, weil dies Ausdruck von fehlendem Vertrauen oder Resignation bei den Mitarbeitenden sein könnte.

5.2.2. Interview mit der Verantwortlichen des Risk Management in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK) erbringt ihre Leistungen mit rund 2'200 Mitarbeitenden in fünf Bereichen (PUK, 2019a&b). Der Betrieb des CIRS ist IT-basiert und wird zentral gesteuert und koordiniert. Das CIRS ist in 16 Meldekreise unterteilt. Die Meldungen gehen einerseits zentral bei der CIRS Managerin ein und werden gleichzeitig den jeweiligen CIRS-Verantwortlichen der Meldekreise zur Bearbeitung zugestellt. Das CIRS steht allen Mitarbeitenden zur Verfügung; sie können im Intranet jederzeit eine Meldung im CIRS einspeisen. Gleichzeitig können die Mitarbeitenden ebenfalls im Intranet in Form von Kurzbeschreibungen sehen, was für Meldungen ihre Kolleginnen und Kollegen bereits im System eingegeben haben und welche Massnahmen anhand dieser Meldungen bis dato erarbeitet wurden.

Die PUK definiert kritische Ereignisse als Ereignisse, die mit oder ohne Intervention zum Eintreten eines Schadens hätten führen können. Ein solches Ereignis kann nicht nur dann eintreten, wenn Vorgaben nicht richtig umgesetzt werden, sondern auch dann, wenn der eigentlich vorgesehene Prozess eingehalten, aber durch etwas Unvorhergesehenes gestört wird. Es kann aber auch sein, dass eine bis dato unbekannte Situation eingetreten ist und dazu noch keine Prozessvorgaben bestehen. Die PUK verfolgt mit dem CIRS deshalb das Ziel, in den Bereichen System, Organisation und Prozesse heikle Situationen, die sich schädigend auf Menschen, aber auch auf die Infrastruktur auswirken könnten, zu erkennen und zu entschärfen, so dass es zu keinem schwerwiegenden Ereignis kommt. Bei der Suche nach potentiellen Risikofeldern richtet sich der Blick zudem auch auf Ereignisse, die nur beinahe eingetreten

sind sowie auf wiederkehrend auftretende Unsicherheiten. Mit dem CIRS sollen nicht nur isolierte Einzelfälle, sondern auch wiederkehrende Kleinigkeiten erkannt und erfasst werden. Im Rahmen des CIRS wird die Schuldfrage konsequent ausgeklammert; ebenso werden reale, schwerwiegende Ereignisse ausserhalb dieses Systems bearbeitet. Das CIRS ist innerhalb der PUK in einem umfassenden Risk Management eingebettet.

Die inhaltliche Bandbreite der Meldungen ist sehr gross. Zudem sind nicht alle Meldekreise gleich aktiv, was daran liegen kann, dass sich die Rahmenbedingungen der Meldekreise unterscheiden. Als Hypothese kann gesagt werden, dass je enger im Meldekreis der Kontakt zwischen Mitarbeitenden und Patienten ist, desto grösser ist die Möglichkeit, dass ein kritisches Ereignis gemeldet wird. Aus diesem Grund kommen die meisten Meldungen aus dem Bereich der Medizin und Pflege. Mögliche Gründe dafür könnten die Umstände sein, dass diese Fachpersonen das Rapportieren und Dokumentieren gewohnt sind und in der täglichen Arbeit eben auch häufig in unmittelbarem Kontakt mit den Patienten stehen. Im Zusammenhang mit der Qualität der Meldungen ist festzuhalten, dass das System für eigentlich unzulässige Meldungen anfällig ist. Diese müssen von der CIRS-Verantwortlichen erkannt werden und aus dem CIR-System genommen werden. Wenn möglich wird versucht, die entsprechende Meldung an eine geeignete Stelle weiterzuleiten. Dabei wird die meldende Person – sofern sie bekannt ist – über das Vorgehen informiert und mit ihr ein mögliches Vorgehen besprochen. Dies verlangt von der CIRS-Verantwortlichen sehr gute Betriebskenntnisse und oftmals viel Einfühlungsvermögen und Fingerspitzengefühl. Mehr als die Hälfte aller Meldungen werden nicht anonymisiert eingereicht. Trotz der Grösse des Gesamtbetriebs stellt die Gewährleistung der Anonymität eine besondere Herausforderung dar. Zusätzlich zur Möglichkeit, Anonymität im Rahmen des CIRS gewährleisten zu können, erscheint die Etablierung einer Kultur des Vertrauens elementar. Hierbei ist der umsichtige Umgang der CIRS-Verantwortlichen innerhalb der Meldekreise mit den Meldenden und ihren Meldungen besonders zentral. Fehlt das Vertrauen in das System und die Systembetreibenden, wird sich das gesamte Unterfangen des CIRS als wirkungslos erweisen.

Bei der Erarbeitung von Massnahmen unterscheidet die PUK zwischen zwei Feldern. Bei in sich geschlossenen Einzelmeldungen wird innerhalb des Meldekreises nach Antworten gesucht. Themen, wie die Erarbeitung von allgemeingültigen Standards oder die Klärung von Fragen aus dem Bereich Schnittstellen, werden in übergeordneten Strukturen behandelt. Insgesamt kommt es zu einer regen, aber unterschiedlichen Nutzung des CIRS innerhalb der verschiedenen Meldekreise. Die Häufigkeit von CIRS Meldungen weist auf eine hohe Akzeptanz des Systems bei den Mitarbeitenden hin. Von Seiten der Leitung wird das CIRS als gewinnbringend eingestuft. Die bisherigen Erfahrungen der PUK zeigen, dass der erfolgreiche Betrieb eines CIRS nicht nur vom Betrieb des (IT-)Systems im engeren Sinn abhängt. Vielmehr ist der Erfolg eines CIRS massgeblich von der Qualität der Meldungen und den daraus abgeleiteten Massnahmen abhängig.

5.2.3. Interview mit dem Amtsleiter und Spruchkammervorsitzenden der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde des Kantons Basel-Stadt

Die KESB Basel Stadt zählt rund 60 Mitarbeitende. Sie ist zentral an einem Standort tätig; innerhalb des Betriebs bestehen sieben Abteilungen (KESB Basel Stadt, 2019). Die Organisation betreibt ein IT-basiertes Vorschlags- und Fehlermeldesystem mit einem Meldekreis. Das System wurde entlang der individuellen Wünsche der Organisation massgeschneidert. Es lehnt sich am theoretischen Modell des CIRS an; einzelne Teilaspekte der Methodik des CIRS wurden übernommen (Niederschwelligkeit, Anonymität und Sanktionsfreiheit), andere angepasst (Meldung von Fehlern und Vorschlägen) oder ganz ausgeklammert (Suche nach latenten Bedingungen via die Auswertung einer Vielzahl an Meldungen zu ähnlichen Vorkommnissen; kontinuierliche und adressatengerechte Kommunikation zu den CIRS Aktivitäten an die Mitarbeitenden). Das System soll den Mitarbeitenden die Möglichkeit geben, in einem definierten Prozess Unsicherheiten und diffuse Gefühle, aber auch begangene Fehler rasch, unkompliziert und ohne Angst vor negativen Konsequenzen melden zu können. Dabei steht die zugesicherte Sanktionsfreiheit und weniger der Aspekt der Anonymität im Zentrum.

Die eingehenden Meldungen gelangen über ein Formular per Mail an eine Vertrauensperson und bilden den Ausgangspunkt für die Erarbeitung von Vorschlägen bzw. Lösungen und Verbesserungen. Die Weiterbearbeitung erfolgt in Arbeitsgruppen. Über die Verbesserungen sollen Schadenseintritte vermieden werden, ggf. kurzfristig durch konkrete Interventionen im gemeldeten Einzelfall, aber daraus abgeleitet auch über die Erstellung von generell gültigen Strukturen und Prozessen. Mit Hilfe des Systems sollen aber auch bestehende Strukturen und Prozesse einfacher und effizienter gestaltet werden.

Das Vorschlags- und Fehlermeldesystem ist integraler Bestandteil eines umfassenden Risk Management. Für die Betreiber ist weniger das System an sich, sondern vielmehr die darunter liegende Kultur von Interesse. Die Leitidee dabei ist, dass die Mitarbeitenden der Organisation aktiv über mögliche Risiken nachdenken, ihr Handeln daran ausrichten und einen offenen Dialog darüber führen. Ihnen soll bewusst sein, dass sie in einem risikobehafteten Bereich tätig sind. Ziel soll sein, dass sich innerhalb der Organisation anstelle einer Sicherheitskultur eine Fehler-, Risiko- und Vertrauenskultur etabliert. Das Vorschlags- und Fehlermeldesystem macht als Artefakt diese Kultur für die Mitarbeitenden sichtbar. Das eigentliche System wurde denn auch nicht so ausgerichtet, dass es eine hohe Anzahl Meldungen bewältigen kann.

Die bisherigen Erfahrungen mit diesem System zeigen, dass sich die Anzahl an auf diesem Weg eingegangenen Meldungen in einem überschaubaren Rahmen hält (rund zehn Meldungen innerhalb von zwei Jahren). Gleichzeitig konnte in diesem Zeitraum aber auch ein Anstieg an direkt bilateral abgegebenen Meldungen festgestellt werden, was als Zeichen dafür gewertet werden kann, dass der Wandel vollzogen wurde und sich die erwünschte Fehler-, Risiko- und Vertrauenskultur etablieren konnte. Fassbind streicht ganz besonders heraus, dass es sich hierbei um ein Teilsystem eines umfassenderen Risikomanagements handelt, mit dem (in Anlehnung an das wertschöpfungsorientierte Modell nach Wenger) in verschiedenen Sphären ein Monitoring von Risiken vorgenommen und darüber mit den Mitarbeitenden auch

ein stetiger Dialog geführt wird.⁹⁴ Gemeinsam mit den Mitarbeitenden wird über vordefinierte Prozesse eine proaktive Bewirtschaftung der Risiken vorgenommen. Aufgrund von Fassbinds Aussagen lassen sich grosse Bestrebungen erkennen, die darauf abzielen, in der Organisation möglichst flache Hierarchien aufzubauen, die Dialog und Widerspruch zulassen. Vor diesem Hintergrund erscheint das am CIRS-Konzept angelehnte Vorschlags- und Fehlermeldesystem als letztes Instrument in einem umfangreichen Katalog an Partizipationsmöglichkeiten.

5.2.4. Schlussfolgerungen zum Betrieb eines CIRS und Bildung von Indikatoren zur Beantwortung der Forschungsfrage

Wie in Kapitel 4.1. „Grundlagen“ im Abschnitt „Expertenbefragungen in Form von Interviews“ dargelegt, dienen die Experten-Interviews dazu, gezielt nach Kriterien für den erfolgreichen Betrieb eines CIRS zu suchen. Solche werden im Folgenden werden Kriterien präsentiert, die in der weiteren Analyse und zur Beantwortung der Forschungsfrage als Indikatoren Verwendung finden.

Kritisches Ereignis: Keine der drei Betriebe hat vorgängig oder während dem praktischen Betrieb des CIRS eine vertiefende inhaltliche Definition der Begrifflichkeit des kritischen Ereignisses⁹⁵ vorgenommen. Aus den Aussagen der zwei Experten und der Expertin geht hervor, dass für den Betrieb eines CIRS kein Bedarf nach einer spezifischen Ausdefinierung besteht. Gleichzeitig zeigt sich aber, dass in zwei Organisationen im CIRS der Begriff des kritischen Ereignisses und damit einhergehend auch die Inhalte der eingehenden Meldungen eindeutig gegenüber sämtlichen Begriffen abgegrenzt werden, die für ein schwerwiegendes Ereignis stehen. Gemeint sind hier insbes. der Unfall oder die Vorkommnisse mit Schadenfolge. Wie es bereits der Name verrät, hat eine Organisation in ihrem am CIRS Konzept angelehnten Vorschlags- und Fehlermeldesystem diese Abgrenzung nicht vorgenommen, und auch sonst keine weiteren definitorischen Ein- oder Abgrenzungen aufgestellt. Dieses System zeichnet sich durch eine absolute inhaltliche Offenheit aus.

Meldende: Im Zusammenhang mit der Frage, wer aus dem Kreis der Meldenden tatsächlich vom CIRS Gebrauch macht, finden sich Hinweise dafür, dass gewisse Berufsgruppen meldefreudiger sind als andere. Insgesamt lässt sich erkennen, dass diejenigen Berufsgruppen meldefreudig sind, bei denen das Rapportieren und Dokumentieren bereits zum Alltagshandeln gehört. Zudem scheint die persönliche Nähe zum Leistungsabnehmer hier eine Rolle zu spielen. Im Sinne einer Hypothese lässt sich vermuten, dass je konkreter sich ein möglicher Fehler in Form eines handfesten sichtbaren Schadens oder gar Leids manifestieren würde, desto eher wird das CIRS angerufen. Im Umkehrschluss würde dies bedeuten, dass Personal, welches relativ abstrakte bürokratische Akte erbringt, eine geringere Affinität zum CIRS hätte. Ob diese Aussage der Realität entspricht, müsste aber vertieft untersucht werden.

⁹⁴ Vgl. dazu die Abb. 3 „Das wertschöpfungsorientierte Modell“ sowie die Abb. 5 „Das um eine achte Sphäre ergänzte wertschöpfungsorientierte Modell“.

⁹⁵ Hier sind synonym auch die Begriffe Critical Incident, latente Bedingungen, Unsicherheiten sowie beinahe Fehler und Zwischenfall mitgemeint.

Betreffend das Erkennen von latenten Bedingungen anhand einer Vielzahl an Meldungen bleibt auch nach der Befragung der Expertin und der Experten ungeklärt, ob und welchen Einfluss die Heterogenität der meldenden Personen betreffend ihre Tätigkeit, ihren beruflichen Hintergrund und ihren Arbeitsort haben darf. In welchen Bereichen und wie stark dürfen sich die Absender der Meldungen untereinander unterscheiden? Oder anders formuliert: Bis zu welchem Grad an Diversität der Meldenden lassen sich die einzelnen Meldungen zu verschiedenen unsicheren Situationen inhaltlich miteinander verbinden?

Meldungen: Die Praxis zeigt auf, dass im CIRS isolierte Einzelmeldungen, aber auch wiederkehrende, ähnlich gelagerte Sachverhalte erfasst und bearbeitet werden können. Für Letzteres bedarf es aber an einer Mehrzahl entsprechender Meldungen. Es ist davon auszugehen, dass das CIRS dazu von einer möglichst grossen Anzahl Personen angewendet werden muss, damit es überhaupt zur erforderlichen Anzahl an Meldungen kommen kann. Ohne mit dieser Feststellung den Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben zu wollen, wird konstatiert, dass grosse Betriebe mit grossen CIRS (auch) versuchen, über die Menge von Meldungen Erkenntnisse zu gewinnen, während die verhältnismässig kleine Organisation mit Einzelmeldungen und -ereignissen arbeitet.

Vertrauen durch Anonymität und Sanktionsfreiheit: Die zu gewährende Anonymität, als prägnantes Merkmal des CIRS, kann nicht ohne weiteres gewährleistet werden. Dazu benötigt es besondere Sensibilität, umsichtiges Handeln und klar strukturierte Prozesse mit hinlänglich geschultem Personal auf Seite des CIRS Betriebs. Und obwohl sich zeigt, dass die Meldenden relativ häufig auf Anonymität verzichten, sollte auf diese Massnahme innerhalb des CIRS keinesfalls verzichtet werden, denn wie aus den Interviews hervorgeht, hängt der Erfolg eines CIRS massgeblich vom Eingang der Meldungen ab. Die Interviews zeigen, dass für die Herstellung eines stetigen Flusses an neuen Meldungen zwei Faktoren zentral sind; Die Mitarbeitenden müssen einerseits Vertrauen in das System haben. Hierbei kann die Gewährung von Anonymität einen wichtigen Beitrag leisten. Andererseits spielt auch die Wahrung der Sanktionsfreiheit für die meldende Person eine wichtige Rolle. Dieses Kriterium fand bei den Experten und der Expertin zwar kaum Erwähnung. Sie unterstrichen aber die Wichtigkeit, dass im CIRS der Blick nicht auf die Schuldfrage, sondern auf das System, die Organisation und die Prozesse zu richten ist. Es scheint folgerichtig, dass das Thema der Sanktionierung nicht in den Fokus gerät, wenn vorgängig die Schuldfrage nicht gestellt wird.

Massnahmen: Hier lässt sich über die Experten-Interviews ein wesentlicher Unterschied zwischen den betrachteten CIRS Systemen erkennen. Bei den „grossen“ Systemen der Insel AG und der PUK nimmt die Erarbeitung von Massnahmen viel Raum ein. Dazu stehen entsprechende Ressourcen zur Verfügung. Dies zeigt sich bereits am Umstand, dass im Bereich des Risk Management Stellenprozente für den Betrieb des CIRS aufgewendet werden. Beim Vorschlags- und Fehlermeldesystem der kleineren Organisation nimmt die Erarbeitung von Massnahmen aufgrund der viel geringeren Anzahl an Meldungen nicht denselben Stellenwert ein. Betreffend die inhaltliche Ausprägung der entwickelten Massnahmen lassen sich Unterschiede feststellen. Die Insel AG verfügt über einen hohen Anteil an Technik und technischen Gerätschaften. Dementsprechend fokussiert sie bei der Erarbeitung von Verbesserungs-

nahmen auf diesen Aspekt in besonderem Mass. Dies ist auch bei der PUK der Fall; aufgrund der eher geringeren Abhängigkeit von technischen Gerätschaften stehen hier aber die Ablauf- und Prozessstrukturen im Zentrum des Interesses. Die Massnahmen aus dem Vorschlags- und Fehlermeldesystem der KESB Basel Stadt sind nicht ausschliesslich, aber insbes. auch im Bereich der Unternehmenskultur anzusiedeln.⁹⁶ Wie von der Theorie gefordert, stehen bei allen drei CIRS nicht einzelne Mitarbeitende im Fokus der Massnahmen, was mit Verweis auf den vorangehenden Absatz besonders wichtig erscheint.

Kommunikation: Es erscheint wichtig, dass die Mitarbeitenden den Sinn und Zweck des Systems erkennen können. Dazu müssen mit Hilfe des CIRS sinnhafte Massnahmen erzeugt werden und der Systembetreiber muss diese im Rahmen einer kontinuierlichen Kommunikation bei den Mitarbeitenden bekannt machen. Ganz im Sinne einer Werbemassnahme für das CIRS: Meldungen müssen sich lohnen!

Schulung: Hier zeigt sich, dass nicht nur die Quantität, sondern auch die Qualität der Meldungen wichtige Faktoren darstellen. Betreffend die Qualität der Meldungen zeigt sich, dass ein lohnender Betrieb eines CIRS erst dann möglich ist, wenn die Mitarbeitenden der Organisation über das dafür notwendige Wissen zum CIRS verfügen. Dies erfordert eine ausreichend umfassende Schulung sämtlicher Mitarbeitenden.

Kultur: Das CIRS System basiert auf Freiwilligkeit. Entsprechend muss auf handlungsleitende Weisungen und Prozesse auf der Meldeseite verzichtet werden. Es kann einzig mit den Mitteln von Schulung und Kommunikation gearbeitet werden. Gleichzeitig können die CIRS Betreibenden durch umsichtiges Handeln zusätzlich viel dazu beitragen, dass in der Organisation die für den Betrieb des CIRS erforderliche angemessene innerbetriebliche Kultur herrscht. Insgesamt wird der Kulturbegriff im praktischen Alltag in einem Zusammenspiel der vorangehenden Ausführungen inhaltlich gefüllt. Die Kultur ist das Ergebnis vielzähliger Faktoren; sie entscheidet zu wesentlichen Teilen über den Erfolg oder Misserfolg des CIRS.

Das CIRS kann sich als prägnantes kulturbildendes Element entwickeln. Dies lässt sich besonders gut am Beispiel des im Sinne eines CIRS betriebenen Vorschlags- und Fehlermeldesystems der verhältnismässig kleinen Organisation der KESB Basel Stadt erkennen. Hier hat das System eine Signalwirkung, um eine angemessene Fehlerkultur innerhalb des Betriebs herzustellen. Das CIRS ist in dieser Organisation ein kulturelles Artefakt.

Fazit: Es lässt sich feststellen, dass das CIRS im praktischen Betrieb weitestgehend der modellhaften theoretischen Beschreibung entspricht. Die Erfahrungsberichte der Praxis weisen aber eindrücklich darauf hin, dass das CIRS mehr als nur ein technisches Tool ist. Das System hängt massgebend von seinen Benutzern und den Betreibern ab und bedarf der dauerhaften Pflege sowie einer umsichtigen Bewirtschaftung. Die Qualität der Meldungen (Input) muss genauso stimmen wie die der erzielten Massnahmen (Output). Wobei Input und Output in einer engen Dependenz stehen, denn wenn die Massnahmen das angepeilte Ziel nicht erfüllen, wird ggf. auch der Input an Meldungen leiden bzw. versiegen. Somit kann vor dem Hinter-

⁹⁶ Siehe dazu Abb. 3 sowie beispielhaft auch Kapitel 3.3.1.6. „Sphäre 6 – die Unternehmenskultur der KESB“.

grund, dass immer und überall Fehler auftreten und damit auch latente Bedingungen und kritische Ereignisse erkannt werden können, gesagt werden, dass der Outcome eines gut funktionierenden CIRS der Eingang von neuen Meldungen ist. Im Umkehrschluss kann ein an dieser Stelle schlecht funktionierendes CIRS Gefahr laufen, die Mitarbeitenden der Organisation zu demotivieren. Somit ist vor der Implementierung eines CIRS vertieft zu reflektieren, welchen Sinn und Zweck das System dereinst erfüllen soll und welche Mittel dafür nötig sind. Es ist umsichtig zu planen, damit der Initialaufwand sich lohnt und der Anfangsschwung des pionierhaft Neuen langfristig nutzbar gemacht werden kann. Wenn das Vertrauen in das CIRS nicht nachhaltig etabliert werden kann, dürfte sich das System wohl schnell zu einem reinen Tool im Sinne einer Alibiübung entwickeln, welches nur mit viel Aufwand in einem stotternen Betrieb gehalten werden kann. Dazu scheinen wiederkehrende Investitionen für die Schulung der Mitarbeitenden und den Systembetrieb zwingend notwendig.

5.3. Erstellung der Bewertungskriterien für die Implementierung eines CIRS in der KESB des Kantons Bern

Um die Frage zu klären, ob der Aufbau und der Betrieb eines CIRS innerhalb der Strukturen der KESB des Kantons Bern⁹⁷ oder an einem KESB Standort im Verbund mit weiteren Organisationen⁹⁸ geeignet ist, um den theoretisch beschriebenen und von der Praxis gewünschten Effekt unter den Realbedingungen zu erzielen, bedarf es einer Bewertung der erhobenen Daten. Die Bewertung erfolgt in drei Schritten.

Schritt 1 - Indikatoren: Hier wird in einem theoretischen Sinn darüber nachgedacht, wie der Betrieb eines konkreten CIRS in einem realen Bezugsrahmen funktioniert. Dies erfolgt mit Hilfe der im vorangehenden Kapitel gefundenen und beschriebenen acht Indikatoren:

- 1) Kritisches Ereignis und latente Bedingungen
- 2) Meldende
- 3) Meldungen
- 4) Vertrauen durch Anonymität und Sanktionsfreiheit
- 5) Massnahmen
- 6) Kommunikation
- 7) Schulung
- 8) Kultur

Innerhalb von drei CIRS Modellen⁹⁹ werden diese Indikatoren ausfindig gemacht und kommentiert. Hierbei handelt es sich um eine relativ feingliedrige Bewertung des Untersuchungsgegenstandes aus naher Distanz.

