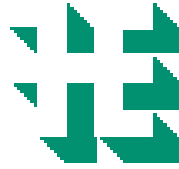


FACHHOCHSCHULE ERFURT
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Fachbereich Sozialwesen

DIPLOMARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades einer
Staatlich anerkannten Diplom Sozialarbeiterin/Diplom Sozialpädagogin (FH)

Das Fetale Alkoholsyndrom

Mögliche Folgen von Alkohol in der Schwangerschaft für das Kind,
die Auswirkung auf die Familie und Möglichkeiten der Prävention

Vorgelegt von: Andrea Günther
Matrikel-Nr: 91040596

Erstgutachter: Prof. Dr. Eckhard Giese
Zweitgutachter: Prof. Dr. Karl-Heinz Stange

Abgabedatum: 17. 07. 2003

INHALT

1 EINLEITUNG	1
2 ALKOHOLISMUS, FRAUEN UND SCHWANGERSCHAFT	5
2.1 GESELLSCHAFTLICHER UMGANG MIT ALKOHOL	5
2.2 BEGRIFFSKLÄRUNG ALKOHOLISMUS	7
2.3 ALKOHOL UND SEINE WIRKUNGSWEISE.....	10
2.4 THEORIEN ZUR ALKOHOLABHÄNGIGKEIT	13
2.5 ALKOHOLISMUS BEI FRAUEN	16
2.5.1 TRINKVERHALTEN DER FRAUEN	17
2.5.2 URSACHEN DER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT BEI FRAUEN	19
2.6 „NEIN“ SAGEN WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT	20
2.6.1 SCHÄDIGENDE ALKOHOLMENGE.....	24
2.6.2 DIE ROLLE DER VÄTER.....	26
2.7 ZUSAMMENFASSUNG	28
3 SYMPTOMATIK, DIAGNOSE UND PROGNOSE DES FETALEN ALKOHOLSYNDROMS.....	30
3.1 ALLGEMEINE BEGRIFFSKLÄRUNG.....	30
3.1.1 FETALES ALKOHOLSYNDROM (FAS)	30
3.1.2 FETALE ALKOHOLEFFEKTE (FAE).....	31
3.1.3 DEFINITION BEHINDERUNG.....	32
3.2 SYMPTOMATIK.....	33
3.2.1 ORGANFEHLBILDUNGEN	34
3.2.2 HIRNFUNKTIONS- UND VERHALTENSSTÖRUNGEN.....	38
3.3 SEKUNDÄRE BEHINDERUNGEN DURCH FAS UND FAE	42
3.4 DIAGNOSESTELLUNG	43
3.5 PROGNOSE FÜR DIE KINDER	46
3.6 EPIDEMIOLOGIE.....	48
3.7 AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND	49
3.8 ZUSAMMENFASSUNG	52

4 FAMILIEN MIT GESCHÄDIGTEN KINDERN UND UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN.....	54
4.1 SITUATION IN EINER ALKOHOLIKERFAMILIE	54
4.1.1 BELASTUNGSFAKTOREN FÜR DIE KINDLICHE ENTWICKLUNG.....	56
4.1.2 BEFÜRCHTUNG: „DIE NEHMEN UNS DIE KINDER WEG!“	58
4.1.3 RECHTSFRAGEN UND KINDESWOHL	58
4.2 FREMDUNTERBRINGUNG IN PFLEGEFAMILIEN	61
4.2.1 FEHLENDE AUFKLÄRUNG DER PFLEGEFAMILIEN	63
4.2.2 RECHTE UND PFLICHTEN DER PFLEGEELTERN.....	67
4.3 BEDEUTUNG DER DIAGNOSESTELLUNG FÜR DIE ELTERN.....	69
4.4 ANFORDERUNGEN AN DIE FAMILIE	70
4.5 THERAPIE UND UNTERSTÜTZUNGSMAßNAHMEN.....	74
4.5.1 HILFEN FÜR DAS KIND.....	74
4.5.1.1 HILFEN DURCH DAS UMFELD.....	74
4.5.1.2 MÖGLICHE THERAPIEFORMEN	78
4.5.1.3 WEITERE UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN	81
4.5.2 BEWÄLTIGUNGSHILFEN FÜR DIE FAMILIE.....	84
4.5.2.1 UMGANG MIT SCHWIERIGEN VERHALTENSWEISEN.....	84
4.5.2.2 ENTLASTUNG DER FAMILIE.....	86
4.5.3 BEHANDLUNG VON SUCHTKRANKEN, SCHWANGEREN FRAUEN AM BEISPIEL DER BERNHARD SALZMANN KLINIK.....	89
4.6 ZUSAMMENFASSUNG	91
5 MÖGLICHKEITEN DER PRÄVENTION.....	93
5.1 ZUR DERZEITIGEN SITUATION DER PRÄVENTIONSARBEIT.....	93
5.1.1 WARNHINWEISE AUF ALKOHOLISCHEN GETRÄNKEN	94
5.1.2 FASWORLD.....	95
5.1.3 KAMPAGNE: ALKOHOL? JETZT LIEBER NICHT!.....	97
5.2 MÖGLICHKEITEN ZUR SENSIBILISIERUNG DER ÖFFENTLICHKEIT	98
5.3 ALKOHOLPRÄVENTION AN SCHULEN.....	98
5.4 PRÄVENTIONSPROGRAMME FÜR MÜTTER MIT ERHÖHTEM RISIKO ...	103
5.5 BERATUNG DURCH ÄRZTE UND MEDIZINISCHES FACHPERSONAL	106
5.6 ZUSAMMENFASSUNG	110

6 AUFGABEN DER SOZIALEN ARBEIT	111
7 FAZIT	119
LITERATURVERZEICHNIS	125
INTERNET	131
BILDNACHWEIS	133
DANKSAGUNG	134
ANHANG.....	135

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

FAS Kind, 7 Jahre

*"Mama, warum bin ich so auf der 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

1 Einleitung

Alkohol gehört in unseren Gesellschaftskreisen bei den meisten Erwachsenen zum täglichen Leben. Zu zahlreichen Anlässen, beispielsweise einem Geburtstag oder dem Besuch von Freunden, aber auch zu alltäglichen Gegebenheiten wie nach dem Essen oder zum Ausklingen lassen des Tages, werden alkoholische Getränke konsumiert. Mit steigendem Alkoholkonsum in den letzten Jahrzehnten ist auch die Zahl der Alkoholabhängigen, darunter ein beträchtlicher Anteil an Frauen, gestiegen (vgl. Schmidt 1997, S.44f). Nach dem heutigen Erkenntnisstand kann davon ausgegangen werden, dass Alkohol für den Menschen eine teratogene Noxe¹ darstellt, welche in Vorgänge des Gehirns eingreifen und den normalen Verlauf der Zellteilung beeinflussen kann. Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann demzufolge ein weitgefächertes Spektrum von Schädigungen beim Kind hervorrufen. Das sogenannte Fetale Alkoholsyndrom ist laut der World Health Organisation die häufigste nicht-genetische geistige Behinderung. In Deutschland werden jährlich ca. 2200 Kinder mit dem Fetalen Alkoholsyndrom geboren, dies entspricht einer Häufigkeit von 1:300 Neugeborenen. Diese Kinder sind in ihrer Gesamtheit sowohl körperlich, geistig-intellektuell als auch in ihrer Verhaltensentwicklung und sozialen Reifung dauerhaft beeinträchtigt. Die Fetalen Alkoholeffekte, bei denen die gehirnschädigenden Veränderungen beim Kind auch ohne typische körperliche Merkmale auftreten, kommen um ein vielfaches häufiger vor (vgl. Löser 1995, S.4, Majewski 1987, S.89). Jedes Kind mit einer alkoholbedingten Schädigung hat individuelle Auffälligkeiten, Bedürfnisse und Fähigkeiten (vgl. Streissguth 1997, S.4). Das Problem ist jedoch noch zu wenig bekannt, die betroffenen Kinder scheinen sich in einer Art Grauzone zu befinden, umgeben von einem Schleier aus Scham, Abwehr und Verleugnung.

Auf Grund einer bestehenden Alkoholproblematik in ihrer Herkunftsfamilie, wachsen die betroffenen Kinder in vielen Fällen in Adoptiv- oder Pflegefamilien auf. Die verantwortungsvolle Vorbereitung der zukünftigen Eltern und die aus der Behinderung des Kindes resultierenden Anforderungen an die Familie, mit den daraus folgenden notwendigen Unterstützungsmaßnahmen, sind bisher aus sozialpädagogischer Sicht wenig diskutiert worden.

¹ Giftstoff, der Fehlbildungen beim Fötus bewirken kann

Eine durchgeführte Umfrage bei einem Forum von betroffenen Familien ergab folgendes: von 23 Befragten waren 21 der Meinung, dass ihr betreuender Sozialarbeiter nicht über genügend Kenntnisse zum Fetalen Alkoholsyndrom und den Fetalen Alkoholeffekten verfügt. Dieses Ergebnis führt mich zur Notwendigkeit vor Augen, dass Sozialarbeiter/Sozialpädagogen über fundierte Kenntnisse zum Krankheitsbild und dessen Auswirkungen verfügen sollten, insbesondere diejenigen, welche mit betroffenen Kindern, deren Familien und Angehörigen sowie mit gefährdeten Familien arbeiten. Nur so ist, meiner Meinung nach, eine gute Betreuung und eine hilfreiche Beratung möglich.

Ausgehend von diesem Hintergrund ergaben sich folgende Fragen:

- Wie ausgeprägt ist der Alkoholkonsum der Frauen in Deutschland?
- Welche Folgen entstehen für ein Kind, dessen Mutter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert?
- Wie gestaltet sich die Situation von Kindern mit dem Fetalen Alkoholsyndrom in Familien mit einem bzw. zwei alkoholabhängigen Elternteilen?
- Welche Gründe sprechen für eine Fremdunterbringung in einer Pflegefamilie?
- Welche Anforderungen stellt die Behinderung des Kindes an die Familie in der es aufwächst? Welche Therapien und Unterstützungsmöglichkeiten existieren?
- Wie steht es um die derzeitige Präventionsarbeit und welche weiteren Präventionsmöglichkeiten wären denkbar?

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auf der Beschreibung der Symptomatik des Fetalen Alkoholsyndroms sowie auf der Situation der Familien mit geschädigten Kindern. Bei den Recherchen zur Literaturlage konnte ich feststellen, dass es zwar ausreichend medizinische Beschreibungen dieser Behinderung gibt, jedoch kaum Literatur zu den sozialen Auswirkungen auf das Kind und die Eltern existiert. In Deutschland leisten die Mediziner Löser, Majewski und Spohr einen entscheidenden Anteil zur Erforschung und Veröffentlichung des Fetalen Alkoholsyndroms. Einen weiteren wichtigen Beitrag zur Bearbeitung meiner Fragestellungen lieferte eine umfangreiche Internetrecherche und der Austausch mit betroffenen Familien im Rahmen einer Online-Selbsthilfegruppe. Verschiedene

Experteninterviews sollen dazu beitragen, einzelne theoretische Aussagen durch praktische Erfahrungen zu untermauern.

In Bezug auf die oben genannten Fragestellungen sind die Ausführungen wie folgt strukturiert: Die Ursache des Fetalen Alkoholsyndroms und der Fetalen Alkoholeffekte liegen im Alkoholkonsum der werdenden Mutter. Da eine Alkoholabhängigkeit ein besonders hohes Risiko für die Geburt eines alkoholgeschädigten Kindes birgt, werden im **zweiten Kapitel** der Arbeit Erklärungsansätze zur Entstehung von Alkoholismus bei Frauen dargestellt. Des Weiteren wird auf die Schwierigkeiten der betroffenen Frauen in Bezug auf eine notwendige Abstinenz im Verlauf der Schwangerschaft eingegangen.

Das **dritte Kapitel** widmet sich der symptomatischen Beschreibung der durch Alkohol verursachten geistigen, körperlichen und seelischen Behinderung beim Kind. Die Schwierigkeiten der Diagnose- als auch Prognosestellung werden dabei ebenso angesprochen wie epidemiologische Daten.

Im **vierten Kapitel** wird auf die Problematik von Alkohol in der Familie und einer eventuell daraus folgenden Fremdunterbringung in einer Pflegefamilie hingewiesen. Ebenso sollen Anforderungen an die Familie mit einem alkoholgeschädigten Kind angesprochen und mögliche Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Da das Fetale Alkoholsyndrom eine zu 100% vermeidbare geistige Behinderung ist, wird im **fünften Kapitel** auf die derzeitige Situation der Präventionsarbeit und auf denkbare Möglichkeiten der Prävention eingegangen.

Das **sechste Kapitel** widmet sich den Berührungspunkten und Aufgaben der Sozialen Arbeit in Bezug auf die durch Alkohol geschädigten Kinder und deren Familien.

Im abschließenden **Fazit** werden die wichtigsten Erkenntnisse dieser Arbeit zusammengefasst und Schlussfolgerungen daraus gezogen.

Mit dieser Arbeit möchte ich insgesamt einen Beitrag dazu leisten, auf die Problematik von Alkohol in der Schwangerschaft aufmerksam zu machen sowie mehr Verständnis und Sensibilität für die Situation alkoholgeschädigter Kinder, ihrer größtenteils alkoholkranken Mütter und ihrer Familie zu wecken. Das Fetale Alkoholsyndrom wird oft übersehen, da es sehr unterschiedlich ausgeprägt sein

kann und das Ausmaß der Behinderung häufig nicht sofort sichtbar ist. Meistens tritt es nur bei persönlicher Betroffenheit in unseren Blickwinkel. Eine Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit ist, im Hinblick auf eine Verringerung der Geburten von Kindern mit einer alkoholbedingten Schädigung, von großer Bedeutung.

Für die alkoholbedingte Schädigung des Kindes werden in der Fachliteratur überwiegend drei Begrifflichkeiten verwendet: „**Alkoholembryopathie**“ (AE), „**Fetales Alkoholsyndrom**“ (FAS) und „**Fetale Alkoholeffekte**“ (FAE). Alkoholembryopathie und Fetales Alkoholsyndrom werden synonym gebraucht. Die Abkürzungen AE, FAS und FAE finden häufig Verwendung. In dieser Arbeit wird hauptsächlich der Begriff „Fetales Alkoholsyndrom“ verwendet, aber auch mit oben genannten Abkürzungen gearbeitet.

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

2 Alkoholismus, Frauen und Schwangerschaft

Die Ursache für die Schädigung des Kindes liegt im Alkoholkonsum bzw. im Alkoholmissbrauch der werdenden Mutter. Da das Vollbild der Alkoholembryopathie nur bei einer Alkoholkrankheit der Mutter zu erwarten ist, widmet sich das folgende Kapitel dem Thema Alkoholismus und dessen Besonderheiten bei Frauen. Laut Porr (1990, S.160) liegt die Wahrscheinlichkeit ein alkoholgeschädigtes Kind zu gebären bei Frauen, die sich in der kritischen bzw. chronischen Phase der Abhängigkeit befinden, bei 20-49 %. Zu Beginn werde ich einige Anmerkungen zum gesellschaftlichen Umgang mit Alkohol in Deutschland voranstellen und danach einen Einblick über Alkoholismus und die Wirkungsweise von Alkohol allgemein geben. Im Absatz 2.5 werde ich die Fragen bearbeiten ob es frauenspezifische Trinkgewohnheiten und Ursachen für Alkoholabhängigkeit gibt und wenn ja, welche dies sein können. Es soll das Verständnis für die Problematik und die Lage dieser Frauen geweckt werden. Da der krankhafte Alkoholkonsum von Frauen bzw. werdenden Müttern ein erhöhtes Risiko für eine schwergradige Schädigung des Kindes darstellt, werden sich die darauf folgenden Ausführungen auf die Problematik der Abstinenz während der Schwangerschaft beziehen. Ein weiterer Aspekt widmet sich der Frage nach der Rolle der Väter, da auch diese einen großen Teil der Verantwortung für das ungeborene Kind tragen (sollten).

2.1 Gesellschaftlicher Umgang mit Alkohol

Die Art und Höhe des Alkoholkonsums ist abhängig von soziokulturellen Bedingungen sowie von Trinksitten und Einstellungen der jeweiligen Gesellschaft. Es gibt Kulturen, in denen Alkoholkonsum aus religiösen Gründen untersagt ist, z.B. im Hinduismus und Islam, in anderen Kulturen wird der Konsum von Alkohol nur auf bestimmte Anlässe beschränkt oder in wieder anderen bei fast allen Gelegenheiten gebilligt und als positiv bewertet (vgl. Schmidt 1997, S.41). Ich werde mich in meinen Ausführungen auf die Situation in Deutschland beziehen, wobei sich hier einige Parallelen zu anderen europäischen Ländern wie beispielsweise Österreich, Schweiz oder Finnland ziehen lassen.

Lange Zeit galt Alkohol in den meisten Kreisen als etwas Besonderes, das man sich zu festlichen Anlässen gönnte. Das Trinkverhalten der Gesamtbevölkerung hat sich jedoch dahingehend verändert, dass heute in allen Schichten häufiger getrunken wird als vor einigen Jahrzehnten. Das tägliche Trinken von alkoholischen Getränken zum Essen, am Abend vor dem Fernseher, beim Treffen mit Freunden usw. ist für viele zur Gewohnheit geworden (vgl. Meulenbelt 1998, S.10, Lindenmeyer 2001, S.17, Tossmann 2001, S.14). Es herrscht ganz allgemein die Einstellung, dass Alkohol gut tut. Er erleichtert nach Meinung der Mehrheit der Bevölkerung beispielsweise den Kontakt zu anderen Menschen, verschafft Entspannung, stärkt das Selbstvertrauen, fördert Humor und Einfallsreichtum, hilft bei Niedergeschlagenheit und erleichtert sexuelle Annäherungen. Da Alkohol für eine Vielzahl von Situationen als Lösungs- und Hilfsmittel angesehen wird, ist es nicht verwunderlich, dass der Konsum dementsprechend hoch ausfällt. Lindenmeyer (2001, S.15) fasst die Verteilung des Alkoholkonsums in Deutschland wie folgt zusammen: Mehr als 50% der erwachsenen Bundesbürger trinken mindestens 1x pro Woche Alkohol, fast 25% konsumieren täglich und nur 7-12% leben vollkommen abstinent. In Bezug auf die Häufigkeit von Alkoholeffekten gibt Löser (1995, S.5) zu bedenken, dass ca. 80% der Frauen in der Schwangerschaft mehr oder weniger trinken und nur 6% völlig abstinent leben. Der durchschnittliche Alkoholkonsum von 1999 lag pro Kopf bei 10,6 Liter reinem Alkohol pro Jahr, das entspricht 127,5 Liter Bier, 22,9 Liter Wein und 5,9 Liter Schnaps. Damit liegen die Bundesbürger bezüglich des Alkoholkonsums auf Platz 8 der Weltrangliste. Es gibt keine klaren Vorstellungen darüber welche Alkoholmenge angemessen ist und ab wann Alkoholkonsum gefährlich zu werden droht. Als Konsum- und Genussmittel wird Alkohol akzeptiert, Trunkenheit jedoch, vor allem bei Frauen, wird oft abgelehnt und als unangemessen empfunden. Die insgesamt positive Einstellung gegenüber Alkohol in unserer Gesellschaft ist mit dafür verantwortlich, dass die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit vom Betroffenen und seiner Umwelt in der Regel erst zu spät bemerkt wird (S.19f, vgl. Schmidt 1997, S.45). In Deutschland ist Alkohol für Erwachsene beinahe uneingeschränkt verfügbar, man kann ihn in jedem Lebensmittelgeschäft und jeder Gaststätte erwerben. Daher stellt Alkohol auch das erste Suchtmittel dar, mit dem Jugendliche und auch Kinder in Berührung kommen (S.16).

2.2 Begriffsklärung Alkoholismus

Der Begriff „Alkoholismus“ wird heute häufig für chronischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit verwendet. Unter Missbrauch versteht Schmidt (1997, S.26) den falschen Gebrauch von Alkohol, welcher in verschiedenen Gesellschaften unterschiedlich eingeschätzt wird. Daher legt er nahe, dass unter **„Alkoholismus“ ausschließlich Alkoholabhängigkeit, die mit chronischem Alkoholmissbrauch einhergeht**, verstanden werden sollte, da Missbrauch nicht immer gleich Abhängigkeit bedeutet. Alkoholkranke leiden unter physischer (körperliche Entzugssyndrome) und psychischer (zwanghaften Verlangen nach Alkohol zur Stimmungsänderung) Abhängigkeit (S.27).

Mit Alkoholikern bzw. Alkoholkranken verbinden viele Menschen negative Vorstellungen wie z.B. ungepflegtes Äußeres, auffälliges, unangepasstes Verhalten in der Öffentlichkeit, Aggressivität oder Obdachlosigkeit (vgl. Lindenmeyer 2001, S.72). Damit geht eine Stigmatisierung einher, die übersieht, dass auch gepflegte, gut situierte bzw. unauffällige Menschen unter der Alkoholkrankheit leiden können.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte Alkoholiker bzw. Alkoholkranker 1952 folgendermaßen: "Alkoholiker sind exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht, dass sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen, oder sie zeigen Vorstadien einer solchen Entwicklung. Sie bedürfen daher einer Behandlung.“.

Seit 1968 ist Alkoholismus durch einen Bundessozialgerichtsbeschluss als Krankheit anerkannt. Dabei wird von einer organischen Verursachung und Aufrechterhaltung der Alkoholkrankheit ausgegangen. Die Behandlung dieser Krankheit fällt seit 1978 in die Zuständigkeit der Krankenkassen und der Rentenversicherung (vgl. http://home.tiscalinet.ch/onlinegruppe.ohnegrenzen/aa_onlinegruppe_ohnegrenzen_who.htm am 30.04.2003).

Die Alkoholabhängigkeit entwickelt sich schleichend über einen langen Zeitraum.

Jellinek unterscheidet mehrere **Krankheitsphasen**:

Phasen	Dauer	Beispiele für typische Kennzeichen
Vorphase	einige Monate bis ca. 2 Jahre	- Erleichterung durch Alkoholgenuss - seelische Belastbarkeit nimmt ab - vermehrtes Trinken am Tage
Prodromale (bzw. Einleitungs-) Phase	6 Monate bis 5 Jahre	- alkoholische Rauschzustände mit Blackouts - heimliches Trinken - Gedanken drehen sich um Alkohol
Kritische Phase	unbestimmt	- Kontrollverluste - morgendliches Trinken - Rückzug von Freunden - Familienprobleme - Vernachlässigung angemessener Ernährung
Chronische Phase	unbestimmt	- tagelange Rauschzustände - Beeinträchtigung des Denkens - seelische Zusammenbrüche, Selbstmordgefahr

(vgl. Bertling 1993, S.30ff).

Lindenmeyer (2001, S.77ff) stellt die Behauptung auf, dass jeder Mensch durch häufigen Konsum von Alkohol abhängig werden kann und stützt seine Aussage darauf, dass er zu **Vorurteilen** über die Entstehung von Abhängigkeit Stellung nimmt. Er sagt, dass...:

- 1) ...es nicht zutrifft, dass Abhängige besonders labile, willensschwache oder unbeherrschte Personen sind.
- 2) ...Alkoholismus nicht erblich ist.¹
- 3) ...man nicht davon ausgehen kann, dass das Leben von Alkoholabhängigen vor Beginn ihrer Abhängigkeit zwangsläufig schwieriger und unglücklicher verlaufen sein muss als bei anderen Menschen.

¹ Ganz im Gegensatz zu der Aussage von Lindenmeyer, dass Alkoholismus nicht vererbt wird, wurden von Bätz (1997, S.5) verschiedene Belege zur genetischen Vererbungstheorie zusammengetragen.

Er nennt aber auch **Faktoren, die eine Abhängigkeit begünstigen bzw. beschleunigen** können, beispielsweise:

- 1) Menschen mit einer geringen Frustrationstoleranz können unangenehme Zustände nur schlecht ertragen und Belohnungen (z.B. Alkohol) nicht lange aufschieben.
- 2) Ein bestimmtes soziales Umfeld in dem man beispielsweise durch hohe Trinknormen im riskanten Umgang mit Alkohol bestärkt wird, schlechte „Vorbilder“ hat oder der Konsum verharmlost oder ignoriert wird.
- 3) Menschen, die über unzureichende Bewältigungs- oder Konfliktlösungsstrategien verfügen und sich im nüchternen Zustand unsicher oder hilflos fühlen.

Die Ursachenforschung wird von Steiner (1990, S.7) als komplexes Thema bezeichnet, da an der Entstehung der Alkoholkrankheit diverse, individuelle Faktoren beteiligt sind. Im Absatz 2.5.2 werde ich mich dahingehend der Frage widmen ob es frauenspezifische Ursachen für Alkoholabhängigkeit gibt und wenn ja, welche dies sein können.

Diagnostische Leitlinien für das Abhängigkeitssyndrom nach dem ICD 10:

Die Diagnose „Abhängigkeit“ wird in der Regel dann gestellt, wenn während des letzten Jahres mindestens drei der nachfolgend aufgeführten sechs Kriterien erfüllt sind:

- 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.
- Es kann eine Toleranz nachgewiesen werden, d.h. es sind zunehmend höhere Dosen erforderlich, um die ursprünglich durch niedrigere Mengen erreichten Wirkungen hervorzurufen.
- Andere Vergnügungen oder Interessen werden zugunsten des Substanzkonsums zunehmend vernachlässigt.

- Der Alkoholkonsum wird trotz nachweisbarer eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher, sozialer oder psychischer Art fortgesetzt.
(vgl. <http://www.api.or.at/akis/texte/002/icd10.htm> am 05.05.2003).

2.3 Alkohol und seine Wirkungsweise

Um Alkoholkonsum, Alkoholismus und die Auswirkungen auf das ungeborene Kind verstehen zu können, ist es wichtig zu erläutern was Alkohol ist und welche Folgen er für den menschlichen Körper hat.

Die Substanz

Alkohol (Äthanol oder Äthylalkohol (C_2H_5OH)) ist eine klare, farblose Flüssigkeit, die durch die Vergärung von Zucker entsteht. Aus chemischer Sicht handelt es sich um Derivate von Kohlenwasserstoff und entsteht gewöhnlich durch Gärungsprozesse aus Kohlenhydraten unter Zusatz von Hefe (vgl. BzGA 2002 S.26). Als Rohstoff zur Alkoholgewinnung werden verschiedenste Nahrungsmittel verwendet, am häufigsten verwertet man Weintrauben, Getreide, verschiedenste Früchte, Zuckerrohr, Melasse, Mais und Kartoffeln.

Der Alkoholgehalt variiert je nach Art des Getränkes. Bei Bier beispielsweise liegt er je nach Sorte zwischen 4,0 und 8,0 Vol. %, Weißwein liegt in der Regel bei einem Wert von 10,5 bis 11,8 Vol. % und hochprozentige Getränke können einen Alkoholanteil von 30 bis sogar 80 Vol. % erreichen (vgl. <http://www.dhs.de/basis/alkohol.htm> am 01.05.2003).

Wirkungsweise

Alkohol wird über die Schleimhaut des Verdauungstraktes ins Blut aufgenommen und im gesamten Körper bis in die Körperwasser der Gewebe verteilt. Da Alkohol fettlösend ist, überwindet er auch die aus fettartigen Stoffen konstruierte Blut-Hirnschranke, die das Gehirn vor dem Eindringen von Giftstoffen schützen soll. Etwa 30-60 Minuten nach der Alkoholaufnahme wird die höchste Blutalkoholkonzentration erreicht. Die Alkoholmenge im Blut wird in Promille¹

¹ ein Promille = ‰ = ein Milliliter reinen Alkohol pro Liter Blut

gemessen. Die Höhe der Promillezahl, nach dem Genuss von Alkohol, ist abhängig von Körpergewicht und Geschlecht. Bei gleicher Trinkmenge ist der Promillewert bei Frauen oft doppelt so hoch wie bei Männern (vgl. Lindenmeyer 2001, S.41f). Der tägliche Konsum von umgerechnet 30g reinem Alkohol bei Männern und 20g bei Frauen wird als risikoreich und gesundheitsschädigend eingestuft. Dies entspricht einer Menge von 1 Flasche Bier am Tag für Frauen und folglich meist etwa 2 Flaschen Bier für Männer.

Da das befruchtete Ei, welches sich in der Gebärmutter eingenistet hat, über den mütterlichen Blutkreislauf ernährt wird, ist dieses dem von der Mutter konsumierten Alkohol, ebenso wie Nikotin, Arzneimitteln und anderen Drogen, ausgesetzt.

Alkohol ist eine psychoaktive Substanz, die in Vorgänge des Gehirns eingreifen kann und damit seelische Abläufe und das Bewusstsein verändert. Er wirkt auf Neurotransmittersysteme, Rezeptorproteine und Zellmembranen ein und beeinflusst damit sensorische Funktionen und intellektuelle Leistungen. Er wirkt als Mitosegift, d.h. er stört den normalen Verlauf der Zellteilung und ist somit wachstumshemmend in Bezug auf Organe, Gewebe und Körpergröße. Die Wirkungsweise auf das Gehirn ist noch nicht restlos erforscht. Es lässt sich jedoch beobachten, dass unterhalb von 0,2 ‰ eine enthemmende Wirkung mit Steigerung der Redseligkeit auffällig wird und dass es ab 0,3 ‰ zu ersten Beeinträchtigungen wie der Einschränkung des Sehfeldes und Problemen bei der Entfernungseinschätzung kommt. Ab 0,5 ‰ zeigt sich ein deutliches Nachlassen der Reaktionsfähigkeit (Reaktionszeit), insbesondere auf rote Signale (Rotlichtschwäche), und ab 0,8 ‰ treten erste Gleichgewichtsstörungen auf und das Gesichtsfeld ist eingeengt (Tunnelblick). Im Bereich von 1,0 bis 1,5 ‰ treten Sprachstörungen auf und Risikobereitschaft sowie Aggressivität steigen. Zwischen 2,0 bis 2,5 ‰ kommen starke Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen hinzu. Oberhalb von 2,5 ‰ zeigen sich Bewusstseinsintrübung, Lähmungserscheinungen, Doppeltsehen und es kommt zur Ausschaltung des Erinnerungsvermögens (Black Out). Ab ca. 3,5 ‰ führt die Lähmung des Atemzentrums zu einem lebensbedrohlichem Zustand (vgl. http://www.alkohollexikon.de/fr_index.html?statistik.html am 05.05.2003).

2 bis 5% des Alkohols werden über Atemluft, Schweiß und Urin ausgeschieden, während der Hauptabbau über die Leber erfolgt. Abhängig von verschiedenen individuellen Faktoren beträgt die Abbauzeit beim Menschen etwa 0,1-0,2 ‰ stündlich (vgl. <http://www.dhs.de/basis/alkohol.htm> am 01.05.2003). Nach drei Flaschen Bier und somit umgerechnet ca. 0,8 ‰ Blutalkohol, kann es folglich bis zu 8 Stunden dauern, bis kein Alkohol mehr im Körper ist. Richtet man den Blick auf das ungeborene Kind, kann man nachvollziehen, dass die Regulierungszeit bei ihm erheblich länger dauert, da der Alkohol weder über die Atemluft, noch über den Schweiß und nur unzureichend über die noch nicht voll funktionstätige Leber abgebaut werden kann. Nach Majewski (1987, S.48) ist das ungeborene Kind bezüglich des Alkoholstoffwechsels auf die Leber der Mutter angewiesen.

Auf lange Sicht: Folgeschäden

Mögliche Folgeschäden werden in körperliche, psychische und soziale Folgen unterschieden.

Körperliche Folgen: Chronisch missbräuchlicher Alkoholkonsum kann zu verschiedenen Erkrankungen von Organsystemen führen. In praktisch allen Geweben können Zellschäden entstehen. Am häufigsten zeigen sich Veränderungen der Leber (Fettleber, Hepatitis, Leberzirrhose), der Bauchspeicheldrüse, des Herzens (Erweiterung des Herzmuskels) sowie des zentralen und peripheren Nervensystems (Hirnatrophie) und der Muskulatur (Muskelatrophie). Zudem besteht durch einen langen massiven Alkoholkonsum ein erhöhtes Krebsrisiko (insbesondere der Atemwege und des Verdauungstraktes) (vgl. Tossmann 2001, S.17). Durch ein abruptes Absetzen des Alkohols können gefährliche Entzugserscheinungen wie zentralnervöse Krampfanfälle, Halluzinationen, Angstzustände, Schwitzen oder erhöhter Blutdruck auftreten. Das sogenannte Delirium tremens stellt meistens die höchste Stufe des Alkoholentzugsyndroms dar, bei dem eine stationäre Behandlung notwendig wird (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren. e.V. 1995, S.20).

Psychische Folgen: Psychische Beeinträchtigungen wie beispielsweise häufige Stimmungsschwankungen, Angstzustände, Depressionen, Beeinträchtigung der Auffassungs-, Reaktions-, Denk- und Handlungsfähigkeit bis hin zu einer

Suizidgefährdung können sich im Verlauf eines länger dauernden Alkoholmissbrauchs oder einer Alkoholabhängigkeit bemerkbar machen.

Soziale Folgen: Ein chronisch erhöhter Alkoholkonsum kann für die Partnerschaft und die Familie eine sehr starke Belastung darstellen. Es kommt häufig zu sozialen Konflikten, in denen Ehen oder Beziehungen zerbrechen und/oder der Arbeitsplatz verloren geht. Besonders betroffen hiervon sind meist die Kinder von Alkoholkranken (vgl. <http://www.dhs.de/basis/alkohol.htm> am 05.05.2003).

Natürlich müssen auch das *Fetale Alkoholsyndrom* und die *Fetalen Alkoholeffekte* zu den möglichen Folgeschäden eines übermäßigen Alkoholkonsums gezählt werden.

2.4 Theorien zur Alkoholabhängigkeit

Um das Problem Alkoholismus erfassen, verstehen und deuten zu können, stellt es sich als unabdingbar dar, einige Theorien zur Alkoholabhängigkeit vorzustellen. Theoretische Erklärungen der problemverursachenden Faktoren sind in der Sozialen Arbeit ebenso wie in anderen Disziplinen wichtig, um mit professionellem Hintergrund Lösungsmöglichkeiten zu finden.

Laut Löser (1995, S.107) gibt es eine Vielzahl von Erklärungsansätzen zur Entstehung der Alkoholabhängigkeit: biochemische, tiefenpsychologische, soziologische, verhaltensbezogene, psychopathologische sowie genetische. Es gibt jedoch keine gültige Theorie, die auf eine geschlechtsspezifische Biologie bei Frauen und werdenden Müttern hinweist. Da es mir im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist, das breite Spektrum der vorhandenen Theorien vorzustellen, werde ich meine Ausführungen auf psychoanalytische und lerntheoretische Erklärungsansätze beschränken.

Bei allen Erklärungsversuchen ist zu beachten, dass die Entstehung einer Suchtkrankheit ein multifaktorielles Geschehen ist. Nicht jeder Mensch ist gleichermaßen suchtgefährdet, die Entwicklung ist abhängig von der Persönlichkeit des Einzelnen, dem Suchtmittel, dem familiären Umfeld und den sozialen Bedingungen.

Psychoanalyse

Die Psychoanalyse umfasst die Erkennung und psychoanalytische Behandlung von Krankheiten und Störungen, denen unbewusste seelische Konflikte zugrunde liegen. In Bezug auf die Alkoholabhängigkeit wird von einer Störung der Persönlichkeit in den ersten Lebensjahren ausgegangen, die durch einen Ich-Defekt und eine extrem niedrige Affekt- und Frustrationstoleranz gekennzeichnet ist (vgl. Bätz 1997, S.6). Aus psychoanalytischer Sicht sind die frühen Liebesobjekte und die entsprechenden Objektbeziehungen der ersten Lebensjahre entscheidend für die Persönlichkeitsentwicklung. Schmidt (1997, S.64) formuliert, dass für den Psychoanalytiker nicht der Alkohol entscheidend für die Suchtentstehung ist, sondern die Persönlichkeitsstruktur des Süchtigen.

Bei sogenannten Ich-schwachen Persönlichkeiten ist das Ich zur Auseinandersetzung mit der äußeren und inneren Realität nicht ausreichend entwickelt und das emotionale Erleben somit gestört. Dies wird verursacht durch eine mangelnde Geborgenheit, Sicherheit, Bestätigung und Förderung aber auch durch das gelegentliche übermäßige Verwöhnen des Kindes. Ich-Defizite entstehen außerdem als Folge eines stark ambivalenten, mit Liebe und Hass besetzten, Erlebens der frühen Liebesobjekte (in der Regel zur Mutter) des Suchtkranken. Diese Ambivalenz verhindert den zur inneren Reifung erforderlichen Fusionsprozess von „guten“ und „bösen“ Teilobjekten.

Schmidt (1997, S.67) beschreibt die Situation des Kindes wie folgt: Da es noch keine eigene Identität besitzt, kann es Gefühle nicht auf den Einfluss der Mutter beziehen, sondern schreibt sie sich selber zu und empfindet sich somit gut und böse. Damit fehlt die Grundlage für die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühles und die Fähigkeit Beziehungen zu anderen Objekten aufzubauen. Da auch die Affekt- und Frustrationstoleranz gering sind, wird das schwache Ich durch Gefühle leicht überwältigt sowie überfordert und begegnet dem durch die Einnahme des Suchtmittels, welches als Ausgleich dienen soll. Zur Bedürfnisbefriedigung kann es nur kommen, wenn das Über-Ich per Alkoholkonsum geschwächt wird.

Die Auseinandersetzung mit der Realität wird zunehmend schwieriger. Das Suchtmittel wird mehr und mehr zum "Regulator" (vgl. <http://www.btonline.de/krankheiten/sucht/alkohol/hinweise/alkhinweise02.html> am 05.05.2003).

Kritische Betrachtung

Schmidt (1997, S.68) stellt in Frage, ob diese Persönlichkeitsstrukturen tatsächlich spezifisch für Alkoholiker sind oder sich auch bei anderen seelischen Erkrankungen und gesunden Menschen zeigen. Seine kritische Betrachtung stützt sich auf verschiedene psychodiagnostische Testverfahren, in denen es nicht gelang verbindliche Muster zur Unterscheidung von Alkoholkranken von anderen klinischen Gruppen zu erarbeiten. Es konnten also bisher keine Persönlichkeitsstrukturen gefunden werden, die für die Alkoholkrankheit prädisponiert. Persönlichkeitsmerkmale sind seiner Meinung nach mögliche Förderungsfaktoren, jedoch nicht die alleinige Ursache für eine Sucht. Steiner (1990, S.8ff) und Lindenmeyer (2001, S.78) sehen jedoch die Ich-Schwäche und die geringe Frustrationstoleranz sehr wohl als Verstärker einer Alkoholabhängigkeit.

Lerntheorien

Die Lerntheorie fragt nach der Funktion des Alkohols und den Mechanismus des Suchtprozesses, dabei geht sie nicht vom Unbewussten, sondern vom Erkennbaren und Messbaren aus. Nach Auffassung von Hull verfügt der Mensch über einen angeborenen Reflex, mit denen er Bedürfnisse schneller als durch zufällige Reaktionen reduzieren kann. Wenn also Bedürfnisse entstehen, reagiert der Organismus mit seinen angeborenen oder gelernten Reaktionsmöglichkeiten (vgl. Schmidt 1997, S.69). Demnach werden Reaktionen erlernt, die ein unmittelbares biologisches Bedürfnis sowie auch Angst- und Spannungszustände vermindern. Alkoholkonsum wird daher als erlernbares Verhalten beschrieben, da Alkohol durch seine Wirkungsweise Angst und Verspannung zu lösen scheint.

Nach Skinner wird Verhalten durch Reiz-Reaktions-Verstärkung erlernt. Demnach werden Verhaltensweisen verstärkt, die angenehme Konsequenzen herbeiführen oder aufrechterhalten (positive Verstärkung) bzw. unangenehme Zustände beseitigen (negative Verstärkung) (vgl. Hobmair 1996, S.149f). Am Beispiel des Alkoholkonsums heißt das z. B. dass eine Person die Erfahrung macht, dass sie unter Alkoholeinfluss wesentlich gelöster ist und leichter in Kontakt mit anderen kommt. Sie lernt so, dass Alkohol eine scheinbare Hilfe und Lösung bei Kontaktproblemen ist. Oder sie erfährt, dass sie Entzugserscheinungen oder

aufkommenden Schuldgefühlen nur mit weiterem Alkoholkonsum entgegenwirken kann.

Kritische Betrachtung

Ich halte die Lerntheorie für einen guten Erklärungsansatz für Verhalten (u.a. Suchtverhalten). Sie setzt an der Entwicklung des Menschen an und führt sein Verhalten auf Lernprozesse und Vorerfahrungen zurück, berücksichtigt dabei aber auch, dass diese subjektiv und individuell verschiedene Folgen auf den Einzelnen haben können. Dies lässt vermuten, dass im Umgang mit Alkohol auch neue Handlungsmuster erlernt werden können. Laut Schmidt (1997, S.73) erwiesen sich therapeutische Bemühungen um kontrolliertes Trinken in der Regel jedoch als erfolglos.

2.5 Alkoholismus bei Frauen

Mit dem steigenden Alkoholkonsum stieg auch die Zahl der Alkoholabhängigen (vgl. Schmidt 1997, S.44). Auf Grund von Felduntersuchungen geht Schmidt (S.46) davon aus, dass es in der Bundesrepublik unter etwa 2,5 Millionen behandlungsbedürftigen Alkoholkranken ungefähr 750.000 Frauen im gebärfähigen Alter gibt. Der Abusus beginnt am häufigsten zwischen dem 21. und 40.

Lebensjahr (vgl. Majewski 1987, S.27).

Frauenalkoholismus fand lange Zeit wenig Beachtung von Wissenschaft und Öffentlichkeit. Es ist jedoch nicht nur ein Problem der heutigen Zeit, sondern dieses hat es schon immer gegeben. In den letzten Jahren gab es vermehrt Berichte über die steigende Suchtgefährdung der Frauen. Laut Berger (1983, S.7) ist in Deutschland seit dem Zweiten

Weltkrieg die Zahl der Frauen mit

Alkoholkrankheit gestiegen und umfasst heute ca. $\frac{1}{4}$, nach Löser (1995, S. 102) sogar $\frac{1}{3}$, der gesamten Alkoholiker. Es wird außerdem von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen. Daher liegt die Vermutung nahe, dass auch die Zahl der alkoholgeschädigten Kinder gestiegen ist.



Abb. 1

Bei der Bearbeitung dieses Abschnittes ließ sich feststellen, dass es zu den Entstehungsbedingungen und Hintergründen der Alkoholkrankheit von Frauen eine Fülle von Meinungen, Untersuchungen und Theorien gibt, die sich zum Teil sogar widersprechen. Ich werde einige verschiedene Sichtweisen aus der Fachliteratur zusammentragen, jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht näher analysieren.

2.5.1 Trinkverhalten der Frauen

Laut Löser (1995, S.102) kann die Alkoholkrankheit bei Frauen weder ursächlich, symptomatisch, noch verlaufsbedingt von der des Mannes unterschieden werden. Dennoch weisen Frauen ein anderes Trinkverhalten und eine andere Trinkmotivation auf als Männer.

Gründe für vermehrten Alkoholkonsum der Frauen

Für den deutlichen Anstieg des Alkoholkonsums der Frauen gibt es laut Berger (1983, S.7), Meulenbelt (1998, S.9f) und Schmidt (1997, S.49f) zahlreiche Gründe. Die Stellung der Frau in der Gesellschaft hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte verändert und es kam zu einer soziologischen Angleichung der Verhaltensweisen an die des Mannes. Während früher „Alkoholgenuss“ mehr zu den Privilegien des Mannes gerechnet wurde, ist es inzwischen normal geworden, dass Frauen trinken. Die sogenannte „Emanzipation“ brachte den Frauen eine größere ökonomische Selbstständigkeit, z.B. sind zunehmend mehr Frauen außer Haus berufstätig, fahren Auto und gehen häufiger aus als früher. Ebenso wird heutzutage eher akzeptiert, wenn Frauen in der Öffentlichkeit Alkohol trinken. Zudem wurden alkoholische Getränke im Laufe der Zeit immer leichter verfügbar und werden inzwischen auch häufiger zu Hause konsumiert. Man kann auf Grund von persönlichen Erfahrungen wohl davon ausgehen, dass sich in fast jedem Haushalt ein kleiner „Vorrat“ an Wein, Bier oder auch härteren Spirituosen befindet. Die Relevanz von Frauen beim Konsum von Alkoholika kann auch anhand des „Einsatzes“ von Frauen zu Werbezwecken für alkoholische Getränke nachvollzogen werden: Werbespots zeigen zunehmend dem Schönheitsideal entsprechende Frauen, die in lockerer Atmosphäre Alkohol konsumieren und Spaß haben.

Besonderheiten des Frauenalkoholismus

Viele alkoholabhängige Frauen setzen den Alkohol gezielt ein, um mit psychischen Problemen fertig zu werden. Laut Schmidt (1997, S.50) greifen sie in der Regel häufiger zu härteren Spirituosen als Männer. Die Sucht der Frauen spielt sich meist im Verborgenen ab, sie trinken häufig heimlich und allein zu Hause. Außerdem konnte Schmidt die Erfahrung machen, dass diese Frauen vermehrt einer höheren sozialen Schicht angehören und bessere Schulabschlüsse haben als vergleichbar alkoholranke Männer.

