

Entwicklung des Kindes in den ersten Jahren

FES Lörrach

Wie beeinflusst Alkoholkonsum in der Schwangerschaft die Entwicklung des Kleinkinds?

Frau Klingler/ Frau Guerrero

Reinwald, Kai J1a

31.05.2016

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Benutzung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Wörtlich übernommene Sätze und Satzteile sind als Zitate belegt, andere Anlehnungen hinsichtlich Aussage und Umfang unter den Quellenangaben kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen und ist nicht veröffentlicht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Inhaltsverzeichnis

1. Erklärung.....	2
2. Einleitung.....	5-6
3. Alkohol in Deutschland.....	7
3.1 Alkoholkonsum in Deutschland und gesellschaftlicher Umgang mit Alkohol.....	7-8
3.2 Alkoholismus.....	9-12
3.3 Häufigkeit des fetalen Alkoholsyndroms.....	13
4. Alkohol in der Schwangerschaft.....	14
4.1 Wirkungsweise des Alkohols auf das Ungeborene.....	14
4.1.1 auf das Gehirn und die Nervenzellen.....	15-16
4.1.2 auf den Körper.....	16
4.2 Schädigende Alkoholmenge für das Ungeborene.....	17
4.3 Gründe der Alkoholabhängigkeit bei Frauen.....	17-19
4.5 Einfluss des werdenden Vaters auf die Mutter und das Kind.....	19
5. Das fetale Alkoholsyndrom.....	20
5.1 Definition FAS.....	20-21
5.2 Symptome des fetalen Alkoholsyndroms.....	22-23
5.3 Kategorien.....	23-24
5.4 Diagnosestellung.....	24-26
5.5 Therapiemöglichkeiten.....	27
6. Alkoholgeschädigte Kinder im Vergleich zu „normalen“ Kindern.....	28
6.1 Hirnfunktion und Verhalten.....	28-30
6.2 Körperliche Beeinträchtigungen.....	30-31
7. Präventionsmöglichkeiten.....	32-33
8. Zusammenfassung & Fazit.....	34
9. Interview mit der Vorsitzenden von FASD Deutschland e.V.....	35-41
10. Anhänge.....	42
11. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	45
12. Literaturverzeichnis.....	46-49

"Mama, kann Gott mir ein neues Gesicht geben, alle sagen Oma- und Affengesicht zu mir?"

FAS Kind, 7 Jahre

"Mama, warum bin ich so auf die Welt gekommen, warum bin ich nicht so wie andere Kinder?"

FAS Kind, 9 Jahre

"Du kannst mir es sagen Mama, ich weiß dass ich behindert bin!"

FAS Kind, 13 Jahre

Wie beeinflusst Alkohol in der Schwangerschaft das Neugeborene?

2. Einleitung

Alkohol ist neben Nikotin und Koffein eine der legalen Drogen unserer Gesellschaft. Zur Familienfeier oder anderen Anlässen ist er fast nicht mehr wegzudenken. Leider nimmt jedoch damit auch der Alkoholmissbrauch stetig zu. Fast täglich hört man in den Nachrichten, dem Radio oder sonstigen Medien von anscheinend immer jünger werden Personen, die in das Krankenhaus aufgrund einer Alkoholvergiftung gebracht werden müssen. Trotz verstärkter Prävention wird Binge-Trinken (Definition: exzessiver Alkoholkonsum/Rauschtrinken) immer häufiger, etwa ein Drittel der 15-Jährigen war schon mindestens zweimal in ihrem Leben völlig betrunken, etwa ein Viertel der 18-24 Jährigen Männer und ein Zehntel der 18-24 jährigen Frauen trinken zu viel Alkohol (vgl. Mensink, 2002, S. 115). Dass Alkohol ein schädigendes Nervengift ist, sollte jedem bewusst sein, noch mehr jedoch Schwangeren da das Wissen weit verbreitet ist, dass Alkohol gerade in der Schwangerschaft für den Embryo extrem gefährlich sein kann. Aber ab welcher Menge ist Alkohol überhaupt schädlich für das Ungeborene? *Und wie beeinflusst Alkohol in der Schwangerschaft das Neugeborene?*

Das Kind trinkt mit - bei jedem Schluck. Jeder Schluck Alkohol den die Mutter zu sich nimmt trinkt das Kind mit. Der Alkohol passiert ungehindert die Plazentaschranke und schädigt somit das Ungeborene. Alkohol in der Schwangerschaft kann ein breit gefächertes Spektrum an Schädigungen hervorrufen (vgl. Egermeier, 2016, S.1), dabei können zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft und auch bei nur relativ geringen Mengen konsumierten Alkohols schon irreversible Behinderungen auftreten. Häufig sind Kinder deren Mütter während der Schwangerschaft Alkohol getrunken haben, geistig-intellektuell, körperlich als auch in ihrer Entwicklung und dem Sozialverhalten lebenslang geschädigt. Dabei sind die Schäden des Alkoholkonsums in der dritten-zwölften Schwangerschaftswoche am fatalsten, da in diesem Zeitraum die einzelnen Organsysteme gebildet werden (vgl. Gensthaler, 2012, S.2). Das fetale Alkoholsyndrom (FASD) ist laut der World- Health Organisation die am häufigsten

auftretende, nicht genetisch bedingte Behinderung, die jedoch gleichzeitig 100% vermeidbar ist (vgl. Günther, 2003, S.1).

In einer Studie gaben 58% der befragten Frauen an, während der Schwangerschaft Alkohol getrunken zu haben. Auch sagten 21 von 23 befragten Frauen, dass der Kenntnisstand nicht ausreiche, um sie über die Risiken und Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft, sowie FAS, zu informieren. Gerade in einem Land in dem der Alkoholkonsum so hoch ist wie in Deutschland (10,2 L reiner Alkohol pro Kopf und Jahr, im internationalen Ranking auf Platz 23), sollte in der Prävention eindeutig mehr getan werden.

Nach einer Definition FASD`s wird im 4. Kapitel die Frage wie ein Kind überhaupt FASD erhält, geklärt. Anschließend wird auf die verschiedenen Auswirkungen des Alkohols auf das Kind, sowie im 5. Kapitel auf das fetale Alkoholsyndrom näher eingegangen. Daraufhin folgt der Vergleich zu „normalem Kleinkindern“, ein Kapitel über Präventionsmöglichkeiten sowie der praktische Teil der Seminararbeit, ein Interview mit der Vorsitzenden von FASD Deutschland e.V.

Abschließend folgt der Schlussteil mit einer kurzen Zusammenfassung sowie einem Fazit.

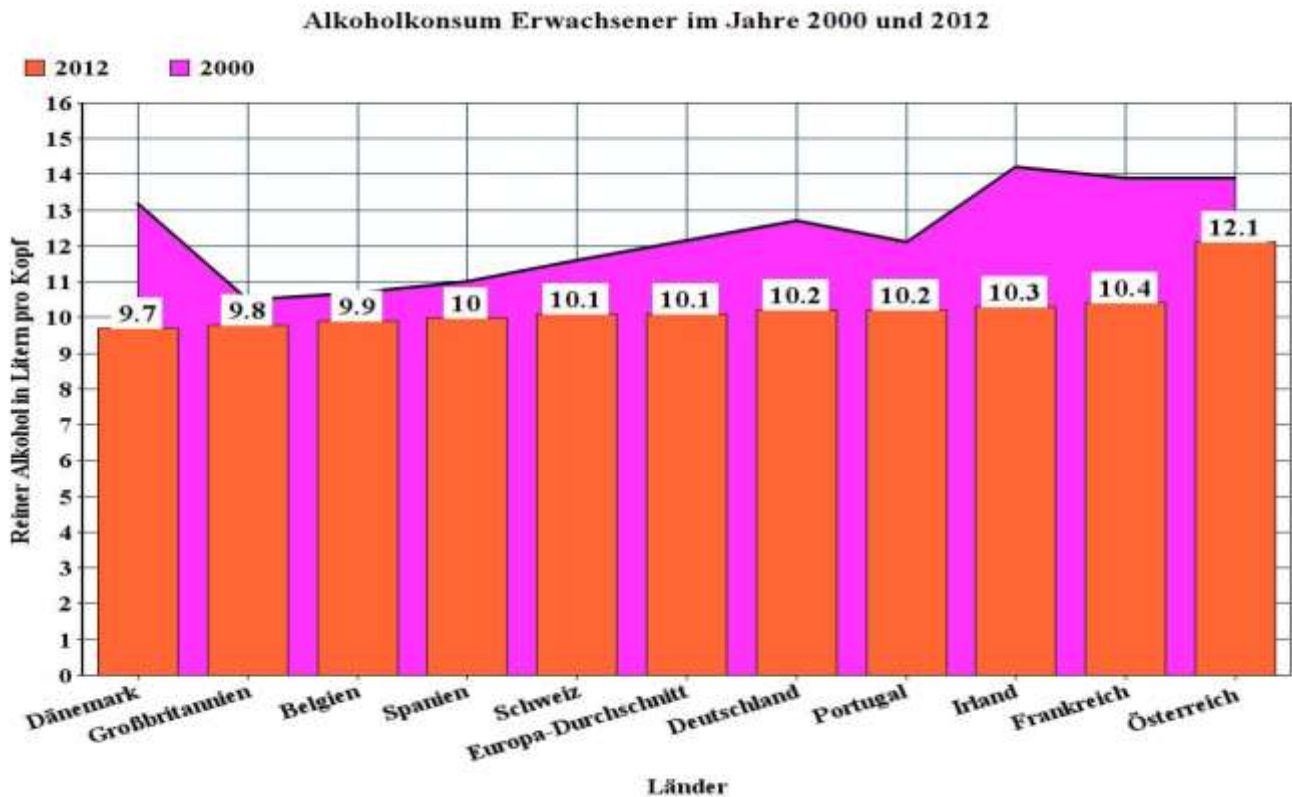
Da in der deutschen Sprache bzw. Literatur noch immer hauptsächlich die ausschließlich männliche Form in der Schreibweise gebraucht wird, wurde auf eine ständige Berücksichtigung beider Geschlechter zugunsten der Lesbarkeit verzichtet.

3. Alkohol in Deutschland

3.1 Alkoholkonsum in Deutschland und gesellschaftlicher Umgang mit Alkohol

Der Konsum von Alkohol ist in unserer heutigen Gesellschaft tief verankert. Gerade in Deutschland, wo das erste Ur-Bier schon vor 8000 Jahren gebraut wurde, wird Alkohol zu vielen Anlässen getrunken. Obwohl die negativen Folgen des Alkoholkonsums heutzutage schon lange bekannt sind, werden sie oft bewusst in Kauf genommen, um die erhoffte positive Wirkung des Alkohols zu erreichen. Offenheit, Lebhaftigkeit und Entspanntheit sind nur einige der von vielen als angenehm wahrgenommenen Effekte. Nichtsdestotrotz werden die unzählbaren Risiken leider viel zu selten thematisiert. Bei häufigem Alkoholkonsum werden nicht nur innere Organe wie die Leber geschädigt, auch kann es aufgrund der vielen abgestorbenen Gehirnzellen zu starken Einschränkungen der Hirnaktivität kommen. Das individuelle Trinkverhalten wird vor allem durch die Einstellung der Gesellschaft zu Alkohol, Trinkgewohnheiten der Gesellschaft, soziokulturelle Bedingungen sowie die Einbeziehung der Jugendlichen (eventuell auch Kinder), beeinflusst. Auch können religiöse Überzeugungen maßgebend sein; im Islam und Hinduismus ist er größtenteils verboten, im Christentum wird er mehrheitlich in Maßen akzeptiert. Dementsprechend fällt der Alkoholkonsum im muslimischen Syrien oder im hinduistischen Indien deutlich niedriger aus als in Deutschland.

Hierzulande wurden offiziell 2014 pro Kopf durchschnittlich 9.7 Liter reiner Alkohol getrunken (vgl. BZgA o.J.). Nach Alkoholsorten geordnet wären das 21,1 Liter Wein (12,5%ig), 106,6 Liter Bier (5,0%ig), 4,0 Liter Sekt (12,5%ig) und 5.8 Liter Spirituosen (40%ig) wie Schnaps, die jeder Deutsche über 15 Jahren zu sich nimmt. Damit liegt Deutschland zwar etwas unter dem Europa-Durchschnitt von 10.1 Litern reinem Alkohol, jedoch deutlich über dem weltweiten Durchschnitt von 6.1 Litern. Dabei trinkt die soziale Oberschicht häufiger als die Unterschicht, bei dieser wiederum ist das „Koma Saufen“ jedoch weitaus verbreiteter. Jährlich sterben 74.000 Menschen an Alkohol, 1.3 Millionen sind alkoholabhängig, weitere 2.2 Millionen sind stark suchtfährdet. Davon sind mehr als doppelt so viele Männer betroffen, da sie deutlich häufiger und mehr trinken als Frauen.