⁹⁷ Siehe dazu in Kapitel 4.2. „Evaluationsdesign“ den Absatz „Entwurf und Diskussion von drei verschiedenen CIRS Modellen; Erste Variante zur Eingrenzung des Untersuchungsgegenstands“.

⁹⁸ Siehe dazu in Kapitel 4.2. „Evaluationsdesign“ den Absatz „Entwurf und Diskussion von drei verschiedenen CIRS Modellen; Zweite Variante zur Eingrenzung des Untersuchungsgegenstands“.

⁹⁹ Siehe dazu in Kapitel 4.2. „Evaluationsdesign“ den Abschnitt „Entwurf und Diskussion von drei verschiedenen CIRS Modellen“.

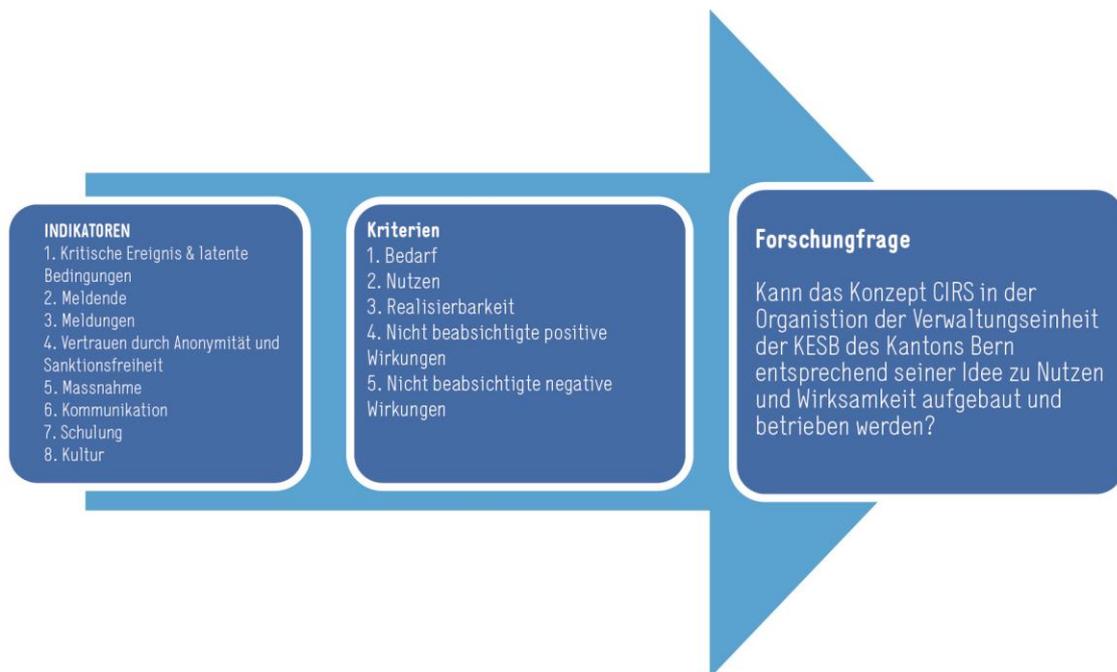
Schritt 2 - Kriterien: Hier wird in einem theoretischen Sinn darüber nachgedacht, welche Chancen und Risiken sowie welche Vor- und Nachteile der Betrieb eines CIRS für die KESB des Kantons Bern sich grundsätzlich erwarten lassen. Dazu werden die über den Schritt 1 generierten Erkenntnisse zu den drei CIRS Modellen verwendet, indem die mit Hilfe der Indikatoren gewonnenen Erkenntnisse Bewertungskriterien gegenübergestellt werden.

Diese Kriterien gilt es vorgängig zu definieren. Im vorliegenden Fall sind der erwartete Nutzen eines CIRS, dessen (technische) Realisierbarkeit sowie der Bedarf in der Zielgruppe nach einem CIRS als Bewertungskriterien zu definieren. Zusätzlich erscheint es ebenfalls sinnvoll danach zu fragen, ob und welche (positiven und negativen) nicht-intendierten Wirkungen eine Implementierung des CIRS mit sich bringen könnte (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 984-988). Mit Hilfe der so gewonnenen Informationen können Überlegungen zu den folgenden Kriterien angestellt werden:

- (1) Bedarf
- (2) Nutzen
- (3) Realisierbarkeit
- (4) Nicht beabsichtigte positiven Wirkungen
- (5) Nicht beabsichtigte negative Wirkungen

Schritt 3 – Beantwortung der Forschungsfrage: Über die Bewertung der Kriterien lässt sich zusammenfassend eine Antwort auf die handlungsleitende Forschungsfrage geben. Es liegen Resultate und Erkenntnisse vor, die es erlauben, eine Einschätzung abzugeben, ob innerhalb der KESB des Kantons Bern ein CIRS so implementiert werden kann, dass es wie vorgesehen und gewollt funktioniert.

Abbildung 10: Die drei Schritte der Datenauswertung.



Quelle: Eigene Darstellung.

5.4. Entwurf und Diskussion drei verschiedener CIRS Modelle

Dieses Kapitel widmet sich der Frage, wo und wie ein CIRS innerhalb der KESB des Kantons Bern am sinnvollsten eingerichtet werden könnte. Hierzu werden im Folgenden drei verschiedene Modelle skizziert und es wird jeweils eine Einschätzung zu den im vorangehenden Kapitel eingeführten fünf Kriterien herausgearbeitet. Bei zwei Varianten wird das CIRS innerhalb der KESB des Kantons Bern und ihren elf Standorten angesiedelt. Im dritten Modell wird die System- bzw. Organisationsgrenze der KESB des Kantons Bern sowie der elf Standorte für den möglichen Betrieb des CIRS verlassen, bzw. erweitert.

5.4.1. CIRS Modell 1

Struktur und Aufbau: Die KESB des Kantons Bern besteht aus elf Standorten: jeder dieser Standorte verfügt über die gleichen vier Abteilungen: Kanzlei, Revisorat, Sozialjuristischer Dienst und Spruchkörper. Im CIRS Modell 1 wird ein gesamtkantonales CIRS mit vier Meldekreisen entlang der vier Abteilungen aufgebaut. Organisationsintern stehen die drei Abteilungen Kanzlei, Revisorat, Sozialjuristischer Dienst auf der gleichen Hierarchiestufe. Die Abteilung Spruchkörper ist den anderen drei Abteilungen hierarchisch übergeordnet.¹⁰⁰

Abbildung 11: CIRS Modell 1



Quelle: Eigene Darstellung.

Der Umstand, dass die Arbeiten und Aufgaben in den einzelnen Standorten zwischen den Abteilungen unterschiedlich verteilt sind, kann sich in diesem CIRS Modell als Herausforderung erweisen. Daraus ergibt sich erschwerend, dass diese ungleiche Arbeits- und Aufgabenverteilung unterschiedliche interne Prozesse und Abläufe zur Folge hat. Schliesslich führt dies auch dazu, dass bspw. die Mitarbeitenden aus dem Sozialjuristischen Dienst der KESB A mit anderen Kompetenzen ausgestattet sind und andere Aufgaben erfüllen als ihre Kolleginnen des Sozialjuristischen Dienstes der KESB B.¹⁰¹

¹⁰⁰ Siehe dazu die Abb. 4 „Organigramm der KESB Stadt Bern“.

¹⁰¹ Siehe dazu Kapitel 3.3.1.5. „Sphäre 5 - Führung und Steuerung: So wird die KESB des Kantons Bern gelenkt“ und Kapitel 5.1.1. „Interview mit dem Vorsitzenden der GL KESB Kanton Bern“.

Kritisches Ereignis und latente Bedingungen: Es sind keine Gründe ersichtlich, die Begriffe inhaltlich konkret zu definieren. Die in Kapitel 3.1. präsentierte Definition des Zwischenfalls erscheint hinreichend: „Ein Zwischenfall ist als ein Ereignis im Arbeitsablauf definiert, das zu einem Schaden hätte führen können, aber nicht führte“ (Schüttler & Biermann, 2010, S. 23).

Meldende: Es sind sämtliche Mitarbeitenden der KESB des Kantons Bern im CIRS eingeschlossen. Bei den Mitarbeitenden handelt es sich um die Personen aus den Berufsfeldern Soziale Arbeit, Recht, Psychologie, Pädagogik, kaufmännischer Bereich (inkl. Betriebsökonomie und Buchhaltung). Mit Ausnahme des Revisorats stehen die meisten Mitarbeitenden der KESB in einem mehr oder weniger engen Kontakt mit den Klienten. Dieser Umstand kann als mögliches Argument dienen, wenn aus Meldekreis Revisorat eher wenig Meldungen eingehen. Die Mehrheit der Angestellten ist sich überdies gewohnt, mit Hilfe von Protokollen und Notizen über ihr Handeln zu Rechenschaft abzulegen. Auf die Berufsgruppen bezogen sind die zwei Meldekreise Revisorat und Kanzlei eher homogen und die Meldekreise Sozialjuristischer Dienst und Spruchkörper eher heterogen. Innerhalb der Meldekreise befassen sich die Mitarbeitenden inhaltlich mit den gleichen Thematiken.¹⁰²

Meldungen: Die eingehenden Meldungen stammen von den elf KESB Standorten, aber aus gleichen Abteilungen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Meldungen inhaltlich und thematisch eher nahe beieinander liegen. Dies ergibt eine vertiefte fachspezifische Bewertung und Bearbeitung der Meldungen, und es besteht eine erhöhte Chance darauf, dass Einzelmeldungen inhaltlich zusammengefasst werden können. Dadurch wird die Möglichkeit erhöht, dass über eine Vielzahl an Meldungen wiederkehrende Kleinigkeiten erkannt und erfasst werden können. Ggf. kann es sich als Hürde herausstellen, wenn nicht bekannt ist, an welchem Standort das Gemeldete vorgefallen ist, da es im Kontext der entsprechenden Strukturen und Abläufe bewertet werden muss.

Vertrauen durch Anonymität und Sanktionsfreiheit: Eine Meldung kann aus einem von elf möglichen Standorten stammen. Dadurch ist der Grad an Anonymität eher hoch. Die Mitarbeitenden innerhalb der Meldekreise müssen nach dem Einreichen einer Meldung bspw. nicht fürchten, dass es durch das Absetzen einer Meldung zu Unruhe innerhalb der eigenen Organisation kommt. Das CIRS Modell ist auf die Mitarbeitenden der KESB des Kantons Bern beschränkt, somit kann die Sanktionsfreiheit auf Leitungsebene hergestellt und gewährt werden.

Massnahmen: Der Umstand, dass sich die Meldekreise über die Grenzen der Einzelstandorte hinaus erstrecken, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Massnahmen erstellt werden, die für alle Standorte als allgemeingültig erklärt werden können. Als Herausforderung kann sich dabei aber die Diversität zwischen den Standorten erweisen. Eine mögliche Folge davon kann sein, dass die Massnahmen sehr allgemeiner Natur sind. Weiter erscheint es in diesem Modell eher wahrscheinlich, dass die Meldungen zu Massnahmen führen, die entweder für die Abteilung des Meldekreises gedacht sind, oder sich standortbezogen auf die Schnittstellen zu den

¹⁰² Mit Verweis auf die in diesem Kapitel unter „Struktur und Aufbau“ gemachten Ausführungen zum Thema der unterschiedlichen Verteilung der Aufgaben und Kompetenzen.

anderen drei Abteilungen der Organisation beziehen. Die Fokussierung auf die Gesamtheit eines einzelnen Standorts spielt in diesem System eine eher untergeordnete Rolle.

Kommunikation: In diesem CIRS Modell muss innerhalb der bekannten Struktur der dezentralen Verwaltung der KESB Bern kommuniziert werden. Die Organisation verfügt über die erforderlichen technischen (IT-)Systeme, und die Mitarbeitenden haben entsprechende Erfahrungen. Es sind keine besonderen Aufwände und Herausforderungen erkennbar.

Schulung: Sämtliche Personen kennen die Materie, die Strukturen und Prozesse der KESB. In diesem Zusammenhang sind keine besonderen Herausforderungen erkennbar. Als grundsätzlich herausfordernd kann sich auch in diesem Punkt die schwere Fassbarkeit des richtigen und guten Handelns der KESB erweisen.¹⁰³ Aufgrund der fehlenden prägnanten Kontur des Handlungsfelds erscheint eine umsichtige Schulung der Mitarbeitenden wichtig, damit der erforderliche Bedarf an Wissen und Sensibilität vorhanden ist, so dass es zu substantiellen Meldungen kommen kann.

Kultur: Durch diese Systemvariante entsteht die Chance, dass sich bei der Erarbeitung von Massnahmen über die jeweilige standortbezogene Organisationsgrenze hinaus entlang der fachlichen Thematik eine Zusammenarbeit zwischen den Standorten etabliert. Im Idealfall kommt es so trotz der räumlichen Distanzen zu einem regen Austausch zwischen den Standorten und zu einem erhöhten Zusammengehörigkeitsgefühl, was ermöglicht, dass es zu einer Angleichung der Identitäten und Kulturen kommt.

Fazit: In dieser Strukturierung sind die Meldekreise auf der fachlichen Ebene sehr eng gefasst. Kritische Ereignisse und latente Bedingungen innerhalb und an den Schnittstellen der Meldekreise lassen sich in diesem CIRS Modell erkennen. Erfassen und Lernen über die Grenzen der einzelnen Standorte hinweg scheint mit diesem System möglich. Standortspezifische Unterschiede betreffend Prozesse, Zuständigkeiten und Kompetenzregelungen sind mögliche Hemmnisse für das CIRS. Ebenfalls sollten die unterschiedlichen innerbetrieblichen Kulturen der verschiedenen Standorte nicht unterschätzt werden. Beide Faktoren sollten nicht zwingend als Hinderungsgrund, sondern vielmehr als Herausforderung angenommen werden.

5.4.2. CIRS Modell 2

Struktur und Aufbau: In diesem Modell bildet jeder der elf Standorte der KESB des Kantons Bern ein Meldekreis. Es handelt sich demnach um ein gesamtkantonales CIRS mit elf Meldekreisen entlang der Standorte. Die Organisationseinheiten der Meldekreise und ihr hierarchischer Aufbau sind nahezu identisch.¹⁰⁴ Sie unterscheiden sich grössenmässig¹⁰⁵ und sind in unterschiedlichen Umgebungen tätig.¹⁰⁶

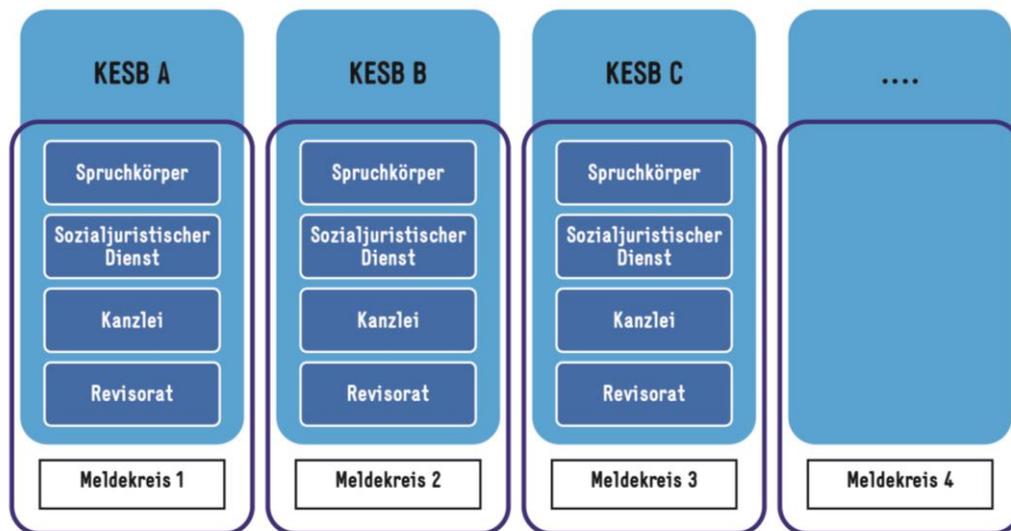
¹⁰³ Siehe dazu Kapitel 3.3.1.6. „Sphäre 6 - Unternehmenskultur der KESB“.

¹⁰⁴ Siehe dazu in Kapitel 3.3.1.2. „Sphäre 2 - System der Leistungserstellung der KESB des Kantons Bern“.

¹⁰⁵ Siehe dazu in Kapitel 3.3.1.3. „Sphäre 3 - Input; mit welchen Mitteln erbringt die KESB des Kantons Bern die Leistungen?“.

¹⁰⁶ Siehe dazu in Kapitel 3.3.1.5. „Sphäre 5 - Führung und Steuerung: So wird die KESB des Kantons Bern gelenkt“.

Abbildung 12: Das CIRS Modell 2



Quelle: Eigene Darstellung.

Der Umstand, dass die Grössen der Organisationseinheiten und damit auch die der Meldekreise unterschiedlich sind, ist zu wesentlichen Teilen der Geschäftslast geschuldet. Es muss vermutet werden, dass die grösseren Meldekreise aus einer grösseren Fülle an Ereignissen Meldungen generieren können.

Kritisches Ereignis und latente Bedingungen: Gleich wie beim vorangehend beschriebenen CIRS Modell sind auch hier keine Gründe erkennbar, weshalb von der folgenden, bisher verwendeten Definition des Zwischenfalls ergänzend abgewichen werden sollte: „Ein Zwischenfall ist als ein Ereignis im Arbeitsablauf definiert, das zu einem Schaden hätte führen können, aber nicht führte“ (Schüttler & Biermann, 2010, S. 23).¹⁰⁷

Meldende: Alle bei der KESB des Kantons Bern angestellten Personen sind im CIRS miteingeschlossen. Hierbei handelt es sich um Berufsleute aus den Feldern der Sozialen Arbeit, des Rechts, der Psychologie, der Pädagogik, des kaufmännischen Bereichs (inkl. Betriebsökonomie und Buchhaltung). Alle Teammitglieder sind es gewohnt, Schriftstücke zu erstellen. In Bezug auf die Berufsgruppen sind die Meldekreise heterogen. Innerhalb der Meldekreise befassen sich die Mitarbeitenden mit unterschiedlichen Themenbereichen.¹⁰⁸ Die zu erbringenden Leistungen werden innerhalb des Meldekreises in einem arbeitsteiligen Prozess bewältigt. Somit stehen alle Mitarbeitenden miteinander in einer Beziehung und in einer Abhängigkeit. Je nach Aufgabe sind die Meldenden des Meldekreises zusätzlich auf Kooperationen mit weiteren Personen und Stellen angewiesen.

¹⁰⁷ Siehe dazu in Kapitel 3.1. „Fehler, latente Bedingungen, Zielerreichung und Fehlerkette“ den Abschnitt „Der Begriff des Fehlers definitorisch gefasst“.

¹⁰⁸ Mit Verweis auf die in diesem Kapitel unter „Struktur und Aufbau“ gemachten Ausführungen zum Thema der unterschiedlichen Verteilung der Aufgaben und Kompetenzen.

Meldungen: Die Meldungen kommen jeweils aus einem der elf KESB Standorte, es ist aber nicht zwingend ersichtlich aus welcher der vier Abteilungen. Es muss erwartet werden, dass Meldungen somit theoretisch alle Sphären des Standorts betreffen können.¹⁰⁹ Innerhalb vom Meldekreis können die Meldungen inhaltlich und thematisch alle Arbeitsbereiche betreffen. Die vertiefte fachspezifische Bewertung und Bearbeitung der Meldungen ist am Standort bzw. im Meldekreis rasch möglich, da sie im Kontext der entsprechenden Strukturen und Abläufe bewertet werden können. Die Möglichkeit, dass Einzelmeldungen inhaltlich zusammengefasst werden können besteht innerhalb des Meldekreises. Anhand einer grösseren Zahl von Einzelmeldungen zu vermeidlich Unbedeutendem latente Bedingungen in der Gesamtorganisation zu erkennen, erscheint in diesem System als Herausforderung.

Vertrauen durch Anonymität und Sanktionsfreiheit: Wie erwähnt¹¹⁰, sind die einzelnen Standorte betreffend die Anzahl der Mitarbeitenden zwischen 15 und 35 Mitarbeitenden von einer überschaubaren Grösse.¹¹¹ Dieser Umstand erweist sich für die Gewährung der Anonymität als Nachteil, insbes. deshalb, weil davon auszugehen ist, dass eine Meldung innerhalb des Meldekreises allein auf Grund des Inhalts zusätzlich relativ einfach einer der vier Abteilungen zugeordnet werden kann. Auch dieses CIRS steht ausschliesslich den Mitarbeitenden der KESB des Kantons Bern zur Verfügung; Sanktionsfreiheit kann demnach durch die Leitungsebene zugesichert werden.

Massnahmen: Das Modell hat den Vorteil, dass sich bei der Entwicklung von Massnahmen rasch und einfach über die Abteilungsgrenzen hinweg eine Zusammenarbeit etablieren kann. Die Massnahmen können gerade im Bereich der Schnittstellen auf die jeweiligen innerorganisationalen Abläufe und Bedürfnisse passend erstellt werden. Hierbei ist es notwendig, dass sich der Inhalt der Meldung(en) in einem stark generell abstrakten Sinn verstehen lässt, um dadurch für die elf unter sich diversen Systeme von Relevanz zu sein.

Kommunikation: Die Meldekreise des CIRS bilden isolierte Zellen, die im Arbeitsalltag keinerlei Berührungspunkte miteinander haben. Es ist deshalb von den CIRS Verantwortlichen besonders darauf zu achten, dass alle Meldekreise immer umfassend informiert sind sich und betreffend Anwendung und Sinn und Zweck des CIRS von einem möglichst ähnliches Bild leisten lassen. Es ist theoretisch möglich, dass die Ergreifung einer Massnahme in einem Meldekreis auf Zuspruch stösst und in einem anderen nicht, obwohl die organisationalen Bedingungen und die Wirkung der Massnahme innerhalb der Meldekreise vergleichbar sind.

Schulung: Die möglichen Meldenden sind mit der Materie, den Strukturen und den Prozessen der KESB aufgrund ihrer praktischen Erfahrungen. In diesem Zusammenhang sind keine besonderen Herausforderungen erkennbar. Als grundsätzlich herausfordernd kann sich auch in diesem Punkt die schwere Fassbarkeit des richtigen und guten Handelns der KESB erweisen.¹¹² Aufgrund der fehlenden prägnanten Kontur des Handlungsfelds erscheint eine umsich-

¹⁰⁹ Siehe dazu die Abb. 3 „Das wertschöpfungsorientierte Modell“.

¹¹⁰ Siehe Kapitel 3.3.1.3. „Sphäre 3 - Input; mit welchen Mitteln erbringt die KESB des Kantons Bern die Leistungen?“.

¹¹¹ Siehe dazu auch Anh. 4.

¹¹² Siehe Kapitel 3.3.1.6. „Sphäre 6 - Unternehmenskultur der KESB“.

tige Schulung der Mitarbeitenden wichtig, damit der erforderliche Bedarf an Wissen und Sensibilität vorhanden ist, so dass es zu substantiellen Meldungen kommen kann.

Kultur: Dadurch, dass die Meldekreise entlang der einzelnen Standorte gezogen werden, verbleiben die Meldungen und die Meldenden betreffend Struktur, Organisation und Kultur in diesem CIRS Modell in den bestehenden, bekannten Rahmenbedingungen. Ein Blick über den Tellerrand wird nicht zwingend vollzogen; standortübergreifendes gegenseitiges voneinander Lernen stellt in diesem System eine Herausforderung dar, die es beim Aufbau des CIRS konzeptionell besonders zu beachten und zu behandeln gilt.