Laut Aussage von Bühring (vgl. <http://home.t-online.de/home/ilona.Buehring/frau.htm> am 09.06.2003) werden Frauen schneller abhängig als Männer. Der weibliche Körper verträgt weniger Alkohol, aber auch eine Frau kann natürlich durch regelmäßigen Alkoholkonsum eine höhere Toleranz aufbauen. Entscheidend ist jedoch die Blutalkoholkonzentration, welche vom Körpergewicht und dem Fettanteil abhängt. Da Frauen im statistischen Vergleich weniger wiegen als Männer und einen höheren Fettanteil haben, ist ihre Blutalkoholkonzentration bei gleicher Trinkmenge höher als bei Männern. Außerdem wird Alkohol im männlichen Körper schneller abgebaut, was zur Folge hat, dass sich auch körperliche Folgeschäden wie z.B. Leberschäden bei Alkoholikerinnen schneller entwickeln als bei Männern. Im Rahmen des Genannten scheint es erwähnenswert, dass Frauen zusätzlich sehr häufig zum gleichzeitigen Tablettenmissbrauch neigen.

2.5.2 Ursachen der Alkoholabhängigkeit bei Frauen

Verschiedene Wissenschaftler bemühten sich, mögliche Hauptursachen für Frauenalkoholismus herauszuarbeiten.

Obwohl davon ausgegangen wird, dass das Trinken der Frauen zwar besonderer Kriterien unterliegt, aber den gleichen gesellschaftlichen Gesetzen unterworfen ist wie bei Männern, wurden dennoch eine Reihe von psychosozialen Faktoren gefunden, die eine Alkoholabhängigkeit bei Frauen begünstigen (Trube-Becker 1990, S.83).

Verschiedene Autoren gehen kongruent in der Aussage, dass die auslösende Ursache für Alkoholismus bei Frauen in erster Linie in **Partner- und Familienkonflikten** und im **fehlenden Selbstwertgefühl** liegt (vgl. Berger 1983, S.26, Majewski 1987, S.23, Porr 1987, S.167, Trube-Becker 1990, S.93). Ein großer Anteil unter den weiblichen Alkoholikern ist geschieden oder getrennt lebend. Wobei die Trennung einmal als Ursache und zum anderen als Folge des Alkoholismus angesehen werden kann. Bei liierten alkoholabhängigen Frauen ist der Partner häufig Sozialhilfeempfänger, arbeitsunfähig, arbeitslos und/oder ebenfalls alkoholabhängig (vgl. Trube-Becker 1990, S.87). Des weiteren geht Berger (S.7) davon aus, dass ein **Ungleichgewicht von Belastbarkeit und Belastung** in vielen Situationen eine Ursache für Sucht oder übermäßigen Konsum darstellt. Im Falle der Frau ist dies häufig eine Doppelbelastung durch Beruf und Hausarbeit. Wohingegen Trube-Becker (S.83) der Meinung ist, dass unter den Alkoholikerinnen überrepräsentativ mehr „Nur-Hausfrauen“ vertreten sind, da eine Frau mit einer ihren Fähigkeiten entsprechenden Berufstätigkeit weniger abhängigkeitsgefährdet ist. Vielmehr ist sie der Meinung, dass die Ursache darin zu finden ist, dass alkoholabhängige Frauen bereits in ihrer Kindheit als minderwertige Wesen behandelt wurden, den Alkoholismus der Eltern erlebten und nicht selten körperliche Gewalterfahrungen gemacht haben.

Lindenmeyer (2001, S.78) nannte eine **geringe Frustrationstoleranz** sowie **unzureichende Bewältigungs- oder Konfliktlösungsstrategien** als begünstigende Faktoren für die Entstehung einer Abhängigkeit. Genau diese Umstände wurden von Steiner (1990, S.8ff) in der Auseinandersetzung mit den Schicksalen alkoholabhängiger Frauen deutlich. Die von ihr interviewten Frauen hatten in ihrer Kindheit und Jugend kein ausreichendes Maß an Ich-Stärke, Selbstbewusstsein und

innerer Stabilität entwickelt. Sie hatten nicht gelernt Konflikte zu lösen, Frustration zu ertragen und Schwierigkeiten zu meistern. Sie beschreibt die Situation der Frauen mit den Worten : „Einsamkeit, Hilflosigkeit und soziale Isolation“. Selbige Erfahrung, dass die Frauen verunsichert sind und damit Spannungen sowie Konflikten ausweichen, konnten von Feldmann-Vogel (1987, S.63) in einer Fachklinik für suchtkranke Frauen gemacht werden. Sie führt diese Verhaltensweisen auf eine unterschiedliche Früherziehung von Mädchen und Jungen zurück. Mädchen werden ihrer Meinung nach eher zur Unterdrückung ihrer aggressiven Impulse, zur Anpassung und damit zur Abhängigkeit erzogen.

Wie sich zeigt, gibt es eine Palette von möglichen Theorien bezüglich der speziellen Ursachen der Alkoholabhängigkeit bei Frauen, die auch an diesem Punkt noch nicht als vollständig angesehen werden können. Das Anliegen war das Aufzeigen der kontroversen Aussagen verschiedener Autoren und die Lenkung des Blickes auf die geschlechtsspezifische Ursachenforschung.

2.6 „Nein“ sagen während der Schwangerschaft

Eine ungewollte Schwangerschaft belastet die Situation der alkoholabhängigen Frauen zusätzlich und lässt sie trotz Bedenken und Ängste zum Alkohol greifen (vgl. Porr 1987, S.167). Um die besondere Situation dieser Frauen besser zu verstehen, wird eine kurze Anmerkung zur Identität „gesunder“ werdender Mütter vorangestellt.

Zur Identität werdender Mütter

Das „Mutter werden“ ist ein einschneidendes Ereignis in der Biografie der meisten Frauen und führt erfahrungsgemäß zu einer totalen Umstellung des Lebensstils. Die „Mutteridentität“ wird in der Zeit der Schwangerschaft mit dem ersten Kind und in den ersten Monaten nach seiner Geburt entwickelt. Die Frauen fühlen sich verantwortlich für ein anderes Leben, an das sie unlösbar gebunden sind. Sie empfinden eine intensive Liebe zu dem Kind und die starke Verpflichtung, sein physisches und psychisches Wohlergehen sicherzustellen und es vor Gefahren zu behüten. Die meisten Frauen gehen deshalb mit der Schwangerschaft besonders

umsichtig, überlegt und verantwortungsbewusst um. Die Umstellung beginnt mit der Ernährung und endet oft mit einer Änderung des gesamten Lebensrhythmus (vgl. Steiner 1990, S.56).

Durch eine Alkoholkrankheit nimmt die Rücksicht auf die Gesundheit und den Körper meist ab, so dass eine Frühschwangerschaft lange verdrängt oder durch den unregelmäßigen Zyklus nicht erkannt wird. Ein Schwangerschaftsabbruch kann aus zeitlichen Gründen meist nicht mehr durchgeführt werden (vgl. Porr 1987, S.167). Die alkoholranke Mutter hat auf Grund ihrer Sucht selten die Ruhe und Ausgeglichenheit, um schon während der Schwangerschaft eine positive Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen, denn sie lebt im Widerspruch zu den gesellschaftlichen Normen und Werten. Hieraus resultierender Stress und Schuldgefühle verhindern den Aufbau einer unbeschwerten pränatalen Mutter-Kind-Beziehung (vgl. Arenz-Greiving 1994, S. 29). Mehrjährige Erfahrungen in einer Mutter-Kind- und Schwangerschaftsabteilung einer stationären Therapieeinrichtung festigen Porrs (ebd.) Aussage, dass eine Schwangerschaft und die damit verbundene Verantwortung die Abhängigkeit nicht durchbrechen kann. Erst durch eine Therapie kann in den meisten Fällen erreicht werden, dass die Mutterschaft akzeptiert und zur Motivation für ein suchtmittelfreies Leben wird. Eine alkoholranke Frau kann ein gesundes Kind zur Welt bringen, wenn sie es schafft für die Dauer der Schwangerschaft dem Alkohol zu entsagen. Mütter die weiterhin Alkohol trinken, befinden sich laut Steiner (1990, S.57) in einer Phase ihres Lebens und ihrer Krankheit, in der sie den Zugang zu sich selbst, ihren Gefühlen, Gedanken und ihrer Befindlichkeit verloren haben.

Entsteht als Resultat der Alkoholkrankheit der Mutter eine entsprechende Behinderung (FAS) beim Kind, werden diese Mütter meist von **Schuldgefühlen** geplagt. Es lässt sich vermuten, dass die Ausprägung dieser Gefühle davon abhängig ist, wie der Prozess der Verarbeitung dieser Tatsache vonstatten geht. Desgleichen ist die Ausprägung der Schuldzuweisungen durch das persönliche Umfeld ein bestimmender Faktor, ebenso wie die Fähigkeit der alkoholranken Mutter, Ursachen und Zusammenhänge mit der eigenen Alkoholkrankheit zu erfassen und zu verstehen. Laut Steiner (1990, S.11) werden die Kinder mit

„widerwilligem Mitleid“ betrachtet und den Müttern Verantwortungslosigkeit zugeschrieben.

Erfahrungen leiblicher Mütter:

„Bei B. wusste ich über die verheerenden Folgen noch nicht bescheid und befand mich auch in einer sehr schwierigen familiären Situation. Bei A. trank ich in den ersten 5 Monaten gar nicht und dann kam es zu einem schweren Rückfall. Ich ließ mich sofort in die Klinik zu einem Entzug einweisen. Dort hatte ich es durch meine Ehrlichkeit sehr schwer. Alle zeigten mit dem Finger auf mich: "Wie kannst Du nur". Ich glaube auch durch die hormonellen Umstände konnte ich nicht trocken bleiben. Das schlechte Gewissen ließ mich wieder trinken. Ich war in einem Teufelskreis und gab die ganze Schuld den anderen, was natürlich falsch war.“

Eine andere Mutter eines Kindes mit FAS berichtet: *„Natürlich wusste ich, dass das Saufen dem Kind schadet, aber dass ich es wusste, hat das Ganze nur noch schlimmer gemacht. Die Gewissensbisse und Schuldgefühle und so- das hab ich ja genau am wenigsten ertragen, und wenn ich mir mal Gedanken gemacht hab, dann drehten die sich im Kreis. Und dann hab ich schnell wieder zur Flasche gegriffen, weil das echt nicht auszuhalten war.“* (<http://www.fasworld.de/mothers.html> am 25.06.2003).

Beide Mütter berichten von dem Teufelskreis aus Schuldgefühlen und den daraus folgenden Kompensationsversuchen durch erneutes Trinken von Alkohol.

Dass die betroffenen Frauen zudem meist nicht in der Lage sind, auf eine gesunde Ernährung zu achten, auf das Rauchen zu verzichten und sorgsam mit dem Zustand der Schwangerschaft umgehen, wirkt sich zusätzlich ungünstig auf das Heranwachsen des Fötus aus. Ein hohes Maß an Aufregung, Streitigkeiten, Spannungen und seelischen Tiefs gehen vermutlich ebenfalls nicht unberührt an dem Ungeborenen vorüber (vgl. Steiner 1990, S.11). Auf Grund der defizitären Situation der Mutter bleibt die negative Situation des Kindes häufig auch nach der Geburt bestehen. Durch die Existenz des Säuglings und seiner Bedürfnisse kommt es häufig zur Eskalation der Probleme. Um das erstrebenswerte Zusammenleben mit der leiblichen Mutter zu ermöglichen, wird vorausgesetzt, dass die Mutter

einen Alkoholentzug macht und ein Leben als „trockene“ Alkoholikerin beginnt. Durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen wird versucht, eine Erziehungsfähigkeit der Mutter und damit auch eine tragbare Mutter-Kind-Beziehung herzustellen. Darüber hinaus sind für die meisten Mütter auch nach der Entlassung aus der Entzugstherapie erzieherische Hilfestellungen erforderlich, um eine kontinuierliche Weiterentwicklung in der Erziehung des möglicherweise behinderten Kindes zu gewährleisten (vg. Steiner 1990, S.171). Auch außerhalb einer stationären Therapie ist eine frühzeitige, adäquate sozialpädagogische Betreuung von schwangeren, alkoholkranken Frauen hilfreich. Diese kann sie darin bestärken, zum eigenen Wohl und dem ihres Kindes, ihre Situation zu verbessern und den Willen kräftigen, ihre Abhängigkeit zu überwinden. Diesen Frauen sollte Unterstützung und Begleitung bei der Organisation der veränderten Lebenssituation, der Suche nach entsprechender medizinischer Betreuung, der Geburtsvorbereitung, bei Kontakten mit Institutionen, Ämtern und Behörden sowie bei der Perspektivenentwicklung für das Leben mit dem Kind geboten werden. Fälle, in welchen es Müttern gelungen ist, dem Alkohol zu entsagen, zeigen, dass ihre Kinder genauso umsorgt, behütet und glücklich aufwachsen wie die bei sogenannten normalen, gesunden Müttern. In manchen Fällen wird jedoch eine Aufnahme des Kindes in eine Dauerpflege- oder Adoptivfamilie nötig. Näheres dazu wird im Kapitel 4 erläutert.

Rechte des Embryos gegenüber der Mutter

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) legt in §1912 eine Fürsorgebeziehung der Eltern zum Ungeborenen fest, die als Vorwegnahme der elterlichen Sorge gilt. Dennoch erhält der Embryo in Anhängigkeit von seinen mütterlichen Umfeldbedingungen keinen ausreichenden straf- und familienrechtlichen Schutz. Eine Schwangere, die ihr Ungeborenes durch ihr Verhalten oder ihren Genussmittelkonsum schädigt, hat für die entstehenden Schäden bei ihrem Kind zwar mit moralischen Vorhaltungen der Umgebung, nicht aber mit straf- und/oder zivilrechtlichen Konsequenzen zu rechnen (vgl. Löser 1995, S.109). Obwohl die Rechtsfähigkeit nach §1 BGB erst „mit der Vollendung der Geburt“ eintritt, wird von der Rechtsprechung anerkannt, dass der Embryo als menschliches Wesen sein Recht nach Unversehrtheit nach dem Grundgesetz einfordern kann. Die primäre

Verantwortlichkeit für das Wohl und die Fürsorge des Embryos ist nach §1912 II BGB den Eltern zuerkannt. Da der Mutterleib juristisch zunehmend als Umwelt des Ungeborenen betrachtet wird, steht auch die Lebensführung der Schwangeren zur Diskussion. Zivilrechtlich haftet die Schwangere, wenn sie die Gesundheit des Embryos vorsätzlich schädigt. Bei fahrlässigem Handeln wird die Haftung überwiegend abgelehnt, da viele Gerichte die völlige Ausrichtung der Lebensverhältnisse der Mutter auf das Ungeborene als Eingriff in die Freiheit und das Persönlichkeitsrecht sehen. Löser (1995, S.110) sieht dennoch eine Notwendigkeit darin, das Embryonenschutzgesetz zum pränatalen Schutz zu erweitern. Die komplexe Frage nach der Verwirklichung kann jedoch nicht auf die Schnelle beantwortet werden.

In einem Gespräch mit einer Mitarbeiterin der Suchthilfe in Thüringen gGmbH (siehe Anhang Interview) wurde deutlich, dass dieses Thema für weitreichende Diskussionen sorgen kann. Die Rechte des Ungeborenen stehen hierbei denen der Mutter gegenüber. Nach Meinung von Frau Wilhelm ist die Gesamtsituation jedoch durch rechtliche Regelungen kaum zu verbessern, vielmehr sollte versucht werden durch eine umfassende Aufklärung der Öffentlichkeit und aller Behörden und Ärzte der Problematik entgegenzuwirken.

2.6.1 Schädigende Alkoholmenge

Es kommen immer wieder die Fragen auf, welche Alkoholmenge sich schädigend auf das Ungeborene auswirkt und ob es eine sichere Menge des Konsums gibt. Untersuchungen von Spohr (1990, S.40) belegen, dass eine schwere Ausbildung des Syndroms¹ bisher nur bei Kindern von Frauen mit langjährigem Alkoholabusus oder fortgeschrittener Alkoholkrankheit nachgewiesen werden konnte. Aus diesem Grund ist er überzeugt, dass neben dem täglichen exzessiven Alkoholgenuss der Frau (mind. 150g reiner Alkohol/Tag) auch eine fortgeschrittene Alkoholkrankheit vorliegen muss. Seiner Meinung nach ist es noch nicht völlig bewiesen, dass auch kurzes intensives Trinken (z.B. einmalige Volltrunkenheit) oder sogenanntes „soziales Trinken“ (z.B. ein Glas Wein pro Tag) während der Schwangerschaft zu

¹ Syndrom = aus einer Vielzahl von Symptomen bestehend

leichten alkoholembryopathischen Schädigungen führen kann. Majewski (1987, S.119) kam bei seinen Untersuchungen zu ähnlichen Ergebnissen, die besagen, dass die meisten Kinder mit einer schweren Alkoholembryopathie (AE III) von chronisch alkoholkranken Müttern geboren wurden. Kinder mit einer leichten Alkoholembryopathie (AE I) wurden signifikant öfter von Müttern geboren, welche häufig mit gelegentlichem Kontrollverlust tranken. In einer Studie an 1008 nicht alkoholkranken Schwangeren lebten nur 8% völlig abstinent, die anderen tranken meist mäßig Alkohol. Es konnte von den geborenen Kindern kein Kind mit FAS oder FAE diagnostiziert werden (vgl. Majewski 1987, S.121). Andererseits ist zu beachten, dass schon 15-30g Alkohol pro Tag, das entspricht 1 –2 Drinks pro Tag, signifikant größere Konzentrationsunterschiede und Aufmerksamkeitsdefizite bewirken. Spohr (1990, S.41) bemerkte zudem, dass es Hinweise aus Tierexperimenten gibt, welche belegen, dass auch geringe Mengen Alkohol entwicklungshemmend auf das Gehirn wirken. Basierend auf dieser Einschätzung betont er mit ärztlichem Nachdruck, dass Schwangere generell auf Alkohol verzichten sollten, um eine Schädigung des Kindes völlig auszuschließen. Streissguth (1997, S.4) führt ihrerseits auf, dass die Entstehung einer alkoholbedingten Schädigung sowohl von der Menge, dem Zeitpunkt des Konsums im Verlauf der Schwangerschaft als auch von den individuellen körperlichen Eigenschaften der Mutter und des Fetus abhängt. Nicht jedes Kind einer trinkenden Mutter wird demnach alkoholgeschädigt geboren.

Zeitpunkt des Konsums im Schwangerschaftsverlauf

Wie bereits erwähnt, hängen die spezifisch verursachten Schäden von der Entwicklungsphase des Fetus ab, in welcher Alkohol von der Mutter konsumiert wird. Episodenweises Trinken kann eher spezifische Organschäden beim Fetus hervorrufen, wohingegen chronischer Alkoholkonsum die ganze Breite organischer und verhaltensphysiologischer Schädigungen hervorbringen kann. Starker Alkoholkonsum während der vierten Schwangerschaftswoche kann beispielsweise die Kopfform beeinflussen, da sich diese während dieser Zeit herabildet. Eine Schädigung der Nieren ist in diesem Zeitraum beispielsweise weitgehend ausgeschlossen, da sich diese erst in der sechsten Woche entwickeln (vgl. Broschüre: Alkohol schadet Babies <http://www.kontaktco.at/shop/pdf/101-10.pdf>)

am 09.06.2003). Chronischer Alkoholkonsum kann sich demnach auf alle Organentwicklungsstufen schädigend auswirken.

Die Abbildung zeigt die verschiedenen Perioden der Schwangerschaft, in denen der Alkohol vorgeburtliche Schäden bewirken kann.

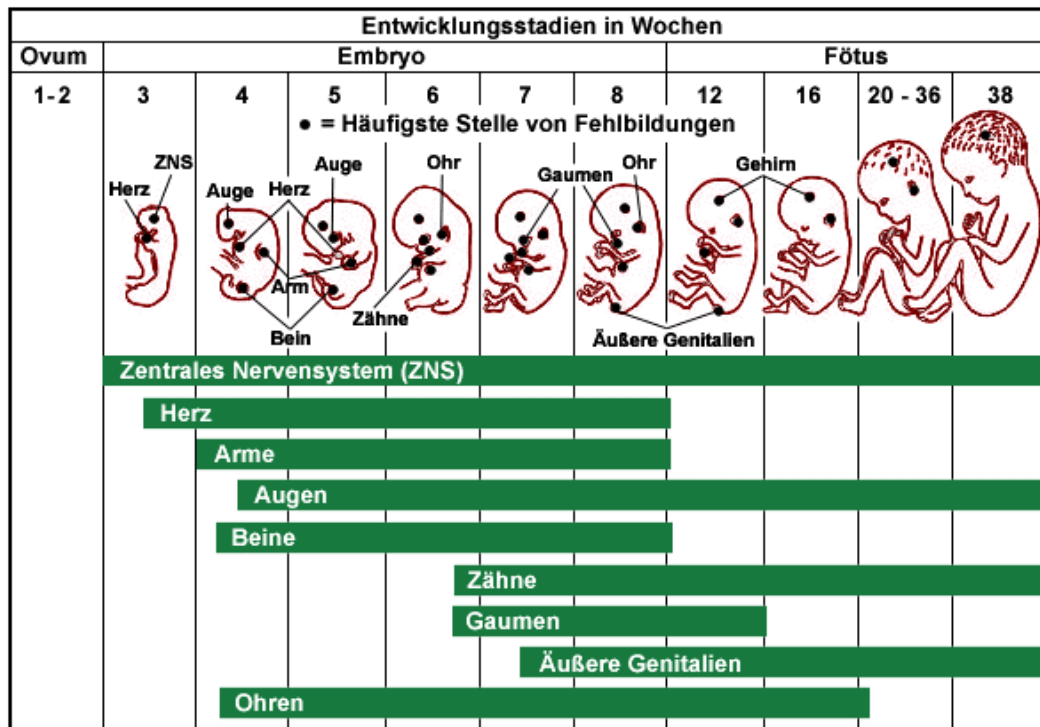


Abb. 2 mögliche Schädigungen in Abhängigkeit des Entwicklungsstadiums

2.6.2 Die Rolle der Väter

Eine Schädigung durch den väterlichen Alkoholkonsum konnte bisher nicht nachgewiesen und beobachtet werden (vgl. Majewski 1987, S.109, Wässer 1991, S.130). Verschiedene Studien (u.a. Adoptionsstudien) haben jedoch gezeigt, dass Kinder von männlichen Alkoholikern oft gestörte intellektuelle Fähigkeiten haben und öfter hyperaktiv sind als Kinder nichttrinkender Väter. Danach wäre also belegt, dass das väterliche Trinkverhalten einen Einfluss auf die Entwicklungschancen des Kindes hat, jedoch nicht direkt auf den Fetus, sondern vielmehr über eine negative Veränderung des Genmaterials des Samens. Präliminare Studien an Tieren deuten diesbezüglich darauf hin, dass die Möglichkeit einer Veränderung der DNA im männlichem Sperma durch

Alkoholkonsum besteht. Über die entsprechende Dosis-Wirkung Beziehung ist allerdings wenig bekannt (vgl. <http://ourworld.compuserve.com/homepages/AnnGibson1/wasistmi.htm> am 08.04.03).

Von großer Bedeutung in Bezug auf die Rolle der Väter gegenüber Kindern mit FAS und FAE ist jedoch auch die Frage der **Verantwortung** bereits während der Schwangerschaft. Das Fetale Alkoholsyndrom ist auch in Anbetracht der vorliegenden Informationen nicht nur ein Problem der betroffenen Kinder und deren Mütter, sondern auch das der Männer und der gesamten Gesellschaft. Viele Männer erwarten, dass die Frau in der Schwangerschaft aufhört Alkohol zu trinken, konsumieren aber selbst weiter. Die Entstehung der Alkoholembryopathie ist nicht isoliert als Problem des zunehmenden Frauenalkoholismus zu betrachten, sondern steht untrennbar mit dem Alkoholismus des Mannes im Zusammenhang (vgl. Löser 1995, S.108). Löser (ebd.) hält also die Rolle des Mannes bei der Entstehung des Frauenalkoholismus für unumstritten. Aus seiner Sichtweise werden Frauen oft durch Männer zum Trinken verleitet oder trinken aus Sympathie mit. Basierend auf den Informationen und Erfahrungen, welche die Basis dieser Arbeit bilden, ergibt sich die Schlussfolgerung, dass der Vater im Rahmen der Partnerschaft mit der alkoholkranken Mutter durchaus auch in Situationen der Machtlosigkeit und Verzweiflung gefangen sein kann. Immer wieder stehen diese Väter vor der Frage: „Hättest du es nicht verhindern können oder verhindern müssen?“. Ein Vater berichtet von dem Teufelskreis in den die Kranke und ihre Angehörigen geraten können: *Da seine Frau Spiegeltrinkerin war und er sie so gut wie nie betrunken erlebte, nahm er lange nicht wahr, dass sie ein Problem mit Alkohol hatte. Erst nach Jahren, nachdem ihm des öfteren eine Alkoholfahne auffiel, sprach er das Thema an. Von diesem Zeitpunkt fing es in der Beziehung öfter an zu kriseln und nach seinem Eindruck steigerte sich auch ihr Alkoholkonsum oder sie machte sich nicht mehr die Mühe ihn zu verbergen. Sie äußerte den Wunsch nach einem Kind und er redete sich ein, dass damit alle Probleme aus der Welt geschafft wären. In den Jahren bevor die Schwangerschaft tatsächlich eintrat verschlimmerte sich das Alkoholproblem der Frau zusehendst und wurde von dem Mann zwar wahrgenommen, aber nicht als Alkoholkrankheit eingestuft. Erst später, als die Zustände in denen er seine Frau zu Hause auffand immer alarmierender wurden, vertraute er sich seinem Bruder an. Mehrmals drohte er an, sich von ihr zu trennen*

und wurde später, wie er sagt, aus Wut, Hass, Ekel und Verzweiflung ihr gegenüber sogar gewalttätig. Nach einem darauf folgenden Krankenhausaufenthalt ging sie in eine Entzugsklinik und der Mann wand sich einer Angehörigengruppe zu. In der Hoffnung, dass die Situation nie mehr so eskalieren würde, wagten sie einen Neuanfang. Als sie schwanger wurde erlitt sie einen Rückfall. In seiner Ohnmacht engagierte er eine Haushaltshilfe, die auf den Alkoholkonsum achten sollte und blieb selbst jeden Abend zu Hause, womit er den Konsum seiner Frau jedoch nicht einschränken konnte. Nach der Geburt des stark geschädigten Sohnes scheiterte ein weiterer Entzug und die Ehe wurde geschieden. Der Sohn lebt seit dem beim Vater und hat kaum Kontakt zu seiner Mutter (vgl. Steiner 1990, S.109ff).

Die Erfahrungen dieses Vaters zeigen, wie sehr Angehörige unter dem Alkoholismus ihrer Familienmitglieder leiden können und wie hilflos sie diesem oft gegenüberstehen.

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Männer bzw. auch alle anderen Angehörigen von alkoholkranken Frauen, Beratung und Unterstützung im Umgang mit dieser benötigen und über die Folgen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft genauso aufgeklärt sein müssen.

2.7 Zusammenfassung

Das tägliche Trinken von alkoholischen Getränken ist für viele Menschen zur Gewohnheit geworden. Mit dem steigenden Alkoholkonsum stieg auch die Zahl der Alkoholabhängigen. Unter „Alkoholismus“ wird Alkoholabhängigkeit verstanden, die mit chronischem Alkoholmissbrauch einhergeht. Seit 1968 ist Alkoholismus durch einen Bundessozialgerichtsbeschluss als Krankheit anerkannt. Alkohol ist eine psychoaktive Substanz, die in Vorgänge des Gehirns eingreifen und damit seelische Abläufe und das Bewusstsein verändern kann. Mögliche Folgeschäden durch langfristigen, übermäßigen Alkoholkonsum werden in körperliche, psychische und soziale Folgen unterschieden. Frauenalkoholismus fand lange Zeit wenig Beachtung von Wissenschaft und Öffentlichkeit. Heute geht man davon aus, dass es unter etwa 2,5 Millionen behandlungsbedürftigen Alkoholkranken ungefähr 750.000 Frauen im gebärfähigem Alter gibt. Die

Alkoholkrankheit bei Frauen kann weder ursächlich, symptomatisch, noch verlaufsbedingt von der des Mannes unterschieden werden. Dennoch weisen Frauen ein anderes Trinkverhalten und eine andere Trinkmotivation auf als Männer. Verschiedene Autoren gehen kongruent in der Aussage, dass die auslösende Ursache für Alkoholismus bei Frauen in erster Linie in Partner- und Familienkonflikten und im fehlenden Selbstwertgefühl liegt. Eine ungewollte Schwangerschaft belastet die Situation der alkoholabhängigen Frauen zusätzlich und lässt sie trotz Bedenken und Ängsten zum Alkohol greifen. Da es keine definierte Alkoholmenge gibt, bei der eine Schädigung des Kindes ausgeschlossen werden kann, raten die Ärzte zu völliger Abstinenz. Durch eine frühzeitige adäquate Betreuung bzw. Therapie kann in den meisten Fällen erreicht werden, dass die Mutterschaft akzeptiert wird und zur Motivation für ein suchtmittelfreies Leben wird. Eine Schädigung durch den väterlichen Alkoholkonsum konnte bisher nicht mit Sicherheit nachgewiesen und beobachtet werden. Von großer Bedeutung in Bezug auf die Rolle der Väter von Kindern mit FAS und FAE ist jedoch die Frage der Verantwortung - bereits während der Schwangerschaft. Das Fetale Alkoholsyndrom ist nicht nur ein Problem der Frauen, sondern der gesamten Gesellschaft.

3 Symptomatik, Diagnose und Prognose des Fetalen Alkoholsyndroms

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die Ursache für die Schädigung der Kinder geklärt wurde, sollen folgende Ausführungen dazu dienen, einige grundlegende Aspekte des Fetalen Alkoholsyndroms vorzustellen und damit einen Überblick über Begrifflichkeiten, Symptome, Diagnosestellung, Zukunftsaussichten der betroffenen Kinder, Epidemiologie und den Forschungsstand schaffen.

Dieses Basiswissen ist meines Erachtens für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, welche mit alkoholgeschädigten Kindern und deren Familien arbeiten, dringend erforderlich, um den betroffenen Eltern, Kindern und Angehörigen beratend und unterstützend zur Seite zu stehen.

3.1 Allgemeine Begriffsklärung

3.1.1 Fetales Alkoholsyndrom (FAS)

Unter dem fetalen Alkoholsyndrom (oder Alkoholembryopathie) versteht man die unterschiedlich stark ausgeprägte Schädigung des Kindes, die durch übermäßigen, dauerhaften und krankhaften Alkoholgenuss der Mutter während der Schwangerschaft entstanden ist. Es handelt sich um eine Schädigung in der Embryonal- und Fetalzeit (vgl. Löser 1995, S.1). Die Embryonalzeit ist die Entwicklungsphase bis zum Ende der 8. Schwangerschaftswoche, in der die großen Organsysteme als Anlage entstehen und sich in Organe untergliedern. Die Fetalzeit von der 9. Woche bis zur Geburt ist unter anderem durch Fortsetzung der Formbildungsvorgänge, Differenzierungsvorgänge und Reifungsvorgänge insbesondere auch am Zentralen Nervensystem gekennzeichnet (vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/Praenatalpdf.pdf> am 04.03.2003).

Alkohol und sein Zwischenprodukt aus dem Stoffwechsel, das Acetaldehyd, kann im gesamten Verlauf der Schwangerschaft eine Vielzahl von Veränderungen beim Kind bewirken. **Alle Zellen und Organsysteme können durch Alkohol geschädigt werden, daher sind die betroffenen Kinder in ihrer Gesamtheit**

sowohl körperlich, geistig-intellektuell sowie in ihrer Verhaltensentwicklung und sozialen Reifung beeinträchtigt. Die gravierendste Folge, auf welche im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen wird, stellt der Tod des Fetus dar (vgl. Löser 1995, S.1, Majewski 1987, S.89).

Die Alkoholembryopathie wird durch Majewski (1987, S.110ff) in drei Schweregrade der Ausprägung unterteilt: schwach (AE I), mittel (AE II) und stark (AE III) betroffen. Die Abstufungen zu den sogenannten Alkoholeffekten und „dem Normalen“ sind fließend.

Majewski bewertet die 26 wichtigsten Symptome nach ihrer klinischen Bedeutung mit Punkten. In Tabelle Nr.1 (siehe Anhang) wird der sogenannte „Majewski Score“ aufgezeigt und von Löser (1995, S.7f) durch weitere Symptome und deren Häufigkeiten ergänzt. Mit Hilfe der Summe der Punkte, die ein Kind nach dieser Tabelle erreicht, ist eine Einteilung in die verschiedenen Schweregrade möglich. Da jedoch einige der Veränderungen mit zunehmenden Alter des Kindes weniger deutlich werden, ist die Klassifizierung in vielen Fällen nur in den ersten drei Lebensjahren möglich. Das Vollbild der Alkoholembryopathie ist nach Majewski nur bei Alkoholkrankheit, nicht bei gelegentlichen und sogenannten „sozialen Trinken“, zu erwarten (vgl. Majewski 1987, S.111).

3.1.2 Fetale Alkoholeffekte (FAE)

Unter den Alkoholeffekten versteht man die gleitenden Übergänge zwischen dem sowohl körperlichen als auch geistigen Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms und dem „Normalen“.

Das Gehirn reagiert während der Wachstumsphase, wie auch in der eigentlichen Funktion, unter allen Organen am empfindlichsten auf Alkohol. Daher kann eine gehirnschädigende Veränderung beim Kind auch ohne typische körperliche Merkmale auftreten (vgl. Löser 1995, S.2). Alkoholeffekte sind also (Teil-)Leistungsstörungen und Verhaltensveränderungen, entstanden durch die schädigende Wirkung von Alkohol während der Schwangerschaft auf das sich entwickelnde Gehirn des Ungeborenen. Unter Teilleistungsschwächen versteht Löser (1995, S.58f) Hirnleistungsstörungen mit sehr unterschiedlicher Ausprägung, die aus dem übrigen Leistungsniveau oder Entwicklungsstand eines

„durchschnittlichen“ Kindes herausfallen. Es handelt sich also um Leistungsminderungen einzelner Faktoren innerhalb eines großen funktionellen Systems, das zur Bewältigung einer bestimmten komplexen Leistungsaufgabe erforderlich ist. Am häufigsten kommt dies durch Lernstörungen (z.B. Lese-Rechtschreibschwäche), Sprachentwicklungsverzögerungen, Defizite im logischen Denken, Verhaltensänderungen, Störungen der Motorik und soziale Reifungsverzögerung zum Ausdruck, auf welche im Kapitel 3.2.2 noch näher eingegangen wird (vgl. Löser 1995, S.3).

3.1.3 Definition Behinderung

Da FAS die häufigste nicht-genetische, geistige, körperliche und seelischen Behinderung darstellt, wird im Folgenden eine kurze allgemeine Definition des Behinderungsbegriffes geben.

Der Begriff „Behinderung“ löst die verschiedensten Assoziationen aus, wie beispielsweise körperliche oder aber auch geistige Beeinträchtigungen des Individuums. Zudem ist der Grad einer Beeinträchtigung, ab welchem Behinderung als solche definiert wird, individuell unterschiedlich.

Im § 39 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) ist folgende Definition festgehalten: „Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind“. Mit körperlicher Behinderung ist hier gemeint: Einschränkung in der Bewegungsfähigkeit sowie körperliche Leistungsschwäche infolge von Erkrankungen innerer Organe, Blindheit und Sehbehinderung, Gehörlosigkeit, Schwerhörigkeit und Sprachbehinderung (vgl. Cloerkes 1997, S.3f).

Eine Definition aus der Behindertenpädagogik lautet wie folgt: „Als behindert gelten Personen, die infolge einer Schädigung ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Funktion soweit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbare Lebensverrichtung oder ihre Teilhabe am Leben der Gesellschaft erschwert werden.“ (S.4). Diese Definitionen legen in vergleichender Analyse nahe, dass das Fetale Alkoholsyndrom und die Fetale Alkoholeffekte als Behinderung bezeichnet werden können, da die durch Alkohol verursachten Schädigungen beim Kind zum größten Teil irreparabel sind und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt ist. Im Verlauf des nachfolgenden Abschnittes werden die häufigsten

körperlichen, geistigen und seelischen Schädigungen, Beeinträchtigungen und Veränderungen vorgestellt.

3.2 Symptomatik

Die Alkoholembryopathie ist in ihrem Erscheinungsbild außerordentlich variabel. Wie bereits erwähnt, können alle Zellen und Organsysteme durch Alkohol geschädigt werden. Der von der Mutter konsumierte Alkohol trifft in gleicher Konzentrationshöhe wie im mütterlichen Blutkreislauf auf den sich entwickelnden Embryo oder Fötus. Dieser ist wegen seiner hohen Wachstums- und Zellentwicklungsgeschwindigkeit besonders empfindlich gegenüber Alkohol. Zudem ist er, wie zuvor schon ausgeführt, nicht in der Lage, mit seiner unreifen und noch nicht funktionstüchtigen Leber den Alkohol wirksam abzubauen und sich somit zu entgiften (vgl. Spohr 1990, S.40).

Die auftretenden Schädigungen können in vier Kategorien zusammengefasst werden:

1. Prä- und postnatale Gedeihstörungen (Dystrophie)
(=körperliche Entwicklungsverzögerung z.B. Minderwuchs oder Untergewicht)
2. Störungen des zentralen Nervensystems in den Bereichen,
 - *Neurologie* (z.B. kleiner Kopf, Muskelschwäche, Bewegungs- und Gangstörungen)
 - *Intelligenz* (z.B. Sprachentwicklungs- und Lernstörungen, geistige Entwicklungsverzögerung)
 - *Verhalten* (z.B. Unruhe in der Neugeborenenzeit, Essstörungen, Hyperaktivität, Konzentrationsstörungen, Sozialisierungsprobleme oder Ängste)
3. Auffälliges „Syndromgesicht“ (kraniofaziale Dysmorphie)
(z.B. verkürzter Nasenrücken, schmales Lippenrot, kleine Zähne, Augenfehlbildungen)
4. Angeborene Fehlbildungen (z.B. Herzfehler, Nierenfehlbildungen, Gaumenspalte)

(vgl. Spohr 1990, S.34ff, Majewski 1987, S.90).

Die Symptome lassen sich in den Schwerpunkten Organfehlbildungen und Hirnfunktions- und Verhaltensstörungen wie nachfolgend aufgeführt zusammenfassen.

3.2.1 Organfehlbildungen

Ein Organ ist ein aus mehreren, eventuell sehr verschiedenen Zellen bzw. Geweben zusammengesetzter Teil des Körpers, der eine funktionelle Einheit bildet, z.B. Herz, Leber, Milz, Haut, Augen und Ohren. Durch die schädigende Einwirkung von Alkohol kann es zu Veränderungen der Funktionsfähigkeit und Form einzelner Organe kommen. Es gibt eine breitgefächerte Anzahl von Organfehlbildungen, von denen einige häufiger und andere nur in seltenen Fällen auftreten. Im Rahmen dieser Arbeit liegt der Hauptaugenmerk vorwiegend auf den häufigsten Fehlbildungen.

Körpergewicht und Größe

Im allgemeinen sind alkoholgeschädigte Kinder bereits bei der Geburt durch eine unterdurchschnittliche Größe und ein geringes Gewicht gekennzeichnet. Das verminderte Gewicht hängt insbesondere mit der unterentwickelten Skelettmuskulatur und der mangelhaften Entwicklung des unteren Fettgewebes zusammen. Die Kinder wirken meist sehr dünn und hager (vgl. Löser 1995, 32).

Mikrozephalie und Gesichtsfehlbildungen, Augenveränderungen

Unter Mikrozephalie wird eine Kleinköpfigkeit verstanden, die sich durch einen verminderten Kopfumfang zeigt. Von verschiedenen Autoren (vgl. Löser 1995, S.32ff, Spohr1990, S.34) werden immer wieder das typische Aussehen und der Ausdruck des Gesichtes beschrieben. Auch im internationalen Vergleich wurden identische Gesichtszüge festgestellt (vgl. Streissguth 1997, S3).

Die besagten Veränderungen im Gesicht betreffen, wie auf der Abbildung Nr. 3 (S.35) sichtbar, beispielsweise ein fehlendes Philtrum (Rinne zwischen Nase und Oberlippe) und ein schmales Oberlippenrot mit fehlender Ausrundung am Oberrand. Der Mund kann klein (Knopflochmund) oder breit sein. An den Augen sind besonders die schmalen Lidspalten, die abfallenden Lidachsen und die

hängenden Oberlider auffällig (vgl. Löser 1995, S32ff, Kopera-Frye, Connor; Streissguth, CD-ROM).

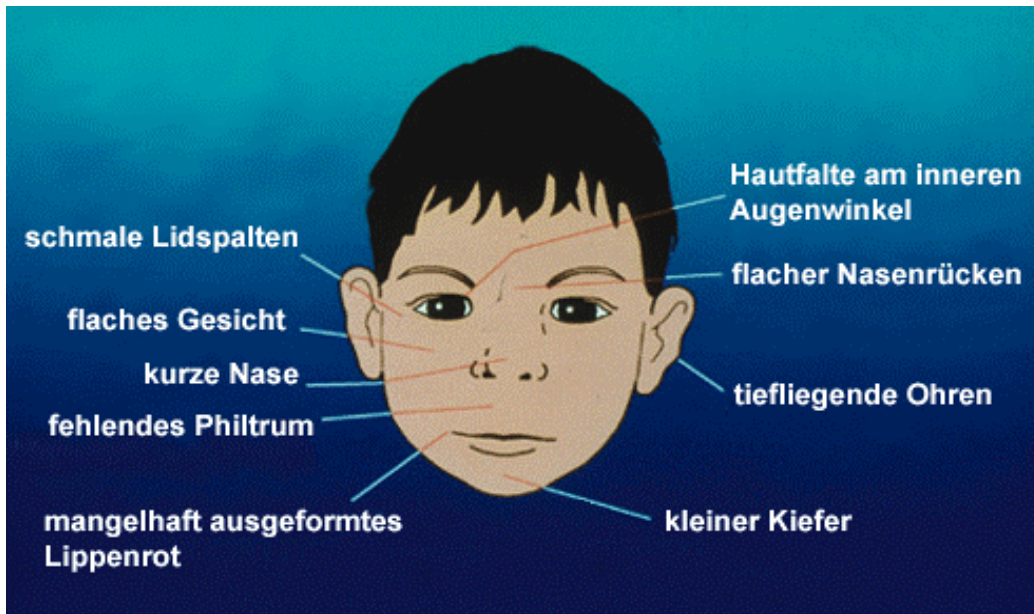


Abb. 3 FAS Gesichtsmarkmale

Im Säuglingsalter ist häufig ein fliehendes Kinn zu erkennen, welches sich im höheren Alter meist zurückbildet (vgl. Löser1995, S32ff). Eine geringe Ausbildung der Kieferhöhle lässt das Mittelgesicht abgeflacht und schmal erscheinen. Zudem ist das Gesicht meist gekennzeichnet durch einen verkürzten Nasenrücken, tiefliegende Ohren, welche von unterschiedlicher Größe sein können, durch kleine Zähne, ungleiche Haarverteilung am Kopf und einen Haaraufstrich im Nacken (S.34ff). Es wird vermutet, dass bei schätzungsweise 90% der Kinder Veränderungen am Sehorgan auftreten. Am häufigsten ist Schielen, Weit- und Kurzsichtigkeit und eine Verkleinerung der Augäpfel (S.37f).

Herzfehler

Gemäss Untersuchungen von Löser (1995, S.40) kann vermutet werden, dass bei 30 % aller Kinder mit dem Fetalen Alkoholsyndrom Herzfehler auftreten.

Hierbei handelt es sich meist um Defekte der Vorhof- bzw. Kammerscheidewand des Herzens. In den meisten Fällen ist eine Operation unausweichlich (ebd.). Nach den Erkenntnissen von Majewski (1987, S.116) treten Herzfehler bei Kindern mit

einer schweren Alkoholembryopathie (AE III) mit einer Häufigkeit von bis zu 60% auf.

Harn- und Geschlechtsorgane

Die Häufigkeit von Genitalmissbildungen beträgt in etwa 46%. Die häufigste Genitalanomalie bei Jungen ist der Hodenhochstand und bei Mädchen eine Vergrößerung der Klitoris. Über diesbezügliche Langzeitfolgen ist bisher wenig bekannt. Die sexuelle Reifung bei Mädchen und Jungen ist häufig verzögert. Veränderungen im Bereich der Nieren und der ableitenden Harnwege wurden bei ca. 10% der Kinder festgestellt. Am häufigsten trat hierbei eine Doppelniere auf (vgl. Löser 1995, S.45f, Majewski 1987, S.116).

Skelett

Fehlbildungen am Skelett sowie Störungen des Bindegewebes und der Gelenke sind bei mehr als 80% der betroffenen Kinder zu beobachten. Am häufigsten findet man Fehlbildungen an Händen und Armen. Auftretende Veränderungen können sein: Verkürzung und Beugung des Kleinfingers (51%), bleibende Verkürzung des Kleinfingers (16%), Verwachsung von Elle und Speiche (14%), Unterentwicklung der Fingerendglieder (13%), Hüftluxation (9%), Trichterbrust (30%), Kielbrust (ca.7%), Gaumenspalte (7%), Steißbeingrübchen (44%) und Leistenbruch (12%) (vgl. Löser 1995, S.48f, Majewski 1987, S.116).

