

FORUM

Supervision

Fallrekonstruktion als gelebte Praxis einer reflexiven Supervision

Roman Asshoff

Miriam Bredemann

Michael Domes

Hans-Peter Griewatz

Katharina Gröning

Galina Savinov

Renate Schwarz

Jana Suhr

Onlinezeitschrift für Beratungswissenschaft und Supervision: „FoRuM Supervision“
Fallrekonstruktion als gelebte Praxis einer reflexiven Supervision
(Heft 48)
24. Jahrgang

Herausgegeben von

Prof. Dr. Frank Austermann
Prof. Dr. Katharina Gröning
Angelica Lehmenkühler-Leuschner

Redaktion

Petra Beistein
Heike Friesel-Wark
Hans-Peter Griewatz
Vanessa Rumpold
Jan-Willem Waterböhr

Kontakt

Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung an der Universität Bielefeld e. V. (ZWW)
Weiterbildender Masterstudiengang "Supervision und Beratung"
z. Hd. Frau Prof. Dr. Katharina Gröning
Postfach 100131
33501 Bielefeld

E-Mail: onlinezeitschrift.supervision@uni-bielefeld.de

Homepage: <http://www.beratungundsupervision.de>

ISSN 2199-6334



November 2016, Universität Bielefeld

Jana Suhr, Galina Savinov

Der Fall Kevin K. - ein Beispiel für das kollektive Versagen von Hilfe-, Gesundheits- und politischem System

Zusammenfassung:

In dem folgenden Beitrag wird der Fall Kevin K., der sich 2006 in Bremen ereignete, analysiert. Mithilfe der detaillierten Aktendokumentation Ulrich Mäurers (2006) wird der Fall zunächst rekonstruiert und anschließend unter dem Aspekt der „Spannung zwischen System und Lebenswelt“ (Gröning 2016: 5) analysiert. Es wird insbesondere verdeutlicht, wie und wo der Fall Kevin K. in der Akte verschwindet. Zum Schluss stellt sich die Frage, ob und wie die Fallsupervision im Sinne von Fritz Schützes ethnografischer Fallarbeit (Gröning 2016) dabei helfen kann, komplexe Fälle, wie den beschriebenen Fall, verstehen zu können.

1. Einleitung

Im Rahmen eines Seminars zur „Fallanalyse“ an der Universität Bielefeld unter Leitung von Prof. in Dr. Katharina Gröning, bekamen die Studierenden die Möglichkeit, reale Fälle aus der (sozial-) pädagogischen Praxis anhand verschiedener Ansätze (unter anderem Burkhard Müllers multiperspektivische Fallarbeit sowie Fritz Schützes ethnographische Fallarbeit) zu analysieren. Katharina Gröning stellte dazu unter anderem Fälle zur Verfügung, die Studierende während ihres Pflichtpraktikums erlebten als auch solche, die durch Medien und Studien bekannt geworden sind. Unter anderem auch den Fall Kevin K., der sich im Jahr 2006 in Bremen ereignete und, aufgrund seines tödlichen Ausgangs für den damals zwei Jahre und zehn Monate alten Kevin K., starke mediale Aufmerksamkeit erlangte.

Der Fall Kevin K. ist aber auch aufgrund seiner Auswirkungen für die gesamte Kinder- und Jugendhilfe interessant, ereignete er sich doch zu der Zeit, als der § 8a SGB VIII eingeführt wurde, der die Sicherung des Kindeswohls durch die Professionellen stärker in den Mittelpunkt rückte. Bei näherer Betrachtung des komplexen Falles wurde sodann deutlich, dass es sich hierbei um ein kollektives Versagen der am Fall beteiligten Systeme und deren Vertretern handelt.

Der folgende Artikel basiert auf einem Seminarvortrag im oben genannten Seminar, in dem der Fall Kevin K. vorgestellt und anschließend analysiert worden ist. Für die Analyse bot der Ansatz Fritz Schützes zur ethnographischen Fallarbeit eine wichtige theoretische Folie. Der Ansatz betont die Bedeutung der Akte und der Aktenführung eines Falles, denn in ihr spiegelt sich eine gewisse ‚Eigendynamik‘ wider, die die Wahrnehmung der Professionellen und der damit verbundenen Institution beinhaltet (Gröning 2016: 4). Das Handlungsproblem besteht für Schütze in der Grundspannung, die zwischen der bürokratischen und versachlichenden Aktenführung und der tatsächlichen Lebenswelt der KlientInnen besteht (ebd.). Ausgangspunkt der Fallanalyse ist dementsprechend „die Spannung zwischen System und Lebenswelt“ (ebd.: 5). Im Fall Kevin K. können anhand der Akten des Sozialzentrums Gröpelingen/Walle, die vom fallverantwortlichen Casemanager geführt worden sind, genau diese Spannungen ausgemacht werden. Allerdings werden sie nicht in Balance gehalten, sondern im Verlauf tendiert der Fall immer mehr dazu, in der Akte zu verschwinden. Schlussendlich besteht zwischen den Fallverantwortlichen und den KlientInnen, also Kevin und dessen Mutter sowie dessen

Ziehvater, keine tatsächliche Beziehung oder Verbindung mehr. Die Dokumentation geht vollkommen an dem tatsächlichen Geschehen vorbei und es entsteht der Eindruck, als haben die Fallverantwortlichen den Fall, den sie bearbeiten, nicht wirklich verstanden.

Zunächst erfolgt eine kurze Einführung in den Fall und dessen Rahmenbedingungen, worauf die eigentliche Falldarstellung folgt. Innerhalb der Fallanalyse geht es zunächst um die Frage, was eigentlich der Fall ist, was, gerade bei der Analyse von sehr komplexen und verwobenen Fällen, eine wichtige erste Herangehensweise darstellt.

Danach werden anhand von zwei Abbildungen (A und B) die am Fall beteiligten Systeme und die wesentlichen Akteure aufgezeigt. Hier wird deutlich, wie sich im Verlauf zwei neue, gemischte Systeme bilden, in denen sich dann Akteure wiederfinden, die noch zuvor in getrennten Systemen agierten. Desweiteren wird auf die Schnittstellenprobleme und die Rangordnungskämpfe, die zwischen den Systemen und auch zwischen verschiedenen Berufsgruppen entstehen, eingegangen.

Es folgt eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse. Als Fazit wird abschließend die Frage diskutiert, ob im Fall Kevin K. eine Fallsupervision im Sinne Fritz Schützes ethnographischer Fallarbeit, wie sie Gröning (2016) beschreibt, sinnvoll und hilfreich gewesen wäre.

2. Der Fall Kevin K.

Auf der Grundlage des sogenannten Mäurer-Berichts (2006) sowie des Artikels von Olaf Emig (2007) wird im Folgenden der Fall Kevin K. rekonstruiert. Dabei beziehe ich mich insbesondere auf den Mäurer-Bericht (2006) und dort auf die Seiten 3 - 50. Ulrich Mäurer, Staatsrat der Stadt Bremen, wurde, nachdem die Leiche von Kevin K. aufgefunden worden war, durch Bürgermeister Böhrnsen im Oktober 2006, damit beauftragt, die Abläufe und Zusammenhänge im Fall Kevin K. zu dokumentieren. Mäurer stützte sich dabei ausschließlich auf die Akten des Amtes für Soziale Dienste des Sozialzentrums Gröpelingen/Walle sowie auf die Akten der Amtsvormundschaft des Amtes für Soziale Dienste Bremen. Zusätzlich wurden weitere Unterlagen, die den Akten beilagen oder durch Mäurer selbst eingeholt werden konnten, ausgewertet (Mäurer 2006: 3; Emig 2007: 447f). Emig kritisiert den Bericht von Mäurer, da er

„trotz der begrenzten Auswahl der Akten und dem Verzicht auf mündliche Anhörung zu umfangreichen Schlussfolgerungen kommt, die eigentlich nicht Gegenstand des Untersuchungsauftrags waren, da lediglich eine Dokumentation über die Abläufe und Zusammenhänge des Todesfalles zu erstellen war.“ (Emig 2007: 447)

Obwohl dieser Einwand meiner Meinung nach berechtigt ist, ist der Bericht von Mäurer dennoch unerlässlich, da er die chronologische Abfolge des Falles detailliert beschreibt und eine genaue Rekonstruktion der Ereignisse erst möglich macht. Gerade die Widersprüche in der Aktenführung werden in dem Bericht deutlich und können als Hinweise darauf verstanden werden, an welchen Stellen der Fall Kevin K. von den Verantwortlichen ‚aktengerecht gemacht‘ worden ist.

Zum besseren Verständnis des Falles sollen zunächst die strukturellen Rahmenbedingungen erläutert werden, wozu insbesondere die Organisation und die Zuständigkeiten des Amtes für Soziale Dienste Bremen zählen. Das Amt für Soziale Dienste Bremen ist dem Geschäftsbereich des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales zugeordnet und wird vom Amtsleiter geleitet. Das Amt für Soziale Dienste Bremen nimmt auch die Aufgaben des örtlichen Trägers der öffentlichen Jugendhilfe als Jugendamt wahr (Mäurer 2006: 4f). Es gliedert sich in sechs zentrale (Fach-)Abteilungen, der

die „*planenden, koordinierenden und strategischen Aufgaben*“ obliegen, sowie in sechs dezentrale Sozialzentren, in denen „*das operative, einzelfallbezogene Tagesgeschehen bearbeitet wird*“ (Emig 2007: 453). Für den Fall Kevin K. war das Sozialzentrum Gröpelingen/Walle zuständig und, innerhalb des Zentrums, der ambulante Sozialdienst Junge Menschen (SDJM), der zu dieser Zeit von einer Sachgebietsleiterin geleitet wurde (Mäurer 2006: 5).

Innerhalb des SDJM war eine einzelne sozialpädagogische Fachkraft, hier der Casemanager (CM), für den Fall Kevin K. zuständig. Mäurer (2006: 5f) beschreibt, dass seine Aufgaben gemäß des Handlungsansatzes des Casemanagements darin bestanden, den Fall Kevin K. zu steuern, zu beobachten und in seinem gesamten Verlauf zu kontrollieren. Des Weiteren oblag dem Casemanager die gesamte Fallverantwortung. Er hatte zudem die Aufgabe, das Zusammenwirken von mehreren Fachkräften, sei es intern mit anderen CasemanagerInnen, bzw. sozialpädagogischen Fachkräften des SDJM oder extern mit anderen am Fall beteiligten Professionellen, zu steuern und entsprechend darauf hinzuwirken, um eine optimale Zusammenarbeit und gegenseitige Kontrolle in dem Fall zu gewährleisten (Mäurer 2006: 6).

An dieser Stelle muss ebenfalls auf die seit 1999 angestoßenen Umstrukturierungsprozesse des Amtes für Soziale Dienste Bremen erwähnt werden. Aufgrund des sehr schlechten Landeshaushaltes des Landes Bremen, wurden entsprechende Sparmaßnahmen seitens der Landespolitik (damals schwarzrot regiert) eingeleitet, die auch das Amt für Soziale Dienste vor eine Herausforderung stellten. Der 1999 neu eingesetzte Amtsleiter wurde mit dem Auftrag eingestellt, das Amt grundlegend zu reformieren, um insgesamt 90 Stellen einsparen zu können. 40 davon im Bereich Junge Menschen (Emig 2007: 454). Um dies zu gewährleisten wurden vom Amtsleiter grundlegende Umstrukturierungsprozesse eingeleitet, die unter dem Stichwort ‚Ökonomisierung Sozialer Arbeit‘ subsumiert werden können. Dazu zählten unter anderem die Einführung von betriebswirtschaftlichen Elementen, wie Kontrakt- und Controlling-Verfahren und Budgetierungen sowie die Einführung des Casemanagement-Ansatzes, die Ausgliederung der vormals zum Jugendamt gehörigen Kindertagesheime, die Privatisierung der Jugendfreizeitheime und der Drogenberatung und das Outsourcing des Aufgabenbereichs Tages- und Vollzeitpflege im Jahr 2002 (ebd.: 454f). Nur so konnten überhaupt die überzogenen Leistungseinsparungen ansatzweise bewältigt werden. Dementsprechend ist es kein Wunder, dass jede Maßnahme im Bereich der erzieherischen Hilfen hinsichtlich seiner Legitimation hinterfragt wurde und der Amtsleiter auch nicht davor scheute, direkt in die Verfahrensabläufe einzugreifen, indem er mögliche Heimaufenthalte oder Inobhutnahmen am Ende des Jahres 2005 gleich verbot, obwohl die operative (Peripherie - Fachkräfte in den Sozialzentren) und die strategische Ebene (Leitungsebene - Amtsleitung) doch klar voneinander getrennt wurden (ebd.: 456f).

Dieser Einblick soll hier jedoch nicht über die durchgängige Verantwortungslosigkeit der am Fall beteiligten Professionellen hinwegtäuschen, sondern lediglich den Zusammenhang zwischen großangelegten Umstrukturierungsprozessen im Bereich des öffentlichen Dienstes nach ökonomischen Vorbild und der Deprofessionalisierung Sozialer Arbeit aufzeigen, die sich laut Emig insbesondere darin zeigt, dass fachliche Kriterien Sozialer Arbeit unter betriebswirtschaftliche Prämissen untergeordnet werden und es zu einem „Verlust an professioneller Selbststeuerung und Reflexion in der Sozialen Arbeit“ kommt (ebd.: 456).

Inwieweit sich dies auf den Fall Kevin K. auswirkte, wird im Folgenden dargestellt.