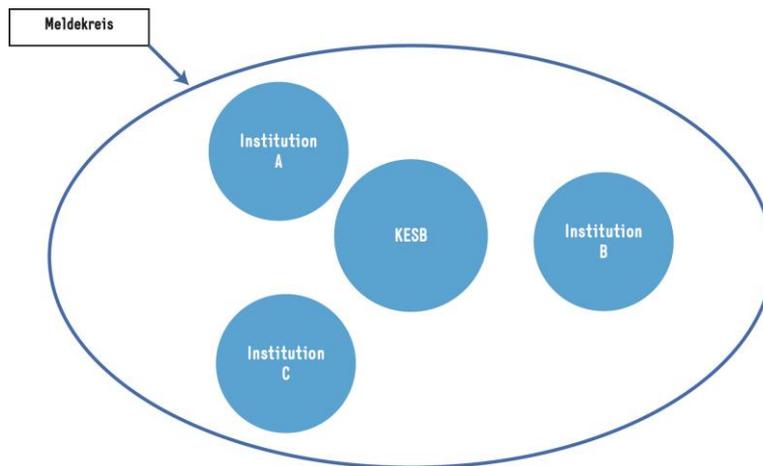
Fazit: Ob sich in dieser Anlage anhand mehrerer Meldungen latente Bedingungen besser oder schlechter erkennen lassen, kann nicht abgeschätzt werden. Als möglicher Vorteil ist zu benennen, dass in diesem System bekannt ist, in welcher Organisation das Ereignis stattgefunden hat, somit lässt der Sachverhalt innerhalb des Standorts über die Grenzen der vier Abteilungen hinweg analysieren. Schwierig kann in dieser Analysestruktur sein, Ähnlichkeiten zwischen den Meldungen zu erkennen, da sie unterschiedlichen Strukturen entspringen. In dieser Variante ist die Aufgabe der CIRS Betreiber besonders herausfordernd, da die Standorte das CIRS innerhalb ihrer jeweiligen Kultur isoliert anwenden. Die CIRS Betreiber müssen sicherstellen, dass zwischen den Standorten ein Wissenstransfer stattfinden kann. Weiter ist zu bedenken, dass die Meldekreise unterschiedlich gross sind und dementsprechend auch einen unterschiedlich grossen Output generieren und eine unterschiedlich grosse Geschäftslast bewältigen. Dementsprechend können grössere Meldekreise tendenziell auch mehr melden. Dies kann zumindest theoretisch zu einer Dominanz der grossen Meldekreise führen.

5.4.3. CIRS Modell 3

Die Aufgaben der KESB sind umfangreich und sehr divers. Einzelne Abteilungen der KESB Standorte erbringen Leistungen im Sinne eines ausgeprägt abstrakten Verwaltungshandelns. Diese Aufgaben sind stark regelgebunden, können prozesshaft bearbeitet werden, verfügen über klar definierte Schnittstellen und einen klar geregelten Prozess der Zusammenarbeit mit internen und externen Stellen. Gleichzeitig erbringen Mitarbeitende aus anderen Abteilungen Leistungen, deren Prozesse stark auf den Einzelfall angepasst werden müssen. Diese Leistungen werden in der Regel in einem Netzwerk mit weiteren Personen und Organisationen erbracht. Hierzu bedarf es der vertieften und umfassenden Abklärung des Sachverhalts, wozu in den allermeisten Fällen zwingend die Zusammenarbeit mit Dritten eingegangen werden muss.

Struktur und Aufbau: In diesem Modell wird der Untersuchungsgegenstand im Unterschied zu den beiden vorangehend vorgestellten Modellen auf einen KESB Standort und auf den inhaltlichen Aufgabenbereich des Kinderschutzes eingeschränkt und mit Hilfe eines Falles entlang der von der KESB zu bewältigenden Aufgabe untersucht.

Abbildung 13: Das CIRS Modell 3



Quelle: Eigene Darstellung.

5.4.3.1. Dokumentenanalyse im Zusammenhang mit dem CIRS Modell 3

Untersuchungsinteresse und Vorgehen: Der Wunsch, latente Bedingungen, kritische Ereignisse und mögliche Fehlerquellen erkennen zu können, erscheint in denjenigen Arbeitsbereichen besonders ausgeprägt, in welchen im Rahmen der individuellen Fallarbeit mit Dritten nach passenden Handlungen und Lösungen gesucht werden muss. Ein vertiefender Blick auf diesen Tätigkeitsbereich erscheint lohnend. Die Erfahrung der befragten CIRS Praktiker zeigt, dass das Personal, welches seine Leistungen „am scharfen Ende“ der Organisation und im Kontakt mit Leistungsabnehmern und Partnern erbringt, ein erhöhtes Bedürfnis nach Sicherheit hat. Dies, weil Fehler an dieser Stelle besonders prägnante, wenn nicht gar fatale Auswirkungen haben können, sei es bspw. im Sinne eines Reputationsschadens oder weil eine Intention ihre Wirkung verfehlt.¹¹³ Zudem ist im direkten Kontakt mit Leistungsabnehmern der Abstraktionsgrad der zu leistenden Arbeit eher gering, während die persönliche Involvierung und Identifizierung der Mitarbeitenden mit der ihnen übertragenen Aufgabe hoch sind. Mitarbeitende, die solche Aufgaben bewältigen, sollten im Sinne der HRO Theorie besonders achtsam sein.¹¹⁴ Gleichzeitig besteht (auch) hier die Gefahr, dass ihnen Fehler entsprechend der sozialpsychologischen Betrachtung als persönliches Versagen angehaftet werden können.¹¹⁵ Die in diesem Bereich tätigen Mitarbeitenden haben deshalb ein persönliches Interesse daran, dass es zu keinem solchen Ereignis kommt, weil es in der allgemeinen Lesart „ihr Fehler“ wäre. Hier erscheint denn auch der Indikator „Anonymität und Sanktionsfreiheit“ besonders bedeutsam.¹¹⁶ Die Organisation muss folglich ein erhöhtes Bedürfnis haben, dass es in diesem Tätigkeitsfeld zu keinen schwerwiegenden Ereignissen kommt. Zudem lassen sie sich unter Umständen nicht ohne weiteres, und aufgrund der netzwerkartigen Verbundenheit mit Dritten auch nicht betriebsintern heilen. Demnach erscheint der Betreib eines CIRS innerhalb des

¹¹³ Siehe dazu beispielhaft das Interview mit der CIRS Verantwortlichen der PUK in Kapitel 5.2.2.

¹¹⁴ Siehe dazu das Kapitel 3.2. „Die High Reliability Organisation“ und darin insbes. den Abschnitt „Viertes Prinzip - Streben nach Flexibilität“.

¹¹⁵ Siehe dazu in Kapitel 3.1. den Abschnitt „Eine sozialpsychologische Betrachtung des Fehlerbegriffs“.

¹¹⁶ Siehe dazu in Kapitel 5.2.4. „Vertrauen durch Anonymität und Sanktionsfreiheit“.

Netzwerks prüfenswert. Damit die Akteure und die Schnittstellen erkannt und gezeigt werden kann, in welchem Netzwerk die KESB ihre Arbeit bewältigt, muss der Betrachtungswinkel geöffnet werden. Dies geschieht über die Darstellung eines prägnanten Einzelfalls der KESB Stadt Bern aus dem Bereich des Kindesschutzes. Dergestalt wird nicht nur ersichtlich, über welche Dauer ein Fall laufen kann, sondern auch, mit welchen Akteuren die KESB bei der Bearbeitung des Einzelfalls im Verlauf der Zeit kooperiert. Dies zeigt, dass die KESB beim Bearbeiten eines Einzelfalls Teil eines Systems und zu einem Akteur unter vielen wird.

Damit wird die Absicht verfolgt, die Systemgrösse und –grenze darzustellen, in welcher die KESB als ein Teil des Ganzen eingebettet ist. Anhand dieser Erweiterung wird das Netzwerk dargestellt, in dem die KESB fallbezogen agiert. Es lässt sich erkennen, dass im praktischen Alltag passieren kann, was die Theorie beschreibt. Nämlich, dass fehlerhaftes Handeln innerhalb der KESB seinen Ursprung auch andernorts in Form von latenten Bedingungen und kritischen Ereignissen haben kann, bzw. in umgekehrter Weise auch, dass latente Bedingungen und kritische Ereignisse innerhalb der KESB in einer anderen Organisation zu negativen Folgen führen können. Anhand dieser Darstellung lässt sich auch darlegen, dass es sich um ein sehr agiles Netzwerk handelt, dem sich verschiedene Akteure auf den Einzelfall bezogen ad-hoc anschliessen.

In einem weiteren Schritt wird deshalb untersucht, wie die unterschiedlichen Organisationen im Ad-hoc-Netzwerk miteinander verhängt sind. Hierbei wird explizit nach der Rolle und der Position der KESB innerhalb des Systems gefragt. Dazu werden Stellen, die im Handlungsfeld des Kindesschutzes im Einzelfall potentielle Netzwerkteilnehmer werden können, mit Hilfe eines Fragebogens befragt. Es wird untersucht, in welcher Beziehung sie zur KESB stehen und wie sie mit latenten Bedingungen und kritischen Ereignissen umgehen. Anhand dieser Erkenntnisse wird danach gefragt, ob sich ein CIRS zum Aufspüren von latenten Bedingungen und kritischen Ereignissen in Netzwerken eignen würde.

5.4.3.2. Analyse eines Einzelfalls der KESB Bern aus dem Bereich des Kindesschutzes

Anhand der Darstellung eines prägnanten Einzelfalls der KESB der Stadt Bern aus dem Bereich des Kindesschutzes wird aufgezeigt, wie sich die KESB zur Erfüllung ihrer Aufgabe mit Dritten vernetzt.¹¹⁷ Dazu werden die zum konkreten Einzelfall gelegten Akten der KESB Stadt Bern untersucht. Wie in Kapitel 3.3. ausgeführt, hat sie sich hierbei am abstrakten Ziel der Wahrung des Kindeswohls zu orientieren.¹¹⁸ Zudem muss die Leistungserbringung prozesshaft erfolgen. Dabei muss sich das instruierende Behördenmitglied fortlaufend an verändernden Bedingungen innerhalb des Falls orientieren und ggf. antizipierend handeln.

¹¹⁷ Hierbei handelt es sich um einen Fall mit einer mehrjährigen Bearbeitungsdauer und grosser Tragweite. Er ist aus inhaltlicher Sicht in vielerlei Hinsicht einzigartig und kann nicht im Sinne des „courant normal“ bewertet werden, dennoch steht er beispielhaft für eine signifikante Anzahl von Einzelfällen, wie sie an allen KESB Standorten immer wieder vorkommen.

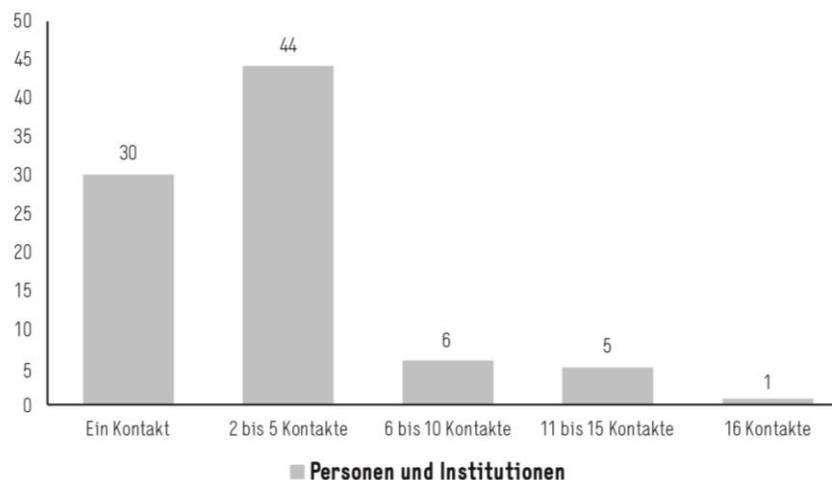
¹¹⁸ Siehe in diesem Kapitel insbes. die Unterkapitel 3.3.1.1 „Sphäre 1 - Orientierung & Auftrag: Die Aufgaben der KESB“ und 3.3.1.5. „Sphäre 5 - Führung und Steuerung: So wird die KESB des Kantons Bern gelenkt“.

Mit wem steht die KESB in Kontakt? Die involvierten Akteure sind in unterschiedlichen Handlungsfeldern tätig. Sie stammen insbes. aus den Gebieten der Beratung und Betreuung,¹¹⁹ der Medizin,¹²⁰ der Pädagogik¹²¹ und des Rechts.¹²² Hinzu kommen Blaulichtorganisationen¹²³ und Amtsstellen¹²⁴ sowie Firmen, welche keinen engen inhaltlichen Bezug zum tatsächlich bearbeiteten Fall haben.¹²⁵ Die Leistungserbringung der Involvierten lässt sich grob in ambulant und stationär unterteilen. Zudem handelt es sich sowohl um private Organisationen als auch um staatliche Institutionen. Nicht zu vergessen sind aber auch Personen, die aufgrund ihrer persönlichen Nähe zum Fall involviert sind.^{126&127}

Dauer der Fallbearbeitung und Anzahl der Akteure und der Kontakte: Die fallführende Person der KESB hat sich während fünfeinhalb Jahren mit dem Fall befasst. Während dieser Zeit pflegte sie mit 56 Akteuren einen Austausch, wobei der Kontakt mit der Klientschaft nicht mitgezählt ist. Dabei kam es gesamthaft zu 198 Kontakten in Form von persönlichen Treffen, Telefonaten und Schriftverkehr (inkl. Mailverkehr).¹²⁸

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass die mit dem Fall betraute Person der KESB nicht mit allen Akteuren in einem gleich engen Austausch stand. Mit 30 Akteuren kam es lediglich zu einem einmaligen Austausch. Bei den übrigen 169 Kontakten mit den verbleibenden 26 Akteuren handelt es sich folglich jeweils um mindestens zwei Kontakte und somit um eine intensive(re) Zusammenarbeit. Die Auswertung der Kontakte betreffend Häufigkeit zeigt das folgende Bild:

Diagramm 1: Anzahl Kontakte der KESB mit Dritten



Quelle: Eigene Darstellung.

¹¹⁹ Insbes. Sozialdienste und Beratungsstellen.

¹²⁰ Inkl. Psychiatrie.

¹²¹ Inkl. Schule, sowie insbes. stationäre und ambulante ergänzende Hilfestellungen zur Erziehung.

¹²² Insbes. Justizbehörden und Rechtsvertreter.

¹²³ Insbes. Polizei.

¹²⁴ Beispielsweise das Betreibungsamt.

¹²⁵ Beispielsweise Schlüsseldienst oder Putz- und Räumungsinstitut.

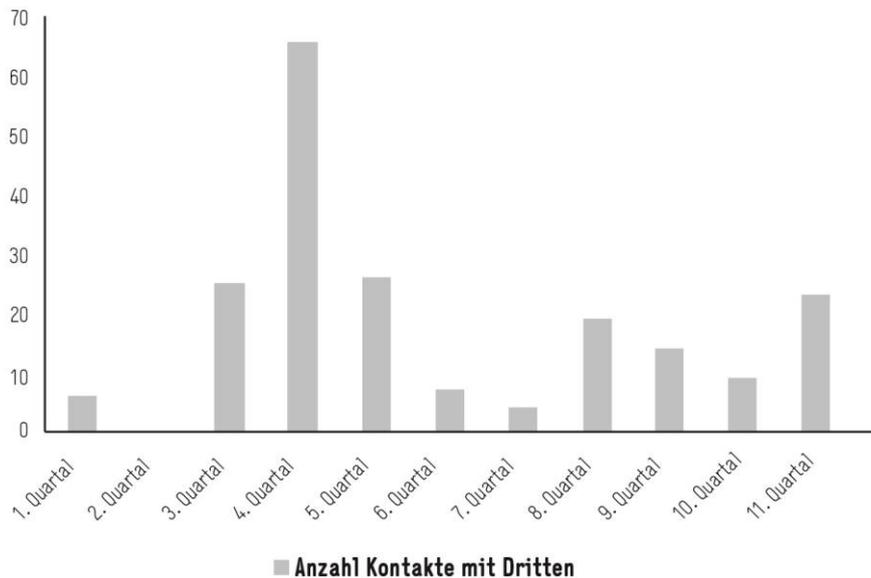
¹²⁶ Beispielsweise Verwandte oder Nachbarn.

¹²⁷ Die abschliessende Liste der im untersuchten Fall involvierten Stellen findet sich im Anh. 9 „Fallstudie - Kontakte der KESB Bern mit Dritten im Rahmen eines Einzelfalls“.

¹²⁸ Siehe dazu Anh. 9 „Fallstudie - Kontakte der KESB Bern mit Dritten im Rahmen eines Einzelfalls“.

Betrachtet man die Kontakte zwischen der fallführenden Person der KESB und Dritten auf der Zeitachse, so wird ersichtlich, dass es während den fünfzehn Jahren nicht kontinuierlich zu Austauschen kam. Es lässt sich erkennen, dass sich Phasen mit kaum oder gar keinem Austausch und Phasen mit regem Austausch abwechseln:

Diagramm 2: Anzahl Kontakte der KESB mit Dritten im Verlauf der Zeit



Quelle: Eigene Darstellung.

Interpretation der Einzelfallanalyse: Die Analyse des konkreten Falls zeigt, dass sich die KESB im Einzelfall mit einer Vielzahl an unterschiedlichen Akteuren austauscht und eine Zusammenarbeit eingeht. Es wird auch ersichtlich, dass die KESB im Fallverlauf phasenweise innerhalb kurzer Zeit einen sehr intensiven Austausch mit vielen Akteuren pflegt. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil dieser Akteure reine Informationslieferanten sind und sich die Kommunikation mit ihnen einzig auf das Einholen von Daten beschränkt.¹²⁹ Andere Akteure hingegen sind innerhalb des Falls ebenfalls operativ tätig, wobei wiederum unterschieden werden kann zwischen Akteuren, die ungeachtet des hängigen Kindesschutzverfahrens vor der KESB aufgrund ihres eigenen Leistungsauftrags mit der Klientenschaft in Kontakt stehen¹³⁰ und solchen, die ihre Leistungen im Auftrag von und in enger Zusammenarbeit mit der KESB erbringen.¹³¹ Eine Vielzahl der Organisationen können nicht abschliessend nur einem Auftraggeber zugewiesen werden. Sie können je nach Fall im Auftrag der Klientenschaft oder der KESB handeln.¹³² Weiter können aber auch hoheitliche Macht tragende Staatsorgane involviert sein, die nicht zwingend eines Auftrags von Seiten eines Auftraggebers im engeren Sinn bedürfen.¹³³ Weiter ist auch das Mitwirken von intermediär tätigen Akteuren möglich.¹³⁴

¹²⁹ Beispielsweise Amtsstellen wie das Betreibungsamt.

¹³⁰ Beispielsweise die Schule.

¹³¹ Beispielsweise stationäre und ambulante ergänzende Hilfestellungen zur Erziehung.

¹³² Beispielsweise der Sozialdienst, die Beratungsstellen oder die Leistungserbringer aus dem medizinischen Bereich.

¹³³ Beispielsweise die Staatsanwaltschaft und Gerichte, aber auch Blaulichtorganisationen.

Schliesslich dürfen die nahestehenden Personen nicht vergessen werden. Sie sind aufgrund ihrer persönlichen Nähe zur Klientschaft involviert und zeichnen sich nicht zuletzt durch die Abwesenheit eines klaren Auftrags und eines einheitlichen professionellen Profils in besonderem Mass durch eine hohe Diversität aus.

Die Auswertung des Einzelfalls zeigt, dass jeder Fall betreffend die Verfahrensdauer, die Gruppe der involvierten Akteure und die Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen der KESB und Dritten (im Sinne eines Fingerabdrucks) individuell ist. Es ist davon auszugehen, dass sich gerade die besonders prägnanten Fälle nicht gleichen. Folglich agieren die KESB einzelfallbezogen in sich konstant verändernden Ad-hoc-Netzwerken. Mit Blick auf die Gesamtmenge der Verfahren ist davon auszugehen, dass die KESB und ihre Mitarbeitenden zeitgleich in einer Vielzahl an Einzelfall bezogenen Ad-hoc-Netzwerken tätig sind.¹³⁵

5.4.3.3. *Analyse der in KESB Verfahren involvierten Akteure*

Aufgrund der Erkenntnisse aus dem vorangehenden Kapitel erscheint beim Thema latente Bedingungen und kritische Ereignisse die ausschliessliche Fokussierung auf die KESB nicht ausreichend. Im Folgenden wird deshalb der Blick über die Organisationsgrenze der KESB hinaus geöffnet, und auf die Arbeitsumgebung und die darin agierenden Akteure gelenkt. Die vertiefende Betrachtung der potentiellen Akteure, die in einem Kinderschutzverfahren der KESB involviert sein können, scheint lohnend, da diese im Verlauf des Verfahrens durch ihr Handeln mitbestimmen, wie sich ein Fall entwickelt. Diese Akteure sind je nach der inhaltlichen Ausprägung des Einzelfalls gewollt oder ungewollt, aber auch bewusst oder unbewusst gemeinsam mit der KESB und Weiteren in einem mehr oder weniger komplexen Netzwerk tätig. Die hierarchische Ordnung der Organisationen innerhalb des Netzwerks ist nicht zwingend starr noch von vornherein klar.

Im nächsten Schritt wird deshalb die Gruppe der möglichen involvierten Stellen genauer betrachtet.

Datenerhebung: Es wurden 69 Stellen und Personen angefragt, im Rahmen einer *qualitativen Datenerhebung* einen *Fragebogen* auszufüllen.¹³⁶ Die Angefragten gehören der Gruppe von möglichen Akteuren an, die in einem Fall aus dem Kinderschutz der KESB Stadt Bern involviert sein können.¹³⁷ Die Gruppe der Privatpersonen wird aufgrund ihrer Merkmale Heterogenität, persönliche Betroffenheit und des undefinierten professionellen Profils aus der Untersuchungsgruppe ausgeschlossen. Ebenso wurden Organisationen, die keinen inhaltlichen Bezug zur Materie haben, nicht miteinbezogen. Sie handeln in der Regel als Auftragnehmer im Rahmen eines einmaligen Einsatzes und erbringen meist eine spezifische Leistung aus ihrem Angebotskatalog. Inhaltlich wirken sie bei der Bearbeitung des Falls indes nicht mit. Die *Untersuchungsgruppe* ist nicht abschliessend und liesse sich um ein Vielfaches erweitern.

¹³⁴ Insbes. Rechtsanwältinnen und Kindesvertreter.

¹³⁵ Siehe dazu Kapitel 3.3.1.4. „Sphäre 4 - Output; Ergebnis und Leistung der KESB“.

¹³⁶ Siehe Anh. 7 „Fragebogen zum Thema kritische Ereignisse“.

¹³⁷ Die Akteure stammen aus den Bereichen Beratung und Betreuung, Medizin, Pädagogik, Recht sowie Blaulichtorganisationen und Amtsstellen.

Das Ziel ist es, mehr über die Funktionen und Strukturen der Partnerorganisationen der KESB in Erfahrung zu bringen. Weiter soll herausgefunden werden, wie die Akteure mit latenten Bedingungen und kritischen Ereignissen umgehen sowie welche Massnahmen und Strategien sie dabei wählen. Es wird erfasst, ob die Akteure die Wahrung des Kindeswohls als Leitmotiv ihres Handelns benennen. Dadurch kann erkannt werden, ob die Akteure innerhalb der jeweiligen Ad-hoc-Netzwerke über eine ähnliche Problemdefinition verfügen und dasselbe Ziel verfolgen.

