

**Entwicklungsrisiken und
-chancen von Kindern
mit Fetalem
Alkoholsyndrom**

D I P L O M A R B E I T

zur Diplomprüfung
an der Hochschule Vechta,
Fachbereich Sozialwesen

Vorgelegt von: **Alexandra Knieper**
Rosenstraße 8b
49809 Lingen

Matr.-Nr. 864469

Vorgelegt am: **28.08.2007**

Studiengang: **Soziale Arbeit**

Erstleser: **Dr. med. Hanns-Rüdiger Röttgers**

Zweitleser: **Dipl.-Päd./Dipl.-Soz.Arb.**
Waltraud von Laer

**Du warst süchtig -
Ich war in Deinem Bauch.
Du hast getrunken -
durch Dich habe ich es auch.
Du konntest selbst bestimmen über Dein Leben.
Schade – leider hast Du mir die Chance nie gegeben.**

(H. Abel)

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

(FAS Kind, 7 Jahre)

**„Mama, die Schule wird immer schwerer und wenn Volker was sagt, höre
ich ihm zu, aber es geht nicht in meinen Kopf rein. Weißt Du Mama, mein
Gehirn arbeitet nicht so richtig, wusstest Du das?“**

(FAS Kind, 12 Jahre)

Quelle: www.fassworld.de/kindermund.html

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1-3
2 Alkoholkrankheit, Frauen und Schwangerschaft.....	4
2.2 Alkohol – Zahlen und Fakten.....	4
2.2.1 Alkoholkonsum in Deutschland.....	4-6
2.2.2 Gesellschaftlicher Umgang mit Alkohol.....	6-7
2.2.3 Häufigkeit des Fetalen Alkoholsyndroms.....	7-8
2.3 Alkoholkrankheit – Begriffsbestimmung.....	8-9
2.3.1 Typologie der Alkoholkrankheit.....	9-10
2.3.2 Phasen der Alkoholkrankheit.....	10-11
2.3.3 Entstehungsbedingungen der Alkoholabhängigkeit.....	11-14
2.4 Alkohol und Frauen.....	14-15
2.4.1 Trinkverhalten der Frauen.....	15-16
2.4.2 Ursachen/ Faktoren der Alkoholabhängigkeit bei Frauen.....	16-17
2.5 Auswirkungen des Alkohols auf das ungeborene Kind.....	17-19
2.5.1 Schädigende Alkoholmenge.....	20
2.5.2 Einfluss des werdenden Vaters.....	20
3 Das Fetale Alkoholsyndrom.....	21
3.1 Die Entdeckung des Fetalen Alkoholsyndroms.....	21-24
3.2 Allgemeine Begriffsbestimmungen.....	24
3.2.1 Fetales Alkoholsyndrom – Eine Definition.....	24
3.2.2 Fetale Alkoholeffekte – Eine Definition.....	24-25
3.3 Diagnose.....	25-26
3.3.1 Probleme bei der Diagnosestellung.....	26-27
3.4 Zeichen/ Symptome des Fetalen Alkoholsyndroms.....	27-30
4 Die Entwicklung von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom.....	30-32
4.1. Merkmale im (Klein-) Kindalter.....	32-35
4.2. Merkmale im Schul- und Jugendalter.....	35-37

5 Der Lebensraum von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom

Alkoholkrankheit & Folgen, Kindheits-Bedürfnisse, soziale Maßnahmen.....38

5.1 Die Herkunftsfamilie unter besonderer Berücksichtigung der

Mutter – Kind Beziehung bei Alkoholkrankheit.....38-42

5.2 Die Bedeutung von stabilen Bindungen für die Entwicklung von Kindern.....42-45

5.3 Familienunterstützende Maßnahmen und ihre Grenzen.....43-45

5.4 Soziale Arbeit und Kindeswohl.....45-46

5.5 Vernachlässigung – Begriffsbestimmung.....46-47

5.5.1 Was braucht ein Kind? Kindliche Lebensbedürfnisse.....47-50

5.6 Schwierige Lebenslagen als Kontextfaktoren von Vernachlässigung.....50-51

5.7 Zur Besonderheit Sozialpädagogischer Entscheidungssituation

und -prozesse.....51

5.7.1 Der Fall Lukas und Yvonne.....51-59

5.7.1.1 Betrachtung des Fallbeispiels.....59-60

5.7.2 Komplexe Entscheidungssituationen- und Prozesse.....60-63

5.8 Die Fremdplatzierung in Adoptiv- bzw. Pflegefamilien.....63-66

5.8.1 Appelle/ Leitgedanken an die Soziale Arbeit.....66-68

5.9 Die Fremdplatzierung in Jugendhilfe- bzw. Behindertenhilfe –

Einrichtungen68

6 Gesellschaftliche (Nicht-) Diskussion.....68-70

6.1 Soziale Akzeptanz und Integration von Kindern mit Fetalem

Alkoholsyndrom.....71

6.2 Staatliche Leistungen bei FAS.....71-72

7 Fazit.....73-77

Literaturverzeichnis.....78-81

Internetverzeichnis.....82-83

Abbildungsverzeichnis.....84

Tabellenverzeichnis.....85

Anhang.....86-100

Erklärung.....101

1 Einleitung

Der Alkohol gehört für viele Jugendliche und Erwachsene in Deutschland zum alltäglichen Leben und wird regelmäßig konsumiert. Dadurch wird er zu einem festen Bestandteil unseres Lebens, unserer Kultur und auch unserer Wirtschaft. Man könnte sagen, der Alkohol ist eine gesellschaftsfähig getarnte Droge – eine Art Wolf im Schafspelz. Alkohol gilt als Volksdroge Nummer eins.

Daher ist es nicht verwunderlich, dass über Alkoholismus und andere Suchterkrankungen in den letzten Jahren viel diskutiert wurde. Die damit verbundenen Probleme von Kindern kommen dabei kaum zur Sprache. Die Schädigung eines ungeborenen Lebens wird in der Regel nicht auf Alkohol zurückgeführt. Das Augenmerk der Öffentlichkeit liegt zumeist eher auf den sog. Crack-Babys (Drogenbabys). Schädigungen durch Alkohol in der Schwangerschaft werden häufig übersehen. Das daraus resultierende Fetale Alkoholsyndrom ist in Deutschland sehr verbreitet, jedoch noch wenig reflektiert. Daraus resultieren ein geringes öffentliches Bewusstsein und eine unzureichende Behandlung dieser Thematik. Außerdem ist in der Öffentlichkeit nicht bekannt, welche Symptome und Verhaltensauffälligkeiten von Kindern allein darauf zurückzuführen sind, dass die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol zu sich genommen hat. Es ist aber vermutlich das einzige Missbildungssyndrom, das zu 100% vermeidbar wäre, wenn die Frau während der Schwangerschaft keinen Alkohol konsumieren würde.

Mit dieser Diplomarbeit zum Thema „Entwicklungsrisiken und -chancen von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom“ werden unterschiedliche Zielsetzungen verfolgt, die im Folgenden näher erläutert werden:

- 1.) Die Arbeit soll einen Überblick über das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms geben.
- 2.) Sie soll die Entwicklungsrisiken und -chancen von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom beschreiben.
- 3.) Sie soll die Lebens- und Entwicklungsumstände von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom skizzieren.
- 4.) Sie soll zur Bewusstmachung der Problematik beitragen und mehr Verständnis für die Bedürfnisse der Menschen wecken, die Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom betreuen.

5.) Sie soll Leitgedanken für die Soziale Arbeit entwickeln, um differenzierter mit dem Phänomen umzugehen.

Einführend werde ich zunächst in Punkt zwei auf verschiedene Aspekte hinsichtlich Alkoholkrankheit, Frauen und Schwangerschaft zu sprechen kommen. Dabei werden erst einmal einige Zahlen und Fakten zum gesellschaftlichen Umgang mit Alkohol benannt. Eine Alkoholabhängigkeit der Mutter bringt ein besonders hohes Risiko für die Geburt eines alkoholgeschädigten Kindes mit sich. Daher werde ich meinen Blick auf die Entstehungsbedingungen der Alkoholabhängigkeit lenken. Dabei werden besonders Frauen und speziell Schwangere in den Fokus gerückt. Im dritten Punkt widme ich mich der Beschreibung des Fetalen Alkoholsyndroms. Neben den Symptomen/Kennzeichen werden die Schwierigkeiten der Diagnose- und Prognosestellung angesprochen. Punkt vier bezieht sich auf die Entwicklung von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom. Hier wird der Versuch unternommen, Kinder mit FAS und ihre typischen Verhaltensauffälligkeiten zu skizzieren. In Punkt fünf werde ich den Lebensraum von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom genauer betrachten. Es wird auf die Problematik von Alkohol in der Familie und einer eventuell daraus folgenden Fremdunterbringung in einer Pflegefamilie hingewiesen. Die Frage nach der Fremdunterbringung und die Rolle des zuständigen Sozialarbeiters bilden den Hauptteil meiner Arbeit. Dabei soll Folgendes näher betrachtet werden: Anhand welcher Kriterien entscheidet die Jugendhilfe hinsichtlich der Platzierungsfrage von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom? Dabei wird vor allem der Entscheidungsverantwortung des Sozialarbeiters besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Eingegangen wird dabei auch auf die Entwicklungsrisiken und -chancen die sich aus einer möglichen Fremdunterbringung ergeben. Ebenso werden die Anforderungen an eine Familie mit einem alkoholgeschädigten Kind angesprochen. In Punkt sechs werde ich mit Hilfe der verwendeten Literatur einige Überlegungen anstellen, woran es liegt, dass Alkohol bei uns in der Gesellschaft noch immer ein Tabu-Thema darstellt. Im abschließenden Fazit werden die wichtigsten Erkenntnisse dieser Arbeit zusammengefasst und Schlussfolgerungen gezogen.

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

Für die alkoholbedingte Schädigung des Kindes werden in der Fachliteratur überwiegen drei Begrifflichkeiten verwendet: „*Fetales Alkoholsyndrom*“ (FAS), „Alkoholembryopathie“ (AE) und „Fetale Alkoholeffekte“ (FAE). Die Begriffe Fetales Alkoholsyndrom und Alkoholembryopathie werden in der Regel gleichbedeutend benutzt. Die Abkürzungen FAS, AE und FAE finden häufig Verwendung. Eine einheitliche Bezeichnung gibt es für das oben genannte Fehlbildungssyndrom allerdings nicht. Ich werde in dieser Arbeit den Begriff des „Fetales Alkoholsyndrom“ verwenden, aber auch mit oben genannten Abkürzungen arbeiten.

2 Alkoholkrankheit, Frauen und Schwangerschaft

Die Ursache des Fetalen Alkoholsyndroms und der Fetalen Alkoholeffekte liegt im Alkoholkonsum der werdenden Mutter (vgl. Löser, 1995, S.28; vgl. www.intakt.info/information/alkoholembryopathie.html). Deshalb ist es wichtig, das Thema Alkoholkrankheit und Frauen vorab kurz zu thematisieren. Dabei werde ich vor allem die traditionellen Beschreibungen von abhängigen Frauen in der Fachliteratur in den Blick nehmen. Vorangestellt werden als Diskussionsgrundlage Fakten und Zahlen zum gesellschaftlichen Umgang mit Alkohol in Deutschland. Des Weiteren werde ich einen Überblick über die Alkoholkrankheit allgemein geben. Ebenso werde ich die Wirkungsweise des Alkohols auf das ungeborene Kind darstellen.

2.2 Alkohol – Zahlen und Fakten

Vor einer Darlegung der Zahlen zur Epidemiologie des Fetalen Alkoholsyndroms werden einige Zahlen und Fakten zum Alkoholkonsum referiert, um das potentielle Gesamtausmaß der hier diskutierten Problematik zu verdeutlichen.