2.1 Falldarstellung

Kevin K. kommt am 23. Januar 2004 per Kaiserschnitt im Klinikum Bremen Nord zur Welt. Der allgemeine Zustand Kevins nach der Geburt ist bedenklich. Er leidet an Entzugssymptomen und benötigt zeitweise intensivmedizinische Betreuung wie eine künstliche Beatmung.

Informationen zur Kindsmutter Sandra und zum Ziehvater Bernd von Kevin:

Die Kindsmutter Sandra und der Ziehvater Bernd sind seit ihrer Jugend drogenabhängig (Heroin, Alkohol, Cannabis). Beide unternahmen mehrere Therapie- und Entgiftungsversuche, leider nur mit kurzfristigen Erfolgen. Der Ziehvater wurde mehrfach straffällig und häufig wegen diverser Delikte zu Freiheitsstrafen und Geldstrafen verurteilt (Diebstahl, Einbruchdiebstahl, räuberischer Diebstahl, Körperverletzung, Vergehen gegen das Betäubungsmittel-Gesetz, Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte). Die Kindsmutter wird wegen Diebstahls zu einer Freiheitsstrafe (auf Bewährung) verurteilt. Beide sind vor und nach Kevins Geburt in Substitutionsbegleitung und an das Drogenhilfesystem in Bremen angebunden (Verein Ani Avanti, Verein für Suchttherapie e.V.) und nehmen beide an Methadon-Programmen teil, die durch den methadonvergebenden Arzt, der auch der Hausarzt des Ziehvaters ist, betreut werden. Die Kindsmutter hat das alleinige Sorgerecht für Kevin zugesprochen bekommen, ist HIV-positiv und leidet an Hepatitis C. Der Ziehvater ist nicht mit der KM verheiratet und auch nicht der leibliche Vater von Kevin, es existiert zu keinem Zeitpunkt eine Vaterschaftsanerkennung durch den Ziehvater.

Vor der Geburt Kevins bis zum 09. März 2004 wird die Familie durch eine Familienhebamme im Auftrag des Gesundheitsamtes betreut. Allerdings wird erst nach der Geburt Kevins das Jugendamt (Amt für Soziale Dienste Bremen, Abteilung Jugendamt) eingeschaltet und der Casemanager mit dem Fall Kevin K. beauftragt. Weiterhin ist auffällig, dass die Aktenführung des Casemanagers erst mit dem 23. Januar 2005 beginnt. Warum dies der Fall ist, kann nicht geklärt werden.

Am 05. Februar 2004 findet eine erste Fallkonferenz in der Geburtsklinik (Klinikum Bremen Nord) statt. Aus den Akten geht hervor, dass folgende Personen anwesend waren: Die Kindsmutter Sandra, der Ziehvater Bernd, ein Oberarzt, eine Krankenschwester, eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes des Krankenhauses, die Familienhebamme, Vertreter des Vereins für Suchttherapie e.V., eine Mitarbeiterin des AK Kommunale Drogenpolitik sowie der Casemanager. Der Casemanager vermerkte in der Akte, dass es vor allem um die Frage der Erziehungsfähigkeit der Kindsmutter und des Ziehvaters ging und um eine mögliche Einführung ambulanter Hilfsmaßnahmen. Schon an diesem ersten Treffen steht das Krankenhaus (vertreten durch den Oberarzt, der Krankenschwester und der Mitarbeiterin des Sozialdienstes des Krankenhauses) der Gesamtsituation sehr kritisch gegenüber.

Am 19. Februar 2004 findet die zweite Fallkonferenz im Krankenhaus Bremen Nord statt, allerdings ist hier unklar, wer daran teilgenommen hat. Der Casemanager notierte hier nur die Themen, die besprochen worden sind. Da zu diesem Zeitpunkt klar war, dass Kevin in 14 Tagen entlassen werden sollte, ging es um eine eventuelle Versorgungsmöglichkeit für Kevin durch die Schwester der Kindsmutter, wobei auch eine Übergangspflegestelle für kurze Zeit in Betracht gezogen wurde. Allerdings wurde ebenfalls über eine mögliche Entgiftungskur für die gesamte Familie, eventuell an der Ostsee gesprochen. Anhand dieser Notizen liegt die Vermutung nahe, dass es zu diesem Zeitpunkt noch keine klare Linie bezüglich des Falles Kevin K. seitens des Casemanagers gab.

Am 26. Februar 2004 findet sodann eine dritte Fallkonferenz im Krankenhaus Bremen Nord statt. Anwesende sind der Casemanager, die Kindsmutter, der Ziehvater, eine Mitarbeiterin des Sozial-

dienstes des Krankenhauses, ein Oberarzt, der methadonvergebende Arzt des Ziehvaters, ein Rechtsanwalt des Ziehvaters, wobei der Grund für die Anwesenheit der beiden letztgenannten Personen unklar bleibt. Auffällig ist, dass die Familienhebamme nicht an der Fallkonferenz teilnahm, auch hier bleibt unklar, warum, denn laut Akten war die Familienhebamme noch bis zum 09. März für die Familie zuständig. Auch der Vertreter des Vereins für Suchttherapie e.V. nahm nicht teil, übersandte aber ein Schreiben an den Casemanager, in dem er seine Einschätzung zu dem weiteren Verlauf des Falls verdeutlichte. Hauptthema der Fallkonferenz ist der Aufenthalt der gesamten Familie in einer Entgiftungsklinik in Heiligenhafen, der bewilligt wird. Unklar bleibt jedoch die Frage nach der Versorgungssituation für Kevin bei der Kindsmutter und dem Ziehvater. Die Vertreter des Krankenhauses befürworten die Entgiftung in Heiligenhafen, äußern sich aber kritisch gegenüber der Versorgungssituation von Kevin, da eine adäquate Versorgung durch die Kindsmutter noch nicht zufriedenstellend gewährleistet sei. Zudem erhielt der Ziehvater aufgrund von Auseinandersetzungen auf der Station ein Hausverbot. Er fiel schon im Krankenhaus durch aggressives und übellauniges Verhalten gegenüber den diensthabenden Krankenschwestern auf. Der methadonvergebende Arzt, der Rechtsanwalt und der Vertreter des Vereins für Suchttherapie e.V. befürworten die Entgiftungskur in Heiligenhafen ebenfalls und sind zudem überzeugt, dass mit entsprechenden Hilfeleistungen, die Kindsmutter und der Ziehvater in der Lage seien, Kevin adäquat zu versorgen, wobei der Vertreter des Vereins Suchthilfe e.V. in seinem Schreiben einen genauen Maßnahmenkatalog vorschlägt, der häufige Kontrollen der Eltern sowie eine sehr engmaschige Begleitung der Familie vorsieht .

Am 09. März 2004 wird Kevin sodann aus dem Krankenhaus entlassen und kommt zur Kindsmutter und zum Ziehvater. In dem Zeitraum vom 09. März bis zum 10. April 2004 halten sich die Kindsmutter, der Ziehvater und Kevin in der Entgiftungsklinik in Heiligenhafen auf. Das Resultat der Entgiftungskur bleibt unklar, es finden sich keinerlei Notizen dazu in den Akten. Auch die durch den Ziehvater in Heiligenhafen begangene gefährliche Körperverletzung am 13. April 2004 ist nicht aktenkundig. Der Ziehvater wird dafür am 25. Juli 2005 zu 90 Tagessätzen vom Amtsgericht Oldenburg in Holstein verurteilt. Unklar bleibt jedoch wieder die Frage, gegen wen sich die Körperverletzung richtete. Weiterhin wurden keinerlei Hilfsmaßnahmen, die im Anschluss an die Entgiftungskur für die Familie laut der Empfehlung des Vertreters des Vereins Suchthilfe e.V. folgen sollten, seitens des Casemanagers initiiert.

Erst Anfang Mai 2004 kam es zu einer telefonischen Kommunikation zwischen dem methadonvergebenden Arzt und dem Casemanager. Dort meinte der Arzt, dass die Familie *„etwas Hilfe brauche“* (Mäurer 2006: 10). Daraufhin schreibt der Casemanager die Familie an, der Ziehvater ruft aber noch vor Erhalt des Schreibens bei dem Casemanager an und lehnt jede Form von Hilfe konsequent ab. Dies meldet der Casemanager an den methadonvergebenden Arzt zurück. Der Casemanager forderte Anfang Mai ebenfalls einen Bericht über Kevins Familie bei der Mitarbeiterin des Sozialdienstes des Klinikum Bremen Nord ein, der allerdings erst gegen Ende Mai 2004 bei dem Casemanager nach zweimaliger Aufforderung eintraf. Der Inhalt kann im Nachhinein als besorgniserregend bezeichnet werden, denn die Versorgungssituation von Kevin wird durchgehend als kritisch bewertet. Zudem gab es seitens der Klinik die Androhung, Kevin von der Kindsmutter zu entfernen, falls sich diese im Versorgungsverhalten nicht bessern sollte. Auf diesen Bericht folgte jedoch keinerlei Reaktion des Casemanagers.

Auch die Empfehlungen seitens der Mitarbeiterin des Sozialdienstes des Krankenhauses gegenüber dem Casemanager, erneut eine Familienhebamme einzusetzen (die erste Familienhebamme wurde

von der Kindsmutter und dem Ziehvater sehr schnell abgelehnt, da sie sich durch sie zu sehr kontrolliert fühlten und ihr deshalb nicht vertrauten) verlief im Sande, da es lediglich bei einer schriftlichen Anfrage seitens des Casemanagers gegenüber dem methadonvergebenden Arzt blieb, ob er der Familie dieses Angebot erneut unterbreiten könne.

Am 03. August 2004 wird die Polizei durch Zeugenaussagen auf die Familie aufmerksam. Die Kindsmutter soll unter Drogen bei einem Spaziergang Kevin auf sein Auge geschlagen haben. Das Ganze habe sich gegen 22:00 Uhr ereignet. Der polizeiliche Notlagenbericht über Gefährdung/Vernachlässigung/Misshandlung des Kindes Kevin K. geht noch am selben Tag beim Casemanager ein. Dieser leitet das Schreiben am nächsten Tag an den methadonvergebenden Arzt weiter und verfasst ein Schreiben an die Kindsmutter, in dem er ihr nochmals seine Hilfe anbietet.

In den Akten ist keinerlei Rückmeldung seitens des methadonvergebenden Arztes vermerkt. Die Kindsmutter und der Ziehvater erscheinen jedoch zusammen mit Kevin am 17. August 2004 im Sozialzentrum Gröpelingen / Walle und erklären, dass es ihnen gut gehe und sie absolut keine weitere Hilfe mit Kevin bräuchten. Der Casemanager vereinbart dennoch mit ihnen, sie bald in ihrer Wohnung zu besuchen. Kurz darauf überschlagen sich die Ereignisse.

Am 27. September 2004 wird Kevin in die Professor-Hess-Kinderklinik eingeliefert. Sein behandelnder Kinderarzt veranlasste die Einlieferung mit der Verdachtsdiagnose ‚Knochenbrüche‘. In der Kinderklinik selbst werden bei Kevin zahlreiche Verletzungen, wie Rippenbrüche, Unterarm-, Unterschenkel- und Schädelfrakturen, einige darunter sind älteren Datums, festgestellt. Zudem liegt der Kinderklinik der Arztbrief aus der Geburtsklinik mit Informationen über die kritische Versorgungssituation von Kevin vor. Die Kinderklinik schaltet sofort die Kinderpsychologin der Kinderklinik sowie den Sozialdienst ein. Allerdings wird der Casemanager überhaupt nicht benachrichtigt, was in der Rückschau jedoch unklar bleibt.

Am 08. Oktober 2004 erfolgte sodann zunächst der angekündigte Hausbesuch des Casemanagers bei der Familie. Dieser findet jedoch nur den Ziehvater vor und erfährt von diesem, dass die Kindsmutter und Kevin in der Professor-Hess-Kinderklinik seien, aufgrund diverser Knochenbrüche von Kevin. Der Ziehvater beteuert sofort, dass er oder die Kindsmutter Kevin nicht verletzt haben, die Knochenbrüche von Kevin seien ihm auch unerklärlich, könnten jedoch durch Kevin selbst oder durch die Nachbarin Frau X entstanden sein. Der Casemanager notiert zu diesem Besuch lediglich, dass er die Wohnung in einem aufgeräumten und nett eingerichteten Zustand vorgefunden hat.

Am 11. Oktober 2004 telefoniert der Casemanager mit der Stationsärztin der Kinderklinik. Diese weiß angeblich nicht, wer die Verletzungen Kevins verursacht haben könnte. Die Kindsmutter verhalte sich vorbildlich und eine baldige Entlassung sei angestrebt, jedoch seien ambulante Hilfen wohl aus ihrer Sicht angezeigt.

Am 14. Oktober 2004 kommt es sodann zu einer Anfrage des Casemanagers beim Gesundheitsamt nach erneuter Betreuung durch eine Familienhebamme. Diese wird jedoch vom Gesundheitsamt aufgrund fehlender Kapazitäten abgelehnt. Kevin wird am gleichen Tag entlassen und kommt zu seiner Mutter und dem Ziehvater. Am selben Tag liegt auch der Bericht der Kinderklinik vor, der an den Casemanager und den behandelnden Kinderarzt Kevins adressiert ist. Inhalt der Berichte sind zum einen die Diagnosen der Kinderklinik, die recht deutlich eine Kindesmisshandlung nahe legen sowie die Einschätzung der familiären Situation, in der (in Absprache mit dem Casemanager) vermerkt wird, dass es zunächst keine Fremdunterbringung von Kevin geben wird, aber eine entsprechende Installa-

tion von unterschiedlichen Hilfemaßnahmen für die Familie eingeleitet werden soll. Eine Familienhebamme oder eine aufsuchende Familienberatung (beides kommt letztendlich nicht zustande) sowie Frühförderung für Kevin, um seine Entwicklungsverzögerungen zu behandeln, sollen installiert werden.