Haut, Handlinien, Haare

Spezifische Veränderungen der Haut konnten bisher nicht festgestellt werden. Bei drei von 30 Kindern stellte Löser (1995, S.53) leicht schuppige Haut an den Knien und Ellenbogen und bei vier Kindern eine Neurodermitis fest. Bei Neugeborenen und Kleinkindern ist die Haut jedoch meist dünn, faltig, etwas vermehrt dehnbar und die Venen scheinen hindurch. Löser (ebd.) beobachtete, dass die Handlinien häufig vermindert ausgeprägt sind und die Haut dadurch auffällig wachsartig glatt erscheint. Sichtbar wird zudem, dass die Daumenfurche deutlich eingekerbt ist und die Dreifingerfurche scharf abknickt. Zehen und Fußnägel können hypoplastisch sein und vereinzelt auch fehlen. Bei den Haaren konnten folgende Auffälligkeiten am häufigsten festgestellt werden: überwiegend dünne und spärliche vorhandene Haare bei der Geburt, häufig eine leicht übermäßige

Körperbehaarung, Haaraufstrich im Nacken, ungleicher oder verminderter Wachstum des Haupthaars sowie eine häufige Wirbelbildung (vgl. Löser 1995, S.55).

Zentralnervensystem und Hirnfehlbildungen

Alkohol kann in alle Phasen der Hirnentwicklung eingreifen, da sich die Hirnreifung über die gesamte Schwangerschaft bis über die Geburt hinaus vollzieht. Das Gehirn reagiert auf Grund seiner geringen Alkoholtoleranz, seiner Stoffwechselaktivität und dem hohen Sauerstoffbedarf am stärksten auf die toxische Wirkung von Alkohol.

Löser (1995, S.56) fasst die *neuropathologischen Veränderungen* des Zentralnervensystems wie folgt zusammen:

- Wachstumsstörungen des gesamten Gehirns (Mikrozephalie = Kleinköpfigkeit)
- Verminderte Ausprägung der Hirnwindungen (Mikrogyrie)
- Kleine Nervenzellen und verminderte Zellzahlen (Hypotrophie und Hypoplasie)
- Unvollkommen entwickelte Nervenfortsätze und Defizite in der Struktur der Nervenzellfortsätze, sowie Störungen derer Verzweigung
- Elektronenmikroskopische Veränderungen in den kleinen Zellkernen, reduzierte Zytoplasmastrukturen, retardiert entwickelte Zellorganellen
- Unterentwicklung des Kleinhirns
- Verzögerte Gewebeentstehung im Kleinhirn (cerebelläre Histogenese)
- Interzelluläre Schwellung, welche auf die Zellen des Thalamus und Hypothalamus (Teile des Zwischenhirns) drückt
- Wanderungsstörung der Zellen nach außen zur Hirnrinde
- Mangelhafte oder fehlende Verbindung der Hemisphären und der Hirnzentren
- Fehlerhafte „Vermaschung“, Verflechtung und Vernetzung der Nervenzentren
- Schädigung des Hippocampus
- Gestörte Ausbildung des Hörzentrums
- Störung der Schließung des Rückenmarkkanals
- Fehlender Bulbus olfactorius (nimmt die aus der Nase kommenden Riechnerven auf)
- Mangelhafte Nervenscheidenentwicklung (Myelinisierungsstörung)

- Verminderte Zahl und Größe von Synapsen, verzögerte Synapsenausreifung

Außerdem kann es zu einer Veränderung der Neurotransmitter kommen, welche die Ursache für verschiedene Verhaltensstörungen darstellt. Diese Erkenntnis sollte in therapeutischen Maßnahmen zu Hyperaktivität Beachtung finden (vgl. Löser 1995, S.57).

Wie man an den eben zusammengetragenen Hirnfehlbildungen erkennt, kann Alkohol in alle Hirnfunktionen mehr oder weniger schädigend eingreifen. Diese Kenntnisse können helfen, dass Eltern, Angehörige und Betreuer von betroffenen Kindern, die gegebenenfalls auftretenden Verhaltens- und Lernschwierigkeiten besser verstehen.

3.2.2 Hirnfunktions- und Verhaltensstörungen

Im Folgenden wird näher auf die vorkommenden Hirnfunktions- und Verhaltensstörungen eingegangen. Die nachstehend aufgeführten Veränderungen treten bei einer ausgeprägten Alkoholembryopathie oft noch häufiger und stärker in deren Ausprägung auf als bei Alkoholeffekten (vgl. Löser 1995, S.61).

Konzentrationschwäche

Die Konzentrationsfähigkeit ist bei den Kindern merklich verkürzt. Am besten lässt sich dies im Spiel feststellen. Spiele, die langes Sitzen (z.B. Brettspiele) oder viel Geduld (z.B. Puzzle) abverlangen, werden vorzeitig abgebrochen. Die Kinder lassen sich durch andere Geschehnisse im Umfeld leicht ablenken (vgl. Löser 1995, S.61).

Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsstörungen

Durch die hirntoxische Wirkung von Alkohol entstehen Wahrnehmungsstörungen mit organischer Ursache. Die Sinnesreize erreichen nicht jeden Abschnitt im Gehirn, dies verhindert die Entwicklung von Gehirnfunktionen, die für eine vollständige Reizverarbeitung notwendig sind (vgl. Nitzschke 1998, S.114).

Die beeinträchtigte Aufnahmefähigkeit bewirkt entsprechende Lernbehinderungen in der Schule. Häufig treten Lese- und Rechtschreibschwächen auf. Mit Hilfe von Testmöglichkeiten (z.B. Nachzeichnen von Figuren) konnten Verminderungen in der Wörter- und Figurenerkennung sowie in der Raum- und Formwahrnehmung festgestellt werden. Bei 20% der Kinder sind auch akustische Beeinträchtigungen auffällig, in Form von Innenohr-Schwerhörigkeit, retardierter Entwicklung des Hörorgans, sensorischem oder zentralem Hörverlust. Da für das Lernen, die Verwendung von Sprache und insgesamt für die Interaktion mit dem Umfeld gutes Hören erforderlich ist, verwundert es nicht, dass häufig Sprachentwicklungsstörungen auftreten. Bei 90% der Kinder mit Alkoholembryopathie wurde eine gestörte Sprachentwicklung beobachtet, welche sich durch einen verzögerten Erwerb des Sprachschatzes, der Artikulation, der Syntax, des Redeflusses und Sprachantriebes zeigt. Eine gezielte Förderung ist hier von Bedeutung. Es zeigen sich auch die negativen Auswirkungen einer sozialen Deprivation, da für die Sprachentwicklung eine ständige Bezugsperson sehr wesentlich ist (vgl. Löser 1995, S.61f). Die Erfahrungen von Eltern und Pflegeeltern von Kindern mit FAS und FAE zeigen jedoch auch, dass die Kinder bzw. Jugendlichen oft über sehr gute Redewendungen verfügen und daher in ihren Begabungen häufig überschätzt werden. Bei einem Lebensalter von 18 Jahren kann die Sprachbegabung beispielsweise der eines 20 Jährigen entsprechen, die sozialen Fähigkeiten aber nur denen eines 7 Jährigen (vgl. <http://de.groups.yahoo.com/group/fasae/message/47> am 08.04.03).

Logisches Denken, Intelligenz

Besonders im logischem Denken und im Lösen komplizierter Aufgaben zeigen sich die intellektuellen Leistungseinbußen. Integrative Denkprozesse, Abstraktionen, Symbolisierungen, Erlernen von Regeln, Erfassen von Sinneszusammenhängen sowie Konzeptbildungen sind erschwert oder sogar unmöglich. Die Denkabläufe sind zwar inhaltlich richtig, erfolgen aber sehr verlangsamt und erscheinen vergleichsweise phantasielos (vgl. Löser 2001, S.81). Häufig haben Menschen mit FAS/FAE ausgeprägte Rechenschwächen (vgl. Löser 1995, S.62). Verschiedene Untersuchungen zum Intelligenzquotienten (IQ) lieferten vergleichbare Ergebnisse. Es wurde ein durchschnittlicher IQ von 66-82 festgestellt. Vereinzelt liegen diese Werte auch über oder unter dem genannten Bereich. Majweski (1987, S.116) stellte

fest, dass ca. 90 % der von ihm untersuchten Kinder „minderbegabt“ sind. Ein direkter Zusammenhang zwischen der Schwere der Fehlbildung und der Verminderung des IQ konnte nachgewiesen werden. (vgl. Kopera-Frye, Connor; Streissguth, CD-Rom). Nach dem ICD-10 werden folgende Grade der Intelligenzminderung unterschieden:

- leichte geistige Behinderung IQ 50-70
- mittelgradige geistige Behinderung IQ 35-49
- schwere geistige Behinderung IQ 20-34
- schwerste geistige Behinderung IQ < 20

(vgl. Sarimski 2001, S.19).

Erinnerungsvermögen

Es besteht eine Verminderung der Erinnerungsleistung im Kurz- und Langzeitgedächtnis. Eltern stellen immer wieder fest, dass am Vortag Erlerntes schon wieder vergessen wurde (vgl. Löser 2001, S.81f).

Hyperaktivität

Der aus dem Griechischen kommende Begriff „Hyper“ bedeutet so viel wie „über“ oder „übermäßig“ und „Aktivität“ wird verstanden als „Bewegung“, „äußeres Handeln“ oder „Tätigsein“. Hyperaktivität ist demnach im Rahmen der Wortbedeutung ein übermäßiger Drang zur Tätigkeit (vgl. Schweizer, Prekop 1991, S.11). Die Hyperaktivität ist bei keinem anderen Fehlbildungssyndrom so häufig zu finden wie bei FAS oder FAE. Nach den Untersuchungen von Löser (1995, S.65) und Majewski (1987, S.116) zeigen 72% bzw. 70% der Kinder hyperaktive Verhaltensmuster. Dafür verantwortlich ist der offensichtlich durch Alkohol veränderte Gehalt, sowie die Verteilung und Wirkung der Neurotransmitter (Botenstoffe). Bei den betroffenen Kindern kann eine Verminderung der 5-Hydroxy-Indolessigsäure (Abbauprodukt des Serotonins = Botenstoff der Nervenreizübertragung) nachgewiesen werden (vgl. Löser 1995, S.58).

Kinder mit Hyperaktivität zeigen Defizite in der Aufmerksamkeit, sie können nicht ruhig sitzen und wechseln rastlos von einer Tätigkeit in die nächste. Sie sind allen umgebenden Eindrücken und inneren Impulsen ungefiltert ausgeliefert, weil sie Wichtiges nicht von Unwichtigem unterscheiden können. Die Hyperaktivität ist oft gekoppelt mit Impulsivität. Die Kinder befinden sich in einer Art ständiger Hektik

und es scheint ihnen schwer zu fallen, sich nicht aktiv an allen Geschehnissen in der direkten Umgebung zu beteiligen. Resultierend aus diesen Verhaltensweisen fällt es ihnen meist nicht leicht, Gefahren und ihr eigenes Verhalten im Voraus einzuschätzen. Sorgeberechtigte sprechen auch von einer erhöhten Risikobereitschaft und Waghalsigkeit. Diese Unruhe stellt offensichtlich ein Hemmnis dar, befriedigende Ereignisse zu finden und so gelten diese Kinder oft als „Störenfriede“ innerhalb von Gruppen (vgl. Schweizer, Prekop 1991, S.12, Löser 1995, S.65ff, Mattner 2001, S.15).

Nach Erkenntnissen von Löser (1995, S.65) unterscheidet sich das Verhaltensmuster der Hyperaktivität bei FAS meist nur dadurch von anderen Formen des Hyperaktivitätssyndroms, dass eine zusätzlich verminderte Intelligenz und eine im Vergleich fehlende aggressive „Färbung des Verhaltens“ beobachtet werden kann.

Distanzlosigkeit

Die meisten Kinder verfügen über ein vergleichsweise geringes Distanzgefühl, d.h. sie suchen den Kontakt auch zu unbekanntem Personen, sind sehr vertrauensselig und übertrieben unbekümmert im Umgang mit fremden Menschen. Bei jüngeren Kindern wird dies oft noch als angenehm und kindgerecht empfunden, später kann dies jedoch zu sozialen Problemen führen (vgl. Löser 1995, S.67).

Gefühlsäußerungen

Die Kinder sind überwiegend fröhlich, zugewandt, kontakt- und mitteilungsbedürftig, selten introvertiert oder autistisch. Gefühlsäußerungen wie Lachen und Weinen können jedoch sehr schnell wechseln. Laut Löser (S.68) setzt dieser Wechsel der Stimmungslage zu leicht und zu wenig motiviert ein und kann nicht kontrolliert werden. Im Erwachsenenalter überwiegt eher eine trotzig Grundstimmung (ebd.).

Motorische Störungen

Die eher bei schweren Alkoholschäden vorkommenden motorischen Störungen zeigen sich in ungleichförmigen und zielunsicheren Bewegungsabläufen, durch Unsicherheiten im Gang, fehlende Koordination der an einer Bewegung beteiligten Muskelgruppen, Störungen der Ausdrucksmotorik und Ungeschicklichkeit. Im

feinmotorischen Bereich sind vor allem Schwierigkeiten in der Schrift, beim Malen und bei Abläufen wie dem Zuknöpfen der Kleidung zu finden.

Es konnte auch ein Zittern der Hände und Finger, ähnlich wie bei erwachsenen alkoholkranken Menschen, festgestellt werden (vgl. Löser 1995, S.69).

Eß- und Schluckstörungen

Vor allem in den ersten zwei Lebensjahren treten bei ca. 30% der Kinder Saug-, Eß- und Schluckstörungen auf, was zu erheblichen Fütterungsschwierigkeiten führt. Die Nahrung wird sehr lange gekaut, nicht geschluckt oder die Nahrungsaufnahme wird völlig verweigert. Es besteht eine angeborene muskuläre Saugschwäche der Mund- und Schlundmuskulatur und wahrscheinlich Koordinationsstörungen des Schluckaktes. Bei sehr ausgeprägten Fütterungsschwierigkeiten wird eine Sonderernährung notwendig (ebd., vgl. Majewski 1987, S.117).

3.3 Sekundäre Behinderungen durch FAS und FAE

Im Kapitel 3.1.3 wurde bereits eine kurze Definition des Behinderungsbegriffes vorgestellt und darauffolgend einen Überblick über die bei FAS und FAE vorkommenden Organfehlbildungen sowie Hirnfunktions- und Verhaltensstörungen gegeben. Es ist nun jedoch ebenfalls zu beachten, dass die Beeinträchtigungen, unter denen diese Kinder leiden können, noch weitreichendere Konsequenzen nach sich ziehen, welche das Leben der Kinder zusätzlich erschweren. Die ausgeprägte Rechenschwäche führt beispielsweise dazu, dass Schwierigkeiten in Umgang mit Geld entstehen. Eine Mutter berichtet z.B. dass ihr Kind nicht abschätzen kann ob 5 Cent mehr oder weniger sind als 5 Euro. Das schwach ausgebildete Erinnerungsvermögen und die Schwierigkeit beim abstrakten Denken, macht es den Menschen mit FAS und FAE beinahe unmöglich, aus Erfahrungen zu lernen oder Konsequenzen des Handelns abzuschätzen (vgl. Streissguth 1997, S.106). Hieraus resultierende sogenannte Sekundäre Behinderungen¹ wurden nach einer vierjährigen Studie von Ann Streissguth (1997,

¹ Sekundäre Behinderungen = aus den Primärbehinderungen resultierend

S.107ff) zusammengefasst. Die Studie beschäftigte sich mit 415 FAS (33%) und FAE (67%) Patienten zwischen 6-51 Jahren. Um die nötigen Daten zu sammeln, wurde eng mit den unmittelbaren Betreuern der FAS und FAE Patienten zusammengearbeitet. Nach der Durchführung von Interviews mit den Betreuern zur Lebensgeschichte der Patienten wurden sechs wesentliche Sekundäre Behinderungen zusammengetragen.

1. Mehr als 90% der in der Studie untersuchten Patienten litten unter psychischen Krankheiten, z.B. Depressionen, Panikattacken, Psychosen.
2. Mehr als 60% hatten eine gestörte Schullaufbahn, z.B. durch Suspendierungen und Schulabbruch.
3. 60% der Patienten ab dem Pubertätsalter gerieten in Konflikt mit dem Gesetz. Ladendiebstahl ist dabei das häufigste Vergehen.
4. 50% mussten eine Haftstrafe absitzen.
5. Unangemessenes sexuelles Verhalten wurde bei 49% aller Patienten ab dem Jugendalter registriert. Auch bei 39% der Kinder konnte die Entfaltung eines solchen Verhaltens beobachtet werden.
6. 35% aller Patienten haben Alkohol- und Drogenprobleme.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die häufig auftretenden Sekundären Behinderungen das Leben der Menschen mit FAS und FAE und derer Umgebung ernsthaft beeinträchtigen und auch hohe Kosten für die Gesellschaft entstehen lassen. Streissguth (1997, S.110) betont, dass es notwendig ist, dass Familien, betreuende Institutionen und vor allem die Gesellschaft die Primären Behinderungen kennen und verstehen, um angemessen auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können und Unterstützung zu gewährleisten. Nur so ist es möglich, die Sekundären Behinderungen einzudämmen und adäquat darauf zu reagieren.

3.4 Diagnosestellung

Die Diagnose des Fetalen Alkoholsyndroms ist die Grundlage, um die Behinderung zu verstehen sowie die Förderung, Behandlung und medizinische Versorgung zu

koordinieren (vgl. Streissguth 1997, S.6f). Sie gründet sich sowohl auf die mütterliche Vorgeschichte sowie auch auf typische körperliche, geistige und verhaltensbezogene Merkmale. Bei einer unklaren Anamnese¹ kann oft nur der Verdacht auf das Fetale Alkoholsyndrom geäußert werden. Um eine abwertende, begriffsbedingte Belastung und Bewertung für das Kind zu vermeiden, spricht Löser (1995, S.2) im Zweifelsfall von einer „toxischen Embryopathie“. Auch Oberarzt Dr. Schulze des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) in Erfurt verdeutlichte mir in einem Interview (siehe Anhang), dass mit der Diagnosestellung Fetales Alkoholsyndrom oder Alkoholembryopathie sehr vorsichtig umgegangen wird, um wie er sagt „eine Stigmatisierung zu vermeiden“. Es soll vermieden werden, dass das Kind mit Zuschreibungen , wie z.B. "Säuferkind", belegt werden könnte.

FAS kann in der Regel nur von speziell ausgebildeten oder auf dem Gebiet von Geburtsdefekten erfahrenen Teratologen, Genetikern oder Pädiatern gestellt werden. Da die meisten Ärzte keine besondere Ausbildung zur Diagnostizierung von FAS haben, werden viele der betroffenen Kinder nicht erkannt.

Die Diagnose von FAS kann gestellt werden, wenn die folgenden drei Kriterien erfüllt sind:

1. Minderwuchs in der pränatalen Phase in Hinsicht auf Größe und Gewicht;
2. Vorhandensein eines Musters von spezifischen kleineren Anomalien, zu denen charakteristische Merkmale im Gesicht wie beispielsweise kurze Lidspalten, Hypoplasie im Mittelgesicht, schmales Lippenrot, flaches und/oder langes Philtrum gehören,
3. Fehlfunktion des Zentralnervensystems (ZNS), einschließlich Mikrozephalie, Entwicklungsretardierung, Hyperaktivität, Konzentrationsschwäche, Lernschwäche, Intelligenzmangel usw.

(vgl. Kopera-Frye, Connor; Streissguth, CD-Rom).

Wie in den Kapiteln 3.2.1 und 3.2.2 deutlich wird, gibt es ein breitgefächertes Spektrum an Schädigungen und das klinische Erscheinungsbild ist fließend. Oft gibt es keine großen richtungsweisenden Fehlbildungen, die eine Diagnose sofort sichern würden. Eine sichere Diagnose lässt sich nur aus einer Zusammensetzung

¹ Anamnese = Klärung der Vorgeschichte der Mutter

mehrerer kleinerer oder größerer Fehlbildungssymptome schließen, die als Einzelsymptome keine Bedeutung hätten (vgl. Spohr 1990, S.34). Dr. Schulze teilte in genanntem Interview mit, dass auch im SPZ Erfurt der im Kapitel 3.1.1 erwähnte „Majewski Score“ (siehe Anhang Tabelle Nr.1) nach wie vor gültig für die Diagnosestellung ist. Wenn also danach die Summe der Punkte von einzelnen Symptomen eine festgelegte Schwellen-Gesamtpunktzahl ergibt, dann wird mit großer Wahrscheinlichkeit von einer Alkoholembryopathie ausgegangen.

Gerade in der Neugeborenenzeit sind die klinischen Zeichen des Syndroms noch unvollkommen ausgeprägt, dies macht eine frühzeitige Diagnosestellung fast unmöglich. Nur bei schwergradig betroffenen Kindern, bei denen die Alkoholkrankheit der Mutter gesichert ist, ist die Diagnose leichter zu stellen (vgl. Löser 1995, S. 11). Wie Spohr (ebd.) kritisch anmerkt, werden Minderwuchs, Zappeligkeit, ein auffälliges „funny looking face“ (lustig aussehendes Gesicht) und Entwicklungsverzögerungen häufig als milieubedingt abgetan.

Die Schwierigkeit bei der Diagnose der Alkoholeffekte besteht darin, die vielen Einflussfaktoren in der Schwangerschaft differentialdiagnostisch abzugrenzen, insbesondere zu nennen wären diesbezüglich: soziale Deprivation, Hirnschäden aus anderen prä- und perinatalen Ursachen (z.B. Geburtsschäden, übermäßiges Rauchen, Medikamentenmissbrauch und Drogen) und genetische Faktoren. Da diese Kinder äußerlich sonst unauffällig sind, ist die Diagnose oft schwierig (vgl. Löser 1995, S.3, Spohr 1990, S.33).

Nach Löser (1995, S.9) wird FAS nur bei 10% aller Kinder diagnostiziert, die meisten Fälle, vor allem Kinder mit FAE, bleiben unentdeckt. Gründe hierfür wurden bereits genannt. Löser sieht weitere Ursachen im mangelnden Interesse von Seiten der Sorgeberechtigten und in der weit verbreiteten, öffentlichen und privaten Geheimhaltung des Alkoholismusproblems.

Bedenklich an der Tatsache, dass bei so vielen Kindern FAS oder FAE gar nicht oder erst später diagnostiziert wird, finde ich, dass so eine rechtzeitige Förderung des Kindes und eine Aufklärung der Eltern über die Besonderheiten ihres Kindes nicht erfolgen kann. Löser (S.10) gibt außerdem zu bedenken, dass durch die Diagnose der Schädigung beim Kind die Alkoholkrankheit der Mutter oft erst erkannt wird und sich durch das Einleiten einer Therapie präventiv weitere Geschwisterkinder mit FAS / FAE verhindern lassen. Im Kapitel 4.3 wird näher auf die Bedeutung der Diagnosestellung für die Eltern eingegangen.

3.5 Prognose für die Kinder

Die Frage nach den Entwicklungsaussichten ist auf Grund der Komplexität und Kompliziertheit der Schäden nicht einheitlich zu beantworten und auch im Einzelfall nicht mit Sicherheit vorherzusagen. Viele innere und äußere Faktoren sowie die Art und die Schwere der Fehlbildung spielen eine Rolle. Von leicht betroffenen Kindern können physische Mangelerscheinungen eher ausgeglichen werden als von solchen mit schwergradigeren Schädigungen (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002, S.36). Psychische, neurologische und kognitive Defizite bleiben meist bestehen. Der geringe IQ beispielsweise bleibt vor allem bei schwer geschädigten Kindern weitgehend gleich. Nachuntersuchungen im Erwachsenenalter ergaben, dass der IQ, unabhängig vom Aufwachsen in Heimen, bei den alkoholkranken Eltern oder in Adoptiv- bzw. Pflegefamilien, ziemlich gleichförmig war. Die Mehrzahl der untersuchten Kinder zeigte im Laufe der Entwicklung keine Besserungstendenzen (vgl. Majewski 1987, S.117, Spohr 1987, S.134).

Laut Spohr (1990, S.43) entwickeln sich die Kinder nach anfänglichen Ernährungs-, Infektions- und möglichen Operationsproblemen motorisch normal, d.h. sie laufen und bewegen sich altersgemäß. Die bei vielen Kindern auftretende Hyperaktivität kann jedoch ein belastendes Problem in der Entwicklung darstellen. Die erhöhte Konzentrationsunfähigkeit, die Störung der Wahrnehmung und der Gedächtnisbildung macht den Kindern den Erwerb der notwendigen sozialen Integration weitgehend unmöglich. Um das 3. und 4. Lebensjahr werden Sprachentwicklungsverzögerungen deutlich und mit Schulbeginn treten häufig Lernprobleme auf. Die Kinder besuchen oft keine normale Regelschule, sondern lernen in Sonderschulen für Lern- und Geistigbehinderte, Integrationsklassen oder anthroposophischen Einrichtungen. Dort sollen sie durch entsprechend geschulte Lehr- und Betreuungskräfte die notwendige intensive Lernhilfe und geduldige Zuwendung erhalten. Etwa 12% der Kinder sind nicht beschulbar (S.44, Spohr 1987, S.141, Wässer 1991, S.132). Das Leben der Kinder wird durch das Ausmaß der geistigen Entwicklungsbeeinträchtigung beeinflusst und es besteht meist eine lebenslange Abhängigkeit von der Hilfe anderer. An dieser Stelle soll auch auf die Ausführungen zu den Sekundären Behinderungen in Absatz 3.3 verwiesen werden.

Ein erwachsener Mensch mit FAS/FAE benötigt in der Regel in individuellem Maße Hilfe und Unterstützung im Alltag, dies betrifft beispielsweise die Einteilung seiner Finanzen, die Gesundheitserhaltung sowie Unterstützung beim Wohnen und Arbeiten. Eine Untersuchung von Löser (1995, S.130) zeigte, dass nur 3 von 43 untersuchten Menschen mit FAS/FAE über eine Eigenständigkeit in Beruf und Lebensführung verfügten.

Einfluss der familiären Förderung

Die Zukunft der betroffenen Kinder als Erwachsene ist oft unklar und nach Meinung mehrerer Autoren abhängig von den Verhältnissen, in denen die Kinder aufwachsen. Steiner (1990, S.70) geht davon aus, dass Kinder mit dem Fetalen Alkoholsyndrom, die in Heimen aufwachsen, auch als Erwachsene fast immer unselbstständig und hilflos bleiben und von einer beschützenden staatlichen Institution zur anderen wechseln, da sie nicht gelernt haben, selbstbestimmend und eigenverantwortlich zu leben. Anhand eigener praxisbezogenen Erfahrungen im Rahmen der Arbeit in Heimen kann jedoch durchaus der Schluss gezogen werden, dass dort vermehrt auf Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Kinder Wert gelegt wird. Die Aussage von Steiner wurde vor 13 Jahren getroffen und entspricht daher eventuell nicht den heutigen Gegebenheiten.

Das Aufwachsen in einer Alkoholikerfamilie führt nach Meinung von Steiner ebenfalls zu ähnlich ungünstigen Prognosen. Da die Kinder meist nicht über das Gewissen und Empfinden für moralische Verpflichtungen, für Verantwortung und sittliche Gebote verfügen, laufen sie Gefahr, im Jugend- und Erwachsenenalter in kriminelle Kreise zu geraten und sind selbst in hohem Maße suchtfährdet. Durch die Alkoholkrankheit der Mutter kommt es in vielen Fällen zur sozialen Vernachlässigung und Entbehrung von Förderung und Zuwendung (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002, S.37).

Jedoch ist auch für Kinder, die in liebevollen, verantwortungsbewussten und gesicherten Familienverhältnissen aufwachsen, eine zufriedenstellende Lösung für die Zukunft nicht einfach zu finden (vgl. Steiner 1990, S.70). Die Frage, inwieweit die betroffenen Kinder auf Grund ihrer verminderten intellektuellen und kognitiven Fähigkeiten überhaupt zu einem selbstständigen Leben befähigt werden können, kann nur individuell für das einzelne Kind beantwortet werden.

Das Risiko der Suchtentwicklung

Laut Löser (2001, S.85) spielt bei der Suchtentstehung der Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft eine bedeutende Rolle, da mit dem Einfluss des Alkohols auf das Ungeborene eine frühe Gewöhnung an Alkohol einhergeht und in vielen Fällen die Kinder schon mit klinischen Entzugserscheinungen geboren werden. Auch genetische Zusammenhänge, beispielsweise dass Kinder alkoholkranker Eltern ein erhöhtes Risiko einer Suchtentwicklung haben, konnten nachgewiesen werden. Typische Persönlichkeitseigenschaften, wie eine erhöhte Verführbarkeit, eingeschränkte Kritikfähigkeit, Gutgläubigkeit sowie Vertrauensseligkeit und eine emotionale Labilität, fördern den Einstieg in den Alkoholmissbrauch. Das Risiko der Suchtentwicklung wird auf ca. 35 % geschätzt. Eine primäre Prävention in Form von Fernhalten jeglichen Alkohols und eine Aufklärung über den schädigenden Einfluss von Alkohol erscheint sehr ratsam (S.86).

Insbesondere hinsichtlich der aufgeführten negativen Langzeitprognosen der mentalen Entwicklung erscheint es mehr als naheliegend, den betroffenen Kindern eine intensive, geduldige und langjährige Förderung in stabilen Verhältnissen bieten zu müssen.

3.6 Epidemiologie

Die Häufigkeit des Fetalen Alkoholsyndroms und Fetaler Alkoholeffekte ist in Bezug auf Land, Region und soziale Herkunft sehr variabel und abhängig von der Stellung des Alkohols in der jeweiligen Gesellschaft. In der Literatur finden sich zum Teil voneinander abweichende Aussagen. Da wegen der vermuteten hohen Dunkelziffer über den Alkoholismus von Müttern und auf Grund der Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung eine exakte Angabe des Vorkommens in keinem Land gegeben werden kann, beruht die Inzidenz¹ der Alkoholembryopathie auf Schätzungen (vgl. Löser 1995, S.4). In dieser Arbeit wurden die am häufigsten

¹ Inzidenz = Häufigkeit

genannten Angaben der Literatur als Bezugspunkt gewählt, mit der Gewissheit, dass eine exakte empirisch belegte Datenbasis somit nicht gegeben ist.

In Frankreich kann bei einem von 212 Neugeborenen eine alkoholbedingte Schädigung festgestellt werden. Berücksichtigt man nur die sehr stark geschädigten Kinder, ergibt sich noch immer eine Häufigkeit von 1:700. In Schweden ergibt sich ein Verhältnis von 1:600. In den USA variieren die Angaben zwischen 1:300 und 1:2500, dies kann durch die unterschiedliche Methodik, aber auch durch die verschiedenen Herkünfte bedingt sein. In verschiedenen Indianerreservaten konnte sogar eine Häufigkeit von 1:100 festgestellt werden (vgl. Majewski 1987, S.109). Die höchste Inzidenz von 1:4 wurde in South Dakota/USA im Pineridge Indianerreservat festgestellt (vgl. Löser 1995, S.5). In Deutschland geht man von ungefähr 1200 geschädigten Neugeborenen pro Jahr aus, die auf Grund einer schweren Schädigung bereits bei der Geburt erkannt werden. Die Dunkelziffer der leicht und somit nicht erkannten Fälle schätzt Spohr (1990, S.39) auf 2000-3000 Kinder, Leiber und Olbrich (vgl. Schenk 1993, S.18) sprechen von 5000-6000 Kindern. Löser (1995, S.4) gibt für Alkoholembryopathie (Grad I-III) in Deutschland eine Inzidenz von 1:300 an, doch die Alkoholeffekte treten um ein Vielfaches häufiger auf.

Die aufgeführten Zahlen verdeutlichen, dass Alkohol eine der häufigsten erkennbaren Ursachen für eine geistige Behinderung ist. In einigen Ländern kommt die Alkoholembryopathie häufiger vor als das Down Syndrom, welches eine durchschnittliche Häufigkeit von 1:650 hat (vgl. Majewski 1987, S.109, Löser 1995, S.4f).

3.7 Aktueller Forschungsstand

Geschichte der Entdeckung

Erste Berichte zum Fetalen Alkoholsyndrom erschienen 1968 in Frankreich durch Lemoines und unabhängig davon 1973 in den USA von Jones und Smith und erregten weltweit Aufmerksamkeit. Die Symptome des Fetalen Alkoholsyndroms wurden klar beschrieben. In Deutschland konnten die Mediziner Dr. Löser, Dr. Majewski und Dr. Spohr durch zahlreiche Untersuchungen und Langzeitstudien wichtige Erkenntnisse erlangen (vgl. Majewski 1987, S.109). Innerhalb kurzer Zeit

wurden 1973 in der Kinderklinik Tübingen zahlreiche betroffene Kinder entdeckt und von Majewski untersucht (vgl. Löser 1995, S.92). Ihm ist die Einführung einer Schweregradbestimmung und -einteilung zu verdanken, die heute europaweit Anwendung findet.

Jedoch ist die schädigende Wirkung von Alkohol auf das Ungeborene bereits weitaus länger bekannt. Erste Hinweise auf den schädigenden Einfluss von Alkohol auf das ungeborene Kind finden sich bereits in der griechischen und römischen Mythologie. Eheleuten aus Sparta und Karthago war es beispielsweise verboten in der Hochzeitsnacht Wein zu trinken, damit kein missgebildetes Kind entstehen würde. Auch im alten Testament finden sich Aussagen wie: „Siehe, du wirst schwanger werden und einen Sohn gebären, so trinke nun keinen Wein noch stärkeres Getränk und iß nichts Unreines...“ (vgl. Majewski 1987, S.109f).

Die ersten konkreten Anhaltspunkte, dass Alkoholkonsum in der Schwangerschaft die Ursache für Schädigungen beim Ungeborenen sein könnte, lassen sich auf Erfahrungen aus der sogenannten „Gin-Epidemie“ zurückführen, die in den Jahren 1720-1750 in England stattfand.

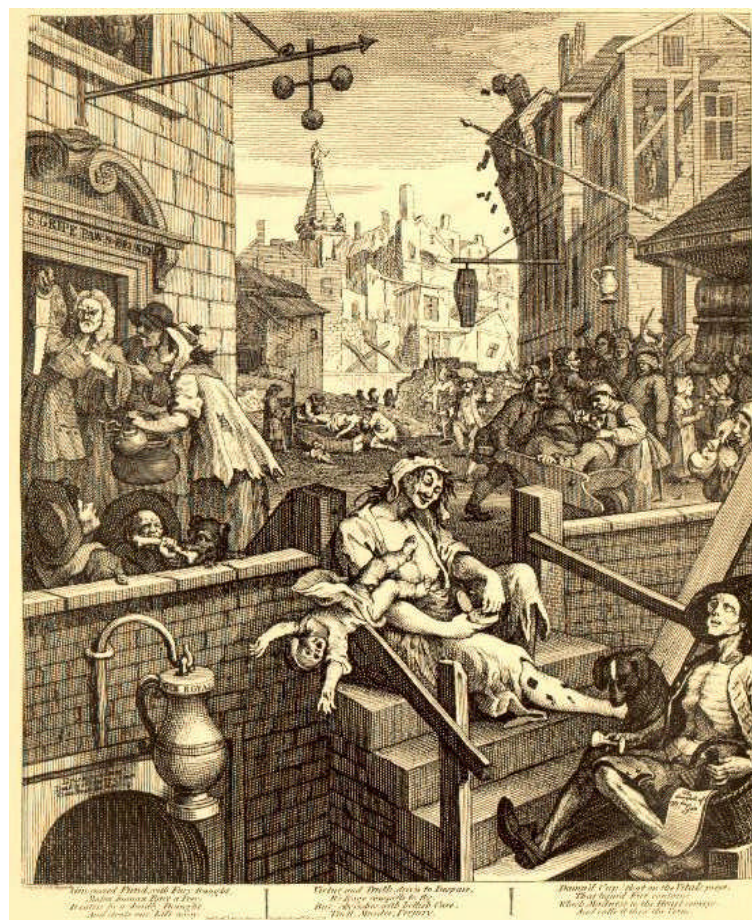


Abb. 4 William Hogarth (1697 - 1764) Gin Lane

In diesem Zeitraum stieg der Verbrauch und die Produktion von Gin. Im Jahre 1726 stellte das „College of Physicians“ in London daraufhin unter anderem fest, „... daß die Kinder trunksüchtiger Eltern schwach, dumm und geistig gestört seien.“ (vgl. Löser 1995, S. 95, Nestler 1981, S.1).

Im Jahre 1899 erkannte der Gefängnisarzt W. C. Sullivan anhand einer von ihm durchgeführten Untersuchung an inhaftierten Alkoholikerinnen, dass sich mit zunehmender Dauer und Intensität der mütterlichen Alkoholkrankheit die Lebensfähigkeit der geborenen Kinder verringert. Sullivan stellte ebenso fest, dass trinkende Frauen, die durch die Inhaftierung zwangsweise keinen Alkohol konsumierten, nach bereits geschädigten Kindern oder Totgeburten, gesunde Kinder gebären (vgl. Löser 1995, S.98).

Löser fasst zusammen: „Die medizingeschichtliche Entwicklung zur Alkoholembryopathie ist ein langwieriger Weg, der sich von anfänglichen Vermutungen in der Antike bis zu den ersten klaren Beschreibungen durch die Kinderärzte Lemoine et al. (1968) erstreckt. Dieser Weg war von ideologischen und wissenschaftlichen Irrungen geprägt und behindert, vor allem aber durch das starke Element der bewussten und unbewussten Verdrängung, des Vergessens und des Nicht-wahr-haben-Wollens. Nur so kann verstanden werden, dass eine schon seit Jahrhunderten bekannte Erkenntnis erst vor drei Jahrzehnten zum wissenschaftlichen Durchbruch gelangte.“ (1995, S.100).

Erkenntnisse aus Tierversuchen

Nachdem FAS 1973 in den USA benannt und beschrieben wurde, stellte das „National Institut on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)“ Forschungsgelder für Tierexperimente zur Verfügung, um aufkommende Fragen, die sich aus den ersten klinischen Berichten ergaben, zu bearbeiten. Zu klärende Grundlagenfragen waren beispielsweise: „Ruft Alkohol tatsächlich Missbildungen hervor?“, „Können geringere Dosen an Alkohol zwar Hirn- aber keine körperlichen Schäden hervorrufen?“ oder „Ist die durch Alkohol hervorgerufene Hirnschädigung von lebenslanger Dauer?“.

In Tiermodellen ist es möglich, die Dauer und Höhe der Alkoholeinwirkung sowie die Ernährung und Umwelt zu beeinflussen und somit konkrete Aussagen zu treffen und Nachweise zu erbringen. Erste Versuche wurden mit Ratten

durchgeführt. Es wurde festgestellt, dass bei Neugeborenen einer Ratte, die während der Schwangerschaft hohe Dosen Alkohol erhielt, Entwicklungsverzögerungen und Veränderungen an Gliedmassen, Augen, inneren Organen und am Gehirn auffällig waren (vgl. Streissguth 1997, S.58). Im Jahre 1981 gelang Sulik, Johnson und Webb ein Durchbruch durch den Beweis, dass auch episodisches Trinken zu morphologischen Schäden führt. Am Beispiel einer Maus wurden die typischen Gesichtsveränderungen nach nur zwei starken Dosen Alkohol in der Schwangerschaft nachgewiesen. Zudem konnte festgestellt werden, dass nicht alle Mäuse des gleichen Wurfes in selber Weise geschädigt waren. Obwohl sie der selben Dosis zum gleich Zeitpunkt ausgesetzt waren, zeigten einige schwerere Schäden als andere. Dies festigte die Tatsache, dass regulärer Alkoholmissbrauch nicht zwangsläufig auch zu einer Schädigung des Ungeborenen führt und dass auch gelegentliches exzessives Trinken Veränderungen hervorrufen kann (S.59).

Bis heute ist die Eruierung des fetalen Alkoholsyndroms noch nicht abgeschlossen. Weiterhin besteht ein immenser Forschungsbedarf auf diesem Gebiet.

3.8 Zusammenfassung

Unter dem fetalen Alkoholsyndrom versteht man die unterschiedlich stark ausgeprägte Schädigung des Kindes durch den übermäßigen, dauerhaften und krankhaften Alkoholgenuss der Mutter während der Schwangerschaft. Alkoholeffekte hingegen sind der gleitende Übergang zwischen dem körperlichen und geistigen Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms und dem „Normalen“, bei dem gehirnschädigende Veränderungen auch ohne typische körperliche Merkmale auftreten. FAS und FAE ist die häufigste nicht-genetische, geistige Behinderung, welche aber zu 100% vermeidbar ist. Alle Zellen und Organsysteme können durch Alkohol geschädigt werden, daher sind die betroffenen Kinder in ihrer Gesamtheit sowohl körperlich, geistig-intellektuell sowie in ihrer Verhaltensentwicklung und sozialen Reifung beeinträchtigt. Die durch Alkohol verursachten Schädigungen beim Kind sind zum größten Teil irreparabel und beeinträchtigen die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Die Beeinträchtigungen, unter denen die Kinder leiden können, ziehen meist noch weitreichendere Konsequenzen nach sich. Die sogenannten Sekundären Behinderungen wie psychische Krankheiten, eine gestörte Schullaufbahn oder Drogen- und Alkoholprobleme erschweren das Leben der Kinder zusätzlich.

Die Diagnose, welche sich sowohl auf die mütterliche Vorgeschichte sowie auch auf die typischen körperlichen, geistigen und verhaltensbezogenen Merkmale gründet, kann auf Grund verschiedener Schwierigkeiten nur bei 10% aller Kinder gestellt werden. Die meisten Fälle, hierbei vor allem Kinder mit FAE, bleiben unentdeckt. In Deutschland kommt die Alkoholembryopathie mit einer Inzidenz von 1:300 vor, doch die Alkoholeffekte treten um ein Vielfaches häufiger auf.

Die medizingeschichtliche Entwicklung im Bereich der Alkoholembryopathie ist ein langwieriger Weg, der sich von anfänglichen Vermutungen in der Antike bis zu den ersten klaren Beschreibungen durch die Kinderärzte Lemoine et al. (1968) erstreckt. Bis heute ist die Erforschung des fetalen Alkoholsyndroms noch nicht abgeschlossen.

4 Familien mit geschädigten Kindern und Unterstützungsmöglichkeiten

Das folgende Kapitel wird sich auf die Situation der Familien mit alkoholgeschädigten Kindern und verschiedene Möglichkeiten der Unterstützung beziehen. Wie sich gezeigt hat, werden die Kinder häufig in Familiensysteme hineingeboren, in denen Alkohol, zumindest bei der Mutter oder bei beiden Elternteilen, eine erhebliche Rolle spielt. Im ersten Abschnitt werden daher die psychosozialen Auswirkungen der Alkoholsucht der Eltern auf das Familienleben und die Gefühlswelt der Kinder in groben Zügen vermittelt. Danach wird auf die Vermittlung von betroffenen Kindern in Pflegefamilien als eine Möglichkeit der Fremdunterbringung eingegangen und Anforderungen an die Familie mit dem behinderten Kind skizziert. Am Ende soll ein Überblick über Unterstützungsmöglichkeiten für das Kind, aber auch für die Eltern gegeben werden.

4.1 Situation in einer Alkoholikerfamilie

Eine Familie mit einem oder mehreren Alkoholikern ist durch bestimmte Merkmale geprägt, denn nicht nur der Alkoholkranke selbst, sondern die ganze Familie ist von der Suchterkrankung betroffen. Laut Zobel (2001, S.39) ist nicht selten auch ein größerer Teil der Verwandtschaft suchtfährdet oder abhängig. Arenz-Greiving (1998, S.9) beschreibt das Thema Suchterkrankung und Elternschaft als ein sehr emotionsgeladenes, da die Eltern dem Idealbild unserer Gesellschaft meist widersprechen. Bei Appel (1994, S.38) ist folgende **Definition für eine Alkoholikerfamilie** zu finden: „Alkoholikerfamilien sind Verhaltenssysteme, in denen Alkoholismus und alkoholabhängiges Verhalten zum zentralen Organisationsprinzip geworden sind, um das herum das Familienleben sich organisiert“. Die Familie ist charakterisiert durch eine **starre Außengrenze**, die zum einen Schutz vor Anklagen, Kritik oder Vorwürfen bietet und zum anderen die Familie vor Sozialkontakten isoliert und somit zu einer großen Abhängigkeit innerhalb der Familie führt (vgl. Bätz 1997, S.13). Alle Familienmitglieder, auch die älteren Kinder ab ca. fünf Jahren, nehmen bestimmte **Rollen** ein, die den

Alkoholismus des Familienmitgliedes erst ermöglichen. Der Lebenspartner des Alkoholikers übernimmt dabei oft die Rolle des Co-Alkoholikers. Seine Aufgabe ist die Alkoholbeschaffung, die Verleugnung des Problems vor den Kindern und der Außenwelt, das Vertuschen und Bagatellisieren sowie die Übernahme all jener Aufgaben, zu denen der Alkoholiker selbst nicht mehr in der Lage ist. Die Kinder übernehmen je nach Alter und Geschwisterreihenfolge verschiedene Rollen, welche hier ohne weitere Ausführungen lediglich genannt werden sollen. Das älteste Kind übernimmt oft die Rolle des „Helden“, im Gegensatz dazu steht die Rolle des „Sündenbocks“, welche häufig vom zweitem Kind übernommen wird, man unterscheidet zudem noch das „verlorene Kind“ und den „Clown“. Diese einzelnen Rollen sind als Versuch anzusehen, der belastenden Situation entweder durch aktives Handeln, Rebellion, innerer Emigration oder spaßiger Ablenkung zu begegnen, überfordern aber auch ständig ihre eigene, sich gerade entwickelnde Persönlichkeit (vgl. Zobel 2001, S.42f, Arent-Greiving 1998, S.39). Häufig besteht eine **gestörte Kommunikation**, die sich nicht nur auf das Tabuthema „Alkohol“ erstreckt. Die Kommunikation ist geprägt durch Unehrlichkeit, Lügen, doppeldeutige Aussagen, Beschimpfungen und Drohungen. Aus vorigem Kapitel ist bereits bekannt, dass Sprach- und Denkstörungen zu den unerwünschten Folgen übermäßigen Alkoholkonsums gehören. Insofern ist eine Kommunikation mit einem Menschen, der stark alkoholisiert ist, nur sehr begrenzt möglich. Die Kommunikationsstörung erstreckt sich jedoch nicht nur auf den Zeitraum der Alkoholisierung und auf die Kommunikation zwischen dem Alkoholiker und den anderen Familienmitgliedern, sondern sie erfasst alle Familienmitglieder zu jeder Zeit, innerhalb und außerhalb der Familie.