Datenauswertung: Von den 69 angefragten haben 49 Akteure den Fragebogen ausgefüllt.^{138&139}

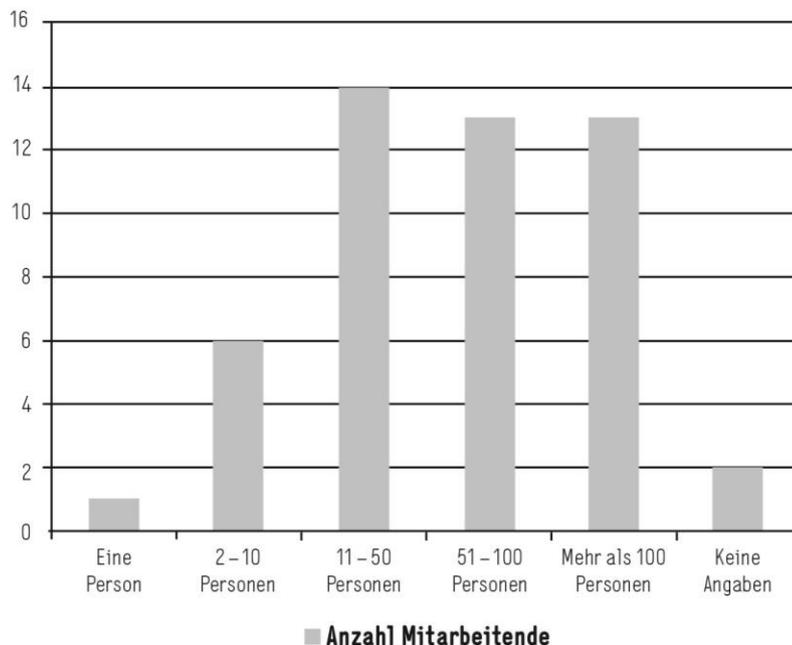
Zur Einbettung der Akteure:

- 45% der Stellen sind private Organisationen, bei 43% handelt es sich um staatliche Stellen. 12% der Betriebe konnten nicht abschliessend zugewiesen werden.¹⁴⁰
- 47% Organisationen verfügen über dezentrale Strukturen und 53% sind an einem Standort tätig.
- 27% Akteure erbringen ihre Leistungen ambulant, 22% stationär und die restlichen 51% in einer Mischform.

Zur Grösse der Akteure:

- Die Organisationsgrössen sind unterschiedlich; der kleinste Akteur ist ein Ein-Personen-Betrieb, der grösste zählt über 2'500 Mitarbeitende.

Diagramm 3: Anzahl Mitarbeitende



Quelle: Eigene Darstellung.

¹³⁸ Die erhobenen und ausgewerteten Daten finden sich in anonymisierter Form im Anh. 11.

¹³⁹ Die ausgewerteten Daten werden als relative Werte zur Grundgesamtheit (N=49) in gerundeten Prozent dargestellt.

¹⁴⁰ Hierbei handelt es sich um private Stellen, die im Delegationsverhältnis eine Staatsaufgabe erfüllen..

Es ist ersichtlich, dass die meisten Akteure, mit denen die KESB zusammenarbeitet, gross bis sehr gross sind.

- Die in den Organisationen tätigen Berufsleute lassen sich in einer groben Unterscheidung 22 verschiedenen Berufsgruppen zuordnen. Die meistgenannten Berufsgruppen stammen aus den Bereichen der Sozialpädagogik, der Sozialen Arbeit, des Rechts, der Psychologie, der Bildung und des kaufmännischen Bereichs (inkl. Betriebsökonomie und Buchhaltung).¹⁴¹
- In 14% der Organisationen befasst sich eine Person mit der Bearbeitung des Einzelfalls. In 20% der Stellen nehmen sich zwei Personen der Sache an. 49% der Akteure benötigen drei bis 10 Personen für die Leistungserbringung, bei 10% der Akteure benötigt es dazu in der Regel mehr als 10 Mitarbeitende. 6% der Organisationen haben keine Angaben dazu gemacht.
- In 20% der Organisationen befasst sich eine Berufsgruppe mit der Aufgabe. 72% der Akteure benötigen dazu zwei bis sechs Berufsgruppen. Eine (2%) Organisation greift dabei auf das Fachwissen von 10 Berufsgruppen. 6% der Organisationen haben dazu keine Angaben eingereicht.

Zu den Aufgaben der Akteure:

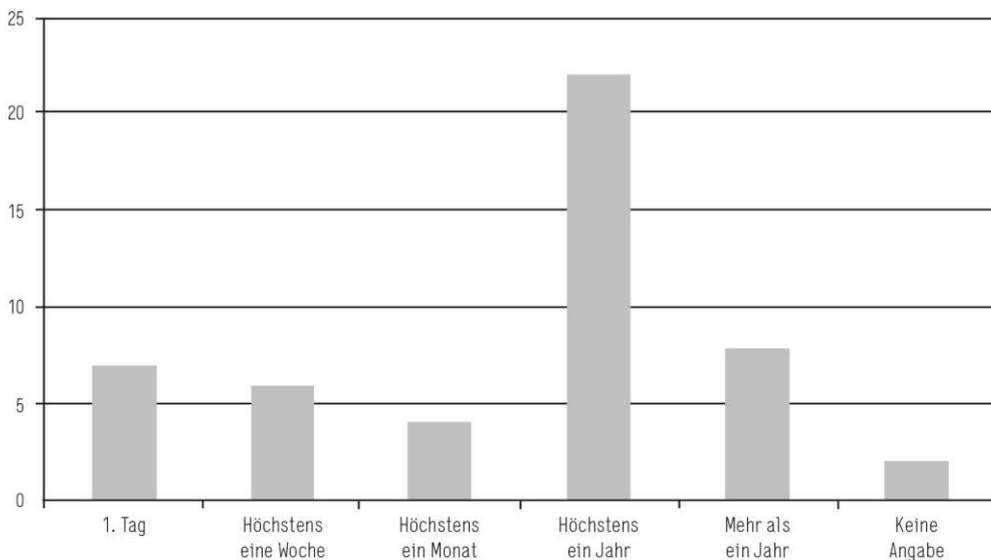
- 57% der Organisationen benennen die Sicherstellung des Kindeswohls als eine ihrer Kernaufgaben.
- 65% der Akteure erbringen ihre Leistungen im Team, in 35% der Betriebe handelt es sich um Einzelleistungen.
- 42% der Stellen wickeln die Leistungserstellung auf dem Dienstweg ab, die übrigen Betriebe erbringen ihre Leistungen ausserhalb von einem hierarchischen Gefüge.

Zur zeitlichen Komponente und Dringlichkeit bei der Erbringung der Leistung:

- Bei der Beantwortung der Frage, wie viel Zeit die Akteure für die Leistungserbringung benötigen, ergibt sich das folgende, auf der nächsten Seite dargestellte Bild.

¹⁴¹ Siehe hierzu den Anh. 10.

Diagramm 4: Dauer der Leistungserbringung



Quelle: Eigene Darstellung.

- 29% der Organisationen geben an, dass bei der Leistungserstellung generell eine Dringlichkeit besteht. Bei 63% der Stellen kann dies im Einzelfall vorkommen. Bei 6% der Betriebe ist keine Dringlichkeit gegeben, eine (2%) Organisation hat dazu keine Angaben gemacht.
- 8% der Organisationen geben an, dass bei der Leistungserbringung Gefahr in Verzug ist. In 81% der Stellen kann dies im einzelnen Fall vorkommen. 8% der Organisationen sind von diesem Aspekt nicht betroffen und eine Organisation hat dazu keine Angaben geliefert.
- 72% der Organisationen sind auch ausserhalb der Bürozeiten erreichbar.
- 47% der Stellen sind ausserhalb der Bürozeiten auf die Zusammenarbeit mit Dritten angewiesen.
- 29% der Akteure sind ausschliesslich während den Bürozeiten tätig.

Zum Umgang der Organisationen mit heiklen Entscheidungen und Irritationen:

- Wenn es zu Problemen oder Irritationen kommt, dann involvieren 61% der Organisationen die vorgesetzten Personen. 32% der Organisationen behandeln solche Ereignisse im Team, 6% der Akteure involvieren hierbei andere Organisationen.
- In 87% der Stellen treffen die vorgesetzten Personen die heiklen Entscheidungen.

Zur Zusammenarbeit der Organisationen mit Dritten:

- 67% der Organisationen geben an, in einem Netzwerk mit Dritten tätig zu sein.
- 35% der Akteure benötigen für die erfolgreiche Leistungserbringung im Einzelfall innert Stunden Informationen von Drittstellen. 20% der Organisationen benötigen innert eines Tages Informationen, weitere 33% Organisationen binnen einer Woche. 10% der Stellen sind auf keine Informationen angewiesen, eine (2%) Organisation hat dazu keine Angaben gemacht.

- Die Informationen von 86% der Akteure sind für Dritte bei der erfolgreichen Bewältigung der Aufgabe von Belang.
- Müssen heikle Entscheidungen getroffen werden, so kommunizieren dies 25% der Organisationen zum vornherein an ihre Partnerorganisationen. 63% der Akteure tun dies unmittelbar im Zeitpunkt der Entscheidung, 4% der Akteure informieren im Nachgang und 8% der Stellen kommunizieren dies nicht.
- 31% der Organisationen sind der Auffassung, dass sie Probleme am besten selbstständig lösen können. 65% der Akteure gehen davon aus, dass ihnen dies in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen gelingt. 4% der befragten Organisationen haben dazu keine Angaben gemacht.
- 94% der Akteure tauschen sich mit Dritten aus, wenn sie ein kritisches Ereignis festgestellt haben. 4% der Organisationen suchen keinen solchen Austausch, eine (2%) Organisation hat diese Frage nicht beantwortet.

Zur Qualität der Leistungen und zum Umgang mit kritischen Ereignissen:

- 25% der Stellen geben an, dass es in ihrer Organisation selten zu kritischen Ereignissen kommt. Bei 53% der Akteure kommt es gelegentlich und bei 22% oft zu solchen Ereignissen.
- 90% der Akteure haben in der Vergangenheit mindestens einmal Massnahmen zur Vermeidung einer möglichen Wiederholung von kritischen Ereignissen ergriffen. Hierbei sind 61% der Organisationen auf eine Kooperation mit Dritten eingegangen.
- 84% der Organisationen führen interne Qualitätskontrollen durch.

Zur Zusammenarbeit mit der KESB:

- 61% der Akteure stehen oft in Kontakt mit der KESB, weitere 31% gelegentlich und 8% selten.
- 14% der Organisationen messen der Zusammenarbeit mit der KESB den obersten Stellenwert bei. Für 67% der Akteure ist diese Zusammenarbeit von hohem, und für 14% von mittelmässigem Stellenwert. 4% der Organisationen haben dazu keine Angaben gemacht.

5.4.3.4. Bewertung der Indikatoren im CIRS Modell 3

Mit Hilfe der in den beiden vorangehenden Kapiteln dargestellten Daten und Erkenntnisse ist es möglich, eine Interpretation und Bewertung der vordefinierten Indikatoren vorzunehmen.¹⁴²

Kritisches Ereignis und latente Bedingungen: Für dieses CIRS Modell erscheint es besonders herausfordernd, eine taugliche und allgemeingültige Definition dieser Begrifflichkeiten herzustellen. Bei der Anwendung der bisher herangezogenen, sehr allgemein gehaltenen Definition des Begriffs „Zwischenfall“ nach Schüttler & Biermann^{143&144} besteht die Gefahr, dass Mel-

¹⁴² Siehe dazu Kapitel 5.3. „Erstellung der Bewertungskriterien für die Implementierung eines CIRS in der KESB des Kantons Bern“.

¹⁴³ Pro memoria: „Ein Zwischenfall ist als ein Ereignis im Arbeitsablauf definiert, das zu einem Schaden hätte führen können, aber nicht führte“ (Schüttler & Biermann, 2010, S. 23).

dungen in einem thematisch grossen, kaum überschaubaren Gebiet eingehen. Der Grund dafür ist, dass der Meldekreis heterogen ist und es an einem übergeordneten einheitlichen Auftrag fehlt, der allen Akteuren Sinn und Orientierung stiften kann. Das Feld und die darin möglichen Meldungen werden dadurch geradezu eklektisch. Durch eine zusätzliche definitorische Einschränkung der Begriffe „kritisches Ereignis“ und „latente Bedingungen“ besteht aber die Gefahr, dass (Einzel-)Teile einer Fehlerkette nicht in den Fokus gelangen,¹⁴⁵ wodurch zumindest ein (wesentlicher) Teil des Kerngedankens des CIRS verloren gehen kann.

Meldende: Die Gruppe der möglichen Meldenden ist gross und heterogen.¹⁴⁶ Es lässt sich aber feststellen, dass die meistgenannten Berufstypen der Akteure den Disziplinen angehören, die in der Regel auch in der KESB vorhanden sind.¹⁴⁷ Die möglichen CIRS Teilnehmer sind in einer Vielzahl, sich stark unterscheidenden Organisationen tätig. Wichtig erscheint aber zu erkennen, dass eine hohe Zahl der befragten Organisationen nach dem Leitmotiv der Wahrung des Kindeswohls handeln.

Die Organisationen (und damit auch ein Teil ihrer Mitarbeitenden) sind mehrheitlich in Netzwerken tätig und gehen davon aus, dass sich (ihre) Probleme nicht (immer) innerhalb der eigenen Organisationsgrenze lösen lassen. Im Umgang mit kritischen Ereignissen suchen die Akteure den Austausch mit Dritten. Dabei werden zur künftigen Vermeidung von kritischen Ereignissen auch Kooperationen eingegangen und gemeinsam Massnahmen entwickelt.

Ebenfalls von Belang erscheinen die Beziehungen der Organisationen zur KESB. Viele Organisationen pflegen einen intensiven Kontakt mit der KESB und messen diesem auch einen hohen Stellenwert bei.

Meldungen: Meldungen kommen aus unterschiedlichen Organisationen. Sie können sich auf innerorganisationale Aspekte¹⁴⁸ oder auf Aspekte der Tätigkeiten der Organisation innerhalb des Netzwerks beziehen. Bei den Meldungen ist somit eine hohe thematische Bandbreite möglich. Eine vertiefte fachspezifische Bewertung und Bearbeitung der Meldungen innerhalb des Meldekreises erscheint als grosse Herausforderung, da der Kontext und die Strukturen, aus denen die einzelne Meldung entspringt, nicht bekannt sind.

Es lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten, ob die Möglichkeit besteht, Einzelmeldungen inhaltlich zusammenzufassen. Dementsprechend ist auch nicht klar, ob anhand einer grossen Anzahl von Einzelmeldungen zu vermeintlich Unbedeutendem in den Organisationen oder Netzwerken latente Bedingungen erkennbar werden.

¹⁴⁴ Siehe dazu in Kapitel 3.1 den Abschnitt „Der Begriff des Fehlers definitorisch gefasst“.

¹⁴⁵ Siehe dazu in Kapitel 3.1. den Abschnitt „Die Verbindung von latenten Bedingungen und aktiven Fehlern zu einer Fehlerkette“.

¹⁴⁶ Siehe Anh. 10 „Mit diesen Berufsgruppen arbeitet die KESB zusammen“.

¹⁴⁷ Es sind dies die Disziplinen Soziale Arbeit, Pädagogik, Psychologie und Medizin. Siehe dazu Kapitel 3.3.1.1. „Sphäre 1 - Orientierung & Auftrag: Die Aufgaben der KESB - Der gesetzliche Auftrag im Grundsatz“.

¹⁴⁸ Siehe Abb. 3 „Das wertschöpfungsorientierte Modell“ und Abb. 5 „Das um eine achte Sphäre ergänzte wertschöpfungsorientierte Modell“.

In diesem Modell scheint es aufgrund der hohen Heterogenität der Meldenden innerhalb des Meldekreises für die CIRS Betreibenden ratsam, auf Seiten der Meldung eine genaue Definition vorzunehmen, was im CIRS erfasst werden soll.¹⁴⁹

Vertrauen durch Anonymität und Sanktionsfreiheit: Der Umstand, dass diesem CIRS Modell mehrere Organisationen angeschlossen sind, stellt für die Betreiber des Systems eine besondere Herausforderung dar, da sie nicht in die innerbetriebliche Hoheit der Organisation eingreifen dürfen. Es obliegt somit den teilnehmenden Organisationen, Sanktionsfreiheit zu gewähren. Die Gewährung der Anonymität scheint in dieser Variante aufgrund der Grösse des CIRS möglich. In Bezug auf die technischen Belange sind in diesem Zusammenhang keine besonderen Hürden erkennbar.

Massnahmen: Die Entwicklung von wirksamen Massnahmen scheint in diesem Modell einerseits schwierig, andererseits aber auch besonders lohnend. Bei der Erarbeitung von Massnahmen besteht hier die Möglichkeit, über die Grenzen der einzelnen Organisationen hinweg zu agieren. Darin schlummert die Chance, über eine andere Fokussierung auch einen anderen Zugang auf die zu bewältigende Aufgabe zu erhalten.¹⁵⁰ Einen tatsächlichen Mehrwert liefert dieses CIRS dann, wenn bspw. mehrere Organisationen zusammen die Prozesse und Strukturen ihrer Zusammenarbeit hinterfragen, oder wenn für alle involvierten Akteure allgemeingültige Massnahmen erstellt werden können.

Kommunikation: In diesem Modell kommt der Kommunikation eine zentrale Rolle zu. Es scheint möglich, dass via die Kommunikation über und rund um das CIRS mehrere Organisationen über ein gemeinsames Organ verfügen. Dadurch erhalten sie einen anderen Zugang und auch ein anderes Verständnis zur zu bearbeitenden Materie. Dadurch, dass nicht (nur) innerhalb der eigenen Organisation über die eigene Organisation und nach der eigenen Logik kommuniziert wird, geraten andere Aspekte der Arbeit und Aufgaben in den Fokus.

Schulung: Dadurch, dass sich die Meldenden bei der Bewältigung der täglichen Arbeit mit unterschiedlichen Aufgaben befassen und dies zudem in unterschiedlichen Organisationen mit unterschiedlichen Strukturen und Kulturen tun lässt erkennen, dass in diesem Modell die Schulung mit besonderen Aufwänden verbunden ist. Es ist darauf zu achten, dass sämtliche der vorgängig erforderlichen Arbeitsschritte sauber abgeschlossen sind. Erst wenn das CIRS auf der Leitungsebene aller Organisationen implementiert und fest verankert ist, die erforderlichen Definitionen vorgenommen sind und das System als solches mit all seinen Prozessen und Zuständigkeiten entwickelt ist, können die Meldenden mit der erforderlichen Klarheit geschult und instruiert werden. Anders als bei den beiden vorangehend dargestellten Modellen muss in dieser Variante das Handlungsfeld des CIRS mit einer prägnanten Kontur versehen werden. Ohne erkennbare Grenzen des CIRS laufen die Meldenden Gefahr, undifferenzierte Meldungen abzusetzen. Dies macht die Erarbeitung von griffigen Massnahmen schwierig und erweist sich spätestens bei der weiteren Kommunikation als heimtückisch, da die Meldenden den Sinn und Zweck des CIRS nicht erfassen können, wenn die Meldungen keine

¹⁴⁹ Siehe dazu Kapitel 3.4.1. „Grundlegendes zum CIRS“ den Abschnitt „Wie funktioniert ein CIRS?“

¹⁵⁰ Siehe dazu Kapitel 3.3.1.7. „Sphäre 7 - Externe Anspruchsgruppen der KESB“.

Resultate in Form von Massnahmen hervorbringen. Es bedarf also eines fundierten Wissens und der nötigen Sensibilität auf Seiten der Meldenden, damit es zu substantiellen Meldungen kommen kann.

Kultur: Wie bereits im vorangehenden Absatz zum Indikator *Kommunikation* angeklungen ist, kann ein CIRS, das über die Grenzen einzelner Organisationen hinaus betreiben wird, dazu dienen, eine organisationsübergreifende Kultur entstehen zu lassen. Mehrere Organisationen anerkennen durch den gemeinsamen Betrieb des Systems in einer fassbaren Weise, dass kritische Ereignisse und latente Bedingungen gemeinsame Herausforderungen darstellen. Folglich muss klar sein, dass diese Aufgaben auch gemeinsam bewältigt werden sollten. Im Idealfall kann dieser Umstand zu einem Abbau von Hemmnissen in der Zusammenarbeit führen.

Fazit: Der Wille und die Kompetenz der Akteure, auch im Zusammenhang mit kritischen Ereignissen Kooperationen einzugehen, scheinen vorhanden. Reicht dies für den erfolgreichen Betrieb eines CIRS aus? Die Antwort ist Nein, weil der wichtige Indikator Sanktionsfreiheit nicht gewährleistet werden kann. Zudem lassen sich in diesem System nicht ohne weiteres für alle Akteure sinnhafte Massnahmen herstellen.

Wenn es beim Aufbau eines CIRS Bestrebungen gibt, ein solches Modell aufzubauen, dann bedarf es vorgängig zwingend einer weiterführenden und vertiefenden Analyse. Es ist beispielsweise denkbar, dass in diesem Modell mit mehreren Meldekreisen gearbeitet wird. Ein CIRS in dieser Grössenordnung bedarf mit Sicherheit fachkundiger und kompetenter CIRS Betreiber. Auf Stufe der Organisationleitungen braucht es eine gemeinsam abgeschlossene Charta. Das CIRS muss mit Blick auf die Gewährung der Sanktionsfreiheit von allen Organisationen gemeinsam betrieben werden, und schliesslich erscheint der Ressourcenaufwand bei dieser Variante mit Sicherheit nicht als vernachlässigbar.

5.5. Auswertung und Diskussion der Evaluationsergebnisse

Bei der folgenden Auswertung werden die in Kapitel 5.3. eingeführten fünf Kriterien angewendet.

5.5.1. Bedarf

Das Bedürfnis nach einer gut funktionierenden KESB scheint auf allen Stufen klar gegeben. Die Gesellschaft muss darauf vertrauen können, dass sich die KESB professionell und zuverlässig der hilfs- und schutzbedürftigen Personen annimmt. Die Klientschaft muss sich verlassen können, dass die KESB sachgerecht und fair handelt. Die Leitung der Behörde muss dafür sorgen, dass sie mit den zur Verfügung stehenden Mitteln die ihr aufgetragenen Aufgaben zweckmässig und störungsfrei erfüllen kann. Die KESB und ihre Mitarbeitenden müssen in der Lage sein, ihre Aufgaben effizient und in guter Qualität zu erbringen. Ausgehend von dieser Bedürfnislage erscheint klar, dass ein Bedarf nach Mitteln und Techniken besteht, welche die KESB darin unterstützen, diese Bedürfnisse bestmöglich zu befriedigen.

Das Bedürfnis der GL KESB ist es, den erstmaligen Eintritt oder die Wiederholung von unerwünschten Ereignissen zu vermeiden. Diesem absolut formulierten Anspruch kann ein

CIRS per se nicht gerecht werden, und daran sollte es denn auch nicht gemessen werden. Das (noch) sehr generell und vage formulierte Bedürfnis, Ungewolltes vermeiden und aus bereits gemachten Fehlern lernen zu wollen, sollte vor der Inbetriebnahme eines CIRS genauer im Sinne eines Bedarfs definiert werden. Anhand der drei Experten-Interviews wird ersichtlich, dass sich die CIRS der jeweiligen Organisationen bisweilen stark unterscheiden. Das theoretische Modell kann somit im praktischen Betrieb sehr unterschiedliche Gestalten annehmen. Dies hat zur Folge, dass mit dem CIRS verschiedene Leistungen (Output), Wirkungen (Outcome) und Folgen (Impact) erzielt werden.¹⁵¹ Über die Skizzierung von drei differierenden CIRS Modellen für die KESB wird erkennbar, dass je nachdem, wo und wie das System angesiedelt wird, mit verschiedenen Resultaten, Aufwänden und Hürden zu rechnen ist. Bevor die KESB des Kantons Bern ein CIRS implementiert, muss sie sich also fragen, welches Bedürfnis sie damit befriedigen will. Im Handlungsfeld der KESB kann zwischen *zwei Verfahren* unterschieden werden, die es in der weiteren Diskussion zu trennen gilt.