Zu diesem Zeitpunkt erscheint es höchst unverständlich, warum es keinerlei Gespräche, geschweige denn eine Fallkonferenz gab, in der eine Fremdunterbringung Kevins hätte diskutiert werden können/müssen. Dieses Thema wurde, wenn überhaupt, nur einmalig seitens der Kinderklinik aufgebracht, die aber angesichts der guten und liebevollen Mitarbeit der Kindsmutter anscheinend schnell wieder Abstand von diesem Gedanken nahm. Nicht zuletzt auch deswegen, weil die Einschätzung durch den Casemanager höchstwahrscheinlich positiv für die Kindsmutter und den Ziehvater ausfiel.

Am 28. Oktober 2004 kommt es durch das Einwirken des Casemanagers zu einem Termin zwischen einem Mitarbeiter der Frühen Hilfen und der Familie. Es gab einen Hausbesuch und der Mitarbeiter der Frühen Hilfen meldet dem Casemanager zurück, dass er mit der Gesamtsituation zufrieden sei und die Maßnahme in sechs Wochen beginnen kann.

Zum Einsatz der aufsuchenden Familienberatung kommt es hingegen nicht, da der Ziehvater in einem Telefongespräch mit dem Casemanager (19. Oktober 2004) deutlich macht, dass er davon zunächst absehen möchte. Jedoch soll Kevin wöchentlich in der Kinderklinik vorgestellt werden. Diese Information würde die Kinderklinik an Kevins Kinderarzt weiterleiten.

Circa einen Monat später eskaliert die Situation jedoch erneut, denn Kevin wird zum ersten Mal durch die Polizei in Obhut genommen.

Am 23. November 2004 erstattet die Polizei Bremen Strafanzeige gegen die Kindsmutter wegen Verletzung der Fürsorgepflicht. Aus den Polizeiakten geht hervor, dass die Beamten die Kindsmutter volltrunken und unter Drogen im Hausflur vorfanden, wobei Kevin neben ihr auf dem Boden lag und sehr stark weinte. Er wies zwei rote Stellen im Gesicht auf, weswegen die Beamten davon ausgingen, dass die Kindsmutter Kevin auf den Boden hat fallen lassen.

Kevin verbleibt für einige Tage im Hermann-Hildebrandt-Haus (Kinderheim), nachdem er im Krankenhaus untersucht worden ist. Im Krankenhaus fiel sodann auf, dass Kevin für die Witterungsumstände zu dünn gekleidet und zudem schmutzig war.

Die Kindsmutter und der Ziehvater wenden sich noch am 23. November sofort an den methadonvergebenden Arzt, dieser setzt sich für die Rückführung Kevins stark ein. So wandte sich dieser am 24. November 2004 an das Amt für Soziale Dienste und kündigte schon telefonisch an, dass die Eltern von Kevin diesen zurückhaben wollen. Zudem macht er deutlich, dass er selbst keinen Grund sieht, Kevin nicht wieder in die Obhut der Eltern zurück zu geben.

Am 25. November schickt der methadonvergebende Arzt sodann ein Fax an das Amt für Soziale Dienste, der Casemanager ist zu dieser Zeit abwesend (!), in dem er dem Ziehvater Erziehungsfähigkeit attestiert.

Während der Abwesenheit des Casemanagers wurde jedoch zwischen anderen MitarbeiterInnen des Jugendamtes und den MitarbeiterInnen des Hermann-Hildebrandt-Hauses besprochen, dass zunächst keine Herausgabe Kevins an die Kindsmutter vorgenommen wird. Jedoch wird nach einer kollegialen Beratung innerhalb des Jugendamtes beschlossen, dass Kevin zurückgeführt werden könne, wenn die Kindsmutter und der Ziehvater einer sechswöchigen ambulanten Maßnahme, genannt FiM

(Familien im Mittelpunkt), zustimmten. Die Kindsmutter und der Ziehvater kooperieren zunächst und nehmen die Hilfsmaßnahme an. In einem Bericht des Amtes für Soziale Dienste, Abteilung Jugendamt an das Polizeirevier Gröpelingen (02. Dezember 2004) wird festgehalten, dass die FiM-Maßnahme am 26. November startete und die Kindsmutter zudem „über ihr nicht zu entschuldigendes Fehlverhalten aufgeklärt worden ist“.

Am 29. November 2004 wird Kevin zurückgeführt.

Am 06. Januar 2005 wird die 6-wöchige FiM-Maßnahme beendet. Den Akten des Amtes für Soziale Dienste liegt ein sehr positiver Bericht der MitarbeiterInnen der Maßnahme über die Familie vor, in dem es unter anderem heißt, dass sich beide Eltern fürsorglich um Kevin kümmern und angemessen auf seine Bedürfnisse eingehen können. Zudem hat es nie Hinweise darauf gegeben, dass Kindsmutter oder Ziehvater Alkohol konsumierten. Auch aus dem Protokoll über die Abschlusskonferenz am 04. Januar 2005, an der der Casemanager, die Eltern und zwei Mitarbeiter der Hans-Wendt-Stiftung (freier Träger der FiM-Maßnahme) teilnahmen, geht nur Positives hervor. So heißt es dort, dass das Ziel der Kindeswohlsicherung erreicht sei. Zur weiteren Stabilisierung der Familie sieht der Casemanager wohl eine SPFH-Maßnahme (sozialpädagogische Familienhilfe) als angemessen an, die nach Möglichkeit drei Monate vor der Geburt des zweiten Kindes starten soll. Zudem stehe ja auch noch die Frühförderungsmaßnahme für Kevin an, die auch bald starten soll.

Hier geht zum ersten Mal aus den Akten hervor, dass die Kindsmutter erneut schwanger ist und ihr zweites Kind erwartet. Weitere Informationen hierzu gibt es in den Akten allerdings nicht.

Ob und wann genau die Frühförderungsmaßnahme für Kevin begann, lässt sich ebenfalls nicht rekonstruieren, da kein Aktenvermerk vorhanden ist. Lediglich aus den Unterlagen des Gesundheitsamtes Bremen (datiert auf den 13. Dezember 2004) geht hervor, dass der Antrag der Eltern auf Kostenübernahme für die Frühförderung Kevins Anfang November 2004 eingegangen und Kevin dem Kinderarzt des Gesundheitsamtes Bremen vorgestellt worden sei. Grundsätzlich sei Frühförderung für Kevin angezeigt, da er Entwicklungsverzögerungen im psychosozialen und motorischen Bereich aufweise. Dennoch wird ebenfalls verdeutlicht, dass es nicht die einzige Maßnahme bleiben sollte, um die Familie im Blick zu behalten. Es wird auch von einem Hausbesuch berichtet, der gut verlaufen sei, jedoch sei aufgefallen, dass die Kindsmutter sehr unsicher und unselbständig wirke und häufig Rat bei dem Ziehvater suche. Diesem wird zugetraut, sich adäquat um Kevin kümmern zu können. Der Kinderarzt des Gesundheitsamtes erwähnt aber auch, dass die Eltern zwei Termine beim Gesundheitsamt kurzfristig absagten.

Am 21. Januar 2005 spricht der Ziehvater beim Amt für Soziale Dienste vor. Er mache sich Sorgen, dass Kevin erneut in Obhut genommen werden könnte, denn die Kindsmutter habe sich der Hehlerei schuldig gemacht. Sie habe auch wiederholt Alkohol getrunken.

Auf diese Meldung reagiert das Jugendamt oder der Casemanager nicht. Es gibt zumindest keinen Aktenvermerk, der auf ein Handeln seitens des Casemanagers hindeutet. Erwähnt werden muss an dieser Stelle, dass zu diesem Zeitpunkt (circa zwei Wochen nach der Abschlusskonferenz zu der FiM-Maßnahme) der Casemanager schon von der zweiten Schwangerschaft der Kindsmutter wusste.

Am 04. Februar 2005 geht beim Jugendamt eine Meldung über die Gefährdung des Kindes Kevin K. ein. Sie wurde von dem Kinderarzt von Kevin gestellt, der den Zustand Kevins als gefährdet einstuft, da Kevin innerhalb von kurzer Zeit 500 Gramm abgenommen habe. Daraufhin ist in den Akten keine konkrete Reaktion des Casemanagers vermerkt. Dieser hat lediglich mit dem Kinderarzt telefoniert

sowie ein Schreiben an die Kindsmutter geschickt, mit der eindringlichen Bitte, sich umgehend zu melden. Im Umgang mit der Kindsmutter und dem Ziehvater wird deutlich, dass sie häufig vereinbarte Termine, die Kevin betreffen, nicht einhalten.

Im weiteren Verlauf des Falles wird nun deutlich, dass sich die Gesamtsituation der Familie weiter verschlimmert und der Fall dem Casemanager immer mehr ‚aus dem Ruder läuft‘.

Im Februar 2005 gibt es seitens der Staatsanwaltschaft Bremen aufgrund des Vorfalles im Treppenhaus im November 2004 eine Anfrage an den Casemanager, wie sich die Familiensituation derzeit darstelle und ob sich die entsprechenden Hilfsmaßnahmen, die installiert werden sollten (FiM-Einsatz, aufsuchende Familienberatung sowie Frühförderung für Kevin) positiv auf die Familie auswirke. Erst am 11. März 2005 meldet der Casemanager an die Staatsanwaltschaft zurück, dass sich die Familie positiv entwickle und die FiM-Maßnahme ebenfalls positiv abgeschlossen worden sei. Zudem liefere auch die Frühförderungsmaßnahme für Kevin gut. Interessant ist hier, dass der Casemanager sich laut Aktenvermerk erst nach der Mitteilung an die Staatsanwaltschaft Bremen über den Stand der Frühförderungsmaßnahme bei einem Mitarbeiter der Frühen Hilfen erkundigt. Der entsprechende Aktenvermerk ist auf den 17. März 2005 datiert, wobei der Casemanager notiert, dass der Mitarbeiter der Frühen Hilfen eine positive Entwicklung bei der Familie erkenne. Nach der Mitteilung seitens des Casemanagers an die Staatsanwaltschaft sieht dieser von weiteren strafrechtlichen Sanktionen für die Kindsmutter ab.

Ende Februar 2005 finden noch zwei weitere Gespräche statt. So gibt es einen Aktenvermerk über ein Telefongespräch des Casemanagers mit dem Rechtsanwalt des Ziehvaters. Der Rechtsanwalt äußerte seine Bedenken über die derzeitige Familiensituation, der Ziehvater sei nachweislich aggressiv und die Kindsmutter erneut schwanger, was für die Familie aus seiner Sicht „fürchterlich“ sei (Mäurer 2006: 19). Der Casemanager antwortete daraufhin, dass dies alles bekannt sei und „*ein ständiger Kontakt zur Familie bestehe*“ (ebd.).

Desweiteren findet ein Gespräch mit den Eltern Kevins bei dem Casemanager statt, in dem es aber nicht um Kevin und um die Meldung des Kinderarztes geht, sondern um einen erneuten Polizeieinsatz die Kindsmutter betreffend. So schreibt Mäurer, dass die Kindsmutter gestohlene Sachen von einer Freundin kaufen wollte, dieses aber von der Polizei verhindert wurde. Zudem berichtete die Kindsmutter davon, erneut Alkohol getrunken zu haben, da ein Arzt schlechte Blutwerte bei ihr diagnostiziert hatte.

In den Akten des Amtes für Soziale Dienste finden sich allerdings keine weiteren Unterlagen zu diesem Polizeieinsatz.

Am 07. April 2005 erfolgt dann eine Mitteilung an den Casemanager über die Einstellung der ‚Frühen Hilfen‘ seitens des zuständigen Mitarbeiters. Da der Ziehvater mit einer Bauchspeicheldrüsenentzündung im Krankenhaus liege und die Kindsmutter mit Kevin nach Alfeld fahre, um dort ihr zweites Kind zur Welt zu bringen, würde er seine Tätigkeit beenden müssen (ebd.). Auch hier ist wieder auffällig, dass der Casemanager zwar im Juni 2005 in der Akte vermerkt, dass es seit längerem keinen Kontakt mehr zwischen dem Mitarbeiter der Frühen Hilfen und der Familie gab, aber dennoch eine Verlängerung der Kostenübernahme über den Zeitraum von August 2005 bis Juni 2006 vorlag. Zudem ergeben sich aus den Akten keine Hinweise darauf, dass die Frühförderungsmaßnahme wieder aufgenommen wurde, was den Schluss nahe legt, dass es zu keinem weiteren Kontakt mehr zwischen Frühförderung und der Familie kam.

Die zweite Schwangerschaft der Kindsmutter endet am 29. Mai 2005. Sie erleidet eine Totgeburt. Der Ziehvater setzt sich mit den Mitarbeitern der Hans-Wendt-Stiftung (FiM-Maßnahme) in Verbindung. Die Mitarbeiter der FiM-Maßnahme setzen dann den Casemanager am 01. Juni 2005 von der Totgeburt in Kenntnis.