2.2.1 Alkoholkonsum in Deutschland

Im Jahr 2005 betrug der Pro-Kopf-Verbrauch an alkoholischen Getränken für die Bundesrepublik Deutschland 144,6 l. Dabei wurden 115,2 l. Bier (leichter Rückgang), 5,7 l. (leichter Rückgang) Spirituosen, und 19,9 l. Wein (leichter Rückgang) konsumiert. Der Schaumwein allerdings blieb verglichen mit dem Vorjahr konstant (3,8 l.) (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen E.V. (a), 2007, S.23).

Verbrauch je Einwohner an Bier, Wein, Schaumwein und Spirituosen (Liter) und Veränderungen gegenüber dem Vorjahr					
	2001	2002	2003	2004 ^b	2005 ^a
Bier	122,4	121,5	117,5	115,9	115,2 (-0,6%)
Wein*	19,8	20,3	19,8	20,1	19,9 (-0,2%)
Schaumwein	4,2	3,9	3,8	3,8	3,8
Spirituosen **	5,8	5,9	5,9	5,8	5,7 (-1,7%)
* Weinkonsum je Einwohner einschl. Wermut- und Kräuterwein, Weinwirtschaftsjahr (01.09 – 31.08)					
** Angaben beinhalten ab 2002 Spirituosen- Mischgetränke umgerechnet auf einen durchschnittlichen Alkoholgehalt von 33 Vol. %					
a. vorläufige Schätzung					
b. revidierte Schätzung					

(Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (a), 2007, S.7)

*Verbrauch je Einwohner an Bier, Wein, Schaumwein und Spirituosen (Liter) und
Veränderungen gegenüber dem Vorjahr*

Tabelle 1

Zurzeit wird ein Alkoholverbrauch von 10,0 Liter an reinem Alkohol je Einwohner angegeben.

Alkoholverbrauch je Einwohner an reinem Alkohol				
2001	2002	2003	2004	2005
10,4 Liter	10,4 Liter	10,2 Liter	10,1 Liter	10,0 Liter
(Veränderung gegenüber dem Vorjahr: - 0,1%)				

(Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen E.V. (a), 2007, S.7)

Alkoholverbrauch je Einwohner an reinem Alkohol

Tabelle 2

Anhand dieser Darstellung wird deutlich, dass sich der Alkoholkonsum der Bevölkerung in den letzten 5 Jahren nicht signifikant verändert hat.

Im internationalen Vergleich ist Deutschland, was den gesamten Alkoholkonsum angeht, seit Jahren in der Spitzengruppe, derzeit Rang 5. Damit gehört Deutschland neben Luxemburg, Ungarn, Tschechien und Irland zu den Großverbrauchern der legalen Droge Alkohol.

Rangfolge der EU-Staaten und ausgewählte Länder hinsichtlich des gesamten Alkoholkonsums pro Kopf (Liter reinen Alkohols)							
Rang ¹	Land	1999	2000	2001	2002	2003	Veränderung von 1970-2003 in %
1	Luxemburg	12,9	13,2	12,4	11,9	12,6	26,3
2	Ungarn	10,6	10,9	11,1	11,1	11,4	25,1
3	Tschechien	11	11	10,9	10,8	11	31
4	Irland	9,6	10,7	10,8	10,8	10,8	83,6
5	Deutschland	10,6	10,5	10,4	10,4	10,2	-0,5
6	Spanien	9,9	9,8	9,8	9,6	10	-13,8
7	Großbritannien	8,4	8,4	9,1	9,6	9,6	80,1
8	Portugal	10,6	10,3	10,3	9,7	9,6	39,7
9	Dänemark	9,5	9,5	9,5	9,5	9,5	39,7
10	Österreich	9,3	9,2	9	9,2	9,3	-11,3
11	Frankreich	10,7	10,4	10,5	10,3	9,3	-42,7
12	Zypern	7,1	7,4	7,9	9,1	9	174,5
13	Schweiz	9,2	9,2	9,2	9	9	-15,9

1 Rangplatz unter 45 Ländern, die in genannter Quelle erfasst sind.
(Quelle: Commission for Distilled Spirits, 2005)

(Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen E.V. (a), 2007, S.8)

*Rangfolge der EU-Staaten und ausgewählter Länder hinsichtlich des gesamten
Alkoholkonsums pro Kopf (Liter reinen Alkohols)*

Tabelle 3

Auf die Wohnbevölkerung hochgerechnet ergeben sich laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen 1,5 Millionen Alkoholabhängige, von denen 1,2 Millionen Männer und 300.000 Frauen sind (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen E.V. (a), 2007, S.11).

2.2.2 Gesellschaftlicher Umgang mit Alkohol

Wie bereits in der Einleitung angesprochen, gehört der Alkohol in Deutschland zu einem festen Bestandteil des Lebens, der Kultur und der Wirtschaft. Durch Alkoholmissbrauch zeichnen sich hohe soziale, gesundheitliche und wirtschaftliche Schädigungen ab (vgl. Merzenich 2002, S.14). Veränderungen von Einstellungen, Trinksitten, die Einbeziehung von Frauen, Jugendlichen und gelegentlich auch Kindern hinsichtlich der Trinkgewohnheiten sowie auch wirtschaftliche Veränderungen haben während der letzten Jahrzehnte dazu beigetragen, dass der Konsum alkoholischer Getränke in der Gesellschaft erheblich anstieg (vgl. Schmidt 1997, S.42). Gerade soziokulturelle Bedingungen sind für Art und Menge ausschlaggebend. So ist manchen Kulturen, den so genannten Abstinenzkulturen, der Konsum von Alkohol aus religiösen Gründen verwehrt (zum Beispiel Hinduismus und Islam). Dementsprechend lassen sich in diesen Kulturkreisen weitaus weniger Alkoholabhängige als in vielen westeuropäischen Ländern auffinden (vgl. Schmidt 1997, S.41). An dieser Stelle soll auf den gesellschaftlichen Stellenwert von Alkohol in der Bundesrepublik Deutschland verweisen werden.

„Da in Teilen unserer Gesellschaft Trunkenheit gelegentlich und bei besonderen Anlässen akzeptiert wird, nehmen wir eine Zwischenstellung mit Tendenz zur Funktionsgestörten Permissivkultur ein. In unserer Gesellschaft wird der Konsum alkoholischer Getränke jederzeit gebilligt, positiv bewertet und zur Förderung zwischenmenschlicher Beziehungen und als Kommunikationsmittel angesehen und eingesetzt. Alkoholkonsum wird in der Regel erwartet und der Abstinente häufig als Außenseiter betrachtet. Bei Ablehnung des Alkoholkonsums wird nicht selten und überrascht und besorgt nach den Gründen, z.B. nach körperlichen Beschwerden (...) gefragt, so dass für Trinkverweigerung Begründungen erwartet werden. Alkoholranke, die abstinent werden, stoßen häufig nicht nur auf Unverständnis, sondern wechseln von einer Außenseiterposition in eine andere. Nicht nur der Alkoholabhängige, sondern auch der Abstinente ist in unserer Gesellschaft ein Normabweichler“ (Schmidt 1997, S41f.).

Dieser Einstieg soll betonen, wie gewöhnlich die Menschen mit einer Droge umgehen, die für soviel Beschwerlichkeit (*behinderte Kinder durch Alkohol in der Schwangerschaft, Tote durch Krankheiten und im Straßenverkehr, Verlust von Existenzen etc.*) verantwortlich ist.

2.2.3 Häufigkeit des Fetalen Alkoholsyndroms

Die Inzidenz (Häufigkeit) des Fetalen Alkoholsyndroms geht aus Schätzungen hervor. Ausschlaggebend ist die hohe Dunkelziffer über den Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit auf der einen Seite und die Schwierigkeiten der Diagnosestellung auf der anderen Seite (vgl. Punkt 3.3). Somit kann eine exakte Angabe des Vorkommens in keinem Land gegeben werden. Die Zahlen sind in Bezug auf Land, Region und sozialer Herkunft sehr schwankend und abhängig von der Stellung des Alkohols in der jeweiligen Gesellschaft. In der Literatur finden sich zum Teil voneinander abweichende Aussagen (vgl. Löser, 1995, S.4). Nach Zobel (2006, S.64) liegt die Prävalenzrate des Fetalen Alkoholsyndroms bei etwa 1 bis 3 Fällen pro 1.000 Lebendgeburten. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 2.200 Kinder pro Jahr mit dem Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms zur Welt kommen, wobei statistisch unter 300 Neugeborene etwa ein Fall mit Fetalem Alkoholsyndrom auftritt. Nicht eingerechnet sind hier die Fehlgeburten und die Alkoholeffekte. Im Hinblick auf mildere Formen geht man von etwa 10.000 Geburten pro Jahr aus (vgl. Zobel, 2006, S.64). FAS-World geht sogar von ca. 3.000 Neugeborenen mit dem Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms aus (vgl. www.fasworld.de). In Nordfrankreich konnte durch Dehaene (1985) eine Inzidenz von 1:208 bestimmt werden, das bedeutet, dass ein Kind von 208 Neugeborenen einen Alkoholschaden davon trägt. In Boston (USA) ist das Verhältnis 1:322, in den gesamten USA ist die Rate 1:700 ermittelt worden. Die höchste Inzidenz (1:4) wurde in einem Indianerreservat in South – Dakota (USA) erfasst; die dortigen Einheimischen konsumieren Alkohol zu spirituellen Anlässen (vgl. Löser, 1995, S.4)

2.3 Alkoholkrankheit - Begriffsbestimmung

In den meisten Fällen ist das Fetale Alkoholsyndrom direkte Folge einer Alkoholkrankheit der Mutter (vgl. Löser, 1995, S.28). Deshalb werde ich einen kurzen Überblick zum Thema Alkoholkrankheit geben: Missbrauch, Abhängigkeit, Typologien und Phasen.

Bei der Alkoholkrankheit unterscheidet man zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit. Diese Unterscheidung ist auch in die großen Klassifikationssysteme (DSM-IV und ICD-10)¹ eingegangen. In Verbindung mit Alkohol bestehen noch weitere Begriffe, die für einen Laien oftmals wie Synonyme erscheinen. So hat sich zum Beispiel der

¹ ICD-10: Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation zur Codierung u. systematischen Erfassung von Erkrankungen.

DSM IV: Klassifikationssystem der American Psychiatric Association – Diagnostisches u. Statistisches Handbuch Psychischer Störungen

Begriff *Alkoholismus* als eine Art Überbegriff für alle Formen des pathologischen Umgangs mit Alkohol eingebürgert. Allerdings ist der Alkoholismus begrifflich unscharf. Orientiert man sich an den Diagnosesystemen DSM-IV und ICD-10, dann vermischt der Begriff des Alkoholismus zwei Diagnosen miteinander, einerseits den *Missbrauch* und andererseits die *Abhängigkeit* von Alkohol. Um der Vieldeutigkeit und somit auch Unklarheit des Begriffes Alkoholismus entgegen zu kommen, wurde bei der neunten Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-9) durch die Weltgesundheitsorganisation (1979) die Unterscheidung zwischen Alkoholmissbrauch (identisch mit schädlichem Alkoholkonsum) und Alkoholabhängigkeit anerkannt und der Terminus Alkoholismus nicht mehr gebraucht. Das Wort Alkoholmissbrauch wurde in der ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation 1993) durch den Begriff des schädlichen Gebrauchs (schädlicher Konsum) ausgetauscht (vgl. Merzenich, 2002, S.16f).

Nach der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation – WHO kennzeichnet sich der Alkoholmissbrauch wie folgt:

- Unfähigkeit, das Trinken einzuschränken oder es ganz zu unterlassen
- Reduktion der beruflichen und sozialen Anpassung; Alkohol führt zum Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen
- Zeitfenster der Störung beträgt mindestens 1 Monat (vgl. www.psychosoziale-gesundheit.net/seele/alkohol.html).