Verfahren zur Abklärung des Sachverhalts: Hierbei ist die KESB je nach Dringlichkeit und Gefährdungslage in einem Ad-hoc-Netzwerk tätig. Es gilt eine Erhebung des Sachverhalts vorzunehmen und fortlaufend zu prüfen, ob und wie das Wohl der betroffenen Person gefährdet ist. Die KESB muss danach fragen, ob und welche Massnahmen wann zu ergreifen sind. Dieser Teil der Arbeit ist im Einzelfall nicht immer vorausschauend planbar, und standardisierte Vorgehen sind nur sehr bedingt anwendbar. Dies bedeutet, dass die KESB im Verbund mit Dritten arbeiten muss und sich dabei nur beschränkt regelgebunden nach standardisierten Prozessen arbeiten kann. Gerade hier besteht ein erhöhtes Bedürfnis, latente Bedingungen und kritische Ereignisse ausfindig zu machen. In diesem Bereich handeln die Mitarbeitenden der KESB denn auch in einem besonders ausgeprägten Mass nach den fünf Prinzipien der HRO.¹⁵² Gleichzeitig gilt es aber zu bedenken, dass die KESB in diesem Prozess zu einem wesentlichen Teil nicht dem Typus einer HRO entspricht. Gem. dem dritten Prinzip der HRO reagieren die Mitarbeitenden auf kleinste Abweichungen und nehmen diese zum Anlass, Fragen zu stellen.¹⁵³ Gerade dies können die Mitarbeitenden der KESB in diesem Verfahren gerade aber eben nicht tun, weil es in diesem Bereich kaum allgemeingültige Regeln und Standards gibt, derweil sich die Mitarbeitenden der KESB achtsam in die Materie einarbeiten müssen. Demnach erscheint es beinahe unmöglich, darin latente Bedingungen und kritische Ereignisse innerhalb eines solchen Verfahrens zu finden, weil die Prozesse einzelfallbedingt unterschiedlich ausfallen.

Mit Blick auf die ausgeprägte Interdependenz zwischen der KESB und ihrer Umwelt (insb. die externen Anspruchsgruppen und die Leistungsabnehmer)¹⁵⁴ darf die Differenzierung zwischen Fehler und Irrtum nicht ausser Acht gelassen werden.¹⁵⁵ Kommt es bei der Bearbeitung

¹⁵¹ Siehe dazu in Kapitel 4.2. „Evaluationsdesign“ den Abschnitt „Bewertungskriterien“.

¹⁵² Siehe dazu Kapitel 3.2. „Die High Reliability Organization“.

¹⁵³ Siehe dazu in Kapitel 3.2. „Die High Reliability Organization“ den Abschnitt „Drittes Prinzip - Sensibilität für betriebliche Abläufe“.

¹⁵⁴ Siehe dazu die 3.1.1.7. „Sphäre 7 - Externe Anspruchsgruppen der KESB“ und 3.1.1.8. „Sphäre 8 - Die Abnehmer der Leistungen der KESB (Ergänzung)“.

¹⁵⁵ Siehe dazu in Kapitel 3.1 „Fehler, latente Bedingungen, Zielerreichung und Fehlerkette“ den Abschnitt „Ein Irrtum ist kein Fehler“.

des Einzelfalls zwischen den Stellen oder innerhalb der grossen Organisationen¹⁵⁶ zu Abstimmungsproblemen, dann muss stets auch damit gerechnet werden, dass nicht nur Fehler, sondern auch Irrtümer auftreten können. Gehrlach et al. regen in der Zusammenarbeit zwischen der KESB und den kommunalen Sozial- und Abklärungsdiensten die Anwendung von standardisierten Abklärungsinstrumenten an. Über dieses Mittel lassen sich die eben dargelegten Technologie- und Standardisierungsdefizite bis zu einem gewissen Grad reduzieren. Dadurch lassen sich die Prozesse ein Stück weit vereinheitlichen und es können präzisere Zieldefinitionen vorgenommen werden. Schliesslich kann hiermit auch sichergestellt werden, dass die Begrifflichkeiten von den Mitarbeitenden der unterschiedlichen Organisationen gleich verstanden und analog angewendet werden (2016, S. 299-309). Über die Anwendung eines solchen Abklärungsinstruments liesse sich ein wichtiges Fundament legen, auf dem die KESB gemeinsam mit dem Abklärungsdienst ein CIRS betreiben könnte.

Verfahren bei der Begleitung und Überwachung des Vollzugs einer behördlich angeordneten Massnahme: Nachdem eine Situationsanalyse vorgenommen und Massnahmen zur Wahrung des Wohls der betroffenen Person angeordnet wurden, kommt der KESB die Aufgabe zuteil, den Vollzug dieser Massnahmen zu begleiten und zu überwachen. Dieser Verfahrensteil ist regelgebunden und zielorientiert. Somit können Abweichungen erkannt und Korrekturen eingeleitet werden. Innerhalb dieses Verfahrens ist es demnach möglich und auch erforderlich, entsprechende generell gültige Prozesse und Strukturen zu hinterlegen. Folglich können die Mitarbeitenden der KESB in diesem Handlungsfeld nach allen fünf Prinzipien der HRO handeln. Dadurch erscheint es hier auch möglich, mit Hilfe eines CIRS Massnahmen zu generieren.

5.5.2. Nutzen

Welchen Nutzen das CIRS erzielen kann, hängt wesentlich davon ab, welchen Bedarf es abdecken soll. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass dort ein hoher Nutzen im Sinne von sinnhaften und wirksamen Massnahmen erwartet werden kann, wo bereits Prozesse, Strukturen und Ziele vorhanden sind oder noch aufgebaut werden können. Mit Hilfe eines CIRS kann es über die eingehenden Meldungen gelingen, Bereiche der Organisation auszu-leuchten, die sonst im Dunkeln liegen. Einen problematischen Umstand zu entdecken, nützt aber nur dann etwas, wenn eine sinnhafte Massnahme zur Eindämmung oder gar Beseitigung dieses Umstands formuliert und umgesetzt werden kann. Ist dies nicht möglich, dann erweist sich das CIRS im Bereich der Massnahmengenerierung zwangsläufig als wirkungslos. Hier liegen für die KESB beim Betrieb eines CIRS eine grosse Herausforderung und auch ein hohes Risiko.

Wie vorangehend erwähnt, sucht die GL KESB nach wirksamen Instrumenten zur Wiederholung und Vermeidung von unerwünschten Ereignissen. Im praktischen Alltag muss die KESB einen sehr abstrakt formulierten Auftrag konkret umsetzen.¹⁵⁷ Dies hat zur Folge, dass ein

¹⁵⁶ Siehe hierzu in Kapitel 5.4.3.3. „Analyse der in KESB Verfahren involvierten Akteure“ im Abschnitt „Datenauswertung“ den Absatz „Zur Grösse der Akteure“.

¹⁵⁷ Siehe dazu Kapitel 3.3.1.1 „Sphäre 1 - Orientierung & Auftrag: Die Aufgaben der KESB“.

Teil des täglichen Handelns, insbes. im Verfahren zur Abklärung des Sachverhalts, in sehr generell gehaltenen Prozessen und Strukturen abgebildet werden kann. Dort, wo bei der Bearbeitung des Einzelfalls thematisch passendes Fachwissen in Kombination mit Erfahrungswissen und Improvisation innerhalb eines Ad-hoc-Netzwerks angewendet werden,¹⁵⁸ lassen sich zwar mit Sicherheit heikle Situationen und diskussionswürdige Sachverhalte erkennen. Es scheint aber nur schwer möglich, solche kritischen Ereignisse oder latenten Bedingungen so zu generalisieren,¹⁵⁹ dass daraus allgemeingültige Massnahmen entwickelt werden können. Denn ob sich der unter den Bedingungen des Einzelfalls gewählte individuelle Handlungsweg als der Richtige erweist, lässt sich erst im Nachhinein feststellen. Oder, anders formuliert, diese Art des Arbeitens stellt an sich eine latente Bedingung dar, die eben auch zu kritischen Ereignissen führen kann. Folglich erscheint es auch fraglich, ob sich hieraus innerhalb eines CIRS wirksame Massnahmen ableiten lassen.

Die KESB erbringt einen wesentlichen Teil ihrer Arbeit im Verbund mit anderen Akteuren. Dabei ist sie zeitgleich in einer Vielzahl von Netzwerken und bei der Bearbeitung von Einzelfällen auch in flüchtigen Ad-hoc-Netzwerken tätig. Dieser Umstand kann für den Betrieb eines CIRS weitreichende Konsequenzen haben. So ist es theoretisch möglich, dass Meldungen im CIRS eingehen, die sich auf Sachverhalte beziehen, die ausserhalb der Organisation KESB liegen. Es ist auch denkbar, dass bei der Erarbeitung von Massnahmen Handlungsfelder tangiert werden (müssten), die ausserhalb des Kompetenzbereichs der KESB liegen. Dieser Umstand lässt Zweifel daran aufkommen, dass ein CIRS störungsfrei funktionieren kann, wenn damit die Handlungen der KESB innerhalb der (Ad-hoc-)Netzwerke fokussiert werden sollen.

Im Verfahren der Begleitung und Überwachung des Vollzugs einer behördlich angeordneten Massnahme arbeitet die KESB in einem ausgeprägten Mass struktur-, prozess- und zielorientiert. Hier arbeitet die KESB nicht in einem flüchtigen Ad-hoc-Netzwerk, sondern in einer gefestigten formalisierten Struktur. In diesem Setting kommt der KESB durch ihre Funktion als Auftraggeber und Aufsichtsorgan innerhalb des Netzwerks eine klare Rolle zu.^{160&161} Dadurch, dass die Prozesse, Strukturen und Ziele in diesem Handlungsfeld definiert sind, erscheint denkbar, dass ein CIRS seine Wirkung entfalten kann. Zum einen lassen sich die Meldungen inhaltlich in Strukturen einordnen, und sie können auch mit Hilfe derselben bewertet werden. Dadurch lässt sich die Meldung auch von möglichen involvierten Personen besser lösen, was der Versachlichung insgesamt dient.¹⁶² Zum anderen erscheinen diese Rahmenbedingungen bei der Erarbeitung von Massnahmen hilfreich, weil sich so auch leichter systemorientierte Massnahmen an Stelle von personenorientierten Massnahmen entwickeln lassen.

¹⁵⁸ Siehe dazu Kapitel 5.4.3. „CIRS Modell 3“.

¹⁵⁹ Siehe dazu in Kapitel 3.1. „Fehler, latente Bedingungen, Zielerreichung und Fehlerkette“ den Abschnitt „Die Verbindung von latenten Bedingungen und aktiven Fehlern zu einer Fehlerkette“ sowie die Abb. 1 und 6.

¹⁶⁰ Siehe dazu Kapitel 3.3.1.1. „Sphäre 1 - Orientierung & Auftrag: Die Aufgaben der KESB“.

¹⁶¹ Siehe dazu in Kapitel 5.4.3.3. „Analyse der in KESB Verfahren involvierten Akteure“ den Abschnitt „Zur Zusammenarbeit mit der KESB“.

¹⁶² Siehe dazu in Kapitel 3.4.1. „Grundlegendes zum CIRS“ den Abschnitt „Wie funktioniert ein CIRS?“ und Kapitel 5.2.1. „Interview mit dem Leiter des klinischen Qualitäts- und Sicherheitsmanagements am Inselspital Bern und der Insel Gruppe AG“.

5.5.3. Realisierbarkeit

Absicht und Methodik des CIRS scheinen rasch erklär- und fassbar. Das CIRS ist auf den ersten Blick bestechend einfach. Erst auf den zweiten Blick wird ersichtlich, dass das System für den erfolgreichen Betrieb nach Präzision, Verbindlichkeit und einer regelgebundenen Vorgehensweise verlangt. Und dies, obwohl es auf Seiten der Meldenden schwach (bzw. gar nicht) reguliert ist.

Die Realisierung eines CIRS innerhalb der KESB schient grundsätzlich realisierbar. Mit einem CIRS kann aber nur innerhalb der Strukturen der KESB verlässlich nach latenten Bedingungen und kritischen Ereignissen gesucht werden. Und ohne eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit nahestehenden Akteuren kann die KESB nur das Ziel verfolgen, Massnahmen zu generieren, die sich ausschliesslich auf die eigene Organisation beziehen.

Der Variante eines KESB internen CIRS stehen aber eine wesentliche *Hürde* und eine eigentliche *Schranke* entgegen.

Als *Hürde* kann sich der Umstand der oben erwähnten zwei Verfahren erweisen.¹⁶³ Für die Mitarbeitenden der KESB als mögliche Meldende, aber auch für die CIRS betreibenden Personen ist es nicht ohne weiteres ersichtlich, ob sich die Meldung inhaltlich auf die Prozesse, die Strukturen und die Organisation der KESB bezieht, oder ob es sich um eine Meldung aus den Themenbereich der Netzwerkarbeit (insbes. Ad-hoc-Netzwerk) handelt. Damit ein zielgerichteter Betrieb des CIRS möglich ist, bedarf es einer fundierten Schulung der Meldenden und den CIRS Betreibenden. Trotzdem ist nicht gänzlich vermeidbar, dass Meldungen eingehen, die sich nicht auf die Prozesse, die Strukturen und die Organisation der KESB beziehen, bzw. in diesem Rahmen bearbeitet werden können.

Als eigentliche *Schranke* stellt sich die Grösse der Organisation dar. Wenn es das Ziel des CIRS sein soll, taugliche Massnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse zu generieren, dann bedarf es guter und genügend Meldungen. Die Qualität der Meldungen lässt sich mit Hilfe einer guten Schulung erzielen. Nur sehr beschränkt beeinflussbar ist die Menge der Meldungen. Hier ist der Kreis der möglichen Meldenden ein starrer Faktor. In Anbetracht dessen, dass die Insel AG¹⁶⁴ und die PUK¹⁶⁵ über ein Vielfaches mehr an Mitarbeitenden als die KESB des Kantons Bern verfügen,¹⁶⁶ lässt erahnen, dass die KESB des Kantons Bern eher mit einer geringen Anzahl an CIRS-Meldungen rechnen muss. Dies zeigt sich auch im Umstand, dass das Vorschlags- und Fehlermeldesystem der KESB Basel Stadt mit einer vergleichsweise kleinen Anzahl Mitarbeitender¹⁶⁷ auch über eine entsprechend geringe Anzahl

¹⁶³ Verfahren zur Abklärung des Sachverhalts und Verfahren zur Begleitung und Überwachung des Vollzugs einer behördlich angeordneten Massnahme.

¹⁶⁴ In der Insel AG sind über 10'000 Mitarbeitende dem CIRS angeschlossen. Vgl. dazu Kapitel 5.2.1.

¹⁶⁵ In der PUK sind rund 2'200 Mitarbeitende dem CIRS angeschlossen. Vgl. dazu Kapitel 5.2.2.

¹⁶⁶ Bei der KESB des Kantons Bern sind 234 Mitarbeitende tätig. Siehe dazu auch Anh. 4.

¹⁶⁷ In der KESB Basel Stadt sind rund 60 Mitarbeitende dem Vorschlags- und Fehlermeldesystem angeschlossen. Vgl. dazu Kapitel 5.2.3.

an Meldungen verfügt.¹⁶⁸ Durch die unterschiedlich hohe Anzahl an Meldungen verändern sich die Leistungen (Output), die Wirkungen (Outcome) und die Folgen (Impact) des CIRS ganz wesentlich.

Anhand der Experten-Interviews wird ersichtlich, dass mit einem CIRS nicht nur das Ziel verfolgt werden kann, via Meldungen konkrete Massnahmen erarbeiten. Ein CIRS kann auch als Treiber dienen, um eine Betriebskultur der Toleranz und des Lernwillens gegenüber Fehlern zu etablieren und zu festigen. Diese Überlegung ist bereits vor der Realisierung in den Erwägungen miteinzubeziehen, da sie für die Bereitstellung der Ressourcen und im Betrieb des CIRS wesentlich ist. Ein CIRS, welches als fassbares Artefakt einer gewissen Kultur im Umgang mit Fehlern dienen soll, braucht im Betrieb weitaus weniger Ressourcen und muss auch im Bereich der technischen Lösungen nicht so sehr ausgereift sein wie beispielsweise ein CIRS, welches darauf ausgelegt ist, über eine Vielzahl an Meldungen zu vermeintlich unbedeutenden Einzelereignissen latente Bedingungen zu erkennen.

5.5.4. *Nicht beabsichtigte positive Wirkungen*

Ein CIRS sollte bereits von Anfang an mit dem Anspruch betrieben werden, für nicht beabsichtigte positive Wirkungen offen zu sein. Im Kern der Sache ist das CIRS aufgrund der fehlenden Regulierung auf Seiten der Meldepflicht ein System, das „gezielt“ nach nicht beabsichtigten Wirkungen sucht. Dies in der Hoffnung und mit dem Anspruch, den so aufgedeckten Sachverhalten eine positive Wirkung anhaften zu lassen.

5.5.5. *Nicht beabsichtigte negative Wirkungen*

Der Betrieb eines CIRS scheint nicht zuletzt im Bereich der Erwartungen der Meldenden besonders herausfordernd. Für die CIRS Betreiber kann nie abschliessend klar sein, welche Ansprüche und Erwartungen die Mitarbeitenden zusammen mit dem Meldeinhalt an das System mitschicken. Zudem kann es sein, dass neu implementierte Massnahmen nicht zwangsläufig mit einer Arbeitserleichterung einhergehen. Hierzu sei an dieser Stelle in aller Deutlichkeit erwähnt, dass ein CIRS nicht so gebaut werden sollte, dass es (gar im Versteckten) dem Gedanken der Effizienzsteigerung zu dienen beginnt! Diese Umstände machen die Kommunikation innerhalb des CIRS Betriebs besonders herausfordernd; die damit einhergehenden Aufwände sollten keinesfalls unterschätzt werden. Nicht zuletzt auch deshalb, weil die Mitarbeitenden erkennen können müssen, dass ihnen der Betrieb eines CIRS eine Entlastung sein kann und sollte. Ein CIRS kann aber bei mangelnder Kommunikation beispielsweise in der täglichen Arbeit auch als Fremdkörper der übergeordneten Betriebshierarchie gedeutet werden.

Abschliessend erscheint im Zusammenhang mit dem CIRS speziell für die KESB wichtig, dass alle Mitarbeitenden zwischen den beiden Verfahren „Abklärung des Sachverhalts“ und „Begleitung und Überwachung des Massnahmevollzugs“ unterscheiden und danach handeln

¹⁶⁸ Im CIRS der Insel AG gehen jährlich rund 2'500 Meldungen ein, am anderen Ende des Spektrums steht das Vorschlags- und Fehlermeldesystem der KESB Basel Stadt mit 10 Meldungen in zwei Jahren. Vgl. dazu die Kapitel 5.2.1. und 5.2.3.

können. Hier ist auch in den Bereichen Schulung und Kommunikation besondere Achtsamkeit gefragt, und es ist von Vorteil, wenn diese Unterscheidung klar vermittelt werden kann.

6. Fazit

Ist das CIRS für die KESB des Kantons Bern ein geeignetes Instrument für die Erfassung und Weiterbearbeitung von beinahe Fehlern und kritischen Ereignissen, so dass daraus proaktiv allgemeingültige Lerneffekte und passende Handlungen abgeleitet können, mit dem Ziel, dadurch eine Wiederholung von ähnlichen Vorkommnissen zu vermeiden?

Die Vermutung liegt nahe, dass gerade im Bereich des improvisierenden Handelns in Ad-hoc-Netzwerken der Wunsch nach dem Aufspüren latenter Bedingungen und kritischer Ereignisse stark ausgeprägt ist. Dementsprechend ist auch der Wunsch vorhanden, in diesem Bereich ein CIRS zu installieren. Die vorliegende Arbeit zeigt aber, dass der Betrieb eines CIRS gerade in hier aus mehreren Gründen besonders heikel erscheint. Zum einen fehlt es in diesem Handlungsfeld weitgehend an allgemeingültigen, verbindlichen Strukturen und Regeln. Das Handeln orientiert sich am Einzelfall und am erforderlichen Fachwissen. Zum anderen wird der Einzelfall im Verbund mit anderen Akteuren in einem schwach strukturierten, flüchtigen (Ad-hoc-)Netzwerk mit wechselnden Akteuren bearbeitet.

Aufgrund der Darstellung des exemplarischen Einzelfalls lässt sich erkennen, wie viel von der „Landkarte des Falls“ im Verborgenen bleibt, wenn ein CIRS innerhalb der Strukturen der KESB betrieben wird. Es wird ersichtlich, wie unterkomplex die Methode des klassischen CIRS demnach für die KESB beim Aufspüren und in der Nachbearbeitung von latenten Bedingungen und kritischen Ereignissen ist. Dieser Umstand führt zur Erkenntnis, dass ein CIRS, das sich einzig auf die KESB fokussiert, nicht zu erfassen vermag, was sich innerhalb des Systems des Einzelfalls abspielt. Das CIRS ist hier nicht in der Lage, Meldungen entlang der eigentlich möglichen Fehlerkette entgegenzunehmen.¹⁶⁹ Das CIRS ist aber auch nicht imstande, verlässlich und verbindlich wirksame Massnahmen zu generieren, wenn diese die Partnerorganisationen des Ad-hoc-Netzwerks tangieren.

Der Betrieb eines CIRS, welches über die Organisationsgrenzen der KESB hinaus wirkt, ist nur in einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit anderen Akteuren möglich. Ein solches Unterfangen erscheint hürdevoll und aufwändig. Es bedarf eines klaren Willensbekenntnisses auf Ebene der Führung sämtlicher angeschlossener Organisationen und einer guten und auf Vertrauen basierenden Zusammenarbeit. Weiter braucht es in allen Organisationen umfassend geschultes Fachpersonal, welches mit den unterschiedlichen Organisationsstrukturen und -kulturen vertraut ist. Schliesslich bedarf es auch einer kompetenten und sensiblen Kommunikation. Auch wenn die Hürden und Aufwände gross, bisweilen riesig und in gewissen Punkten vielleicht gar unüberwindbar erscheinen, so sind auf der anderen Seite das Versprechen und die Verheissungen eines solchen Unterfangens nicht minder lockend. Eine solche Zusammenarbeit (zumindest mit einigen) der relevanten Akteure hätte Pioniercharakter. Dadurch würde die Chance entstehen, innerhalb eines Netzwerks neue (Denk- und Verständ-

¹⁶⁹ Siehe hierzu Abb. 1 und 6.

nis-)Zugänge zu der zu bearbeitenden Materie zu erhalten. Es könnten umfassendere, plastischere Eindrücke zu und über die Einzelfälle gewonnen werden. Die Aufgaben könnten ganz im Sinne des zweiten Prinzips der HRO, Abneigung gegen Vereinfachungen, in ihrer Gesamtheit der Komplexität verstanden werden. Fehlerketten innerhalb von Netzwerken liessen sich besser entdecken und bearbeiten; Massnahmen könnten organisationübergreifend erstellt werden. Organisationen könnten ein besseres Verständnis der gemeinsamen Aufgabe entwickeln, was sich auch in einer gegenseitigen Kultur manifestieren könnte. Nicht zuletzt würde dadurch auch die Methode CIRS im besten Fall auf ein neues Funktionsniveau gehoben.