Des weiteren zeigt sich eine **gespannte Atmosphäre** sowohl zwischen den Elternteilen als auch in der Interaktion mit den Kindern und zwischen den Geschwistern. Die Kinder versuchen oft, sich den Stimmungen der Eltern anzupassen, um nicht aus dem momentanen Bild der Situation herauszufallen. Deshalb werden auch die Stimmungsschwankungen oft auf das Kind übertragen, das sich dagegen nicht wehren kann.

Das **Erziehungsverhalten** ist vorwiegend unbeständig, so wird beispielsweise dasselbe Verhalten des Kindes einmal bestraft und ein anderes mal gar nicht beachtet oder sogar gelobt. Häufig werden Versprechungen gemacht aber nicht eingehalten. (vgl. Bertling 1993, S.56f). Das liegt zum einen im Wesen der Sucht

selbst, denn ein betrunkenener Mensch fühlt und handelt oft ganz anders als im nüchternen Zustand. Zum anderen hat der Alkoholiker auch ein ständiges Bedürfnis nach der Kompensation von Schuldgefühlen.

Eine gesunde Familie ist gekennzeichnet durch klare Regeln und das Einhalten von Grenzen, sowohl im Rahmen der Familie als auch nach außen. Es gibt jedoch auch in einer Alkoholikerfamilie bestimmte **Regeln**, nach denen sich alle Familienmitglieder richten müssen, z.B.: „Das Wichtigste im Familienleben ist der Alkohol und dieser ist nicht das Problem. Niemand darf darüber reden, was in der Familie wirklich los ist. Niemand darf sagen was er wirklich fühlt.“ (S.63).

4.1.1 Belastungsfaktoren für die kindliche Entwicklung

Kinder sind in Bezug auf die Befriedigung physiologischer Grundbedürfnisse und ihrer Entwicklungsmöglichkeiten von ihren Eltern abhängig. Damit sind sie meist nicht in der Lage, sich eigenständig aus der Situation und damit von den Belastungskriterien zu befreien. Laut Bätz (1997, S.13) bedürfen sie einer stabilen Umwelt, in der sie Normen und durchschaubare Regeln erlernen können. Die Alkoholikerfamilie kann dies infolge ihrer Dysfunktionalität nicht oder nur unzureichend leisten und begünstigt somit Schädigungen und Störungen bei den Kindern.

Kinder in Alkoholikerfamilien machen **ambivalente Erfahrungen** mit den Eltern. Sie erleben eine Sehnsucht nach dem abhängigen Elternteil, aber auch gleichzeitig eine Angst vor seiner Unberechenbarkeit. Der stattfindende Wechsel von Zuneigung (z.B. Geschenke, Streicheleinheiten) und Abneigung (z.B. durch Gewalterfahrungen) ist für sie schwer zu verstehen und äußert sich durch verschiedene Symptome wie beispielsweise Ängstlichkeit, Misstrauen gegen familienfremde Menschen, Schüchternheit, Selbstunsicherheit, Aggressivität, Schulschwierigkeiten oder psychosomatische Beschwerden. Häufig fehlen echte Zuneigung und das Gefühl akzeptiert und geliebt zu werden. Bei ca. 1/3 aller Familien mit einer Suchtproblematik spielen **Gewalterfahrungen** eine Rolle, die bei den Kindern zu schweren Identitätsproblemen und Störungen im Körpererleben führen (vgl. Günther 2003, ohne Seite). Zu den verschiedenen Gewaltformen, denen die Kinder ausgesetzt sind, gehören: körperliche und emotionale

Vernachlässigung, körperliche und psychische Misshandlung sowie sexuelle Ausbeutung oder Missbrauch - also massive Verletzungen der Ich-Grenze. Nicht selten hat dies eine lebenslange Traumatisierung zur Folge (vgl. Bertling 1993, S.95, Arenz-Greiving 1998, S.20). Porr (1987, S.169) erlebte in seiner Arbeit mit alkoholabhängigen Frauen immer wieder, dass es in Rauschzuständen der Mütter zu Misshandlungen des Kindes kam, die sich in Phasen der Nüchternheit mit Liebkosungen und Überhäufungen aus Schuldgefühlen und schlechtem Gewissen heraus abwechselten. Auf diese Weise ist es den Kindern nur schwer möglich, Selbstvertrauen und eine innere Stabilität zu entwickeln.

Kinder aus Alkoholikerfamilien müssen oftmals die Aufgaben der Eltern übernehmen, da diese dazu nicht in der Lage sind. Zu ihrer Verantwortung gehören dann unter anderem die Versorgung jüngerer Geschwister und des suchtkranken Elternteils sowie die Organisation des Haushaltes (vgl. Bertling 1993, S.66). Dies bedeutet für die Kinder eine permanente Überforderung, in der sie ihre kindgemäßen Bedürfnisse nicht befriedigen können.

Steiner (1990, S.11) sieht die **besondere Situation der FAS und FAE Kinder** wie folgt: „Eingebettet in die traurigen, oft nahezu hoffnungslos scheinenden Schicksale ihrer Mütter sind alkoholgeschädigte Kinder doppelt bestraft: Einerseits kommen sie schon mit oftmals gravierenden geistigen und körperlichen Behinderungen zur Welt, andererseits erleben sie vom ersten Lebenstag an ungleich mehr menschliches Elend, soziale Not, Gewalttätigkeit oder Verwahrlosung als die sogenannten normalen Neugeborenen.“. Wenn die Mütter mittlerweile nicht abstinent sind, beginnt für die Kinder das Leben entweder mit längeren Krankenhausaufenthalten, im Säuglingsheim oder bei einer kranken, meist überforderten Mutter, die in der Regel den Bedürfnissen des Kindes nicht gerecht werden kann (vgl. Streissguth 1987, S.162). Zu beachten ist hier ebenfalls, dass durch die Behinderung des Kindes zusätzliche, besondere Anforderungen an die Mutter bzw. die Familie entstehen, die ein hohes Maß an Geduld, Zuwendung und Verantwortungsbewusstsein bedürfen. Näheres dazu wird im Abschnitt 4.4 erläutert. Kombiniert mit den körperlichen und geistigen Einschränkungen, auf Grund der bestehenden Behinderung, können die in Alkoholikerfamilien entstandenen Entwicklungs- und Erziehungsdefizite kaum ausgeglichen werden.

4.1.2 Befürchtung: „Die nehmen uns die Kinder weg!“

Die Entscheidung, ob ein Kind, dessen Bedürfnisse in der Herkunftsfamilie nicht angemessen befriedigt werden können, aus der Familie herausgenommen werden sollte, ist für alle Beteiligten brisant und konfliktrichtig. Laut Nitzschke (1998, S.115) sollten vor einer endgültigen Trennung von Eltern und Kind alle anderen Unterstützungsmöglichkeiten geprüft werden, mit deren Hilfe der Familienverband aufrecht erhalten werden kann. Die Entscheidung über einen Sorgerechtsentzug sollte vom Familiengericht und den jeweiligen Fachkräften der Jugendhilfe nicht übereilt getroffen werden, da diese im Spannungsfeld zwischen familiären, sozialen und rechtlichen Aspekten sehr viel Feingefühl und Erfahrung bedarf. Majewski (1987, S.117) rät stets zu einer Unterbringung in einer Pflege- oder Adoptivfamilie, sofern sich die Notwendigkeit und die Möglichkeit dazu ergibt. Aus den in Kapiteln 4.1 und 4.1.1 genannten Gründen werden die Kinder oft nach mehreren Monaten aus den Familien herausgenommen und in Heimen oder Pflege- und Adoptivfamilien untergebracht. Für die Mütter ist damit laut Steiner (1990, S.11) der „Teufelskreis“ geschlossen, da sie nicht selten aus Verzweiflung über die Trennung mit verstärktem Trinken reagieren.

Löser (1995, S.112) bemerkt, dass es keinen Hinweis darauf gibt, dass alkoholranke Mütter ihre Kinder weniger lieben, betreuen und versorgen möchten als gesunde. Da ihr Tagesablauf jedoch durch das Verlangen nach Alkohol und dessen Auswirkungen geprägt ist, versagen sie in der Regel darin, dem Kind die nötige Pflege, Ernährung, Hygiene sowie eine adäquate Förderung und seelisches Wohlbefinden zukommen zu lassen.

4.1.3 Rechtsfragen und Kindeswohl

Nach Artikel 6 II (1) des Grundgesetzes (GG) ist die Pflege und Erziehung der Kinder das natürliche Recht, aber vor allem auch eine den Eltern obliegende Pflicht, über welche die staatliche Gemeinschaft wacht. Eine Intervention des Jugendamtes ist nach Artikel 6 III GG nur berechtigt, „...wenn die

Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwaarlosten drohen.“

Die Gesetzesgrundlage, die ein Eingreifen in die Familie rechtfertigt, ist in erster Linie der §1666 des Bürgerlichen Gesetzbuches, der das Kindeswohl sichern und verteidigen soll. Die Voraussetzungen hierfür sind, dass:

- das Wohl des Kindes gegenwärtig oder nahe bevorstehend gefährdet ist,
- die Gefährdung von den Eltern oder von Dritten ausgeht,
- ein fehlender Wille oder ein Unvermögen der Eltern besteht die Gefahr zu beseitigen.

Liegt dies vor, muss das Jugendamt versuchen die Familie mit Hilfen zur Erziehung bzw. Beratung zu unterstützen und zu einer tragbaren, dem Kindeswohl entsprechenden Pflege und Erziehung zu befähigen. Erst wenn alle Angebote des Jugendamtes gescheitert oder abgelehnt wurden, wird das Familiengericht eingeschaltet, welches nach Anhörung der Eltern, wenn möglich des Kindes und auch des Jugendamtes einen Beschluss nach §§1666 und 1666a trifft (vgl. Günther 2002, ohne Seite).

Die Verantwortung der Sozialen Arbeit

Der Paragraph 1666 BGB gibt wenig Entscheidungshilfe in Bezug auf die Fragen, wo das Kindeswohl anfängt, wo es aufhört, ab wann und in welchem Grade die kindliche Entwicklung gefährdet ist und wie lange Hilfsmaßnahmen angeboten werden sollten, bis sie als gescheitert gelten. Es ist die Aufgabe von Sozialarbeitern, die Situation einzuschätzen und zu beurteilen. Rosenberg und Steiner (1991, S.20f) geben zu bedenken, dass die Entscheidung des Sozialarbeiters im Wesentlichen von dessen eigener Biografie, seinen subjektiven Wertmassstäben und seiner Welt- und Lebensanschauung abhängt. Selbst bei dem Versuch, durch Teambesprechungen und -entscheidungen die Gefahr der Subjektivität einzudämmen, hat die vom zuständigen Sozialarbeiter weitergeleitete Situationsbeschreibung eine beeinflussende Wirkung auf das Team. Die beiden Autoren (ebd.) kritisieren verschärft, dass oft zu lange versucht wird die Herausnahme aus der Familie zu verhindern und die Kinder, als schwächstes Glied in der Kette, ihrem unglücklichen Schicksal ausgeliefert sind. Sie gehen sogar soweit zu behaupten, dass es in dieser schwierigen Frage häufig zu erstaunlichen

Einschränkungen der Realitätswahrnehmung seitens der Sozialarbeiter kommt, welche einen „Hauch der Hoffnung“ über das bereits zerstörte und unwiederbringlich Verlorene legen. Um eine angemessene Entscheidung zu fällen, schlagen sie vor, die Lebensumstände des Kindes vor dem Hintergrund der eigenen theoretischen wie auch praktischen Erfahrungen kritisch zu überprüfen. Hierbei sind die Fragen zu stellen:

- „Was weiß ich von den notwendigen, auf Befriedigung ausgelegten, elementaren Bedürfnissen eines Kindes?
- Welches sind die Grundpfeiler für den Aufbau einer stabilen gesunden Persönlichkeit?
- Unter welchen äußeren und inneren Lebensbedingungen können Kinder nicht gedeihen?
- Welche Konsequenzen ergeben sich für ein Kind, wenn man es in sozial und seelisch belasteten, in unzuverlässigen oder gewalttätigen Verhältnissen belässt?
- Wer trägt die Verantwortung für das, was das Kind dadurch erleidet und was es an körperlichen, seelischen und geistigen Folgeerscheinungen davonträgt?“ (Rosenberg und Steiner 1991, S.20f).

Ich sehe hier in jedem Fall eine große Verantwortung für Sozialarbeiter, gewissenhaft und mit theoretischem Hintergrund zu entscheiden. Die Beantwortung der eben genannten Fragen kann zur Entscheidungsfindung beitragen. Des weiteren sind Feinfühligkeit und ein offener Blick für alle am Konflikt Beteiligten, vor allem für das betroffene Kind, von Nöten. Das Kindeswohl muss bei Gefahr der psychosozialen Deprivation zunächst Vorrang haben. Es muss akzeptiert werden, dass die gefundene Lösung nicht nur Gutes bewirkt, „...sondern auch Wunden reißt und Schmerzen zufügt (in diesem Fall möglicherweise den leiblichen Eltern)...“ (Rosenberg, Steiner 1991, S.24). Die von mir interviewten Mitarbeiterinnen des Jugendamtes in Erfurt (siehe Anhang Interview) betonten mehrmals, dass es notwendig ist, schnellstmöglich und restriktiv zu handeln, je jünger und unselbstständiger das Kind ist. Gerade bei Säuglingen kommt es bei Unterversorgung schnell zu lebensbedrohlichen

Zuständen, so dass dahingehend auf gar keinen Fall ein Risiko eingegangen werden darf.

4.2 Fremdunterbringung in Pflegefamilien

Wie sich im vorangegangenen Abschnitt gezeigt hat, ist ein Verbleiben in der Herkunftsfamilie oft nicht möglich, daher wird eine Fremdunterbringung notwendig. Die Frage, **wo ein Kind mit FAS am besten aufwächst**, wird häufig gestellt. Bei der Beantwortung sollte auf die besonderen Bedürfnisse der Kinder Rücksicht genommen werden. Gerade alkoholgeschädigte Kinder bedürfen in besonderer Weise einer Pflege und Förderung, besonders wenn zerebrale Defizite, Verhaltensstörungen, Essstörungen und neurologische Ausfälle auftreten.

Von einer Fremdunterbringung im Heim raten mehrere Autoren ab. Nitzschke (1998, S.116) sagt zwar, dass dort für das körperliche Wohl des Kindes ausreichend gesorgt wird, dass aber durch das Fehlen einer engen mütterlichen Bezugsperson oft Schäden in der Allgemeinentwicklung des Kindes auftreten. Es wird von daher angestrebt, dass die Kinder in stabilen Familienverhältnissen aufwachsen. Löser (1987, S.614) beobachtete aus kinderärztlicher Sicht, dass weniger schwer betroffene Kinder in besonders engagierten Pflege- und Adoptivfamilien unerwartete Fortschritte in allen beurteilten Entwicklungskriterien zeigten. Eine Vermittlung in Pflege- oder Adoptivfamilien gestaltet sich jedoch in der Regel schwierig, da die Kinder meist mit den gleichen moralischen Vorbehalten betrachtet werden, die in unserer Gesellschaft auch Alkoholikern entgegengebracht werden. Die Aufnahme in die eigene Familie muss gründlich überlegt und vorbereitet sein (vgl. Nitzschke 1998, S.116, Steiner 1990, S.210). Wie aus einem Interview von Rosenberg und Steiner (1991, S.80) mit einem Sozialarbeiter des Jugendamtes hervorgeht, ist die Vermittlung in eine **geeignete Pflegefamilie** oft nicht einfach. Dies liegt nach seinen praktischen Erfahrungen zum einen in der begrenzten Möglichkeit, die Motivation der Familie zur Aufnahme des Kindes herauszufinden und ist zum anderen leider auch eine finanzielle Entscheidung. Für alkoholgeschädigte Kinder ist in der Regel eine Sonderpflegestelle, d.h. eine heilpädagogische Pflegestelle angebracht, in der die Pflegeeltern durch ihre Ausbildung oder Erfahrung in der Lage sind, die

behinderten Kinder optimal zu erziehen und zu fördern. Diese Pflegestellen sind oft knapp und kostenintensiv, weshalb in Situationen, in denen die Kinder schnell untergebracht werden müssen, manchmal Entscheidungen getroffen werden, die sich im nachhinein als ungünstig erweisen (vgl. ebd.). Eine weitere Schwierigkeit bei der Vermittlung von alkoholgeschädigten Kindern ist, dass deren Entwicklung weitgehend unvorhersehbar ist. Deshalb sollten die Pflegeeltern über viel Offenheit, Flexibilität und Toleranz verfügen, um sich und das Kind vor möglichen Enttäuschungen zu bewahren (vgl. Steiner 1990, S.215). Auf der Internetseite von FASworld (www.fasworld.de am 25.06.2003) findet sich ein Fragenkatalog, der sich an zukünftige Pflege- oder Adoptivfamilien von FAS Kindern richtet. Die zukünftigen Eltern sollten sich z.B. kritisch hinterfragen, ob sie bereit sind...

- *„...sich bezüglich FAS fortzubilden und immer wieder andere darüber aufzuklären?*
- *...das Kind immer wieder zu verteidigen?*
- *...dem Kind fünf mal das Gleiche zu sagen, bevor es sich überhaupt auf den Weg macht es zu erledigen, unterwegs vergisst es dann, was gesagt worden ist, muss noch drei mal daran erinnert werden und schafft am Ende doch nur die Hälfte, und dabei ganz gelassen bleiben?*
- *... in einem Haus zu leben, wo Tapeten abgerissen worden sind, Schränke kaputt gemacht werden, Gardinen runtergerissen werden und es kaum einen Flecken Tapete gibt, das nicht angemalt worden ist, wo alles was wertvoll ist weggeschlossen werden muss?*
- *... anzusehen wie dein Kind alles gibt, um genauso gut in der Schule zu sein wie die Klassenkameraden, es doch nicht schafft und zuzusehen, wie es überholt wird?*
- *...Freunde zu verlieren, weil diese nicht mit dem Kind umgehen können?*
- *... abends fix und fertig ins Bett zu kriechen, keine Kraft mehr und am nächsten Tag aufzustehen und wieder von vorne anzufangen?“*

Nur wenn sie sich diesen und weiteren Anforderungen gewachsen fühlen, ist es empfehlenswert, sich einem alkoholgeschädigten Kind anzunehmen. Im Abschnitt 4.4 wird näher auf die entstehenden Anforderungen eingegangen.

4.2.1 Fehlende Aufklärung der Pflegefamilien

Wie ich aus dem Austausch der Pflegeeltern im FAS Forum und Schilderungen von Rosenberg und Steiner (1991, S.45) entnehmen kann, wird in Vermittlungsstellen häufig nur unzureichend, falsch oder gar nicht über FAS und FAE informiert. Von 28 Befragten wussten 20 der Familien nicht, dass das aufgenommene Kind FAS hat. Da dies keine qualitative Aussage ist, lässt sich nur vermuten, dass es in diesem Bereich weitreichende Defizite gibt. Laut Äußerung des interviewten Sozialarbeiters (S.77) ist die personelle Ausstattung der Vermittlungsstellen im Jugendamt häufig mangelhaft, so dass zum Teil für einhundert Pflegefamilien nur ein Sozialarbeiter zuständig ist, was zur Folge hat, dass für jede einzelne wenig Zeit bleibt.

Es liegt nicht in meinem Ermessen eine Aussage darüber zu treffen, ob die fehlende Aufklärung hauptsächlich aus Zeitmangel oder Unwissenheit über die Behinderung geschieht. Die Basis, um dies zu vermeiden, ist jedoch meiner Meinung nach, dass die zuständigen Sozialarbeiter über die Risiken und Folgen des mütterlichen Alkoholkonsums aufgeklärt sind und wissen, welche Anforderungen für eine Familie mit einem alkoholgeschädigten Kind entstehen können. Sollte bisher keine Diagnose gestellt worden sein, aber die Mutter bekanntermaßen getrunken haben, sind diagnostische Maßnahmen einzuleiten, um für das Kind schnellstmöglich angepasste Fördermaßnahmen zu gewährleisten und der zukünftigen Pflegefamilie entsprechende Informationen geben zu können.

Folgendes Fallbeispiel von Rosenberg und Steiner (1991, S.25ff) soll die Problematik dieses Missstandes deutlich machen.

Fallbeispiel

Die Geschwister Yvonne und Lukas wurden mit den Zeichen einer Alkoholembryopathie in eine sozial schwache Familie hineingeboren. Deren Eltern, ohne Schulabschluss und Berufsausbildung, geprägt von ihrer Kindheit in einer Randsiedlung, welche von Armut, Gewalt und Alkohol gekennzeichnet war, waren bereits sehr früh mit eigenen Alkoholproblemen belastet. Beide waren arbeitslos und lebten in einer kleinen Wohnung, eingerichtet mit Gebrauchtmöbeln aus dem Fundus des Sozialamtes. Obwohl bei der Geburt ihres Sohnes Lukas eine

AE diagnostiziert wurde und die schwerwiegende Situation der Eltern bekannt war, wurde ihnen das Kind mit nach Hause gegeben. Die Mutter war unfähig den Jungen angemessen zu versorgen, vielmehr verbrachten die Eltern ihre Zeit in Kneipen und mit dem Ausschlafen ihres Rausches. Auch die regelmäßigen Besuche einer Sozialarbeiterin bewirkten keine Besserung. Hinzu kam eine erneute Schwangerschaft und auch Yvonne wurde mit den Auffälligkeiten einer AE geboren und nach Hause entlassen. Als Lukas zwei Jahre und Yvonne sechs Monate alt waren, stellte die betreuende Sozialarbeiterin wegen unzumutbarer Verhältnisse einen Antrag auf Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechtes gemäss §1666 BGB. Die Herausnahme wurde abgelehnt, aber auch eine intensivere Betreuung brachte keine Verbesserung. Die Kinder waren weitgehend sich selbst überlassen, ungenügend gekleidet, eingekotet und hungrig. Erst zwei Jahre später wurde ein weiterer Antrag auf Entzug des Sorgerechts gestellt, jedoch erneut abgelehnt. Zu einer Änderung der Situation kam es erst, als die Eltern freiwillig einer Unterbringung in einer Pflegefamilie zustimmten. Für den viereinhalbjährigen Lukas und die fast dreijährige Yvonne sollte sehr schnell eine Lösung gefunden werden. Ohne die Möglichkeit einer vorherigen Kontaktaufnahme wurden die Kinder in eine Familie mit drei eigenen kleinen Kindern vermittelt. Die Verhaltensauffälligkeiten der Pflegekinder sorgten von Anfang an für große Probleme. Die Pflegemutter fühlte sich sehr schnell mit der Situation überfordert, da sie keine Erfahrung mit schwer gestörten Kindern hatte und nicht über die Auffälligkeiten der Kinder aufgeklärt wurde. Die Situation in der Pflegefamilie begann zu eskalieren und es entwickelte sich eine völlige Ablehnung gegen die Pflegekinder. Auf Drängen der Familie hin wurden die Kinder wieder herausgenommen und in ein heilpädagogisches Kleinstheim überwiesen. Es wurden hier keine therapeutischen Maßnahmen eingeleitet, vielmehr versuchte man sie mit aktionsreichen Tagen ruhig zu halten. Zwei Familien erfuhren von dem bedauernswerten Schicksal der beiden Geschwister und zeigten Interesse an einer Aufnahme. So wurden die Kinder auf Antrag recht schnell getrennt in die Familien entlassen. Bedingt durch das Verhalten der Kinder (einkoten, ignorieren von Verboten, Zerstören von verschiedenen Dingen) gab es erneute Probleme in den Pflegefamilien. Die Pflegemutter von Lukas stellte sich häufig die Frage, warum sich trotz intensiver Bemühungen an seinem Verhalten nichts änderte. Zwar konnten Fortschritte in Bezug auf seinen Wortschatz, seine

Aussprache und sein Verhalten in der Öffentlichkeit erzielt werden, dennoch wurde die Situation für die Familie untragbar und Lukas wurde erneut in ein Kleinstheim eingewiesen. Die Entwicklung von Yvonne in der Pflegefamilie verlief ähnlich kompliziert. Die Eltern konnten jedoch durch eine psychoanalytische Therapie mehr Verständnis für sie entwickeln und ihre Ansprüche an Yvonne reduzieren. Yvonne wurde von der Familie adoptiert (vgl. Rosenberg/Steiner 1991, S.25ff).

Fazit

Nachdem die Situation in der Herkunftsfamilie, die von Vernachlässigung und Verwahrlosung geprägt war, viel zu lange geduldet wurde, ergaben sich weitere Defizite bei der Vermittlung in eine geeignete Pflegefamilie. Die übereilte Unterbringung in einer nicht ausreichend qualifizierten Familie sowie die unzureichende Aufklärung und Vorbereitung der Pflegeeltern waren von Anfang an ungünstige Voraussetzungen für das Pflegeverhältnis. Zudem erfuhr die Pflegefamilie zum Teil unprofessionelle und zu geringe Unterstützung. Auf die besonderen Bedürfnisse der behinderten und zudem durch ihre Biographie stark gestörten Kinder wurde keine Rücksicht genommen.

Hier stellt sich für mich die Frage, ob dieses Schicksal hätte vermieden werden können, wenn man die unzumutbaren Verhältnisse in der Herkunftsfamilie nicht so lange geduldet, die Pflegeeltern ausreichend über die Behinderung und die Vergangenheit der Kinder aufgeklärt sowie einen ständigen Ansprechpartner angeboten hätte? Zumindest hätten dadurch meiner Meinung nach die Voraussetzungen bestanden, die neue Situation besser für sich abschätzen zu können und zu entscheiden, ob sie der Anforderung gewachsen sind. Dies hätte sicher sowohl den Kindern als auch den Eltern einige Enttäuschungen erspart. Nach Aussage eines Online Informationsdienstes für Pflege- und Adoptiveltern kommt es sogar noch vor, dass Informationen zur Behinderung des Kindes aus Gründen des Datenschutzes an die Pflegeeltern nicht weitergegeben werden (vgl. <http://www.moses-online.org/Infodienst/Pflegekinder/Behinderung/situation.htm> am 26.05.2003). Diesem stehe ich kritisch gegenüber, da ich es für unabdingbar halte, dass zukünftige Pflegeeltern intensiver beraten, aufgeklärt und betreut werden. **Zu den erwarteten und meiner Meinung nach notwendigen Aufklärungsinhalten bei der Inpflegenahme eines alkoholgeschädigten Kindes**

gehören: Informationen über den bisherigen Lebensweg der Kinder (z.B. traumatische Ereignisse) sowie Informationen über das Fetale Alkoholsyndrom und seine Auswirkungen, um das kindliche Verhalten und die Entwicklungsperspektiven besser verstehen zu können. Es gibt fachliche Empfehlungen, wie Jugendämter bei der Gewinnung, Vermittlung und Belegung von Pflegestellen vorgehen sollten. Nach Aussage der Mitarbeiterinnen des Jugendamtes in Erfurt wird darauf Wert gelegt, dass Jugendämter die Pflegeeltern auf ihre Aufgabe verantwortungsbewusst vorbereiten. Laut Ludwig (<http://www.moses-online.org/Infodienst/Pflegekinder/Praxis/supervision.htm> am 26.05.2003) ist es für die verantwortungsvolle und angemessene Aufgabenwahrnehmung der Pflegefamilie notwendig, dass diese regelmäßig beraten wird und zusätzlich an Fortbildungen und Supervision teilnehmen kann.

Insbesondere Pflegeeltern, die sich einem behinderten oder schwer gestörten Kind annehmen, bedürfen **Unterstützung** wie z.B. ausreichende Informationen über Hilfsmöglichkeiten bzw. Fördermaßnahmen, Empfehlungen zum Umgang mit problematischen Verhaltensweisen und wenn möglich und erwünscht den Austausch mit anderen Eltern bzw. Pflegeeltern in ähnlichen Situationen.

Die Aussage einer Pflegemutter des FAS-Forums stützt meine Ausführungen:

„Sicher wäre es gut gewesen, wir hätten zu der Zeit, als S. zu uns kam, mehr über FAS gewusst, überhaupt allein die Tatsache, dass eine Alkoholschädigung vorliegt, wir hätten nicht so viel an unseren Fähigkeiten gezweifelt, hätten früher Unterstützung ins Haus geholt, hätten ihn gezielter fördern lassen, und hätten höheres Pflegegeld bekommen, hätten Supervision beantragt. Wir hätten S. dennoch aus dem Heim geholt. Wir mochten ihn und seine Art auf Anhieb.“

Da die vermittelnden Sozialarbeiter die oben genannten Anforderungen aus Zeitmangel häufig nicht leisten können, sehe ich hier die Pflicht der Weitervermittlung an entsprechende Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen usw.. In Erfurt gibt es Vereinbarungen mit Erziehungsberatungsstellen, dass Pflegeeltern sehr eng betreut, begleitet und in gewisser Weise supervisorisch aufgefangen werden. Voraussetzung ist hier wiederum, dass die betreuenden Sozialarbeiter über die Situation der Kinder und die Auswirkungen der Behinderung entsprechend informiert sind.

4.2.2 Rechte und Pflichten der Pflegeeltern

Der natürliche Schutzraum eines Kindes ist die Familie, die dafür Sorge tragen soll, dass seine Persönlichkeitsentwicklung möglichst harmonisch und glücklich verläuft. Wenn die Herkunftsfamilie, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage ist, die gesunde Entwicklung des Kindes zu gewährleisten und zu sichern, übernimmt die Pflegefamilie sämtliche Aufgaben, Pflichten und Verantwortlichkeiten, die mit der Erziehung und Förderung des Kindes verbunden sind. Jedoch erhalten sie bei weitem nicht die gleichen Rechte wie die leiblichen Eltern (vgl. Rosenberg/Steiner 1991, S.205). Das **Pflegekind bleibt juristisch das Kind seiner Herkunftsfamilie** und die leiblichen Eltern sind in der Regel weiterhin seine gesetzlichen Vertreter. Wenn diese elterliche Verantwortung nicht zum Wohl des Kindes ausgeübt wird und dem Kind schadet, kann das Familiengericht Teile des Elternrechtes bzw. das gesamte Elternrecht auf einen anderen übertragen. In der Praxis des Pflegekinderwesens haben Pflegekinder häufig einen Vormund¹ oder Pfleger². Die leiblichen Eltern bleiben ihrem Kind jedoch unterhaltsverpflichtet und das Kind den Eltern gegenüber erbberechtigt und ebenfalls unterhaltspflichtig. Die Pflegeeltern werden dem Kind gegenüber nicht verwandt bzw. verschwägert und treten in keine juristische Unterhaltsverpflichtung.

Der Auftrag und die Position der Pflegeeltern ist bestimmt durch die Vorschriften des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG), des BGB und den Vereinbarungen zwischen Jugendamt, gesetzlichem Vertreter und den Pflegeeltern (vgl. <http://www.moses-online.org/Infodienst/Pflegekinder/Recht/stellungkind.htm> am 25.05.2003).

Bei einer längerfristigen Unterbringung in der Pflegefamilie, welche in einigen Fällen sogar bis zur Verselbstständigung des Pflegekindes andauern kann, spricht man von einer **Dauerpflege**, deren Bedingungen im § 37 KJHG (siehe Anlage) geregelt sind. Das Pflegepersonal hat während der Dauer der Pflege Anspruch auf Beratung und Unterstützung und muss das Jugendamt über wichtige Ereignisse in Bezug auf das Wohl des Kindes unterrichten.

¹ ein Amt, ein Verein oder eine einzelne Person, welche die gesamte elterliche Sorge vom Gericht übertragen bekommen hat

² ein Amt, ein Verein oder eine einzelne Person, welche Teile der elterlichen Sorge übernommen hat

Viele Pflegefamilien empfinden die über das KJHG gegebenen rechtlichen Regelungen als ungenügend. Sie fühlen sich gesetzlich „rechtlos“, da ihnen wesentliche Teile der Personensorge nicht zustehen (vgl. <http://www.moses-online.org/Infodienst/Pflegekinder/Behinderung/situation.htm> am 26.05.2003).

Was dürfen Pflegeeltern für ihr Pflegekind entscheiden?

Nach §1688 BGB (siehe Anlage) sind die Personen, welche die Erziehung und Betreuung eines Kindes übernehmen, berechtigt, in **Angelegenheiten des täglichen Lebens** zu entscheiden, den Arbeitsverdienst des Kindes zu verwalten sowie Unterhalts-, Versicherungs-, Versorgungs- und sonstige Sozialleistungen für das Kind geltend zu machen und es in diesen Angelegenheiten zu vertreten. Bei Gefahr in Verzug sind die Pflegeeltern berechtigt alle Rechtshandlungen vorzunehmen, die zum Wohl des Kindes oder Jugendlichen erforderlich sind. Außergewöhnliche und besonders prägende Entscheidungen müssen jedoch weiterhin durch die Personensorgeberechtigten entschieden werden. Darunter fallen beispielsweise die Entscheidung über die Schulform oder über die medizinische Versorgung (nicht jedoch bei Arztbesuchen wegen normalen Erkrankungen).

Diesbezüglich müssen die Personensorgeberechtigten z.B. in Hilfeplangesprächen mit den Pflegeeltern in Austausch über die Möglichkeiten, Fähigkeiten und den Zustand des Pflegekindes treten.

Weitere daraus folgende Grundentscheidungen wie z.B. Klassenfahrten, Zeugnisunterschriften oder die Wahl der Fächer unterliegen der Entscheidungsbefugnis der Pflegeeltern. Eine juristische Vertretung wie das Abschließen von Verträgen kann nur bei Bevollmächtigung durch die leiblichen Eltern geschehen (vgl. <http://www.moses-online.org/Infodienst/Pflegekinder/Recht/befugnisse.htm> am 26.05.2003).

4.3 Bedeutung der Diagnosestellung für die Eltern

Eine frühe Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms und Fetaler Alkoholeffekte ist die Voraussetzung, um dem Kind und der Familie von Anfang an die geeigneten Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten zukommen zu lassen. Sie kann der Familie helfen, das Kind mit seiner Behinderung zu verstehen und somit realistische Erwartungen an ihr Kind aufzubauen und Erfolge des Kindes einstufen zu lernen (vgl. Streissguth 1997, S.7). Solange die Eltern nicht von der Behinderung wissen oder unzureichend aufgeklärt sind, benutzen sie oft für ein FAS-Kind unangemessene Erziehungsmethoden, was zu Verwirrung und Verzweiflung führen kann (S.191). Eine Mutter berichtet nach der Diagnosestellung: *„Ich gehe mit einen ganz anderen Gewicht durch die Welt. Ich kann mir nun das Verhalten meines Kindes erklären und brauche mich nicht wegen seines Verhaltens zu schämen oder mich selbst zu beschuldigen.“* (vgl. Finger 2000, S.30).

Für die Eltern bzw. Pflegeeltern ergibt sich die Möglichkeit, Kontakt mit andern betroffenen Familien aufzunehmen und mit ihnen in Austausch zu treten, was für viele eine große Entlastung und Erleichterung darstellt. Zudem kann die Diagnosestellung dazu beitragen, Selbstvorwürfe wie z.B. *„Ich bin nicht in der Lage mein Kind zu erziehen?“* abzubauen (vgl. Sarimski 2001, S.22).

Wie bereits im Abschnitt 3.4 erwähnt, kann durch die Diagnose beim Kind das Alkoholproblem der Mutter erst deutlich werden. Dadurch besteht die Möglichkeit, wenn nötig durch eine Therapie oder durch die Reflexion des unangebrachten Trinkverhaltens während der Schwangerschaft, das mögliche Wiederholungsrisiko gering zu halten.

Eine sichere Diagnose in der Vorschulzeit ist entscheidend um eine angebrachte Schullaufbahn festzulegen und später eine adäquate Ausbildung und ein selbstständiges Leben anzustreben (vgl. Streissguth 1987, S.162).

Voraussetzung für ein optimales Gelingen ist demzufolge, dass alle fördernden Instanzen wie z.B. die Lehrer, Sozialarbeiter, Therapeuten und Ärzte über die Behinderung und deren Auswirkungen ausreichend informiert sind.

Das Diagnosegespräch

Aus einem Interview mit Dr. phil. Hinze über die fachgerechte Durchführung eines Diagnosegesprächs mit Eltern eines behinderten Kindes, konnte ich folgende Erkenntnisse auf die Problematik des Fetalen Alkoholsyndroms beziehen:

Die Durchführung des Diagnosegesprächs bedarf einer genauen, eingehenden, kritischen und verantwortungsbewussten Vorbereitung, um für alle Beteiligten gewinnbringend sein zu können. Die Aufklärung der Eltern bzw. Pflegeeltern steht im Vordergrund. Die Fachkraft, meist der behandelnde Arzt, soll die Eltern über die Beeinträchtigungen, Störungen und Entwicklungsprobleme ihres Kindes sachgemäß, begründet und umfassend informieren und diese Informationen so verständlich wie möglich vermitteln. Zudem sollen die Eltern prognostische Hinweise auf seine voraussehbare Weiterentwicklung sowie Empfehlungen für seine weitere Förderung und Therapie erhalten. Es ist ebenso wichtig, dass die Fachkraft auch die Meinung der Eltern über die Diagnose und ihre eigenen Beobachtungen und Beurteilungen über die Probleme ihres Kindes erfragt. Sie sollte auf die Aussagen der Eltern eingehen und diese in ihre fachlichen Erklärungen einbeziehen, auf Gemeinsamkeiten hinweisen, Unterschiede verdeutlichen und den Standpunkt der Eltern respektvoll zur Kenntnis nehmen. Dadurch wird ihr Anliegen, den Eltern die Diagnose nicht nur mitzuteilen, sondern auch einsichtig zu machen, wahrscheinlicher. Die Klarheit und Gewissheit, die sie bekommen, kann entlastend auf sie wirken (vgl. <http://www.muetter.besonderekinder.de> am 30.06.2002).

Voraussetzung für ein erfolgreiches Gespräch ist, dass der konsultierte Arzt über ausreichende Kenntnisse zum Behinderungsbild von FAS verfügt.

4.4 Anforderungen an die Familie

Die Behinderung eines Kindes stellt für die Eltern einen erhöhten Zeit-, Kraft- und Pflegeaufwand dar, der einen reibungslosen Alltag erschwert (Steiner 1990, S.211). Da alkoholgeschädigte Kinder sowohl körperlich, geistig-intellektuell als auch in ihrer Verhaltensentwicklung beeinträchtigt sind, werden die Eltern in vielerlei Hinsicht gefordert. Die verlangsamte oder völlig ausbleibende Entwicklung der

Selbstständigkeit führt zu einer großen psychischen Belastung. Im Abschnitt 3.2.2 habe ich die häufigsten Hirnfunktions- und Verhaltensstörungen skizziert und im Abschnitt 3.3 die Sekundären Behinderungen durch FAS zusammengefasst. Daraus lassen sich bereits Anforderungen an die Eltern schlussfolgern. Im Folgenden werden diese und weitere **Verhaltensweisen** aufgezeigt, mit denen die Eltern umgehen müssen. Ich beziehe mich hierbei auf die Ausführungen von Ann Gibson (CD Rom), die eigene Erfahrungen und die von anderen Eltern zusammengefasst hat. Je nach Alter der Kinder treten unterschiedliche Verhaltensauffälligkeiten auf.

Altersgruppe	Auffälligkeiten
Kinder von 1-5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> - oft gesundheitlich auffällig und fordern in Folge von Schlaf- und Essstörungen von den Eltern 24 stündigen Einsatz - fallen durch unangepasstes Verhalten in der Öffentlichkeit auf - können Gefahren nicht abschätzen - distanzloses Verhalten auch Fremden gegenüber
Kinder von 6-11 Jahren	<ul style="list-style-type: none"> - impulsiv, unberechenbar , Stimmungsschwankungen - kein Gefühl für Gerechtigkeit und wenig Einfühlungsvermögen für andere - unbegründete Wutausbrüche
Jugendliche 12-17 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> - vermehrt deviantes Verhalten wie stehlen, lügen, weglaufen - verstärktes Ausleben von „Ur-Impulsen“ wie sexuelle Aktivitäten, Feuer legen - benötigen fast immer Beaufsichtigung - fehlende Fähigkeit Entscheidungen zu treffen - Angst vor Veränderungen z.B. Schulwechsel - äußerst anfällig Ideen aus Filmen auszuprobieren - mangelnde Körperhygiene
Erwachsenen ab 18 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> - unfähig Sicherheitshinweisen zu folgen z.B. im Umgang mit Feuer, bei der Essenzubereitung oder bei der Arbeit an Maschinen - Wutausbrüche z.B. wenn sie gebeten werden alltägliche Dinge, wie Miete zahlen oder aufräumen, zu erfüllen - unfähig Medikamente regelmäßig einzunehmen - anfällig für panische Anfälle, Depressionen, Suizidgedanken sowie geistige und emotionale Überbelastung - Schwierigkeiten im Umgang mit Geld
zutreffend für alle Altersgruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Regeln werden nicht eingehalten - gefährden sich selbst und andere da sie Ursachen-Wirkungszusammenhänge nicht verstehen

	<ul style="list-style-type: none"> - Unfähigkeit Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen - wegen Schlafproblemen oft erschöpft und gereizt - leicht beeinflussbar - auf Grund der Hyperaktivität Aufmerksamkeits-schwierigkeiten, ständige Hektik, mangelnde Impulskontrolle
--	--

Das Beispiel einer Pflegemutter aus dem FAS-Forum, welche sehr eindrucksvoll ihre Erfahrungen mit ihrem 15-jährigen alkoholgeschädigten Kind schildert, verdeutlicht nochmals, welchen Anforderungen und Belastungen die Eltern gegenüber stehen. Ich werde hier nur einen Auszug ihrer Auflistung wiedergeben und die vollständige Version im Anhang hinzufügen.

„Mit einem traumatisierten 15jährigen FAS-Kind zu leben, kann bedeuten, dass:

- *man beim Bäcker steht und nicht bezahlen kann, weil das Portemonnaie schon wieder ausgeräumt ist*
- *man mit Strafen nichts erreicht*
- *man gelegentlich die Polizei im Hause hat, weil das Kind nicht versteht, sich gegen Kriminelle abzusichern und kriminelle Handlungen selber einleitet*
- *bei den vielen glaubhaft klingenden Geschichten nicht mehr zu wissen, was erfunden und was echt ist und man davon ausgehen muss, dass erst die zwölfte Version der Wahrheit entsprechen könnte*
- *das Kind seelenruhig Samstag Abend den Kühlschrank plündert, ohne sich Gedanken zu machen, wie man selbst und die anderen den Sonntag überleben*
- *das Kind sich nicht selber duschen kann, sondern das sehr heiße Wasser nur über sich laufen lässt*
- *Verbote grundsätzlich nicht akzeptiert werden*
- *das Kind keine Schuldgefühle kennt, keine Skrupel, keine Rücksichtnahme*
- *das Kind Zeiten und Absprachen nicht einhalten kann“.*

Von den Eltern ist daher viel Geduld, Verständnis, Flexibilität und Kraft gefordert. Auch Streissguth (1997, S.191) sagt, dass die Elternschaft für ein alkoholgeschädigtes Kind eine schwere Aufgabe ist, da diese Kinder

unverständliche Verhaltensweisen aufzeigen und sich trotz größter Bemühungen gegen die familiären Werte bewegen.