Tab. 1: Alkoholkonsum verschiedener Länder in den Jahren 2000 und 2012¹

Aus der Grafik kann man entnehmen, dass der Alkoholkonsum in Deutschland und auch größtenteils Europaweit stetig abnimmt. So betrug dieser im Jahre 2000 noch 12.8 Liter, 2013 „nur“ noch 10.2 Liter. Vor allem hat sich das Trinkverhalten bei südländischen Ländern die früherer einen sehr hohen Alkoholkonsum aufwiesen (z.B. Frankreich, Portugal Spanien) über die Jahrzehnte stark reduziert. Das Argument, dass Jugendliche jedoch immer früher und mehr trinken als früher stimmt jedoch nicht, während 2007 das durchschnittliche Alter für das erste Glas Alkohol 14,1 Jahre betrug, sind Jugendliche heute durchschnittlich 14,7 Jahre alt. Auch liegt die Zahl der 12-17Jährigen die noch nie in Kontakt mit Alkohol kamen, mit 31% so niedrig wie noch nie.

Trotzdem gaben 44%, der 17-25 Jährigen an, sich jedenfalls einmal pro Monat einem Alkoholrausch auszusetzen. Als Alkoholrausch wird bei Männern das Trinken von fünf Standardgläsern, bei Frauen von vier, bezeichnet. Ein Standardglas enthält ungefähr 10 Gramm reinen Alkohol. Beispiele hierfür wären ein kleines Bier (0,25L), ein Glas Wein (0,125L), ein Schnaps (0,04L) oder ein Glas Bier.

¹: Alkoholkonsum Erwachsener im Jahre 2000 und 2012, Quelle: Autor

3.2 Alkoholismus

Allgemein wird bei pathologischem Alkoholkonsum (Alkoholismus) in Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch unterschieden. Jedoch wird vom Volksmund unter Alkoholismus meist Alkoholabhängigkeit verstanden. Dabei werden die Diagnosen Alkoholabhängigkeit sowie Alkoholmissbrauch miteinander vermischt.

Der **Alkoholmissbrauch** charakterisiert sich dabei durch folgendes:

- Die Dauer der Störung beträgt mindestens einen Monat
- Unfähigkeit, das Trinken zu reduzieren oder ganz davon abzulassen
- Nachlassen oder Versagen bei beruflichen und sozialen Anpassungen (Arbeitsplatzverlust etc.)

(vgl. Faust, o.J.,)

Somit ist der Alkoholmissbrauch eine Vorstufe zur **Alkoholabhängigkeit**, die folgende Charakteristiken aufweist:

- Körperliche Entzugserscheinungen bei Reduktion oder Beendigung des Alkoholkonsums
 - Verminderte Kontrollfähigkeit über Beginn, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums
 - Sehr starker Wunsch oder Zwang nach Alkoholkonsum
 - Toleranzentwicklung (notwendige Dosissteigerung um erwünschten Effekt zu erzielen)
 - Vernachlässigung Interessen und sozialer Kontakte zugunsten des Alkoholkonsums
 - Langfristiger, anhaltender Alkoholkonsum trotz Wissens über schädliche gesundheitliche, psychische und soziale Folgen
- (vgl. Faust, o.J.)

Dabei entwickelt sich die Alkoholabhängigkeit über einen längeren Zeitraum (bei Frauen 6-8 Jahre, bei Männern 10 Jahre) und wird von den Betroffenen häufig nicht ernst genug genommen („Ich könnte aufhören wenn ich möchte“- Haltung).

Laut Hüllinghorst und Hoffman (1998, S. 56) gibt es fünf Stadien der Alkoholkrankheit, die für beide Geschlechter gleichermaßen gelten:

1. *Gesellschaftliches Trinken*

Das Trinken wird noch gesellschaftlich akzeptiert, da sich der Alkoholkonsum auf einige Gelegenheiten beschränkt und als Genussmittel eingenommen wird. Es kommt selten zu einem Rausch. In dieser Phase steht eine Alkoholgefährdung noch nicht im Vordergrund.

2. *Anzeichen einer Alkoholgefährdung*

Alkoholische Getränke werden nun nicht mehr aus Genuss getrunken, sondern in der Absicht, bewusst eine Wirkung zu erzielen. Der Alkohol wird z.B. als Problemlöser eingesetzt. Entspannung und Enthemmung ist das Ziel in der Hoffnung, dass Stresssituationen und Probleme verschwinden. Auch zu ungeeigneten Gelegenheiten, wie z.B. beim Autofahren, wird getrunken.

3. *Allmählicher Beginn einer Abhängigkeit*

Gezielte Gelegenheiten, z.B. Treffen mit Bekannten, werden zum Anlass genommen, um zu trinken. Um Hemmschwellen zu überschreiten oder Belastungen bewältigen zu können, ist die Wirkung des Alkohols notwendig. Der Konsum ist bereits soweit angestiegen, dass es gehäuft zum Vollrausch und sogenannten ‚Filmrissen‘ kommt. Vorwürfe der Angehörigen häufen sich, und der Betroffene beginnt heimlich zu trinken. Gewissensbisse und Schuldgefühle sind die Folgen, welche wiederum ein Grund sind, weiter zu trinken, um das Gefühl des schlechten Gewissens zu betäuben.

4. Abhängigkeit

Dem Alkohol gelten alle Gedanken, und Tätigkeiten wie z.B. Hobbys, werden nebensächlich. Alkoholexzesse mit Kontrollverlust häufen sich, ebenso kann aggressives Verhalten auftreten. Eine mögliche Alkoholabhängigkeit wird von dem Betroffenen rigoros abgestritten. Die Körperhygiene und das äußere Erscheinungsbild werden vernachlässigt. Am Arbeitsplatz kommt es spätestens jetzt zu Konflikten durch das Absinken der Leistungsfähigkeit.

5. Fortgeschrittene Abhängigkeit

Zu der bereits bestehenden psychischen Abhängigkeit kommt nun die physische Abhängigkeit hinzu. Der sogenannte Toleranzbruch tritt ein: Die enormen Mengen an Alkohol, die vorher getrunken wurden, werden nicht mehr in dem hohen Ausmaß vertragen. Eine kleine Dosis reicht aus, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Hinzukommend vollzieht sich eine persönliche Veränderung, die dazu führen kann, dass Angehörige den Betroffenen nicht mehr als den ‚Alten‘ wieder erkennen. Die Arbeitsunfähigkeit tritt häufig ein, und der Verlust des Arbeitsplatzes ist oftmals die Folge. Wegen starker Unzufriedenheit bestehen Selbstmordabsichten. Außerdem kann es in dieser Phase zum bereits erwähnten lebensgefährlichen „Delirium tremens“ (sehr starke Entzugserscheinungen die 3-7 Tage anhalten) kommen. (Hüllinghorst/ Hoffman, 1998, S. 19ff)

Neben den oben beschriebenen 5 Phasen wurde 1991 ein international anerkanntes Klassifikationssystem entwickelt. Für die Diagnose „Alkoholabhängig“ müssen dabei mindestens drei der acht Kriterien in den letzten Jahren gegeben sein, dabei geben diese jedoch keinerlei Auskunft über die Schwere der Krankheit:

- Es besteht ein starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- Das Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms.
- Alkoholkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und eine entsprechend positive Erfahrung.
- Es kann eine Toleranzsteigerung nachgewiesen werden, d.h. es sind zunehmend höhere Dosierungen erforderlich, um die ursprünglich durch niedrigere Mengen erreichten Wirkungen hervorzurufen.
- Andere Interessen werden zugunsten des Alkoholkonsums zunehmend vernachlässigt.
- Der Alkoholkonsum wird trotz nachweisbarer eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher, sozialer oder psychischer Art fortgesetzt. (vgl. Schmidt, 1997, S.29)

Schätzungen zu Folge sind 1%-3%, also ungefähr 1.7 Millionen, der Gesamtbevölkerung in Deutschland Alkoholabhängig, die seit 1968 voll vom Bundessozialgericht als Krankheit anerkannt wird. Mehrheitlich sind Männer betroffen (1.2 Millionen), jedoch ziehen auch Frauen (0.5 Millionen) langsam nach. Häufig betroffen sind auch Alleinstehende, da diese den Mangel einer festen, sozialen Bindung häufig mit hohem Alkoholkonsum kompensieren wollen. Entgegen jeder Vorurteile kommen jedoch mehr Alkoholabhängige aus den sozialen Mittelschichten, mit höherer Schulausbildung und sozialem Status, die versuchen den am Arbeitsplatz entstandenen Stress abzubauen. Bei den Unterschichten sind meist finanzielle Not, Missbrauch oder die Trennung der Eltern in Kindesjahren Gründe der Alkoholabhängigkeit.

3.3 Häufigkeit des fetalen Alkoholsyndroms

Dadurch das Alkohol heute fester Bestandteil unserer Gesellschaft ist, und es auch durchaus für Frauen salonfähig ist zu trinken, fällt es den Alkoholabhängigen oft deutlich leichter ihren Alkoholkonsum zu verstecken. Auch dadurch wird die Häufigkeit des fetalen Alkoholsyndroms beeinflusst, da der risikoreiche Alkoholkonsum bei der Mutter oft zu spät oder gar nicht erkannt wird.

Rund 80% der Frauen haben während der Schwangerschaft wissend, oder unwissend mindestens einmal Alkohol konsumiert. 10% tranken zwei bis viermal monatlich. 2% waren „heavy drinker“, was bedeutet dass sie trotz Kenntnis der Schwangerschaft mehrmals wöchentlich Alkohol tranken. Nur rund 6% lebten abstinent während der Schwangerschaft.

FAS ist die häufigste nicht genetisch bedingte Behinderung bei Neugeborenen in Deutschland. Laut Prof. Spohr liegt die Häufigkeit in Deutschland (und auch in den meisten anderen Industrieländern) bei 0,5-2 betroffenen Neugeborenen bei 1000 Geburten. 2014 wurden in Deutschland 715.000 Kinder geboren- das sind bis zu 1430 Kinder die allein ab 2014 mit einem Vollbild des fetalen Alkoholsyndroms leben müssen. Für das gesamte Spektrum der Symptome- also FASD- ist mit der Häufigkeit von schätzungsweise 4-6 Betroffenen von 1000 Geburten zu rechnen. Dies würde im Jahr 2014 bis zu 4300 Neugeborene betreffen. Durch häufige Falschdiagnose und Schweigen der Mutter liegt die Dunkelziffer pro Jahr sogar bis zu 15.000 Neugeborenen (vgl. Spohr, 2011, S.11).

Dennoch variiert die Häufigkeit stark zwischen den untersuchten Gruppen oder auch den unterschiedlichen Regionen in den jeweiligen Ländern. In unaufgeklärten Gebieten wie dem Indianer Reservat Pine Ridge in South Dakota, USA wird zum Beispiel jedes vierte Kind mit den Symptomen des FASD geboren. (vgl. Heil, 2012).

4. Alkohol in der Schwangerschaft

4.1 Wirkungsweise des Alkohols auf das Ungeborene

Da Alkohol ein sehr geringes Molekulargewicht (46 g/mol) aufweist, kann es ungehindert die Plazentaschranke passieren und gelangt somit direkt zum Fetus.

Die Plazenta ist ein ungefähr 20 cm großes, blutfarbiges Organ das das Kind mit Vitaminen und Nährstoffen, Sauerstoff und Wasser versorgt, Hormone produziert und Abfallprodukte wie Kohlendioxid entsorgt (vgl. Emmerling 2003). Dabei ist eine der Funktionen der Plazenta die Plazentaschranke. Sie ist der „Filter“ des Ungeborenen, um selektiv den Austausch verschiedener Stoffe, wie z.B. Sauerstoff oder Glukose, zu ermöglichen oder zu verhindern. Dabei soll vor allem die Vermischung von maternalem und fetalem Blut verhindert, sowie Giftstoffe herausgefiltert werden. Ob Stoffe die Plazentaschranke passieren können hängt vor allem von Lipidlöslichkeit, Proteinbindungskapazität sowie molekularer Größe ab (vgl. Hohmann, 2002). Deshalb können Substanzen wie Koffein, Nikotin, Tetrahydrocannabinol, verschiedene Medikamente oder eben auch Alkohol ungehindert durch die Plazentaschranke, und deshalb auch zum Neugeborenen. Dies bedeutet dass bei maternalem Alkoholkonsums dass Neugeborene dem selben Alkoholspiegel ausgesetzt ist wie die Mutter.