Abschliessender Gedanke: Ein CIRS ist im besten Fall ein Perpetuum mobile. Treffen (quantitativ und/oder qualitativ) genügend Meldungen im CIRS ein, so können kompetente CIRS Betreibende daraus wirksame Massnahmen generieren. Über eine adäquate Kommunikation erkennen die gut geschulten Personen in den CIRS-Meldekreisen die Sinnhaftigkeit des Systems. Sie wissen, wann eine Meldung sinnvoll ist, und sie sind motiviert, diese Meldungen auch abzusetzen.

***Gute Meldungen bilden den Treibstoff für den Betrieb
der CIRS Maschine...***

***Gute Massnahmen sind der Rohstoff, aus dem sich frischer Treibstoff für den Betrieb
der CIRS Maschine gewinnen lässt...***

***Kompetente CIRS Betreiber sind die Mechaniker, die dafür sorgen, dass
Die CIRS Maschine immer gewartet ist...***

***Gute Kommunikation bildet das Schmiermittel für den störungsfreien Betrieb
der CIRS Maschine...***

Gut geschultes Personal ist der Kapitän, der bestimmt, wohin die Reise gehen kann...

Literaturverzeichnis

- Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit & Stiftung Patientensicherheit (2016). *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen*. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf, 23.09.2019.
- BAG (2002). *Untersuchungsbericht*. URL: https://www.bfu-web.de/DE/Publikationen/Untersuchungsberichte/2002/Bericht_02_AX001-1-2.pdf?__blob=publicationFile, 23.09.2019.
- Benn, J., Koutantji, M., Wallace, L., Spurgeon, P., Rejman, M., Healey & A. Vincent, C. (2009). Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. In: *Quality and Safety in Health Care* 18(1), 11–21. Zitiert nach: Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit & Stiftung Patientensicherheit (2016). *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen*. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf, 23.09.2019.
- blick.ch (2019). *Ihr Kind war immer in der Nacht aktiv; Nachbarn machten sich Sorgen um Sarah C. (35)*. URL: <https://www.blick.ch/incoming/nachbarn-machten-sich-sorgen-um-sarah-c-35-ihr-kind-war-immer-in-der-nacht-aktiv-id4610061.html>, 23.09.2019.
- Bode, I., Turba, H. (2014). *Organisierter Kinderschutz in Deutschland - Struktur dynamiken und Modernisierungsparadoxien*. Wiesbaden: Springer.
- Braithwaite, J., Westbrook, M., Travaglia, J. (2008). Attitudes toward the large-scale implementation of an incident reporting system. *International Journal for Quality in Health Care*, 20 (3), 184–191. Zitiert nach: Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit & Stiftung Patientensicherheit (2016). *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen*. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf, 23.09.2019.
- Braithwaite, J., Westbrook, M. T., Travaglia, J. F. & Hughes, C. (2010). Cultural and associated enablers of, and barriers to, adverse incident reporting. In: *Quality and Safety in Health Care* 19(3), 229–233. Zitiert nach: Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit & Stiftung Patientensicherheit (2016). *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen*. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf, 23.09.2019.
- Brodhurst, K., Hall, Ch., Wastell, D., White, S. & Pithouse, A. (2010). Risk, Instrumentalism and the Humane Project in Social Work: Identifying the Informal Logics of Risk Management in Children's Statutory Services. *British Journal of Social Work*, 40(4), 1046-1064.

- Zitiert nach: Voll, P. (2013). Teil 1: Allgemeine Einleitung, Sozialwissenschaftliche Grundlagen. In A. Büchler, Ch. Häfeli, A. Leuba, M. Stettler (Hrsg.), *FamKomm. Erwachsenenschutz* (S. 30-48). Bern: Stämpfli.
- Buerschaper, C. (2012). Organisationen – Kommunikationssystem und Sicherheit. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 166 – 185). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Christener-Trechsel, Ch. (2019). Organisation und Aufgaben der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (Folien 7-8). Handout einer nicht veröffentlichten Präsentation.
- de Laat, B. (2014). Evaluator, Evaluand, Evaluation Commissioner: A Tricky Triangle. In M. Läubli Loud, J. Mayne (Hrsg.), *Enhancing Evaluation Use - Insights from Internal Evaluation Units*. Los Angeles: Russell Sage Foundation. Zitiert nach: Ledermann, S. (2018b). EVALUATION, Von der Vergabe zur Nutzung, Teil 4: Evaluationsfunktion in der Organisation (Folie 3). Handout zur Vorlesung vom 29.06.2018 und 30.06.2018 im Rahmen des Moduls 2 des Executive MPA der Universität Bern.
- Dekker, S. (2002). *The field guide to human error investigations*. Aldershot: Ashgate. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Dörner, D. (1989). *Die Logik des Misslingens*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). Evaluationsforschung. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 321-578; 975-1036). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ecoplan & HES-SO Valais-Wallis (2018). *Evaluation Umsetzung des Kindes- und Erwachsenenschutzgesetzes im Kanton Bern – Schlussevaluation*. URL: https://hesso.tind.io/record/2835/files/2018_Voll_Evaluation.pdf. 23.09.2019.
- European Commission Patient Safety and Quality of Care working group (2014). *Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe. Report of the Reporting and learning subgroup of the European Commission PSQCWG*. URL: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learningsystems_en.pdf. Zitiert nach: Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit & Stiftung Patientensicherheit (2016). *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen*. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf, 23.09.2019.

- Euteneier, A., Chop, I. & Eberlein-Gonska, M. (2015). Analyse- und Reportingwerkzeuge. In A. Euteneier (Hrsg.), *Handbuch Klinisches Risikomanagement* (S. 559 – 585). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Fahlbruch, B., Schöbel, M. & Marold, J. (2012). Sicherheit. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 22 – 36). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Fassbind, P. (2018). Teil II - Verfahren vor der KESB: Von der Gefährdungsmeldung bis zur Vollstreckung. In D. Rosch, Ch. Fountoulakis, Ch. Heck (Hrsg.), *Kindes- und Erwachsenenschutz – Recht und Methodik für Fachleute* (2., aktualisierte Auflage, S. 101 – 202). Bern: Haupt.
- Finanzdirektion des Kantons Bern (2018). *Voranschlag 2019 und Aufgaben-/Finanzplan 2020–2022 des Kantons Bern*. URL: <https://www.fin.be.ch/fin/de/index/finanzen/finanzen/finanzplanung/voranschlag.html>, 23.09.2019.
- Fischhoff, B. (1975). Hindsight is not foresight: The effect of outcome knowledge on judgement under uncertainty. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 1, 288-299. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Fiske, S. T. & Taylor, S. E. (1984). *Social cognition*. Reading, MAS: Addison-Wesley. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Flick, U. (2014). *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung* (6. Auflage). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Gandhi, T. K., Graydon-Baker, E., Neppel Huber, C., Whittmore, A. D. & Gustafson, M. (2005). Closing the loop: Follow-up and feedback in a patient safety program. In: *Jt Comm J Qual Patient Saf* 31(11), 614–621. Zitiert nach: Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit & Stiftung Patientensicherheit (2016). *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen*. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf, 23.09.2019.
- Gehrlach, Ch., Hauri, A., Iff, M. (2016). Fehler und kritische Zwischenfälle im zivilrechtlichen Kinderschutz: Wie Organisationen aus Einzelfällen lernen können!. In: *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz (ZKE)* 4/2016, 297 - 311.
- Gesellschaft für Bildung und Teilhabe mbH & ArtSet Forschung Bildung Beratung GmbH (2016). *Arbeitshilfe Wirksamkeit und Selbstevaluation*. URL: https://www.gesbit.de/fileadmin/user_upload/blog/Arbeitshilfe_Selbstevaluation_2.0.pdf, 23.09.2019.

- Hagen, E., Mays, G. (1981). Human Factors Engineering in the U.S. Nuclear Arena. *Nuclear Safety*, 17 (3), 315-326. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Häfeli, Ch. (2013). Erster Abschnitt: Allgemeine Grundsätze. In A. Büchler, Ch. Häfeli, A. Leuba, M. Stettler (Hrsg.), *FamKomm. Erwachsenenschutz* (S. 381-394). Bern: Stämpfli.
- Heck, Ch. (2018). Teil I – Einführung in den Kindes- und Erwachsenenschutz, VI – Überblick über die Akteure und deren Aufgaben. In D. Rosch, Ch. Fountoulakis & Ch. Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz – Recht und Methodik für Fachleute* (2. Auflage, S. 91 - 99). Bern: Haupt.
- Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hollnagel, E., Woods, D. & Leveson, N. (2006). *Resilience engineering. Concepts and precepts*. Aldershot: Ashgate. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hollnagel, E., Nemeth, C. P. & Dekker, S. (2008). *Resilience engineering perspectives Volume 1: Remaining sensitive to the possibility of failure*. Aldershot: Ashgate. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Howell, A., Burns, E. M., Bouras, G., Donaldson, L. J., Athanasiou, T., Darzi, A. & Schmidt, R. L. (2015): Can Patient Safety Incident Reports Be Used to Compare Hospital Safety? Results from a Quantitative Analysis of the English National Reporting and Learning System Data. In: *PLoS ONE* 10(12), e0144107. Zitiert nach: Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit & Stiftung Patientensicherheit (2016). *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen*. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf, 23.09.2019.
- Howell, A., Burns, E. M., Hull, L., Mayer, E., Sevdalis, N., Darzi, A. (2016). International recommendations for national patient safety incident reporting systems: an expert Delphi consensus-building process. In: *BMJ Quality & Safety*. Feb 22. pii: bmjqs- 2015-004456. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004456. Zitiert nach: Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit & Stiftung Patientensicherheit (2016). *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen*. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf, 23.09.2019.

- Ingold, F.P. & Sánchez, Y. (2008). *Fehler im System: Irrtum, Defizit und Katastrophe als Faktoren kultureller Produktivität*. Göttingen: Wallstein. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Insel Gruppe AG (2019). *Die Insel Gruppe*. URL: <https://www.inselgruppe.ch/de/die-inselgruppe/>, 23.09.2019.
- Institut für Gesundheitsrecht (2018). *Rechtsgutachten - Analyse des Bundesgerichtsentscheids (BGer IB_289/2016) vom 8. Dezember 2016*. URL: https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/1_Projekte_und_Programme/CI_RRNET/Rechtsgutachten_2018.pdf, 23.09.2019.
- Kaiser, R. (2014). *Qualitative Experteninterviews, Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- KESB (2019). *KESB Kreise - Zuständigkeiten*. URL: https://www.jgk.be.ch/jgk/de/index/direktion/organisation/kesb/kesb_kreise.html. 23.09.2019.
- KESB Basel Stadt (2019). *Organisation der KESB*. URL: <https://www.kesb.bs.ch/ueberuns/organisation-der-kesb.html>, 23.09.2019.
- Kompetenzzentrum für Public Management der Universität Bern (2017). *RICHTLINIEN ZU DEN LEISTUNGSNACHWEISEN DES EXECUTIVE MASTER OF PUBLIC ADMINISTRATION (MPA)*. Publiziert auf ILIAS, Lernplattform der Universität Bern: Magazin iTools, Portale, weitere Angebote Zentren und fakultätsübergreifende Institutionen Kompetenzzentrum für Public Management Executive Master of Public Administration MPA (2017-2019) Reglemente und Richtlinien, 23.09.2019.
- Kuckartz, U (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Leape, L. L. (2002). Reporting of adverse events. *The New England Journal of Medicine*, 347(20), 1633-1683. Zitiert nach: Euteneier, A., Chop, I. & Eberlein-Gonska, M. (2015). Analyse- und Reportingwerkzeuge. In A. Euteneier (Hrsg.), *Handbuch Klinisches Risikomanagement* (S. 559 – 585). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Ledermann, S. (2018a). EVALUATION, Von der Vergabe zur Nutzung, Teil 3: Arbeitsschritte (Folie 2). Handout zur Vorlesung vom 29.06.2018 und 30.06.2018 im Rahmen des Moduls 2 des Executive MPA der Universität Bern.
- Ledermann, S. (2018b). EVALUATION, Von der Vergabe zur Nutzung, Teil 4: Evaluationsfunktion in der Organisation (Folie 2 bis 5). Handout zur Vorlesung vom 29.06.2018 und 30.06.2018 im Rahmen des Moduls 2 des Executive MPA der Universität Bern.

- Lipsky, M. (2010). *Street-Level bureaucracy: dilemmas of the Individual in public services* (2. Auflage). New York: Russell Sage Foundation. Zitiert nach: Sager, F., Ingold, K. & Balthasar, A. (2017). *Policy-Analyse in der Schweiz – Besonderheiten, Theorien, Beispiele*. Zürich: NZZ Libro.
- Miller, M. W. & Turnbull, W. (1990). The counterfactual fallacy. Confusing what might have been with what ought to have been. *Social Justice Research*, 4, 1-9. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mitchell, I., Schuster, A., Smith, K., Pronovost, P. & Wu, A. (2015). Patient safety reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after ‘To Err is Human’. *BMJ Quality & Safety*, 25(2), 92-9. Zitiert nach: Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit & Stiftung Patientensicherheit (2016). *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen*. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf, 23.09.2019.
- Morgenstern, Ch. (1981). *Alle Galgenlieder*. Zürich: Diogenes.
- nzz.ch (2019). *Nach dem Urteil gegen einen Fluglotsen will die Luftverkehrsbranche eine Gesetzesänderung*. URL: <https://www.nzz.ch/zuerich/erstmal-wird-in-der-schweiz-ein-fluglotse-rechtskraeftig-verurteilt-ld.1493788>, 23.09.2019.
- Oser, F. & Spychiger, M (2005). *Lernen ist schmerzhaft: Zur Theorie des negativen Wissens und zur Praxis der Fehlerkultur*. Weinheim: Beltz. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Pham, JC., Girard, T., Pronovost, PJ. (2013). What to do with healthcare incident reporting systems. *Journal of Public Health Research* 2013, 1;2(3), e27. Zitiert nach: Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit & Stiftung Patientensicherheit (2016). *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen*. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf, 23.09.2019.
- Patientensicherheit Schweiz (2018a). *Übersetzung des BGer 1B_289/2016*. URL: https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/Bundesgerichtsentscheid_UEbersetzung_dt-20171109.pdf, 23.09.2019.
- Paula, H. (2017). *Patientensicherheit und Risikomanagement in der Pflege - Für Stationsleitungen und PDL* (2., überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.

- Paula, H. (2019). *Critical Incident Reporting System*. Handout einer nicht veröffentlichten Präsentation der Insel Gruppe.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London, New Delhi: ohne Angaben zum Verlag. Zitiert nach: Sager, F. & Hinterleitner M. (2014). Evaluation. In K. Schubert & N. C. Bandelow (Hrsg.), *Lehrbuch der Politikfeldanalyse* (3. Auflage, S. 437-462). Oldenbourg: De Gruyter.
- Perrow, C. (1999). *Normal accidents. Living with high-risk technologies*. Princeton NJ: Princeton University Press. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Peter, V., Dietrich, R. & Speich, S. (2018). Teil II - Verfahren vor der KESB: Von der Gefährdungsmeldung bis zur Vollstreckung. In D. Rosch, Ch. Fountoulakis, Ch. Heck (Hrsg.), *Kindes- und Erwachsenenschutz – Recht und Methodik für Fachleute* (2., aktualisierte Auflage, S. 101 – 202). Bern: Haupt.
- Reason, J. (1990). *Human Error*. Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Reason, J. (1997). *Managing the risk of organisational accidents*. Aldershot: Ashgate. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Reason, J. (2001). Foreword. In: B. Strauch (Ed.). *Investigating human error: incidents, accidents, and complex systems XII-XVII*. Aldershot: Ashgate. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, 320, 768. Zitiert nach: Sethe, R. (2001). Compliance, Whistleblowing und Critical Incident Reporting - Verbesserung der unternehmensinternen Kommunikation. In R. Sethe, A. Heineemann, R M. Hilty, P. Nobel & R. Zäch (Hrsg.), *Kommunikation - Festschrift für Rolf H. Weber zum 60. Geburtstag* (Sonderdruck, S. 189-213). Bern: Stämpfli.
- Reason, J. (2008). *The human contribution: Unsafe acts, accidents and heroic recoveries*. Franham: Ashgate. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rigby, L. (1970). The nature of human error, 24th Annual Technical Conference Transactions of the ASQC (S. 457-466). Milwaukee: American Society for Quality Control. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K.

- Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rosch, D. (2018). Teil I – Einführung in den Kindes- und Erwachsenenschutz, II – Kindes- und Erwachsenenschutz als Teil des Eingriffssozialrechts. In D. Rosch, Ch. Fountoulakis & Ch. Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz – Recht und Methodik für Fachleute* (2. Auflage, S. 30 - 32). Bern: Haupt.
- Rossi, P. H., Freeman, H. E. & Lipsey, M. W. (1999). *Evaluation. A Systematic Approach* (Sixth Edition). London, New Delhi: Russell Sage Foundation. Zitiert nach: Sager, F. & Hinterleitner M. (2014). Evaluation. In K. Schubert & N. C. Bandelow (Hrsg.), *Lehrbuch der Politikfeldanalyse* (3. Auflage, S. 437-462). Oldenbourg: De Gruyter.
- Sager, F. & Hinterleitner M. (2014). Evaluation. In K. Schubert & N. C. Bandelow (Hrsg.), *Lehrbuch der Politikfeldanalyse* (3. Auflage, S. 437-462). Oldenbourg: De Gruyter.
- Sager, F., Ingold, K. & Balthasar, A. (2017). *Policy-Analyse in der Schweiz – Besonderheiten, Theorien, Beispiele*. Zürich: NZZ Libro.
- Schreyögg, G. (2008). *Organisation* (5. Auflage). Wiesbaden: Gabler. Zitiert nach: Sydow, J. (2014). Organisation als reflexive Strukturation: Grundlegung. In J. Sydow & C. Wirth (Hrsg.), *Organisation und Strukturation - Eine fallbasierte Einführung* (S. 17 – 55). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Schüttler, J. & Biermann, E. (2010). *Der Narkosezwischenfall: Management kritischer Ereignisse und rechtliche Aspekte* (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Senders, J. W. & Moray, N. P. (1991). *Human error: Cause, prediction, and reduction*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Sethe, R. (2001). Compliance, Whistleblowing und Critical Incident Reporting - Verbesserung der unternehmensinternen Kommunikation. In R. Sethe, A. Heinemann, R M. Hilty, P. Nobel & R. Zäch (Hrsg.), *Kommunikation - Festschrift für Rolf H. Weber zum 60. Geburtstag* (Sonderdruck, S. 189-213). Bern: Stämpfli.
- St. Pierre, M., Hofinger, G. & Buerschaper, C. (2007). *Crisis management in acute care settings, Human factors and team psychology in a high stakes environment*. New York u.a.: Springer. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Strasser, O. (2007). Whistleblowing als Element guter Corporate Governance. In Universität St. Gallen (HSG), *Rechtliche Rahmenbedingungen des Wirtschaftsstandortes Schweiz: Festschrift 25 Jahre juristische Abschlüsse an der Universität St. Gallen* (S. 485-499). Zü-

- rich: Dike. Zitiert nach: Sethe, R. (2001). Compliance, Whistleblowing und Critical Incident Reporting - Verbesserung der unternehmensinternen Kommunikation. In R. Sethe, A. Heinemann, R M. Hilty, P. Nobel & R. Zäch (Hrsg.), *Kommunikation - Festschrift für Rolf H. Weber zum 60. Geburtstag* (Sonderdruck, S. 189-213). Bern: Stämpfli.
- Strauch, B. (2001). *Investigating human error: incidents, accidents, and complex systems*. Aldershot: Ashgate. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Sun, F. (2013). Monitoring Patient Safety Problems. *Making Health Care Safer II: An updated Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment*. Number 211, Chapter 36. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Zitiert nach: Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit & Stiftung Patientensicherheit (2016). *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen*. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf, 23.09.2019.
- Sydow, J. (2014). Organisation als reflexive Strukturierung: Grundlegung. In J. Sydow & C. Wirth (Hrsg.), *Organisation und Strukturierung - Eine fallbasierte Einführung* (S. 17 – 55). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- tagesanzeiger.ch (2018). *Eine gute Fehlerkultur muss geschützt werden*. URL: <https://www.tagesanzeiger.ch/wirtschaft/standardeine-gute-fehlerkultur-muss-geschuetzt-werden/story/23733760#mostPopularComment>, 23.09.2019.
- tagesanzeiger.ch (2019). *Der Fall Flaach, Dossier*. URL: https://www.tagesanzeiger.ch/dossiers/zuerich/dossier2.html?dossier_id=2926. 23.09.2019.
- Tinnenfeld, M. (2009). Whistleblowing: heikle Konfliktfelder. *Digma – Zeitschrift für Datenrecht und Informationssicherheit*, 9 (2), 68-72. Zitiert nach: Sethe, R. (2001). Compliance, Whistleblowing und Critical Incident Reporting - Verbesserung der unternehmensinternen Kommunikation. In R. Sethe, A. Heinemann, R M. Hilty, P. Nobel & R. Zäch (Hrsg.), *Kommunikation - Festschrift für Rolf H. Weber zum 60. Geburtstag* (Sonderdruck, S. 189-213). Bern: Stämpfli.
- Turner, B. A. (1978). *Man-made disasters*. London: Wykeham. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- PUK (2019a). *Jahresbericht 2018 der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich*. URL: https://www.pukzh.ch/default/assets/File/puk_jb18_web_DS.pdf, 12.09.2019.

- PUK (2019b). *Organigramm Psychiatrische Universitätsklinik Zürich*. URL: <https://www.pukzh.ch/default/assets/File/Downloads/Organigramm%20PUK%2020190701.pdf>, 23.09.2019.
- Voll, P. (2013). Teil 1: Allgemeine Einleitung, Sozialwissenschaftliche Grundlagen. In A. Büchler, Ch. Häfeli, A. Leuba, M. Stettler (Hrsg.), *FamKomm. Erwachsenenschutz* (S. 30-48). Bern: Stämpfli.
- Voll, P., Jud, A., Mey, E., Häfeli, Ch. & Stettler, M. (2008). *Zivilrechtlicher Kinderschutz: Akteure, Prozesse, Strukturen*. Luzern: Interact.
- Walshe, K. & Shorttall, S. M. (2004). When Things Go Wrong: How Health Care Organizations Deal With Major Failures. *Health Affairs*, 23(3), 103;105;107. Zitiert nach: Sethe, R. (2001). Compliance, Whistleblowing und Critical Incident Reporting - Verbesserung der unternehmensinternen Kommunikation. In R. Sethe, A. Heinemann, R M. Hilty, P. Nobel & R. Zäch (Hrsg.), *Kommunikation - Festschrift für Rolf H. Weber zum 60. Geburtstag* (Sonderdruck, S. 189-213). Bern: Stämpfli.
- Wehner, T. (1984). Im Schatten des Fehlers – Einige methodisch bedeutsame Arbeiten zur Fehlerforschung. *Bremer Beiträge zur Psychologie*, 34. Bremen: Universität Bremen. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wehner, T. (1992). *Sicherheit als Fehlerfreundlichkeit*. Opladen: Westdeutscher Verlag. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wehner, T. Mehl, K. & Dieckmann, P. (2010) Handlungsfelder und Fehlerprävention. In U. Kleinbeck & K.-H. Schmidt (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie – Band Arbeitspsychologie* (S. 785-819). Göttingen: Hogrefe. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Weimer, H. (1925). *Psychologie der Fehler*. Leipzig: Klinkhardt. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wells, G. L. (1997). *Major hazards and their management*. Rugby: Institution of Chemical Engineers. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.