Neben all den Anforderungen, die durch das Verhalten der Kinder entstehen, ergeben sich nach Sarimski (2000, S.140) durch die Auseinandersetzung mit der Behinderung weitere Belastungsfaktoren für die Eltern. Er unterteilt diese in:

- **Anforderungen auf der sozial-emotionalen Ebene:** akzeptieren der Behinderung und der Entwicklungsprobleme, akzeptieren der persönlichen Einschränkungen, Verarbeitung von Zukunftsangst und Trauer, Auseinandersetzung mit sozialen Folgen der Behinderung z.B. Aufklärung der Familie und Nachbarschaft, Ausgrenzung, Stigmatisierung
- **Anforderungen auf kognitiver Ebene:** Erwerb von behindertenrelevantem Wissen über Ursachen, Fördermöglichkeiten und Hilfen, Entscheidung über medizinische und therapeutische Maßnahmen, Entwicklung einer realistischen Zukunftsperspektive für das Kind
- **Anforderungen auf der Handlungsebene:** Bewältigung der medizinischen Untersuchungen und therapeutischen Termine, Gestaltung einer auf die Bedürfnisse des Kindes abgestimmten Umgebung

Mein Anliegen war zu verdeutlichen, welche Herausforderung das Leben mit einem FAS-Kind für die Eltern bedeutet. Ich möchte an dieser Stelle jedoch auch hervorheben, dass das Leben mit diesen Kindern auch eine **besondere Bereicherung** ist und die Eltern ihre Kinder genauso lieben wie gesunde Kinder.

Durch die besonderen Anforderungen und die veränderte Lebenssituation können z.B. ungeahnte Kräfte mobilisiert, die Lebenseinstellung positiv beeinflusst, die Familienzusammengehörigkeit gestärkt, die eigene Persönlichkeit gefestigt und soziale Kontakte erweitert werden. Finger (2000, S. 32) fasst dies in folgende Worte: „Manche Kinder wecken in ihren Eltern Stärke und Durchsetzungsvermögen, andere wieder Weichheit oder ganz tiefe Gefühle, die sie bisher nicht kannten. Viele Eltern sprechen von einer Bereicherung. Sie leben durch ihr Kind viel bewusster, können sich viel intensiver freuen und haben gelernt, wie wichtig Kleinigkeiten sind, die sie früher kaum beachtet haben.“

4.5 Therapie und Unterstützungsmaßnahmen

Um den Bedürfnissen des Kindes und der Eltern gerecht zu werden, bedarf es einer Vielzahl von Unterstützungsmöglichkeiten.

Folgende Institutionen, Therapiemöglichkeiten und Bewältigungshilfen können der Familie und speziell dem geschädigten Kind im Umgang mit der Behinderung helfen. Die möglichen Unterstützungen habe ich in Hilfen für das Kind und Bewältigungshilfen für die Familie eingeteilt. Sie lassen sich jedoch nicht völlig getrennt voneinander betrachten, da eine Hilfe für das Kind gleichzeitig auch Entlastung für die Eltern bedeutet und umgekehrt. Umfassende Hilfen für alle können auch durch Institutionen wie z.B. Frühförderstellen übernommen werden. Einige der aufgeführten Möglichkeiten zur Unterstützung treffen nur für schwer betroffene Kindern zu und andere finden auch bei leichteren Schäden Anwendung.

4.5.1 Hilfen für das Kind

Die Tatsache, dass die Kinder in ihrer Gesamtheit sowohl körperlich, geistig-intellektuell sowie in ihrer Verhaltensentwicklung und sozialen Reifung beeinträchtigt sind, macht deutlich, dass ein ganzheitliches Therapiekonzept für alkoholgeschädigte Kinder notwendig ist. Dadurch können diese aufgefangen und ihren Möglichkeiten entsprechend gefördert werden. Zwar können Therapien keine Heilung der Alkoholembryopathie bewirken, jedoch kann man mit unterstützenden Maßnahmen dem Kind dabei helfen, seine Defizite auszugleichen und den Alltag besser zu bewältigen (vgl. Steiner 1990, S.195ff).

4.5.1.1 Hilfen durch das Umfeld

Umfeld Familie

Streissguth (1997) betont, dass die Familie einen sehr großen Einfluss auf die personelle Entwicklung und die Ausbildung des Selbstbewusstseins des FAS-Kindes hat. Ab einem gewissen Alter, z.B. mit dem Schuleintritt, wird den Kindern meist deutlich, dass sie „anders“ sind als die anderen Kinder. Sie beginnen zu

verstehen, dass sie Dinge anders und langsamer begreifen und bekommen dies zum Teil auch durch negative Äußerungen von Mitschülern zu spüren. Sie werden gehänselt, weil sie klein sind, weil sie langsam lernen oder weil sie sportlich nicht so geschickt sind. Darunter leidet das Selbstvertrauen und es besteht die Gefahr, dass sich das Kind zurückzieht. An diesem Punkt ist es sehr wichtig, dass das Kind von den Eltern und anderen Mitmenschen Zuspruch, Stärkung und auch eine Erklärung für sein „anders sein“ erhält. Es sollte dem Kind auf eine liebevolle kindgerechte Art und Weise erklärt werden, dass es selber nichts für seine Schwächen kann, dass es aber genauso liebenswert und einzigartig ist wie jedes andere Kind auch. Das Buch „Mein Name ist Amanda und ich habe FAE“, welches man über FASworld (<http://www.fasworld.de/>) bestellen kann, ist speziell für Kinder mit FAS und FAE geschrieben und kann als Erklärungsunterstützung dienen.

Familienregeln, Rituale und Feste sind besonders wichtig für die Kinder, denn durch eine zusammenhaltende Familie erfahren die Kinder Schutz und haben feste soziale Beziehungen. Dies kann ihnen helfen, die erfahrene Ablehnung auszugleichen und so Depressionen oder der Abhängigkeit von unerwünschten Peer groups¹ entgegenzuwirken. Die Vermittlung von Werten wie Freundlichkeit, Respekt, Sorge für andere und das Lernen, Entscheidungen zu treffen, sich angemessene Ziele zu stecken und sich selbst so zu akzeptieren wie man ist, können das Kind auf ein unabhängiges Leben vorbereiten (sofern dies entsprechend des Schweregrades der Behinderung möglich ist) (vgl. Streissguth 1997, S.191).

Umfeld Kindergarten

Ein wichtiges Ziel im Kindergartenalter ist das Erlangen einer möglichst stabilen Ich-Identität. Alkoholgeschädigte Kinder haben es auf Grund ihrer körperlichen Unterlegenheit und ihrem Unvermögen, sich und ihre Umwelt realistisch wahrzunehmen, nicht leicht, sich gegen andere Kinder zu behaupten und durchzusetzen. Im Verlauf des Spielens wird meist deutlich, dass die Kinder orientierungslos und hektisch von einer Handlung zur anderen überwechseln. Daher sind sie oftmals darauf angewiesen, klare, fest umrissene und durchdachte

¹ Peer group = Gruppe von Gleichaltrigen, Gleichgesinnten

Spiel- und Beschäftigungsvorschläge zu erhalten. Neben dem für sie ganz besonders wichtigen Freiraum des motorischen Ausagierens brauchen diese Kinder auch immer wieder ganz gezielte Hilfestellungen, um sich zurechtzufinden und Erfolge im Spiel zu erleben (vgl. Steiner 1990, S.198).

Umfeld Schule

Die meisten Symptome wie Hyperaktivität, Verhaltens-, Koordinations- und Orientierungsstörungen führen in der Schule zu massiven Problemen. Die Kinder stoßen durch ihre Unruhe, geistige Unreife sowie verminderte Aufnahme- und Konzentrationsfähigkeit immer wieder an ihre Grenzen. Wie sich in der Studie von Streissguth über die Sekundären Behinderungen (siehe Kapitel 2.3) zeigt, haben mehr als 60% der FAS-Kinder eine gestörte Schullaufbahn durch Suspendierung und Abbruch. Die Schule übt einen großen Einfluss auf die Kinder aus. Wenn sie sich den Herausforderungen, die durch ihre Schüler entstehen stellt, dann kann sie nach Meinung von Streissguth (1997, S.208) die Lage vieler Schüler verbessern. Die erste Herausforderung, die FAS-Kinder an die Schule stellen, sind ihre unvorhersehbaren und zum Teil unerklärlichen Verhaltensweisen. Ihr unangemessenes Verhalten lenkt größtenteils von ihren primären Beeinträchtigungen wie die Informationsverarbeitungsstörungen, verminderte Aufmerksamkeit, Erinnerungsschwierigkeiten oder anderen kognitiven Beeinträchtigungen ab. Schüler mit dem Fetalen Alkoholsyndrom benötigen mehr Zeit, Dinge zu erlernen, welche andere Kinder aus Erfahrungen fast automatisch verinnerlichen. Sie benötigen mehr Wiederholungen und mehr Ermutigung sowie weniger Ablenkungen. Des weiteren ist es wichtig, dass die Schule gut mit den Eltern kooperiert (vgl. Streissguth 1997, S.209). Ein Unterricht, der nur kognitive Leistungen abverlangt, ist für alkoholgeschädigte Kinder zu erschöpfend, vielmehr sollten sie viele Möglichkeiten zum Handeln, Ausprobieren und zur Selbsterfahrung haben. Für die Lehrer ergibt sich die pädagogische Herausforderung darin, dass sie auf der einen Seite den betroffenen Kindern im Rahmen der Klasse die Gelegenheit geben, ihre Stärken zu zeigen und auf der anderen Seite Regeln geschickt einflechten. Das oberste Ziel ist es, die Lernmotivation zu fördern. Um dies zu ermöglichen sollte beispielsweise gewährleistet sein, dass das Kind seinen eigenen, permanenten Sitzplatz hat, um

nicht durch ständige Veränderungen abgelenkt zu sein. Wichtig ist, dass auch der Lehrer die Diagnose des Fetalen Alkoholsyndroms versteht, anderenfalls kann er sich durch ein solches Kind provoziert oder sogar persönlich angegriffen fühlen (vgl. Nitzschke 1998, S.118). Im Abschnitt 4.5.1.3 wird auf die Möglichkeit eingegangen, alkoholgeschädigte Kinder durch eine Schulbegleitung zu unterstützen.

Hyperaktivität - eine Herausforderung

Die im Kapitel 3.2.2. beschriebene Hyperaktivität als Folge des Alkoholkonsums der Mutter während der Schwangerschaft stellt für die Familie eine besonders große Herausforderung dar. Die Kinder benötigen eine ständige Beaufsichtigung und pädagogische Einwirkung. Die erhöhte Ablenkbarkeit, mangelnde Impulskontrolle und der gesteigerte Bewegungsdrang wirken sich auf die geistige Entwicklung des Kindes aus (vgl. Löser 1995, S.65).

Mittel mit denen man einer Hyperaktivität begegnet sind medikamentöse Behandlungen (mit Ritalin), spezielle Diäten sowie verhaltenstherapeutische oder ergotherapeutische Übungen (vgl. Hüttl, Stork, Thaler 2001, S. 93).

Schweizer, Prekop (1991, S.115ff) und Passolt (2001, S.44) geben auch alltagspraktische Hinweise, wie vor allem die Familie dem hyperaktiven Kind begegnen kann. Hierzu formulieren sie Regeln, die im Alltag Beachtung finden sollten:

Ein **fester Rhythmus** vermittelt dem labilen und hyperaktiven Kind Sicherheit und hilft, seine Aufmerksamkeit auf künftig Eintreffendes zu richten (vgl. Schweitzer, Prekop 1991, S.115). Dieser Rhythmus ist gekennzeichnet durch **zeitliche Strukturen**:

- 1.) Der *Jahresablauf* ist eine der grundlegendsten Ordnungen, welche dem Kind nachvollziehbar gemacht werden muss. Typische Jahreszeiten können erlebbar gemacht werden z.B. Erdbeeren pflücken im Juni, einen Drachen steigen lassen im Oktober, im Januar auf Schnee zum Rodeln warten und im März die Frühblüher betrachten. Auch jahreszeitentypische Feste wie Ostern und Weihnachten können mit dem Kind vorbereitet werden und das Kind kann sich als aktiver Mitgestalter für Feste oder den gemeinsamen Sommerurlaub erleben (vgl. Schweitzer, Prekop 1991, S.117).

- 2.) Ein bestimmter *Wochenablauf*, z.B. Einkaufen am Freitag oder der Besuch der Oma am Dienstag, wirkt sich ebenfalls positiv auf das Kind aus. Das Kind sollte lernen, die Wochentage und das Wochenende zu unterscheiden (S.119).
- 3.) Der *Tagesablauf* ist die allerwichtigste Orientierungshilfe. Der Tag sollte erkennbar gegliedert und durch regelmäßige Mahlzeiten strukturiert sein. Aktivitäten und Ruhezeiten sollten einen festen Platz im Tagesablauf haben, z.B. nach dem Kindergarten im Garten austoben, danach eine Zwischenmahlzeit, spielen mit Freunden, abends gemeinsames Essen usw. (ebd.).

Da das hyperaktive Kind in Folge seiner Unruhe die von außen einwirkenden Reize und Eindrücke nicht ordnen kann, sind **Regeln im Alltag** besonders wichtig.

Regeln in der Familie können beispielsweise sein, dass man den anderen ausreden lässt, beim Essen sitzen bleibt oder beim Betreten des Hauses die Schuhe auszieht. Ein kontinuierliches Beibehalten ist erforderlich und Ausnahmen sollten dem Kind erklärt werden (S.121). Gerade Kinder mit dem Fetalen Alkoholsyndrom benötigen feste Strukturen und durchschaubare Regeln, die ihnen auf Grund der intellektuellen Leistungseinbußen öfter erklärt und begründet werden müssen. Löser (1995, S.144) ergänzt, dass es für die Kinder ebenso wichtig ist, eine gleichbleibend ruhige Atmosphäre ohne Hektik und Nervosität vorzufinden, um selbst ruhiger zu werden.

4.5.1.2 Mögliche Therapieformen

Eine ursachenbezogene Heilung der Alkoholembryopathie ist laut Löser (1995, S.142) nicht möglich. Seiner Meinung nach ergeben sich die größten therapeutischen Probleme aus den Hirnleistungsstörungen und dem breiten Spektrum der alkoholbedingten Hirnschädigungen. Es gibt jedoch eine Reihe von Therapieformen, welche für die Förderung von alkoholgeschädigten Kindern eingesetzt werden können. Die bekanntesten möchte ich an dieser Stelle kurz vorstellen:

Krankengymnastik: Physiotherapeuten sind darin geschult, Haltung und Bewegung funktional zu beobachten und zu bewerten. Entsprechend der sensomotorischen Entwicklung werden physiotherapeutische Maßnahmen eingeleitet. Durch Bewegungs- und Haltungsübungen soll erlernt werden, Bewegungsabläufe zu koordinieren und darüber hinaus die Muskulatur gestärkt werden (vgl. Warnke 1990, S.300).

Ergotherapie (Beschäftigungstherapie): Durch ausgewählte Materialien (Spielzeug, Alltagsgegenstände, handwerkliche Stoffe) versucht der Ergotherapeut, in einer spielerisch gestalteten Lernsituation Impulse zur motorischen, sensorischen, geistigen, sozialen und emotionalen Entwicklung zu geben und Handlungsfertigkeiten einzuüben (S.301).

Logopädie (Sprachtherapie): Logopädische Behandlungen sind bei etwa 20% der alkoholgeschädigten Kinder nötig, da ihnen viele für den Spracherwerb erforderliche organische und funktionelle Voraussetzungen fehlen (vgl. Löser 1995, S.145). Der Logopäde richtet seine Aufmerksamkeit zunächst auf sensomotorische Abläufe wie die Funktion der Atmung, der Mundbewegung, des Kauens, des Schluckens, der Speichelkontrolle und der Zungenmotorik. Zudem fördern sie die Funktion des Hörens, der Lautproduktion und des gesamten Spracherwerbs (vgl. Warnke 1990, S.300). Die bei FAS vorkommende komplexe Störung der Mundmotorik kann durch Übungsbehandlungen wie Vor- und Nachsprechen, Mundmotorik-Spiele, Blasespiele oder Training der Zungenmotorik behoben werden (vgl. Löser 1995, S.145). Ein weiterer Bestandteil der Logopädie ist die **Schlucktherapie (Dysphagietherapie)**, in welcher das Training des Schluckens und das Anbieten von verschiedenen Konsistenzen und Geschmacksreizen eine wesentliche Rolle spielt. Zu den konventionellen Ideen der Schlucktherapie gehören Pinsel, Zitronentupfer und Vibratoren (vgl. http://www.uni-landau.de/~instfson/hospitation_schramm.htm am 31.05.2003).

Motopädie (Bewegungstherapie): Zu den Förderbereichen der Motopädie gehören das Kontakt- und Beziehungsverhalten, die Wahrnehmungsverarbeitung, das Bewegungsverhalten und die Emotionalität. Neben der Bewegungs- und Wahrnehmungsentwicklung gehört es zu den Zielen, die individuellen

Mitteilungsmöglichkeiten und die Selbständigkeit zu verstärken. Dabei sollen die Kinder lernen, mit sich und der Umwelt umzugehen (vgl. <http://www.smb-bw.de/therapie/moto.shtml> am 31.05.2003).

Spieltherapie: Die Spieltherapie soll die Kinder darin unterstützen, ihre Verhaltensauffälligkeiten zu bewältigen und ihnen Raum geben, die erlebten, belastenden Situationen zu verarbeiten und neue Perspektiven zu erlangen. Die Kinder können ihre Erlebnisse im Spielgeschehen symbolisch ausdrücken oder auch direkt zur Sprache bringen.

Musiktherapie: Die Musiktherapie hat das Ziel, die seelische, körperliche und geistige Gesundheit zu fördern. Die inhaltlichen Schwerpunkte auf der musikalischen Ebene reichen vom gemeinsamen Singen, Tanzen und Spielen, bis hin zur freien Improvisation auf einfach zu spielenden Musikinstrumenten. Die im freien Spiel- und Klangraum entstehende Musik enthält wichtige Informationen über Gefühle, Ängste und Wünsche sowie über Vergangenes, Momentanes und Zukünftiges. Sie kann vom Therapeuten auf einer nonverbalen Ebene „verstanden“ und „beantwortet“ werden. Durch diesen musikalischen Dialog soll es zu einer Stärkung und Beruhigung der gesamten Persönlichkeit kommen (vgl. <http://www.musiktherapie.de/index.htm> am 31.05.2003).

Sensorische Integrationstherapie: Die Sensorische Integrationstherapie kann eingesetzt werden, wenn die körperlichen, kognitiven oder emotionalen Entwicklungsverzögerungen im Wesentlichen auf die ungenügende Verarbeitung von Sinnesreizen oder auf geschädigte Sinnesorgane zurückzuführen ist. Dies trifft bei FAS-Kindern in der Regel zu. Die Grundlage der Behandlung bildet die ganzheitliche Betrachtungsweise des Kindes, in der neben den Defiziten vor allem die Stärken und Ressourcen in den Vordergrund gestellt werden. Der Schwerpunkt liegt im Aufarbeiten der basalen Sinneserfahrung. Der Therapeut überprüft, welche Sinne zu schwach und welche zu intensiv reagieren. Danach bereitet er das Kind auf eine Umgebung vor, mit der es sich erfolgreich auseinandersetzen kann. Je nach Bedarf werden dem Kind z.B. Gleichgewichtsreize oder taktile Reize angeboten. Damit soll das Kind alle Erfahrungen machen können, welche es normalerweise schon in ganz früher Kindheit hätte erleben sollen. Eine

Kombination mit anderen Therapien wie beispielsweise bestimmte krankengymnastische Übungsbehandlungen sowie eine psychomotorische Entwicklungsförderung ist anzuraten (vgl. Nitzschke 1998, S.120).

Löser (1995, S.145) weist darauf hin, dass bei allen Bemühungen um Frühförderung und therapeutische Maßnahmen darauf zu achten ist, dass für das Kind keine Überforderung entsteht.

4.5.1.3 Weitere Unterstützungsmöglichkeiten

Frühförderungen als Hilfe für das Kind

Frühförderstellen betreuen behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder von der Geburt an bis zum Wechsel in eine andere, dem Kind angemessene Form der Förderung. Die Frühförderung strebt an, Auffälligkeiten oder Beeinträchtigungen möglichst zeitig zu erkennen und die Behinderung und ihre Folgen zu mildern oder zu beheben. Dadurch sollen dem Kind die bestmöglichen Chancen für die Entfaltung seiner Persönlichkeit, für die Entwicklung zu selbstbestimmtem Leben und zu gleichberechtigter gesellschaftlicher Teilhabe geboten werden. Von einem interdisziplinären Team aus Therapeuten, Psychologen, Sozialpädagogen, Pädiatern und Heilerziehern werden entsprechend der Behinderung Angebote zur Förderung von Wahrnehmung, Bewegung, Interaktion, Kommunikation und Sprache bereitgestellt (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000, S.5f). Zudem sollen in Gruppen von Gleichaltrigen spielerisch lebenspraktische und soziale Fähigkeiten vermittelt und damit den Sekundären Behinderungen vorgebeugt werden.

Eingliederungshilfen: Schulbegleitung

Die Grundlage der Eingliederungshilfen für Behinderte ist der § 39 BSHG (siehe Anlage). In diesem Paragraphen werden Personenkreis und Aufgabe der Sozialhilfe definiert. Für welche Maßnahmen Eingliederungshilfe geleistet wird, ist in § 40 BSHG (siehe Anlage) in 10 Punkten aufgeführt, wobei die Aufzählung nicht abschließend ist. Auch im § 35a des KJHG findet der Anspruch auf

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche Berücksichtigung und verweist auf die Bestimmungen des BSHG. Die zur Anwendung kommenden Maßnahmen sind vom Einzelfall abhängig.

Der Antrag auf diese Leistungen ist beim zuständigen Sozialhilfeträger und dem Jugendamt möglichst frühzeitig zu stellen. Grundsätzlich gilt, dass die Kosten im Rahmen des BSHG oder des KJHG von diesen übernommen werden müssen (vgl. FAS-Forum <http://de.groups.yahoo.com/group/fasae/files/Rechtsgrundlagen/> am 02.06.2003).

Im Rahmen des Schulbesuches sind Maßnahmen nach § 40 (3) zu gewähren, dieser sieht die Hilfe wie folgt vor: **„Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung, vor allem im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und durch Hilfe zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu;....“**.

Im Folgenden werde ich nun diesbezüglich die Rolle eines **Schulbegleiters** für ein Kind mit dem Fetalen Alkoholsyndrom aufzeigen. Ich beziehe mich hierbei auf die 1990 in den USA von Streissguth entwickelten Richtlinien. Als Schulbegleiter kommt eigentlich jeder Mitarbeiter der Schule in Frage, Lehrer genauso wie Sozialarbeiter oder Verwaltungsmitarbeiter. Die Hauptaufgabe ist es, das anscheinend unlogische Verhalten des Schülers mit FAS selbst zu verstehen, den anderen Mitarbeitern verständlich zu machen und vor allem dem Schüler Aufmerksamkeit zu schenken, ihm beim Lernen zu unterstützen und ihm zu helfen, sein Verhalten zu verbessern (vgl. Streissguth 1997, S.208). Bei alkoholgeschädigten Kindern ist die Anwesenheit meist auch während der Unterrichtsstunden notwendig. Der Schulbegleiter sollte für das Kind eine Person des Vertrauens sein, mit dem es jederzeit über seine Sorgen und Empfindungen sprechen kann. Gemeinsam können in regelmäßigen Treffen realistische Ziele gesteckt und eine Struktur des Schulalltages aufgebaut werden. Der Schulbegleiter hat das Kind im Blick und bietet ihm ein konstruktives Feedback seines Verhaltens (vgl. Streissguth 1997, S.209). Auch die Vermittlung in Konfliktsituationen zwischen dem Kind und dem Lehrer oder dem Kind und Mitschülern gehören zu seinen Aufgaben. Der Kontakt zu den Eltern darf bei dieser Hilfe ebenfalls nicht fehlen, damit diese die Entwicklung des Kindes in der Schule nachvollziehen können (S.215). Im Gesamten soll durch das gemeinsame Erarbeiten von

Lösungsmöglichkeiten und Strategien erreicht werden, dass das Kind den Schulalltag positiv bewältigt und auch Lehrer und Mitschüler für das Thema Fetales Alkoholsyndrom sensibilisiert werden.

Als ich die Mitglieder des FAS-Forums zu ihren Erfahrungen mit Schulbegleitern fragte, wurde mir bewusst, dass es diesbezüglich verschiedene Schwierigkeiten gibt. Zum einen stellt sich das Problem, den Schulbegleiter als Eingliederungshilfe bewilligt zu bekommen und zum anderen ist es nicht einfach, die passende Vertrauensperson für das Kind zu finden, um eine angemessene Unterstützung zu gewährleisten. Eine Mutter berichtete folgendes:

„Es wurde extra ein Diplom-Sozialpädagoge bei einem freien Träger dafür eingestellt, um 15 Std. pro Woche im Unterricht bei ihm zu sitzen. Von Anfang an war der Wurm drin, A. fegte durch das Klassenzimmer, räumte mit einer Armbewegung die Fensterbank leer und der gute Mann war pausenlos beschäftigt, alles aufzukehren. Zum Schluss fegten beide nur noch durch Schulhaus, der eine, um abzuhaufen, der andere, um ihn zu fangen. Zwischendurch hatte ich mal einen Praktikanten unseres Vereins auf ihn angesetzt, die beiden verstanden sich prächtig, und ich konnte dem Jugendamt beweisen, dass es nicht immer eine hochspezialisierte Fachkraft sein muss, sondern jemand mit Herz, der sich einfühlen kann.“

Behindertenausweis

Ich werde an dieser Stelle nicht die Bedeutung des Behindertenausweises allgemein klären, sondern mein Anliegen ist es, darauf hinzuweisen, dass es für das Kind von Nutzen sein kann in Besitz eines solchen Ausweises zu sein. Es ist leider so, dass alkoholgeschädigte Kinder häufig nicht als behindert angesehen werden, vielmehr werden sie in der Öffentlichkeit als dumm, unerzogen und milieugeschädigt abgetan. Ein Behindertenausweis bestätigt den Fakt einer Behinderung und ändert somit den Status des Kindes. Eine Mutter aus dem FAS Forum berichtet von ihren positiven Erfahrungen: *„Zum Beispiel hat G. mit dem Konfirmandenunterricht begonnen. Sie kann aber nicht so folgen wie die anderen Kinder. Das Lesen klappt zwar ganz gut, aber die Sinnentnahme ist nicht immer möglich. Das konnte keiner verstehen. Sie ist doch schon bald 14, heißt es da immer. Das müsste doch schon klappen. Ich habe geredet und erklärt. Nichts fruchtete. Jetzt brauche ich nur den*

Ausweis vorzeigen und aller Druck ist weg. Sie kann so sein wie sie ist und muss sich nicht verbiegen. Echt tolle Erfahrung.“

Die Anerkennung der Behinderung und die Begünstigungen, die durch einen Behindertenausweis entstehen, können FAS-Kindern in vielerlei Hinsicht Unterstützung und Erleichterung bringen. Dazu zählen beispielsweise ein angemessener Berufseinstieg verbunden mit einem besonderen Kündigungsschutz, Zusatzurlaub sowie begleitende Hilfe im Arbeitsleben bis hin zum Recht auf kostenlose Beförderung im Nahverkehr. Der Behindertenausweis bringt in der Regel keinerlei Nachteile mit sich, vielmehr soll er helfen, diese auszugleichen.

4.5.2 Bewältigungshilfen für die Familie

Die Familie soll bei ihrer umfangreichen Pflege-, Versorgungs- und Erziehungsfunktion unterstützt werden, daher sind vielfältige Formen sozialer Hilfen bereitzustellen und anzubieten. Angebotene Unterstützungsmöglichkeiten sollen dazu beitragen, die Familie zu entlasten. Darüber hinaus soll eine Stärkung der elterlichen Ressourcen zur Gestaltung einer entwicklungsfördernden Beziehung zu ihrem Kind bewirkt sowie eigene Kompetenzen zur Bewältigung der Herausforderungen stabilisiert werden. Finger (2000, S.60) bemerkt, dass die Eltern nur gelassener mit ihrem Kind umgehen können, wenn es ihnen selbst gut geht. Deshalb werden im Folgenden Möglichkeiten genannt und kurz erläutert, die den Umgang mit dem Kind erleichtern und die Eltern unterstützen.

4.5.2.1 Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen

Wie bereits an verschiedenen Stellen der Arbeit deutlich wurde, gibt es eine Reihe von schwierigen Verhaltensweisen mit denen die Eltern umgehen müssen. Die Erfahrungen von Eltern und Pflegeeltern haben gezeigt, dass es einige einfache Handlungsmöglichkeiten gibt, welche in der entsprechenden Situation hilfreich sein können.

Wenn ein Kind mit FAS **Schlafstörungen** hat, nicht zur Ruhe kommt und **stundenlang weint**, kann es hilfreich sein, das Kind in einem dunklen, ruhigen Raum fest in eine weiche Decke zu wickeln, um ihm das Gefühl von Geborgenheit zu geben. Um es zu beruhigen können die Eltern das Kind auf die Brust genau unter den Hals legen und versuchen, 30 Sekunden im selben Rhythmus wie das Kind zu atmen. Danach sollte die eigene Atemfrequenz verlangsamt werden, damit das Kind den gleichen ruhigen Rhythmus annimmt.

Sehr häufig leiden Säuglinge und Kleinkinder an **Ess- und Schluckstörungen**. Dem kann begegnet werden, indem man einen Sauger für frühgeborene Kinder zum Füttern verwendet und das Kind, wenn nötig stündlich, mit nur kleinen Mengen Nahrung versorgt, da dieses andernfalls schnell ermüdet. Auch wenn die Kinder eine Magensonde haben, sollte immer zuerst die Flasche gegeben werden, damit sich der Schluckreflex entwickelt und sich das Kind an eine reguläre Fütterung gewöhnt. Geregelte Zeiten, an denen gemeinsam am Tisch gegessen wird, ermöglichen dem Kind, Essgewohnheiten bei anderen zu beobachten. Zur weiteren Unterstützung rät Löser (1995, S.69) zu einer oralmotorischen Übungsbehandlung.

Es kommt häufig vor, dass FAS-Kinder **erst mit 6 Jahren richtig sauber werden**, bis dahin benötigen sie meist Windeln. In diesem Fall ist nur anzuraten, dem Kind seine Zeit zu geben. Durch die Gehirnschädigung kann der Harndrang nicht schnell genug weitergeleitet werden. Je weiter sich das Gehirn jedoch entwickelt, desto eher wird es das Kind schaffen, die Toilette rechtzeitig zu erreichen.

Da die Kinder **Schwierigkeiten haben, Regeln und Verbote** zu befolgen und oft **desorientiert** sind, sollte man sie nie unbeaufsichtigt lassen. Das Haus oder die Wohnung sollte kindersicher (Steckdosenschutz, Treppenabsperungen, etc.) ausgestattet sein. Es ist wichtig zu verstehen, dass z.B. ein fünfjähriges FAS-Kind geistig auf dem Stand eines zweijährigen ist, um die Anforderungen und Erwartungen an das Kind angemessen gering zu halten. Vieles muss mehrmals wiederholt und so einfach wie möglich formuliert werden. Dabei sollten verschiedene Inhalte möglichst nicht zeitgleich vermittelt werden. Folgende Möglichkeiten können das Erinnerungsvermögen des Kindes fördern: wiederkehrende Dinge wie z.B. das Anziehen werden als Reim formuliert; Regeln für ältere Kinder werden visualisiert, z.B. Badregeln wie Toilettendeckel runter klappen, nach der Toilette Hände waschen, Licht ausmachen usw..

Eine Kuschecke zu Hause und auch im Kindergarten kann für das Kind einen Rückzugsort darstellen, an dem es zur Ruhe kommen kann. Bei auftretenden **Wutanfällen** sollten die Eltern versuchen, das Kind ganz fest an sich zu drücken, leise mit ihm zu sprechen oder zu singen, bis sich das Kind wieder beruhigt (vgl. Ann Gibson CD Rom).

4.5.2.2 Entlastung der Familie

Elterninitiativen

Elterninitiativen können als spezielle Form von Selbsthilfegruppen verstanden werden. Laut Thiel (1990, S.732) sind Selbsthilfegruppen „...freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie - entweder selbst oder als Angehörige - betroffen sind.“

Elterninitiativen ergänzen professionelle Beratungsformen sinnvoll. Die Eltern können mit gleichermaßen Betroffenen in Kontakt und Erfahrungsaustausch treten und erleben meist Unterstützung bei Sorgen und Konflikten. Zudem bieten sie die Chance, eigene Kompetenzen zu stärken (=Empowerment) (vgl. Sarimski 2001, S.148). Laut Finger (2000, S.30) kann durch Selbsthilfegruppen die Angst und die Scham vor dem eigenen Anderssein überwunden werden. Die Eltern fühlen sich durch die Auffälligkeiten des Kindes nicht mehr ausgegrenzt, sondern als dazugehörig.

1984 wurde von Pflege- und Adoptiveltern von Kindern mit FAS/FAE die bundesweite „Elterninitiative alkoholgeschädigter Kinder“ gegründet.

Die Hauptziele waren:

- Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen betroffenen Eltern
- Veranstaltung von Fortbildungsseminaren zur Vermittlung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Therapiemöglichkeiten
- Aufklärung über die Gefahren des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft für die Kindesentwicklung
- Anregung wissenschaftlicher Untersuchungen

- Beratung leiblicher Eltern – Veranstaltung von Familienwochenenden, um den Kontakt zwischen betroffenen Familien zu fördern

Die besagte Elterninitiative existiert seit 1998 in dieser Form nicht mehr. Die Mitglieder sind dem **Bundesverband Behinderter Pflege- und Adoptivkinder e.V.** beigetreten, in welchem Frau Beate von Knappen die Elternberatung zum Thema „Fetales Alkoholsyndrom“ übernommen hat.

FAS Forum

Das FAS Forum ist eine Online-Selbsthilfegruppe, welche am 17. Februar 2000 gegründet wurde. Unter den 59 Mitgliedern befinden sich zahlreiche Familien (leibliche-, Adoptiv- und Pflegefamilien) aber auch andere Interessierte. Hier findet fast rund um die Uhr ein Austausch über Probleme, Meinungen und neuste Informationen statt. Um den Kontakt zu intensivieren und persönlicher zu machen finden gelegentlich Familientreffen statt oder die Mitglieder nehmen gemeinsam an verschiedensten Fachtagungen teil. Da oft sensible Themen diskutiert werden, ist zum Eintritt in das Forum eine Genehmigung der Moderatorin notwendig.

Familientlastende Dienste

Familientlastende Dienste richten sich auf die familiäre Situation und bieten umfangreiche Beratungs- und Unterstützungsleistungen. Sie befinden sich hauptsächlich in Trägerschaft und Initiativen von Wohlfahrts- und Behindertenverbänden oder Kommunen.

Die Sorgeberechtigten benötigen viel Energie und Ausdauer im Umgang mit der FAS/E-Person. Deshalb ist es wichtig, dass ihnen Zeit für sich selbst zugestanden wird, um abzuschalten, neue Kräfte zu sammeln sowie den eigenen Interessen nachgehen zu können. Das Aufgabenspektrum der Familientlastenden Dienste reicht von der zeitweiligen Übernahme der häuslichen und außerhäuslichen Pflege behinderter Menschen, bis hin zu vielfältigen Maßnahmen zur Stärkung der Selbsthilfekräfte der Familie z.B. durch Angehörigengruppen. Das Angebot beinhaltet Informations- und Beratungsangebote über Fragen im Zusammenhang mit einer Behinderung, Freizeitgestaltung und -begleitung für das behinderte

Familienmitglied, auf die Behinderung bezogene Förderangebote sowie Begleitdienste für Behördengänge (vgl. Engelbert 1994, S.158).

Frühförderung als Hilfe für die Eltern

Frühförderstellen sind als flächendeckendes Versorgungsnetz konzipiert und dienen als Anlaufstelle für alle Eltern, die sich Sorgen um die Entwicklung ihres Kindes machen. Sie wendet sich an die behinderten oder von Behinderung bedrohten Kinder, deren Familien und das weitere Umfeld. Nachdem ich im Punkt 4.5.1.3 auf das Förderangebot für die Kinder eingegangen bin, werde ich an dieser Stelle die Ziele in Bezug auf die Eltern vorstellen.

Frühförderungen bieten den Familien Unterstützung, Stabilisierung, Beratung und Anleitung im Umgang mit der Behinderung. Die Hilfe sollte möglichst früh einsetzen, um Ängste abzubauen, Hilflosigkeit zu überwinden, Fehlverhalten zu vermeiden und die Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken. Um eine „bejahende Einstellung zu ihrem Kind“ zu stabilisieren, erfahren die Eltern Hilfen wie:

- Informationen und Beratung über Fördermöglichkeiten des Kindes sowie über rechtliche Gegebenheiten und finanzielle Hilfen,
- Anregung und Anleitung in einigen therapeutischen, pflegerischen und pädagogischen Techniken zur selbstständigen Förderung, Pflege und Erziehung ihres Kindes,
- Vermittlung von Kontakten zur Bewältigung persönlicher und familiärer Probleme

(vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000, S.5f, Warnke 1990, S.303). Laut Speck (1992, S. 112) ist die Hilfestellung der Frühförderung für die Eltern ein zentraler Ansatzpunkt und wird von ihm als Familienhilfe und Hilfe zur Familienerziehung verstanden.

Supervision für Pflegeeltern

Das Verfahren der „Supervision“ ist in psychosozialen, medizinischen und pädagogischen Bereichen bekannt und gehört auch zu den professionsbezogenen Methoden der Sozialen Arbeit. In einem geschützten und methodisch strukturierten Rahmen soll unter fachkundiger Anleitung, durch einen außenstehenden

Supervisor, die eigene Arbeit reflektiert, berufliche Kompetenzen erweitert und vor psychosozialen Belastungen geschützt werden. Diese Methode lässt sich auf die Arbeit der Pflegefamilien übertragen. Auf einer Fachtagung für Pflegeeltern auf Bundesebene formulierten Pflegeeltern selbst, dass sie einen Rechtsanspruch auf Supervision erreichen wollen.

In Pflegefamilien können unterschiedliche Probleme auftreten, z.B. mit den Pflegekindern, deren Herkunftsfamilien, mit den leiblichen Kindern, dem Partner oder dem sozialen Umfeld. Die Supervision soll dazu beitragen, Probleme frühzeitig zu erkennen und so einem Abbruch des Pflegeverhältnisses entgegenzuwirken. Dabei stehen eigene Empfindungen und Gefühle im Mittelpunkt. Das eigene Verhalten, Positionen und Denkstrukturen sollen überprüft und durch einen Austausch sowie Anregungen innerhalb der Gruppe das eigene Handlungsrepertoire erweitert werden.

Es gibt Supervisionsformen, die hauptsächlich auf der Gesprächsebene stattfinden, während andere auch mit nonverbalen und kreativen Elementen kombiniert werden. Hier wird dann z.B. auch gemalt oder getöpft. Andere arbeiten körperorientiert mit den Methoden des darstellenden Spiels und lehnen sich somit z.B. an das Psychodrama an (vgl. <http://www.moses-online.org/Infodienst/Pflegekinder/Praxis/supervision.htm> am 31.05.2003).

4.5.3 Behandlung von suchtkranken, schwangeren Frauen am Beispiel der Bernhard Salzmänn Klinik

Für die Therapie von suchtkranken Frauen gibt es anerkannte und spezielle Beratungsstellen und Fachkliniken. In der Regel setzt sich die Therapie aus einer körperlichen Entzugsbehandlung, einer anschließenden stationären oder ambulanten Psychotherapie sowie einer darauf folgenden Nachsorgebegleitung zusammen. Während es früher für abhängige Mütter schwierig war, ihr Kind mit in die Therapie zu nehmen, gibt es heute Mutter-Kind-Einrichtungen, wo auch die Kinder betreut werden und die Mutter-Kind-Beziehung gefördert wird. So soll vermieden werden, dass sich durch die Trennung eine Entfremdung von Mutter und Kind entwickelt. Die Erfahrung von Porr (1990, S.166) aus der Bernhard Salzmänn Klinik zeigte, dass die Mütter bei der Aufnahme meist eine ablehnende

Haltung gegenüber den Kindern zeigen und die Beziehung durch den Suchtmittelmissbrauch stark geschädigt ist. Die Kinder zeigen Verhaltensauffälligkeiten wie übertriebene Angst, Misstrauen gegenüber der Umwelt oder Aggressionen. Daher ist eine intensive Betreuung der Kinder notwendig. In der Bernhard Salzmann Klinik werden durch die Lebenshilfe Angebote der Frühförderung gemacht, die gemeinsames Mutter-Kind-Turnen, kreatives Werken sowie gemeinsames Spielen und Singen mit den Müttern beinhalten. Das Ziel ist es, die Beziehung zwischen Mutter und Kind zu festigen. Bereits während der Behandlungszeit wird, wenn erforderlich, im Kontakt mit den Jugendämtern am Heimatort eine Nachsorge vorbereitet.

Da jedoch das Problem der Alkoholembryopathie bereits während der Schwangerschaft entsteht, halte ich es für notwendig, spezielle Behandlungsmöglichkeiten für diese Frauen bereitzustellen.

Es gibt für Frauen jedoch kaum Möglichkeiten, sich bei Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit in der Schwangerschaft einer individuellen Behandlung zu unterziehen. Es wäre vor allem im Interesse des Kindes, wenn die werdende Mutter zumindest für die Zeit der Schwangerschaft alkoholfrei leben könnte, wenn nötig in stationärer Behandlung (vgl. Löser 1995, S.135). Die **Bernhard Salzmann Klinik in Gütersloh** ist eine der wenigen Einrichtungen, die eine **gezielte Behandlung von Alkoholabhängigkeit in der Schwangerschaft** anbietet. Zu den Therapiezielen gehört das Erreichen einer Akzeptanz der oft unerwünschten Schwangerschaft, eine bestmögliche Durchführung der bereits bestehenden Risikoschwangerschaft, eine optimale Austragung der Risikogeburt, um möglicherweise bereits aufgetretene Suchtmittelfolgeschäden rechtzeitig zu erkennen und zu therapieren. Des weiteren erfolgt eine psychosoziale Betreuung und Beratung der werdenden Mütter, auch unter Berücksichtigung von Fragen der Schwangerschaftsunterbrechung und der Adoption (vgl. Porr 1990, S.171f). Besondere Berücksichtigung findet hier der medikamentös begleitete Entzug, durch den die Stressfaktoren für das Ungeborene so gering wie möglich gehalten werden sollen. Daran schließt sich eine längere Entwöhnungsbehandlung an, welche bis zur Entbindung dauern kann. Parallel werden die schwangeren Frauen geburtshilflich betreut. Die Entbindung findet in einem der beiden Gütersloher Krankenhäuser statt. Die Neugeborenen bleiben, je nach Schweregrad der Schädigung, noch zur

Behandlung in der Klinik in Gütersloh. Danach wird die Entwöhnungsbehandlung der jungen Mütter mit ihren Neugeborenen in der Klinik fortgesetzt.

Bei Frauen, die gelegentlich zu viel trinken (Bing-Drinking), wird eine ambulante Therapie angestrebt. Zu diesem Zweck haben sich schon einige Gynäkologen in der Gegend durch eine zusätzliche psychotherapeutische Ausbildung weiterqualifiziert und begleiten die Schwangeren ambulant.

4.6 Zusammenfassung

Die Kinder werden häufig in Familiensysteme hineingeboren, in denen Alkohol, zumindest bei der Mutter oder bei beiden Elternteilen, eine erhebliche Rolle spielt. Diese sogenannte Alkoholikerfamilien sind geprägt durch spezielle Merkmale, die eine Belastung für die kindliche Entwicklung darstellen. Die in diesen Familien häufig entstandenen Entwicklungs- und Erziehungsdefizite können gekoppelt mit den körperlichen und geistigen Einschränkungen auf Grund der bestehenden Behinderung kaum ausgeglichen werden. Bei ca. 1/3 aller Familien mit einer Suchtproblematik spielen zusätzlich Gewalterfahrungen eine Rolle, die bei den Kindern zu schweren Identitätsproblemen und Störungen im Körpererleben führen können. Ein Verbleiben in der Herkunftsfamilie ist daher oft nicht möglich und es wird eine Fremdunterbringung notwendig. Alkoholgeschädigte Kinder bedürfen in besonderer Weise einer Pflege und Förderung. Es wird daher angestrebt, dass die Kinder in stabilen Familienverhältnissen z.B. in Pflegefamilien aufwachsen. Von Pflegefamilien wird kritisiert, dass sie nur unzureichend oder gar nicht über die alkoholembryopathische Schädigung des Kindes aufgeklärt werden. Sie können somit nicht realistisch abschätzen, ob sie sich den Anforderungen gewachsen fühlen. Damit die Familie (leibliche-, Pflege- bzw. Adoptivfamilie) das Kind mit seiner Behinderung verstehen und somit realistische Erwartungen an ihr Kind aufbauen kann, ist eine frühzeitige Diagnosestellung von großer Bedeutung. Die Behinderung eines Kindes stellt für die Eltern einen erhöhten Zeit-, Kraft- und Pflegeaufwand dar, welcher einen reibungslosen Alltag erschwert. Da alkoholgeschädigte Kinder sowohl körperlich, geistig-intellektuell als auch in ihrer Verhaltensentwicklung beeinträchtigt sind, werden die Eltern in vielerlei Hinsicht gefordert. Um den Bedürfnissen des Kindes und der Eltern gerecht zu werden,

bedarf es einer Vielzahl von Unterstützungsmöglichkeiten. Es gibt eine Reihe von Therapieformen, welche für die Förderung von alkoholgeschädigten Kinder eingesetzt werden können z.B. Ergotherapie und Logopädie. Frühförderungen bieten sowohl Hilfen für das Kind als auch für die Eltern. Andere Unterstützungsmöglichkeiten sind z.B. Eingliederungshilfen, Behindertenausweis, Elterninitiativen oder Familienentlastende Dienste. Zudem können bestimmte Regeln im Umgang mit den Verhaltensauffälligkeiten Entlastung für das Kind und sein Umfeld bewirken. Für schwangere, alkoholabhängige Frauen bietet die Bernhard Salzmann Klinik in Gütersloh eine gezielte Behandlung an.