Rund 90%-98% des Abbaus des Alkohols erfolgt durch die in der Leber produzierten Enzyme Alkoholdehydrogenase und Aldehyddehydrogenase. Dabei schaffen diese es ungefähr 0.2‰ pro Stunde bei Männern und 0.1‰ bei Frauen abzubauen. Im ersten Schritt des Stoffwechselprozesses wird durch Abspaltung von Wasserstoff Ethanol zu Ethanal (Acetaldehyd) dehydriert. Acetaldehyd ist ein sehr schädliches Zwischenprodukt dass unter anderem für den Kater am morgen nach dem Alkoholkonsums verantwortlich ist. Am Ende dieses Prozesses entsteht Acetyl-CoA. Da die Leber des Ungeborenen noch sehr unreif ist, ist es fast unmöglich für sie den Alkohol zu metabolisieren. Deshalb braucht des Ungeborene zehnmal länger als die Mutter um die getrunkene Menge Alkohols abzubauen.

Besonders bedeutend sind somit die **Dauer des Konsums** und die **Höhe des Alkoholspiegels**. (vgl. Feldmann, 2007, S. 855).

4.1.1 Wirkungsweise des Alkohols auf das Gehirn und die Nervenzellen

Alkohol wird über den Verdauungstrakt, sowie vor allem die Mundschleimhaut sehr gut aufgenommen. Da der Alkohol bei Aufnahme über die Mundschleimhaut die Leber umgeht, werden hier besonders schnell hohe Promille-Werte erreicht. Nach Konsum des Alkohols verteilt er sich im gesamten Körperwasser. Da Ethanol ein Nervengift ist führt er zu Wachstumsstörungen des gesamten Gehirns. Dabei binden die Alkoholmoleküle sich an die Rezeptoren im Gehirn und verändern die Nervenzellen-Impulse. Auch wurden Defizite in der Dendriten-Struktur, Dendriten-Dichte und Veränderungen der Wirkung und Zusammensetzung von Neurotransmittern gefunden. Besonders gefährdet sind die Basalganglien (Kerngebiete) der beiden Gehirnhälften (vgl. Feldmann, 2007, S.455). Das Frontal- und das Parietalhirn, die Bereiche des Hirns die für Entscheidungsprozesse zuständig sind, entwickeln sich nicht adäquat, auch der Hippocampus (Teil des Temporallappens), der für die Gedächtnisbildung verantwortlich ist, ist häufig unterentwickelt.

Betroffene Kinder werden häufiger mit Mikrozephalie (stark verkleinerter Kopf), Hydrozephalus (Wasserkopf) oder Agenesie (fehlen eines Organes aufgrund einer Störung der Zelldifferenzierung) geboren. Auch kann es den Hirnstamm verändern sowie in besonders schlimmen Fällen den sogenannten Corpus-Callosum-Agenesie verursachen, in der die Verbindung zwischen der rechten und linken Gehirnhälfte fehlt, oder sehr stark unterentwickelt ist. In beiden Fällen kann es zu geistigen Retardierungen, Bewegungsstörungen oder Epilepsien kommen.



Abb.1: Gesundes Gehirn im Vergleich zu dem eines alkoholgeschädigten¹

4.1.2 Wirkungsweise des Alkohols auf den Körper

Ethanol und Acetaldehyd (Ethanal) wirken als Mitosegift wachstumshemmend, was prä- sowie postnatal zu starkem Untergewicht führen kann. Dabei kann auch das reduzierte Angebot an Aminosäuren, die geringere Durchlässigkeit der Zellmembranen und die eingeschränkten Enzymaktivitäten durch Alkohol zu Hypotrophie führen (vermindertes Größenwachstum eines Gewebes oder Organs). Dies kann bei der Organogenese alle Organe gleichermaßen betreffen.

Vor allem die Proteinbiosynthese wird durch Alkohol stark eingeschränkt und es wird zu wenig Eiweiß für den Anabolismus (Aufbaustoffwechsel) produziert (vgl. Feldmann, 2007, S.855).

Während der Organogenese entstehen die verschiedenen Organe. Diese Phase dauert ungefähr 5 Wochen und liegt zwischen der dritten und achten Schwangerschaftswoche. Dabei werden zunächst in der dritten und vierten Schwangerschaftswoche Augen, Herz und Gehirn angelegt, bevor die anderen Organe folgen.

1: FASworld Deutschland, <https://www.uni-due.de/~ibp010/alkemb/FASinfos/FASGehirn.htm>, Online 25.04.2016

4.2 Schädigende Alkoholmenge für das Ungeborene

Bis heute wurde noch keine Dosis-Wirkungs-Beziehung nachgewiesen, das heißt es gibt keine Schwellendosis für eine Schädigung des Ungeborenen. Dennoch wird gerade in der Fachliteratur häufig darüber diskutiert, ab welcher Menge Alkohol das Ungeborene mit bleibenden Schädigungen leben muss. Dabei zeigen einige Studien dass „mal ein Gläschen Wein“ unbedenklich sei, wohingegen verschiedene Studien, unter anderem von Löser deutlich machen, dass eine solche Dosis nicht genannt werden kann, da eine Schädigung der Embryos nicht ausschließlich mit der Menge des konsumierten Alkohols im Zusammenhang steht, sondern vor allem von der individuellen Toleranz gegenüber Alkohol abhängt (vgl. Löser, 1995, S.22).

Dieses Risiko soll Experten zufolge nicht eingegangen werden, und es sollte zum Schutze der Kinder kein Schluck Alkohol konsumiert werden, da jeder Schluck schädigen kann. Dennoch ist höherer Alkoholkonsum deutlich gefährlicher, und das Risiko ein alkoholgeschädigtes Kind zu gebären wird meist von den Schwangeren in Kauf genommen.

4.3 Gründe der Alkoholabhängigkeit bei Frauen

Bis in die 60er Jahre war der Alkoholkonsum noch weitgehend den Männern vorbehalten, Frauen tranken nur ab und an zu bestimmten Anlässen ein Glas Wein. Das damalige Verhältnis von alkoholabhängigen Frauen zu alkoholabhängigen Männern betrug 1:10. Jedoch veränderte sich diese Zahl mit der Emanzipation der Frau drastisch, heute beträgt sie Schätzungen zufolge 1:3.

Einige Experten (z.B die deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) sehen die Veränderung der Rolle der Frau als Grund und sind der Meinung, würde sie sich wieder an ihre traditionelle Rolle erinnern würde es weitaus weniger Alkoholkonsum bei Frauen geben. Auch aufgeführt wird die erhöhte Doppelbelastung durch Haushalt und Beruf, oder der immer höher werdende weibliche Anteil in Sportvereinen oder Interessensgruppen.

Extrem gefährdet sind jedoch Frauen zwischen dem 20. und 49. Lebensjahr die partnerschafts- oder familiäre Probleme haben. Auffallend ist auch, dass die meisten alkoholabhängigen Frauen häufig geheim alleine trinken, da die gesellschaftliche Toleranz gegenüber einer betrunkenen Frau in der Öffentlichkeit weitaus geringer ist als die bei einem betrunkenen Mann.

Besonders häufig werden in der Fachliteratur dennoch folgende zwei Motive für Auslöser der Alkoholaabhängigkeit aufgeführt:

- Schwerwiegende, unbewältigte Lebensereignisse (live- events) wie Partnerverlust, Tod, Scheidung, Erdulden von Gewaltmaßnahmen oder sexueller Missbrauch
- Familie und Partnerschaft als zentrale Problemfelder: Neben zerrütteten Partnerbeziehungen versuchen Frauen auch Identitätskrisen mittels Alkohol zu verdrängen (vgl. Franz 1995, S. 58)

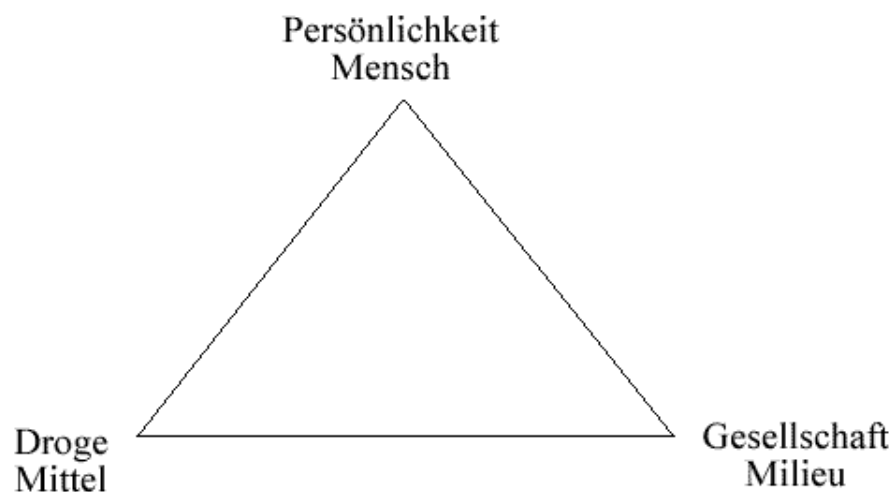


Abb. 2: Faktoren einer Suchtkrankheit¹

1: Wie entsteht Sucht?, http://images.google.de/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.bruecke-burghausen.de%2FBilder%2Fsuchtdreieck.gif&imgrefurl=http%3A%2F%2Fwww.bruecke-burghausen.de%2Fwie_entsteht_sucht.htm&h=260&w=475&tbid=52lj_LERxUax8M%3A&docid=1JFMI1sRWOya-M&ei=f3qzV8GGHMKsab61oZqB&tbm=isch&client=safari&iact=rc&uact=3&dur=1791&page=1&start=0&ndsp=27&ved=0ahUKEwiBwpuL0tLMAhVCVhoKHb5aCBMQMwgfKAEwAQ&bih=759&biw=1440, Online, 11.05.2016

Zwar muss jeder Fall individuell betrachtet werden, dennoch sind folgende drei Faktoren von großer Bedeutung einer Suchtabhängigkeit :

1. Persönlichkeit (Mensch)

Persönliche Einfluss Faktoren sind zum Beispiel mangelnde Konfliktfähigkeit, instabiles Selbstwertgefühl, Störungen in der Beziehungsfähigkeit, geringe Frustrationstoleranz und vieles mehr.

2. Droge (Mittel)

Nicht jeder Mensch, dessen Persönlichkeit oben genannte Mängel aufweist, greift automatisch zur Droge. Es kommt auch auf die Griffnähe der Droge, ihrer Wirkung, Verträglichkeit und Dosis an.

3. Gesellschaft (Milieu)

Die Gesellschaft beeinflusst die Suchtentstehung durch die Akzeptanz einer Droge oder durch die Abgrenzung bestimmter Personengruppen, die nicht der Norm entsprechen. Aber auch gesellschaftliche Bedingungen im Zusammenleben (zum Beispiel soziale Konflikte, Verarmung etc.) können eine Suchterkrankung fördern (vgl. Die Brücke- Prävention und Suchtkrankenhilfe Burghausen e.V. o.J.).

4.4 Einfluss des werdenden Vaters auf die Mutter und das Kind

In verschiedenen Studien wurde beobachtet, dass Kinder mit alkoholkranken Vätern weitaus häufiger verhaltensauffällig worden als „normale“ Kinder ohne trinkende Väter. Demzufolge wirkt sich übermäßiger Alkoholkonsum negativ auf den Samen und damit auf das Erbgut des Kindes aus, und auch die erzieherische Kompetenz ist im Vergleich zu nichttrinkenden Vätern zweifelhaft.

Nicht zu unterschätzen ist jedoch die Unterstützung des Vaters der werdenden Mutter in der Schwangerschaft. Häufig wird vom Vater erwartet, dass die Schwangere gänzlich mit dem Trinken aufhört, er jedoch nicht.

Unterlässt der werdende Vater das Trinken während der Schwangerschaft jedoch auch, ist die Wahrscheinlichkeit dass die Schwangere dennoch trinkt weitaus geringer.

Tut sie dies jedoch weiterhin, sind die Männer meist aus Angst vor einer Beziehungskrise machtlos da sie ihre geliebten Frauen nicht als Alkoholikerin beschuldigen wollen, geschweige denn sie zu einer Therapie zu überreden wollen.

5. Das fetale Alkoholsyndrom

5.1 Definition FAS

Unter FAS versteht man „ ein durch mütterlichen Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft bedingtes, toxisches, polydystrophes Fehlbildungssyndrom beim Kind“ (Feldmann, 2007, S. 854). Gesellschaftlich sind Kinder mit FAS auch unter dem negativ wertenden Ausdruck „Säuferkind“ oder „Alkoholbaby“ bekannt. Da Alkohol aufgrund seines niedrigen Molekulargewichts ungehindert die Plazentaschranke passiert und alle Zellen und Organe schädigen kann, sind die betroffenen Kinder meist in ihrer Gesamtheit unterschiedlich stark behindert, d.h. sowohl geistig-intellektuell als auch körperlich und in der Verhaltensentwicklung stark eingeschränkt.