Die Alkoholabhängigkeit zeichnet sich laut ICD-10 durch folgende Merkmale aus:

- Es besteht ein beherrschter Wunsch oder Zwang Alkohol zu verzehren
- Es besteht eine verringerte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- Es wird Alkohol konsumiert, um Entzugssymptome zu mildern
- Das Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
- Es kann eine Toleranzentwicklung nachgewiesen werden, d.h. es sind zunehmend höhere Dosen erforderlich, um die ursprünglich durch niedrigere Mengen erreichten Wirkungen hervorzurufen
- Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol (z.B. Konsum bei unüblichen Gelegenheiten)

- Andere Vergnügen oder Interessen werden zugunsten des Alkoholkonsums zunehmend vernachlässigt
- Der Alkoholkonsum wird trotz Nachweises schädlicher (gesundheitlicher, psychischer oder sozialer Folgen fortgesetzt (vgl. www.psychosoziale-gesundheit.net/seele/alkohol.html).

Seit 1968 ist die Alkoholabhängigkeit in Deutschland vom Bundessozialgericht als Krankheit anerkannt (vgl. Merzenich, 2002, S.20).

2.3.1 Typologie der Alkoholkrankheit

Aus der Reihe von Typologien, die im Laufe der Jahrzehnte aufgestellt worden sind, ist die nachfolgende (von Jellinek) am ehesten bekannt. Jellinek unterteilt in:

- Alpha-Trinker: Dieser Trink- Typ lässt sich auch als Konflikttrinker oder Erleichterungstrinker beschreiben. Sie setzen den Alkohol gezielt ein, wenn sie Schwierigkeiten haben. Er gibt ihnen scheinbare Sicherheit. Körperlich sind sie zumeist (noch) nicht abhängig, aber sehr wohl seelisch.
- Beta-Trinker: Der Beta-Typ ließe sich mit der Bezeichnung Gelegenheitstrinker umschreiben. Das Trinken wird in erster Linie durch gesellschaftliche oder soziokulturelle Gegebenheiten bestimmt, zum Beispiel Feiern, Jubiläen etc. Gelegenheitstrinker können über eine lange Zeit abstinent bleiben.
- Gamma-Trinker: Menschen, die dieser Gruppe angehören, können die Höhe ihres Alkoholkonsums nicht mehr steuern und sind in vielen Fällen körperlich oder psychisch alkoholabhängig. Sie trinken aus innerem Zwang und werden als abhängige oder süchtige Trinker bezeichnet.
- Delta-Trinker: Wird auch als Gewohnheitstrinker bezeichnet. Der Gewohnheitstrinker nimmt regelmäßig relativ große Mengen Alkohol zu sich, meist ohne Berausung. Er trinkt soviel, dass er den Alkoholspiegel im Blut halten kann, weil es bei mangelnder Alkoholfuhr zu Entzugserscheinungen kommt.
- Epsilon- Trinker: Der so genannte episodische Trinker zeichnet sich durch periodische exzessive Alkoholexzesse aus. Nach einem solchen Rausch folgt dann in der Regel eine längere alkoholfreie Pause, bis er plötzlich wieder die Kontrolle über sein Trinkverhalten verliert (vgl. Bertling, 1993, S.33; vgl. www.psychosoziale-gesundheit.net/seele/alkohol.html; vgl. Löser, 1995, S.106).

Diese Typeneinteilungen nach Jellinek können als Orientierungshilfe dienen. Darüber hinaus gibt es sicherlich noch etliche individuelle Unterschiede bezüglich des Auftretens der einzelnen Merkmale.

2.3.2 Phasen der Alkoholkrankheit

Ebenfalls hat Jellinek die folgenden vier Phasen der Alkoholkrankheit angeführt:

- Erste Phase – die voralkoholische Phase
 - durch gelegentliches bis häufiges Erleichterungstrinken gekennzeichnet

- Zweite Phase – die prodromale (Einleitungs-) Phase
 - heimliches Trinken (Gelegenheit suchen)
 - ständig an Alkohol denken (Sorge, ob genügend Vorrat da ist)
 - verdecken von Alkohol
 - anlegen von größeren Alkoholvorräten
 - vermeidet es, über Alkohol zu reden (aufgrund von Schuldgefühlen)

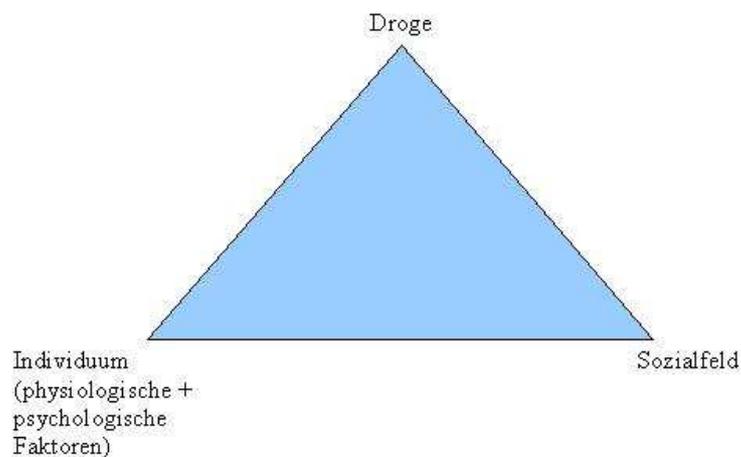
- Dritte Phase – die kritische Phase
 - Kontrollverlust über das Trinken ;(Alkohol-Alibis)
 - Selbstvorwürfe
 - Interessenverlust; Freunde werden fallen gelassen
 - zeitweilige alkoholfreie Perioden
 - Konflikte mit den Mitmenschen und am Arbeitsplatz (häufiger Wechsel)
 - erste Alkoholentzugserscheinungen treten auf

- Vierte Phase – die chronische Phase
 - tagelange Vollräusche
 - Geistesstörungen (Delirien, Sinnestäuschungen)
 - Alkoholpsychosen
 - starke Angstzustände/ Seelische Zusammenbrüche
 - Verlust der Alkoholtoleranz (vgl. Bertling, 1993, S.31f.; vgl. Löser, 1995, S.102f.)

2.3.3 Entstehungsbedingungen der Alkoholabhängigkeit

Um die Problematik Fetales Alkoholsyndrom sehen, verstehen und deuten zu können, ist es unabdingbar, sich mit den Theorien zur Alkoholabhängigkeit zu beschäftigen. Gerade in der eher praxisorientierten Sozialen Arbeit, ist es wichtig sich mit den theoretischen Erklärungen der problemverursachenden Faktoren auseinanderzusetzen, um mit professionellem Hintergrund Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. In der Wissenschaft werden hinsichtlich der Entstehung verschiedene Faktoren genannt. Heute erklärt man die Entstehung über das sog. Drei-Faktoren-Modell (bio-psycho-sozialen Modell). Vereinfachend lassen sich diese Entstehungsbedingungen in einem Dreiecksschema darstellen. Dabei werden drei große Gruppen von Einflussgrößen angeführt:

- die spezifische Wirkung der *Droge Alkohol*, die zur Abhängigkeit führt
- das *Individuum*, die individuellen Merkmale einer Person (psychologisch, biologisch)
- die *Umfeldbedingungen* (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren E.V., 1991, S.12).



(Feuerlein in Majewski, 1987, S.14)

Modell für die Entstehung der Alkoholabhängigkeit

Abbildung 1

Dieses Dreiecksmodell hat einen dynamischen Charakter, da sich die Faktoren in unterschiedlicher Weise gegenseitig bedingen bzw. verstärken können (vgl. Feuerlein in Majewski, 1987, S.14).

Einflussgröße Alkohol:

Der Alkohol kennzeichnet sich durch vier Eigenschaften:

- es handelt sich um ein *Nahrungsmittel* mit hohem Energiegehalt (1g enthält 29,6 kJ = 7,07 kcal)
- es handelt sich um ein *Genusmittel*
- es handelt sich um ein *Gift*, dessen toxische Reaktion sich bei akuter wie bei chronischer Überdosierung darlegt
- es handelt sich um ein *Rauschmittel* mit erheblichem Missbrauchspotential.

Ferner wirkt es in psychischer Hinsicht oftmals anregend aber auch entspannend (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren E.V., 1991, S. 12f.).

In dieser Arbeit wird der Alkohol vor allem wegen seiner Eigenschaft als Rauschmittel und Gift relevant.

Einflussgröße Individuum:

Wie bereits oben erwähnt, werden nicht alle Menschen, die mit Alkohol in Berührung kommen, von ihm abhängig oder benutzen ihn missbräuchlich. Daraus lässt sich ableiten, dass es bestimmte Personen geben muss, die eine besondere Anfälligkeit gegenüber Alkohol aufzeigen.

- **Genetische Einflüsse:** Eine unmittelbare Vererbung des Alkoholismus als einheitliches Kennzeichen ist weder erwiesen noch wahrscheinlich. Trotz allem gibt es eine Reihe von Argumentationen, die für den Einfluss genetischer Faktoren sprechen: (vgl. Feuerlein in Majewski (b), 1987, S.13)
 - Adoptionsstudien, wobei Adoptivkinder aus Alkoholikerfamilien mit Adoptivkindern anderer Eltern gegenübergestellt wurden. Diese Ergebnisse zeigten eine weitgehende Deckung, dass Kinder von (biologischen) Alkoholiker-Eltern später häufiger Alkoholismus aufzeigen als solche von (biologischen) Nichtalkoholiker- Eltern.
 - Ergebnisse von Tierversuchen. Ein vollkommenes Tiermodell ist nicht vorhanden, wohl allerdings für Teilaspekte (zum Beispiel Toleranzentwicklung, Entzugerscheinungen sowie für Alkoholfolgeschäden) (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren E.V., 1991, S.13).
 „Versuche mit Mäusen zeigen den Einfluss der alkoholtrinkenden Mutter auf das spätere Trinkverhalten: Wenn Mäusebabys aus alkoholermeidenden Stämmen von Müttern aus alkoholaviden Stämmen aufgezogen wurden, tranken sie später zweimal soviel Alkohol als normalerweise Mäuse aus alkoholvermeidenden Stämmen. Ferner zeigte sich eine Änderung der Alkoholtoleranz bei erwachsenen Ratten, die

pränatal Alkoholeinfluss ausgesetzt waren“ (Feuerlein (a), 1998, S. 63).

- **Psychische Disposition:** Wichtig ist, dass es keine kennzeichnende Persönlichkeitsstruktur bei Alkoholikern (wie so oft angenommen) gibt. Das heißt, dass Alkoholabhängigkeit bei den unterschiedlichsten Persönlichkeitsstrukturen auftreten kann. Allerdings hat die Fachwelt in den letzten Jahren einige Temperaments-Faktoren beschrieben, die dem Alkohol besonders zugeneigt scheinen. Dazu gehören zum Beispiel eine verstärkte Emotionalität und die mangelnde Fähigkeit sich in eine soziale Struktur einzugliedern (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren E.V., 1991, S.13).

Einflussgröße Sozialfeld:

Verschiedene soziale Faktoren begünstigen die Häufigkeit der Alkoholabhängigkeit: allgemeine soziokulturelle Gegebenheiten, zum Beispiel die Einstellung zum Alkohol, Trinksitten, der Wandel gesellschaftlicher Faktoren (vgl. Punkt 2.1.) (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren E.V., 1991, S.13f.).