5 Möglichkeiten der Prävention

Wie bereits verdeutlicht wurde, handelt es sich bei dem Fetalen Alkoholsyndrom um eine 100% vermeidbare kindliche Schädigung. Wenn es durch ärztliche und öffentliche Aufklärung gelingen würde, Frauen in ihrer Einsicht zu stärken, während der Schwangerschaft keinen Alkohol zu trinken, müssten keine Kinder mit FAS oder FAE geboren werden (vgl. Majewski 1987, S.7, Streissguth 1987, S.161). Im Rahmen dieses Kapitels werde ich auf die derzeitige Situation der Präventionsarbeit in Deutschland eingehen. Des weiteren habe ich mir die Frage gestellt, inwieweit man mit der Sensibilisierung für dieses Thema im Kindes- und Jugendalter ansetzen kann und habe mich dafür entschieden, Möglichkeiten der Primärprävention im Rahmen des Schulunterrichtes aufzuzeigen. Im Anschluss werde ich sekundärpräventive Programme für Mütter mit erhöhtem Risiko vorstellen und auf die professionelle Aufklärungsaufgabe der Ärzte hinweisen.

Die Möglichkeiten der Prävention des fetalen Alkoholsyndroms und fetaler Alkoholeffekte lassen sich einteilen in:

Primärprävention = *öffentliche Gesundheitsförderung einer breiten Bevölkerungsgruppe*

Sekundärprävention = *frühzeitiges Erkennen riskanten Alkoholkonsums und Motivation zur Verhaltensänderung (Verringerung des Alkoholkonsums)*

Tertiärprävention = *richtet sich an Frauen, die bereits ein alkoholgeschädigtes Kind haben, mit dem Ziel der Erlangung bzw. Aufrechterhaltung der Abstinenz und Vermittlung zu Hilfesystemen*

(vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002, S.64f).

5.1 Zur derzeitigen Situation der Präventionsarbeit

Das Bewusstsein, dass Alkohol in der Schwangerschaft schädigend wirkt, ist bei den meisten Frauen im gebärfähigen Alter vorhanden, jedoch die Frage nach dem „Wie viel?“ wird sehr individuell behandelt. Zudem verfügt die breite

Öffentlichkeit über ein geringes Wissen über das Ausmaß der Alkoholembryopathie (vgl. Löser 1995, S.135).

Obwohl die Forschungen der letzten Jahre gezeigt haben, dass auch durchschnittlicher Konsum, episodenhaftes Exzessivtrinken und sogenanntes soziales Trinken zu Schäden bei den Kindern führt, haben sich die Präventionsmaßnahmen nicht nennenswert verstärkt (ebd.). Bisher hat es in Deutschland keine größere Aufklärungskampagne gegeben, welche die Öffentlichkeit für das wachsende Risiko des Fetalen Alkoholsyndroms sensibilisiert hätte.

Es fehlt laut Löser (1995, S.139) „...nicht an wissenschaftlicher Erkenntnis, vielseitigen politischen Möglichkeiten, Phantasie und Konzepten, um ernsthafte Prävention wirksam werden zu lassen. Was vor allem fehlt, ist der gesellschaftlich und politisch getragene Wille, wirklich den Schaden vom Kind fernzuhalten.“

5.1.1 Warnhinweise auf alkoholischen Getränken

Ähnlich den Warnhinweisen auf Zigarettenschachteln: “Rauchen gefährdet ihre Gesundheit“, könnte auf den Etiketten der Flaschen stehen: „Alkohol während der Schwangerschaft gefährdet die körperliche und geistige Gesundheit des werdenden Kindes“ (vgl. Majewski 1987, S.121f). Der Versuch, dem Beispiel der US Amerikaner, Kanadier und Australier zu folgen und Warnhinweise auf allen alkoholischen Getränken per Gesetz zu verlangen, wurde auf politischer Ebene zurückgewiesen. Die „Aktion Sorgenkind“ (heutige „Aktion Mensch“) richtete 1990 einen Appell an das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (heutiges: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), der mit der Begründung abgelehnt wurde, dass die Etikettenrichtlinien der EG „...einen solchen Hinweis weder vorsieht, noch als nationale Einzelaktivität zulässt.“ Ein weiteres Argument gegen die Warnhinweise war, dass durch eine Überzahl von Warnungen und Verboten die Schwangerschaft für Frauen negativ belastet wird und so „...die Zeit der freudigen Erwartung ... negativ als Zeit der Entbehrung empfunden wird.“. Das Problem von Alkohol in der Schwangerschaft wurde damit durch das Ministerium verharmlost und verdrängt (Löser 1995,

S.137f). Es ist nicht davon auszugehen, dass diese Warnhinweise alkoholranke Frauen vom Trinken abhalten können, vielmehr können sie Frauen, die gelegentlich trinken, auf die Gefahr hinweisen und ihnen Argumentationshilfe geben, wenn ihnen alkoholische Getränke aufgedrängt werden (vgl. CD-Rom Drozella o.J., S.77).

5.1.2 FASworld



Abb. 5 FASworld Logo

FASworld ist eine internationale Vereinigung von leiblichen-, Adoptiv- und Pflegeeltern mit alkoholgeschädigten Kindern sowie von Professionellen wie z.B. Sozialarbeiter, Ärzte oder Therapeuten, die sich dafür einsetzen, dass sich die Zahl der Kinder mit dem Fetalen Alkoholsyndrom und Fetalen Alkoholeffekten verringert.

Zu den Mitgliedsländern gehören die USA, Kanada, Deutschland, England, Schottland, Irland, Australien, Neuseeland, Südafrika, Italien, Schweden, Frankreich, Japan, Polen, Costa Rica, Bermudas und Luxemburg. Seit 1999 wird von diesen Ländern jedes Jahr am 09.09. der weltweite Tag des alkoholgeschädigten Kindes organisiert, an dem die Öffentlichkeit durch eine Reihe von Informationsveranstaltungen auf die Gefahren von Alkohol in der Schwangerschaft hingewiesen werden soll und all den Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gedacht wird, die bereits an den irreparablen Schäden leiden.

Seit dem 07.09. 2002 existiert der Verein „**FASworld Deutschland**“.

Dessen Ziele sind:

- Aufklärung der Öffentlichkeit über die Auswirkungen von Alkohol in der Schwangerschaft,
- Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychologen und Therapeuten aus aller Welt zum Thema FAS/FAE,
- Zusammenfassung der Forschungsergebnisse,

- Hilfe und Beratung für Betroffene in einer ONLINE-Selbsthilfegruppe (FAS-Forum),
- Vorträge über FAS/FAE,
- Fortbildung.

Zu den bisherigen Aktivitäten gehören:

- Presseinterviews z.B. mit der Zeitschrift ‚Laura‘, und ‚Baby‘,
- Posterwettbewerb 2001,
- Sponsoring des Reiter-Wanderpokals namens ‚FAS Pokal‘,
- Herstellung einer CD-Rom mit vielen Informationen zu FAS,
- Eingabe einer Petition an das Europäische Parlament bezüglich Warnungen auf alkoholischen Getränken,
- Zusammenarbeit mit Guttempler Deutschland,
- Reportage von Stern TV gefilmt und gesendet (überwältigende Zuschauerreaktionen),
- FAS Beitrag von Galileo (Pro 7) gefilmt und gesendet,
- Teilnahme an der FAS Konferenz in Bristol,
- Initiator und Mitgestalter der FAS-Fachtagung am 08.09.2002 in Berlin in Zusammenarbeit mit Prof. Spohr,
- erfolgreicher Abschluss eines Kurses der Universität Wisconsin (USA) zur "FAS Spezialist/Beraterin" durch die FASworld Deutschland Koordinatorin,
- Veranstaltung einer Familienfreizeit für Eltern und Kinder vom 1.- 4. Mai 2003 in Hilchenbach.

Damit leistet FASworld bemerkenswerte Beiträge zur Aufklärungsarbeit und zur Betreuung von Betroffenen. Weitere Informationen sind auf der Internetseite: <http://www.fasworld.de> zu finden.

5.1.3 Kampagne: Alkohol? Jetzt lieber nicht!

Die Kampagne: „Alkohol? Jetzt lieber nicht!“ wurde 1996 vom Bayrischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung ins Leben gerufen. Ziel der Aktion ist es, in vier konkreten Lebenssituationen zum Verzicht von Alkohol anzuregen und zwar

- während der Schwangerschaft,
- bei der Arbeit,
- im Straßenverkehr,
- wenn Medikamente eingenommen werden.

Gerade in diesen Bereichen wurde die Gefahr für Gesundheitsschäden besonders hoch eingeschätzt. Diese verursachen nicht nur erhebliche Kosten, sondern können oftmals ein Leben von Grund auf negativ verändern und zerstören.

Die Umsetzung erfolgte über die Verbreitung von fünf verschiedenen Plakaten, einer 115-seitigen Begleitbroschüre mit ausführlichen Hintergrundinformationen zum Alkohol sowie durch Flyer. Zur flächendeckenden Verteilung wurden die Materialien gezielt an Einrichtungen vergeben, die einen großen Publikationsverkehr haben z.B. Behörden, Arztpraxen, Großbetriebe oder Jugendfreizeiteinrichtungen. Im Januar 1998 wurde die Kampagne auch vom Sozialministerium Baden-Württemberg übernommen. Zu einer Ausstrahlung in TV- und Kinospots ist es jedoch leider nicht gekommen (vgl. Tossmann 2001, S.239f). Tossmann (S.241) gibt zu bedenken, dass es nur zu einer Veränderung einer Problemlage kommen kann, wenn die Kampagne so viel Aufmerksamkeit erzeugt, dass das Problem von einem „verborgenen“ zu einem „öffentlichen“ Thema wird. Dabei denkt er an die Kampagne „Keine Macht den Drogen“, die laut einer Umfrage einen Bekanntheitswert von ca. 70% erreichte. Für eine solche Präsenz ist jedoch ein sehr hoher Kostenfaktor zu kalkulieren. Dennoch scheint ihm die Kampagne: „Alkohol? Jetzt lieber nicht!“ vielversprechend, da die Botschaften eindeutig und leicht verständlich formuliert sind und so beim Adressaten wenig Ablehnung hervorrufen.

5.2 Möglichkeiten zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit

Zu den Maßnahmen der Prävention gehören die öffentliche Aufklärung und Wissensvermittlung über FAS und FAE. Gezielte Informationskampagnen, wie die eben vorgestellte Kampagne, sollten über die öffentlichen Medien ein breites Publikum ansprechen. Diese Form der Primärprävention soll problematisches Gesundheitsverhalten in Bezug auf Alkoholkonsum ansprechen, über dessen Wirkung aufklären und somit mögliche Folgen im Vorfeld unterbinden (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002, S.62). Hierzu gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, welche ich an dieser Stelle nur nennen möchte:

- das Verteilen und Auslegen von Broschüren und Faltblättern über das Fetale Alkoholsyndrom und –effekte, z.B. speziell in Wartezimmern von Frauen- und Kinderärzten, Kliniken und Gesundheitseinrichtungen
- das zur Verfügung stellen von audiovisuellen Medien zur Information
- Veröffentlichungen zu FAS/E in den Medien (Radio, Fernseher, Printmedien)
- Warnhinweise auf alkoholischen Getränken und Werbeplakaten über die potentiell schädliche Wirkung von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft
- das Bereitstellen von (Unterrichts-)Materialien über FAS/E für Lehrer und Erzieher
- das Einrichten einer Telefonberatung und einer zentralen Kontaktadresse
- Präsentationen und Vorträge von Fachexperten bzw. betroffenen Eltern (CD-Rom Ubrig 2000, S.141f).

5.3 Alkoholprävention an Schulen

Die Schule hat hinsichtlich der Suchtprävention eine wesentliche Bedeutung, da sie neben der Familie entscheidende Entwicklungsaufgaben für die erfolgreiche Sozialisation der Heranwachsenden stellt. Suchtprävention im schulischen Bereich ist in der Regel Primärprävention und steht im Zusammenhang mit vorbeugender Gesundheitserziehung. Da für alle Kinder und Jugendlichen Schulpflicht besteht,

ist es möglich eine breite Masse aufzuklären und zu informieren (vgl. Knapp 1996, S.30).

Ich möchte hier die Bedeutung der **Primärprävention** hervorheben, da es meiner Meinung nach von großer Wichtigkeit ist, eine Prävention durchzuführen, die ansetzt bevor eine schwangere Frau zum Alkohol greift. Laut Waibel (1994, S.64) hat die Primärprävention die wesentliche Aufgabe, Verhaltensweisen zu vermitteln und einzuüben, die auf die Entfaltung der Persönlichkeit, das Selbstwertgefühl, das Gesundheitsbewusstsein, die Sinnfindung und die Bewältigung der Lebensaufgaben ausgerichtet sind. Sie ist gekennzeichnet durch Ursachenorientierung, frühzeitiges Einsetzen und Kontinuität. Es sollte also im Vorfeld der Alkoholabhängigkeit oder des unangemessenen Konsums vorgebeugt werden. Schulische Suchtvorbeugung kann auf einen verantwortungsbewussten und selbstkontrollierten Umgang mit Alkohol hinarbeiten.

Im Rahmen des Schulunterrichtes können Fakten über Äthylalkohol, Folgeschäden und Alkoholabhängigkeit vermittelt werden und so das Problembewusstsein verstärkt werden (vgl. Schmidt 1997, S.274). Dabei ist es allerdings sehr wichtig, dass die Lernangebote attraktiv gestaltet werden (vgl. Knapp1996, S.31). Die Suchtprävention im Unterricht sollte möglichst frühzeitig in allen Schularten beginnen und während der gesamten Schulzeit immer wieder aufgegriffen werden. Dabei ist sie nicht an ein bestimmtes Unterrichtsfach gebunden (vgl. S.160, Waibel 1994, S.76). Eine intensivere Kooperation mit außerschulischen Einrichtungen u.a. Gesundheitsämtern, Krankenkassen, Jugendfreizeiteinrichtungen, Sportvereinen, Sucht- und Drogenberatungsstellen oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist wünschenswert. Die BZgA stellt Unterrichtsmaterial zur Sucht- und Drogenthematik bereit und veröffentlicht regelmäßig vielfältiges und aktuelles Informationsmaterial für Schulen in Form von Broschüren, Plakaten und Videos (S.161). Im Folgenden werde ich auf verschiedene Unterrichtsfächer eingehen, in denen Alkohol thematisiert werden kann.

Alkohol als Gegenstand des Biologieunterrichts

Zu den Lernzielen des Biologieunterrichts sollte es gehören, dass die Schüler herausfinden, dass alltägliche Verhaltensweisen zu süchtigem Verhalten führen können. Sie sollten des weiteren Informationen über Alltagsdrogen und ihre Wirkung erfahren sowie Verhaltensweisen und Einstellungen entwickeln, die suchtprophylaktisch wirksam sein können. Das Thema Alkohol in der Schwangerschaft kann im Rahmen des Biologieunterrichtes an verschiedenen Stellen angesprochen werden, z.B. bei den Themen Alkohol allgemein, Verhaltensbiologie, Schwangerschaft und Ontogenese. Ein Thema der höheren Klassenstufen könnte dabei sein: „Gefährdung von Embryo und Fetus durch Fehlernährung, Genussmittel- und Medikamentenmissbrauch und durch Infektionskrankheiten der Mutter“. Eine Untersuchung von 15 Biologiebüchern, die im Unterricht an Berliner Schulen verwendet werden oder verwendet werden könnten, zeigte, dass in sieben dieser Bücher die Wirkung von Alkohol in der Schwangerschaft angesprochen und erläutert wird, in dreien wird das Thema lediglich erwähnt und in den verbleibenden fünf findet die Problematik keine Beachtung (vgl. Baumgarten 2001, S.146). Im Biologieunterricht sollten die Fragen behandelt werden, wie sich eine schwangere Frau ernähren und verhalten sollte, welche Verantwortung der zukünftige Vater hat und wie man sich selber einer Schwangeren gegenüber verhält.

Alkohol als Gegenstand des Chemieunterrichts

Im Themengebiet der organischen Chemie wird stets auch die Gruppe der Alkohole behandelt. Neben den chemischen Eigenschaften könnten auch die physiologischen und psychischen Auswirkungen erörtert und auf Suchtgefahren und soziale Folgen hingewiesen werden. In der Auflistung von Kreitsch (2001, S.159), welche Themen im Rahmen des Kapitels der Alkohole im Chemieunterricht zusätzlich angesprochen werden sollten, findet sich nicht die Problematik von Alkohol und Schwangerschaft. Ich sehe jedoch im Chemieunterricht eine gute Möglichkeit über die Folgen von Alkoholkonsum auf das ungeborene Kind hinzuweisen. Da dieser Unterricht viel mit praktischen Anschauungen arbeitet, möchte ich im Folgenden ein Experiment vorstellen, welches sich im Chemieunterricht anbieten würde:



Ein frisches Ei in ein Glas geben und entweder eine Piccoloflasche Alkohol oder Alkohol pur darüber gießen. Es lässt sich beobachten wie das Eiweiß gerinnt. Die Erklärung, dass es so ähnlich mit dem Gehirn des Ungeborenen im Mutterleib passiert, wenn die Mutter trinkt, kann sehr beeindruckend sein (vgl. <http://www.fasworld.de/vortrag.html> am 10.06.2003).

Alkohol als Thema des Deutschunterrichts

In nicht wenigen literarischen Werken von bekannten Schriftstellern wie Brecht, Morgenstern oder Rilke wird das Thema Alkohol verarbeitet. Laut Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 03.07.1990 wird vom Deutschunterricht in Abstimmung mit anderen Fächern wie z.B. Religion ein Beitrag zur Suchtprävention gefordert. Inwieweit die allgemeinen Lernziele des Deutschunterrichts mit den Zielen und Methoden der Suchtprävention korrespondieren, werde ich im Folgenden kurz vorstellen. Dabei beziehe ich mich auf die Untersuchungen von Langenheim (2001, S.187f). Ihrer Meinung nach eignet sich die Alkoholprävention für Schüler der 5.-10. Klasse, da diese meist erste Erfahrungen mit Alkohol gesammelt haben, aber dennoch offen für schulische Impulse sind. Neben der Vermittlung von Informationen über die Substanzen, sollte sich der größte Teil der suchtpreventiven Intervention im Unterricht auf die Förderung sozialer Kompetenzen der Schüler beziehen. Die wichtigsten Lernziele, welche im Deutschunterricht erreicht werden können, sind dabei: **die Stärkung des Selbstvertrauens und Selbstwertgefühls, der Beziehungs- und Konfliktfähigkeit, der kommunikativen Kompetenz sowie der Frustrationstoleranz, Erhöhung der Widerstandsfähigkeit und Selbstbehauptung, Verbesserung der Genuss- und Erlebnisfähigkeit, Unterstützung bei der Sinnsuche und Sinnerfüllung, Förderung der Kreativität und Stärkung der Fähigkeit Gefühle, Wünsche und Interessen auszudrücken.** All diese Kompetenzen können durch allgemeine Lernziele des Deutschunterrichts gefördert werden, indem die Kinder z.B. lernen, sprachliche Handlungen zu deuten und zunehmend bewusster und verantwortlicher zu vollziehen, Texte zu analysieren, Formen der Sprachlenkung zu beobachten und zu beurteilen, eigene Standorte zu Texten zu suchen und darzustellen, eigene Texte zu

gestalten sowie Informationen und Meinungen aufzunehmen, zu verstehen und zu unterscheiden.

Entsprechende Literatur, welche sich mit der Suchtproblematik auseinandersetzt, kann Betroffenheit auslösen, das Interesse und die emotionale Involvierung in die Thematik fördern und die Distanz zur Problemlage mindern. Im Abschluss werde ich noch eine Übung vorstellen, welche gezielt darauf ausgerichtet ist, die Akzeptanz und das Verständnis für alkoholgeschädigte Kinder zu stärken.

Übung: *Um der Klasse zu zeigen, wie es ist, tagtäglich mit dem Fetalen Alkoholsyndrom zu leben, kann man jedem eine Duschkappe geben, die sie bis über die Ohren ziehen sollen, dazu einen dicken Handschuh, womit sie schreiben sollen und ein altes Stück raues Seil um den Hals. Nun sollen sie alles aufschreiben, was gesagt wird, z.B. ein Gedicht "Frag mein Kind nicht". Bevor angefangen wird zu sprechen, soll ein Kassettenrecorder eingeschalt werden, wo vorher alle möglichen Geräusche aufgenommen wurden (Staubsauger, Küchenmaschinen, Fernseher usw.) und immer wieder laut und leise gedreht werden. Beeindruckend!! (vgl. <http://www.fasworld.de/vortrag.html> am 10.06.2003).*

Neben den fachlichen Informationen, welche im Unterricht vermittelt werden können, sollte die Schule generell auch **Hilfe zur Persönlichkeitsreifung** bieten. Schmidt (1997, S.274) sieht die Schule als Ort, an dem es durch Gruppendruck, alkoholkonsumierende Mitschüler, Spannungen mit Lehrern und Mitschülern sowie Versagen in Leistungsbereichen zur Verführung zum Alkoholkonsum kommen kann. Es sollte also ebenso zu den Aufgaben der Schule gehören (wie bereits in den Möglichkeiten des Faches Deutsch erwähnt), die Schüler in ihrem Selbstwertgefühl und ihrer Selbstfindung zu bestärken und sie zum Umgang mit Gefühlen zu befähigen, d.h. Gefühle zu verbalisieren und mit belastenden Gefühlen umzugehen. Des weiteren sollten die Kinder in der Schule lernen, Problemlösungsstrategien zu entwickeln und Verantwortung für Entscheidungen zu übernehmen.

5.4 Präventionsprogramme für Mütter mit erhöhtem Risiko

Die bisherigen Überlegungen bezogen sich auf die Möglichkeiten der Primärprävention des Fetalen Alkoholsyndroms in den Bereichen der öffentlichen Aufklärung und der Suchtvorbeugung in Schulen. Des Weiteren wird nachfolgend darauf eingegangen, welche vorbeugenden Maßnahmen getroffen werden müssen, um eine schwangere Alkoholranke daran zu hindern, ihr ungeborenes Kind durch Alkoholmissbrauch weiter zu schädigen und seine Lebenschancen zu verringern oder gar zu zerstören. Zielgruppe für die Prävention von FAS und FAE sind grundsätzlich alle schwangeren Frauen, insbesondere starke Trinkerinnen und Frauen mit riskantem Alkoholkonsum. Bei allen Maßnahmen muss darauf geachtet werden, dass es verschiedene Gründe gibt, warum schwangere Frauen Alkohol konsumieren. Einige haben keine Kenntnisse darüber, dass Alkohol schädlich für das ungeborene Kind ist, andere bekommen falsche Ratschläge oder zweideutige Aussagen von Beratungsstellen oder medizinischem Personal. Weitere Frauen schätzen ihren Alkoholkonsum nicht als problematisch ein und wieder andere wollen aufhören zu trinken, wissen jedoch nicht wo sie Hilfe bekommen und sind in ihrer Situation nicht in der Lage diesen Schritt ohne äußere Unterstützung zu gehen (vgl. Streissguth 1997, S.264). Wenn schwangere alkoholranke Frauen Rat und Hilfe anfordern, ist schneller, unbürokratischer Einsatz notwendig, denn jeder Tag ohne Alkohol hilft dem Kind und der Mutter (vgl. Steiner 1990, S.182). Gemeinsam mit betroffenen Frauen kam Steiner (ebd.) zu der Ansicht, dass anonyme Beratungsstellen bereitgestellt werden sollten. Des Weiteren würden die Frauen eine Art Frauenhaus, in denen nicht eine Therapie, sondern der Grundsatz: „Jeder trockene Tag hilft mir und meinem Kind.“ im Vordergrund steht, bevorzugen. Die Angebote sollten sich über die Aufklärung der Gefahren des Alkohols für das Kind, Schwangerschaftsgymnastik, Vorbereitung der Geburt, Familienberatung und Säuglingspflege bis hin zu offenen, problemorientierten Gesprächsangeboten erstrecken.

Streissguth (1997, S.265f) stellt ein amerikanisches Präventionsprogramm vor. Das sogenannte „**Pregnancy and Health Program (PHP)**“ (Schwangerschafts- und Gesundheitsprogramm) wurde von 1978-1981 in Washington/Seattle durchgeführt und hat damit Vorbildfunktion für das im Anschluss vorgestellte Projekt in

Niedersachsen und zukünftige Modellprojekte. Das PHP beinhaltet einen Zwei-Phasen Prozess. Als erstes wurden in Wartezimmern zur Schwangerschaftsuntersuchung kurze Fragebögen zum Trinkverhalten ausgelegt und im Anschluss ein kurzes Interview geführt. Von den 1300 untersuchten Frauen kamen 11% in Erwägung, sich in einem Risikobereich (ein oder mehr Drinks pro Tag, fünf oder mehr Drinks zu einem einzelnen Anlass) zu bewegen und 2,6% schienen ein gegenwärtiges Alkoholproblem zu haben. Wer als Risikotrinkerin eingestuft wurde, wurde zu einem Gespräch mit einem Mitarbeiter des Programms gebeten, in dem **Informationen über Alkohol in der Schwangerschaft** vermittelt wurden und **Hilfestellung zur Erarbeitung eines individuellen Abstinenzplanes** erfolgte. $\frac{3}{4}$ der Frauen, die an dem Programm teilnahmen, konnten entweder ihren Alkoholkonsum völlig einstellen oder erheblich reduzieren. Dies zeigt sich anschließend bei den Neugeborenen vor allem im Auftreten der Alkoholeffekte, welche bei den Müttern, die ihre Trinkmenge reduzierten oder einstellten, um ein dreifaches niedriger war, als bei denen die weiter tranken. Es wurde jedoch versäumt, ein spezielles Entgiftungsprogramm für schwangere alkoholabhängige Frauen zu entwickeln. Das Problem diesbezüglich war, dass sich weder ein Geburtshelfer, noch irgendein Alkoholismusbehandlungszentrum dieser Verantwortung stellen wollte.

Ein behutsames Vorgehen, ohne den Frauen das Gefühl zu geben verhöhnt oder angeklagt zu werden, scheint mir der Grundsatz für das Gelingen eines solchen Programmes zu sein. Das Programm wirft für mich auch einige Schwierigkeiten auf. Zum einen entsteht durch Sachmittel und Personal ein hoher Kostenfaktor und zum anderen stelle ich mir die Frage, wie man die Frauen erreicht, welche keine vorgeburtlichen Untersuchungen in Anspruch nehmen, was gerade bei alkoholabhängigen Frauen oft der Fall ist. Ich denke, dass es in der Pflicht von Frauenärzten oder anderen behandelten Medizinerinnen liegt, schwangere Frauen nach ihrem Alkoholkonsum (bzw. den Konsum von allen schädigenden Suchtmitteln) zu fragen, sie auf die Gefahren hinzuweisen und gegebenenfalls an weiterhelfende Institutionen zu vermitteln. Näheres dazu werde ich in Abschnitt 5.5 erläutern.

In **Niedersachsen** wurde 1990 ein sekundärpräventiv angelegtes Projekt gestartet, welches dem besonderen Problem der Früherfassung gefährdeter und betroffener schwangerer Frauen und deren gezielter Beratung und Betreuung näher zu kommen

versucht. Für das Modellprojekt **„Aufsuchende Sozialarbeit für suchtkranke Schwangere und suchtkranke Frauen mit Kindern“** wurde ein auf die Zielgruppe abgestimmtes, niederschwelliges und frauenspezifisches Angebot aufgebaut, welches sich wie folgt gestaltet:

- Hilfe bei speziellen, aber auch Alltagsproblemen z.B. Unterstützung bei der Suche nach einem Kindergartenplatz, Begleitung der Frauen zum Arzt, Hilfe bei Sozialhilfeanträgen, Unterhaltszahlungen der Väter,
- Motivierung zur Therapie, Vermittlung von stationären oder ambulanten Therapieplätzen,
- Aufbau von Kontakt- und therapeutischen Gesprächsgruppen, Frauentreffs,
- Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit allen in Frage kommenden Kooperationspartnern (z.B. Ämter, Fachkliniken für Suchtkranke, Krankenhäuser mit Entbindungsstationen, Frauen- und Kinderärzte, Kindergärten, Schulen, Frauen- und Müttergruppen, geschützte Wohnbereiche, freiberufliche Hebamme etc.),
- Vermittlung von weiteren Hilfsangeboten,
- Öffentlichkeitsarbeit und Prävention (Information zum Thema Frauen und Sucht in Fachkreisen, bei Betroffenen und Interessierten, Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung).

Da es schwierig ist, suchtkranke Frauen und schwangere Alkoholikerinnen zu erreichen, besuchen die Projektmitarbeiterinnen die Klientinnen auch zu Hause oder an anderen Orten. Der Kontakt wird häufig über verschiedene soziale Institutionen wie Jugendämter, Familienhilfen, Krankenhäuser oder Beratungsstellen hergestellt. Die sozialpädagogischen Mitarbeiter verfügen über eine therapeutische Zusatzausbildung und bieten den Klientinnen einmal wöchentlich eine ambulante Gesprächstherapie an. Die Annäherung an die Frauen erfolgt behutsam, beispielsweise über Rollenspiele, malen oder kneten.

Das Ziel ist, die Frauen im Alltag zu stützen und sie durch stabile Hilfsangebote zur Abstinenz während der Schwangerschaft und darüber hinaus zu befähigen (vgl. Hilgers 1993, S.317f). Dieses Angebot entspricht in etwa den Vorstellungen der von Steiner interviewten Frauen. Laut Aussage des Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit wird das Modellprojekt als spezielles Angebot von den Beratungsstellen des Caritasverbandes in Meppen sowie des

Diakonischen Werkes Hannover weitergeführt. Weitere Projekte dieser Art wären wünschenswert.

5.5 Beratung durch Ärzte und medizinisches Fachpersonal

Frauenärzte sind oft die erste und einzige Anlaufstelle, mit denen alkoholranke Frauen im Falle einer Schwangerschaft in Kontakt kommen, sie sollten daher für mögliche Suchtprobleme ihrer Patientinnen sensibilisiert sein, um Frauen besser beraten zu können. Die Aufklärung von Schwangeren über potenzielle Risiken durch Alkohol sollte primär in der Verantwortung von Ärzten und medizinischem Fachpersonal liegen. Ein von mir interviewter Frauenarzt war über den schädigenden Einfluss von Alkohol in der Schwangerschaft auf das ungeborene Kind informiert und versicherte mir, dass er jeder schwangeren Patientin völlige Abstinenz rät. Auf meinen Vorschlag hin, Informationsbroschüren im Wartezimmer auszulegen, erhielt ich jedoch die Antwort, dass er in seinem Patientenkreis und auch in dem seiner Kollegen in der Umgebung dafür keine Notwendigkeit sieht. Ärzte, von mir bekannten Müttern, rieten sogar, ein Glas Sekt pro Tag zu trinken, um den Kreislauf anzuregen oder den Alkoholkonsum nur ein wenig zu reduzieren. Porr (1990, S.161) kritisiert ebenfalls, dass viele betreuende Ärzte nicht ausreichend über die Gefahren und insbesondere über das Behinderungsbild der Alkoholembryopathie informiert sind. Auch sie benötigen regelmäßige Informationen zum aktuellen Wissensstand.

In einer von Dilger (2001, S.164) durchgeführten Befragung an 120 suchtmittelabhängigen Schwangeren wurde folgendes deutlich: Lediglich 17% wurden von ihrem Frauenarzt über die schädigende Wirkung von Suchtmitteln aufgeklärt. Mehr als 50% hätten sich während der Schwangerschaft im sozialarbeiterischen und im medizinischen Bereich mehr Unterstützung gewünscht. Eine Sozialarbeiterin und Pflegemutter eines alkoholgeschädigten Jungen sieht die Gründe, dass das Problem so selten beim Namen genannt wird darin, dass Frauenärzte befürchten, ihre Patienten zu verlieren, Kinderärzte sich außerstande sehen, den Betroffenen Beratung und Hilfestellung anzubieten und Beratungs- und Therapiezentren sich einzigst auf die Sucht konzentrieren (Steiner 1990, S.182). Das Ansprechen des Problems ist in Hinblick auf die Zielerreichung, dass die Frau

während der Schwangerschaft nicht trinkt, jedoch die effektivste Methode (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002, S.63).

Die Frauen sollten für die Problematik des Alkoholkonsums sensibilisiert und nicht stigmatisiert werden. Im Gegensatz zu abhängigen Frauen, welche intensiver klinischer oder suchttherapeutischer Betreuung bedürfen, können Schwangere mit nicht krankhaften Alkoholkonsum durch Beratung und Ermutigung zu einer aktiven Verhaltensänderung motiviert werden. Damit soll der mütterliche Alkoholkonsum reduziert und fetale Schäden verhindert werden. Zwei Modelle zur Verhaltensänderung bei Menschen mit Suchtproblemen haben in den letzten Jahren besondere Beachtung gefunden. Diese können nicht nur im Rahmen einer medizinisch fachlichen Aufklärung durch Ärzte sondern auch in verschiedensten Beratungssettings der Sozialen Arbeit angewandt werden.

Miller und Rollnick entwickelten 1991 das Beratungskonzept der „**Motivierenden Gesprächsführung**“ und Prochaska et al. entwarf im Jahre 1994 das sogenannte „**Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung**“.

Die Motivierende Gesprächsführung

Die Motivierende Gesprächsführung setzt an den ambivalenten Gefühlen und Unsicherheiten im Hinblick auf das Problemverhalten an. Das Ziel ist, in einer möglichst kurzen Zeit, die Verhaltensveränderung in Bezug auf das kritische Trinkverhalten zu bewirken. Es soll also erreicht werden, dass Schwangere auf den Alkoholkonsum verzichten.

Dafür sollen zunächst die positiven Aspekte, welche für eine Verhaltensänderung sprechen, erkannt und gestärkt werden. Dazu werden von Miller verschiedene **grundlegende Motivationsstrategien** empfohlen:

- **Verständnis und Anteilnahme zeigen**

Die Wert- und Verhaltensvorstellungen der Klientin sollen nachvollzogen und respektiert werden.

- **Hinweise, Erläuterungen und Empfehlungen geben**

Hierbei soll das Problemverhalten genau identifiziert und der Klientin verdeutlicht werden, warum die Verhaltensänderung nötig ist.

- **Steigerung des Wunsches nach Veränderung**
Die Vor- und Nachteile des bisherigen Trinkverhaltens werden gegeneinander abgewogen. Dabei sollen die Vorteile eines verminderten Trinkverhaltens verstärkt werden.
- **Hindernisse für die Verhaltensänderung beseitigen**
Es sollen Hemmnisse für die Verhaltensänderung erkannt werden, mit dem Ziel Lösungsmöglichkeiten zu finden.
- **Angebote von Wahlmöglichkeiten**
Gemeinsam sollen Alternativen für den Ersatz der bisherigen problematischen Verhaltensweisen entwickelt werden.
- **Rückmeldungen**
Die Klientin soll über ihren aktuellen Gesundheitszustand und die möglichen Gefährdungen für sie und das Kind aufgeklärt werden.
- **Ziele formulieren**
Es ist wichtig realistische Ziele zu setzen, damit sich die Klientin nicht überfordert fühlt und nicht vorzeitig aufgibt.
- **Hilfs- und Unterstützungsangebote**
Es sollte der Klientin nahe gebracht werden, dass die Entscheidung für die Verhaltensänderung bei ihr liegt, dass sie aber jeder Zeit auf Hilfe und Unterstützung bauen kann.
(vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002, S.70f)

Damit werden die Gründe für und gegen eine Veränderung des Trinkverhaltens Schritt für Schritt thematisiert und gegenübergestellt. Auf diese Weise vermeidet man, dass die Klientinnen Widerstand aufbauen bzw. sich einer Veränderung entziehen. Es sollte auch auf weitere Elemente der Gesprächsführung geachtet werden. Es gilt als gesprächsfördernd, wenn offene Fragen gestellt werden, aktiv zugehört, Empathie gezeigt, das Verhalten des Gegenüber gewürdigt, paraphrasiert und flexibel mit Widerstand umgegangen wird.

Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung

Das Transtheoretische Modell vertritt die Grundannahme, dass bis zur Verhaltensänderung sechs Stufen durchlaufen werden. Für das Problemfeld „Alkohol in der Schwangerschaft“ lassen sich diese wie folgt beschreiben:

1. Vorerwägung und Absichtslosigkeit

Es besteht kein Interesse, den kritischen Alkoholkonsum zu ändern. Mögliche gesundheitliche Schäden sind nicht bekannt, werden nicht wahrgenommen oder nicht als riskant eingestuft.

2. Erwägung und Absichtserklärung

Es besteht eine ambivalente Haltung, in der das Trinkverhalten zwar als problematisch angesehen wird, jedoch trotz Absichtserklärung noch keine Änderung erfolgt.

3. Entscheidung und Handlungsvorbereitung

Die Vor- und Nachteile des Alkoholverzichts werden abgewogen. Es sollte darauf hingearbeitet werden, dass sich die Überzeugung der Schwangeren festigt, dass eine Änderung der Trinkgewohnheiten vorteilhaft ist.

4. Handlungsstadium

In diesem Stadium erfolgt die Reduzierung des Alkoholkonsums.

5. Aufrechterhaltung der Verhaltensänderung

Diese Phase ist gekennzeichnet durch die Bemühungen, den verringerten Konsum oder gar den Alkoholverzicht beizubehalten. Die neuen Verhaltensweisen werden zur Gewohnheit und die Gefahr eines Rückfalls nimmt ab.

6. Möglicher Rückfall

Sollte die Frau in die alten kritischen Trinkgewohnheiten zurückfallen, sollten die individuellen Gründe schnell erfasst und ein erneuter Anlauf zur Reduzierung des Alkoholkonsums durchgeführt werden

(vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002, S.72f).

Nach diesem Modell ist die Aufgabe des Beratenden zu erkennen, in welchem Stadium sich die Frau befindet, ihr in der Bewältigung dieser Phase beizustehen und den erfolgreichen Übergang in das nächste Stadium zu unterstützen.

Eine Kombination der beiden vorgestellten Konzepte bildet eine gute Voraussetzung für ein gelingendes Beratungsgespräch. Eine adäquate Beratung und Ermutigung, auf den Alkoholkonsum während der gesamten Schwangerschaft zu verzichten, ist unerlässlich und sollte im Rahmen von medizinischen Untersuchungen genauso durchgeführt werden wie in anderen Beratungssettings.

5.6 Zusammenfassung

Es müssten keine Kinder mit FAS oder FAE geboren werden, wenn es gelingen würde, durch ärztliche und öffentliche Aufklärung Frauen in ihrer Einsicht, während der Schwangerschaft keinen Alkohol zu trinken, zu stärken. Eine umfassende Präventionsarbeit ist daher unerlässlich. Die Maßnahmen der Primärprävention beinhalten die öffentliche Gesundheitsförderung und sollen sich an eine breite Bevölkerungsgruppe richten. Das Ziel ist, kritischen Alkoholkonsum von Beginn an zu vermeiden. Eine Möglichkeit der Primärprävention liegt in der schulischen Suchtprävention. Die Schule hat diesbezüglich eine wesentliche Bedeutung, da sie neben der Familie entscheidende Entwicklungsaufgaben für die erfolgreiche Sozialisation der Heranwachsenden stellt. Neben den fachlichen Informationen, welche in verschiedenen Unterrichtsfächern vermittelt werden können, sollte die Schule generell auch Hilfe zur Persönlichkeitsreife bieten.

Sekundärpräventive Maßnahmen hingegen zielen auf das frühzeitige Erkennen von riskantem Alkoholkonsum bei schwangeren Frauen und deren Motivation zur Verhaltensänderung. Es gibt jedoch in Deutschland nur wenige Einrichtungen, welche sich mit dem besonderen Problem der Früherfassung gefährdeter und betroffener schwangerer Frauen und deren gezielter Beratung und Betreuung auseinandersetzen. Im Gegensatz zu abhängigen Frauen, welche intensiver klinischer oder suchttherapeutischer Betreuung bedürfen, können Schwangere mit noch nicht krankhaftem Alkoholkonsum durch Beratung und Ermutigung zu einer aktiven Verhaltensänderung motiviert werden.

6 Aufgaben der Sozialen Arbeit

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde auf verschiedene Problematiken im Zusammenhang mit dem Fetalen Alkoholsyndrom hingewiesen. Darunter fielen insbesondere die Alkoholabhängigkeit von Frauen als Ursache der irreparablen Schädigung der Kinder, die Konsequenzen des mütterlichen Alkoholkonsums für das Kind, die Situation der betroffenen Familien mit den aus der Behinderung des Kindes resultierenden Anforderungen sowie diesbezügliche Unterstützungsmöglichkeiten und Präventionsvorschläge. Dabei wurden verschiedene Aspekte aus sozialarbeiterischer/sozialpädagogischer Sicht betrachtet und diskutiert.

Zu Beginn dieses Kapitels wird ein kurzen Einblick in die Inhalte bzw. Ansatzpunkte der Sozialarbeit/Sozialpädagogik gegeben, um zu verdeutlichen welches Aufgabenspektrum die Soziale Arbeit umfasst. Anschließend werden unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten eines Sozialarbeiters/Sozialpädagogen vorgestellt, welche sich angesichts der oben genannten Problematiken von alkoholgeschädigten Kindern und deren Familien ergeben können.

Eine methoden- und arbeitsfeldspezifische Trennung von Sozialarbeit und Sozialpädagogik wird kaum noch vorgenommen. In Theorie und Praxis gibt es immer wieder Überschneidungen und tendenziell wird heutzutage auch eher der übergreifende Begriff der „Sozialen Arbeit“ gebraucht.

Deren Aufgaben liegen sowohl im Erkennen, in der Prävention als auch in der Behebung von sozialen Problemen und deren Ursachen, im Angebot von adäquaten Bildungs- und Freizeitangeboten sowie in einer politischen Einflussnahme zur Veränderung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (vgl. <http://www.soziales-netz.de/sozialarbeit/berufsbild.htm> am 24.06.2003). Im Mittelpunkt Sozialer Arbeit steht der Mensch in seinen sozialen Bezügen, welcher dazu befähigt werden soll, in freier Entscheidung sein Leben besser zu gestalten und Dysfunktionen vorzubeugen. Sie richtet sich an Personen und Gruppen aller Altersstufen und Schichten. Professionelle Soziale Arbeit arbeitet auf Problemlösungen und Veränderungen hin, dabei basiert die Arbeit auf den Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit. Sozialarbeiter/Sozialpädagogen leisten problemzentrierte Erziehungs- und

Beratungsarbeit, indem sie Wissenslücken füllen, Alternativen aufzeigen und Entscheidungshilfen geben. Sie begleiten im Alltag, intervenieren in Krisensituationen und motivieren zu Eigeninitiative.

Die Soziale Arbeit stützt sich dabei auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme, um schwierige Situationen zu analysieren und um individuelle, organisatorische, soziale und kulturelle Veränderungen zu erleichtern (vgl. http://www.dbsh.de/html/hauptteil_was_ist_sozialarbeit.htm am 02.05.2003). Verschiedene Einzelwissenschaften tragen zu einer Wissenschaft der Sozialen Arbeit bei. Als Wissenschaft ist sie zwischen den sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Nachbardisziplinen einzuordnen. Dazu gehören die Politikwissenschaft, Medizin, Pädagogik, Rechtswissenschaft, Anthropologie, Soziologie und Psychologie. Eine Vielzahl theoretischer und handlungsleitender Ansätze der Sozialen Arbeit bietet dem Sozialarbeiter/Sozialpädagogen eine gewisse Flexibilität, um mit den individuell verschiedenen Problemlagen der Klienten umgehen zu können. Die sozialen Dienstleistungen werden in den verschiedensten Arbeitsfeldern erbracht, beispielsweise in der Vorschulpädagogik, Jugendarbeit, Schulsozialarbeit, Behindertenhilfe, Suchthilfe oder Erwachsenenbildung. Interdisziplinäres Arbeiten unter anderem mit Ärzten, Lehrern, Psychologen oder Juristen ist für die Soziale Arbeit berufstypisch (vgl. <http://www.soziales-netz.de/sozialarbeit/berufsbild.htm> am 24.06.2003).

Die Soziale Arbeit verfügt über eine Vielfalt von Methoden, Techniken und Handlungsmöglichkeiten, die sich sowohl auf den einzelnen Menschen als auch auf dessen Umwelt konzentrieren. Beispielhaft sollen an dieser Stelle die Arbeitsformen und -methoden der Sozialen Einzelhilfe, Familienarbeit, Gruppenarbeit, Gemeinwesenarbeit, Netzwerkarbeit und Bildungsarbeit genannt werden (ebd.).

Im Folgenden werden verschiedene Einsatzgebiete und Interventionsmöglichkeiten eines Sozialarbeiters/Sozialpädagogen in Bezug auf die Betreuung der alkoholgeschädigten Kinder und deren Familien sowie auf die Vermeidung des Fetalen Alkoholsyndroms zusammengetragen.