- Wenger, A. (2018). *Organisationsanalyse, Wertschöpfungsorientiertes Modell der Organisationsanalyse anhand eines konkreten Beispiels* (Folie 24). Handout zur Vorlesung vom 02.-01.11.2018, im Rahmen des Moduls 3 des Executive MPA der Universität Bern.
- Weick, K. & Sutcliffe, R. (2001). *Managing the unexpected. Assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M. (2010). *Das Unerwartete managen - Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen* (2., vollständig überarbeitete Auflage). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Wittingham, R. B. (2004). *The blame machine: Why human error causes accidents*. Oxford: Butterworth Heinemann. Zitiert nach: Hofinger, G. (2012). Fehler und Unfälle. In P. Badke-Schaub, G. Hofinger & K. Lauche (Hrsg.), *Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen* (2. Auflage, S. 39 – 60). Berlin, Heidelberg: Springer.
- World Health Organization (2005). *WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems*. Geneva: WHO. Zitiert nach: Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit & Stiftung Patientensicherheit (2016). *Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen*. URL: https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/10/160913_CIRS-Broschuere_WEB.pdf, 23.09.2019.

Rechtsquellen und Gerichtsentscheide

- BGer 1B_289/2016 (2016). URL: https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza%3A%2F%2F08-12-2016-1B_289-2016&lang=de&type=show_document&zoom=YES&, 23.09.2019.
- KESG. Bernisches Gesetz über den Kindes- und Erwachsenenschutz vom 01.06.2016, BSG 213.316.
- ZGB. Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 01.01.2018, SR 210.

Interviews

- Büchler, T. (2019, 24. April). Interviewt durch M. Engel. *Erwartungen der KESB an ein CIRS*. Bern.
- Fassbind, P. (2019, 7. Juni). Interviewt durch M. Engel. *CIRS - Praktische Erfahrungen*. Basel.
- Paula, H. (2019, 24. Mai). Interviewt durch M. Engel. *CIRS - Praktische Erfahrungen*. Bern.
- Vorburger, D. (2019, 3. Juni). Interviewt durch M. Engel. *CIRS - Praktische Erfahrungen*. Bern und Zürich.

Anhänge

Anhang 1: Auszug aus dem Protokoll der Retraite 2018 der Geschäftsleitung der KESB des Kantons Bern

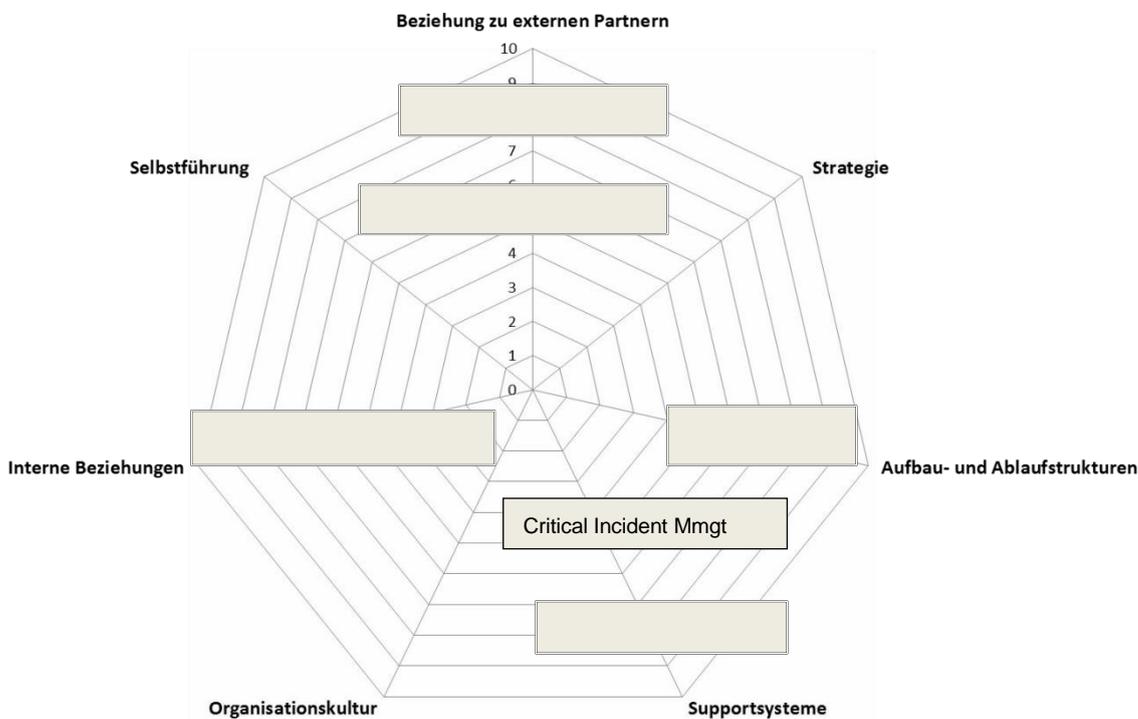
Justiz-, Gemeinde-
und Kirchendirektion
des Kantons Bern

**Kindes- und Erwachsenen-
schutzbehörde (KESB) Ge-
schäftsleitung**

GL-Retraite 2018 – Protokoll

Standortbestimmung - Einzelarbeit

Anhand eines Modells mit sieben erfolgskritischen Führungsdimensionen nehmen die Präsidien eine Beurteilung der Führungssituation auf GL- und Standortebene vor. In einer anschliessenden Gruppenarbeit werden folgende Themen identifiziert, die auf GL-Stufe im Rahmen der Retraite näher bearbeitet werden sollen.



Zwei weitere Themen, die im Rahmen der Retraite aus Zeitgründen nicht vertieft werden können, werden in einem Themenspeicher für eine spätere Bearbeitung aufbewahrt:

- [...]

Die übrigen sechs Themen werden in Gruppen vertieft bearbeitet und anschliessend im Plenum konsolidiert.

1. [...]

2. [...]

3. [...]

GL KESB

4 Critical Incident Management

Ausgangslage	<ul style="list-style-type: none"> - Kritische Ereignisse in der KESB können fatale Folgen haben; ohne geeigneten Rahmen neigen Organisationen dazu, Fast-Unfälle unter den Teppich zu kehren, statt daraus zu lernen
Lösungsansätze	<ul style="list-style-type: none"> - Ähnlich wie in Spitälern oder im Flugbetrieb (siehe KESB-Forum 2016) soll ein Rahmen geschaffen werden, in dem die KESB aus kritischen Ereignissen noch besser und standortübergreifend lernt
Bemerkungen	<p><i>AG-Ergebnisse</i></p> <p>Kategorisierung kritischer Ereignisse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unerwünschte und unerwartete Ereignisse: gewaltsamer Tod, Suizid, Entführung, sexueller Missbrauch, Gewalt gegen Mitarbeitende oder Dritte, grosser Vermögensschaden, mediale Kampagne als Folge und oftmals Verstärker eines negativen Ereignisses - Zu frühes, zu spätes oder unterlassenes Handeln der KESB <p>Lösungsansätze aus AG-Sicht</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thema nicht einfach zu greifen; schwierig, einen kritischen Einzelfall so zu generalisieren, dass daraus ein brauchbarer genereller Lerneffekt resultiert - Bedarf nach über das Übliche hinausgehenden Gefässen für die Analyse kritischer Fälle, z.B. mittels Intervention, ev. unter Beizug externer Experten (siehe Psychiater in EM) - Betrieblicher Rahmen für Fehlerkultur und Vertrauen schaffen <p><i>Diskussion im Plenum</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventionsgefässe sind gut, fokussieren aber tendenziell auf laufende Fälle und dienen dem präventiven Charakter des Critical Incident Mmgt ev. zu wenig - Interventionen sind bisher regional → kein kantonsweites Lernen aus dem Zwischenfall, es braucht ein standortübergreifendes Konzept - Div. offene Fragen betr. Datenschutz, Personalrecht, insb., wenn kritische Fälle in einer Datenablage dokumentiert werden
Nächste Schritte	<ul style="list-style-type: none"> - Thema ist wichtig, aber nicht absolut dringlich; es bestehen diverse offene Fragen → Projekt nach Abschluss grösserer aktueller Projekte anpacken - Thema als Gegenstand in der LV19 mit KJA besprechen
abschliessende Priorisierung	mittel

Abschluss der Retraite

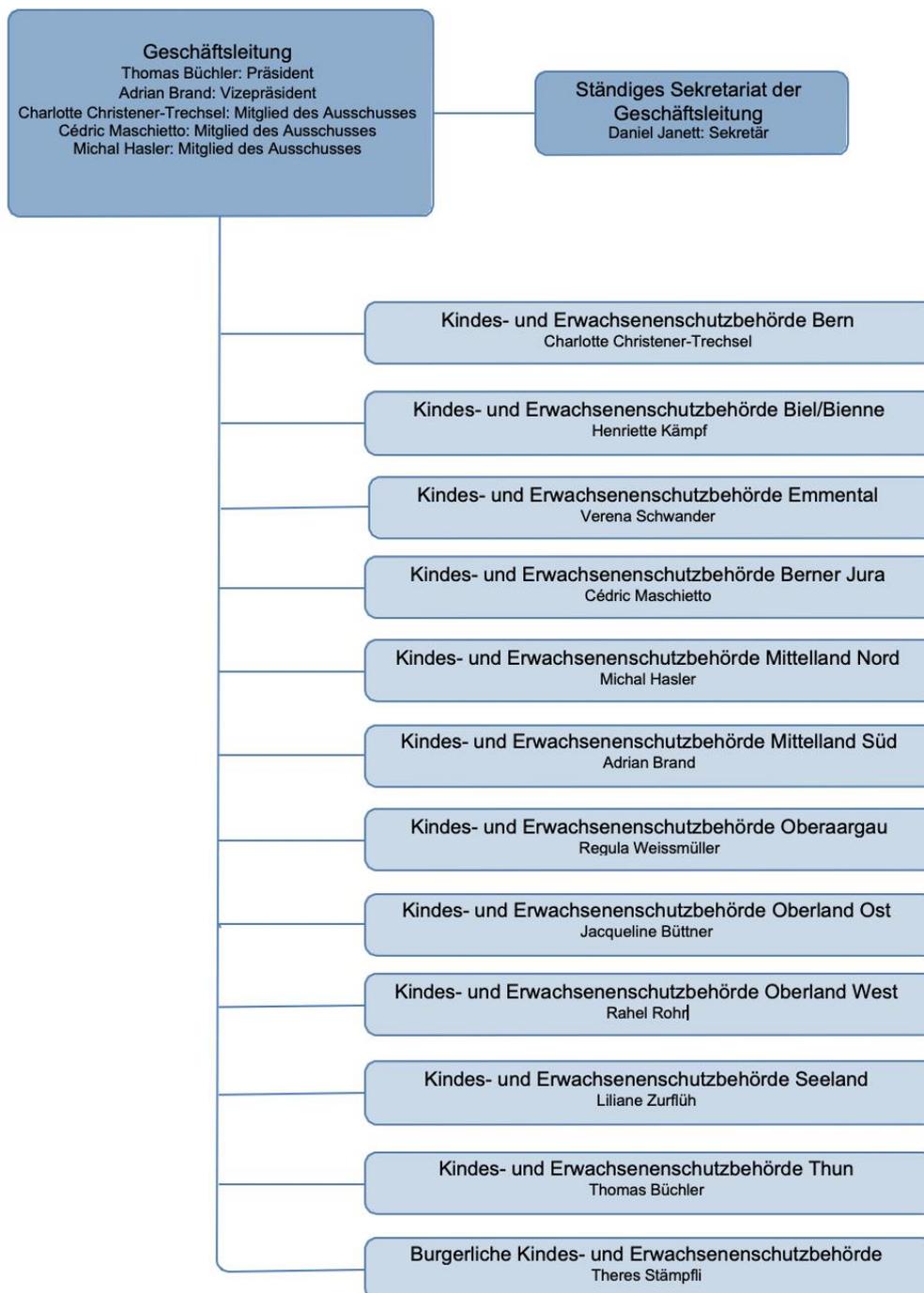
Die 6 Handlungsfelder werden im GL-Ausschuss und in der GL weiter konkretisiert und in die Planung / GL- Roadmap 2019 aufgenommen.

13.9.2018 / JAD

Anhang 2: Organigramm der Geschäftsleistung der KESB des Kantons Bern



Kindes- und Erwachsenenschutz Organigramm



unterstellt

Anhang 3: Auszug aus der Geschäftsordnung der KESB Stadt Bern

Geschäftsordnung der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) Bern

In Ausführung von Art. 15 des Gesetzes vom 1. Februar 2012 über den Kindes- und Erwachsenenschutz (KESG) erlässt die KESB Bern eine Geschäftsordnung, welche durch die Justiz- Gemeinde- und Kirchendirektion (JGK) zu genehmigen ist.

1. Organisationsstruktur

1.1 Grundsatz und Sitz

Die KESB Bern erfüllt die Aufgaben mit Respekt gegenüber den schutzbedürftigen Mitmenschen, effizient und kundenorientiert. Die Geschäftsordnung ist anzupassen, wenn sich die Verhältnisse und Bedürfnisse ändern.

[...]

[...]

2. Personal

Die KESB Bern kann nur im Team erfolgreich sein.

Das Personal ist engagiert, freundlich, kompetent und im sorgfältigen Handeln zielorientiert.

[...]

3. [...]

4. [...]

5. Zusammenarbeit, Vernetzung und externe Kommunikation

Institutionalisierte Kommunikations- und Vernetzungsgefässe fördern die Zusammenarbeit mit den Partnern und innerhalb der KESB.

Die im KES-Bereich wichtigen Belange des Datenschutzes sind in allen Fällen zu beachten.

5.1 Schulung

Für die Schulung ist die GL KESB in enger Zusammenarbeit mit dem KJA verantwortlich.

5.2 [...]

5.3 Forum

Das mindestens einmal jährlich stattfindende Forum ist eine Reflexions- und Weiterbildungsveranstaltung für alle KESB-Mitarbeitenden und dient insbes. auch dem Erfahrungsaustausch. Die Themen richten sich nach den Bedürfnissen der Mitarbeitenden und den aktuellen Entwicklungen.

5.4 Vernetzungsveranstaltungen

Die KESB Bern organisiert gem. den lokalen Bedürfnissen für die wichtigsten Partner im KES-Bereich (Sozialdienste, Bezirksverwaltungen, Gemeinden, Kliniken, Institutionen, Schulen, Beratungsstellen, PriMas, PKA, KJA etc.) in geeigneter Form und Zusammensetzung regelmässig stattfindende Vernetzungsveranstaltungen. Diese fördern den Informationsaustausch und die Zusammenarbeit und greifen Themen auf, die sich nach den Bedürfnissen der Fachleute vor Ort richten.

5.5 Kontaktpersonen

Die KESB Bern pflegt insbes. mit den Sozialdiensten und soweit sinnvoll auch mit anderen Partnern ein Kontaktpersonen-System. Die Präsidentin oder der Präsident bezeichnet die entsprechenden Personen und nimmt dabei auf Eignung und Interessen Rücksicht. Damit soll der rasche Informationsaustausch und eine wirkungsvolle Koordination sichergestellt werden.

5.6 [...]

5.7 Externe Kommunikation

Die KESB Bern informiert im Rahmen der Informationsgesetzgebung und des Bundesrechts über Tätigkeiten und Entscheide von grossem öffentlichem Interesse, soweit nicht überwiegende private Interessen entgegenstehen. Dabei hält sich die KESB Bern strikt an Fakten und Tatsachen.

Die Kommunikation erfolgt via Medien und KESB-Homepage. Dabei wird auf bestehende kantonale Kommunikationsgefässe (Medienstellen, Kommunikationsabteilungen, etc.) zurückgegriffen. Zitate und Interviews sind immer vorgängig gegenzulesen. Es ist sicherzustellen, dass Betroffene die Entscheide vorgängig erhalten haben.

Für die externe Kommunikation ist ausschliesslich die Präsidentin oder der Präsident zuständig. Er oder sie kann einzelne Aufgaben an ein Behördenmitglied delegieren.

6. Öffnungszeiten, Stellvertretung und Pikettdienst

6.1 [...]

6.2 [...]

6.3 Pikettdienst

6.3.1 Erreichbarkeit des Pikettdienstes

Der Pikettdienst gewährleistet die jederzeitige Erreichbarkeit einer für den Beschluss über dringende und notwendige Massnahmen entscheidungsbefugten Person. Soweit nicht die Präsidentin oder der Präsident Pikettdienst leistet, gelten Angelegenheiten nach den Art. 55 bis 57 KESG (Präsidialangelegenheiten) im Sinne von Art. 59 Abs. 2 KESG als an das Pikett leistende Behördenmitglied übertragen.

Die Pikett leistende Person nimmt dringende Meldungen seitens der Polizei und der Regierungsstatthalterinnen oder der Regierungsstatthalter entgegen und gibt ihnen die gesetzliche Folge.

Der Pikettdienst ist ausserhalb der ordentlichen Öffnungszeiten zu gewährleisten. Die Pikett leistende Person hat dafür zu sorgen, jederzeit erreichbar zu sein und innert angemessener Zeit vor Ort sein zu können. Während den Bürozeiten ist die allgemeine KESB-Nummer anzuwählen.

6.3.2 Pikettorganisation

Die Präsidentin oder der Präsident und alle Behördenmitglieder leisten Pikett. Die Präsidentin oder der Präsident erstellt eine Pikettliste, welche jeweils vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich im Voraus für jeden Tag festlegt, wer Pikett zu leisten hat. Sie oder er nimmt dabei nach Möglichkeit auf die Wünsche der Behördenmitglieder sowie auf voraussehbare Abwesenheiten Rücksicht. Die Pikettliste mit den jeweiligen Erreichbarkeiten ist der zuständigen regionalen Einsatzzentrale der Kantonspolizei Bern, dem Regierungsstatthalteramt, den anderen kantonalen KESB sowie dem KJA rechtzeitig zur Kenntnis zu bringen. Für den Pikettdienst können sich mehrere KESB zusammenschliessen. Der Zusammenschluss ist der GL KESB und dem KJA zur Kenntnis zu bringen.

Von der Pikettliste abweichende Zuteilungen können nach Absprache unter den Betroffenen vorgenommen werden. Es muss die Erreichbarkeit über die auf der Pikettliste angegebene Telefonnummer gewährleistet werden. Die Präsidentin oder der Präsident und die Behördenmitglieder sind gehalten, im Verhinderungs- oder Befangenheitsfall den Pikettdienst nach Möglichkeit auch kurzfristig zu übernehmen.

Die Zuteilung der Verfahrensleitung durch die Präsidentin oder den Präsidenten für das übrige Verfahren bleibt durch die Pikettzuständigkeiten unbeeinflusst.

[...]

Anhang 4: Personalbestand der KESB Kanton Bern, Stand Juni 2019 (aus einem nicht veröffentlichten Dokument des ständigen Sekretariats der GL KESB).

Standort:	Stellenprozent	Anzahl Mitarbeitende
Bern	2595	35
Jura Bernois	1330	15
Biel Bienne	2120	27
Emmental	1890	24
Mittelland Nord	2040	26
Mittelland Süd	1780	23
Oberaargau	1350	18
Oberland Ost	860	13
Oberland West	1150	17
Seeland	1060	15
Thun	1600	21
Total	17775	234

Bei diesen Angaben handelt es sich um die absoluten Zahlen zum Bestand der an den Standorten tätigen Mitarbeitenden. Darin enthalten sind bspw. auch Praktikantinnen, die Mitarbeitenden aus dem ständigen Sekretariat der GL KESB und weitere.

Anhang 5: Auszug aus der Leistungsvereinbarung 2019 zwischen der KESB und der JGK



Leistungsvereinbarung 2019

Der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) des Kantons Bern

mit der

Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion

[...]

6. Chancen und Risiken

Chancen

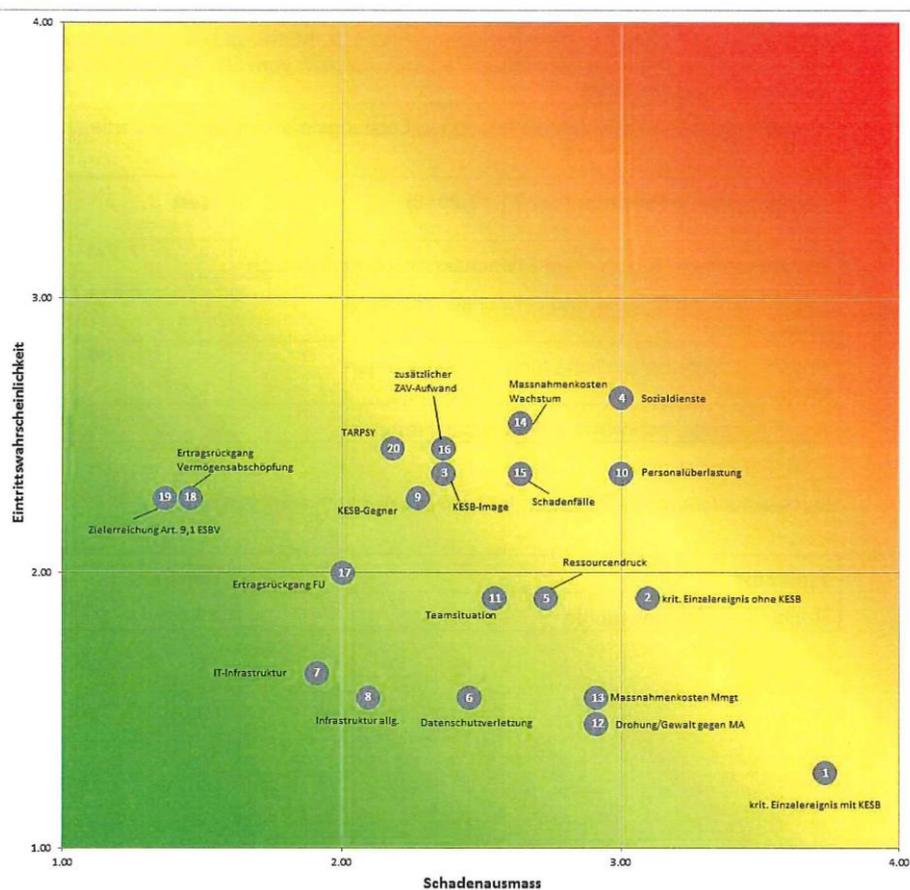
- Motivierte, fachkompetente Mitarbeitende
- Unterstützendes, kooperatives institutionelles Umfeld.

Risiken

Basierend auf dem letzten Risikomonitoring der GL KESB vom August 2018 bestehen folgende wichtigste Risiken:

- Dramatisches Einzelereignis mit oder ohne Mitverantwortung der KESB
- Schlecht funktionierende Sozialdienste
- Überlastetes Personal und damit verbundene Ausfälle/Abgänge
- Wachsende Massnahmenkosten, bedingt durch externe Faktoren.

Zu weiteren Risiken siehe die Risikomatrix der GL KESB, Stand August 2018:



Anhang 6: Auszug aus dem Reglement der Geschäftsleitung KESB des Kantons Bern

Justiz-, Gemeinde- und
Kirchendirektion des
Kantons Bern

Kindes- und
Erwachsenenschutzbehörde (KESB)
Geschäftsleitung

Reglement der Geschäftsleitung KESB

Revidierte Fassung vom 24. April 2019

1. Zweck

Das vorliegende Reglement regelt die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung der Geschäftsleitung (GL), des Ausschusses (GA) und des ständigen Sekretariates der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) sowie deren Verhältnis untereinander. Vorbehalten bleiben Sondervorschriften in Bezug auf die burgerliche KESB.

2. Grundlagen

Das Reglement GL KESB stützt sich namentlich auf

- a) das Gesetz über den Kindes- und Erwachsenenschutz (KESG)
- b) die Verordnung über die Organisation und Steuerung der dezentralen Verwaltung der Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion (OSDV)
- c) die Leistungsvereinbarung der Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion (JGK) mit der Geschäftsleitung KESB
- d) Kreisschreiben und Weisungen der JGK.