Die ersten Hinweise auf die schädigende Wirkung des Alkohols auf das Ungeborene dokumentierte Dr. William Sullivan um 1900. Jedoch gelang es erst 1967 den Franzosen Lemoine et al. und Lamache nachzuweisen, dass Alkohol einen potentiell teratogenen (durch äußerliche Einflüsse Missbildungen erzeugenden) Effekt hat. Lemoine et al. beschrieben erstmals folgende Kennzeichen:

- Die kraniofazialen Veränderungen (Mikrozephalie, Abflachung des Mittelgesichts),
- Die prä- und postnatale Wachstumsstörung,
- Die Organfehlbildungen (Herzfehler, Fehlbildungen des Urogenitaltrakts) sowie
- Die kognitiven und emotionalen Einschränkungen der betroffenen Kinder. (Feldmann, 2007, S. 854)

1973 wurde der Begriff „fetales Alkoholsyndrom“ von Jones und Smith eingeführt. Dieser untersuchte Kinder mit FAS, die angeblich auf Grund von Unterernährung der Mutter mit den oben aufgeführten Merkmalen geboren wurden. Bald jedoch stellte sich heraus, dass Kinder von unterernährten Müttern andere Eigenschaften aufwiesen als Kinder von alkoholkranken Müttern. Diese Symptome definierten die beiden Dysmorphologen (Dysmorphologie = Lehre von Abweichungen der normalen Körperformen) als „fetales Alkoholsyndrom“.

Das Gehirn des Embryos ist hochempfindlich und wird durch den toxisch-wirkenden Alkohol in seinen Funktionen, im Wachstum sowie in seiner Ausdifferenzierung stark eingeschränkt. Dabei kommen nicht sichtbare Schädigungen (Gehirn, innere Organe) weitaus häufiger vor als sichtbare, körperliche Merkmale. (vgl. Feldmann, 2007, S. 854).

FASD beziffert das gesamte Spektrum des fetalen Alkoholsyndroms. Somit ist es ein Sammelbegriff mit allen durch Alkohol in der Schwangerschaft verursachten Schädigungen des Neugeborenen.

Da häufig ein Alkoholkonsum während der Schwangerschaft aufgrund von Schuldgefühlen der Mutter nicht zugegeben wird oder unwissend erfolgt (wenn die Schwangerschaft noch nicht bekannt ist), ist zur Diagnosestellung hierbei der *„diagnostic guide for fetal alcohol spectrum disorders“* (Anhang 1) hilfreich. Dabei werden die Symptome der Kinder mit Punkten beurteilt. 1 Punkt entspricht „unwahrscheinlich“, 2 Punkte „möglich“, 3 Punkte „wahrscheinlich“ und 4 Punkte „definitiv“. 4 Punkte entsprechen hierbei FAS, weniger Punkte bedeuten die mildernde Form des fetalen Alkoholsyndroms, die fetalen Alkoholeffekte. Dabei sollte jedoch ein Humangenetiker herangezogen werden, um mögliche genetische Syndrome (die auch mit kraniofazalen Veränderungen einhergehen können), auszuschließen. (vgl. Reincke, 2011, S. 1188)

5.2 Symptome des fetalen Alkoholsyndroms

Das Fächerspektrum der Symptome des fetalen Alkoholsyndroms ist mit über 400 möglichen Symptomen sehr umfangreich und breit gefächert. Dies macht häufig die korrekte klinische Diagnose extrem schwierig, da viele Merkmale nicht richtig erkannt oder gedeutet werden. Durch meist Unwissen über den Konsum/Nichtkonsum der Mutter können die Symptome in vielen Fällen nicht richtig zugeordnet werden, was die richtige Diagnosestellung sehr erschwert.

Folgende Symptome treten in besonders zahlreicher, jedoch unterschiedlich ausgeprägter Form bei Kleinkindern mit FAS auf:

Betroffene Kleinkinder sind deutlich kleiner und leichter als gesunde (normale) Kinder. Das geringe Geburtsgewicht kann auf das unterentwickelte Fettgewebe, Muskelgewebe und die nicht voll entwickelten Organe zurückgeführt werden. Ein gesunder 3 Jahre alter Junge wiegt durchschnittlich zwischen 12400 und 17400 Gramm (alles dazwischen wird als „normal“ betrachtet) und ist durchschnittlich 90 bis 104 cm groß. Auch auffalend ist der sehr geringe Kopfumfang den die betroffenen Kleinkinder aufweisen.

Betrachtet man ein Kleinkind mit FAS wird der Laie zunächst keine gravierenden sichtbaren Auffälligkeiten bemerken. Erst bei genauerem Hinsehen werden mehrere kraniofaziale Veränderungen deutlich.

Das Mittelgesicht, und somit auch das kaum sichtbare Philtrum, ist stark abgeflacht. Auch sind häufig die Augen kleiner als normal, dieser Eindruck wird durch die stark verschmälerten Augenlidern zusätzlich verstärkt. Darüber hinaus stehen die tiefliegenden, schlecht geformten Ohren weit ab („Segelohren“), und auch die sehr kleinen, weit auseinanderstehenden Zähne sowie der unregelmäßige Haarwuchs des Kindes fallen auf. Obedrein ist ein Haaraufstrich im Nacken keine Seltenheit.

Nicht-kraniofaziale Fehlbildungen der Extremitäten (besonders an den Fingern und Zehen) oder des Urogenitaltrakts sind zwar nicht so häufig, kommen jedoch trotzdem vor.

90% der Kinder bleiben ihr Leben lang in ihrer geistigen Entwicklung unterentwickelt. Zugleich fallen bei Kleinkindern das verminderte Schmerzempfinden, das kaum vorhandene Hunger- oder Durstgefühl, Defizite in der Sprachentwicklung und Wahrnehmung sowie die feinmotorischen Geschicklichkeit auf. Auch der Intelligenzquotient eines FAS-Kindes liegt bei durchschnittlich 75, der eines normalen, durchschnittlichen Kindes bei 100 (± 15). Die Merkfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit, sowie das Sozialverhalten ist im Zusammenhang mit einer häufig auftretenden Hyperaktivität oft stark eingeschränkt.

5.3 Kategorien

Fetales Alkoholsyndrom (FAS)

Beim so genannten Vollbild der Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) liegen in allen drei genannten Bereichen (Wachstumsstörungen, Fehlbildungen und Störungen des zentralen Nervensystems) Auffälligkeiten vor. Diese Diagnose kann mit (FAS+) bzw. ohne sichere Alkoholexposition (FAS-) gestellt werden.

Fetale Alkoholeffekte (FAE) / Partielle FAS (pFAS)

Die Bezeichnung "Fetale Alkoholeffekte" (FAE) wird immer mehr durch den Namen „partielle FAS“ (pFAS) ersetzt. FAE wurde diagnostiziert, wenn nur in zwei der drei genannten Bereiche (Wachstumsstörungen, Fehlbildungen und Störungen des zentralen Nervensystems) Auffälligkeiten vorlagen. Zusätzlich zu den Zeichen von Fehlbildungen (Dysmorphie) liegt eine Wachstumsminde rung oder eine Dysfunktion des zentralen Nervensystems vor. Diese Diagnose wird in Fetale Alkoholeffekte mit (pFAS+), bzw. ohne Nachweis (pFAS-) einer Alkoholexposition unterschieden. Die heute übliche Bezeichnung pFAS umfasst lediglich die leichteren Formen vorgeburtlicher Alkoholschädigungen, die dem klinischen FAS nahe kommen, wobei aber die typischen ausgeprägten Gesichtsveränderungen (kraniofaziale Dysmorphie) des FAS weniger eindeutig (oder nur auf Kinderbildern noch erkennbar, aber nicht messbar mit dem 4-digit diagnostic code (Anhang 1)) sind.

Alkoholbedingte Geburtsschäden ARBD (Alcohol Related Birth Defects ARBD)

Zur Symptomatik gehören Fehlbildungszeichen und ggf. Missbildungen im Skelett- und Organsystem. Dazu zählen Anomalitäten des Herzens, der Nieren, der Knochen oder des Hör- und Sehsystems.

Alkoholbedingte neurologische Entwicklungsstörung ARND (Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder ARND)

Die Diagnose ARND wird nur bei belegter Alkoholexposition gestellt. Die Betroffenen zeigen keine körperlichen Anzeichen (Wachstumsminderung, typische Gesichtszeichen), die Dysfunktion des zentralen Nervensystems (und somit auch schlechte Schulleistungen, Merk- und Lernfähigkeiten oder Aufmerksamkeitsstörungen) sind jedoch vorhanden. *ARBD* und *ARND* werden jedoch zum Teil als Unterkategorie der Fetal Alcohol Effects (FAE) aufgeführt (vgl. Spohr, 2001, S. 14).

5.4 Diagnosestellung

Um die Schwere der Krankheit festzustellen wird heutzutage häufig die Tabelle zur Einteilung der Schweregrade nach Majewski (4-Digit-Diagnostic-Guide) (Anhang 1) benutzt. Dabei wurden die 26 elementaren Symptome mit der jeweils auftretenden Häufigkeit in einer Tabelle zusammengefasst. Die geschädigten Kinder werden dabei nach Schweregrad des Syndroms in die Kategorien **I-III** zugeordnet. Dabei bedeuten 1 Punkt „unwahrscheinlich oder nicht vorhanden“, 2 Punkte „möglich oder unbekannt“, 3 Punkte „wahrscheinlich“ und 4 Punkte „definitiv“. In der ersten Spalte der Tabelle befinden sich jeweils die Punkte, die für die spätere Zuordnung der Schwere des Syndroms wichtig sind. In der rechten Spalte werden die jeweiligen Symptome aufgelistet. Die Punkte der gegebenen Symptome müssen zusammengezählt werden, um die Schwere der Krankheit zuordnen zu können.

Der Guide beruft sich bei der Untersuchung hauptsächlich auf die die folgenden vier Teilaspekte:

1. Kleinwuchs/Untergewicht

Um bei der Tabelle die höchste Punktzahl (4) in dieser Kategorie zu erreichen, muss das Kleinkind für beide Werte unterhalb der 3. Perzentile liegen.

2. Kraniofaziale Dismorphie

Hierbei werden hauptsächlich die Lidspaltenweite der Augen, sowie die Oberlippe, das Philtrum und der Kopfumfang gemessen. Zur genaueren Diagnosestellung werden verschieden Guides für hellhäutige (Guide1) und afro-amerikanische Kleinkinder (Guide 2) benutzt. Bei einem kaukasischen Kleinkind beträgt die durchschnittliche („normale“) Lidspaltenweite ungefähr 24,86mm. Für die Messung der Oberlippe und des Philtrums wird der Lip-Philtrum-Guide angewandt (s. Abb. 4). Stufe 3 stellt den Mittelwert dar, Stufe 4 und 5 sind charakteristische Merkmale FAS`s.

3. ZNS-Anomalien

Für eine Mikrozephalie muss der Kopf des Kleinkinds mindestens unter der 10. Perzentile liegen. Auch Malformationen wie Epilepsien werden zu den wichtigen strukturellen Störungen des Zentralnervensystems gezählt (vgl. Spohr, 2011, S.12).

4. Vorgeburtliche Alkoholexposition

Solange die Kriterien 1-3 erfüllt sind, kann FAS auch ohne Wissen über maternalen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft diagnostiziert werden. Häufig ist es schwer herauszufinden ob und wie viel Alkohol in der Schwangerschaft getrunken wurde. Jeder Schluck Alkohol schädigt dem Kind, besonders jedoch wenn die Mutter chronisch Alkohol missbraucht oder mindestens einmal pro Woche betrunken war.