- Herkunftsfamilie und Primärgruppe (bestehende Einstellung zum Alkohol und deren Gebrauch). Hier spielen frühkindliche Faktoren eine Rolle. Denn Ereignisse im frühen Leben eines Menschen spielen eine wichtige Rolle für die Formung der Persönlichkeit (z.B. Mangel an oraler Befriedigung – Kompensation durch Alkohol) (vgl. Schaffer, 1978, S.15). Ebenso sind Familientraditionen wie auch die Familienbedingungen zu berücksichtigen (z.B. Lernen am Modell - Lösen Beispielsweise die Eltern ihre Probleme, indem sie Alkohol trinken, übernehmen Kinder diese Struktur durch das Modell-Lernen) (vgl. Bertling, 1993, S.36)
- Einflüsse des Freizeitverhaltens (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren E.V., 1991, S.13f.).

2.4 Alkohol und Frauen

Alkohol wurde lange Zeit vor allem als männliches Genuss- und Suchtmittel betrachtet und zählte primär zu den Privilegien des Mannes, wodurch die Beziehung Frauen und Alkohol kaum zur Sprache kam (vgl. Arenz – Greiving, 1998, S.16; vgl. Riechers in: Kollahn/Weber, 1988, S.96). Dies soll nicht heißen, dass es keinen Alkoholkonsum von Frauen gegeben hat. Allerdings fand dieser in der Wahrnehmung von Wissenschaft und Öffentlichkeit in derart geringem Ausmaß statt, dass man sich so gut wie gar nicht damit befasste (vgl. Berger/Legnaro/Reuband, 1982, S.7). Während es in Deutschland bis Ende des 19.

Jahrhunderts unzählige Frauen gab, die den Alkohol nur dem Namen nach kannten oder höchstens bei festlichen Gelegenheiten einmal einen Wein oder Likör tranken, hat sich die Situation in den letzten Jahren erheblich verändert.

„Jetzt trinken die meisten Frauen (...) ebenso gut wie die Männer ihr Glas Bier zu Mittag und zu Abend, vielfach auch schon zum zweiten Frühstück, und wenn Besuch kommt, pokulieren sie fleißig mit, und niemand findet etwas daran, denn das Bier ist fashionable geworden“ (Hoppe 1904, zitiert nach Vogt 1994, S.7).

So ist es inzwischen auch bei Frauen zu einem deutlichen Anstieg des Alkoholkonsums gekommen. Das zahlenmäßige Verhältnis zwischen alkoholkranken Frauen und Männern wurde lange auf etwa 1:10 geschätzt. Dies hat sich seit den 70er Jahren drastisch geändert. Derzeit liegt das Verhältnis etwa bei 1:4, die Tendenz scheint sich allerdings in Richtung 1:3 zu entwickeln (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen E.V. (b), 2005, S.9).

2.4.1 Trinkverhalten der Frauen

Alkoholabhängige Frauen gelten sowohl in der Gesellschaft als auch in der Literatur als besonders pathologisch – sprich krankhaft und ihre Abnormität wird immer wieder betont. Dabei wird dem Frauenalkoholismus bestimmte Eigenschaften zugeschrieben. Berger et al. greifen weit verbreitete Darstellungen auf und erläutern:

- (1) Frauen trinken häufiger tagsüber zu Hause statt an öffentlichen Orten,
- (2) Sie trinken eher allein,
- (3) Sie kommen überproportional häufig aus alkoholbelasteten Familien und scheinen (4) härtere Getränke (Spirituosen) zu bevorzugen (vgl. Berger/Legnaro/Reuband 1982, S.12f.).

Reuband kritisiert in seinem Beitrag „Erscheinungsformen des Frauenalkoholismus – Alte und neue Fragen“ die traditionellen Beschreibungen von Alkoholikerinnen, vor allem aber die entsprechende Bewertung, dass diese Frauen besonders pathologisch seien, denn:

„nur wenige Untersuchungen zum Frauenalkoholismus existieren überhaupt in der Bundesrepublik, und zu wenige gehen anhand konkreten Materials diesen Fragen nach. Umfassendere und komplexer angelegte Studien, die den allgemeinen Trinksitten und dem Sozialisationsmilieu gerecht werden, sind notwendig, um die verschiedenen Widersprüche und offenen Fragen zu klären“ (Berger/Legnaro/Reuband, 1982, S.11).

Die Zuschreibung, dass Frauen häufiger tagsüber zu Hause trinken, erscheint dadurch logisch, dass z.B. bestimmte Orte im Bereich der Öffentlichkeit eher den Männern zugänglich sind als den Frauen. Beispielhaft dafür ist die Kneipe, die noch am ehesten ein Ort legitimen Alkoholgebrauchs darstellt. Die Kneipe gilt in unserer Gesellschaft nach wie vor als Ort für

Männer, gegebenenfalls noch für Frauen in Männerbegleitung (vgl. Pegel-Rimpl in: Berichte zur Suchtkrankenhilfe, 1990, S.9). Berger/Legnaro/Reuband regen an, genauer hinzuschauen. Denn was sich im ersten Moment als Besonderheit des weiblichen Trinkverhaltens aufzeigt, ist bei näherer Betrachtung oft lediglich als Ausdruck der verschiedenen Lebensbedingungen von Männern und Frauen zu sehen (vgl. Berger/Legnaro/Reuband, 1982, S, 19). Ferner nehmen gesellschaftliche Bewertungsprozesse eine wesentliche Rolle ein. Dabei betont Arenz – Greiving, dass der Alkohol im Leben einer Frau bedeutend anders beurteilt wird als bei Männern. Darum ist es nicht verwunderlich, dass Frauen ihren Alkoholkonsum anders erleben (vgl. Arenz-Greiving, 1998, S.16).

2.4.2 Ursachen/Faktoren der Alkoholabhängigkeit bei Frauen

Die Suche nach möglichen Hauptursachen für Frauenalkoholismus führt auch in der Fachliteratur zu zahlreichen Diskussionen. Dabei werden zahlreiche Thesen und Interpretationsversuche formuliert. Vorwiegend sind Positionen zu finden, die diese Entwicklung auf die Emanzipation der Frau zurückführen und die der Meinung sind, die Frau sollte sich doch an ihre traditionelle Rolle erinnern, dann bräuchte sie nicht zu trinken. (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen E.V. (b), 2002, S.9) Die veränderte Stellung der Frau in der Gesellschaft führte zu einer Angleichung an die soziologischen Verhaltensweisen des Mannes. Allerdings brachte die Gleichberechtigung nicht nur eine Angleichung von Rechten und Pflichten, sondern auch den Beigeschmack von Gefahren und Belastungen mit sich. Die Gegenseite argumentiert mit weiteren konsumfördernden Faktoren, z.B. die hohe Arbeitsbelastung der Frau (Doppelbelastung) durch Beruf und Haushalt. Angeführt wird auch die Verlegung des Alkoholkonsums von der Gaststätte in die Familie, wodurch die Griffnähe alkoholischer Getränke gefördert wird und die Flasche somit weiter in den Familienkreis rückt. Ein weiterer Grund könnte sein, dass Frauen mittlerweile genauso in vermehrtes Anlasstrinken, zum Beispiel bei Vereinen und Interessengruppen integriert sind. Des Weiteren wird den Frauen nachgesagt, sie hätten den Alkohol als Kompensationsmittel und Pharmakon entdeckt und genutzt (vgl. Schmidt, 1997, S. 49f.)

Sucht man in der Fachliteratur konkret nach Motiven und Ursachen des Frauenalkoholismus, so stößt man auf zwei auffällige Motivkomplexe:

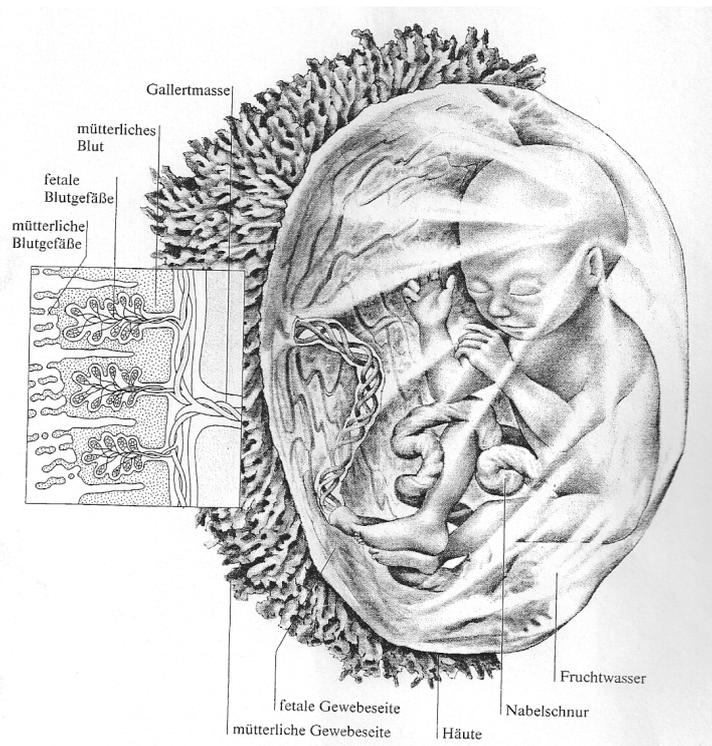
1. Schwerwiegende, unbewältigte Lebensereignisse (live-events) wie Partnerverlust, Tod, Scheidung, Erdulden von Gewaltmaßnahmen oder sexueller Missbrauch

2. Familie und Partnerschaft als zentrale Problemfelder: Neben zerrütteten Partnerbeziehungen versuchen Frauen auch Identitätskrisen mittels Alkohol zu verdrängen (vgl. Franz 1995, S. 58; vgl. Arenz – Greiving, 1998, S.16; vgl. Quinten, 2002, S.177).

Riechers allerdings warnt davor, einseitige Thesen und Interpretationsversuche unreflektiert zu übernehmen. Sicherlich können diese aufgeführten Punkte ausschlaggebend sein, dennoch ist es sinnvoll und wichtig, den Blick auf die Biographien der betroffenen Frauen zu richten und in der Rekonstruktion des Lebenszusammenhanges der einzelnen Frauen Handlungen und Haltungen zu klären (Riechers in: Kollahn/Weber, 1988, S.98f.).

2.5 Auswirkungen des Alkohols auf das ungeborene Kind

Die ersten Monate seines Daseins verbringt das wachsende Baby eingebettet in der Gebärmutter. Dabei nimmt der Körper der Mutter eine haltende und schützende Rolle ein. Das Baby schwimmt fast schwerelos im warmen Fruchtwasser und wird von den Muskelkontraktionen der Gebärmutter umfasst und geliebt – die Bedürfnisse des Babys werden zufrieden gestellt. Da das Baby in dieser Zeit sehr verletzlich ist, ist dieser Schutz unentbehrlich. Nimmt die Mutter während dieser Zeit giftige oder schädliche Substanzen zu sich, so gelangen diese ungefiltert in den Schutzraum des Babys. Diesen Schutzraum stellt die Gebärmutter dar (vgl. Nathanielsz (a), 2003, S.11f.). Die Plazenta ist fest in der Gebärmutter verwurzelt. Die Plazenta ist die Brücke zwischen Mutter und Kind. Die Fruchtblase und die Plazenta machen das lebenserhaltende System des Babys aus (vgl. Abb.2). Über Plazenta und Nabelschnur ist das ungeborene Kind mit dem Kreislauf der Mutter verbunden. Trinkt die Mutter Alkohol gelangt dieser direkt über die Plazenta in den Blutkreislauf. Da es keine Plazentaschranke gibt, gelangt der Alkohol ungehindert zum Kind und kann dort Schaden anrichten (vgl. Stoppard, 1998, S.87).