Mitte Juni 2005 teilt der methadonvergebende Arzt dem Casemanager mit, dass sich die Kindsmutter auf freiwilliger Basis in der Psychiatrie (Klinik Dr. Heines) befindet. Es findet auch ein Treffen zwischen dem CM und dem ZV statt, bei dem der Ziehvater deutlich macht, dass er keine Hilfe bei der Versorgung von Kevin benötige. Der Casemanager weist darauf hin, dass er sich bei Schwierigkeiten sofort ihn wenden soll. Der Ziehvater erwähnt auch, dass der methadonvergebende Arzt erneut Kontakt zur Entgiftungsklinik in Heiligenhafen aufgenommen hat, um eine erneute Entgiftungskur für die Familie zu organisieren. Warum diese Entgiftung stattfinden soll, geht aus den Akten nicht hervor. Es wird lediglich vermerkt, dass die Familie ab dem 18. Juli 2005 einen erneuten Platz zur Entgiftung erhält. Diese Information stammt von dem methadonvergebenden Arzt und wurde von dem Casemanager am 07. Juli 2005 in der Akte notiert.

Am 18. Juli 2005 (Die Familie sollte eigentlich in Heiligenhafen sein) eskaliert die Situation jedoch erneut. Es kommt zu zwei Polizeieinsätzen. Die Kindsmutter und der Ziehvater werden alkoholisiert vorgefunden, die Wohnung befindet sich in desolatem Zustand und Kevin sei laut Polizeibericht sehr verdrückt gewesen. Außerdem verhielt sich der Ziehvater gegenüber der Kindsmutter und den PolizeibeamtInnen aggressiv. Da die Kindsmutter kaum in der Lage war, sich um Kevin kümmern zu können und der Ziehvater ihr die Schuld an dem Vorfall gab, wurde sie in Gewahrsam genommen. Nach dem zweiten Einsatz der Polizei, der als Kontrolle diente, konnten sich der Ziehvater sowie Kevin zwar wieder beruhigen, aus dem Notlagenbericht der Polizei geht aber hervor, dass die Versorgung Kevins stark angezweifelt wird und sie von einer Kindeswohlgefährdung ausgehen. Zudem ist vermerkt, dass es laut Aussage des Ziehvaters in letzter Zeit zu mehreren Vorfällen dieser Art gekommen sei, da die Kindsmutter die Totgeburt nicht verarbeiten könne. Der Ziehvater äußerte gegenüber den BeamtInnen, dass er die Kindsmutter verlassen möchte, da er Angst habe, dass Kevin ihm weggenommen werden könne. Der Notlagenbericht geht noch am gleichen Tag beim Jugendamt ein.

Am folgenden Tag, dem 19. Juli 2005, statten zwei Mitarbeiterinnen des Sozialzentrums Gröpelingen/Walle der Familie einen Hausbesuch ab. Aus dem handschriftlichen Bericht der Mitarbeiterinnen geht hervor, dass Kevin gesehen wurde. Es konnten aber keine Auffälligkeiten festgestellt werden, weder bei Kevin noch bei den Eltern. Mit dem Hinweis, dass sich die Eltern nun doch um eine zeitnahe Entgiftung kümmern sollten und sich bei Problemen mit Kevin an die Professor-Hess-Klinik (Kinderklinik) wenden sollten (der Kinderarzt Kevins sei laut Aussage der Eltern in Urlaub), verlassen die Mitarbeiterinnen die Familie. Kevin wird nicht in Obhut genommen.

Am 25. Juli 2005 vermerkt der Casemanager in den Akten, dass laut des Ziehvaters die Konflikte mit der Kindsmutter behoben seien und diese mit Kevin wieder Kontakt aufgenommen habe. Zudem beginne die Entgiftungskur am 26. Juli 2005, erstmal für drei Wochen, eventuell aber auch länger.

In der Zeit vom 26. Juli bis 22. August 2005 befindet sich die Familie erneut in einer Entgiftungskur in Heiligenhafen.

Am 24. August 2005 wird von dem Casemanager in der Akte vermerkt, dass sich der Ziehvater gemeldet habe. Er sei seit dem 22. August wieder in Bremen, die Entgiftung sei zu Ende. Zudem wollen er, die Kindsmutter und Kevin recht schnell nach Alfeld zu seiner Mutter ziehen, der methadonverge-

bende Arzt will dort schon nach einem betreuenden Arzt suchen. Der Ziehvater sei schon bemüht, dort eine Wohnung für sich und seine Familie zu finden. Die Umzugspläne scheinen aktueller denn je, denn der Ziehvater leitete angeblich schon die ersten Schritte für einen Umzug ein. Seitens des Casemanagers sind keinerlei Bedenken gegenüber diesem Vorhaben zu erkennen. Bis zum Oktober 2005 gibt es laut Aktenlage aber keinen weiteren Vermerk des Casemanagers mehr.

Lediglich Ende Oktober 2005 erklärt der Ziehvater dem Casemanager, dass die Umzugspläne weiterhin aktuell seien, sie wollten aber nun doch nach Hildesheim ziehen. Das hatte der Casemanager einem Schreiben der Frühen Hilfen entnommen, welches er Mitte Oktober erhielt.

Der Ziehvater versicherte zudem, dass er Kontakt zu den Frühen Hilfen aufnehmen wolle und dass Kevin derzeit in einem Hort betreut wird.

Am 11. November 2005 sieht der Kinderarzt Kevin das letzte Mal.

Am 12. November 2005 stirbt die Kindsmutter Sandra. Die Todesursache ist und bleibt ungeklärt. Es kommt in der Folge zu einer Zwangseinweisung des Ziehvaters in die Klinik Dr. Heines. Aus dem Polizeibericht der Polizei Bremen geht zudem hervor, dass sich der Ziehvater während des Notarzteinsatzes aggressiv gegenüber Rettungskräften und PolizeibeamtInnen verhielt und sogar versuchte, die Rettungsversuche zu verhindern, obwohl der Ziehvater den Rettungswagen erst gerufen hatte. Zudem sei ein Fremdverschulden am Tod der Mutter nicht auszuschließen. Kevin wird am gleichen Tag in Obhut genommen und kommt, wie schon bei der ersten Inobhutnahme, in das Herrmann-Hildebrand-Haus (Kinderheim).

Schon am 13. November 2005 besucht der Ziehvater Kevin im Hermann-Hildebrand-Haus und spricht davon, mit ihm zu seiner Mutter nach Hildesheim zu fahren. Der Casemanager spricht jedoch mit den MitarbeiterInnen des Kinderheims ab, dass Kevin zunächst nicht an den Ziehvater herausgegeben wird.

Am 14. November 2005 stellt der Casemanager beim Amtsgericht Bremen einen Antrag auf Übertragung der Vormundschaft über Kevin an das Jugendamt Bremen, der am 17. November bewilligt wird. So erhält das Jugendamt Bremen, Abteilung Amtsvormundschaft die Vormundschaft für Kevin K. Der Antrag seitens des Ziehvaters auf Überlassung der elterlichen Sorge auf ihn wird aufgrund seiner angeschlagenen Gesundheit vom Amtsgericht abgelehnt.

Nach der zweiten Inobhutnahme Kevins kommt es zu mehreren Gesprächen zwischen dem Casemanager und unterschiedlichen Akteuren, die derzeit am Fall beteiligt sind. In einem Telefongespräch zwischen Casemanager und Kevins Kinderarzt, warnt der Kinderarzt den Casemanager davor, Kevin zu seinem Ziehvater zurückzuführen. Auch das Hermann-Hildebrand-Haus befürwortet den Vorschlag nicht, Kevin zum Ziehvater zurückzuführen. Die Gründe dafür sind klar aus dem Aufnahmebericht, den das Hermann-Hildebrand-Haus unter dem 18. November 2005 datierte, ersichtlich. Kevins Gesundheitszustand ist schlecht und sein Verhalten deutet auf starke Entwicklungsverzögerungen hin. Zudem sei der Ziehvater bei seinen Besuchen „unter Einfluss von Drogen/Medikamenten“ gewesen (ebd.: 24). Wann genau der Bericht beim Casemanager einging, ist in der Akte nicht dokumentiert.

Der methadonvergebende Arzt, der Amtsvormund von Kevin, ein Arzt aus der Klinik Dr. Heines, die Leitung des Sozialzentrums Gröpelingen/Walle sowie der Casemanager selbst sind jedoch davon überzeugt, dass eine Rückführung Kevins zum Ziehvater erfolgen kann, wenn dieser mit Kevin zu seiner Mutter zieht, wie er es ja auch schon seit längerem vorgehabt hat. Sie kommen also den Wünschen des Ziehvaters nach und leiten alles für eine Rückführung in die Wege. Zu einer angedachten

Fallkonferenz kommt es jedoch nicht mehr, der Casemanager beschränkt sich darauf, das weitere Vorgehen mit dem Amtsvormund, dem Ziehvater und der Mutter des Ziehvaters zu besprechen. Die Mutter des Ziehvaters stimmt den Umzugsplänen ihres Sohnes und Enkels zu und ist bereit, sich auch etwas um Kevin zu kümmern. Sie könnten außerdem erst einmal bei ihr einziehen und sich dann um eine Wohnung in Alfeld kümmern. Auch der methadonvergebende Arzt sowie der Amtsvormund und die Leitung des Sozialzentrums stimmen der Rückführung Kevins unter der Bedingung des Umzugs nach Alfeld zu.

Trotz der vorgebrachten Bedenken seitens des Kinderarztes und der Leitung des Herrmann-Hildebrand-Hauses wird Kevin am 28. November 2005 zum Ziehvater zurückgeführt. Obwohl sich die Heimleitung des Hermann-Hildebrandt-Hauses zunächst weigerte, Kevin herauszugeben, bestand der Casemanager auf die Herausgabe des Kindes an den Ziehvater. Die Heimleitung hielt dem Druck der anderen Akteure nicht stand und gab Kevin heraus.

An dieser Stelle sei an das ‚Verbot‘ des Amtsleiters erinnert, der gegen Ende des Jahres 2005 darauf hinwies, dass es weitere stationäre Heimaufenthalte *„nicht mehr geben sollte“* (Emig 2007: 457).

Tatsächlich gingen die Inobhutnahmen und stationären Heimaufenthalte in dieser Zeit zurück, was nicht unbemerkt blieb. Insgesamt gab es im Jahr 2005 lediglich 44 Fälle. In den Jahren 1995 - 2004 betragen die Fallzahlen im Durchschnitt jedoch 94. So kam Bürgermeister Böhrnsen der Bitte seitens des Vorstandes des Vereins Säuglingshilfe e.V. Bremen um genaue Prüfung zweier Fälle nach, die sich im Herrmann-Hildebrand-Haus ergeben hatten (darunter auch der Fall Kevin K.), indem er die Sozialsenatorin Röpke auf die Fälle aufmerksam machte und um Berichterstattung bat.

Dies ereignete sich im Januar 2006. Frau Röpke delegierte den Auftrag an den damaligen Amtsleiter, dieser versprach die Prüfung des Falles Kevin K. Nach Erhalt der eingeforderten Berichte, leitete der Amtsleiter die Berichte und einige weitere Unterlagen Ende Februar an die Senatorin weiter. Insgesamt kommen sowohl Amtsleitung als auch die Senatorin Röpke zu dem Schluss, dass im Fall Kevin ausreichend Hilfemaßnahmen geplant und teilweise schon umgesetzt wurden, die den Verbleib des Kindes bei dem Ziehvater (Vaterschaftsanerkennung steht zu diesem Zeitpunkt noch aus, Amtsvormundschaft ist darüber informiert) rechtfertigen.

Obwohl es in einer Stellungnahme zum Bericht der Innenprüfung heißt, dass im Fall Kevin wesentliche Aspekte der fachlichen Vorgaben, wie sie in der Fachlichen Weisung 01/2005 über den Umgang mit Kindern substituierter und drogenabhängiger Eltern (Mäurer 2006: 5, 31) festgelegt wurden, (noch) fehlen, beziehungsweise von den Professionellen nicht umgesetzt worden sind (Hauptorientierung innerhalb der Hilfeplanung sollte die Kindeswohlsicherung sein), überwiegen insgesamt die vor allem für den Ziehvater recht positiven Berichte seitens Amtsvormundschaft und Casemanager. Dies obwohl der Bericht der Innenprüfung den bisherigen gesamten Verlauf des Falles darstellt und zudem der Hinweis auf die noch ausstehende Vaterschaftsanerkennung vorhanden ist, kommen Amtsleitung und Sozialsenatorin nicht zu dem Schluss, dass schon zu dem jetzigen Zeitpunkt ein fehlerhaftes und den fachlichen Ansprüchen nicht gerechtes Handeln des Casemanagers und seitens der Amtsvormundschaft vorliegt. Auch sie segnen den Fall ab mit der Begründung, dass ja Hilfen noch installiert werden. Somit ist nicht verwunderlich, warum auch trotz interner Prüfungen kein Umdenken im Fall Kevin K. stattfand.

In der Rückschau wird deutlich, dass der Ziehvater nie mit Kevin zu seiner Mutter gezogen ist. Er ist lediglich im Dezember 2005 mit Kevin zu seiner Mutter gereist und verweilte dort circa drei Wochen.