Die Betreuung des alkoholgeschädigten Kindes und der Eltern durch Sozialarbeiter/Sozialpädagogen

In dem umfangreichen Tätigkeitsgebiet von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen kann es in verschiedenen Bereichen ihrer Arbeit zu einer Konfrontation mit der Problematik von alkoholgeschädigten Kindern und deren Familien kommen. Im Verlauf der Ausführungen wurden bereits einige dieser Arbeitsgebiete erwähnt. Im Folgenden werden diese und weitere beispielhaft zusammengestellt:

- Betreuung und Beratung von schwangeren alkoholabhängigen Frauen in Suchtberatungsstellen, in Therapieeinrichtungen und im Rahmen des niedersächsischen Modellprojektes „Aufsuchende Sozialarbeit für suchtkranke Schwangere und suchtkranke Frauen mit Kindern“ (siehe Kapitel 5.4),
- Betreuung von Selbsthilfegruppen für alkoholabhängige Frauen oder deren Angehörige,
- Betreuung und Beratung von Familien mit einer Alkoholproblematik, um eine tragfähige, dem Kindeswohl entsprechende Familiensituation zu erarbeiten z.B. durch Sozialpädagogische Familienhilfe,
- Schwangerschaftskonfliktberatung,
- Koordination von Therapien für betroffene Kinder in Sozialpädiatrischen Zentren,
- Frühförderung als Hilfe für das Kind und die Eltern (siehe Kapitel 4.5.1.3, 4.5.2.2),
- Betreuung von Müttern und Kindern in Mutter-Kind Heimen,
- Aufklärung und Unterstützung bei der Vermittlung eines alkoholgeschädigten Kindes in eine Pflege- oder Adoptivfamilie (siehe Kapitel 4.2.1),
- Umgang mit alkoholgeschädigten Kindern in sozialpädagogischen Tagesgruppen, in Heimen oder Behinderteneinrichtungen,
- Schulbegleiter (siehe Kapitel 4.5.1.3),
- Aktivierung des Selbsthilfepotenzials der Eltern z.B. durch die Gründung und Betreuung von Elterninitiativen, Familienentlastende Dienste, Supervision für Pflegeeltern (siehe Kapitel 4.5.2.2).

In all diesen Arbeitsgebieten ist es wichtig, dass der Sozialarbeiter/Sozialpädagoge über grundlegende Aspekte der Behinderung informiert ist sowie deren Ursachen

und Auswirkungen abschätzen kann. Ich möchte an dieser Stelle auf einige Arbeitsfelder und Aufgaben der Sozialen Arbeit näher eingehen.

Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Frühförderung

In den Abschnitten 4.5.1.3 und 4.5.2.2 habe ich bereits die unterstützende Funktion von Frühförderstellen, sowohl für das Kind als auch für die Eltern, vorgestellt. Während ärztlich-therapeutische Maßnahmen das Kind als primären Adressaten sehen, konzentriert sich die Soziale Arbeit auf das soziale Interaktionsfeld. Dies bedeutet eine Unterstützung und Begleitung der Eltern, mit dem Ziel, die durch die Behinderung des Kindes hervorgerufene Rat- und Hilflosigkeit abzubauen. Zu den unterstützenden Angeboten, welche zu dem Aufgabenspektrum von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen in Frühförderstellen gezählt werden können, gehören:

- Gespräche mit den Eltern über die Besonderheiten ihres Kindes,
- Hilfestellungen beim pädagogischen Umgang mit dem Kind, d.h. Beratung in speziellen Fragen der Betreuung und Erziehung, Gespräche über Möglichkeiten der Förderung durch die Eltern im alltäglichen Umgang mit dem Kind,
- Beratung der Eltern im Hinblick auf geeignete Möglichkeiten der weiteren institutionellen Betreuung ihres Kindes z.B. Wechsel in einen anderen Kindergarten, Auswahl einer geeigneten Schulform,
- Elternnachmittage zum Erfahrungsaustausch der Eltern untereinander,
- gemeinsame Feste mit Eltern ,Geschwistern und Personal der Einrichtung z.B. Sommerfest, Weihnachtsfeier, Ausflüge,
- bei mobil-ambulant betreuten Kindern die Einbeziehung weiterer an der Erziehung beteiligte Personen z.B. Erzieherinnen des Heimatkindergartens, Erziehungsberatungsstellen sowie Familienangehörige,
- Hilfe bei der Bewältigung sozialer Probleme,
- Vermittlung von Kontakten zu weiterhelfenden Einrichtungen z.B. Selbsthilfegruppen, Erziehungsberatungsstellen,
- Beratungsangebot für Eltern, deren Kinder sich noch nicht in Betreuung einer Einrichtung befinden.

Bei den verschiedenen Aufgaben muss sich der Sozialarbeiter /Sozialpädagoge am Gesamtfeld des familiären Systems orientieren. Des Weiteren ist ein ständiger Austausch mit allen an der Betreuung und Förderung des Kindes beteiligten Fachkräften notwendig, um die Eltern über die umfassenden medizinischen und therapeutischen Besonderheiten ihres Kindes weitreichend zu informieren. Das Ziel ist es, die Funktionstüchtigkeit des häuslichen Erziehungssystems zu stärken bzw. aufrecht zu erhalten (vgl. Speck 1992, S.111).

Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, welche sich für die Arbeit im Bereich der Frühförderung entscheiden, sollten ein hohes Maß an Flexibilität, Kooperationsbereitschaft und Sensibilität mit einbringen, um in der Lage zu sein, ganzheitlich und behindertenbezogen mit den ihnen anvertrauten Kindern und deren Familien zu arbeiten.

Sozialarbeiter/Sozialpädagogen in der Eltern- und Familienberatung

Beratung wird als spezifische sozialarbeiterische/sozialpädagogische Aufgabe angesehen und mehrfach als „gesetzlicher Auftrag“ formuliert (vgl. Alterhoff 1994, S.18, Dewe et. al. 1993, S.100). Gemäß § 16(2) des KJHG sollen Angebote der Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen zur Förderung der Erziehung in der Familie beitragen. § 28 KJHG betrachtet die Erziehungsberatung als eine Maßnahme der Hilfen zur Erziehung.

Die Beratung kann den Eltern von alkoholgeschädigten Kindern spezielle Orientierungshilfen zur Verarbeitung der eigenen Situation sowie zur Planung der Zukunft anbieten, auftretende Schwierigkeiten klären und gemeinsam mit ihnen Lösungsmöglichkeiten erarbeiten. Das Aufgabenspektrum erstreckt sich von der Vermittlung von Informationen und praktischen Hilfeleistungen über die Aufklärung zu speziellen rechtlichen Bestimmungen zugunsten behinderter Kinder und ihrer Familien, Erziehungsberatung und Beratung in medizinischen Fragen bis hin zu psychologisch orientierten Angeboten. Erziehungs- und Familienberatung kann bei einer Vielzahl von Problemsituationen in Anspruch genommen werden, beispielsweise bei Verhaltensauffälligkeiten der Kinder oder familiären Krisen.

Beratung ist jedoch nicht nur als eine Vermittlung von Informationen zu verstehen, sondern auch als „Hilfe zur Selbsthilfe“. Alterhoff (1994, S.22) verweist auf das klientenzentrierte Konzept nach Rogers, bei der die Beziehung zwischen

Ratsuchendem und Berater durch methodisch geleitete Interventionen strukturiert wird und dadurch Veränderung ermöglicht werden. Die Familie soll Unterstützung beim Finden eines Lösungsweges erhalten, den sie als eigene Entscheidung akzeptiert und an dem sich ihr weiteres Handeln orientiert.

Ein Grundsatz der Familienberatung ist die Freiwilligkeit, d.h. die Eltern bestimmen alleine, ob und mit welchen Problemen sie die Beratungsstelle aufsuchen. Grundsätzlich gilt ebenso das Prinzip der Vertraulichkeit, welches beinhaltet, dass alles was im Beratungsgespräch zur Sprache kommt, nur mit Erlaubnis des Klienten nach außen getragen werden darf. Die Leitlinien für eine einführende, verstehende Kommunikation sind Empathie (Einfühlungsvermögen gegenüber dem Klienten), Akzeptanz (der Klient wird akzeptiert wie er ist) und Echtheit (der Berater versucht nicht sich zu verstellen).

Soziale Arbeit als familienbezogene Netzwerkförderung

Unter einem Netzwerk versteht man die Gesamtheit der persönlichen Kontakte einer Person sowie das Gefüge von Beziehungen, in welches sie eingebunden ist.

Sozialarbeiter/Sozialpädagogen sollen vorhandene Stützpunkte im Umfeld der Familie mit einbeziehen und fördern sowie alternative Netzwerke z.B. Elterninitiativen aufbauen. (vgl. Hurrelmann 1992, S.123). Mair (1989, S.44) vertritt die These: „Die inneren Beziehungsstrukturen und Leistungskapazitäten von Familien stehen im engen Zusammenhang mit ihrer Einbindung in ein Netz von äußeren Beziehungen und deren Tragfähigkeit. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Bewältigung ihrer Erziehungs- und sonstigen sozialen Fürsorgeaufgaben.“.

Ausgehend von dieser These und mit den Kenntnissen über die Situation sowie die Anforderungen an die Familien mit einem alkoholgeschädigten Kind (siehe Kapitel 4), lässt sich schlussfolgern, dass ein stabiles soziales Netzwerk von großer Bedeutung ist. Durch dieses kann die Funktionsfähigkeit der Familie aufrechterhalten oder sogar ausgebaut werden und es kann im Bedarfsfall Unterstützung bieten (S.47). Soziale Netzwerke können unterschieden werden in *natürliche* (z.B. Familie, Nachbarn, Freunde) und *organisierte* (z.B. Vereine, Bürgerinitiativen) Netzwerke. Mairs (S.52f) Leitlinien für die Entwicklung von Netzwerkbeziehungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- 1.) Die Familie soll dazu befähigt werden, sich nach eigenen Prioritäten ihre befriedigenden und hilfreichen Netzwerkbeziehungen auszuwählen, aufzubauen und zu sichern.
- 2.) Bei der Gestaltung sozialer Netzwerkbeziehungen soll auf die Bedürfnisse der Familie Rücksicht genommen werden.
- 3.) Um soziale Netzwerke aufrechtzuerhalten müssen die Kontakte gepflegt werden.

Arbeitet man mit den betroffenen Familien in einem am Anfang des Kapitels vorgestellten Kontext oder auf einer anderen Ebene zusammen, gehört auch die Netzwerkförderung zu den Aufgaben der Sozialen Arbeit. Die Netzwerkförderung umfasst die Gesamtheit aller Aktivitäten, die der Erhaltung, Befähigung und Weiterentwicklung vorhandener gesundheitsrelevanter Netzwerke in der Arbeits- und Lebenswelt dienen.

Öffentlichkeitsarbeit als professionelles Handlungsfeld der Sozialen Arbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit im sozialen Bereich ist ein zweiseitiger Prozess, in dem zum einen die Allgemeinheit über die Bedürfnisse und Schwierigkeiten Einzelner oder ganzer Gruppen informiert werden soll und zum anderen der betroffene Einzelne erfährt, ob und welche Art der Hilfe er von wem erwarten kann. Es soll ein großer Teil der Gesellschaft erreicht, informiert und beteiligt werden, mit dem Ziel bestimmte Tatsachen und Meinungen zu verbreiten sowie gewisse Tendenzen, Informationen oder auch Kontroversen in die öffentliche Kommunikation einzubringen. Ein weiterer Schwerpunkt, auf welchen an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden soll, beinhaltet die Bemühungen, die eigene Arbeit darzustellen und für die Öffentlichkeit transparent zu machen (vgl. van Bebber 1990, S.7).

Im Bezug auf die Problematik von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und der daraus resultierenden Behinderung des Kindes sollte es das Ziel der Sozialen Arbeit sein, eine öffentliche Aufklärung zu betreiben, welche die Bevölkerung über die Folgen von Alkohol in der Schwangerschaft informiert und ihr Verständnis für Betroffene zu wecken versucht. Des Weiteren sollen Betroffene über Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen aufgeklärt werden. Die Zielgruppen dieser

Informationen sind somit die breite Öffentlichkeit sowie spezielle Gruppen von Betroffenen, Müttern mit erhöhtem Risiko aber auch Fachleute wie Sozialarbeiter, Ärzte oder Therapeuten.

Wenn es durch öffentlichkeitswirksame Aktionen gelingt, das Bewusstsein für die möglichen Konsequenzen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu wecken, dann kann dadurch die Zahl der Geburten von alkoholgeschädigten Kindern verringert werden. Somit hat Öffentlichkeitsarbeit diesbezüglich primärpräventiven Charakter. Im Punkt 5.2 habe ich bereits einige Möglichkeiten zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit benannt, welche dieses Ziel verfolgen. Dazu gehören unter anderem das Verteilen und Auslegen von Broschüren und Faltblättern, Veröffentlichungen in den Medien oder Informationsveranstaltungen über FAS/E.

Um betroffenen Eltern den Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten zu erleichtern sollte es zu den Aufgaben eines Sozialarbeiters/Sozialpädagogen gehören, Informationsveranstaltungen zu organisieren, mit Behindertenverbänden zu kooperieren sowie Kontakte zu Behinderteneinrichtungen oder Elterninitiativen herzustellen. Dies betrifft beispielsweise den institutionellen Rahmen der Frühförderung oder des Sozialpädiatrischen Zentrums. Des Weiteren können Anzeigen oder Hinweise in den öffentlichen Medien, Aushänge in Arztpraxen, Institutionen, Behörden und Ämtern Informationen über weiterführende Hilfsangebote vermitteln.

Ausgehend von dem Anspruch der Sozialen Arbeit, den Menschen in seinen sozialen und gesellschaftlichen Bezügen zu sehen, wurden innerhalb dieses Kapitels verschiedene Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Betreuung und Begleitung von alkoholgeschädigten Kindern und deren Familien zusammengetragen. Es sollte verdeutlicht werden, dass die Konfrontation mit der Problematik des Fetalen Alkoholsyndroms in verschiedenen Arbeitsbereichen erfolgen kann und diesbezüglich im Blickwinkel von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen stehen sollte.

7 Fazit

Das Anliegen dieser Arbeit war es, auf die Problematik von Alkohol in der Schwangerschaft aufmerksam zu machen, mehr Verständnis und Sensibilität für die Situation alkoholgeschädigter Kinder, ihrer zum größten Teil alkoholkranken Mütter sowie ihrer Familien zu wecken. Im Folgenden werde ich wesentliche Ergebnisse meiner Darstellungen zusammenfassen und Schlussfolgerungen daraus ziehen.

- Die Ursache für das Fetale Alkoholsyndrom und Fetale Alkoholeffekte liegen im Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft. Nicht selten befinden sich die betroffenen Mütter in einer kritischen oder chronischen Phase einer Alkoholabhängigkeit. Alkoholkonsum gehört in unserer Gesellschaft bei den meisten Erwachsenen zum täglichen Leben und erlangte im Vergleich zu vorangegangenen Jahrzehnten auch vermehrte Beliebtheit bei Frauen. Gründe dafür sind in der veränderten Stellung der Frau, in Bezug auf eine soziologische Angleichung der Verhaltensweisen an die des Mannes, zu sehen. Mit dem steigenden Alkoholkonsum stieg auch die Zahl der alkoholabhängigen Frauen. Im Vergleich zu Männern setzen sie Alkohol häufig gezielt ein, um psychische Probleme zu bewältigen. Deren Ursachen sind häufig Partner- und Familienkonflikte sowie ein geringes Selbstwertgefühl. Eine Schwangerschaft und die damit verbundene Verantwortung stellt für die meisten abhängigen Frauen eine weitere Belastung dar. Auf Grund der Sucht fehlt es ihnen häufig an Ruhe und Ausgeglichenheit, um schon während der Schwangerschaft eine positive Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Schwangerschaft alleine zu einer Motivation für ein suchtmittelfreies Leben wird. In den meisten Fällen ist diesbezüglich eine Therapie oder eine frühzeitige adäquate sozialpädagogische Betreuung erforderlich. Die Arbeit mit alkoholabhängigen schwangeren Frauen, basierend auf dem vorgestellten niedersächsischen Modellprojekt „Aufsuchende Sozialarbeit für suchtkranke Schwangere und suchtkranke Frauen mit Kindern“, hat gezeigt, dass eine umfassende Betreuung die werdenden Mütter darin bestärken kann, zumindest während der Zeit der Schwangerschaft, abstinent zu leben und somit einer Schädigung des Kindes vorzubeugen. Ausgehend von diesem Beispiel wäre es wünschenswert, wenn die Soziale

Arbeit, vor allem im Bereich der Suchtkrankenhilfe, ihren Blick für alkoholabhängige Schwangere sowie für alkoholranke Mütter schärfen würde. Eine besondere Betreuung und Beratung kann maßgeblich dazu beitragen, die Zahl der alkoholgeschädigten Kinder zu verringern. In der Begegnung mit alkoholgefährdeten oder alkoholabhängigen Frauen ist es wichtig, den Zusammenhang zwischen individuellen Voraussetzungen und der gesellschaftlichen Situation der Person zu verstehen, um vorbeugend, helfend oder heilend tätig zu werden.

Ein grundlegender Schritt wäre zudem der Alkoholabhängigkeit der Frauen vorzubeugen. Ausgehend von den Faktoren, welche eine Abhängigkeit begünstigen, wären speziell für Frauen konzipierte Trainingsprogramme zur Stärkung der Selbstsicherheit, des Selbstbewusstseins oder zur Erweiterung von Problemlösungsfähigkeiten sowie umfassende Partner- und Familienkonfliktbearbeitungsangebote denkbar.

Eine besondere Berücksichtigung gilt ebenfalls den Vätern. Bedingt durch einen erhöhten Alkoholkonsum kann es zu einer genetischen Veränderung des Spermas kommen, womit sie Einfluss auf die Entwicklungschancen des Kindes nehmen. Des weiteren obliegt ihnen meiner Meinung nach auch weit darüber hinaus eine besondere Verantwortung. Sie sollten gleichermaßen wie die Frauen über die schädigende Wirkung von Alkohol auf das Unbegorene aufgeklärt sein. Insbesondere als Partner einer alkoholabhängigen Frau bedürfen sie intensiver Beratung und Unterstützung, um beispielsweise mit den Bedürfnissen der Frau umgehen zu können und durch positives Einwirken eine notwendige Abstinenz während der Schwangerschaft zu fördern. Daher halte ich es für unabdingbar, die Männer in die Behandlung und Betreuung ihrer alkoholabhängigen Frauen bzw. Partnerinnen mit einzubeziehen.

Gelingt es nicht, die werdenden Mütter zu einer Alkoholabstinenz zu befähigen und damit eine Beeinträchtigung des Kindes zu vermeiden, muss das betroffene Kind in den Blickwinkel von Medizinern, Therapeuten und Sozialpädagogen/Sozialarbeitern rücken.

- Da durch den Alkohol alle Zellen und Organsysteme des Ungeborenen geschädigt werden können, sind die betroffenen Kinder in unterschiedlicher Ausprägung sowohl körperlich, geistig-intellektuell sowie in ihrer Verhaltensentwicklung und sozialen Reifung beeinträchtigt. Es werden drei

Schweregrade des Fetalen Alkoholsyndroms sowie die Fetalen Alkoholeffekte, bei denen gehirnschädigende Veränderung beim Kind auch ohne typische körperliche Merkmale auftreten, unterschieden. Der Überblick über die bei FAS und FAE vorkommenden Organfehlbildungen, Hirnfunktions- und Verhaltensstörungen sowie das Ausmaß der daraus resultierenden möglichen Konsequenzen macht deutlich, in welchem Umfang das Leben der Kinder von Anfang an und unwiderruflich erschwert wird. Daraus resultiert meiner Meinung nach die Notwendigkeit einer intensiven, geduldigen und langjährigen Förderung, welche auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Kindes abgestimmt ist. Die Voraussetzung, um die Behinderung zu verstehen sowie die Förderung, die Behandlung und die medizinische Versorgung zu koordinieren, ist eine frühzeitige Diagnosestellung. Aus verschiedenen Gründen ergeben sich hierbei häufig Schwierigkeiten, so dass die meisten Fälle, vor allem Kinder mit FAE, unentdeckt bleiben. Hierin liegt, nach meinem Verständnis, eines der Hauptprobleme, zum einen im Hinblick auf die fehlenden förderlichen Einflussnahmen auf das Kind und zum anderen in der daraus resultierenden fehlenden Aufklärung der Eltern über die Besonderheiten ihres Sohnes oder ihrer Tochter. Bei Unsicherheiten in Bezug auf die diagnosebestimmenden Faktoren sprechen die diagnostizierenden Ärzte häufig von einer „toxischen Embryopathie“, um eine abwertende, begriffsbedingte Belastung und Bewertung des Kindes zu vermeiden. Damit wird der Alkohol als mögliche auslösende Substanz nicht direkt benannt. Ich halte es für wichtig, bei einer festzustellenden Schädigung des Kindes, welche möglicherweise auf Alkohol zurückzuführen sein könnte, die Eltern in behutsamer Art und Weise auf die möglichen Ursachen anzusprechen und damit auch den Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft zu hinterfragen. So kann unter Umständen ein bestehendes Alkoholproblem der Mutter aufgedeckt und durch eine daraus resultierende Therapie präventiv die Geburt weiterer Geschwisterkinder mit FAS oder FAE verhindert werden.

- Basierend auf den Kenntnissen über die Entstehung des Fetalen Alkoholsyndroms und fetaler Alkoholeffekte kann davon ausgegangen werden, dass die Kinder häufig in Familiensysteme hineingeboren werden, in denen Alkohol bei der Mutter oder bei beiden Elternteilen eine erhebliche Rolle spielt. Handelt es sich um Alkoholikerfamilien, in denen eine durch die Sucht

begünstigte Dysfunktionalität besteht, ist das Kind meist großen Belastungen ausgesetzt. Nicht selten machen diese Kinder Gewalterfahrungen wie körperliche und emotionale Vernachlässigung, Misshandlung oder sogar sexuelle Ausbeutung und Missbrauch. Besonders von alkoholgeschädigten Kindern können die so entstehenden Entwicklungs- und Erziehungsdefizite, kombiniert mit den körperlichen und geistigen Einschränkungen auf Grund der bestehenden Behinderung, kaum ausgeglichen werden. In jedem Fall wird in derartigen komplexen Situationen eine sozialpädagogische Intervention unumgänglich. Es ist die dem Jugendamt obliegende Pflicht, zunächst zu versuchen, die Familie mit Hilfen zur Erziehung bzw. Beratung zu unterstützen und sie zu einer tragbaren, dem Kindeswohl entsprechenden, Pflege und Erziehung zu befähigen. Gelingt dies nicht, wird die Herausnahme des Kindes aus der Familie notwendig. Bei der Auseinandersetzung mit der diesbezüglichen Verantwortung der Sozialen Arbeit wurde deutlich, dass es wenig Entscheidungshilfen in Bezug auf die Fragen gibt: wo das Kindeswohl anfängt, wo es aufhört, ab wann und in welchem Grade die kindliche Entwicklung gefährdet ist und wie lange Hilfsmassnahmen angeboten werden sollten, bis sie als gescheitert gelten. Um eine Entscheidung, basierend auf den subjektiven Wertmaßstäben eines Sozialarbeiters/Sozialpädagogen, zu vermeiden, sind möglichst interdisziplinäre Teambesprechungen sinnvoll. Eine professionelle Handlungsweise macht eine kritische Überprüfung der Lebensumstände des Kindes, vor dem Hintergrund wissenschaftlich-theoretischer Kenntnisse wie auch praktischer Erfahrungen, notwendig.

- Die in meinen Ausführungen diskutierte Frage nach einer geeigneten Form der Fremdunterbringung macht deutlich, dass eine Vermittlung in Pflege- oder Adoptivfamilien angestrebt werden sollte, da gerade alkoholgeschädigte Kinder einer besonderen Pflege und Förderung bedürfen. Bei der Auswahl einer geeigneten Familie ergeben sich jedoch vielfältige Probleme, zum einen im Hinblick auf die Vorstellungen und Wünsche der Familien nach einem gesunden Kind und zum anderen auf Grund der fast unvorhersehbaren kindlichen Entwicklung, auf welche sich die zukünftigen Eltern einlassen müssen. Um diesbezügliche Unsicherheiten und Ängste der Pflege- bzw. Adoptiveltern abzubauen und um späteren Enttäuschungen für das Kind und die Familie vorzubeugen, sind, nach meiner Auffassung, eine umfangreiche

Aufklärung über den bisherigen Lebensweg des Kindes sowie Informationen über die alkoholbedingten Schädigungen und deren mögliche Auswirkungen, notwendig. Auf der Grundlage verschiedener Quellen lässt sich belegen, dass es diesbezüglich einige Defizite gibt, die sich aus einer mangelhaften personellen Ausstattung der Vermittlungsstellen im Jugendamt oder aus Unwissenheit über die Behinderung ergeben könnten. Da im Rahmen dieser Arbeit die Personalausstattung der Jugendämter nicht diskutiert wurde, kann ich zur Verbesserung dieser Situation ausschließlich auf eine grundlegende Aufklärung der zuständigen Sozialarbeiter/Sozialpädagogen zu Risiken und Folgen des mütterlichen Alkoholkonsums hinweisen, um diese zu einer professionellen Beratungs- und Betreuungsarbeit zu befähigen. Insbesondere Familien, die sich einem behinderten oder schwer gestörten Kind annehmen, sollte Unterstützung in Form von ausreichenden Informationen über Hilfsmöglichkeiten bzw. Fördermaßnahmen sowie Empfehlungen zum Umgang mit problematischen Verhaltensweisen zugesichert sein. Wenn möglich und erwünscht sollte der Austausch mit anderen Eltern bzw. Pflegeeltern in ähnlichen Situationen hergestellt werden.

- Ausgehend von der Tatsache, dass alkoholgeschädigte Kinder sowohl körperlich, geistig-intellektuell als auch in ihrer Verhaltensentwicklung beeinträchtigt sein können, ergeben sich für die betroffenen Familien Anforderungen in vielerlei Hinsicht. Je nach Alter treten verschiedene Verhaltensauffälligkeiten auf, welche von den Eltern und anderen betreuenden Personen ein hohes Maß an Flexibilität, Akzeptanz und Verständnis fordern. Um den daraus resultierenden Bedürfnissen des Kindes und der Eltern gerecht zu werden, besteht die Notwendigkeit, sowohl dem Kind, als auch seinen Eltern medizinische, therapeutische sowie sozialpädagogische Intervention zukommen zu lassen. Eine zielgerichtete pädagogische Einflussnahme auf die kindlichen Verhaltensauffälligkeiten kann neben den therapeutischen Fördermaßnahmen eine Entlastung für das Kind und sein Umfeld bedeuten. Vor allem die vorgestellten entlastenden Dienste für die Eltern fallen in den Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit, daher sollten Sozialarbeiter/Sozialpädagogen in den zuständigen Bereichen mit den möglichen Anforderungen an die Familie vertraut sein, um empathisch auf die Bedürfnisse und Probleme der Familien eingehen zu können.

- Eine wesentliche Aufgabe der Sozialen Arbeit kommt, meiner Meinung nach, der Prävention des Fetalen Alkoholsyndroms und der Fetalen Alkoholeffekte zu. Es müssten keine Kinder mit FAS oder FAE geboren werden, wenn es durch ärztliche und öffentliche Aufklärung gelingen würde, Frauen in ihrer Einsicht zu stärken, während der Schwangerschaft keinen Alkohol zu trinken. In der deutschen Gesellschaft besteht jedoch weiterhin ein großes Informationsdefizit über FAS/FAE, was meiner Auffassung nach darauf zurückzuführen ist, dass die Problematik nur am Rande diskutiert und als Problem unterbewertet wird. Die meinerseits vorgestellten Präventionsmöglichkeiten können zu einer Sensibilisierung für die Gefahren von Alkohol in der Schwangerschaft beitragen und das Verständnis für die Betroffenen stärken. Solange solche Präventionsmaßnahmen nicht wirkungsvoll praktiziert werden, muss das durch Alkohol geschädigte Kind und seine Familie im Mittelpunkt stehen.

Die zu Beginn der Arbeit formulierten Fragen konnten im Rahmen meiner Ausführungen beantwortet werden und ließen einen Überblick über die Ursachen der Behinderung und die möglichen Konsequenzen des mütterlichen Alkoholkonsums für das Kind und seine Familie entstehen. Im Laufe der Bearbeitung sind jedoch auch weiterführende Fragen entstanden, die deutlich machen, dass es sich bei dem Fetalen Alkoholsyndrom und den Fetalen Alkoholeffekten um eine konsequenzenreiche und über die gesamte Lebensdauer der Betroffenen erstreckende Problematik handelt. Offene Fragen ergeben sich beispielsweise im Hinblick auf eine Unterstützung von erwachsenen Menschen mit FAS oder FAE zu einer selbstständigen Lebensführung und einer Eingliederung in ein, ihren Fähigkeiten entsprechendes, Arbeitsverhältnis.

Die in vorliegender Arbeit aufgeführten Erkenntnisse sollten, meines Erachtens nach, in jedem Fall zu dem Wissensrepertoire insbesondere derjenigen Sozialarbeiter und Sozialpädagogen gehören, welche in Arbeitsbereichen tätig sind, in denen eine Konfrontation mit der Problematik des Fetalen Alkoholsyndroms möglich ist. Das Ziel sollte es sein, eine erforderliche Aufklärung der breiten Bevölkerung, eine frühzeitige Diagnosestellung sowie eine gezielte Intervention zu ermöglichen.

Literaturverzeichnis

Alterhoff, Gernot (1994). Grundlagen klientenzentrierter Beratung. Eine Einführung für Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und andere in sozialen berufen Tätige. Stuttgart, Berlin, Köln

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

Arenz-Greiving, Ingrid (1998). Die vergessenen Kinder. Kinder von Suchtkranken. Wuppertal

Baumgarten, Stephanie (2001). Das Thema „Alkohol“ als Gegenstand des Biologieunterrichts. In: *Tossmann, Peter, Weber, Norbert H.* (2001). Alkoholprävention in Erziehung und Unterricht. Herbolzheim

Bätz, Andrea (1997). Zur Situation von Kindern in Alkoholikerfamilien. Familienstruktur und Rollenzuschreibung. Aachen

Berger, Herbert, Legnaro, Aldo, Reuband, Karl-Heinz (1983). Frauenalkoholismus. Entstehung, Abhängigkeit, Therapie. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz

Bertling, Annette Agnes (1993). Wenn die Eltern trinken. Mögliche Auswirkungen der Alkoholsucht der Eltern auf deren Kinder. Berlin

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000). Frühförderung. Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998). Geschlechtsbezogene Suchtprävention. Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen. Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002). Alkohol in der Schwangerschaft. Ein kritisches Resümee. Köln

Cloerkes, Günter (1997). Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Heidelberg

Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren. e.V. (1995). Alkoholismus. Eine Information für Ärzte. Lahr

Dewe, Bernd, Ferchhoff, Wilfried, Scherr, Albert, Stüwe, Gerd (1993). Professionelles soziales Handeln. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. Weinheim, Münschen

Dilger, Helga (2001). Sex & Drugs & Alkohol oder „Jetzt bin ich auch noch schwanger!“. In: *Zobel, Martin* (Hrsg.) (2001). Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder. Bonn

Engelke, Angelika (1994). Familien mit behinderten Kindern. In: *Grunow*, Dieter (1994). Gesundheit und Behinderung im familialen Kontext. Weinheim, München

Feldmann-Vogel, Rita (1987). Chancen und Risiken einer Behandlung von Müttern und Kindern in einer Fachklinik für suchtkranke Frauen. In: *Brakhoff*, Jutta (Hrsg.)(1987). Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie. Freiburg im Breisgau

Finger, Gertraud (2000). Ja, mein Kind ist anders. Ein Mutmachbuch für Eltern behinderter Kinder. Zürich

Günther, Andrea (2002). Mitschrift zum Seminar: Familie und Recht bei Prof. Dr. Eckart Riehle. Fachhochschule Erfurt Dezember 2002

Günther, Andrea (2003). Mitschrift zum Seminar: Angehörigenarbeit bei Prof. Dr. Marlene Bock. Fachhochschule Erfurt am 07.04. 2003

Hilgers, Ingrid. (1993). Vorsorge zur Alkoholembryopathie. Modellprojekt in Hannover In: *Krankenpflege Journal* 1993, (31) S. 317-318

Hirsch, Mathias (1997). Schuld und Schuldgefühle. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjektion. Göttingen

Hobmair, Hermann (1996). Pädagogik. Köln, München

Hurrelmann, Klaus (1992). Die Rolle der Familie für die Gesundheitsentwicklung von Jugendlichen. In: *Mühlum*, Albert, *Oppl*, Hubert (1992). Handbuch der Rehabilitation. Rehabilitation im Lebenslauf und wissenschaftliche Grundlagen der Rehabilitation. Neuwied, Berlin

Hüttl, Werner, *Stork*, Jochen, *Thaler*, Anna-Luise (2001). Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung – Syndrom oder Symptom?. In: *Passolt*, Michael (Hrsg.) (2001). Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München

Jun, Gerda (1989). Kinder die anders sind. Bonn

Kammerer, Bernd, *Rumrich*, Renate (Hrsg.) (2001). ...und es gibt sie doch! Suchtprävention an Schulen. Konzepte, Modelle und Projekte. Nürnberg

Knapp, Rudolf (Hrsg.) (1996). Vorbeugung gegenüber Suchtgefahren. Aufgabe von Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung in Kindes- und Jugendalter. Neuwied, Krißel, Berlin

Kreitsch, Markus R. (2001). Das Thema "Alkohol" als Gegenstand des Chemieunterrichts. In: *Tossmann*, Peter, *Weber*, Norbert H. (2001). Alkoholprävention in Erziehung und Unterricht. Herbolzheim

Langenheim, Heike (2001). Das Thema "Alkohol" als Gegenstand des Deutschunterrichts. In: *Tossmann, Peter, Weber, Norbert H.* (2001). Alkoholprävention in Erziehung und Unterricht. Herbolzheim

Lindenmeyer, Johannes (2001). Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Weinheim

Löser, Hermann (1995). Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. Stuttgart, Jena, New York

Löser, Hermann (2001). Alkohol in der Schwangerschaft. In: *Zobel, Martin* (Hrsg.) (2001). Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder. Bonn

Löser, Hermann (1987). Kindliche Schäden durch Alkohol in der Schwangerschaft. In: *Brakhoff, Jutta* (Hrsg.) (1987). Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie. Freiburg im Breisgau

Löser, Hermann, Schöller, Meike, Kurlemann, Gerhard, Pfefferkorn, Joachim (1985). Kinder mit Alkoholembryopathie. Entwicklung und soziales Umfeld. In: *Sozialpädiatrie* 1985, 7 (7) S. 340-345

Löser, Hermann, Ilse, Rita (1987). Kindeswohl und Fremdplatzierung bei Alkoholembryopathie. In: *Sozialpädiatrie* 1987, 9 (9) S. 614-620

Mair, Helmut (1989). Familienarbeit und soziale Netzwerkentwicklung. In: *Hohmeier, Jürgen, Mair, Helmut* (Hrsg.) Eltern- und Familienarbeit. Familien zwischen Selbsthilfe und professioneller Hilfe. Freiburg im Breisgau

Majewski, Frank (Hrsg.) (1987). Die Alkohol-Embryopathie. Angeborene Behinderung durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft. Epidemiologie, Pathogenese, Klinik, Rehabilitation und Prävention. Frankfurt am Main

Mattner, Dieter (2001). Hyperaktivität aus der Sicht der Heilpädagogischen Anthropologie. In: *Passolt, Michael* (Hrsg.) (2001). Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München

Meulenbelt, Anja (1998). Frauen und Alkohol. Reinbek bei Hamburg

Nestler, Veronika, Spohr, Hans-Ludwig, Steinhausen, Hans-Christoph (1981). Die Alkoholembryopathie. Mehrdimensionale Studien zu den Folgen des Alkoholismus in der Schwangerschaft. Göppingen

Nitzschke, Kerstin (1998). Im Mutterleib ertrunken. Kinder mit Alkoholembryopathie. In: *Kallenbach, Kurt* (Hrsg.) (1998). Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Ausgewählte Krankheitsbilder und Behinderungsformen. Berlin

Passolt, Michael (Hrsg.) (2001). Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. München

Porr, Theo Wilhelm (1987). Alkoholkrankheit und Mutterschaft. In: *Majewski*, Frank (Hrsg.) (1987). Die Alkohol-Embryopathie. Angeborene Behinderung durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft. Epidemiologie, Pathogenese, Klinik, Rehabilitation und Prävention. Frankfurt am Main

Porr, Theo Wilhelm (1990). Behandlung von suchtkranken Müttern und ihren Kindern. Erfahrungsbericht aus der Bernhard-Salzman-Klinik. In: *Steiner*, Marianne (Hrsg.) (1990). Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. Frankfurt am Main

Puxi, Marco, *Kremer-Preiß*, Ursula, *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (1999). Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkohol- bzw. drogenabhängiger Elter, -teile. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung 1991-1998. Stuttgart, Berlin, Köln

Rosenberg, Holger, *Steiner*, Marianne (1991). Paragraphenkinder. Erfahrungen mit Pflege- und Adoptivkindern. Reinbek bei Hamburg

Ruthe, Reinhold, *Glöckl*, Peter (1999). Alkohol in Ehe und Familie. Was die Familie tun kann. Wuppertal

Sarimski, Klaus (2001). Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

Schenk, Britta (1993). Die Alkoholembryopathie. Klinische Symptomatik und Entwicklungsverlauf mit Fallbeispiel. Halle-Wittenberg

Schmidt, Lothar (1997). Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch. Stuttgart, Berlin Köln

Schweizer, Christel, *Prekop*, Jirina (1991). Was unsere Kinder unruhig macht....Ein Elternratgeber. Aufklärung über Ursachen der Hyperaktivität, Empfehlungen zur Förderung der normalen Entwicklung. Stuttgart

Speck, Otto (1990). Rehabilitation durch Frühförderung. In: *Mühlum*, Albert, *Oppl*, Hubert (1992). Handbuch der Rehabilitation. Rehabilitation im Lebenslauf und wissenschaftliche Grundlagen der Rehabilitation. Neuwied, Berlin

Spohr, Hans-Ludwig (1990). Das fetale Alkoholsyndrom - die Alkoholembryopathie. Ein klinischer Überblick. In: *Steiner*, Marianne (Hrsg.) (1990). Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. Frankfurt am Main

Spohr, Hans-Ludwig (1987). Neurologische und psychiatrische Befunde bei pränataler Alkoholexposition. In: *Majewski*, Frank (Hrsg.) (1987). Die Alkohol-Embryopathie. Angeborene Behinderung durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft. Epidemiologie, Pathogenese, Klinik, Rehabilitation und Prävention. Frankfurt am Main

Steiner, Marianne (Hrsg.) (1990). Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. Frankfurt am Main

Streissguth, Ann (1997). Fetal Alcohol Syndrome. A guide for families and communities. Maryland

Streissguth, Ann (1987). Fetal Alcohol syndrome and Fetal Alcohol Effects. Teratogenic Causes of Mental Retardation and Developmental Disability. In *Majewski, Frank* (1987). Die Alkoholembryopathie. Angeborene Behinderung durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft. Epidemiologie, Pathogenese, Klinik, Rehabilitation und Prävention. Frankfurt am Main

Thiel, Wolfgang (1990). Selbsthilfegruppen und Familie. In: *Textor, Martin R.* (Hrsg.) (1992). Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe. Frankfurt am Main

Tossmann, Peter, Weber, Norbert H. (2001). Alkoholprävention in Erziehung und Unterricht. Herbolzheim

Trube-Becker, Elisabeth (1990). Die Alkoholkrankheit bei Frauen. Ursachen und Folgen. In: *Steiner, Marianne* (Hrsg.) (1990). Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. Frankfurt am Main

Van Bebber, Frank, Neisen, Gerd (1990). Wie sage ich es der Öffentlichkeit. Presse und Öffentlichkeitsarbeit im sozialen Bereich. Frankfurt am Main

Wässer St., Theile H., Schröter G. (1991). Zum konzeptionellen Vorgehen in der Betreuung von Kindern mit embryofetalen Alkoholsyndrom. In: *Daute K.-H.*, Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. München, Bern, Wien, San Francisco

Waibel, Eva Maria (1994). Von der Suchtprävention zur Gesundheitsförderung in der Schule. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York

Warnke, Andreas (1990). Frühförderung und Zusammenarbeit mit der Familie. In: *Neuhäuser, Gerhard, Steinhausen, Hans Christoph* (Hrsg.) (1990). Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Stuttgart, Berlin, Köln

Zobel, Martin (Hrsg.) (2001). Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder. Bonn

Datenträger:

CD-Rom: Alkoholembryopathie eine vermeidbare Tragödie. FAS World (Hrsg.). (09.09.2001).o.O.

Verwendete Aufsätze:

- *Drozella, Annika (o.J.). Zum aktuellen Forschungsstand des fötalen Alkoholsyndroms. o.O.*
- *Gibson, Ann (o.J.). Fetale Alkoholsyndrom, eine vermeidbare Tragödie. o.O.*
- *Kopera-Frye, K.,Connor; P. D., Streissguth A. P. (o.J.). Neue Erkenntnisse zum fötalen Alkoholsyndrom. Implikationen für Diagnostik, Behandlung und Prävention. o.O.*
- *Ubrig, Cornelia (2000). Förderung, Sozialisation und soziale Integration von Kindern mit Alkoholembryopathie in der BRD und den USA. Regensburg*

Internet

<http://www.fasworld.de/kindermund.html> am 25.02.2003

<http://www.fasworld.de/spohr1.html> am 14.03.03

<http://www.fasworld.de/mothers.html> am 25.06.2003

http://home.tiscalinet.ch/onlinegruppe.ohnegrenzen/aa_onlinegruppe_ohnegrenzen_who.htm am 30.04.2003

<http://www.api.or.at/akis/texte/002/icd10.htm> am 05.05.2003

<http://www.dhs.de/basis/alkohol.htm> am 01.05.2003

http://www.alkohol-lexikon.de/fr_index.html?statistik.html am 05.05.2003

<http://www.btonline.de/krankheiten/sucht/alkohol/hinweise/alkhinweise02.html>
am 05.05.2003

<http://home.t-online.de/home/ilona.Buehring/frau.htm> am 09.06.2003

<http://www.kontaktco.at/shop/pdf/101-10.pdf> am 09.06.2003

<http://ourworld.compuserve.com/homepages/AnnGibson1/wasistmi.htm>
am 08.04.03

<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/Praenatalpdf.pdf>
am 04.03.2003

<http://www.moses-online.org/Infodienst/Pflegekinder/Behinderung/situation.htm>
am 26.05.2003

<http://www.moses-online.org/Infodienst/Pflegekinder/Praxis/supervision.htm>
am 26.05.2003

<http://www.moses-online.org/Infodienst/Pflegekinder/Recht/stellungkind.htm>
am 25.05.2003

<http://www.moses-online.org/Infodienst/Pflegekinder/Recht/befugnisse.htm>
am 26.05.2003

<http://www.moses-online.org/Infodienst/Pflegekinder/Praxis/supervision.htm>
am 31.05.2003

<http://www.muetter.besondere-kinder.de> am 30.06.2002

http://www.uni-landau.de/~instfson/hospitation_schramm.htm am 31.05.2003

<http://www.smb-bw.de/therapie/moto.shtml> am 31.05.2003

<http://www.musiktherapie.de/index.htm> am 31.05.2003

<http://de.groups.yahoo.com/group/fasae/files/Rechtsgrundlagen/> am 02.06.2003

http://www.dbsh.de/html/hauptteil_wasistsozialarbeit.htm
am 02.05.2003

Bildnachweis

Abbildung 1: überarbeitet aus <http://home.t-online.de/home/ilona.Buehring/frau.htm> am 28.06.2003

Abbildung 2: *Drozelle* CD Rom, S.32

Abbildung 3: überarbeitet aus www.fasworld.de/gesichtsmerkmale.html am 28.06.2003

Abbildung 4: muse.widener.edu/~dxr0003/engl346.html am 28.06.2003

Abbildung 5: www.fasworld.de am 28.06.2003

Danksagung

Als aller erstes möchte ich mich bei den betreuenden Professoren Dr. Eckhard Giese und Dr. Karl-Heinz Stange bedanken, welche mir bei allen Fragen hilfreich zur Seite standen. Ganz besonderen Dank gilt meinem Freund Andy, der mich in jeglicher Hinsicht unterstützte, mir Mut machte, Anregungen gab und mir bei computertechnischen Problemen immer hilfreich zur Seite stand. Ich danke meiner Mutti und Peter, meinem Bruder Enrico, Anja, Stefan und Gabi für ihre Kritik und Denkanstöße, meiner Mutter zudem besonders für die materielle und seelische Unterstützung meines Studiums. Bei meinen Mitbewohnern und Freunden Maria, Gerrit und Nicole bedanke ich mich für die schöne Zeit der Diplomarbeitsphase, die moralische Unterstützung und all den Spaß, den wir in dieser Zeit zusammen hatten.