(Stoppard, 1998, S.87)

Das Lebenssystem des Babys

Abbildung 2

Der Alkohol wird über die Leber abgebaut. Die noch unreife Leber eines Fötus kann den Alkohol aber nicht wie ein erwachsener Organismus verarbeiten. So sinkt der Blutalkoholspiegel langsamer als der der Mutter (10-mal schneller wie der Fötus baut die Mutter den Alkohol ab). Wenn die Mutter die Wirkung des Alkohols bereits nicht mehr spürt, ist der Alkoholspiegel im Blut des Kindes noch deutlich höher, denn die körpereigene Enzyme, die wichtig sind, um den Alkohol abzubauen zu können, sind erst Wochen nach der Geburt vorhanden (vgl. FASworld Deutschland e.V. (a), 2007, S, 5f.).

Im kindlichen Organismus wirkt Alkohol auf die Zellen und deren Teilung und damit auf die Organentwicklung des Kindes. Hat die Alkoholkonzentration im Fötus ein bestimmtes Ausmaß überschritten, schädigt sie die wachsenden und sich teilenden Zellen. Am empfindlichsten sind die Nervenzellen. Sind sie einmal geschädigt, so sind diese Schäden nicht mehr zu beheben (irreversibel) (vgl. Nathanielsz (b), 1995, S. 181). Ferner blockiert Alkohol auch die Blutzufuhr zum Gehirn des Fötus und beeinträchtigt somit die Kommunikation der Nervenzellen. Dadurch verschlechtert sich die Signalübertragung zwischen den Zellen. Demzufolge treffen diese schlecht informierten Zellen falsche Entscheidungen darüber, wann sie tätig bzw. aktiv sein sollten und wann nicht (vgl. Nathanielsz (a), 2003, S.206).

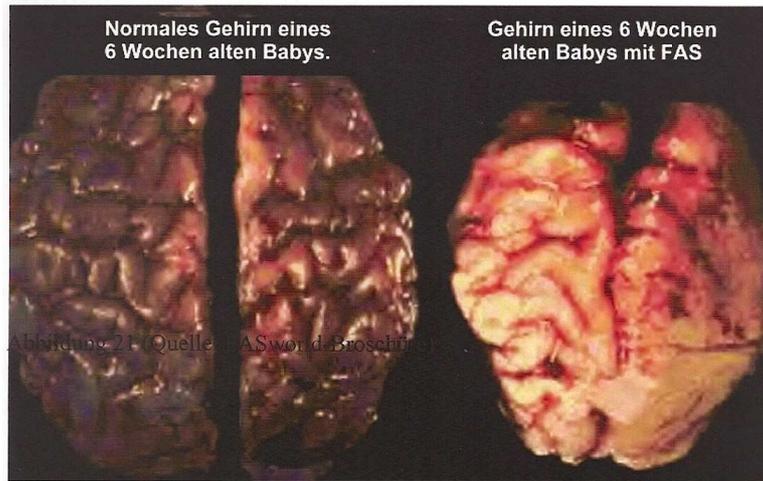


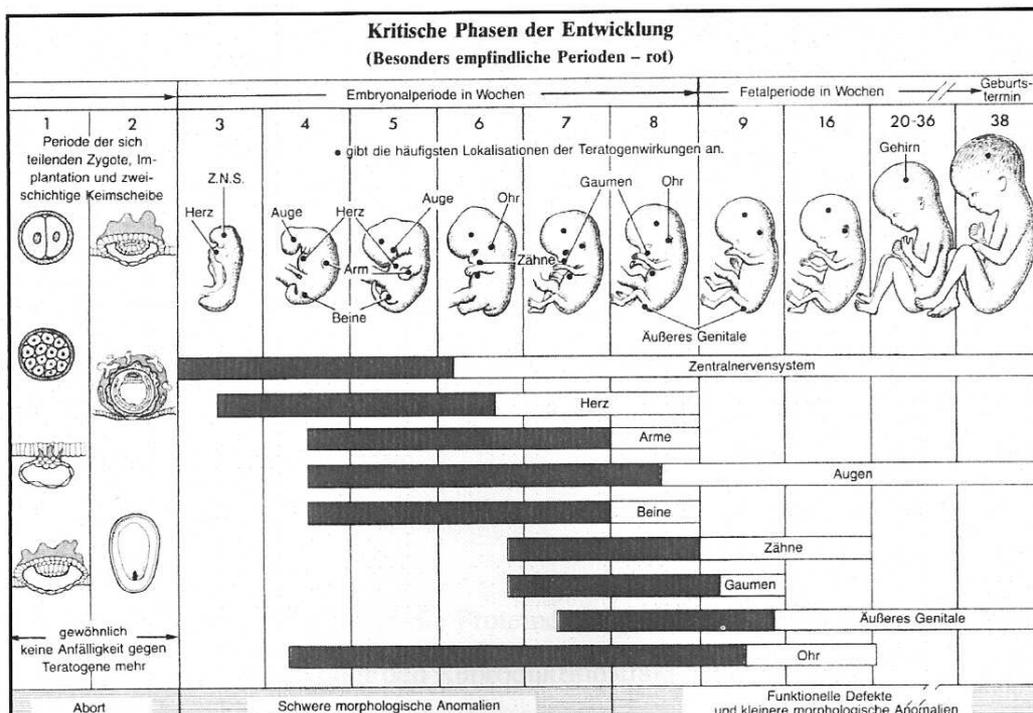
Abbildung 21 (Quelle: FASworld-Broschüre)

(FASworld Deutschland e.V. (a), 2007, S.8)

Gegenüberstellung: Normalentwickeltes Gehirn – Gehirn eines FAS-Kindes

Abbildung 3

Schadstoffe, wie Alkohol können während der gesamten Schwangerschaft Schaden beim Kind anrichten. In seinem frühen Entwicklungsstadium ist der Embryo allerdings besonders verwundbar. Die Schädigungen, die der Fötus entwickelt, richten sich danach, in welcher Phase der Schwangerschaft welche Mengen an Alkohol zu sich genommen wurden. Je nachdem welche Organe sich gerade entwickeln, kann auch eine spätere Schädigung erfolgen (vgl. Nathanielsz (a), 2003, S.194f; vgl. Rustemeyer, 1998, S.12.). Die folgende Tabelle macht die Entwicklungsschritte während einer Schwangerschaft deutlich.



(Merzenich, 2002, S.47)

Kritische Phasen der Entwicklung

Abbildung 4

Die Abbildung zeigt deutlich, dass es in der Embryonal- und Fetalentwicklung² zur Ausdifferenzierung und Reifung der Organsysteme, einschließlich des Gehirns und der Sinnesorgane kommt. Hervorzuheben ist dabei, dass sich die Aufbauten der Strukturen und Funktionen dieser Organsysteme sich nicht erst im Nachhinein, sondern gleichlaufend entwickeln (vgl. Krens/ Krens, 2006, S.19). Ferner zeigt dieser Punkt wie gefährlich Alkohol ist.

2.5.1 Schädigende Alkoholmenge

In diesem Kontext möchte ich kurz auf die Bedeutung einer Schwellendosis und Dosis-Wirkung – Beziehung zu sprechen kommen. Immer wieder tauchen Spekulationen über eine Schwellendosis auf. In Tierversuchen hat man über viele Jahre versucht, eine Dosis – Wirkung - Beziehung zu erfassen. Diese konnte allerdings nicht nachgewiesen werden (vgl. Rustemeyer, 1992, S.11). In der Literatur gibt es sehr unterschiedliche Auffassungen darüber, welche tägliche Alkoholmenge bereits ein Missbildungsrisiko mit sich bringt und wie hoch die kritische Schwellendosis ist. Dies liegt unter anderem an den unterschiedlichen Ansichten, welche Trinkmenge als viel zu bezeichnen ist. Verschiedene Studien, unter anderem von Löser oder Streissguth, machen deutlich, dass eine solche Dosis nicht genannt werden kann, da eine Schädigung der Embryos nicht ausschließlich mit der Menge des konsumierten Alkohols im Zusammenhang steht, sondern vor allem von der individuellen Toleranz gegenüber Alkohol abhängt (vgl. Löser, 1995, S.22f.). Insofern sind weder eine Angabe über unbedenkliche Alkoholmengen noch eine Entwicklungsprognose für den Embryo möglich. Kundzumachen ist auch, dass nicht nur süchtiges sondern auch missbräuchliches sowie übermäßiges geselliges Trinken und insbesondere episodenhaft exzessives Trinken Schädigungen beim Fötus hervorrufen können. Der Grad der Schädigung beim Kind steigt dementsprechend nicht linear mit der Alkoholmenge während der Schwangerschaft an, sondern auch geringe Mengen Alkohol können das Kind schwer schädigen und sich zum Beispiel auf den Intelligenzquotienten auswirken (vgl. Rustemeyer, 1992, S.12f.).

² Embryonalzeit = von der 4. Schwangerschaftswoche bis Ende des 3. Schwangerschaftsmonats
Fetalzeit = vom 3. Schwangerschaftsmonat ab an

2.5.2 Einfluss des werdenden Vaters

Ferner ist der Einfluss durch den Vater des ungeborenen Kindes anzusprechen. Häufig leben alkoholranke Mütter mit ebenfalls alkoholranken Vätern zusammen. Im Hinblick auf epidemiologische Untersuchungen wurde eine Auswirkung des Trinkverhaltens des Vaters auf die fetale Entwicklung für mutmaßlich gehalten. Dazu ist zu sagen, dass der väterlicher Alkoholkonsum den Fötus nicht direkt erreicht, sich jedoch auf die Qualität der Samen auswirkt. Auch beeinflusst das Trinkverhalten des Vaters vermutlich den Alkoholkonsum der Mutter und kann so auf diese Weise die Schäden beim Kind intensivieren (vgl. Rustemeyer, 1992, S.29).

3 Das Fetale Alkoholsyndrom

3.1 Entdeckung des Fetalen Alkoholsyndroms

Der Genuss von Alkohol – auch im Übermaß- ist nichts Neues, sondern wohl so alt wie die Menschheit selbst. Erste Anhaltspunkte, dass der Genuss von Alkohol eine nachteilige und schädliche Wirkung auf das ungeborene Leben haben kann, lassen sich bis zur Bibel zurückverfolgen (vgl. Zobel, 2006, S.61). Im Buch der Richter (Altes Testament; Kapitel 13, Vers 3-4) erschien der Engel des Herrn der späteren Mutter von Simson und sprach zu ihr:

„Du hast bisher keine Kinder bekommen, aber jetzt wirst du schwanger werden und einen Sohn zur Welt bringen. Trink deshalb weder Wein noch Bier und gib Acht, dass du keine unreinen Speisen isst“.

Zeitlich betrachtet, lassen sich von der Antike bis in die Neuzeit Hinweise finden, die auf die schädliche Wirkung des Alkohols in der Schwangerschaft verweisen. In Karthago gab es ein Gesetz, das einem jung verheirateten Paar verbot, Wein zu trinken. Dadurch sollte verhindert werden, dass die in der Hochzeitsnacht gezeugten Nachkommen weder geistig noch körperlich behindert zur Welt kamen. Bereits die griechische Mythologie begründete damit die Entstellung und Fehlbildung des verkrüppelten Hephaistos, dem Sohn des Zeus. Demnach wurde Zeus nachgesagt, er wäre betrunken gewesen, als er Hephaistos, den einzigen Krüppel unter den olympischen Göttern, zeugte. Selbst Platon stellte fest, dass die Zeugung im Rausch schwachsinnige, ungehorsame und kränkliche Kinder zur Folge haben kann.