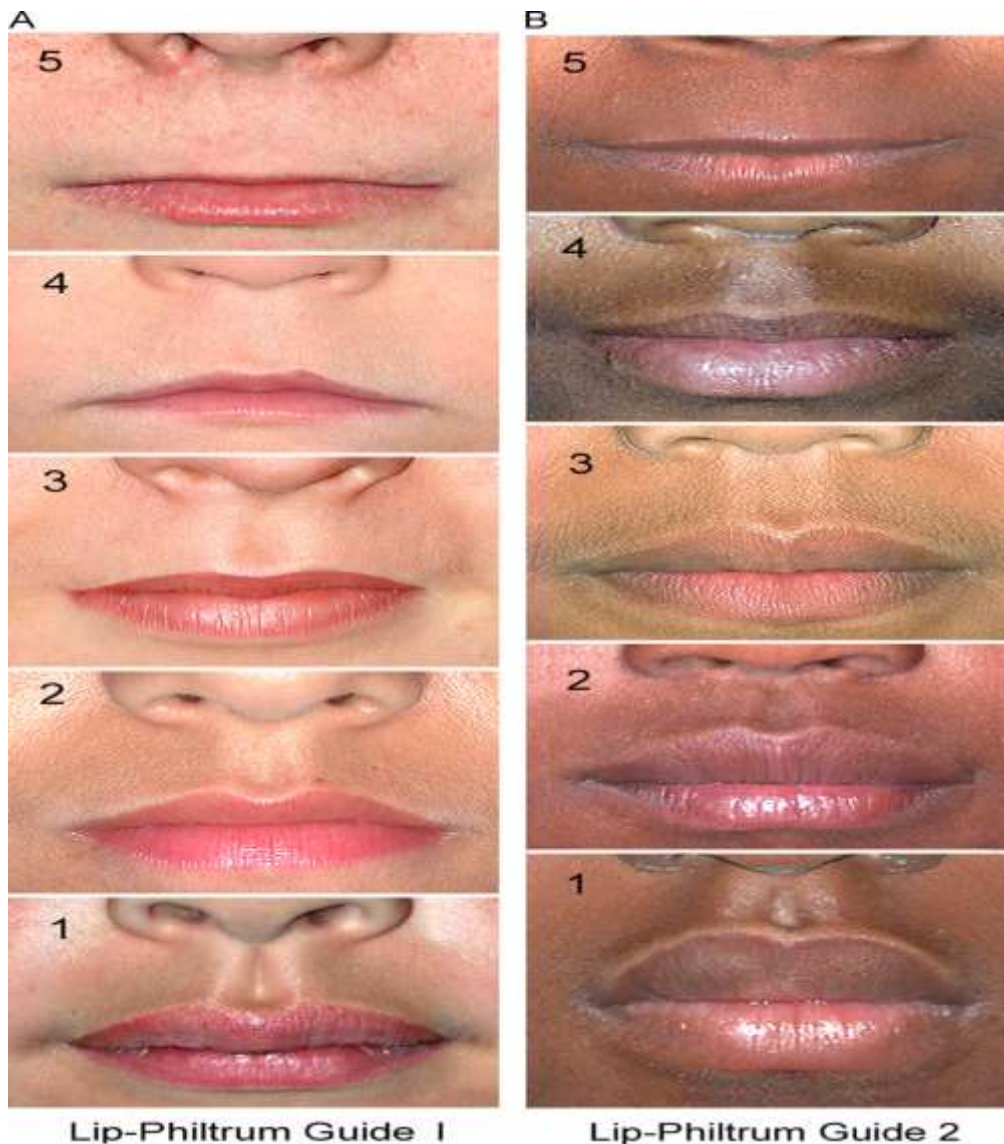


Abb. 3: Lip-Philtrum Guide für hellhäutige & afro-amerikanische Kinder¹

Leider finden in der Tabelle jedoch hauptsächlich die körperlichen Beeinträchtigungen Beachtung. Da jedoch auch häufig kognitive und emotionale Defizite ohne sichtbare körperliche Mängel vorkommen, ist eine korrekte Diagnosestellung mit dem 4-Digit-Diagnostic-Guide zum Teil nur sehr schwierig möglich. Der Guide sollte möglichst in den ersten 3 Lebensjahren des Kindes angewendet werden, da mit zunehmendem Alter die körperlichen Merkmale häufig abnehmen.

1: Senturias, Yasmin und Asamoah, Alexander, [http://www.cppah.com/article/S1538-5442\(13\)00149-1/abstract](http://www.cppah.com/article/S1538-5442(13)00149-1/abstract), Online 05.01.2016.

5.5 Therapiemöglichkeiten

Für eine Therapie ist eine frühzeitige, korrekte Diagnose von großer Bedeutung. Besonders im Kleinkind- und Vorschulalter können Ergotherapien oder Logopädie-Therapien dem Kind helfen.

Dennoch sollte vor allem den Eltern bewusst sein, dass FAS nicht heilbar ist und sie sich deshalb von einer Psychotherapie und deren Fortschritte nicht allzuviel erhoffen sollten. Kinder mit FAS zeigen sich in der Therapie oftmals verständnisvoll und kooperativ. Sie geben dem Therapeuten recht und versprechen sich in der nächsten Situation anders zu verhalten. Trotzdem verstehen sie oft nicht, was eigentlich von ihnen verlangt wird oder vergessen dass soeben Gelernte wieder und verhalten sich in der nächstähnlichen Situation wieder gleich. Deshalb werden diese Kinder häufig von Therapeuten als „therapieunwillig“ dargestellt, was für die Kinder wieder eine Bestätigung ihres eigenen Scheiterns bedeutet.

Verhaltenstherapeutische Therapien haben deshalb in der Praxis oftmals wenig Erfolg.

Eine medikamentöse Therapie durch Methylphenidat® zur Beruhigung und Konzentrationssteigerung ist sinnvoll und auch auftretende Aggressionen sowie Impulsdurchbrüche können durch Risperdion® abgeschwächt werden (vgl. Feldmann, 2007, S. 862).

6. Alkoholgeschädigte Kinder im Vergleich zu „normalen“ Kindern

6.1 Hirnfunktion und Verhalten

Die Konzentrationsfähigkeit bei einem Kleinkind mit FAS ist gegenüber der eines „normalen“ Kleinkindes deutlich eingeschränkt. Dies wird besonders in einfachen Spielen, die ein gewisses Maß an Konzentration erfordern, deutlich: „Normale“ Kleinkinder können im Regelfall schon einfache Puzzle zusammenbauen oder über einen längeren Zeitraum (<30 min.) hinweg ein Brettspiel spielen. Kleinkinder mit FAS brechen dieses meist vorzeitig ab, da sie sich durch Geschehnisse in ihrem Umfeld leicht ablenken lassen (vgl. Löser 1995, S. 61).

Durch die toxische Wirkung des Alkohols auf das Gehirn ist die Wahrnehmung und Aufnahmefähigkeit der Betroffenen stark beeinträchtigt. Simple Aufgaben wie einfache Figuren nachzeichnen stellen für Kleinkinder mit FAS im Gegensatz zu „normalen“ Kleinkindern eine meist unlösbare Aufgabe dar. Auch hören ungefähr 25% der betroffenen Kleinkinder deutlich schlechter als normale Kinder, wodurch Defizite der Sprache und des Lernens erklärt werden können. Bei der Artikulation, dem Redefluss, dem Wortschatz und dem Sprachantrieb wurde bei 90% der Kleinkinder eine stark verzögerte Entwicklung festgestellt.

Das Erkennen von einfachen Symbolen, das Erfassen von leichten Zusammenhängen oder das Erlernen von Regeln (Logisches Denken) stellt für ältere, „normale“ Kleinkinder keine größeren Probleme dar. Kleinkinder mit FAS erfassen diese zumeist gar nicht oder sehr stark verlangsamt. Häufig werden aufgrund ihres schlechten Erinnerungsvermögens Dinge die sie erlernt haben direkt wieder vergessen. Nicht selten sind sie in einigen Bereichen ihrer geistigen Entwicklung bis zu 10 Jahre verzögert, was bedeutet dass sie erst mit 14 Jahren Dinge können, die normalerweise ein 4 Jahre altes Kleinkind kann. Ihr IQ liegt durchschnittlich zwischen 66 und 82, was im Vergleich zu einem „normalen“ Kleinkind (IQ von 100) einen Unterschied von bis zu 44% ausmacht.

Laut Löser (1995, S.65) weisen 72% der betroffenen Kleinkinder eine Hyperaktivität auf. Durchschnittlich sind in Deutschland ungefähr 3% der Kleinkinder von ADHS (Hyperaktivität) betroffen, wobei die Diagnose deutlich häufiger bei Jungs als bei Mädchen gestellt wird. Kleinkinder mit Hyperaktivität aufgrund von FAS sind ständig in Bewegung (wenn sie schon älter sind), können nicht still sitzen, sich nicht konzentrieren und Wichtigem von Unwichtigem nicht unterscheiden. Dabei sind sie deutlich risikofreudiger und schmerzunempfindlicher als „normale“ Kinder.

Auch bei Kleinkindern mit FAS schon auffallend ist die geringe Distanzlosigkeit gegenüber Fremden. Nicht selten wird ein Fremder einfach an die Hand genommen oder ein gerade erst kennengelernter Spielkamerad als „bester Freund“ vorgestellt. Dies wird in diesem Stadium meist noch als kindgerecht empfunden, später kann es jedoch zu sozialen Problemen führen (vgl. Löser 1995, S.67).

Kleinkinder mit FAS sind meistens gut gelaunt, fröhlich, ausgelassen, laut, kontaktfreudig und nur sehr selten depressiv oder introvertiert (vgl. Löser 1995, S.68). Dennoch können Emotionen wie Lachen oder Weinen nicht kontrolliert werden, und wechseln oft schlagartig. Da dies ist bei „normalen“ Kleinkindern nicht der Fall ist stößt dieses Verhalten bei den Adoptiveltern häufig auf Verzweiflung.

„Normale“ Kleinkinder können im 3. Lebensjahr Treppen im Wechselschritt besteigen, Bälle mit dem Fuß schießen, Unterhemd und Hose selbstständig anziehen, sich die Hände waschen oder Perlen auffädeln. Kleinkinder mit FAS zeigen immer noch einen unsicheren und ungleichmäßigen Gang, und fehlende Koordination und Feinmotorik. Aufgrund dessen sind viele der oben genannten Aufgaben für das betroffene Kind nur schwer ausführbar.

Besonders im Kleinkindalter treten bei vielen der Kinder Ess- und Schluckstörungen auf. Die Nahrungsaufnahme wird verweigert oder es wird nur lange gekaut und nicht runtergeschluckt. Viele der Pflegeeltern berichten von einem Zwang dem Kind Essen zu geben, da es von sich aus keinen Hunger verspürt und somit auch nichts essen würde. In einigen Extremfällen muss sogar auf eine Sonderernährung zurückgegriffen werden.

Des Weiteren ist das Wärme- sowie Kältegefühl bei Kindern bis zur Pubertät stark verschoben. Häufig passt die selbstgewählte Kleidung nicht zur Witterung (vgl. Feldmann 2007, S. 858).

Auch der Schlafrhythmus der Kleinkinder ist gestört. Ein „normales“ Kind im Kleinkindalter benötigt ungefähr 11-12 Stunden Schlaf pro Nacht, schläft in einer relativ kurzen Zeit ein und schläft sehr tief. Kleinkinder mit FAS schlafen zum Teil nur sehr wenig, kommen kaum zur Ruhe, benötigen extrem viel Zeit zum Einschlafen und lassen sich durch das leiseste Geräusch wecken. Dennoch sind sie am nächsten Morgen fit und ausgeruht.

Aufgrund dieser geistigen Einschränkungen können nur sehr wenige eine normale Schule besuchen. Viele der Kinder müssen häufig die Schule wechseln bis sie meisten eine Sonderschule besuchen. Rund 12% der Kinder können nicht beschult werden, 55% besuchen eine Förderschule und nur 33% können auf eine „normale“ Schule (29% auf die Hauptschule und 4% auf die Realschule) gehen.

6.2 Körperliche Fehlbildungen

Im Folgenden werden die körperlichen Fehlbildungen im Vergleich zu einem „normalen“ Kleinkind beschrieben werden. Da diese oft selbsterklärend „abnormal“ sind, wird auf eine genauere Bezugsherstellung zur meist offensichtlichen „Normalität“ verzichtet.

Wie bereits oben erwähnt sind Kinder mit dem fetalen Alkoholsyndrom deutlich kleiner und leichter als „normale“ Kinder. Zudem weisen sie einen deutlich niedrigeren Kopfumfang (Mikrozephalie) auf. Gelegentlich werden die Defizite in Gewicht und Wachstum in der Pubertät aufgeholt, meistens bleiben sie jedoch lebenslang bestehen.

Laut Studien von Löser (1995, S. 40) haben rund 30% der Betroffenen einen Herzfehler der häufig operiert werden muss. Dabei sind vor allem der Vorhof und die Kammerscheidewand des Herzens betroffen. Herzfehler treten bei einer schwereren Erkrankung (FAS III) deutlich häufiger auf.

Genitalmissbildungen treten sowohl bei Knaben als auch bei Mädchen in 46% der Fälle auf. Dabei ist bei Mädchen häufig die Klitoris stark vergrößert und die Knaben leiden an Hodenhochstand. Auch die sexuelle Reife tritt bei Mädchen und Jungs erst verspätet ein.