Den Mitglieder des FAS Forum gilt mein Dank für die Aufnahme in das Forum, welche mir die Möglichkeit gab Informationen über Probleme, Höhen und Tiefen im Leben mit einem FAS Kind aus erster Hand zu erhalten und für die Beantwortung von fachlichen Fragen. Hierbei denke ich im besonderen Maße an die Pflegefamilie, die mir im Laufe eines Wochenendes die Möglichkeit gab, einen Einblick in den Alltag mit ihren alkoholgeschädigten Kindern zu bekommen. Für ihre Herzlichkeit und Offenheit möchte ich mich sehr bedanken.

Für ihre Gesprächsbereitschaft und die fachlichen Informationen danke ich dem Oberarzt des Sozialpädiatrischen Zentrums Herrn Dr. Schulze, Frau Wilhelm aus der Suchtberatungsstelle und den Mitarbeiterinnen des Jugendamtes in Erfurt.

Schließlich gilt mein Dank noch allen meinen Freunden, die mich unterstützt, mir beigestanden haben und aus dieser Aufzählung ausgeblieben sind.

Anhang

Folgende Inhalte sind im Anhang aufgeführt:

- Tabelle zur klinischen Symptomatik, deren Häufigkeiten und Bewertung der Alkoholembryopathie
- Interview im Sozialpädiatrischen Zentrum Erfurt
- Interview in der Suchthilfe in Thüringen gGmbH
- Interview im Allgemeinen sozialen Dienst des Jugendamtes Erfurt
- ausschlaggebende verwendete Paragraphen
- Auflistung einer Mutter eines 15 jährigen FAS-Kindes zu den sich für Eltern ergebenden Anforderungen

Tabelle Nr.1

Punkte nach Majewski	Symptome	Häufigkeiten
4	Intrauteriner Minderwuchs, Untergewicht	88% (Lö), >80% (Cl), 83% (Maj)
-	Postnatale Wachstumsverzögerung	86% (Maj)
-	Vermindertes subkutanes Fettgewebe	ca. 80% (Lö)
	Kraniofaziale Dysmorphie	
4	Mikrocephalie	82% (Lö), 72% (Sp), 81% (Maj)
2	Haaraufstrich im Nacken	ca. 35% (Lö)
3	Verkürzter Nasenrücken	51% (Maj), 52% (Sp)
1	Nasolabialfalten	67% (Maj), 48% (Sp)
1	Schmales Lippenrot, dünner Lippenwulst	65% (Maj), 69% (Sp)
-	Fehlendes / flaches / verlängertes Philtrum	95% (Lö)
-	Fehlender Cupidobogen	20% (Lö)
-	kleine Zähne / Zahnanomalien	31% (SP), 28% (Maj)
2	Hypoplasie der Mandibel, fliehendes Kinn	65% (Maj), >50% (Cl), 82% (Sp)
2	Hoher Gaumen	27% (Maj), >80% (Cl), 69% (Sp)
4	Gaumenspalte	7% (Maj), 7% (Sp), 4,4% (Lö)
-	Dysplastische, tief ansetzende Ohren	59% (Sp), 26-50% (Cl), 31% (Maj)
	Augenfehlbildungen	
-	Myopie / Hyperopie / Astigmatismus	25% (Lö)

-	Strabismus	23% (Lö), 20% (Maj), 27% (Sp)
-	Spaltbildungen	ca. 5% (Lö)
-	Opticusaplasie / - Hypoplasie	ca.10% (Lö)
-	Microphthalmie / Mikrocornea	5% (Lö), 3% (Maj)
2	Epikanthus	54% (Maj), 68% (Sp), 26-50% (Cl)
2	Ptosis	36% (Maj), 26-50% (Cl),, 14% (Sp)
2	Blepharophimose	24% (Maj), 49% (Sp)
-	Antimongoloide Lidachsen	34% (Maj), 49% (Sp)
2 / 4	Genitalfehlbildungen	32% (Lö), 39% (Sp), 40% (Maj)
4	Nierenfehlbildungen	9% (Bra), 10% (Maj), 8,0% (Sp)
4	Herzfehler	29% (Lö), 30% (Maj)
-	Alkoholkardiomyopathie	3% (Lö)
-	Haemangiome	10% (Maj), 8,3% (Lö), 11,1% (Sp)
	Extremitäten / Skelettfehlbildungen	
3	Anomale Handfurchen	7% (Maj), 52% (Sp)
-	Flaches Handlinienrelief	ca.15% (Lö)
2	Brachy- / Klinodactylie	38% (Maj), 65% (Sch), 61% (Sp)
2	Kamptodactylie	13% (Maj), 6,8% (Sch), 8,5% (Sp)
1	Hypoplasie der Endphalangen / Nägel	14% (Maj), 11% (Sch), 10% (Sp)
2	Radioulnare Synostose / Supinationshemmung	14% (Lö), 11% (Sp), 11% (Maj)
2	Hüftluxation / -dysplasie	11% (Maj), 14% (Sp), 7% (Sch)
-	Skoliose	7% (Lö), 3% (Maj)
-	Trichterbrust (pectus excavatum)	12% (Lö), 20% (Maj), 17% (Sp)
-	Kielbrust (pectus gallinaceum)	6% (Lö), 7% (Sp), 1-25% (Cl)
-	Rippenanomalien	10% (Lö), 10% (He)
-	Wirbelanomalien	5% (Sch)
	Weitere Fehlbildungen	
2	Hernien	12% (Lö), 25% (Sp), 1-25% (Cl)
-	Bindegewebsschwäche	ca.25% (Lö), 42% (Maj)
1	Fovea coccygea	51% (Maj), 59% (Sp)
	Neurologische, mentale, psychopathol. Störungen	
2 / 4 / 8	Geistige Entwicklungsverzögerung	89% (Lö), 83% (Maj), 93% (Sp)
-	Sprachstörungen	80% (Shaywitz et al. 1984)
-	Hörstörungen	ca.20% (Lö)

-	Eß- und Schluckstörungen	ca.30% (Lö)
-	Schlafstörungen, Pavor nocturnus	ca.40% (Lö)
2	Muskul. Hypotonie, Muskeldysplasie	57% (Maj), 65% (Sp)
-	Verminderte Schmerzempfindlichkeit	ca.20% (Lö)
-	Feinmotorische Dysfunktion	ca.80% (Lö)
-	Krampfanfälle	6% (Lö)
	Verhaltensstörungen	
4	Hyperaktivität, Hyperexzitabilität	72% (Lö), 72% (Sp), 74% (Maj)
-	Distanzlosigkeit, Vertrauensseligkeit	ca.50% (Lö)
-	Erhöhte Risikobereitschaft, Waghalsigkeit	ca. 40%
-	Autismus	3% (Lö)
-	Aggressivität, dissoziales Verhalten	ca.3% (Lö)
-	Emotionale Instabilität	ca. 30%

Punkte	10 – 29 Punkte:	Schädigungsgrad I (leicht) der Alkoholembryopathie
	30 – 39 Punkte:	Schädigungsgrad II (mäßig)
	> 40 Punkte:	Schädigungsgrad III (schwer)

Abkürzungen: Bra = Brachmann (1987), CL = Clarren und Smith (1978), He = Hermann et al. (1980), Lö = Löser (1991 + 1992), Maj = Majewski (1988 + 1993), Sch = Schubert (1988), Spohr (1989 + 1990)

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

Interview im Sozialpädiatrischen Zentrum Erfurt mit Oberarzt Dr. Schulze am 25. Februar 2003

Es ist die Aufgabe des Sozialpädiatrischen Zentrums, behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder unter besonderer Berücksichtigung psychologischer Aspekte zu behandeln. Dazu gehören unter anderem die Diagnosestellung, die Einleitung von Therapiemaßnahmen und die Beratung der Eltern. Oberarzt Dr. Schulze erklärte sich bereit, zu einigen Fragen in Bezug auf die Diagnosestellung und Therapieangebote für alkoholgeschädigte Kinder Stellung zu nehmen.

Das folgende Interview beantwortet zwar eine Reihe von Fragen aus medizinischer Sicht, lässt aber auch aus sozialpädagogischem Blickwinkel kritische Fragen entstehen.

1. Können Sie hier im SPZ die Diagnose Fetales Alkoholsyndrom oder Alkoholeffekte stellen?

Das können wir, ja.

2. Wie wird diagnostiziert? Nach welchen Kriterien?

Man kann eine Embryopathie nur symptomatisch diagnostizieren. Man kann es nie beweisen. Es ist schwierig zu beweisen, dass es sich ausgerechnet um eine Alkoholembryopathie handelt. Sie können dort bestimmte Symptome finden, das sind sogenannte dysplastische Symptome, das sind phänotypische Erscheinungen. Das haben sie sicher gelesen z.B. schmales Lippenrot, kleiner Kopf, flache Nase usw.. Das ist aber nicht 100% beweisend für Alkoholembryopathie, sondern es ist ein Hinweis darauf, dass durch eine schädigende Noxe, in einer ganz bestimmten Schwangerschaftszeit, frühen Zeit der Schwangerschaft, eine Einwirkung stattgefunden hat, die diese Veränderung hervorgerufen hat. Es gibt Embryopathien auf der Grundlage von allen möglichen Medikamenten, von denen wir wissen, dass diese sich schädigend auswirken. Es gibt eine ganze Reihe von Substanzen, die, wenn sie zu einer bestimmten Zeit der frühen Schwangerschaft einwirken, eine generelle Veränderung in der Differenzierung herbeiführen. Es gibt aber je nach Noxe gewisse Akzente, wie so eine Embryopathie aussieht. Ich empfehle ihnen das Buch von Majewski, darin finden sie eine Zusammenstellung von mindestens 30-40 Dysplaziemerkmale. Der sogenannte „Majewski Score“ ist

nach wie vor gültig für die Diagnosestellung. Wenn nach diesem die Zusammenstellung von einzelnen Dysplaziezeichen bestimmte Zahlen ergeben, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass es sich um eine Alkoholembryopathie handelt. Die Diagnose ist rein klinisch.

3. Wenn die Embryopathie durch eine andere Noxe verursacht wurde, zeigen sich dann genau die selben Merkmale wie bei einer Alkoholembryopathie?

Ja, eigentlich kann man das so sagen. Ich bin mit der Diagnose Alkoholembryopathie eher etwas zurückhaltend, weil das natürlich eine stigmatisierende Diagnose ist. Wenn man dem Kind sagt: „Du hast eine Alkoholembryopathie.“, dann sagt man gleichzeitig: „Deine Eltern, oder deine Mutter ist eine Alkoholikerin oder eine Alkoholmissbräuchlerin.“ Ich sage dann eher nur: „Es handelt sich um eine Embryopathie.“. Ansonsten helfe ich dem Kind ja wenig mit der Diagnose.

4. Wie oft wird diese Behinderung diagnostiziert?

Nicht so sehr häufig, aber über Zahlen lässt sich da schwer etwas sagen. Es kommt aber immer wieder vor. Wir bekommen die Kinder überwiesen und zwar deshalb, weil es irgendwo Probleme gibt. Es gibt aber auch eine ganze Reihe von Kindern mit Alkoholembryopathie, auch leichtere Formen, die keine weiteren größeren Probleme haben. Sie laufen im Grunde genommen einfach so mit, als schwach normale Kinder, als unruhige Kinder. Diese kommen nicht und werden weniger diagnostiziert.

5. Wurde die Diagnose vorher schon von anderen Ärzten z.B. vom Kinderarzt oder von Ärzten in der Geburtsklinik gestellt?

Ja auch. Wenn es sich in ausgeprägter Form zeigt und die soziale Konstellation da ist, dann ist es auch nicht sehr schwer die Diagnose zu stellen.

Das Krankheitsbild zeigt sich aber in allen Nuancen. Die Empfindlichkeit des heranwachsenden Keimes ist auch unterschiedlich groß. Man kann sagen, dass es Menschen gibt, die von der Erbsubstanz her weniger empfindlich gegenüber dem Alkohol sind, auch im Hinblick auf die Entwicklung einer Embryopathie.

6. Es ist ja auch so, dass Frauen trotz einer Alkoholabhängigkeit und/oder häufigem Trinkens von Alkohol nicht unbedingt ein Kind mit einer Alkoholembryopathie gebären müssen.

Richtig, dass hängt damit zusammen. Es ist einfach eine Frage wie resistent der Fetus gegenüber dieser Noxe ist.

7. Aber demzufolge kann man ja auch sagen, dass eine Frau, die nicht Alkoholikerin ist, sondern nur gelegentlich trinkt z.B. an den Wochenenden, auch ein Kind mit einer Alkoholembryopathie bekommen kann.

Ja, dass ist denkbar. Es sind ja auch Synergien denkbar, d.h. dass in einer bestimmten sensiblen Phase der Schwangerschaft, sowohl von der Seite des Alkohols, als auch von irgendeiner anderen Seite z.B. Medikamente, ein Zusammenwirken stattfindet.

8. Wie schätzen Sie die Möglichkeit ein das Fetale Alkoholsyndrom unmittelbar nach der Geburt festzustellen?

Es gibt schon Indizien, z.B. Untergewichtigkeit, oder eben der kleine Kopf, auch Nase und Augen fallen dann meist als erstes auf. Dann sagt die Hebamme „uhhh“. Das bedeutet zwar noch nicht die Diagnose, aber bei ausgeprägten Fällen ist die Annahme da.

9. Wenn dann die Ahnung, dass es sich um eine Alkoholembryopathie handeln könnte, da ist, wissen sie ob und wie dann gehandelt wird?

Wie wollen sie denn handeln?

10. Ich meine, dass das Kind so die Chance hat von Anfang an gefördert zu werden und die Eltern über die Behinderung aufgeklärt werden.

Wie schon gesagt, nicht jedes alkoholembryopathische Kind muss ein behindertes Kind sein. Es gibt eine Menge Kinder, von denen wir sagen, dass sie eine Alkoholembryopathie haben, die sich aber innerhalb der Grenzen „der Norm“ bewegen. Es sind in der Regel Kinder, die zwar schon Entwicklungsnachteile haben, aber viele dieser Kinder bewegen sich in der Spielbreite der Norm. Man

könnte sagen, es gibt Kinder, die ohne Embryopathie richtige „Überflieger“ gewesen wären, sich nun aber eher im hinteren Drittel der Norm befinden.

Es gibt aber auch genug, die Besonderheiten in der Entwicklung aufweisen, speziell in der mentalen Entwicklung und so aus „der Norm“ herausfallen. Meistens ist es ja so, wenn es tatsächlich ein Kind einer alkoholabhängigen Mutter ist, dass dann auch die sozialen Determinanten nicht so gut sind und damit die Ausgleichsmöglichkeiten an der Stelle nicht so günstig sind.

11. Wenn ich Sie richtig verstehe, dann es ist so, dass wenn es zwar gesehen wird, dass es sich um eine Alkoholembryopathie handeln könnte, vorerst nicht gehandelt wird, weil man erst abwartet wie sich das Kind entwickelt und inwieweit es sich ausprägt.

In gewisser Hinsicht ist dies richtig. Es gibt aber natürlich bei allen Kindern ein generelles Vorsorgeprogramm, das gelbe Heft, dort würde selbstverständlich auch der Neonethologe und der entlassende Kinderarzt in dem Entlassungsbericht festhalten, dass Auffälligkeiten bestehen. Es erfolgt natürlich ein Transfer zu dem weiter behandelnden Kinderarzt, der auch entsprechend sensibilisiert ist für das Thema. Wir machen bei den Kinder keine anamnestiche Risikobestimmung, wir nehmen zur Kenntnis was es zu der Vorgeschichte gibt, aber für die Frage der Entwicklung ist es entscheidend, welche Entwicklungsparameter das Kind in der Zeit zeigt und da gibt es ja bestimmte Erwartungen, wie sich ein Kind normalerweise zu entwickeln hat und davon wird dann abhängig gemacht was für ein Förderbedarf besteht und welche medizinischen und therapeutischen Maßnahmen eingeleitet werden.

Wenn eine Risikofamilie da ist, in der es schon einige Kinder mit Schädigungen gibt, dann wird man mehr dazu neigen schon eher genauer zu schauen. Dann ist es aber nicht nur die reine Embryopathie im Blickfeld, sondern das gesamte Gefüge.

12. Welche Hilfs- bzw. Therapiemöglichkeiten werden angeboten?

Es gibt keine speziellen auf die Alkoholembryopathie bezogenen Hilfen, die Hilfen sind bezogen auf die Entwicklungsdimensionen die wir erfassen. Es wird also eine Entwicklungsdiagnose gestellt, die ist in den ersten Lebensjahren ganz stark abhängig von der motorischen Entwicklung, auch die kognitive und die mentale Entwicklung zeigt sich beim jungen Säugling ganz stark in der motorischen

Entwicklung. Das abstrakt Logische kann erst mit der Sprache besser beobachtet werden. Ab dem 2.-4. Lebensjahr wird das kognitiv-sprachgebundene führend. Die Entwicklungsdiagnose wird immer wieder erweitert und mit den Kindern dann auch so gearbeitet wie es im Entwicklungskontext gerade ansteht.

Wir haben hier Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und heilpädagogische Intensionen und natürlich auch Kontakte zu anderen Fachkräften z.B. Motologen und Musiktherapeuten.

13. Werden im SPZ Hilfen für Eltern angeboten oder vermittelt?

Wenn wir von solchen Problemen wissen, ist es schon eine Frage: Was passiert mit dem Alkoholproblemen der Eltern oder der Mutter?

Wir bemühen uns nach komplexen Lösungen zu suchen, dafür haben wir unseren Apparat zur Verfügung. Das sind sicherlich erst einmal Intensionen des stundenführenden Arztes, der die Situation erfasst, der sich die verschiedenen Fachleute hier hinzuholt z.B. Psychologen. Wir haben auch Sozialarbeiter im Haus. Es wird dann gemeinsam, gegebenenfalls mit dem Jugendamt, der Schule usw. nach einer Lösung gesucht. Es wird ein Hilfeplan erstellt und überlegt was sinnvoller Weise zu machen ist.

Es gibt in Erfurt auch behinderungsspezifische Selbsthilfegruppen und ein Behindertenverband für Behinderungen allgemein.

14. Gehört es auch zu ihren Aufgaben im SPZ diese Art der Hilfe mit zu vermitteln?

Ja, dass machen wir auch in jeder gewünschten Form. Es gibt auch bei der Stadt eine Einrichtung, die sich mit Selbsthilfe direkt beschäftigt und in bestimmten Situationen machen wir es auch über das Kindernetzwerk, die auch individuell Ansprechpartner vermitteln. Es ist auch sehr unterschiedlich wie dies von den Eltern gewollt wird, manche wollen so etwas, andere nicht. Es gehört ein gewisses Einfühlungsvermögen dazu. Bei den „Embryopathie-Eltern“ ist dies aber nicht so das Thema.

Interview in der Suchthilfe in Thüringen gGmbH : Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke und ihre Angehörigen am 03.06.2002 mit Frau Wilhelm

Um mir einen Einblick in die Arbeit mit alkoholabhängigen (schwangeren) Frauen in Erfurt zu verschaffen, führte ich ein interessantes Gespräch mit Frau Wilhelm, die bereits seit einigen Jahren in der Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke arbeitet. Da sich das Gespräch recht fließend entwickelte und ein Diktiergerät nicht erwünscht war, werde ich die Antworten zu den gesprächsführenden Leitfragen mit eigenen Worten oder durch Stichpunkte wiedergeben, da ich den genauen Wortlaut von Frau Wilhelm nicht zurückgeben kann. Der Inhalt des Gesagten bleibt dabei unverändert.

1. Wie häufig kommen alkoholranke Frauen in ihre Beratungsstelle?

Im Jahr 2002 wurde die Einrichtung von 751 Klienten aufgesucht, davon waren 202 sogenannten Einmalkontakte und 549 Klienten wurden dauerhaft betreut. Unter ihnen waren 445 Männer und 104 Frauen, von denen ca. 80% auf Grund eines Alkoholproblems kamen. Es waren als ca. 80 alkoholabhängige Frauen in Behandlung.

2. Was denken Sie, ist deren Anlass bzw. Motivation in die Beratungsstelle zu kommen?

Frau Wilhelm schätzt die Motivation, in die Beratungsstelle zu kommen, bei Männern und Frauen relativ gleich ein. Aus ihren Erfahrungen heraus nennt sie folgende Gründe für das Aufsuchen der Einrichtung:

- *ärztliche Empfehlungen auf Grund eines kritischen Gesundheitszustandes,*
- *Auflage /Empfehlungen von Ämtern und Behörden z.B. Arbeitsamt, Landesversicherungsanstalten, Sozialamt, Jugendamt, Krankenkassen,*
- *Führerscheinentzug und diesbezüglich Empfehlung des Anwaltes,*
- *Druck von Angehörigen und Partnern,*
- *Aufforderungen des Arbeitgebers.*

Sie konnte sich an keinen Fall erinnern, in dem eine Schwangerschaft der Anlass für das Kommen war.

3. Sehen Sie einen Unterschied von der Alkoholabhängigkeit der Frauen zu jener der Männer (Trinkverhalten, Ursachen, Lebenslagen der Frauen)?

Es gibt eine Reihe von Gemeinsamkeiten, aber auch recht klare Unterschiede.

Frauen:

- *trinken im Gegensatz zu Männern häufiger heimlich, allein zu Hause, was wohl damit zusammenhängt, dass die Gesellschaft den Alkoholkonsum der Frau weniger toleriert, vor allem, wenn er als übermäßig empfunden wird*
- *trinken am Anfang ihrer Abhängigkeit mehr Wein und Bier und greifen später vermehrt zu harten Spirituosen*
- *für den Beginn der Sucht sind oft Lebenskrisen wie eine Scheidung, der Tod eines nahestehenden Menschen, Arbeitslosigkeit usw. der Anlass. Frauen sind daher häufiger als Männer Konfliktrinkerinnen.*
- *es zeigt sich häufig auch eine Kombination mit einer Medikamentenabhängigkeit*

4. Wie gehen Sie mit schwangeren abhängigen Frauen um? Werden die Väter, wenn möglich, mit in die Verantwortung gezogen?

Es gibt kaum Erfahrungen mit schwangeren Abhängigen, es sind meist Frauen, die bereits Kinder haben. Es sollte aber auf jeden Fall über die Risiken aufgeklärt werden und wenn möglich ist auch ein Gespräch mit beiden werdenden Eltern anzustreben.

5. Gibt es in Erfurt spezielle Therapien oder Unterstützungsmöglichkeiten für schwangere Alkoholabhängige?

Direkt in Erfurt gibt es keine Therapieeinrichtungen. Die umliegenden Therapiezentren sind zwar auf Mütter mit Kindern eingerichtet, aber nicht auf eine unmittelbare Betreuung von Schwangeren. Es ist jedoch zu erwarten, dass die Fachärzte vor Ort über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet verfügen. Dass es in Erfurt keine spezialisierte Einrichtung für alkoholabhängige Schwangere gibt, hängt sicher nicht damit zusammen, dass es keine Bedarf gibt. Das Problem ist vielmehr, dass man die Frauen schwer erreicht und die nötigen Gelder fehlen.

6. Denken Sie, dass eine Schwangerschaft bzw. die Geburt des Kindes die abhängige Frau bestärken kann abstinent zu leben?

Ein Kollege hatte einmal einen solchen Fall, wo eine Schwangerschaft der Grund für ein abstinentes Leben wurde. Frau Wilhelm selber hat ähnliche Erfahrungen in der Praxis nicht gemacht, kann sich jedoch vorstellen, dass, wenn der Leidensdruck der Frau aus verschiedenen Gründen sehr hoch ist, eine Schwangerschaft der letzte Anlass für ihre Bereitschaft zur Abstinenz ist. Dies ist jedoch sicher auch abhängig von ihrem Intellekt und der sozialen Situation.

7. Wie denken Sie über die Diskussion über die Rechte des Embryos, in Bezug auf alkoholabhängige Mütter? (siehe S.23f)

Diese schwierige Frage konnte auch von Frau Wilhelm nicht ohne weiteres beantwortet werden. Ihrer Meinung nach können rechtliche Regelungen die Situation kaum verbessern, weil nicht klar ist, wie man trinkende Frauen erreichen soll und wie die Konsequenzen aussehen sollten. Die Rechte des Ungeborenen und die der Mutter stehen sich gegenüber. Um der Problematik entgegenzuwirken, kann nur eine umfassende Aufklärung der gesamten Öffentlichkeit und aller Behörden und Ärzte dienlich sein.

Interview mit Mitarbeiterinnen des Allgemeinen sozialen Dienstes im Jugendamt Erfurt am 17.06.2003

1. Wie häufig werden nach Ihren Erfahrungen Kinder auf Grund von Alkoholproblemen aus der Herkunftsfamilie herausgenommen? Wie lange dauert in der Regel ein solches Verfahren?

A: Alkoholprobleme in Familien stellen sich eigentlich für uns im Sozialen Dienst relativ häufig als ein Grundproblem für eine konflikthafte Familiensituation dar. Der Ausbildungsgrad einer Alkoholproblematik in den Familien ist sehr unterschiedlich. Es gibt vielen Familien in denen Alkohol getrunken wird und zum normalen Familienalltag gehört, aber darunter leidet niemand. In anderen Familien wird exzessiv getrunken und dadurch kommt es vor, dass Eltern ihre Steuerungsfähigkeit, Erziehungsfähigkeit und Verantwortungsbewusstsein verlieren oder diese erheblich eingeschränkt ist. Dazu kommt die enthemmende Wirkung des Alkohols und dadurch neigen die Eltern oftmals zu unkontrollierten, unvorhersehbaren Handlungen, was bis zur Gewalttätigkeit gegenüber den Kindern reichen kann. Besonders schwierig, auch auf finanzieller Ebene, ist es, wenn beide Elternteile exzessiv trinken und der Alkohol den gesamten Familienalltag beherrscht. Dann muss das Jugendamt handeln.

B: Die Kinder geraten leicht in eine Co-Abhängigkeit, was für sie eine große Belastung darstellt.

2. Können Sie mir noch etwas zu der Entscheidungsverantwortung des Sozialarbeiters sagen, der letztendlich entscheiden muss, ob das Kind aus der Familie herausgenommen wird oder nicht?

B: Wenn ich als Sozialarbeiter in eine solche Familie gehe, dann schaue ich, in welchem Stadium der Abhängigkeit sich die Mutter befindet. Ist sie in einem Stadium in dem sie zwar ihren bestimmten Alkoholpegel braucht, aber trotzdem funktioniert, also ihr Kind versorgt und die nötigen Haushaltsangelegenheiten organisieren kann, dann ist die Situation noch tragbar. Wenn man aber Hausbesuche macht und eine Vernachlässigung (Unterernährung, hygienische Mängel) des Kindes zu beobachten ist, dann ist das Kindeswohl gefährdet und die Lage nicht mehr zu vertreten. Das kann bei einem Säugling innerhalb von 24 Stunden schon sehr kritisch werden, da es ohne ausreichende

Flüssigkeitsversorgung sehr schnell zu einem Austrocknen und damit zu einem lebensbedrohlichen Zustand kommt. Hier muss sehr schnell gehandelt werden.

A: Das heißt also, je jünger das Kind ist, desto eher, schneller und restriktiver muss ein Jugendamt handeln. Das bezieht sich nicht nur auf Familien mit Alkoholproblemen, sondern auf alle Familien, in denen es zur Vernachlässigung, Verwahrlosung und somit zur Gefährdung des Kindes kommt. Die Kriterien für eine Herausnahme des Kindes sind gegeben, wenn Sorgeberechtigte nicht anwesend, verschwunden oder verstorben sind und Elternersatz nicht einsetzbar ist, wenn Eltern unwiderruflich ihre Elternschaft abgeben und ein Kind oder Jugendliche aufgeben wollen, wenn Kinder oder Jugendliche schwer, d.h. erheblich und chronisch misshandelt, vernachlässigt oder sexuelle missbraucht werden, dann ist dringendes Handeln geboten. Wenn Gefahr für Leib und Leben des Kindes gegeben ist, dann ist es nach §42 KJHG möglich die Kinder in Obhut zu nehmen. Dafür gibt es in Erfurt ein Netz von Schutzstellen z.B. den Schlupfwinkel oder verschiedene Bereitschaftspflegestellen, die Kinder in akuten Situationen aufnehmen. Die krisenhafte Situation lässt sich meist nicht innerhalb ein paar Tage klären. Wenn sich die Zusammenarbeit mit den Eltern schwierig gestaltet und das Familiengericht eingeschalten werden muss, dann zieht sich das Verfahren oft in die Länge.

3. Sind Ihnen alkoholgeschädigte Kinder bekannt? Wenn ja, wie würden sie diese beschreiben?

B: Mir sind solche Kinder in verschiedensten Altersstufen bekannt. Sie sind zum Teil stark untergewichtig. Ich habe Kinder mit Herzfehlern und Lungenunterfunktionen erlebt. Die Mütter, die Alkoholprobleme haben, haben nach meinen Erfahrungen zum Teil ein „Glückenverhalten“. Sie sehen ihr untergewichtiges Kind, würden dies aber nie auf ihr Alkoholproblem zurück führen, und wollen den Säugling durch übermäßiges Füttern aufpäppeln. Es gibt Kinder, die sehr viel schreien, wo man den Entzug, den das Kind vor allem in den ersten drei Monaten durchmacht, richtig nachvollziehen kann. Zum anderen gibt es Kinder, die sich wie in einer Art Dämmerzustand befinden, bei denen man sehr wachsam sein muss, um zu sehen in welche Richtung sich das Kind entwickelt. Die Kinder sind in ihrer ganzen körperlichen und geistigen Entwicklung retardiert. Ein Kind mit ungefähr einem Jahr hat einen Stand eines ca. 7 Monate alten Kindes.

Spätestens mit dem Eintritt in den Kindergarten wird es oft nötig das SPZ einzuschalten, dann kommt die Einschulung und es wird auch hier deutlich, dass die Kinder nicht altersentsprechend mitkommen.

A: Das Kind wird niemals, auch mit Frühförderung und allen mögliche Hilfen, auf den Stand eines gesunden Kindes kommen. Unsere Wahrnehmung ist, dass diese Kinder meist eine sehr schwierige Schulzeit haben.

4. Was halten Sie für die beste Unterbringungsform für diese Kinder?

A: Die beste Unterbringungsform für Kinder ist eigentlich immer der Verbleib bei ihren Eltern. Wenn dies zeitweilig oder auf Dauer nicht möglich ist, halte ich bei sehr jungen Kindern eine familienähnliche Unterbringung am angebrachtesten. Das können Verwandte, Pflegestellen oder auch Kleinstheime sein. Sehr häufig wird aus einer Bereitschaftspflegestelle eine Dauerpflegestelle, da sich oft zwischen dem Kind und den Pflegeeltern eine feste Bindung entwickelt. Bei älteren Kindern fällt es uns sehr schwer familienähnliche Unterbringungsformen zu finden. Die Bereitschaft von Pflegeeltern, sich behinderten Kindern zu stellen, ist jedoch steigend.

5. Wie werden die Pflegeeltern vom Jugendamt auf die Vermittlung vorbereitet und weiter betreut? (speziell bei alkoholgeschädigten Kindern)

A: Es gibt fachliche Empfehlungen, wie Jugendämter bei der Gewinnung, Vermittlung und Belegung von Pflegestellen vorgehen sollten. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass Pflegeeltern durch das Jugendamt auf ihre Aufgabe verantwortungsbewusst vorbereitet werden müssen. Die Pflegeeltern werden von uns hinsichtlich ihre Motivation und ihrer familiären Bedingungen geprüft. Des weiteren werden sie in einen Pflegeelternkurs qualifiziert, der in Zusammenarbeit von Jugendamt und einer Erziehungs- und Lebensberatungsstelle durchgeführt wird. Der Kurs beinhaltet in vier Veranstaltungen mit je drei Stunden zum Teil rechtliche Dinge, die Thematik der Annahme eines Kindes mit seiner Biographie, die Frage, wie man mit dem Kind umgeht, wo man Hilfe bekommt und wie sich die Aufnahme eines Pflegekindes auf die Familie auswirken kann.

Im Vorfeld der Aufnahme wird den Pflegeeltern das Kind vorgestellt und sie bekommen genügend Bedenkzeit, um sich auch im familiären Rahmen darüber im Klaren zu sein, ob sie die Aufgaben mit dem Kind leisten können. Danach erfolgt

eine lange Kontaktabstimmung, mit dem Ziel die Aufnahme des Kindes in die Pflegefamilie vorzubereiten und ohne große Schwierigkeiten zu vollziehen. Dies gestaltet sich oft recht schwierig, gerade wenn in akuten Notsituationen gehandelt werden muss. Wenn die Kontaktabstimmungsphase demnach kürzer ausfällt, sind wir bemüht die Pflegefamilie mit dem Kind intensiver weiter zu begleiten. Es gibt in Erfurt Vereinbarungen mit Erziehungsberatungsstellen, dass Pflegeeltern sehr eng betreut, begleitet und in gewisser Weise supervisorisch aufgefangen werden.

B: *Gerade in Bezug auf die alkoholgeschädigten Kinder ist es wichtig, dass die Pflegeeltern darauf aufmerksam gemacht werden, welcher hohe Aufwand auf sie zukommt, angefangen von medizinischen Untersuchungen bis hin zu den Auffälligkeiten des Kindes. In diesem Bereich lassen wir uns im Einzelfall Zeit für die Vorbereitung der Eltern, weil wir sagen, dass dies wichtig ist, um dem Kind eine Chance zu geben. Wir setzen uns gemeinsam mit Therapeuten, Fachärzten und den Pflegeeltern an einen Tisch, um die Pflegeeltern aufzuklären und offene Fragen zu beantworten.*

A: *Wir vermitteln die Pflegeeltern zu Erziehungsberatungsstellen, welche im Stadtgebiet von Erfurt gut verteilt sind, dort können sie offen über ihre Probleme und Befindlichkeiten reden und werden aufgefangen. Dies ist sehr wichtig, denn hier im Jugendamt werden die Probleme durch die Pflegeeltern oft bagatellisiert, aus der Befürchtung heraus, dass man ihnen sonst das Pflegekind wieder wegnimmt.*

B: *Es wäre wünschenswert, wenn die Multiplikatorenfunktion der Pflegeeltern in Erfurt untereinander besser funktionieren würde. Für die Familien, deren Kinder ähnliche Problematiken aufweisen, wäre einiges leichter, wenn sie sich untereinander austauschen könnten. Wir versuchen diese Kontakte zu vermitteln.*

A: *Wir haben auch schon Veranstaltungen für Pflegeeltern geplant und diesbezüglich den Vorschlag aufgegriffen, thematische Abende zu gestalten. Leider war dann die Teilnahme der Pflegeeltern sehr gering, so dass wir davon ausgegangen sind, dass dies gar nicht so erwünscht ist. Wir haben nun im Jugendamt eine neue Stelle zur Pflegeelternfachberatung und wollen, da wir nun eine neue Generation von Pflegeeltern haben, die Idee der Veranstaltungen für Pflegeeltern erneut aufgreifen und verwirklichen.*

§1688 BGB Familienpflege, Betreuung nach KJHG

1. Lebt ein Kind für längere Zeit in Familienpflege, so ist die Pflegeperson berechtigt, in Angelegenheiten des täglichen Lebens zu entscheiden sowie den Inhaber der elterlichen Sorge in solchen Angelegenheiten zu vertreten. Sie ist befugt, den Arbeitsverdienst des Kindes zu verwalten sowie Unterhalts-, Versicherungs-, Versorgungs- und sonstige Sozialleistungen für das Kind geltend zu machen und zu verwalten. §1629 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.
2. Der Pflegeperson steht eine Person gleich, die im Rahmen der Hilfe nach den §§34, 35 und 35 a Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und 4 des Achten Buches Sozialgesetzbuch die Erziehung und Betreuung eines Kindes übernommen hat.
3. Die Absätze 1 und 2 gelten nicht, wenn der Inhaber der elterlichen Sorge etwas anderes erklärt. Das Familiengericht kann die Befugnisse nach den Absätzen 1 und 2 einschränken oder ausschließen, wenn dies zum Wohl des Kindes erforderlich ist.
4. Für eine Person, bei der sich das Kind auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung nach §1632 Abs. 4 oder §1682 aufhält, gelten die Absätze 1 und 3 mit der Maßgabe, dass die genannten Befugnisse nur das Familiengericht einschränken oder ausschließen kann.

§ 37 KJHG Zusammenarbeit bei Hilfen außerhalb der eigenen Familie

1. Bei Hilfen nach §§ 32 bis 34 und § 35a Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 und 4 soll darauf hingewirkt werden, dass die Pflegeperson oder die in der Einrichtung für die Erziehung verantwortlichen Personen und die Eltern zum Wohl des Kindes oder des Jugendlichen zusammenarbeiten. Durch Beratung und Unterstützung sollen die Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie innerhalb eines im Hinblick auf die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen vertretbaren Zeitraums so weit verbessert werden, dass sie das Kind oder den Jugendlichen wieder selbst erziehen kann. Während dieser Zeit soll durch begleitende Beratung und Unterstützung der Familien darauf hingewirkt werden, dass die Beziehung des Kindes oder Jugendlichen zur Herkunftsfamilie gefördert wird. Ist eine nachhaltige Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie innerhalb dieses Zeitraums nicht erreichbar, so soll mit den beteiligten Personen eine andere, dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen förderliche und auf Dauer angelegte Lebensperspektive erarbeitet werden.
2. Die Pflegeperson hat vor der Aufnahme des Kindes oder des Jugendlichen und während der Dauer der Pflege Anspruch auf Beratung und Unterstützung; dies gilt auch in den Fällen, in denen dem Kind oder dem Jugendlichen weder Hilfe zur Erziehung noch Eingliederungshilfe gewährt wird oder die Pflegeperson der Erlaubnis nach § 44 nicht bedarf. § 23 Absatz 4 gilt entsprechend.
3. Das Jugendamt soll den Erfordernissen des Einzelfalls entsprechend an Ort und Stelle überprüfen, ob die Pflegeperson eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen förderliche Erziehung gewährleistet. Die Pflegeperson hat das Jugendamt über wichtige Ereignisse zu unterrichten, die das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen betreffen.

§ 1666 BGB Gefährdung des Kindeswohls

1. Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen durch mißbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet, so hat das Familiengericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen.
2. In der Regel ist anzunehmen, daß das Vermögen des Kindes gefährdet ist, wenn der Inhaber der Vermögenssorge seine Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind oder seine mit der Vermögenssorge verbundenen Pflichten verletzt oder Anordnungen des Gerichts, die sich auf die Vermögenssorge beziehen, nicht befolgt.
3. Das Gericht kann Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge ersetzen. In Angelegenheiten der Personensorge kann das Gericht auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.

1666a BGB Trennung des Kindes von der Familie, Entziehung der Personensorge

1. Maßnahmen, mit denen eine Trennung des Kindes von der elterlichen Familie verbunden ist, sind nur zulässig, wenn der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfen, begegnet werden kann.
2. Die gesamte Personensorge darf nur entzogen werden, wenn andere Maßnahmen erfolglos geblieben sind oder wenn anzunehmen ist, daß sie zur Abwendung der Gefahr nicht ausreichen.

§ 39 BSHG Personenkreis und Aufgabe

1. Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind, ist Eingliederungshilfe zu gewähren. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung kann sie gewährt werden.
2. Den Behinderten stehen die von einer Behinderung Bedrohten gleich. Dies gilt bei Personen, bei denen Maßnahmen der in den §§ 36 und 37 genannten Art erforderlich sind, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Maßnahmen eine Behinderung einzutreten droht.
3. Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihm die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder ihn soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.
4. Eingliederungshilfe wird gewährt, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, vor allem nach Art und Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, daß die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.

§ 40 BSHG Maßnahmen der Hilfe

Maßnahmen der Eingliederungshilfe sind vor allem:

1. ambulante oder stationäre Behandlung oder sonstige ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung der Behinderung
2. Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln
 - 2a. heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind
3. Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung, vor allem im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und durch Hilfe zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt
4. Hilfe zur Ausbildung für einen angemessenen Beruf oder für eine sonstige angemessene Tätigkeit
5. Hilfe zur Fortbildung im früheren oder einem diesem verwandten Beruf oder zur Umschulung für einen angemessenen Beruf oder eine sonstige angemessene Tätigkeit; Hilfe kann auch zum Aufstieg im Berufsleben gewährt werden, wenn die Besonderheit des Einzelfalles dies rechtfertigt
6. Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben, insbesondere in einer anerkannten Werkstatt für Behinderte oder in einer sonstigen Beschäftigungsstätte (§ 41).
 - 6a. Hilfe bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des Behinderten entspricht
7. nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen oder ärztlich verordneten Maßnahmen und zur Sicherung der Eingliederung des Behinderten in das Arbeitsleben
8. Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft

Mit einem traumatisierten 15jährigen FAS-Kind zu leben, kann bedeuten, dass:

- *man es nicht für länger als eine Stunde alleine lassen darf*
- *man beim Bäcker steht und nicht bezahlen kann, weil das Portemonnaie schon wieder ausgeräumt ist*
- *man nur noch mit Plastikgeld rumläuft und sich nicht mal eben ein Eis oder paar Brötchen leisten kann, weil auch das beste Versteck des Portemonnaies gefunden wurde*
- *man keine Küchenmesser besitzen darf, da diese sonst in Hosentaschen oder im Rucksack auf den Spielplatz oder neben der Bibel zum Konfirmandenunterricht mitgenommen werden*
- *seine eigenen Sachen nie an Ort und Stelle vorfindet und immer und immer nach ihnen in seinem Zimmer suchen muss*
- *Gegenstände, die einem lieb und teuer sind, in seinem Rucksack verschwinden oder verliehen werden*
- *das Zimmer eher einer Müllhalde ähnelt und Müll nie weggeworfen, sondern in Ecken versteckt wird*
- *man mit Strafen nichts erreicht*
- *man sich immer wohl fühlen muss, da das Kind einen zwar liebevoll umsorgen würde, die Ruhe aber ausnutzen wird, um "verborgene Schätze" zu plündern*
- *das Kind beim Jugendamt Besserung verspricht, einschlägt und auf eine Verabredung mit Freunden hinweist, mit denen einige Minuten später Shit geraucht wird*
- *man gelegentlich die Polizei im Hause hat, weil das Kind nicht versteht, sich gegen Kriminelle abzuschirmen und kriminelle Handlungen selber einleitet*
- *andere Kinder vor der Tür stehen und auf eine Verabredung mit ihm hinweisen, das Kind sich aber spontan mit einer anderen Person getroffen hat*
- *bei den vielen glaubhaft klingenden Geschichten nicht mehr zu wissen, was erfunden und was echt ist und man davon ausgehen muss, dass erst die zwölfte Version der Wahrheit entsprechen könnte*
- *das Kind völlig aufgelöst ist, wenn man es zu unrecht beschuldigt, obwohl es einige Minuten früher bei derselben Tat erwischt wurde*
- *das Kind seelenruhig Samstag Abend den Kühlschrank plündert, ohne sich Gedanken zu machen, wie man selbst und die anderen den Sonntag überleben.*

- *das Kind lange, nachdem das Wasser aus der Wanne gelaufen ist, völlig blaugefroren weiter spielt und die Kälte nicht empfindet*
- *das Kind sich nicht selber duschen kann, sondern das sehr heiße Wasser nur über sich laufen lässt, das Glas der Duschkabine aber 100% abtrocknet*
- *alle Wünsche sofort erfüllt werden müssen, da es sonst stundenlang debattiert, droht, brüllt, um sich schlägt, das Haustier attackiert, gegen Wände donnert, mit offener Feuerzeugflamme Gegenstände streift und irgendwann erschöpft aufgibt*
- *man geduldige oder möglichst keine Nachbarn hat*
- *man nicht mehr ungestört telefonieren kann*
- *Verbote grundsätzlich nicht akzeptiert werden*
- *eigene Verstecke immer gefunden werden, es selber aber ziemlich plumpe Verstecke wählt, wie z.B. einen Rucksack mit verbotenem Inhalt in eine Ecke stellt und mit einer Unterhose abdeckt.*
- *das Kind immer unordentlich und schmutzdelig herumläuft. Frische Sachen sehen Minuten später völlig verdreht aus*
- *den Kopf zum Kraulen einem auf den Schoß legt und in der Hosentasche das Minuten vorher entwendete Geld stecken hat*
- *das Kind keine Schuldgefühle kennt, keine Skrupel, keine Rücksichtnahme*
- *das Kind Zeiten und Absprachen nicht einhalten kann*
- *das Kind zum Muttertag den Frühstückstisch liebevoll mit Blümchen dekoriert*
- *das Kind fragt, wie es einem geht*
- *das Kind zuvor erzählte Geschichten wortgetreu wiedergeben kann*
- *das Kind sich sehr gut artikulieren kann*
- *das Kind sehr sozial eingestellt ist*
- *das Kind Sinn für Humor hat*
- *das Kind eine Erklärung für seine Verhaltensweisen hat, nämlich: "weißt Du, warum ich so bin, du hast mich nicht richtig erzogen"*
- *man das Kind trotz alledem sehr lieb hat und nicht weggeben möchte, es dennoch tun muss, weil man weiß, dass man dem Kind nicht helfen kann. Es wird aus seinen Fehlern nie lernen und immer Kind bleiben.*

(Unveröffentlichtes Dokument aus dem FAS-Forum)

Erklärung

Hiermit erkläre ich, Andrea Günther, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe und ausschließlich die angegebenen Hilfsmittel und Quellen benutzt habe.

Erfurt, den 16.07.2003 _____