Von einem Einzug kann jedoch nicht die Rede sein. Am 09. Januar meldete sich der Ziehvater beim Casemanager und verkündete mit Kevin erstmalig in Bremen zu bleiben und eventuell zu einem späteren Zeitpunkt zu seiner Mutter zu ziehen. Der Casemanager bemüht sich sodann um Unterstützung für den Ziehvater. Zu einem Gespräch zwischen dem Ziehvater, dem Amtsvormund, dem methadonvergebenden Arzt und dem Casemanager kommt es erst am 06. Februar 2006. Das Ergebnis kann so zusammengefasst werden, dass Kevin und sein Ziehvater zunächst beide in Bremen bleiben. Das war der Wunsch des Ziehvaters. Jedoch bleibt die Amtsvormundschaft bestehen. Kevin soll zudem umgehend in eine Tagespflegestelle. Zudem wird der Ziehvater darauf hingewiesen, dass er die Vaterschaft noch nicht anerkannt habe, die Beurkundung der Vaterschaft soll laut Aussage des Amtsvormundes am 15. Februar 2006 im Sozialzentrum stattfinden. Dazu wird es jedoch nicht kommen. Desweiteren soll sich der Ziehvater über eine Kirchengemeinde Hilfe in der Trauerarbeit suchen. Ihm wird verdeutlicht, dass er sich nun nichts mehr leisten könne, da sonst tatsächlich der Kindesentzug droht.

In mehreren Anfragen seitens der Familienrichterin, die schon im Dezember 2005 und dann nochmals im Januar 2006 bei dem Casemanager erfolgte, erkundigte sich die Familienrichterin nach der derzeitigen Familiensituation und bat um Nachricht, ob eine Übertragung der elterlichen Sorge auf den Ziehvater überhaupt möglich sei. Sie bat zudem zu bedenken, dass gerade bei drogenabhängigen Eltern in Substitution besonders auf einen möglichen Beigebruch geachtet werden sollte und ob es derzeit denn *„objektivierbare Erkenntnisse über das aktuelle Leben des Vaters“* gebe (ebd.: 27).

Der Casemanager antwortete direkt nach dem Gespräch am 07. Februar 2006 und teilte der Familienrichterin die Ergebnisse des Gespräches mit. Die Familienrichterin bittet in ihrer Antwort sodann erneut um eine enge Begleitung des Ziehvaters, da aus rechtsmedizinischen Untersuchungen hervorgegangen sei, dass der Ziehvater trotz Substitution starken Beigebruch praktiziere. Auch eine Mitteilung der Bewährungshelferin des Ziehvaters, in der sie klar und deutlich ihre Sorge über die Versorgungsmöglichkeit des Kindes durch den Ziehvater äußert, führt zu keinerlei Reaktion seitens des Casemanagers.

Gegen Ende Februar 2006 kommt es zur Installation der besprochenen Hilfeleistungen für Kevin. Er soll von einer Tagesmutter ganztägig betreut werden und soll zudem erneut Frühförderung bekommen. Anwesend waren der Ziehvater, der Leiter des Sozialzentrums Gröpelingen/Walle, die Sachgebietsleiterin des Sozialdienstes Junge Menschen (SDJM), der methadonvergebende Arzt, der Amtsvormund, der Casemanager, ein Mitarbeiter des Referats Erziehungshilfe/Eingliederungshilfe, ein Mitarbeiter des Jugendamts von der Fachabteilung ‚Junge Menschen‘. Dabei kam heraus, dass der Ziehvater sich einer kirchlichen Trauergruppe anschließen soll, die Entwicklung Kevins bei der Tagesmutter solle weiter beobachtet werden und die Vorstellung Kevins im Kinderzentrum (Klinikum Bremen-Mitte) stehe ebenfalls noch aus.

Am 17. März 2006 meldet die Tagesmutter an den Casemanager zurück, dass Kevin bis zum 17. März nur insgesamt drei Mal bei der Tagesmutter war. Zudem gab es häufig Konflikte mit dem Ziehvater. Dazu kommt, dass sie bei Kevin Verletzungen festgestellt hat. Sie geht davon aus, dass Kevins linkes Bein gebrochen ist. Er hat außerdem überall blaue Flecken am Körper und ein geschwollenes Geschlechtsteil.

Daraufhin gibt der Casemanager diese Information an den methadonvergebenden Arzt weiter, dieser wiederum bestätigt dem Casemanager am nächsten Tag mit dem Ziehvater sprechen zu wollen. Eine

weitere Rückmeldung des methadonvergebenden Arztes an den Casemanager gibt es nicht. In einem Telefongespräch zwischen Casemanager und Ziehvater gegen Ende März 2006 führt der Ziehvater sodann aus, dass sich Kevin nur beim Toben zu Hause den Fuß verstaucht habe. Desweiteren wolle er Kevin nicht mehr zur Tagesmutter bringen, da er mit ihr nicht einverstanden und Kevin dort angeblich nicht gut aufgehoben sei. Der Casemanager bemühte sich danach tatsächlich um eine anderweitige Unterbringung für Kevin, die in Form eines Spielkreises der Frühen Hilfen, bei dem Kevin für circa zehn Stunden in der Woche betreut werden könne, realisiert werden sollte. Auf den Hinweis des Casemanagers die Absprachen einhalten zu müssen, reagierte der Ziehvater erneut sehr kooperativ und sicherte zu, sich auch um einen Termin für Kevin im Kinderzentrum zu kümmern.

Am 20. April 2006 kommt es wieder, aufgrund der Bitte des Leiters des Sozialzentrums Gröpelingen/Walle, zu einer erneuten Fallkonferenz. Teilnehmende sind dieses Mal der Ziehvater, Kevin, der Casemanager, der Amtsvormund und die Sachgebietsleiterin des SDJM. Grund ist die Überprüfung der bisherigen Fortschritte seitens des Ziehvaters seit dem letzten Hilfeplangespräch im Februar 2006. Das überraschende Ergebnis lautet wie folgt: Der Ziehvater habe Kevin bei dem sozialpädagogischen Spielkreis Lebenshilfe angemeldet, dieser startete am 18. April 2006. Er besucht die Trauergruppe in einer Baptistengemeinde und auch die Frühförderung für Kevin läuft angeblich gut. Zudem muss erwähnt werden, dass das Gespräch auf den 12. April datiert war, der Ziehvater aber nicht erschien. In Gesprächen reagierte er extrem angespannt und aggressiv. Desweiteren wurde in dem Gespräch deutlich, dass der Ziehvater derzeit nur Sozialhilfe bezieht und keine Leistungen der BAGIS (Bremer Arbeitsgemeinschaft für Integration und Soziales) erhält, was ihm aber eigentlich zustehen müsste. Sein Rechtsanwalt sei eingeschaltet worden.

Tatsächlich ist es so, dass die BAGIS dem Ziehvater die weitere Auszahlung von ALG II seit dem 01. April 2006 verweigerte. Er sollte ohne ärztliche Begutachtung und ohne gutachterliche Stellungnahme in die Sozialhilfe (SGB XII) umgesteuert werden.

Der Ziehvater ist über die finanzielle Situation sehr aufgebracht. Letztendlich ist der Ziehvater bis zum 11. Mai 2006 absolut Mittellos (bis auf eine Abschlagszahlung in Höhe von 200 Euro). Erst ab diesem Zeitpunkt nimmt die BAGIS die Zahlungen aufgrund eines vom Ziehvater erwirkten Verwaltungsgerichtsbeschlusses wieder auf, inklusive Nachzahlungen. Allerdings kommt es im Juni und Juli 2006 erneut zu Zahlungsrückständen durch die BAGIS an den Ziehvater. Die finanzielle Situation des Ziehvaters bleibt also nach wie vor unsicher und angespannt. Emigs These dazu lautet, dass es durch diese Ereignisse zu einer Eskalation und weiteren Dramatisierung der Situation kam, die zeitlich gesehen in Zusammenhang mit dem weiteren Verlauf des Falles und letztendlich auch mit dem Tod Kevins gebracht werden müssen (Emig 2007: 461).

So scheint es in der Rückschau nicht verwunderlich, dass der Ziehvater nicht zu den angedachten Untersuchungen im Gesundheitsamt erschien, um mit Kevin vorstellig zu werden und Kevin auch nicht zum Spielkreis brachte.

Bei der Aktenführung ist hier ebenfalls interessant, dass es zwischen dem 26. April und dem 07. Juni 2006 keinerlei Aktenvermerke mehr gab. Zudem verwundert der Inhalt des Berichts für die Amtsleitung vom 26. April 2006, da er die angedachten Hilfsmaßnahmen als schon angelaufen oder geplant bezeichnet, in der Akte selbst aber jegliche Nachweise, beispielsweise Angaben zu den Kontakten des Ziehvaters zu der kirchlichen Trauergruppe oder eine Bestätigung des für Kevin zugewiesenen Platzes

im Spielkreis, fehlen. Ebenfalls liegen keine Informationen über eine Reaktion seitens des Amtsleiters zu diesem Bericht vor.

An dem erwähnten 07. Juni 2006 geht aus den Akten hervor, dass nun der Amtsvormund den Casemanager um ein erneutes Treffen bittet, da er durch den Kinderarzt des Gesundheitsamtes von den nicht wahrgenommen Terminen seitens des Ziehvaters erfahren hat. Für ihn sei „*nunmehr eine Grenze überschritten*“, (Mäurer 2006: 38). Der Casemanager sagt jedoch aufgrund des Umzugs seiner Behörde ein schnelles Treffen ab und verweist darauf, dass es frühestens in 2 Wochen zu einem Treffen kommen könne. Zudem verteidigt der Casemanager den Ziehvater und erwähnt den immer noch andauernden Streit mit der BAgIS um die Auszahlung von Leistungen und um die Umsteuerung des Ziehvaters in die Sozialhilfe. Aufgrunddessen sei es eben nicht verwunderlich, dass der Ziehvater die Termine nicht einhalten könne. Zu dem erbetenen Treffen kommt es letztendlich nie.

Auch in den Berichten der Sachgebietsleiterin des SDJM an die Amtsleitung (20. Juni und 28. Juni 2006) wird die schwierige finanzielle Lage des Ziehvaters aufgrund des Streits mit der BAgIS beschrieben, wobei die Sicht auf den Ziehvater eine sehr positive ist. Dennoch werden auch hier wieder Maßnahmen als positiv bewertet, die noch gar nicht stattgefunden haben (Spielkreis). Ihre durchweg optimistische Einschätzung der derzeitigen Situation gründet lediglich auf Eindrücken, die sie bei einem Telefongespräch mit dem Ziehvater erhielt.

Anfang Juli 2006, so die Vermutung, stirbt Kevin.

Im Juli 2006 kommt es zunächst zu einer ersten telefonischen Meldung der Leiterin der Frühen Hilfen an den Casemanager, dass Kevin nicht am Spielkreis teilgenommen hat (genaues Datum: 07.07.2006). Die zweite telefonische Meldung der Leiterin der Frühen Hilfen, dass Kevin auch weiterhin nicht am Spielkreis teilgenommen hat, erfolgt am 31. Juli 2006 an den Casemanager. Zudem habe auch die Frühförderung immer noch nicht begonnen, da der Ziehvater die Termine kurzfristig absage oder die Familie nicht zu Hause anzutreffen sei. Die Leiterin betont, dass sie sich ernsthaft Sorgen um das Wohlergehen von Kevin mache. Dieser Hinweis wird aber vom Casemanager scheinbar ignoriert, denn er antwortet, dass die Zusammenarbeit mit dem Ziehvater eh schwierig sei, alle am Fall Beteiligten aber davon wissen und es einen regen Kontakt mit dem Ziehvater, dem methadonvergebenden Arzt und Kevin gebe.

Der Casemanager telefoniert noch am 31. Juli 2006 mit dem Ziehvater. Dieser sagt, er sei auf dem Weg zu seiner Mutter, den Spielkreis solle Kevin dann ab Anfang August nach der Rückkehr in Anspruch nehmen.

Zuvor, am 18. Juli 2006, berichtete der Casemanager dem Amtsleiter in seinem Bericht, dass die Gesamtsituation der Familie als zufriedenstellend einzustufen sei und dass ein Kontakt zu den Frühen Hilfen besteht. Zudem habe Kevin nach den Sommerferien auch einen Platz beim sozialpädagogischen Spielkreis. Der Kontakt zum methadonvergebenden Arzt sei regelmäßig, dieser sehe Kevin zudem auch häufig.

Erneut werden also Maßnahmen als gut laufend beschrieben, von denen der Casemanager entweder weiß, dass sie eben nicht gut laufen, weil sie noch immer nicht starten konnten (erste Meldung am 07.07.2006) oder aber letztendlich gar nichts davon wissen kann, da die Meldungen der andauernden Nicht-Teilnahme erst am 31. Juli 2006 erfolgten (s.o.).

Am 07. August 2006 teilt der Ziehvater dem Casemanager telefonisch mit, dass er erneut zur Mutter fahren müsse, da sein Stiefvater verstorben sei. Er will aber mit Kevin am 14. August zurück sein,

damit dieser dann endlich in den Spielkreis kann. Es gibt erneut die Überlegung doch zur Mutter ziehen zu wollen.

Gegen Ende August 2006 stellt sich heraus, dass Kevin nie beim Spielkreis war. Es gab keine Rückmeldung des Ziehvaters auf Anrufe seitens der MitarbeiterInnen des Spielkreises, somit werden die Frühen Hilfen beendet. Diese Meldung erhält auch der Casemanager, der wiederum nur mit einem Schreiben an den Ziehvater reagiert und das Verhalten des Ziehvaters als typisch darstellt. Außerdem geht er davon aus, dass sich dieser mit Kevin noch immer bei seiner Mutter aufhalte.

Auch auf eine erneute Anfrage seitens der Familienrichterin gegenüber dem Casemanager am 21. August 2006 bezüglich der aktuellen Familiensituation antwortet der Casemanager wie gewohnt positiv: Es sei alles in Ordnung, man habe ständig Kontakt zum Ziehvater und auch zum methadonvergebenden Arzt, der in dem Hilfeprozess miteinbezogen sei. Der Ziehvater will wahrscheinlich doch zu seiner Mutter ziehen. Auf die Warnung der Familienrichterin, die den methadonvergebenden Arzt als problematisch und unprofessionell sieht, reagiert der Casemanager nur mit einem Dank für die Information.