Bei rund 80% der Kleinkinder mit FAS treten körperliche Fehlbildungen des Skeletts auf. Dabei treten laut Löser (1995, S.48f) besonders häufig folgende Missbildungen auf: Verkürzung und Beugung des Kleinfingers (51%), bleibende Verkürzung des Kleinfingers (16%), Verwachsung von Elle und Speiche (14%), Unterentwicklung der Fingerglieder (13%), Hüftluxation (9%), Trichterbrust (30%), Kielbrust (ca. 7%), Gaumenspalte (7%), Steißbeingrübchen (44%) und Leistenbruch (12%).

Bei einigen der Kleinkinder konnte zudem das Fehlen einzelner Zehen-oder Fingernägel festgestellt werden. Auch die Dreifingerfurche knickt ungewöhnlich stark ab. Die Haare der Kinder sind meist sehr dünn, wachsen sehr langsam und weisen viele Wirbel sowie einen Haaraufstrich im Nacken auf.

Bei jedem 10. Kind mit FAS besteht zudem eine Nierenfehlbildung, die sich meist in Form einer Doppelniere äußert.

Auch bereits oben angedeutet wurden die kraniofazialen Veränderungen der betroffenen Kleinkinder. Dabei ist das Philtrum häufig gänzlich verstrichen und/oder stark verlängert. Auch die sehr schmale Oberlippe, die geringe Lidspaltenweite, die stark abgeflachten Augenlider, die kurze „Stupsnase“ mit ihrem flachen Nasenrücken, die tiefliegenden Ohren sowie ein Haaraufstrich fallen auf.



Abb. 4: Mädchen im Kleinkindalter mit FAS¹

1: Jeder Tropfen Alkohol gefährdet das

Ungeborene, [http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-
psychiatrische_krankheiten/suchtkrankheiten/article/568814/jeder-tropfen-alkohol-gefaehrdet-ungeborene.html](http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/suchtkrankheiten/article/568814/jeder-tropfen-alkohol-gefaehrdet-ungeborene.html) -
Online 16.05.16

13. Präventionsmöglichkeiten

In den USA muss seit dem 1. April 1990 auf allen alkoholischen Flaschen oder Dosen folgender Warnhinweis stehen:

„Government Warning: (1) *According to the surgeon general, women should not drink alcoholic beverages during pregnancy because of the risk of birth defects.* (2) *Consumption of alcoholic beverages impairs your ability to drive a car or operate machinery and may cause health problems.*“

Dies zeigte bis jetzt jedoch noch wenig Wirkung, da der Hinweis zu klein und unauffällig ist und die meisten Amerikaner ihn noch nicht einmal bemerkten. Auch legte die „Aktion Sorgenkind“ 1990 einen solchen Gesetzesvorschlag in Deutschland vor, dieser wurde jedoch vom Ministerium mit folgender Begründung abgelehnt: „damit nicht durch eine Überzahl von Warnungen und Verboten die Schwangerschaft das Image einer Bürde erhält, die der Frau auferlegt wird und sich daraus Negativefolgen für den Kinderwunsch ergeben“ (Löser 1995, S.137).

Der Hinweis solle sich vor allem jedoch an gelegentlich trinkende Frauen richten, die durch ihn an das bestehende Risiko erinnert und dadurch zum nachdenken bewegt werden. Alkoholranke Frauen wird dieser wohl weniger beeindrucken.

Leider gibt es in Deutschland nur wenige Kampagnen, die sich direkt an Frauen und ihren Alkoholkonsum richten. Dennoch werden immer mehr Alkoholpräventionsprogramme der Bundeszentrale für Aufklärung von verschiedenen Zielgruppen in Anspruch genommen. Dennoch werden die wesentlichen Zielgruppen nur wenig bis gar nicht erreicht (vgl. Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2013, S.3). Wie die Kampagne der Bundeszentrale für Aufklärung „Alkohol? Kenn dein Limit!“ zeigt, können diese jedoch durchaus wirksam und erfolgreich sein. Laut dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2013, S.3) werden Schwangere besonders durch Informationen bei ihrem Gynäkologen, sowie öffentliche Informationsmaterialien wie Broschüren sensibilisiert.

Frauen mit einem risikoreichem Alkoholkonsum halten diesen jedoch oft aus Angst vor sozialer Unverständlichkeit und Angst vor Entzug des Sorgerechts (falls sie

schon ein Kind geboren hat) geheim und meiden Beratungsstellen. Besonders Frauen denen schon einmal das Sorgerecht entzogen worden ist gelten als besonders gefährdet, da sie den Verlust oftmals in einem höheren Alkoholkonsum oder einer erneuten Schwangerschaft kompensieren wollen (vgl. Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2013, S.26).

Effektive Präventionsmöglichkeiten für die Gesamtbevölkerung wären zum Beispiel:

- Regulierung der Verfügbarkeit von Produkten: kein Verkauf alkoholischer Produkte außerhalb der Ladenschlusszeiten (wie z. B. an Tankstellen)
- Regulierung über den Verkaufspreis: hohe Besteuerung alkoholischer Produkte
- Werbebeschränkungen für alkoholische Produkte (vgl. DIMDI 2013, S.8).

Diese Maßnahmen haben sich in der Gesamtbevölkerung als effektiv erwiesen, jedoch wurde die Effektivität auf die Geburtenrate von FAS noch nicht erbracht. Besonders werden jedoch alkoholabhängige Personen immer einen Weg finden um ihre Sucht zu stillen.

In der Praxis auch erfolgreich waren mehrere Einzelgespräche für suchtgefährdete Frauen durch Hebammen, Krankenpfleger oder Ärzte die mit einem geringen finanziellen und zeitlichen Aufwand verbunden sind. Um diese Gespräche noch erfolgreicher zu gestalten muss das erwähnte Personal jedoch speziell aus-und weitergebildet sein.

Abschließend ist zu sagen dass eindeutig mehr in die Prävention investiert werden sollte, da dies die deutlich kostengünstigere und sinnvollere Alternative darstellt. Jedoch sollten noch mehr Informationen zu Erfolgsaussichten, sowie unter welchen Bedingung Interventionen erfolgreich sind, herausgearbeitet und bereitgestellt werden (vgl. Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2013, S.31).

14. Zusammenfassung & Fazit

FAS ist und bleibt eine vermeidbare Tragödie. Besonders die Kinder leiden sehr unter denen durch ihre Mutter verwehrte Chancen. Was mich besonders schockiert hat, sind die vielen Fehldiagnosen die aufgrund der mangelnden Informationskenntnisse über das Krankheitsbild gestellt werden, sowie das Unwissen vieler Ärzte darüber.

Angesichts der jährlich sehr hohen Geburtenzahl von alkoholgeschädigten Kindern ist es verwunderlich, dass es nicht mehr Kampagnen zur Aufklärung und Prävention über diese zu 100% vermeidbare Krankheit gibt. Es sollte eindeutiger durch Ärzte an Schwangere und Frauen mit Kinderwunsch kommuniziert werden, dass dieses „eine Gläschen Alkohol“ nicht „okay“ ist sondern anders als von vielen angenommen jeder Schluck schaden kann.

Besonders fatal sind die Schädigungen des Hirns für das Kind. Diese sind nicht heilbar und es wird ein Leben lang darunter leiden und in seinem sozialen Umfeld auf Unverständnis treffen. Auch wird es nie ein eigenständiges Leben mit einem normalen Beruf führen können. Der Unterschied zu „normalen“ Neugeborenen wird vor allem in den Punkten 7.1 sowie 7.2 deutlich.

Eltern und Pflegeeltern sollte sich dessen bewusst sein, dass das fetale Alkoholsyndrom nicht heilbar ist und somit die Therapiemöglichkeiten aufgrund der geistigen Defizite nur stark eingeschränkt sind. Jeder Pflegefamilie, die sich überlegt ein Kind mit FAS aufzunehmen sollte wissen, dass sich diese Herausforderung als deutlich schwieriger herausstellen kann als zunächst angenommen. Dennoch kann sich auch ein Kind in einem stabilem sozialem Umfeld durchaus gut entwickeln, wie das Beispiel der Kinder von Frau Michalowski (Interview im Anhang) zeigt.

Auch hat sich meine Sichtweise auf Alkohol verändert. Mir war nicht bewusst in welchem Ausmaß Alkohol schädigend ist und wie viel hierzulande konsumiert wird. Mein Fazit ist deshalb:

Alkohol in der Schwangerschaft darf nicht sein!!!

15. Praktischer Teil- Interview mit der Vorsitzenden des deutschen FASD-Verbandes, Gisela Michalowski

Gisela Michalowski ist seit 2005 Vorsitzende von FASD Deutschland e.V., Sozialpädagogin und selbst Pflegemutter von vier Kindern mit FASD, sowie vier leiblichen Kindern. Seit der Aufnahme ihres ersten Kindes 1988 setzt sie sich tiefgründig mit FASD auseinander, arbeitete an den Leitlinien zur Diagnose von FASD mit, organisiert Tagungen, Seminare und Freizeiten und engagiert sich stark für die Prävention von FASD. Das folgende Video wurde am 21.05.16 via Skype® geführt.

Frau Michalowski, wie häufig schätzen sie wachsen Kinder mit FAS nicht in ihrer biologischen Familie auf?

G.M.: Nach Zahlen aus Amerika sind es etwa 80% der Kinder die nicht in ihrer Herkunftsfamilie aufwachsen.

Gestaltet sich die Suche nach Pflegefamilien schwer?

G.M.: Ja diese gestaltet sich schwer da Kinder mit FASD heute häufiger erkannt werden und sich dadurch der Alltag für die Pflegefamilien anders gestaltet als geplant. Als Pflegefamilie hat man die Illusion, dass man dem Kind eine perfekte Familie bieten möchte, und dass ist ganz häufig mit einem Kind mit FASD nicht machbar.

Was halten sie für die beste Umgebung in der ein Kind mit FAS aufwachsen kann?

G.M.: Eine Familie, da diese viel individueller auf das Kind eingehen kann als eine Heimeinrichtung. Dabei wird es 24 Stunden pro Tag und 7 Tage die Woche von ein und der selben Person betreut. Für ein Kind mit einer Bindungsstörung und FASD kann ein Kleinstheim oder eine Pflegeeinrichtung durchaus eine geeignete Lösung sein, da es sich nicht an die Pflege-bzw. Adoptiveltern binden muss.

Können sich Pflegeeltern und Familien auf das Leben mit einem FASD Kind vorbereiten?

G.M.: Ja, man kann sich darauf vorbereiten. Jedoch sind die Veränderungen die durch ein FASD Kind in den eigenen Haushalt kommen nicht absehbar. Vieles läuft anders als man es geplant hat und man soll sich von dem Kind verabschieden, dass man gerne gehabt hätte und das Kind so annehmen wie es ist. Man darf nicht vergessen, dass es zusätzlich zu den Bindungsstörungen und Traumen auch FASD hat.

Sie haben selbst mehrere FASD Kinder aufgenommen. Wie viele Kinder haben sie adoptiert und wie alt sind diese?

G.M.: Ich habe 4 Kinder aufgenommen. Das Älteste ist 31 und kam mit 3 Jahren zu uns. Meine beiden Töchter sind jetzt 23 und 22 und kamen mit jeweils 18 beziehungsweise 4 Monaten zu uns. Mein jüngstes Kind ist jetzt 11 Jahre alt und kam mit 5 Jahren zu uns.

Was hat sie zu dieser Entscheidung bewogen?

G.M.: Eigentlich gar nichts (lacht). Meine ersten 3 Kinder waren nur über das Wochenende bei uns. Jedoch haben sie mein Herz gewonnen und wir haben uns schlussendlich dazu entschieden sie dann auch aufzunehmen. Bei unserem vierten Kind haben wir uns dann dazu entschlossen ein Kind mit FASD aufzunehmen, da wir dachten was wir drei mal geschafft haben schaffen wir auch ein viertes mal.

Welche Veränderungen gab es in ihrer Familie?

G.M.: Dies haben wir erst im Laufe der Jahre gemerkt. Auch als Pflegeeltern hat man die Hoffnung dass man sie zu einem selbstständigen, eigenverantwortlichen Leben führen kann. Jedoch muss man sich von dieser Illusion bei Kindern mit FAS verabschieden. Man steht immer irgendwo noch mit in der Verantwortung da diese Kinder nur sehr begrenzt eigenverantwortlich und selbstständig leben können.

Wie haben sie herausgefunden dass ihr Kind FAS hat?

G.M.: Wir haben bei unserem ersten Sohn gemerkt dass etwas anders war. Wir fragten uns warum er einfachste Erziehungsregeln nicht beachten oder Dinge nicht merken konnte oder es liebte wenn er negativ auffiel. Diese Fragen haben uns so beschäftigt dass wir uns auf die Suche gemacht haben. Als wir 1995 unsere Mädchen aufnahmen sahen wir in einer Zeitung für Pflegeeltern einige Bilder die dem Aussehen unserer Kinder entsprachen. So kamen wir zur Diagnostik FASD.