Die ersten konkreten Anhaltspunkte, dass Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ein Grund für Schädigungen beim Ungeborenen sein kann, lassen sich auf Beobachtungen und Berichte aus der so genannten „Gin-Epidemie“ zurückführen. Diese fand in den Jahren 1720 bis 1750 in England statt (vgl. Löser, 1995, S.93ff.). Auffällig zu dieser Zeit war der rasante Konsumanstieg von Gin, begründet in einer schwunghaften Produktion und billigen

Destillation von überschüssigem Getreide (vgl. Merzenich, 2002, S.11). Der Gin war für alle sozialen Schichten ausreichend und günstig zu bekommen, führte jedoch geradewegs in eine Suchtkrise. In dieser Zeit konnte ein großer Anstieg geistig und körperlich schwer geschädigter Kinder beobachtet werden. Nachdem die Preise für den Gin anstiegen, verschwand dieses Problem (vgl. FASworld e.V. Deutschland (a), 2007, S.4). 1726 wurde das Parlament in London in einer Petition des College of Physicians darauf hingewiesen, dass die Kinder trinksüchtiger Eltern schwach, dumm und geistig verstört seien (vgl. Merzenich, 2002, S.11). Die Verknüpfung zwischen dem Alkoholkonsum und den unterentwickelten, kümmerlichen und kränklichen Kindern wurde zwar erkannt, aber nicht dokumentiert. Eine eindrucksvolle Darstellung dieser Verhältnisse findet sich in William Hogarth's gesellschaftskritischem Kupferstich „Gin Lane“ (1751).



(Löser, 1995, S.96)

Bild von William Hogarth zur Gin-Epidemie 1720-1750

Abbildung 5

Erst 1834 wurde in dem Bericht „Report on Drunkeness“ dem British House of Commerce schriftlich mitgeteilt, dass Kinder von alkoholabhängigen Müttern oft ein abgezehrt, verkümmertes und zurückgebliebenes Aussehen hätten (vgl. Löser, 1995, S.97).

Ende des 19. Jahrhunderts führte der Liverpoolsche Gefängnisarzt W. C. Sullivan eine Untersuchung an inhaftierten Alkoholikerinnen durch. Mit dieser Untersuchung machte er deutlich, dass sich die Lebensfähigkeit der Ungeborenen mit steigendem Alkoholkonsum der

werdenden Mutter (Zunahme der Intensität und Dauer) drastisch verschlechterte. Außerdem konnte er aufzeigen, dass trinkende Frauen, die durch die Inhaftierung zwangsweise keinen Alkohol verzehrten, nach bereits geschädigten Kindern oder Totgeburten gesunde Babys zur Welt brachten. Damit bekräftigte Sullivan eindeutig den direkten toxischen Effekt, d.h. die giftige Auswirkung des Alkohols auf den Embryo (vgl. Löser, 1995, S.98).

Ein Beweggrund, warum sich die medizinische Wissenschaft bis zum Zweiten Weltkrieg kaum mit der Frau als Alkoholkonsumentin und weiblicher Alkoholkrankheit beschäftigte, liegt in der Tatsache, dass bis zum 2. Weltkrieg das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Alkoholkranken bei 10:1 lag. Unterschiedliche Gründe können diese Entwicklung erklären. Überwiegend werden kulturelle Gründe herangezogen, da die familiären und gesellschaftlichen Konventionen meist von den Männern geprägt wurden. Diese befürworteten es z.B. selten, dass Frauen an den Gesellschaften und Trinkriten der Männer teilnahmen. Ferner spielten auch ökonomische Gründe eine Rolle, denn in Zeiten des Krieges waren alkoholische Getränke Mangelware und wurden als Luxusgüter angesehen, welche stets den höher gestellten Klassen vorbehalten waren (vgl. Löser, 1995, S.97).

Dem französischen Kinderarzt Lemoine und seinen Mitarbeitern ist es zu verdanken, dass 1968 die Erstbeschreibung von Symptomen alkoholgeschädigter Kinder vorgenommen wurde. Diese Ergebnisse wurden jedoch nicht der internationalen Öffentlichkeit vorgestellt und so auch nicht über die Grenzen Frankreichs bekannt.

Unabhängig von der Publikation Lemoines und seinen Kollegen kamen die amerikanischen Ärzte Jones und Smith 1973 zu den gleichen Schlussfolgerungen (vgl. Zobel, 2002, S.62). Im Rahmen einer Studie in Seattle (USA) untersuchten sie einige Kinder mit undeutlichen Entwicklungsstörungen und Missbildungen. Diese Kinder wiesen die unterschiedlichsten Schädigungen auf, aber dennoch hatten sie eine gewisse Ähnlichkeit untereinander. Die Gemeinsamkeit der Kinder bestand (nämlich) darin, dass die Mütter chronisch alkoholranke Frauen waren (vgl. FASworld e.V. Deutschland (a), 2007, S.4). Smith und Jones fassten das spezifische Muster der Defizite zum ersten Mal unter dem Begriff „*Fetales Alkohol-Syndrom*“ (FAS) zusammen und machten die Störung international bekannt. Folglich kam es zu einem Anflug von Forschungsaktivitäten auf diesem Gebiet, die die klinischen Symptome von FAS untersuchten. Intention dieser Untersuchungen war es, herauszufinden, wie Kinder durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft geschädigt werden können (vgl. Zobel, 2002, S.62).

In Deutschland stellte Majewski 1973 erstmals Fälle alkoholgeschädigter Kinder bei einer Konferenz der Universitäts-Kinderklinik in Tübingen vor. Er beschrieb als erster die pathophysiologischen Zusammenhänge. Ferner ist ihm die Einführung einer Schweregradbestimmung und Einteilung zu verdanken (vgl. Löser, 1995, S.9). Auf die Einteilung in Schweregrade werde ich später noch zu sprechen kommen (vgl. Punkt 3.3).

An dieser Stelle ist zu fragen, warum das Fehlbildungsmuster des Fetalen Alkoholsyndroms erst so spät erkannt wurde. In der Historie wurde deutlich, dass sich die Beobachtungen über Jahrhunderte ausdehnten. Diese hätten ausreichen müssen, um die schädigende Wirkung des Alkohols auf das ungeborene Kind früher zu erkennen. An dieser Stelle sei auf Löser verwiesen, der die medizingeschichtliche Entwicklung als einen langwierigen Weg betrachtet.

„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“ (Löser, 1995, S.100).

Obgleich das Problem seit Jahren bekannt ist, ist die Erforschung des Fetalen Alkoholsyndroms noch nicht abgeschlossen, vielmehr besteht noch ein immenser Forschungsbedarf.

3.2 Allgemeine Begriffsbestimmungen

3.2.1 Fetales Alkoholsyndrom (FAS) – Eine Definition

Unter *Fetalem Alkoholsyndrom* (FAS) „versteht man eine Schädigung des Kindes, die durch übermäßigen, dauerhaften und krankhaften Alkoholgenuss der Mutter während der Schwangerschaft entstanden ist (in der Bevölkerung unter der negativ bewerteten Bezeichnung „Säuferkind“ oder „Alkoholbaby“ bekannt“) (www.intakt.info/131-0-alkoholembryopathie.html) Diese Kinder sind häufig in ihrer Gesamtheit betroffen, da Alkohol alle Zellen und Organe schädigen kann. D.h. sie sind sowohl körperlich und geistig-intellektuell als auch in der Verhaltensentwicklung und in der sozialen Reifung beeinträchtigt. Die Ausprägungen der einzelnen Symptome sind allerdings sehr verschieden. (vgl. www.intakt.info/131-0-alkoholembryopathie.html)

3.2.2 Fetale Alkoholeffekte (FAE) – Eine Definition

Von Fetalen Alkoholeffekten (FAE) ist die Rede, wenn keine offensichtlichen Symptome für eine Diagnose auf FAS vorhanden sind, Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft jedoch als mögliche Ursache für Entwicklungsprobleme eines Kindes angenommen werden muss. Dies soll nicht heißen, dass FAE eine leichtere Erscheinungsform der Alkoholschädigung ist. Vielmehr ist es eine schwerer feststellbare Form (vgl. www.nacoa.de/fakten8.html) Zum Beispiel ist das Kind normal groß oder es weist keine Gesichtsveränderungen auf. Dies macht

es allerdings nicht leichter für die Kinder. Von ihnen werden häufig ein normales Verhalten bzw. Leistungen abverlangt. Deshalb verwenden Mediziner auf internationaler Ebene inzwischen den Begriff FASD – Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Mit dieser Bezeichnung will man das häufige Klischee umgehen, dass die Diagnose FAE weniger gravierender ist und verdeutlichen, dass alle Formen der angeborenen Alkoholschädigungen besondere Aufmerksamkeit verdienen. FASD ist allerdings keine Diagnose, sondern eine neue Bezeichnung, die alle Formen des Alkoholschadens beinhaltet. In Deutschland ist der Begriff noch nicht anerkannt (vgl. FASworld e.V. Deutschland (a), 2007, S.11ff.).

Somit lässt sich festhalten, dass das Fetale Alkoholsyndrom das körperliche und geistige Vollbild der Schädigung durch Alkohol darstellt und die Alkoholeffekte den Übergang zwischen der Dimension des Fetalen Alkoholsyndroms und dem Normalen bilden.

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werde ich mich schwerpunktmäßig mit dem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) beschäftigen

3.3 Diagnose

In Deutschland beruht die Diagnosestellung „Fetales Alkoholsyndrom“ auf dem kombinierten Auftreten typischer Auffälligkeiten (Untersuchung des Kindes nach körperlichen oder verhaltensbezogenen Merkmalen) in Verbindung mit der Kenntnis eines mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. (vgl. www.intakt.info/131-0-alkoholembryopathie.html).

Die Untersuchung muss dabei am betroffenen Kind die folgenden drei Kriterien erfüllen:

1. eine Wachstumsverzögerung; vor und nach der Geburt: zu klein,
2. eine Dysfunktion des zentralen Nervensystems (neurologische Auffälligkeiten, Intelligenzverminderung, Verhaltensstörungen),
3. charakteristische Auffälligkeiten des Schädels und des Gesichts mit mindestens zwei der folgenden drei Merkmale:
 - ein zu kleiner Kopf (Mikrozephalie)
 - schmale Lidspalte oder eine schmale Oberlippe mit einer wenig modellierten Rinne zwischen Nase und Mund (hypoplastisches Philtrum)
 - eine Abflachung des Mittelgesichts (Maxillarhypoplasie)

Nur wenn aus beiden Bereichen Ergebnisse vorliegen kann diese Diagnose eindeutig gestellt werden. In den USA z.B. ist der Nachweis der mütterlichen Alkoholkrankheit nicht zwangsläufig notwendig. 1996 schlug das Institute of Medicine zwei Klassifikationen für

FAS vor: One with confirmed maternal alcohol exposure (mit bestätigter mütterlicher Alkoholexposition) and one without confirmed maternal alcohol exposure (ohne mütterliche Alkoholexposition) (vgl. Merzenich, 2002, S.34).

Was die Klassifikation anbetrifft, bestehen internationale Differenzen. Um aufzeigen zu können, wie stark ein Kind geschädigt ist, wird bei europäischen Klinikern nach einer leichten, mäßig ausgeprägten und schweren Form des Fetalen Alkoholsyndroms unterschieden (FAS I-III), wobei die Übergänge zwischen diesen fließend sind. Dieses stimmt allerdings nicht mit den in den USA angewandten Klassifikationskriterien überein. Dort findet keine Einteilung in drei Schweregrade statt. Hier werden die Begriffe FAS und FAE eher entsprechend des Vorhandenseins oder Nichtvorhandenseins von spezifischen Kriterien zur Diagnose von FAS und nicht aufgrund der Schwere an sich verwendet (vgl. Kopera – Frye/ Streissguth, 1995, S, 520f.).