September 2006: Da der Casemanager im Urlaub ist, kümmern sich vor allem die Sachgebietsleiterin des Sozialzentrums in Gröpelingen/Walle und der Amtsvormund um den Fall Kevin. Es stellt sich durch Telefonate mit der Mutter des Ziehvaters heraus, dass der Ziehvater keine Absichten hatte zur eigenen Mutter zu ziehen und dass die angeblichen Besuche nie stattgefunden haben. Auch der Stiefvater lebe noch. Zudem war Kevin nie im Spielkreis und hatte seit April 2006 keinen direkten Kontakt mehr zu den MitarbeiterInnen des ‚Hilfesystems‘ (die Leiterin vermerkte schon in der Mitteilung an den Casemanager im Juli 2006, dass Kevin zuletzt am 24. März 2006 zum Erstgespräch gesehen worden ist). Die Sachgebietsleiterin und der Amtsvormund leiten zusammen mit der Familienrichterin nun die Inobhutnahme Kevins vor.

Oktober 2006: Nachdem der Ziehvater mehrere Gerichtstermine bei dem Familiengericht versäumt hat, wird in Absprache mit der Familienrichterin, dem Casemanager (dieser ist nun zurück aus dem Urlaub), der Sachgebietsleiterin und dem Amtsvormund die Inobhutnahme per Herausgabebeschluss beschlossen. Der Casemanager sagt seine persönliche Beteiligung bei der Inobhutnahme aus terminlichen Gründen kurz vorher ab.

Am 10. Oktober 2006 wird Kevins Leiche im Kühlschrank des Ziehvaters aufgefunden.

Es bleibt allerdings unklar, wer Kevin fand und wie der Hausbesuch am 10.10.2006 insgesamt ablief. Angeblich waren bei dem Hausbesuch eine Gerichtsvollzieherin und/oder MitarbeiterInnen des Jugendamtes Bremen anwesend. Es gibt hierzu keinerlei Aktenvermerke mehr (ebd.: 47/Emig 2007).

Am 20. Oktober 2006 beantragen die Fraktionen Bündnis 90/Die Grünen, SPD und CDU die Einsetzung eines parlamentarischen Untersuchungsausschusses (PUA). Der Mäurer-Bericht erscheint am 31. Oktober 2006.

Im Oktober und November 2006 wird Haftbefehl gegen den Ziehvater durch das Amtsgericht Bremen wegen des dringenden Verdachts der Misshandlung Schutzbefohlener und des Totschlags erlassen. Desweiteren kommt es zu Ermittlungen durch die Staatsanwaltschaft gegen die beteiligten MitarbeiterInnen des Amtes für Soziale Dienste wegen des Verdachts der Verletzung der Fürsorgepflicht.

Am 02. November 2006 kommt es zur Einsetzung des PUA.

2.2 Fallanalyse

2.2.1 Was ist eigentlich der Fall?

Der Fall Kevin K. und dessen eklatant fehlerhafte Bearbeitung zeigt auf, inwieweit sich Professionelle von der Lebenswirklichkeit ihrer KlientInnen entfernen können, wenn sie den Blick für die konkrete Lebenswelt ihrer KlientInnen verlieren und sich ganz und gar auf die korrekte Fallbearbeitung und Aktenführung konzentrieren. Es wird das sichtbar, was Fritz Schütze als „*Spannung zwischen Lebenswelt und System*“ (Gröning 2016: 5) beschreibt.

Die Professionellen müssen, so Gröning (2016), zwangsläufig zwischen der Lebenswelt ihrer KlientInnen und der Akte, bzw. der bürokratischen Aktenführung, die mit ihren eigenen Codes und Regeln operiert, hin und her pendeln. Es entstehen Spannungen, die der Professionelle aushalten und ausbalancieren muss. Problematisch wird es jedoch, wenn genau diese Pendelbewegung fehlt und Fälle nur noch nach Aktenlage bearbeitet und „gelöst“ werden. Es kommt häufig zu Fehleinschätzungen, der Fall verschwindet in der Akte und hat mit der Lebenswirklichkeit der KlientInnen nichts mehr zu tun. Handlungsstereotypen und -paradoxien werden in der Akte sichtbar und spiegeln den versachlichenden und reduzierenden Handlungstypus der Fallverantwortlichen, im Fall Kevin K. insbesondere des Casemanagers, wider (ebd.: 4).

Der Fall Kevin K. kann als ein solcher Fall betrachtet werden. Er wird in seinem chronologischen Verlauf immer komplexer, zeigt deutliche Widersprüche auf, die von den Professionellen aber nicht gesehen werden. Auch eine interne Überprüfung des Falles führt zu keinem Umdenken der am Fall Beteiligten und auch zu keinem Eingreifen seitens der Amtsleitung oder der politisch Verantwortlichen. Nicht zuletzt auch deswegen, weil der Fall in den Berichten, die an die Leitungen gehen, von den Fallverantwortlichen ‚glattegezogen‘ wird. Die Entscheidungen erscheinen dementsprechend nachvollziehbar und legitim.

Die Aktenführung an sich kann als chaotisch bezeichnet werden, da es teilweise große Lücken innerhalb der zeitlichen Dokumentation als auch innerhalb der inhaltlichen Struktur gibt. Der Fall wirkt insgesamt nicht kohärent und die unübersichtliche Dokumentation steht sinnbildlich für das Chaos, welches die Falldynamik maßgeblich bestimmt.

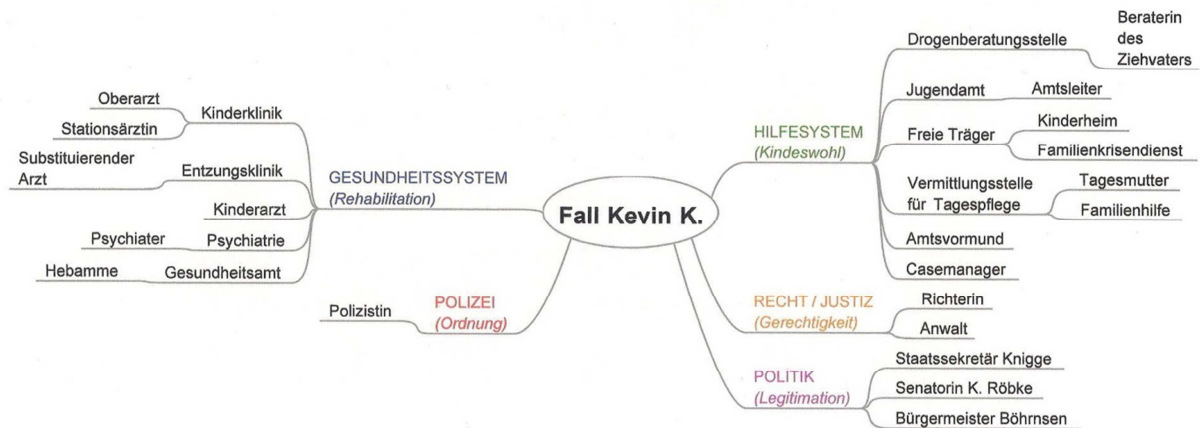
Nicht zuletzt ist der Fall Kevin K. von Rangordnungskämpfen unterschiedlicher Berufsgruppen und Systeme (Hilfesystem, Gesundheitssystem, politisches System, Justiz, Polizei) mit unterschiedlichen Handlungsmaßstäben gekennzeichnet, in denen sich ein System durchsetzt.

Auch wird die Schnittstellenproblematik, also die Spaltung zwischen dem Zentrum (Leitungsebene) und der Peripherie (Fachexperten, wie Sozialarbeiter, Casemanager, etc.), beziehungsweise auch zwischen der Lebenswelt der Familie K. und dem ‚Akten-System‘ deutlich. So besteht kaum Kontakt zwischen Peripherie und Zentrum. Der Kontakt beschränkt sich vor allem auf Berichterstattungen der ausführenden Ebene an die Leitung, wobei die Leitung selten Rückmeldung an die Peripherie gibt. Dies ist augenscheinlich auch nicht notwendig, da die Berichte fast alle einen positiven Verlauf des Falles beschreiben, jedoch am wirklichen Verlauf des Falles vorbeigehen. Die Spaltung zwischen Lebenswelt und aktengerechter Fallbearbeitung und Dokumentation wird zunehmend eklatant.

Darüber hinaus entstehen Misstrauen und Konkurrenzkämpfe einzelner Berufsgruppen, dabei bleibt unklar welche Akteure welche Positionsrolle einnehmen. Es drängt sich somit die Frage auf: Wer hat eigentlich die Entscheidungsmacht?

2.2.2 Wer ist wie beteiligt? System- und Akteur-Aufstellung

Zunächst werden die verschiedenen Systeme und die an dem Fall mitwirkenden Akteure betrachtet.



Die vorliegende Grafik gibt einen Überblick über die große Anzahl von Akteuren, die mit dem Fall Kevin K. in Verbindung stehen. Einige Akteure können explizit genannt werden, andere bleiben unerkannt hinter ihrer Institution und dessen Organisation. Dem betroffenen Casemanager wird die Steuerung des Falls zugeteilt. Dazu gehört, neben der Beobachtung, auch die Kontrolle von Leistungen der verschiedenen Systeme. Die Grafik zeigt fünf verschiedene Systeme auf: Das Gesundheitssystem, das Hilfesystem, Recht und Justiz, sowie Politik und Polizei. Jedes dieser Systeme verfolgt eigene Ziele und handelt entsprechend nach eigenen Handlungsmaßstäben. Das Hilfesystem bemüht sich um das Kindeswohl, wobei das Gesundheitssystem um die Rehabilitation ihrer KlientInnen bemüht. Diese zwei großen Systeme treffen auf drei weitere, die wiederum eigene Ziele verfolgen: Ordnung schaffen (Polizei), für Gerechtigkeit sorgen (Recht/Justiz) und Legitimation (Politik).

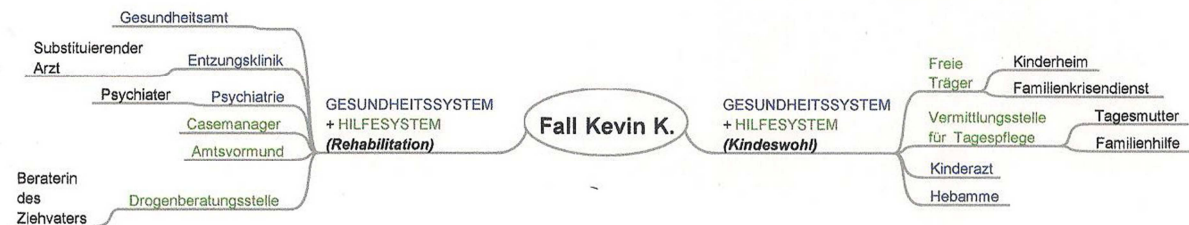
Im Zentrum des Hilfesystems steht das Kindeswohl. Der Handlungsmaßstab muss Kindeswohlsicherung sein und muss von den VertreterInnen des Hilfesystems auch dann durchgesetzt werden, wenn er mit anderen Handlungsmaßstäben kollidieren sollte. Im Fall Kevin K. ist dies der Fall, denn ein weiterer Handlungsmaßstab, der insbesondere im Rahmen der medizinischen Betreuung der Eltern wirksam wird, ist der der Rehabilitation. Anhand der Falldarstellung wird deutlich, dass die Behandlung der Drogensucht und die Begleitung der Substitution der Kindsmutter Sandra und des Ziehvaters Bernd zur wichtigsten Aufgabe innerhalb des Falles werden.

Auch der Casemanager, der eigentlich das Kindeswohl im Blick haben sollte, ordnet sich im Verlauf des Falles der Logik des Gesundheitssystems und des Handlungsmaßstabs Rehabilitation unter. Dabei spielt der substituierende Arzt des Ziehvaters Bernd eine bedeutende Rolle. Er ist durchgängig an dem Fall beteiligt und wird im Verlauf eine Art Vermittler zwischen Kindsmutter, Ziehvater und dem Casemanager. Zudem wird er von dem Casemanager häufig gebeten, bei Konflikten mit den Eltern zu sprechen und entsprechend Anträge im Sinne Kevins zu stellen (Mäurer 2006: 54f). Es entsteht der Eindruck, dass der substituierende Arzt Kevin häufiger zu sehen scheint, als der Casemanager oder der Amtsvormund und dabei als eine Art „Mitarbeiter“ oder „Sachverständiger“ des Amtes fungiert (vgl. ebd.). Eine notwendige Distanz seitens des Casemanagers gegenüber dem Arzt, insbesondere zu dem Zeitpunkt, als er von der Familienrichterin auf die schlechte Zusammenarbeit und die Fehleinschätzungen des Arztes bei anderen drogenabhängigen Patienten hingewiesen wird, bleibt aber aus.

Insgesamt ist erstaunlich, wie stark die Wünsche und Bedürfnisse der Eltern, später dann des Ziehvaters, in den Vordergrund rücken und von den Hauptbeteiligten (Casemanager, Amtsvormund, substituierender Arzt) vorrangig bearbeitet werden. Die Kindeswohlgefährdungen, ebenso wie die Kriminalität des Ziehvaters und die finanziellen Engpässe der Familie, treten innerhalb der Fallbearbeitung

nicht in den Vordergrund. Sie werden sozusagen nebenbei, meistens sogar von anderen Beteiligten, wie der Sachgebietsleiterin, die zeitweise den Fall übernimmt, bearbeitet (vgl. ebd.).