Haben ihre Kinder irgendwelche körperlichen Fehlbildungen?

G.M.: Ja. Drei meiner Kinder fehlt das obere Drittel der Fingerspitzen. Ein Kind hat ein Steißbeingrübchen. Zwei Kinder haben eine Trichterbrust, drei haben einen verkürzten und verformten kleinen Finger. Alle haben einen Mikrozephalus. Drei haben Veränderungen an den Füßen. Zwei haben einen Herzfehler und zwei haben Probleme mit dem Verdauungstrakt.

FAS Kinder weisen oft viele Besonderheiten auf. Besonders in der Entwicklung sind sie stark verzögert. Wie haben sich diese bei ihren Kindern geäußert?

G.M.: Vielfältig. Ich erwähne mal ein Beispiel mit dem man das am Besten erklären kann. Mein Sohn kam jeden Tag nach der Schule mit einem leeren Schulranzen nach Hause. Unsere Tochter brachte ihm dann sein Schulzeug, seine Schulbücher und zum Teil auch das dreckige Sportzeug mit. Er war der Ansicht er müsse nichts mitbringen, da seine Lehrerin gesagt hat er brauche nur das Nötigste mitbringen. Seiner Ansicht nach war das Nötigste eben sein leerer Schulranzen. Dann kam hinzu, dass er grundsätzlich Dinge verlor. Sein Schulranzen sowie sein Mäppchen waren gut gefüllt und beinhaltete alles was man benötigte, um am Unterricht erfolgreich teilzunehmen. Er kam nach Hause und hatte eventuell noch zwei Stifte bei sich. Immer wenn er sich in der Schule überfordert fühlte hat er seine Stifte gespitzt. Auch zeigte er ganz häufig in verschiedenen Alltagssituationen Überforderung. Er wurde dann ausfällig und tobte, da er einfach mit der Situation nicht umgehen konnte.

Können ihre Kinder normal Sprechen?

G.M.: Ja, die können normal sprechen. Die können sich sogar sehr gut ausdrücken. Zum Teil sind wir sehr überrascht welche Ausdrücke sie verwenden. Das Problem liegt jedoch immer in der Ausführung. Sie können Dinge genau erklären wie sie funktionieren, sagt man jedoch „Mach mal!“, scheitert dies meistens.

Können ihre Kinder eine normale Schule besuchen und hat es dort Freunde? Wie alt sind/waren diese?

G.M.: Ein Kind ging zur geistig behinderten Schule und ein Kind ging zur körperlich behinderten Schule. Meine anderen Kinder gingen auf die Hauptschule. Diese hatten dann zwei bis drei Jahre jüngere Freunde. Meine Tochter die zu körperbehinderten Schule ging hatte Freunde in ihrer Altersklasse, diese Freundschaften hatten sich jedoch mit verlassen der Schule erledigt gehabt. Meine nächste Tochter hat eine Freundin die sie sozusagen ständig begleitet, diese sind jedoch beide ziemlich retardiert in der Entwicklung.

Würden sie ihre Kinder als hyperaktiv beschreiben?

G.M.: Ja, mit Sicherheit. Als Kinder mit 3 Armen und 8 Beinen. Arme die über all sind nur nicht da wo sie hinsollen.

Wie zeigen die Kinder Emotionen? Zeigen sie sie überhaupt?

G.M.: Sie zeigen wenig Gesichter die man lesen kann. Unsere kleine hat nur einen normalen Gesichtsausdruck sowie ein hämisches Grinsen., wo man wirklich nicht weiß ob es nett gemeint ist oder nicht. Wenn sie keinen neutralen Gesichtsausdruck hat, zeigt sie ihr meist zur Situation unpassendes, hämisches Grinsen. Alle meine Kinder können nicht herzlich lachen.

Gab es schon Probleme mit dem Gesetz und der Polizei?

G.M.: Beim Großen ja. Eigentumsdelikte kleinerer Art, die sich zu einer Jugendstrafe potenzierten.

Können ihre Kind mit Geld umgehen?

G.M.: Nein. Es brennen die Löcher in den Taschen. Wenn sie Geld bekommen wird es sofort ausgegeben. Sie können also nicht planen. Die eine hat 400€ pro Monat zur Verfügung. Möchte sie dies nicht eingeteilt bekommen, ist es nach drei bis höchstens fünf Tagen komplett ausgegeben.

Können ihre Kinder Regeln beachten und ihnen folgen?

G.M.: Nur dann wenn man sie über Jahre hinweg eingeprägt hat. Eine neue Regel braucht lange bis sie sich tatsächlich bei den Kindern eingeprägt hat. Eine einfache Situation: Beim Abendessen möchte ich nicht dass meine Kinder mit ihren Beinen unter dem Tisch hin-und her hauen, da sie ihr Gegenüber schlagen könnten. Bis sie es gelernt hatten dass sie ihre Füße beim Abendbrot still halten sollen, hat es ungefähr ein dreiviertel Jahr gedauert.

Finden sie schnell Freunde und sind sehr kontaktfreudig und offen gegenüber Fremden?

G.M.: Oh ja. Jeder der „Hallo!“ sagt ist der beste Freund. Wenn ich frage „Warum, den kennst du doch überhaupt noch gar nicht?“, entgegnet sie mir meist mit „wieso, er hat mir doch ganz nett Hallo gesagt und dann ist es doch mein Freund“. Sie finden also sehr schnell neue Kontakte und sind leider auch sehr einfach durch diese manipulierbar. Man muss immer ein Auge darauf halten.

Wird mit Verboten oder Strafen etwas bei dem Kind erreicht? Weiß es das es etwas falsch gemacht hat und kann es aus seinen Fehlern lernen?

G.M.: Wenig. Ich sanktioniere schon, wenn etwas Verbotenes passiert ist, jedoch nicht weil es beim Kind eine Verhaltensänderung erreichen wird, sondern damit sich unsere leiblichen Kinder nicht ausgegrenzt und benachteiligt fühlen. Es weiß nicht, dass es etwas falsch gemacht hat und kann aus seinen Fehlern auch nicht lernen.

Auch sollen FASD-Kinder schmerz- und kälteunempfindlicher sein als Kinder ohne FAS. Können sie dies bestätigen?

G.M.: Ja, sie sind schmerz- und kälteunempfindlicher. Auf der einen Seite jedoch auch überempfindlich. Alle meine Kinder können keine Nähte direkt auf dem Körper spüren, und brauchen saumlose Unterwäsche. Wenn es diese nicht gibt ziehen sie die Unterwäsche auf links an. Meinem einen Kind ist ein Pferd auf den Fuß getreten, da hat sie ihn weitergeputzt obwohl er mit 600kg auf ihr stand. Das hat ihr nicht viel ausgemacht, obwohl ihr Fuß doppelt gebrochen war ist sie weitergelaufen. Ein anderes Kind hat sich die Speiche am Arm gebrochen und konnte sich trotzdem noch auf den Arm aufstützen.

Haben ihre Kinder ein besonderes Talent, oder etwas das es gerne ausübt?

G.M.: Ich habe sehr sportliche und sehr musikalische Kinder. Dies üben sie auch gerne aus.

Kann es sich über einen längeren Zeitraum konzentrieren?

G.M.: Nur kurzfristig für drei bis fünf Minuten.

Was braucht es um ein FAS Kind aufzunehmen? Würden sie es anderen Familien empfehlen?

G.M.: Ja. Ich würde es auch immer wieder machen. Diese Kinder haben auch so tolle Seiten und mit einer guten Alltagsstruktur kann man mit diesen Kinder auch durchaus Wunderbares erleben. Wir mussten ein Kind mit 20 Jahren in ein Wohnheim abgeben, da es akut selbst-und fremdgefährdend war, um uns zu schützen. Ansonsten kann man wunderbare Dinge mit ihnen erleben. Wir sind mit ihnen in den Urlaub gefahren und leben zwar ein anderes Familienleben wie viele Familien, wir leben jedoch ein Familienleben. Seitdem wir Kinder mit FASD haben gleicht unser Leben häufig einer Achterbahnfahrt. Manchmal klappt es hervorragend, im nächsten Moment jedoch wieder überhaupt nicht. Was uns jedoch hilft ist eine Alltagsstruktur wie im Film „Täglich grüßt das Murmeltier“ indem jeder Tag wieder gleich anfängt. Das ist im Prinzip das was unsere Kinder brauchen und nach dem wir gut fahren. Bei uns ist der Tag nach der Uhr strukturiert. Ab 19:30 ist im Untergeschoss des Hauses kein Kind mehr zu finden. Diese sind dann oben in ihren Zimmern um uns Erwachsenen die Möglichkeit zu geben unten aufzuräumen, und etwas zur Ruhe zu kommen.

Die Zahl der Geburten von Kindern mit FASD ist jährlich viel zu hoch. Woran könnte das liegen? Wird in der Prävention zu wenig getan?

G.M.: Ich glaube das liegt daran, dass in vielen Köpfen noch nicht angekommen ist, dass Alkohol in der Schwangerschaft irreversible Schäden beim ungeborenen Kind hervorruft. Alkoholprävention zielt in Deutschland in der Regel nur auf Fehlverhalten im Straßenverkehr oder auf Alkohol und Medikamente ab. In vielen Schulen wird in diesen Präventionskursen FASD überhaupt nicht erwähnt oder besprochen. Ich denke es ist zwingend erforderlich FASD in den Sexualkunde Unterricht ab Klasse 3 mitaufzunehmen, sodass jedes Kind schon mal im Kindesalter davon gehört hat, dass Alkohol in der Schwangerschaft irreversible Schäden beim ungeborenen Kind auslöst. Es gibt zwar tolle Präventionsprojekte, diese sind jedoch nur punktuell zu finden. In Berlin gibt es das Aufklärungsprojekt WIGWAM Zero mit dem Film „Blau im Bauch“, der ist total klasse, aber fragen sie mal hier im Emsland in den Schulen ob irgendjemand den Film kennt. Den kennt keiner.

Was denken Sie wäre die wirksamste Art der Prävention?

G.M.: Ich finde wie gesagt ab Klasse 3 im Biobuch. Auch große Werbekampagnen wie für AIDS wären sinnvoll, da jeder weiß wie man diese Krankheit verhindern kann. Einmal eine große Werbeaktion durch alle Programme und vielleicht auch mal ein Kind zeigen dass sich nicht „normal“ verhält, könnte sehr hilfreich sein.

Was halten sie von Warnhinweisen auf alkoholischen Getränkeflaschen oder von einem kompletten Alkoholverbot?

G.M.: Ein komplettes Alkoholverbot werden wir nie erreichen können, da er in unserer Kultur viel zu stark verankert ist und zu jeder Feier dazugehört. Was ich gut finde wäre, dass man Warnhinweise analog zu den auf den Zigaretenschachteln auf den Alkoholflaschen aufbringt. Häufig haben wir ein Piktogramm von einer Schwangeren Frau die durchgestrichen ist, auf der Rückseite von Alkoholflaschen. Viele wissen jedoch gar nicht was dieses Piktogramm bedeutet. Als ich kürzlich in einer Schulkasse war, sagte eine Mädchen dass sie dachte, wenn sie das tränke würde sie nicht schwanger werden. Deswegen müssen solche Zeichen auch eingeführt und mit Namen belegt werden. Ich fände es ganz gut wenn vorne auf den Alkoholflaschen stehen würde: „Null Promille in der Schwangerschaft, da Alkohol in der Schwangerschaft zu lebenslangen Schäden führt“. Wenn diese mindestens das halbe Etikett bedecken, könnte man vielleicht noch mehr erreichen.

Trinken sie Alkohol?

G.M.: Ja. Aber nicht häufig.

Denken sie Deutschland hat ein Alkoholproblem?

G.M.: Ich denke das Alkohol viel zu häufig, viel zu viel und bei einigen auch tagtäglich getrunken wird. Wenn ich Alkohol trinke ist es immer irgendwas ganz besonderes. Wenn ich grille trinke ich ein Radler dazu. Aber ich trinke nicht jeden Abend ein Radler. Ich trinke vielleicht einmal im Monat, einmal im Jahr, je nachdem wann ich es möchte. Aber wenn ich auf eine Feierlichkeit gehe und nicht trinken möchte, sage ich meistens ich habe Medikamente genommen die sich nicht mit Alkohol vertragen. Niemand würde es akzeptieren wenn ich einfach sagen würde ich möchte heute nichts trinken.