3.3.1 Probleme bei der Diagnosestellung

Oftmals ergeben sich in der Praxis Schwierigkeiten, wenn es um die Feststellung geht, ob das Fetale Alkoholsyndrom vorliegt oder nicht. Nach Löser wird nur bei ca. 10% aller geschädigten Kinder das Fetale Alkoholsyndrom als Diagnose gestellt. Die Zahl der festgestellten Personen mit Alkoholeffekten und derer mit verdächtigen alkoholbedingten Hirnfunktionsstörungen ist noch geringer (vgl. Löser, 1995, S.9).

Die bereits angesprochenen Schwierigkeiten beruhen unter anderem darauf, dass das Fetale Alkoholsyndrom einer besonderen medizinischen Diagnose bedarf. Diese kann in der Regel nur von Ärzten geleistet werden, die auf dem Gebiet von Geburtsdefekten erfahren sind (Teratologen³, Genetikern oder Pädiatern⁴). Durch mangelnde Erfahrung vieler Ärzte in dem Bereich des Fetalen Alkoholsyndroms bleiben viele Menschen mit dieser Erkrankung unerkannt (vgl. Kopera-Frye/ Streissguth in Seitz, 1995, S.520f.). Hinzu kommt, dass sich die Klärung der mütterlichen Vorgeschichte nicht so einfach gestaltet – ob diese während der Schwangerschaft getrunken hat ist nur schwer festzustellen. Diese Klärung beansprucht viel Zeit und Einfühlungsvermögen, da Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gerne verheimlicht oder heruntergespielt wird (vgl. Merzenich, 2002, S.34). Es kann davon ausgegangen werden, dass die Dunkelziffer alkoholabhängiger Frauen, besonders alkoholabhängiger schwangerer Frauen, sehr hoch ist. Sie zählen zu einer Personengruppe,

³ Teratologe – beschäftigt sich mit Entwicklungsmissbildungen

⁴ Pädiater- Facharzt für Pädiatrie: ist die Lehre von den Erkrankungen des kindlichen und jugendlichen Organismus, seinen Entwicklungsstörungen, den Fehlbildungen u. ihrer Behandlung

die sowohl vor als auch nach der Niederkunft häufig eine ärztliche Betreuung ablehnen. Falls doch eine medizinische Betreuung stattfindet, wird die Sucht aus den verschiedensten Gründen verschwiegen (vgl. Porr in Steiner, 1990, S.175). Dabei ist die Früherkennung so wichtig, denn das optimale Alter für die Diagnose liegt zwischen acht Monaten und acht bis zehn Jahren. Die charakteristischen Gesichtsmerkmale im Jugend- und Erwachsenenalter sind weniger ausgeprägt (vgl. Kopera-Frye/Streissguth in Seitz, 1995, S.520f.). Insbesondere die geistigen Schädigungen werden in der Regel erst zwischen dem fünften Monat und dem zweiten Lebensjahr offensichtlich (vgl. Zobel, 2006, S.60). Wurde das Krankheitsbild in der Kindheit übersehen, so ist es kaum möglich, dass später im Schulkind- oder Adoleszenzalter der Hausarzt dazu fähig sein wird, eine richtige Diagnose zu stellen, wenn ihm etwa ein kleines, quirliges Kind mit Hyperaktivität und Lernstörungen vorgestellt wird. Häufig rückt dann die Behandlung von schulischen Verhaltensstörungen in den Mittelpunkt, die auf die Umwelt oder die familiären Verhältnisse geschoben werden (vgl. Merzenich, 2002, S.35). Eine große Chance für die Kinder, gemäß eigentlicher Diagnose therapiert und gefördert zu werden, kann so nicht genutzt werden. Gynäkologen, Pädiater, *Sozialarbeiter*, Psychologen und Therapeuten, all diese wichtigen Menschen auf dem Weg eines geschädigten Kindes wissen gar nichts oder zu wenig über das Krankheitsbild und über die Folgen von FAS. Es gibt noch keine spezifische Ausbildung zur Diagnostik von FAS/E (vgl. Punkt 5.7.1).

3.4 Zeichen/Symptome der Krankheit

Das Fetale Alkoholsyndrom zeichnet sich durch ein variables Erscheinungsbild aus und verfügt über ein großes Spektrum an Fehlbildungen und Symptomen. Damit gestaltet sich die diagnostische, d.h. die Krankheit feststellende Sicherheit als schwierig und ergibt sich zumeist aus dem Mosaik vieler kleiner oder größerer Fehlbildungsmuster (vgl. Bertling, 1993, S.85).

Um möglichst früh im Säuglingsalter eine Diagnose stellen zu können haben sich neben dem Nachweis der Alkoholabhängigkeit der Mütter und der auffälligen Gesichtsformung der Säuglinge, die folgenden fünf Befunde als Leitanzeichen herausgestellt:

- „1. Vorgeburtlicher Minderwuchs,
2. Kleiner Kopf (Mikrozephalus),
3. Gedeihstörung (Dystrophie)
4. Geistige Entwicklungsstörungen (Mentale Retardierung),
5. Muskelschwäche (Hypotonie) und /oder
6. Hyperaktivität“ (Bertling1993, S. 87)

Löser führte an 131 Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom Untersuchungen durch und präsentierte folgende Ergebnisse:

Symptome	Häufigkeit
Intrauteriner Minderwuchs, Untergewicht	88%
Postnatale Wachstumsverzögerung	86%
Vermindert subkutanes Fettgewebe	Ca. 80%
 <i>Kraniofaziale Dismorphie</i>	
Mikrozephalie (geringe Kopfgröße)	82%
Haaraufstrich im Nacken	Ca. 35%
Verkürzter Nasenrücken	51%
Nasolabialfalten (Nasenlippenfurchen)	67%
Schmales Lippenrot, dünner Lippenwulst	65%
Fehlendes/ flaches/ verlängertes Philtrum (Rinne zwischen Nase und Oberlippe)	95%
Fehlender Cupido-Bogen	20%
Kleine Zähne/ Zahnanomalien	31%
Hypoplasie der Mandibel, fliehendes Kinn	65%
Hoher Gaumen	27%
Gaumenspalte	7%
Dysplastische, tief ansetzende Ohren	59%
 <i>Augenfehlbildungen</i>	
Myopie (Kurzsichtigkeit)/ Hyperopie (Weitsichtigkeit)/ Astigmatismus (Abbildungsfehler der Optik)	25%
Strabismus (Schielen)	23%
Spaltbildungen	Ca. 5%
Opticusaplasie/-hypoplasie	Ca. 10%
Microphthalmie/ Mikrocornea	5%
Epikanthus (sichelförmige Hautfalte am Augenrand)	54%
Ptosis (herabhängende Augenlider)	36%
Blepharophimose (Lidenge)	24%
Antimongoloide Lidachsen	34%

<i>Genitalfehlbildungen</i>	32%
<i>Nierenfehlbildungen</i>	9%
<i>Herzfehler</i>	29%
Alkoholkardiomyopathie	3%
Haemangiome (Blutschwämme)	10%
<i>Extremitäten/ Skelettfehlbildungen</i>	
Anormale Handfurchen	7%
Flaches Handlinienrelief	Ca. 15%
Brachy-/ Klinodactylie V	38%
Kamptodactylie	13%
Hypoplasie (unvollkommene Ausbildung) der	
Endphalangen/ Nägel	14%
Radioulnare Synostose/ Supinationshemmung	14%
Hüftluxation/ -Dysplasie	11%
Skoliose	7%
Trichterbrust	12%
Kielbrust	6%
<i>Weitere Fehlbildungen</i>	
Hernien (Eingeweidebruch)	12%
Bindegewebsschwäche	Ca. 25%
Fovea coccygea	51%
<i>Neurologische, mentale, psychopathologische Störungen</i>	
Geistige Entwicklungsverzögerung	89%
Sprachstörungen	80%
Hörstörungen	Ca. 20%
Ess- und Schluckstörungen	Ca. 30%
Schlafstörungen	Ca. 40%
Muskuläre Hypertonie/ Muskeldysplasie	57%

Verminderte Schmerzempfindlichkeit	Ca. 20%
Feinmotorische Dysfunktion	Ca. 80%
Krampfanfälle	6%
<i>Verhaltensstörungen</i>	
Hyperexzitabilität, Hyperaktivität	72%
Distanzlosigkeit, Vertrauensseligkeit	Ca. 50%
Erhöhte Risikobereitschaft, Waghalsigkeit	Ca. 40%
Autismus	3%
Aggressivität, dissoziales Verhalten	Ca. 3%
Emotionale Instabilität	Ca. 30%

(Quelle: Löser 1995, S.7f.)

Ergebnisse der Untersuchung

Tabelle 4

Diese Auflistung veranschaulicht präzise, wie umfassend und mit welcher Häufigkeit sich der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft auf die Entwicklung der Kinder schädigend auswirken kann.

4 Die Entwicklung von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom

Kinder, die mit Fetalem Alkoholsyndrom zur Welt kommen, entwickeln sich in der Regel nicht so wie andere Kinder ihres Alters. Die Auswirkungen von FAS sind vor allem im Kindesalter zu beobachten, zeigen sich aber auch bis ins Erwachsenenalter.

Wie sich die Entwicklung von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom vollzieht wird von mehreren Faktoren und Bedingungen beeinflusst:

1. Vom Ausmaß der toxischen Schädigung durch den Alkohol. Denn je höher der Schädigungsgrad ist, desto größer gestalten sich die Entwicklungsstörungen. Kinder mit geringem Schädigungsgrad können körperliche, geistige und seelische Mangelzustände zum großen Teil ausgleichen. (vgl. Bertling 1993, S.88).

2. *Von begleitenden Fehlbildungen und Erkrankungen.* Die alkoholbedingten Behinderungen wie Herzfehler, Skoliose, Nierenfehlbildungen können die körperliche Entwicklung der Kinder zusätzlich beeinflussen (vgl. Löser 1995, S.122).

3. *Von erblichen Faktoren.* Ein Kind von körperlich kleinen Eltern bleibt zum Beispiel klein. Hier stellt die kleine Körpergröße keinen Anhaltspunkt für FAS dar (vgl. Bertling 1993, S.88).

4. *Von der Förderung und sozialen Umfeldbedingungen.* Dies ist ein sehr wichtiger Punkt, denn Kinder die unter den ungünstigen Förderungsbedingungen des Trunksuchtmilieus aufwachsen haben einen großen Nachteil gegenüber jenen Kindern, die unter guten Förderbedingungen in ihrer eigenen oder einer Pflegefamilie aufwachsen (vgl. Löser 1995, S.122). Dies werde ich jedoch in Punkt 5.8 genauer betrachten.

Diese Faktoren und Bedingungen sollten unbedingt Berücksichtigung finden. Denn wie bei einem Alkoholkranken ist auch hier jedes Krankheitsbild eines Kindes individuell verschieden und wird subjektiv von unterschiedlichen (oben genannten) Faktoren beeinflusst. Infolgedessen entwickelt sich jedes Kind individuell.