3. Die Geschäftsleitung

- a) Die Geschäftsleitung ist das gemeinsame Organ aller KESB im Kanton Bern. Sie besteht aus sämtlichen Präsidentinnen und Präsidenten (inkl. burgerliche KESB) und ist zuständig für die Koordination der Aufgabenerfüllung und Rechtsprechung sowie für die Umsetzung der Leistungsvereinbarung JGK / GL KESB.
- b) Der Geschäftsleitung obliegt insbesondere die zweckmässige Zuteilung der finanziellen und personellen Ressourcen auf die einzelnen KESB.
- c) Die Geschäftsleitung ist namentlich auch verantwortlich für:
 - i. die Umsetzung einer möglichst einheitlichen kantonalen Praxis im Kindes- und Erwachsenenschutz
 - ii. die Einführung und Pflege einer zentralen Wissensdatenbank
 - iii. die Weiterbildung/Schulung
 - iv. die Einführung einer Qualitätskontrolle
 - v. das Reporting gegenüber der JGK
 - vi. die Kontaktpflege und Vernetzung mit überregionalen Behörden und Institutionen.

[...]

GL KESB, Bern 13.12.2017

Genehmigt durch die Justiz- Gemeinde und Kirchendirektion



Anhang 7: Fragebogen zum Thema kritische Ereignisse

Fragebogen zum Thema KRITISCHE EREIGNISSE

Geschätzte Partnerinnen und Partner

Der vorliegende Fragebogen dient der Erarbeitung meiner Masterarbeit, welche ich im Rahmen des Master of Public Administration an der Universität Bern erstelle. Nebst dem bin ich als Vizepräsident bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) Bern tätig.

Die Arbeit widmet sich der Frage, ob und wie die KESB kritische Ereignisse erkennen und in der Folge Erkenntnisse darüber gewinnen können. Da die KESB bei der Erfüllung ihrer Aufgaben mit einer Vielzahl von verschiedenen Organisationen zusammenarbeiten, widmet sich ein gewichtiger Teil der Arbeit den Partnerorganisationen; Sie vertreten eine davon. Das Ziel der Befragung ist es, die Organisationen betreffend ihre Funktionen und Strukturen näher kennen zu lernen. Dazu bitte ich Sie, sich 20 bis 30 Minuten Zeit für Ihre Antworten zu nehmen. Die von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten werden ausschliesslich und in anonymisierter Form im Rahmen der erwähnten Arbeit verwendet.

Ich danke Ihnen herzlich für die Teilnahme und Ihr Engagement!

Markus Engel

Statische Angaben

- | | |
|---------------------------------------|---|
| Ausgefüllt von: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Datum: | Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |
| Name der Organisation: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Die Organisation ist: | <input type="checkbox"/> eine private Organisation
<input type="checkbox"/> eine kommunale Verwaltungsstelle
<input type="checkbox"/> eine kantonale Verwaltungsstelle
<input type="checkbox"/> eine Bundesverwaltungsstelle
<input type="checkbox"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gesamtzahl der Abteilungen: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Gesamtzahl der Mitarbeitenden: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name Ihrer Abteilung: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anzahl Mitarbeitende Ihrer Abteilung: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Zur Erläuterung für das weitere Vorgehen:

1. Wenn Sie in einer Verwaltung oder einer Organisation tätig sind, die über ein diversifiziertes Tätigkeitsfeld verfügt, dann beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf die Einheit bzw. Abteilung, für die Sie tätig sind.
2. Sind die Fragen mit einem * gekennzeichnet, so sind Mehrfachnennungen möglich.
3. Im Verlauf des Fragebogens werden Sie mit dem *Begriff der kritischen Ereignisse* konfrontiert. Damit dieser Begriff für alle Teilnehmenden handhabbar wird und dem Zweck der Arbeit dienen kann, wird er wie folgt generell und abstrakt definiert: *Kritische Ereignisse meint Verhaltensweisen, die ein Ergebnis oder eine Situation ausschlaggebend beeinflussen (z. B. solche Ereignisse, von denen abhängt, ob etwas ein Erfolg oder ein Misserfolg wird). Die Ereignisse sind nicht typisch und nicht repräsentativ; sie weichen vom Normalen und Alltäglichen ab.*

1. Ist die Sicherstellung des Kindeswohls *die* zentrale Kernaufgabe, an der Ihre Organisation grundsätzlich ihr Handeln ausrichtet? Ja Nein
2. Zeichnet sich Ihre Organisation durch die Erfüllung einer ganz spezifischen Kernaufgabe aus?
 Ja Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Nein
3. Steht Ihre Organisation bei der Erfüllung der Kernaufgabe in Konkurrenz mit anderen Leistungserbringern? Ja Nein
4. Wie viele verschiedene Angebote bzw. Aufgaben beinhaltet der Leistungskatalog Ihrer Organisation? Wählen Sie ein Element aus.
 1 2 – 5 5 – 10 > 10
5. Von wem erhält Ihre Organisation den Auftrag zur Leistungserbringung?*
- Von der Klientschaft bzw. Kundschaft
- Von einer Drittstelle durch eine Zuweisung
- Durch den Staat (= staatshoheitliche Aufgabe, die ausserhalb der rechtlichen Vorgaben keiner weiteren Auftragserteilung mehr bedarf)
- Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
6. Ihre Organisation ist:
 - zentral an einem Standort beheimatet
 - dezentral an mehreren Standorten tätig
7. Ihre Organisation erbringt die Leistungen wie folgt:*
- Ambulant
- Stationär
- Teilstationär
- Bürokratischer Akt
- Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
8. Besteht bei der (Teil-) Erbringung der Leistungen eine hohe zeitliche Dringlichkeit?
 - Ja, hie und da im Einzelfall Ja, immer Nein
9. Ist bei der (Teil-) Erbringung der Leistungen Gefahr in Verzug?
 - Ja, hie und da im Einzelfall Ja, immer Nein
10. Wie viel Zeit benötigt Ihre Organisation im Durchschnitt für die Erstellung der Leistung?

- Einen Tag
- Höchstens eine Woche
- Höchstens ein Monat
- Höchstens ein Jahr
- Mehr als ein Jahr

11. Ist Ihre Organisation auch ausserhalb der Bürozeiten (in etwa: Mo-Fr 8-17 Uhr) tätig?

- Ja Nein

Falls ja, ist sie ausserhalb der Bürozeiten auf die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen angewiesen?

- Ja Nein

12. Wie viele Personen Ihrer Organisation arbeiten im Einzelfall durchschnittlich bei der Erstellung der Leistung mit? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

13. Wie viele verschiedene Berufsgruppen sind in Ihrer Organisation im Einzelfall an der Erstellung der Leistung involviert? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

14. Welche Berufsgruppen sind in Ihrer Organisation im Einzelfall an der Erstellung der Leistung involviert?* Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

15. Arbeiten die Mitarbeitenden Ihrer Organisation bei der Erstellung der Leistung in der Regel alleine oder in einem Team? Einzelleistung Teamleistung

16. Ist Ihre Organisation bei der Erstellung der Leistung auf technische Hilfsmittel angewiesen?

- Ja Nein

17. Ist Ihre Organisation bei der Erstellung der Leistung auf elektronische Hilfsmittel angewiesen?

- Ja Nein

18. Ist Ihre Organisation bei der Leistungserbringung auf Informationen von Drittstellen angewiesen?

- Ja Nein

Falls Ja: Von wie vielen Stellen benötigt Ihre Organisation Informationen (durchschnittlich ungefähr)? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Zählen Sie die wichtigsten drei Stellen auf, von denen Ihre Organisation Informationen benötigt:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wie erhalten Sie die Informationen?

- Persönlicher Kontakt Telefonisch Per Mail (inkl. Fax)
 Via Bericht Via Akten

Kann bei der Informationsbeschaffung eine zeitliche Dringlichkeit bestehen?

- Ja, innert Stunden Ja, innert einem Tag Ja, innert einer Woche Nein

19. Wer ist Abnehmer der Leistung Ihrer Organisation?*

- Die Klientschaft bzw. Kundschaft
 Eine andere Organisation
 Die Gesellschaft

20. Wem stellt Ihre Organisation die Kosten für die Leistungserbringung in Rechnung?*
- Der Klientschaft bzw. der Kundschaft
 - Einer anderen Organisation
 - Der öffentlichen Hand
21. Erfolgt nach erbrachter Leistung eine Qualitätskontrolle?
- Ja, indem: [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) Nein
22. Sind andere Organisationen bei ihren Handlungen direkt von den Leistungen Ihrer Organisation abhängig?
- Ja Nein
23. Verfügt Ihre Organisation über eine Hierarchie?
- Ja Nein
24. Gibt es in Ihrer Organisation einen Dienstweg?
- Ja Nein
- Wenn Ja, erfolgt die Leistungserbringung über den Dienstweg?
- Ja Nein
25. An wen wenden sich die Mitarbeitenden Ihrer Organisation, wenn sie bei der Erfüllung der ihr anvertrauten Aufgaben auf Probleme oder Irritationen stossen?*
- An die vorgesetzte Person
 - An das Team (kollegiale Beratung)
 - An Kolleginnen und Kollegen einer anderen Organisationseinheit
 - An eine andere Organisation
26. Wer trifft in Ihrer Organisation heikle Entscheidungen?
- Die mit der Aufgabe betraute Person
 - Die vorgesetzte Person
 - [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)
27. Informiert Ihre Organisation eine oder mehrere andere Stellen, wenn sie mit kritischen Ereignissen¹⁷⁰ oder heiklen Entscheidungen konfrontiert wird?
- Ja, vorher Ja, unmittelbar Ja, im Nachgang Nein
- Falls ja, zählen Sie die wichtigsten drei Organisationen auf:
[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)
[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)
[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)
28. Wie kann Ihre Organisation Probleme bei der Leistungserbringung im Einzelfall am besten lösen?
- Selbstständig
 - Im Verbund mit anderen Organisationen
29. Wie geht Ihre Organisation mit Fehlern und kritischen Ereignissen um?
- [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

¹⁷⁰ Zur Erinnerung: Mit einem **kritischen Ereignis** ist eine Verhaltensweise gemeint, die ein Ergebnis oder eine Situation ausschlaggebend beeinflussen kann. Ein solches Ereignis kann verantwortlich dafür sein, ob etwas ein Erfolg oder ein Misserfolg wird. Das Ereignis ist weder typisch noch repräsentativ; es weicht vom Normalen und Alltäglichen ab.

30. Wie oft kommt es in Ihrer Organisation schätzungsweise zu kritischen Ereignissen?

- nie selten gelegentlich oft immer

31. Hat Ihre Organisation im Zusammenhang mit kritischen Ereignissen organisationsintern Massnahmen ergriffen mit dem Ziel, dadurch die Wiederholung eines ähnlichen Ereignisses zu vermeiden?

- Ja Nein

Falls ja, welche Massnahmen wurden ergriffen? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

32. Hat Ihre Organisation im Zusammenhang mit kritischen Ereignissen zusammen mit Partnerorganisationen Massnahmen ergriffen mit dem Ziel, dadurch die Wiederholung eines ähnlichen Ereignisses zu vermeiden?

- Ja Nein

Falls ja, mit welcher Organisation, bzw. mit welchen Organisationen? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Welche Massnahmen wurden ergriffen? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

33. Wie kann Ihre Organisation idealerweise reagieren, wenn sie die Wiederholung eines kritischen Ereignisses vermeiden will?

Sie schult die Mitarbeitenden. Diese müssen achtsam bleiben, den Einzelfall bewerten und versuchen, situativ möglichst angemessen zu reagieren.

- Nicht passend wenig passend mittelmässig passend eher passend sehr passend

Sie sucht in den Bereichen Technik und Informatik nach geeigneten Massnahmen.

- Nicht passend wenig passend mittelmässig passend eher passend sehr passend

Sie prüft, ob die Strukturen und Abläufe angepasst werden können.

- Nicht passend wenig passend mittelmässig passend eher passend sehr passend

34. Agiert Ihre Organisation bei der Erstellung der Leistung mit Dritten in einem Netzwerk?

- Ja Nein

Wenn ja, ist Ihre Organisation

- Auftraggeberin Auftragnehmerin beides

35. Rapportiert Ihre Organisation an Dritte?

- Ja Nein

Falls ja:

- Generell Einzelfallbezogen
 vor während nach der Leistungserbringung
 persönlich telefonisch schriftlich Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

36. Sind andere Organisationen bei der Erfüllung der eigenen Aufgabe auf Informationen aus Ihrer Organisation angewiesen?

- Ja Nein

Falls Ja, zählen Sie die wichtigsten drei Organisationen auf:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

37. Wenn die Mitarbeitenden Ihrer Organisation bei der Erledigung des Einzelfalls mit Problemen zu kämpfen haben, sind sie dann auf die Zusammenarbeit mit externen Stellen angewiesen?

Ja Nein

38. Tauschen sich Ihre Mitarbeitenden mit anderen Organisationen aus, wenn es bei der Leistungserstellung zu einem Problem, einem Fehler oder zu einem kritischen Ereignis gekommen ist?

Ja Nein

Falls Ja, mit welchen Organisationen? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

In welcher Form? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

39. Wie häufig hat Ihre Organisation mit der KESB zu tun?

 nie selten gelegentlich oft immer

40. Wenn es im Einzelfall zu einer Zusammenarbeit mit der KESB kommt. Welchen Stellenwert nimmt diese Zusammenarbeit dann für Ihre Organisation ein?

 kein tiefer mittelmässiger hoher oberster
 Stellenwert Stellenwert Stellenwert Stellenwert Stellenwert

41. Ihre Anmerkungen: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Die Umfrage ist beendet. Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme! Bei Fragen oder Unklarheiten stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung. Ebenso freue ich mich auf Ihr Feedback und Anregungen (markus.engel@jgk.be.ch, 031 635 20 00).

Markus Engel

Erstellt von Markus Engel im Mai 2019, im Rahmen der Masterthesis des Studiengangs executive Master of Public Administration der Universität Bern.

Anhang 8: Fragensammlung für die Experten-Interviews**Interview mit *Person vom Datum*****1. Organisation und Ziel der Organisation**

Welches Ziel verfolgt *Organisation* mit dem Critical Incident Management (CIM)?

2. System

Beschreiben sie kurz das Critical Incident Reporting System (CIRS) der *Organisation*?

Was für ein System betreiben sie?

Seit wann benutzt die *Organisation* das CIRS?

Bewährt sich das System?

Gäbe es Rückblickend eine bessere Alternative?

Wendet die *Organisation* additiv zum CIRS noch weitere Risk Management Tools an?

Wenn ja, welche?

Wenn ja, wo ist das CIRS zu verorten?)

Kooperieren sie mit anderen Organisationen?

3. Meldende

Wer darf alles melden?

Wer meldet tatsächlich?

4. Inhalt

Was ist für Sie ein Critical Incident (Definition)?

Was wird gemeldet?

Gibt es Kriterien?

Wie erfolgt die Meldung?

Kommt es auch zu unerwünschten Meldungen?

Gibt es / braucht es eine Abgrenzung zu anderen Bereichen (z.B. Whistleblowing)

Wie gehen sie damit um?

Gibt es Critical Incidents, die ihnen trotz CIM nicht gemeldet werden?

Haben sie eine Erklärung dafür?

5. Prüfung

An wen erfolgt die Meldung?

Was passiert nach Eingang der Meldung?

Wer wertet aus?

Erhält die meldende Stelle/ Person eine Rückmeldung?

Sind Rückfragen möglich?

Ist die Anonymität gewahrt?

Ist Anonymität notwendig?

6. Verwertung

Was passiert mit den Ergebnissen der Auswertung?

Welche Outputs & Outcomes gibt es?

An wen richten sich die Outputs & Outcomes?

Was gilt es bei der Verwertung besonders zu bedenken?

7. Implementierung und Erfahrungen

Wie viele Meldungen treffen ein?

Wie viele von den Meldungen sind verwertbar?

Kam es im Verlauf der Zeit zu einer Zu- Abnahme der Meldungen?

Kam es im Verlauf der Zeit zu einer inhaltlichen Änderung Veränderungen der Meldungen?

Zu wie vielen Outputs & Outcomes kam es bisher?

Kam es im Verlauf der Zeit zu einer Zu- Abnahme der Outputs & Outcomes?

Kam es im Verlauf der Zeit zu einer inhaltlichen Änderung Veränderungen der Outputs & Outcomes?

Was waren die Herausforderungen bei der Implementierung?

Wo waren die Herausforderungen? Innen / Aussen // Oben / Unten?

Zu welchen Fehlern ist es bei der Implementierung gekommen?

Was könnte man rückblickend anders, bzw. besser machen?

Welche Hürden gibt es aus ihrer Sicht bei der Implementierung und beim Betrieb eines CIM?

Struktur / Kultur / Recht

Gibt es in der Sphäre des Rechts und des Datenschutz Probleme bzw. Herausforderungen?

8. Kultur

Zeigt die Implementierung des CIRS auch innerhalb des Betriebs (insbes. in der Sphäre der Kultur) eine (nicht erwartete) Wirkung?

Positiv? Negativ?

Wie haben die Mitarbeitenden (MA) reagiert bei der Einführung?

Wie reagieren die MA heute?

Wie akzeptiert und verankert ist das CIM in der Organisation?

Wird das CIM als Hilfe wahrgenommen?

Von wem?

Wird das CIM als Bedrohung wahrgenommen?

Von wem?

9. Persönliche Einschätzung

Eignet sich ein CIRS für eine staatliche Organisation, die zur erfolgreichen Erfüllung ihrer anvertrauten Aufgabe in besonders hohem Mass auf die Zusammenarbeit innerhalb eines Netzwerks mit Dritten (staatliche und private Organisationen) angewiesen ist?

10. Empfehlenswerte Literatur

Anhang 9: Fallstudie - Kontakte der KESB Bern mit Dritten im Rahmen eines Einzelfalls

Institution / Person	Nennung in 63 Monaten	Institution / Person	Nennung in 63 Monaten
Amt für Erwachsenen und Kinderschutz	16	Mutter Kind Institution	2
Ausländische Behörde	1	Nachbarschaft	1
Ausländische Schule	1	Nahestehende Person	1
Ausländische Universität	1	Nahestehendes Familienmitglied 1	6
Beistandsperson	11	Nahestehendes Familienmitglied 2	1
Betreibungsamt	2	Nahestehendes Familienmitglied 3	5
Einwohnerkontrolle	1	Nahestehendes Familienmitglied 4	1
Erwachsenenpsychiatrie	3	Obergericht des Kantons Bern	10
Erziehungsberatung	1	Pädiater	1
Erziehungsdirektion	5	Pflegefamilie	1
Familienbegleitung 1	1	Polizei	4
Familienbegleitung 2	2	Putz- & Räumungsinstitut	1
Familienbegleitung 3	6	Rechtsanwalt 1	2
Gesundheitsdienst	8	Rechtsanwalt 2	13
Hausarzt	1	Regierungsstatthalteramt	2
Heilpädagogin	1	Schlüsseldienst	1
Kantonales Jugendamt	4	Schularzt	1
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	1	Schulinspektorat	2
Kindergarten	1	Schulkommission	12
Kinderheim 1	5	Schulleitung	15
Kinderheim 2	8	Schulzahnklinik	1
Kinderheim 2	1	Sozialdienst	8
Kinderheim 3	1	Staatsanwaltschaft	1
Kinderheim 4	1	Tagesschule	1
Kinderheim 5	1	Therapeut	1
Kinderheim 6	2	Übersetzungsdienst	1
Kindsvertretung	2	Versicherung	1
Lehrer	13		
Medizinische Notaufnahme	1	Total: 56	Total: 198

Anhang 10: Mit diesen Berufsgruppen arbeitet die KESB zusammen

Involvierte Berufsgruppen	Nennungen
Sozialpädagogik inkl. Heilpädagogik	30
Soziale Arbeit	20
Kaufleute inkl. Sachbearbeitung	18
Lehrpersonal	12
Jurisprudenz	12
Psychologie	16
Psychiatrie (inkl. Forensik)	5
Therapie & Beratung	8
Polizei	4
Pflege	8
Handwerk inkl. Agogik	6
Verwaltungsangestellte	4
Medizin	6
Technisches Personal	4
Grenzwache	1
Betriebswirtschaft	1
Medizinisches Hilfspersonal	1
Sicherheitspersonal	1
Informatik	1
Journalismus	1
Pflegeeltern	1
Weitere	2
Total	162

Nummer der Frage	11 & 12 ausserhalb der Bürozeiten erreichbar	12 Ø Anzahl Mitarbeitende	13 Ø Anzahl Berufsgruppen	15 Alleine oder Team	18 Informationen von Dritten nötig	18 Informationsbeschaffung dringlich	21 Qualitätskontrolle
Name Organisation 1 [...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
Name Organisation 49 AUSZÄHLUNG	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
	Nein: 14	1 Person: 7	1 Berufsgruppe: 10	Teameistung: 32	Ja: 48	Ja, innert Stunden: 17	Ja: 41
	Ja, ohne Zusammenarbeit: 12	2 Personen: 10	2 bis 6 Berufsgruppen: 35	Einzelleistung: 17	Nein: 1	Ja, innert einem Tag: 10	Nein: 8
	Ja, auf Zusammenarbeit angewiesen: 23	3-10 Personen: 24	10 Berufsgruppen: 1			Ja, innert einer Woche: 16	
		< 10: 5	Keine Angaben: 3			Nein: 5	
		Keine Angaben: 3				Keine Angaben: 1	
Institutionen Total:	49	49	49	49	49	49	49

Nummer der Frage	24	25	26	27	28	30	31
	Dienstweg	Wer unterstützt bei Probl. & Irritation	Heikle Entscheidungen	Infos an andere über kritische Ereignisse oder heikle Entscheidungen	Wie kann die Organisation Probleme am besten lösen	Häufigkeit von kritischen Ereignissen	Massnahmen zur Vermeidung einer Wiederholung von kritischen Ereignissen
Name Organisation 1	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
[...]							
Name Organisation 49	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
AUSZÄHLUNG	Ja: 21 Nein: 28	vorgesetzte Person: 30 Alle: 16 andere Organisation: 3	Die vorgesezte Person: 43 Die betraute Person: 6	Vorher: 12 Unmittelbar: 31 Im Nachgang: 2 Nein: 4	Selbstständig: 15 Mit anderen Organisationen: 32 Keine Angabe: 2	Selten: 12 Gelegentlich: 26 Oft: 11	Ja: 44 Nein: 5
Institutionen Total:	49	49	49	49	49	49	49

Nummer der Frage	32	34	36	37	38	39	40
	Vermeidung einer Wiederholung von kritischen Ereignissen Massnahmen mit Dritten	Agiert in Netzwerk	Andere Organisationen auf Infos angewiesen	Auf externen Stellen angewiesen	Austausch mit anderen bei kritischen Ereignissen	Zusammenarbeit mit KESB, Häufigkeit	Stellenwert der Zusammenarbeit mit KESB
Name Organisation 1	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
[...]							
Name Organisation 49	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
AUSZÄHLUNG	Ja: 30 Nein: 19	Ja: 33 Nein: 16	Ja: 42 Nein: 6	Ja: 44 Nein: 4	Ja: 46 Nein: 2	Selten: 4 Gelegentlich: 15 Oft: 30	Mittelmässiger Stellenwert: 7 Hoher Stellenwert: 33 Oberster Stellenwert: 7
			Keine Angabe: 1	Keine Angabe: 1	Keine Angabe: 1		Keine Angabe: 2
Institutionen Total:	49	49	49	49	49	49	49

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngem. aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Mir ist bekannt, dass andernfalls der Senat gem. dem Gesetz über die Universität zum Entzug des auf Grund dieser Arbeit verliehenen Titels berechtigt ist.

Bern, 27. September 2019



Markus Engel

Über den Autor



Markus Engel, Sozialarbeiter FH, [...] Seit 2017 Vizepräsident der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde der Stadt Bern.

Im Ehrenamt Vizepräsident des Vorstands der Berner Schuldenberatung.