16. Anhang

4-Digit-Diagnostic-Guide

Punkte nach Majewski	Symptome
4	Minderwuchs, Untergewicht
-	Postnatale Wachstumsverzögerungen
-	Vermindertes subkutanes Fettgewebe
	Kraniofaziale Dysmoprhie
4	Mikorcephalie
2	Haaraufstrich im Nacken
3	Verkürzter Nasenrücken
1	Nasobialfalten
1	Schmales Lippenrot, dünner Lippenwulst
-	Fehlendes/ flaches/ verlängertes Philtrum
-	Fehlender Cupidobogen
-	Kleine Zähne
2	Hypolapsie der Mandibel, fliehendes Kinn
2	Hoher Gaumen
4	Gaumenspalte
-	Tief ansetzende Ohren
	Augenfehlbildungen
-	Myopie/ Hyperopie /Astigmatismus
-	Strabismus
-	Spaltbildungen

-	Opticusaplasie/ -Hypoplasie
-	Microphtalmie / Mikrocornea
2	Epikanthus
2	Ptosis
2	Blepharophimose
-	Antimongoloide Lidachsen
2/4	Genitalfehlbildungen
4	Nierenfehlbildungen
4	Herzfehler
-	Alkoholkardiomyopathie
-	Haemangiome
	Extremitäten/ Skelettfehlbildungen
3	Anomale Handfurchen
-	Flaches Handlinienrelief
2	Brachy- /Klinodactylie
2	Kamptodactylie
1	Hypoplasie der Endphalangen/ Nägel
2	Radioulnare Synostose/ Supinationshemmung
2	Hüftluxation/ -dysplasie
-	Skoliose
-	Trichterbrust
-	Kielbrust
-	Rippenanomalien
-	Wirbelanomalien
	Weitere Fehlbildungen
2	Hernien

-	Bindgewebeschwäche
1	Fovea coccygea
	Neurologische, mentale, psychopathol. Störungen
2/4/8	Geistige Entwicklungsverzögerungen
-	Sprachstörungen
-	Hörstörungen
-	Ess- und Schluckstörungen
-	Schlafstörungen
2	Muskul. Hypotonie, Muskeldysplasie
-	Verminderte Schmerzempfindlichkeit
-	Feinmotorische Dysfunktion
-	Krampfanfälle
	Verhaltensstörungen
4	Hyperaktivität, Hyperexzitabilität
-	Distanzlosigkeit, Vertrauensseligkeit
-	Erhöhte Risikobereitschaft, Waghalsigkeit
-	Autismus
-	Aggressivität, dissoziales Verhalten
-	Emotionale Instabilität

Punkte	10-29 Punkte:	Schädigungsgrad I
	30-39 Punkte:	Schädigungsgrad II
	> 40 Punkte:	Schädigungsgrad III

(Tabelle übernommen aus Löser 1995, S. 7-8)

17. **Tabellen-und Abbildungsverzeichnis**

1. Alkoholkonsum verschiedener Länder in den Jahren 2000 und 2012.....S. 8
2. Gesundes Gehirn im Vergleich zu dem eines alkoholgeschädigten.....S.16
3. Faktoren einer Suchtkrankheit.....S. 18
4. Lip-Philtrum-Guide für hellhäutige& afro-amerikanische Kinder.....S. 26
5. Mädchen im Kleinkindalter mit FAS.....S. 31

18. Literaturverzeichnis

Appel, Christa (Hrsg.): Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung. Freiburg im Breisgau: Lambertus 1994.

Bergmann, Renate L. und h, Hans-Ludwig und Dudenhausen, Joachim W (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. München: Urban&Vogel 2006.

Demir, Mesut und Ernst, Lena(Hrsg.): Verzicht auf Alkohol. „Wissen ist Macht?“ oder „Ohne soziale Unterstützung macht Wissen nichts?“ o.O.: Verlag unbekannt, o.J.

Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.): Prävention des fetalen Alkoholsyndroms. Köln: Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2013.

Enekwe, A. und Kimmig, R. und Bialas, I. und Köninger, A. (Hrsg.): Substanzabusus in der Schwangerschaft. Auswirkungen auf die Schwangere und den Feten. In: Gynäkologie aktuell Jahrgang unbekannt/2015, 48, 464-469.

Enekwe, A. und Kimmig, R. und Bialas, I. und Köninger, A. (Hrsg.): Substanzabusus in der Schwangerschaft. Auswirkungen auf die Schwangere und den Feten. In: Gynäkologie aktuell Jahrgang unbekannt/2015, 48, 464-469.

Feldmann, R. und Löser, H. und Weglage, J.: Fetales Alkoholsyndrom (FAS). In: Monatsschrift Kinderheilkunde Jahrgang unbekannt/2007, 155, 853-865.

Franz , H.J.: Auf dem Weg in eine alkoholabhängige Gesellschaft? Ein Report zum Thema Konsum, Abhängigkeit, Prävention. 1. Auflage. Konstanz: Hartung – Gorre, 1995.

Günther, Andrea (2003): Mögliche Folgen von Alkohol in der Schwangerschaft für das Kind, die Auswirkung auf die Familie und Möglichkeiten der Prävention. Erfurt.

Hüllinghorst, Rolf und Hoffman, Katja: Alkohol-Probleme: So können Sie helfen. Stuttgart 1998.

Hennicke,Klaus und Hoffmann, Knut (Hrsg.): Menschen mit Intelligenzminderung und Fetalem Alkoholsyndrom (FAS). Eine Herausforderung für die Behindertenhilfe. Berlin: Eigenverlag der DGSG 2015.

Knieper, Alexandra(2007). Entwicklungsrisiken und –chancen von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom. Lingen.

Lais, Rosemary (2003): Das fetale Alkoholsyndrom (FAS)- eine vermeidbare Tragödie. Kiel.

Löser, Hermann:

Alkoholeffekte und Schwachformen der Alkoholembryopathie. In: Deutsches Ärzteblatt Jg. 88/ 1991, Heft 41, S.50-60.

Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. Stuttgart, Jena, New York: Fischer 1995.

Dr. Mensink, Gert: Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Berlin 2002.

Reincke, M. und Werdan, K. (Hrsg.): Folgen von Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft. o.O.: Springer-Verlag 2011.

Schmidt, Lothar: Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. Stuttgart/ Berlin/ Köln 1997.

Senturias, Yasmin und Asamoah, Alexander : Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Guidance for Recognition, Diagnosis, Differential Diagnosis and Referral. In: Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care o. Jg./ 2014, o. Heft Nr., S. 88-95.

Spohr, Hans Ludwig: Fetale Alkohol-Spektrum-Störung: Häufigste nicht genetisch bedingte angeborene Fehlbildung. In: Kinder Spezial, Jg. 2011, Heft Nr.40, S.11-14 (2011)

Autor unbekannt: Alkohol und Schwangerschaft. Wie wirkt Alkohol auf das Kind im Mutterleib?. In: Sucht Schweiz (Im Fokus), Jahrgang unbekannt/ 2014, Heftnummer unbekannt, 1-2.

Internetquellen:

ADHS Deutschland e.V.: ADHS/ADS- Prävalenz. URL: <http://www.adhs-deutschland.de/Home/ADHS/ADHS-ADS/Haeufigkeit.aspx> -Download vom 16.05.16

Bundesamt für Statistik (2015): Höchste Geburtenrate seit zehn Jahren. URL: <http://www.zeit.de/gesellschaft/2015-08/bundesamt-fuer-statistik-anstieg-kinder-geburten-ehe-2014> -Download vom 12.04.2016

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o.J.): Alkohol in Zahlen. URL: <http://www.kenn-dein-limit.info/alkohol-in-zahlen.html> -Download vom 24.02.16

Die Brücke- Prävention und Suchtkrankenhilfe Burghausen e.V.: Wie entsteht Sucht? URL: http://www.bruecke-burghausen.de/wie_entsteht_sucht.htm - Download vom 11.05.2016

Doney, Robyn und Lucas, Barbara R. und Jones, Taryn und Howat, Peter und Sauer, Kay und Elliott, Elizabeth J. (2014): Fine Motor Skills in Children With Prenatal Alcohol Exposure or Fetal Alcohol Spectrum Disorder. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25325756> - Download vom 05.01.2016.

Drozella, Annika (o.J.): Zum aktuellen Forschungsstand des fötalen Alkoholsyndroms. URL: <http://fasd-deutschland.de/cms/upload/Fachbereich/Veroeffentlichungen/Annika.pdf> - Download vom 05.01.2016.

Egermeier, Katja (2016): Fetales Alkoholsyndrom: Mehr als 400 mögliche Symptome. URL: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=61588> - Download vom 17.02.2016jed

Emmerling, Christian (2003): Plazenta (Mutterkuchen). Letzte Aktualisierung: 30.12.2015. URL: <http://www.9monate.de/schwangerschaft-geburt/schwangerschaft/plazenta-mutterkuchen-id94383.html> -Download vom 21.04.2016

Prof. Dr. Med. Faust, Volker (o.J.) Alkoholkrankheit- Kurzfassung: Definition – Typologien – seelisches, körperliches und psychosoziales Beschwerdebild – Entzugerscheinungen – Ursachen – Verlauf – Alkohol-Folgeschäden – Therapie – u. A. URL: <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/seele/alkohol.html> -Download vom 11.03.2016

Gensthaler, Brigitte M. (2012): Jedes Glas ist eins zu viel. URL: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/?id=41025> - Download vom 05.01.2016.

Harmening, Anda-Lisa (2012): Alkohol positiv und negativ: Die Dosis macht die Wirkung URL: <http://www.vistano->

portal.com/gesundheit/gesundheitsvorsorge/alkohol_positiv_und_negativ_die_dosis_macht_die_wirkung.html Download vom: 09.03.2016

Heil, Christiane (2012): Die stolzen Oglala sind Säufer geworden. URL: <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/menschen/indianerreservat-pine-ridge-die-stolzen-oglala-sind-saeufer-geworden-11697230.html> -Download vom 12.04.2016

Hohmann, Christina (2002): Spezielle Barrieren bauen. URL: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=23757> -Download vom 21.04.2016

Hohmann, Christina (2007): Wenn das Ungeborene mittrinkt. URL: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/?id=3663> - Download vom 05.01.2016.

Kunze, Sara (o.J.). Plazentaschranke. URL: <http://www.rund-ums-baby.de/schwangerschaft/lexikon/plazentaschranke.htm> -Download vom 21.04.2016

Martin, Peter(2000): Fehlbildungen des Nervensystems. URL: <http://www.spektrum.de/lexikon/neurowissenschaft/fehlbildungen-des-nervensystems/3960> -Download vom 25.04.2016

Mogendorf, Janina (2014): ...Gott erhalt`s. URL: <http://www.katholisch.de/aktuelles/aktuelle-artikel/gott-erhalts> -Download vom 09.03.2016

Roszel, Elizabeth L. (2015): Central nervous system deficits in fetal alcohol spectrum disorder. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25774812> - Download vom 05.01.2016.

Spohr, Hans Ludiwg (o.J.):Wie wirkt sich Alkoholkonsum auf das Ungeborene aus? URL: <https://www.dasgehirn.info/aktuell/frage-an-das-gehirn/wie-wirkt-sich-alkoholkonsum-auf-das-ungeborene-aus> -Download vom 26.04.2016,

Autor unbekannt, (2009): Definition und Einteilung. URL: http://www.fetales-alkoholsyndrom.de/definition_einteilung.html - Download vom 12.01.2016

Autor unbekannt, (2015): FASD Facts. URL: <http://www.fasworld.com/fasd-facts/> - Download vom 12.01.2016

Autor unbekannt: Fetal Alcohol Syndrome. In: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Jahrgang 1991, Heftnummer 13. Download vom 05.03.2016 <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa13.html>

Autor unbekannt, (o.J.): Alkohol in der Gesellschaft. URL: <http://www.kenn-dein-limit.info/alkohol-in-der-gesellschaft.html> - Download vom 09.03.2016

Autor unbekannt, (2014): Aktuelle Zahlen zum Alkoholkonsum in Deutschland. URL: <http://www.kenn-dein-limit.info/news/artikel/aktuelle-zahlen-zum-alkoholkonsum-in->

[deutschland.html](#) -Download vom 09.03.2016

Autor unbekannt, (2014): Neue Studie: So viel trinken Jugendliche in Deutschland wirklich. URL: <http://www.kenn-dein-limit.info/news/artikel/neue-studie-so-viel-trinken-jugendliche-in-deutschland-wirklich.html> -Download vom 09.03.2016

Autor unbekannt, (2015): Österreich beim Alkoholkonsum auf Platz 2. URL: http://www.krone.at/Oesterreich/Oesterreich_bei_Alkoholkonsum_auf_Rang_zwei-Weltweites_Ranking-Story-485354 -Download vom 09.03.2016

Autor unbekannt, (2004): Binge-Drinking: Saufen bis zum Umfallen. URL: http://www.medizinauskunft.de/artikel/diagnose/psyche/28_07_binge_drinking.php -Download vom 12.02.2016