In der zweiten Abbildung (Abbildung B ‚Endaufstellung der Akteure - zwei neue Systeme bilden sich‘) wird verdeutlicht, wie die Endaufstellung der Akteure schlussendlich aussieht.



Diese Grafik zeigt die Entstehung zweier neuer Systeme auf. Im Verlauf des Falls Kevin K. überkreuzt sich das Gesundheitssystem mit dem Hilfesystem. Es entstehen zwei gemischte Systeme; ein System stellt sich hinter die Rehabilitation und das andere vertritt das Kindeswohl. Der Casemanager, als Beobachter und Kontrolleur des Falls, wendet sich von dem Ziel, das Kindeswohl zu vertreten, ab und schreibt der Rehabilitation des Ziehvaters eine wichtigere Bedeutung zu. Andererseits setzen sich Vertreter des Gesundheitssystems wie die Hebamme und der Kinderarzt für das Kindeswohl ein.

Diese Grafik zeigt die zwei neu entstandenen Systeme, denen sich jeweils sowohl Akteure des Gesundheitssystems als auch Akteure des Hilfesystems zugeordnet haben. So betrachten die Vertreter eines der Systeme den Fall als einen Drogenfall mit dem Ziel der Rehabilitation. Die Vertreter des anderen Systems setzen sich mit der Pflege sowie den familiären Umständen des Kindes Kevin K. auseinander und plädieren für das Kindeswohl, bzw. die Kindeswohlsicherung. Schlussendlich setzt sich, wie aus der Falldarstellung ersichtlich wird, das erstgenannte System durch.

Dabei wird der Verbleib Kevins in der Familie für die Eltern als unterstützend angesehen und wird von den entsprechenden Akteuren, Casemanager, Amtsvormund und substituierender Arzt, vehement, auch entgegen die zahlreichen Einwände und Beurteilungen anderer Professioneller (Kinderarzt, Familienhebamme, Tagesmutter und Leitung des Herrmann-Hildebrand-Hauses) aus den unterschiedlichen Systemen, durchgesetzt.

Zunächst können wir festhalten, dass der vorliegende Fall in den jeweiligen Systemen als ein sozial hergestellter Fall betrachtet wird. Dabei beziehen sich die jeweiligen Systeme jedoch auf unterschiedliche Lebensverhältnisse der Familienmitglieder. Durch die deutlich gewordenen Mängel der Kooperation und der fehlenden Reflexion der geleisteten Arbeitsschritte wird die eigentliche, die ‚konkrete Lebensrealität‘ sowie die ‚konkreten Lebensverhältnisse‘ nicht erkannt und die angemessene Fallbearbeitung verfehlt (Braun et al.: 27f).

Es werden zwar materielle, soziale, kulturelle und institutionelle Dimensionen des Falls erfasst, jedoch unabhängig voneinander, von verschiedenen Akteuren aus verschiedenen Systemen, mit gegensätzlichen Behandlungssettings. Somit wird auch die Einbettung des sozialen Falls in den sozialen Kontext verfehlt (ebd.).

Aus verschiedenen Blickwinkeln heraus versuchen die zahlreichen Akteure aus unterschiedlichen Systemen in das Handeln der betroffenen Familie einzugreifen und dieses zu verändern. Laut Braun et al. (2011) sollte in der Auseinandersetzung mit der ‚Lebensrealität‘ der KlientInnen vorhandene Muster und Strukturen erkannt werden, die das Handeln der betroffenen Personen, hier das der Eltern von Kevin K., bestimmen. Werden diese Muster und Strukturen erkannt, kann das Handeln der

Familienmitglieder verstanden werden und für die Professionellen, die sich außerhalb der Lebensrealität befinden, nachvollziehbar werden (ebd.).

Jedoch wird bereits in der Falldarstellung deutlich, dass der beauftragte Casemanager sich nicht nur mit der Lebensrealität der Familie (bzw. der einzelnen Familienmitglieder) *nicht* beschäftigt, sondern zusätzlich nach dem Handlungsmaßstab Rehabilitation des Gesundheitssystems handelt. Der Casemanager scheint den Fall Kevin K. aus der Sicht des substituierenden Arztes zu betrachten.

Leider lässt sich keine Auseinandersetzung mit der Sicht des Ziehvaters und mit der der Kindsmutter auf ihre Lebenswelt erkennen. Jedoch gehört zur Erschließung eines sozialpädagogischen Falles auch, *„zur Wirklichkeit der Erfahrung und Anstrengungen [der Betroffenen] vorzudringen und zu verstehen, wie die Welt [aus ihrer Sicht] gesehen und gestaltet wird“* (ebd.: 29). Weiterhin nennen Braun et al. weitere Merkmale der Erschließung der Lebenswelt wie

„die Erschließung der Lebensperspektiven, der Deutungsmuster, der Handlungspotentiale, der Sinnmuster, der Muster der Problementfaltung und -bearbeitung sowie die Grenzen der Gestaltungsmöglichkeiten durch lebensgeschichtliche Behinderungen, Benachteiligungen und Leidensprozesse.“ (ebd.)

Die Erschließung der Lebenswelt der Betroffenen stellt demnach eine Herausforderung an die Soziale Arbeit dar, deren Handlungs- und Bewältigungsmuster dem Sozialarbeiter fremd sind und zunächst nicht nachvollzogen werden können.

Wie auch in dem vorliegenden Fall deutlich wird, wird die Erschließung der Lebenswelt verfehlt oder bleibt der Versuch danach erfolglos. So versuchen die verschiedenen Akteure die ihnen bereits bekannten (von deren Organisation / Institution vorgegebenen) Deutungsmuster zu verwenden, was von den Betroffenen, in dem Fall die Kindsmutter und den Ziehvater, als radikal empfunden und immer wieder abgelehnt wird. Auch im Fall Kevin K. wird deutlich, dass es immer wieder zu Abbrüchen angefangener Maßnahmen kommt (Familienhebamme oder Tagesmutter) und das schon recht schnell nach Beginn der Hilfen.

Auch Emig betont, dass es gerade in Fällen mit komplexen Problemlagen, wie im Fall Kevin K., darauf ankommt, dass die unterschiedlichen, am Fall beteiligten Systeme miteinander kooperieren und sich auf ein gemeinsames Ziel verständigen. Ansonsten drohe die Gefahr, dass die KlientInnen *„ihre Geschichte nicht mehr selbst schreiben und sie im Netz der Institutionen des Helfersystems hängen und verstrickt sind“* (Emig 2007: 463).

Außerdem müssen die Fallverantwortlichen in der Lage sein, ein ganzheitliches Bild der sich darstellenden Situation zu erfassen. Das geht aber nur, wenn sie in Kontakt mit der Lebenswelt der KlientInnen bleiben und sich bei der Erkundung der fremden Lebenswelt nicht schon überlegen, wie sie den Fall ‚aktengerecht‘ dokumentieren können (Gröning 2016: 6).

Um dies zu erreichen, hätte der Casemanager als Fallverantwortlicher auf regelmäßige Fallkonferenzen hinwirken müssen. Zu Beginn fanden zwar drei Fallkonferenzen in der Geburtsklinik Kevins statt, allerdings kam es im weiteren Verlauf des Falles nur durch das Einwirken der Amtsleitung zu weiteren Fallkonferenzen. Zusätzlich nahmen an diesen Konferenzen auch nur ein kleiner Teil der am Fall Beteiligten teil. Diejenigen, die auf eine Inobhutnahme Kevins hinwirkten, wie der Kinderarzt oder auch die Tagesmutter sowie die Leitung des Herrmann-Hildebrand-Hauses, wurden erst gar nicht eingeladen.

Auch die Verständigung mit der Polizei, der Staatsanwaltschaft und den Gerichten (Familienrichterin) verlief schleppend. Zumeist antwortete der Casemanager auf Anfragen verspätet, seine Aussagen blieben ungenau oder beschönigten die Situation der Familie (vgl. Mäurer 2006).

2.2.3 Schnittstellenproblematik und Rangordnungskämpfe zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Systemen

Wie bereits in den vorherigen Abschnitten deutlich gemacht wurde, entstehen viele Probleme an den Schnittstellen der angeführten Systeme (vgl. Abbildung A). Aber auch innerhalb des Hilfesystems kommt es zu schwerwiegenden Kommunikationsproblemen.

In dem Studienbrief „Theorie der Organisationen und ihre Bedeutung für die Supervision“ geht Gröning u.a. auf die Schnittstellenprobleme in Organisationen ein. Als Gründe für die Entstehung der Schnittstellenprobleme in Organisationen, hier am Beispiel des Krankenhauses, werden neben der medizintechnischen Entwicklung auch die professionelle Spezialisierung und die institutionelle Ausdifferenzierung gesehen (vgl. Gröning 2011: 59).

Die große Anzahl von unterschiedlichen Handlungsträgern in Organisationen erhöht die Probleme an den Schnittstellen verschiedener Systeme, aber auch innerhalb eines Systems. Zwischen den vorhandenen Berufsgruppen entstehen Konflikte, wie auch in dem Fall Kevin K. In der vorliegenden Falldarstellung werden vor allem die Konflikte zwischen den behandelnden Ärzten (Gesundheitssystem) und den Angehörigen des Hilfesystems angesprochen, die als Macht- und Interessenkonflikte gedeutet werden können. Betrachten wir das gesamte System, werden die gegensätzlichen Interessen und die Ausübung von Macht höher gestellter Professionen, den sogenannten „klassischen Professionen“ (vgl. Braun et al. 2011: 22ff), erkennbar.

So hatten sowohl der substituierende Arzt des Ziehvaters, als auch die Ärzte der Professor-Hess-Kinderklinik und der Arzt aus der Psychiatrie, in der der Ziehvater nach dem Tod der Kindsmutter Sandra kurzzeitig war, einen großen Einfluss auf den Casemanager. Jener wiederum konnte auch den Amtsvormund auf seine Seite ziehen. Die Folge davon war, dass sich der Casemanager und auch der Amtsvormund hinter die Meinungen und Einschätzungen der Ärzte, insbesondere der des substituierenden Arztes, stellten und diese ebenfalls vertraten.

Sie betrachteten den Fall Kevin K. als einen isolierbaren und auf ein Problem reduzierbaren Fall, wobei das Problem in der Drogensucht und in der noch andauernden Substitution der Eltern gesehen wurde. So scheinen Ärzte, Casemanager und Amtsvormund die simple Annahme vertreten zu haben, dass, wenn die Substitution erst einmal erfolgreich verlaufen sei, die Familie sich schon wieder stabilisieren werde. Hilfemaßnahmen, wie Frühförderung für Kevin oder später der Spielkreis, wurden zudem als ausreichend betrachtet. Und das auch, obwohl andere Professionelle ihre Bedenken deutlich äußerten (vgl. Mäurer 2006).

Für die betroffene Familie erscheint die Situation als unübersichtlich, denn es ist eine Vielzahl von verschiedenen Akteuren an ihrer Lebensgestaltung beteiligt. Die Verbindung zwischen den unterschiedlichen Bezugspersonen ist auch im vorliegenden Fall den Betroffenen unklar. Durch verschiedene Orte und Personen werden die Betroffenen zusätzlich irritiert (vgl. Gröning 2011: 62). So wendet sich der Ziehvater nach dem Tod der Kindesmutter nicht an den Casemanager, der eigentlich die Fallverantwortung trägt, sondern an die SozialarbeiterInnen der FiM Maßnahme. Diese hatten tatsächlich über einen längeren Zeitraum (ca. sechs Wochen) mit der Familie Kontakt und galten in ihrer Wahrnehmung wahrscheinlich als vertrauenswürdige Bezugspersonen.

Gröning unterscheidet die Schnittstellenkonflikte in verschiedenen Zusammenhängen. Einige Aspekte bezüglich des „*personellen Zusammenhangs*“, wie die Mitwirkung von unterschiedlichen Professionellen, die Vielzahl von Bezugspersonen, Diskontinuitäten im Ablauf der Fallbearbeitung, die gegensätzlichen Behandlungssettings und das zeitlich weit gestreckte Nacheinander der verschiedenen Akteure wurden bereits angesprochen (ebd.: 63).

Zum „*konzeptionellen Zusammenhang*“ nennt Gröning die gegenseitige Blockade und die Desorientierung (ebd.). Auch im vorliegenden Fall ist an vielen Stellen eine Blockade von geforderten Handlungsoptionen zu erkennen. Als Beispiel soll die Forderung des Kinderarztes dienen, der den Casemanager über die bereits vorhandene und sich weiter fortsetzende Kindeswohlgefährdung informiert und die Herausnahme von Kevin aus der Familie gefordert hat. Doch werden diese Forderungen wiederum von dem substituierendem Arzt des Ziehvaters blockiert, indem dieser seine Forderung vertritt und sich stark gegen die Herausnahme Kevins aus seiner Familie einsetzt.

Klatetzki definiert die Kommunikationsprobleme in sozialen Dienstleistungsorganisationen mit den Kategorien von ‚System‘ und ‚Lebenswelt‘. Innerhalb der Organisation gibt es unterschiedliche Orte, an denen Leistungen verschiedener Art erbracht werden. Diese Orte benennt er als zentral und dezentral (Gröning 2011: 65f). Auch werden die sozialen Praxen an den jeweiligen Orten unterschieden. Diese unterscheiden sich, denn die eigentliche Praxis erfolgt an den dezentralen Ort, also in der Lebenswelt der KlientInnen.

Dem zentralen Ort wird der Bereich des Managements zugeordnet. Hier „werden die Dienstleitungen auf speziellen Folien, insbesondere Wirtschaftlichkeit und Professionalität, interpretiert“ (ebd.: 65). Die dezentralen Orte sind dadurch charakterisiert, dass sie den Professionellen zunächst als ‚fremd‘ erscheinen. Sie tauchen sozusagen in eine ihnen vollkommen fremde Welt ein, verlässliche Strukturen fehlen dort und routinierte Verhaltensweisen werden von den KlientInnen abgelehnt. Es geht in der Begegnung mit den KlientInnen um Verhandlungen, wobei die Situation immer offen ist (ebd.: 66). Im Gegensatz dazu steht die geschlossene Situation in den zentralen Orten. Dort geht es darum, in möglichst standardisierten und bürokratisierten Mustern zu denken. Die Standardisierung des Handelns des Professionellen soll helfen, eine ähnlich geschlossene, planbare und standardisierte Situation herzustellen, was in der Praxis aber immer wieder an deutliche Grenzen stößt (ebd.).

Auch im Fall Kevin K. können diese strukturellen Systemspannungen ausgemacht werden. Durch die „*Ökonomisierung des Amtes*“, wie es Emig (2007) zutreffend beschreibt, kommt es zu Widersprüchen zwischen Theorie und Praxis, vor allem im Bereich der Amtsvormundschaft und bezüglich des Case-Management-Ansatzes. Zwar existierten entsprechende Fachkonzepte, die auch inhaltlich überzeugen konnten, jedoch wurde die Erfüllung der Vorgaben den Professionellen, die in der Lebenswelt der KlientInnen agierten, unmöglich gemacht, da aufgrund der extremen Personaleinsparungen und der Umstrukturierungsmaßnahmen ein enormer Arbeitsaufwand für einige wenige Professionelle entstand (ebd.: 454f).

Auch Gröning betont, dass durch die „*Ökonomisierung des sozialen Dienstleistungssektors die grundsätzliche kommunikative Offenheit der lebensweltlichen Situation geleugnet [wird]*“, was dazu führt, dass

„empathische Tugenden wie das Zuhören, die Zuwendung, die Bestätigung und Ermunterung nicht mehr als professionelles Handeln, sondern außerprofessionell [...] zugeordnet [werden].“ (Gröning 2011: 66)

Im Fall Kevin K. können diese Entwicklungen in Form der nicht gemachten oder verspäteten Hausbesuche seitens des Casemanagers gesehen werden. Über einen Zeitraum von zwei Jahren und zehn Monaten, kam es laut Aktenlage *nur einmal* zu einem Hausbesuch der Familie K. seitens des Casemanagers (08. Oktober 2004). Lediglich bei den wenigen Fallkonferenzen, bei denen die Kindsmutter und der Ziehvater nicht immer dabei waren, und durch schriftliche Benachrichtigungen oder Telefongespräche hatte der Casemanager Kontakt zur Kindsmutter und zum Ziehvater. Auch während der diversen Heim- und Krankenhausaufenthalte von Kevin sah sich der Casemanager anscheinend nicht genötigt, sich ein Bild der Situation zu machen, indem er beispielsweise Kevin besuchte.

Das Handeln des Casemanagers zeigt, wie der Fall Kevin K. zunehmend in der Akte verschwindet. Er urteilt und handelt nach Aktenlage, holt Informationen über den Fortgang von unterschiedlichen Maßnahmen nur ein, da er der Amtsleitung Bericht erstatten muss. Die Berichte an sich, wie schon erwähnt, beschönigen die prekäre Lage der Familie und besonders die Lage von Kevin.

Die angedrohten Konsequenzen gegenüber der Kindsmutter und später dann vor allem gegenüber dem Ziehvater, die bei Nicht-Einhalten der gemeinsamen Absprachen erfolgen sollten, werden nie in die Tat umgesetzt. Ein angemessenes Kontrollsystem und eine engmaschige Begleitung der Familie K., die nach der fachlichen Vorgabe des Amtes für Soziale Dienste für den Umgang mit Kindern substituierter oder drogenabhängigen Eltern (vgl. Mäurer 2006: 5) eigentlich notwendig gewesen wäre, wurde ebenfalls nicht installiert.

Auch der Amtsvormund sowie das Familiengericht haben, durch die nicht weiter verfolgte Vaterschaftsanerkennung seitens des Ziehvaters (angesetzt war der 15.02.2006) und der damit einhergehenden fälschlichen Anerkennung des Ziehvaters als leiblicher Vater nach dem Tod der Kindsmutter, mit dazu beigetragen, dass Kevin wieder zum Ziehvater zurückgeführt werden konnte (Emig 2007: 450). Dieser Umstand erscheint noch dramatischer, da sich später herausstellte, dass der Ziehvater nicht Kevins leiblicher Vater war (vgl. Mäurer 2006).

Auch die Amtsleitung sowie das politische System, vertreten durch Bürgermeister Böhrnsen und Senatorin Röpke, welche den Fall ab Januar 2006 begleiteten, griffen nicht in das Geschehen ein.

Einerseits deswegen, weil die eingeforderten Berichte ein recht positives Bild der Situation zeigten. Andererseits aber auch aufgrund der Distanz zum Fall, die, so Gröning, bei Professionellen höheren Rangs auch dementsprechend hoch ausfällt (Gröning 2016: 6). Zudem sei nochmals auf die eingangs erwähnten Sparmaßnahmen und Umstrukturierungsprozesse im Amt für Soziale Dienste Bremen hingewiesen. Der Amtsleiter, der laut Emig (2007, S. 455f) eher als „*Sparkommissar*“ denn als fachlicher Leiter auftrat, hatte vorrangig die Einsparungen vor Augen und gab letztendlich auch zu, durch „*den ständigen Strukturwandel*“ nicht mehr ausreichend Kontakt zu den MitarbeiterInnen in den Sozialzentren pflegen zu können. Die in der Leitungsebene entwickelten und vor allem entschlackten Handlungsabläufe wurden somit, ohne fortwährende Prüfung auf ihre Praxistauglichkeit, an die „operative Ebene“ weitergegeben (vgl. Emig 2007). Mit dem nicht wirklich überraschenden Ergebnis, dass sie nicht durchgesetzt werden konnten.

2.2.4. Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Kind Kevin K. stirbt im Alter von zwei Jahren und zehn Monaten unter staatlicher Aufsicht. Das ist das Ergebnis eines Falles, der geprägt ist von internen und externen Systemspannungen. Interne Systemspannungen können in der Spaltung zwischen Leitungseben (Amtsleitung) und Peripherie (ausführende Ebene, hier die MitarbeiterInnen in den Sozialzentren) gesehen werden. Diese und der zusätzliche Druck durch, für die Peripherie nicht nachvollziehbare, extreme Personaleinsparungen und Umstrukturierungsprozesse führten dazu, dass Amtsvormund und Casemanager irgendwann nur noch nach Aktenlage operierten. Der direkte Kontakt wurde ab März 2006 gemieden und es entstand eine gefährliche Distanz zum Fall und zum eigentlichen Geschehen.

Externe Systemspannungen können vor allem in den Konflikten zwischen den Vertretern des Gesundheits- und denen des Hilfesystems gesehen werden. Die Oberhand konnte letztendlich der Handlungsmaßstab Rehabilitation, beziehungsweise Legitimation gewinnen, da sich Casemanager und Amtsvormund den Einschätzungen der Ärzte, vor allem denen des substituierenden Arztes, unterordneten. Die formale Entscheidungsmacht blieb also bei dem Casemanager und dem Amtsvormund, informell entschieden aber vor allem die Ärzte, die die Kindsmutter und den Ziehvater in irgendeiner Weise behandelten/betreuten, über den Verlauf des Falles.

Auch Gröning beschreibt das Problem, wenn unterschiedliche Systeme mit verschiedenen Professionen aufeinander treffen. Schon die unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen, hier die Sozialgesetzbücher, die kaum aufeinander abgestimmt sind, führen letztendlich zu Konflikten die unterschiedlichen Bürokratien betreffend (Gröning 2016: 4).

Olk bringt noch einen weiteren Gedanken ins Spiel. Es sagt, dass

„[gerade] in Fällen, in denen eine Mehrzahl von öffentlichen, freigemeinnützigen und eventuell sogar selbstorganisierten und gewerblichen Anbietern zur Gewährleistung eines bestimmten komplexen Angebotes zusammenwirken sollen, jede beteiligte Organisation dazu [neigt], die Verantwortung für die mangelhafte Qualität des Gesamtproduktes bzw. für das Scheitern bei der Zielerreichung den jeweils anderen Organisationen zuzuschieben.“ (Olk 1994: 28)

Auch im Fall Kevin K. kann von Verantwortungsverschiebung bzw. -leugnung gesprochen werden, da der Casemanager als eigentlich Fallverantwortlicher den Blick für das Kindeswohl verliert und somit auch die Verantwortung für Kevin nicht mehr sieht bzw. nicht wahrnimmt.

3. Fallsupervision - ein Ausweg aus dem Dilemma?

Eine begleitende Fallsupervision im Sinne Fritz Schützes ethnografischer Fallarbeit, wie sie Gröning beschreibt, hätte im Fall Kevin K. zu einem Umdenken bei den Professionellen führen können. Ihr Potential besteht vor allem in der Reflexionsmöglichkeit für die Fallverantwortlichen, um ein „Rausgehen“ aus dem Fall zu ermöglichen und Distanz zum eigenen Handeln aufbauen zu können. Zudem können Verstrickungen im Fall erkannt und sichtbar gemacht werden. Ein weiterer, wichtiger Aspekt ist die Reflexion entstandener Handlungsstereotypen und -paradoxien, wie sie aufgrund bestimmter Organisationsformen professionellen Handelns entstehen und den Professionellen teilweise wie von selbst von der Hand gehen. Innerhalb der Fallsupervision kommt es demnach also auch darauf an, die „Spannung zwischen erlebtem Fall, erzähltem Fall und dokumentierten Fall“ aufzuzeigen (Gröning 2016: 8). Gerade im Fall Kevin K. wäre das Aufzeigen der Spannungen, die zwischen dem erlebten, dem erzählten und dem dokumentierten Fall bestanden, notwendig gewesen, um den Fall wirklich

verstehen zu können. So wäre offensichtlich geworden, dass Casemanager und Amtsvormund keine direkte Verbindung mehr zu ihren KlientInnen, insbesondere zu Kevin, hatten und eigentlich dabei waren, den Fall durch ihre sachliche Bearbeitung „abzutöten“ (ebd.: 9). Das metaphorische Bild des „Abtötens“, wie es Gröning beschreibt, ist sodann

„tatsächlich zu einem Prozess [geworden], in dem ein realer Klient [verloren gegangen ist] und gar [starb], in der Akte aber eigentlich auf gutem Genesungswege [war].“
(ebd.: 9f)

Gerade in Fällen, in denen ein Verschwinden in der Akte droht, kann die „Verlebendigung“ des Falles helfen, wieder Affekte bezogen auf das Fallgeschehen in der Gruppe hervorzurufen (vgl. ebd.). Zudem besteht in der ständigen Prüfung der Akten ein weiteres Mittel zur Vermeidung von Versachlichung und Reduzierung des Falles, auch wenn der Fall Kevin K. Gegenteiliges gezeigt hat. Gerade hier wäre es aufgrund der angespannten finanziellen und personellen Lage des Amtes für Soziale Dienste angezeigt gewesen, Unterstützungsformen für die teilweise überarbeiteten und orientierungslosen Professionellen zu schaffen. Denn um, bezogen auf das eigene professionelle Handeln, selbstreflexiv sein zu könne, braucht es einen Raum für Reflexion, den die fallbezogenen Supervision hätte schaffen könne.

Literatur

- Braun, A./Graßhoff, G./Schweppe, C. (2011): Sozialpädagogische Fallarbeit, München: Ernst Reinhardt Verlag UTB.
- Emig, O. (2007): Der vermeidbare Tod eines Kleinkindes unter staatlicher Fürsorge, in: Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, Jg. 37, S. 445-464.
- Gröning, K. (2011): Studienbrief. Theorie der Organisationen und ihre Bedeutung für die Supervision, Universität Bielefeld: Eigenverlag.
- Gröning, K. (2016): Fallsupervision als hermeneutische Methode - Eine Würdigung der Fallanalyse von Fritz Schütze. Zusammenfassung des Festvortrags anlässlich des fünfjährigen Bestehens des Masterstudiengangs Supervision und Beratung, in: Forum Supervision, Jg. 24, Heft 47, S. 4-11.
- Klatetzki, T. (1993): Wissen was man tut, Bielefeld: Kleine-Verlag.
- Olk, T. (1994): Jugendhilfe als Dienstleistung. Vom öffentlichen Gewährleistungsauftrag zur Marktorientierung, in: Widersprüche. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, Jg. 14/Heft 4, S. 11 - 33.

Internetquellen

- Mäurer, U. (2006): Dokumentation über die Abläufe und Zusammenhänge im Todesfall Kevin K. URL:
[http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Dokumentation%20FCber%20die%20Abl%20und%20Zusammenh%20im%20Todesfall%20Kevin%20K.%20\(M%20ur-ber%2006-10-31\).pdf](http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Dokumentation%20FCber%20die%20Abl%20und%20Zusammenh%20im%20Todesfall%20Kevin%20K.%20(M%20ur-ber%2006-10-31).pdf) (Stand: 20.09.2016)