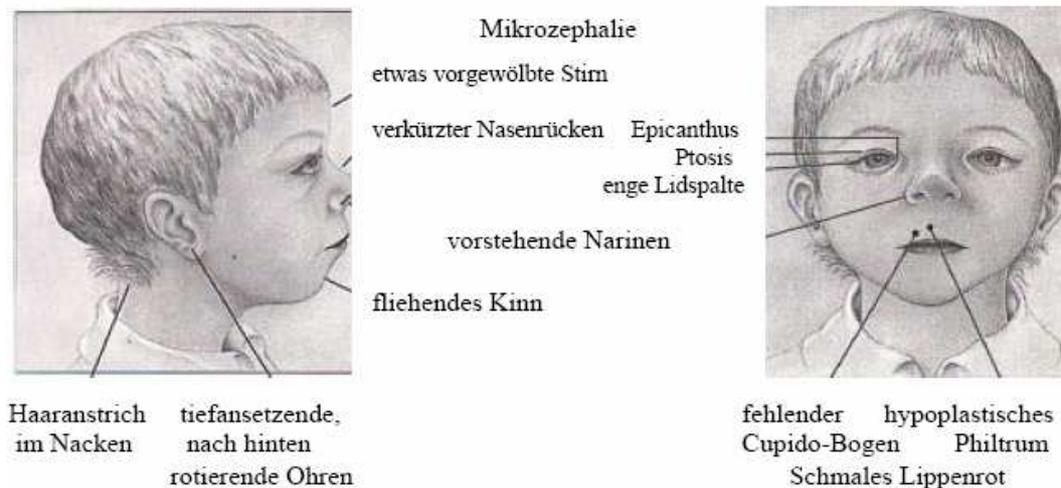
Die Entwicklung der Kinder nach der Geburt bis hin zum Erwachsenenalter kann in jeder Hinsicht betroffen sein:

1. Die *körperliche Entwicklung* kann betroffen sein. Dies ist messbar an Gewicht, Länge, Kopfumfang, Knochen- und Zahnentwicklung.
2. Die *motorischen und statischen Fähigkeiten* können geschädigt sein, wie zum Beispiel Laufen, Greifen und Geschicklichkeit, aber auch andere Einzelfähigkeiten wie Trinken, Essen, Stuhlgang und/oder Sprechen.
3. Die *geistige*, das heißt auf die *Intelligenz* bezogene *Entwicklung* kann lückenhaft sein.
4. Die *seelische* und *gefühlbezogene Entwicklung* kann berührt worden sein, zum Beispiel Ausgeglichenheit, Stimmungen, Lachen, Weinen etc.
5. Die *soziale Entwicklung* und das *Verhalten* können eingeschränkt sein. Gemeint ist die Fähigkeit, sich in den Verbund der Gemeinschaft der Mitmenschen einzugliedern und sich wohlfühlen zu können (vgl. vom Knappen/Thater/Löser, 1987, S.5)

Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom zeigen verschiedene Begabungen und Defizite, die sehr komplex sein können. Deshalb werde ich nun im nächsten Punkt einige wichtige Merkmale aufgreifen.

4.1 Merkmale im (Klein-) Kindalter (0- 5 Jahre)

Auffällige äußere Merkmale sind, wie schon benannt die Gesichtsanomalien. Diese werden in folgender Skizze dargestellt.



(Löser, 1995, S.37)

Zusammenfassende Darstellung der typischen kraniofazialen Veränderungen

Abbildung 6

Abgesehen von den körperlichen Anomalien kann auch das Zentralen Nervensystem (ZNS) beschädigt sein. Zu den ZNS - Funktionsstörungen gehören Beispielsweise Sprach und Hörstörungen, Hyperaktivität sowie eine begrenzte Konzentrationsfähigkeit (vgl. FASworld (a), 2007, S.26). Das Fetale Alkoholsyndrom hat weiterhin Auswirkungen auf den Schlaf-Wach- Rhythmus eines geschädigten Kindes. Es liegt sowohl eine verringerte Qualität des Tiefschlafes als auch eine verminderte Gesamtschlafzeit vor.

Im kognitiv- motorischen Bereich hat man bei Säuglingen Probleme bei der Gewöhnung an akustische und visuelle Reize festgestellt, sowie eine verminderte Fähigkeit sich selbst zu beruhigen bzw. auf Trösten zu reagieren. Ferner wurde eine niedrige Aufwachselle sowie eine verminderte Bewegungsstärke festgestellt. Gesondert stellte Jacobsen eine enge Wechselbeziehung zwischen dem Fetalen Alkoholsyndrom und einem niedrigen Niveau des

Spiels sowie eine längere Fixationsdauer bei Aufgaben zur Seherkennung und Kreuzübertragung fest (vgl. Kopera-Frye / Streissguth, 1995, S.526ff.).

Neben den körperlichen Merkmalen lassen sich gerade im Kleinkind- und Vorschulalter Auffälligkeiten in der Fein- und Grobmotorik sowie im Bereich der Konzentration und Aufmerksamkeit erkennen. Dabei beenden Kinder Spiele, die Geduld erfordern wie zum Beispiel Puzzeln nicht, lassen sich leicht ablenken und gehen zu anderen Beschäftigungen über. Außerdem lernen diese Kinder langsamer und brauchen länger, um logische Zusammenhänge zu verstehen. Demzufolge fällt es ihnen schwer, Sinnzusammenhänge zu begreifen und Regeln zu erlernen. Somit brauchen diese Kinder für viele Entwicklungsschritte Unterstützung und Anreize von außen. In der Regel fehlt Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom das überschwänglich phantasievolle Denken, welches für Kinder eigentlich typisch ist. Dies fällt vor allem beim Nacherzählen von Geschichten auf. Gegenüber anderen Kindern der gleichen Altersgruppe zeigten sich geringere Leistungen in der Erinnerungsleistung sowohl im Lang- als auch im Kurzzeitgedächtnis. Insgesamt fällt auf, dass die Aufmerksamkeitsphasen verkürzt sind. Oftmals schweifen die Kinder mit ihren Gedanken ab und zeigen sich nervöser als Gleichaltrige. Auch kann es zu visuellen und akustischen Beeinträchtigungen kommen. Dies zeigt sich unter anderem in einer verminderten Fähigkeit zur Figurenerkennung, zur Raum- und Formwahrnehmung sowie der Worterkennung.

Bezüglich der Entwicklung der Sprache haben sich häufig die Mundmotorik und die Mundmuskulatur nicht entsprechend entwickelt. Daraus ergeben sich Schwierigkeiten für den Spracherwerb, da zur Lautbildung viele Muskeln gebraucht werden. Zahlen in der Fachliteratur weisen darauf hin, dass über 90% aller Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom eine gestörte Sprachentwicklung aufweisen. Gebremst ist vor allem der Erwerb des Wortschatzes, der Artikulation, der Syntax, des Redeflusses und der Motivation (vgl. vom Knappen/Thater/Löser, 1987, 10ff.; Löser, 1995, S.61ff.).

Viele Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom weisen Probleme im Bereich der taktilen Wahrnehmung auf. Dabei wird das Berühren von bestimmten Dingen wie Badeschaum, Sand oder Lebensmitteln, manchmal sogar der Körperkontakt mit anderen Menschen als unangenehm empfunden. Außerdem haben sie ein sehr instabiles Gefühlsleben. Meist zeigen sie sich aber in einer gehobenen Stimmung. Sie sind fröhlich, mitteilend und zugewandt. Nur selten sind sie bedrückt und nach innen gewandt. Ihre Gefühlswelt ist meist ambivalent. Die

Affekte können nicht selbstständig kontrolliert werden (vgl. vom Knappen/Thater/Löser, 1987, S.10ff.).

Bei keinem anderen Fehlbildungssyndrom finden sich so häufig hyperaktive Verhaltensmuster wie bei Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom. Bezeichnend hierfür ist ein überschießender, weitgehend ungeordneter Bewegungsdrang. Der gesteigerte Bewegungsdrang behindert die Kinder, ruhig zu sitzen und sich bei einer Spielart aufzuhalten. Dadurch bekommen diese Kinder häufig Zuschreibungen wie: Zappelphilipp, immer auf dem Sprung, unter Dampf. Ferner werden sie häufig aufgrund ihres Verhaltens von anderen Gleichaltrigen abgelehnt (vgl. Löser, 1995, S. 65). Aufgrund ihres Charakters fällt es diesen Kindern sehr schwer Freundschaften zu schließen. In dem mit Frau Michalowski (1. Vorsitzende von FASworld e.V. Deutschland) geführten Interview berichtete sie, dass es Kindern mit FAS sehr schwer fällt, mit gleichaltrigen Kindern in Kontakt zu kommen. In der Regel sind die Freunde etwa vier bis sechs Jahre jünger als sie selbst, oder erheblich älter. Dies ist mit einem gewissen Risiko behaftet, denn die FAS-Kinder werden häufig von den älteren Kindern ausgenutzt und manipuliert. Diese Erfahrungen übertragen sie wiederum oftmals auf die kleinen Spielpartner. Demnach ist es mit Freundschaften von FAS-Kindern immer eine gewisse Gradwanderung, die die Eltern nicht aus dem Auge verlieren sollten (vgl. Interview mit Gisela Michalowski am 22.06.2007, siehe Anhang S.91).

Die in der Kindheit ausgeprägten Verhaltensstörungen wie hyperaktive Verhaltensmuster bleiben zumeist auch in der Jugendzeit bestehen. Die Kinder tun sich schwer mit der Fähigkeit, die Folgen ihres Handelns zu erkennen. Somit stellen sie gelegentlich eine Gefahr für sich und ihr Umfeld dar (vgl. Zobel, 2006, S.69).

Betroffene Kinder zeichnen sich meist durch eine besonders aufgeschlossene und freundliche Art aus. Ihnen wird ein bestimmtes Maß an Distanzlosigkeit und Risikobereitschaft nachgesagt. Diese Kinder werden häufig als aufdringlich, besonders vertraulich, manchmal sogar als dreist oder aggressiv empfunden. Auch gegenüber fremden Personen zeigen sie sich aufgeschlossen, was im schlimmsten Fall zu Missbrauchserfahrungen führen kann. Betroffene Kinder verhalten sich in vielen Lebensbereichen sehr riskant und zum Teil waghalsig. Eine realistische Einschätzung von Risiken ist bei diesen Kindern oftmals nicht gegeben. (vgl. vom Knappen/Thater/Löser, 1987, S.14; vgl. Zobel, 2006, S.63f.).

4.2 Merkmale im Schul- und Jugendalter (6-17 Jahre)

Manche körperlichen Kennzeichen der Betroffenen bilden sich mit zunehmendem Lebensalter zurück, d.h. sie sind nicht mehr so deutlich zu erkennen. Kennzeichnend bleiben jedoch die ausgeprägte Rille zwischen Nase und Mund, die dünnen Lippen, die Ohranomalien und die Haarveränderungen (vgl. Löser, 1995, S.42).

Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom zeigen häufig eine Beeinträchtigung im Bereich der geistig- intellektuellen Entwicklung. Auffällig wird dies vor allem im logischen, schlussfolgernden, abstrakten und konstruktiv- phantasievollen Denken. Das formale Denken wird deutlich stärker beeinflusst als das inhaltliche und ist gekennzeichnet durch überwiegend verlangsamtes, *zähflüssiges*, ideenarmes und mitunter umständliches Denken. Die Erinnerungsfähigkeit scheint in dieser Zeit nicht bedeutend betroffen zu sein, obwohl sich hier in der Phase der Kindheit Defizite zeigten (vgl. Löser, 1995, S.126f.). Insgesamt wirken sich diese Einschränkungen auf die schulischen Leistungen der Betroffenen aus. In vielen Fällen reichen die Fähigkeiten nicht aus, um über eine Haupt-/ oder Sonderschulbildungsabschluss hinaus zu kommen. In einigen Fällen ist keine Schulbildung möglich. Folgende Auswertung einer Studie von Löser mit 51 Betroffenen verdeutlicht dies noch einmal:

<i>Zuletzt besuchte Schulform</i>	<i>Häufigkeit</i>
Hauptschule davon	18 (35%)
Ohne Abschluss	3
Förderschule davon	28 (55%)
für Lernbehinderte	13 (25%)
für geistig Behinderte	15 (30%)
für Hörbehinderte	1
für Sehbehinderte	2
für Sprachbehinderte	1
für Erziehungshilfen	1
Nicht bildungsfähig	3 (6%)
Realschule	2 (4%)
Gymnasium/ Oberstufe	0 (0%)

(vgl. Löser, 1995, S.126)

Auswertung der Studie

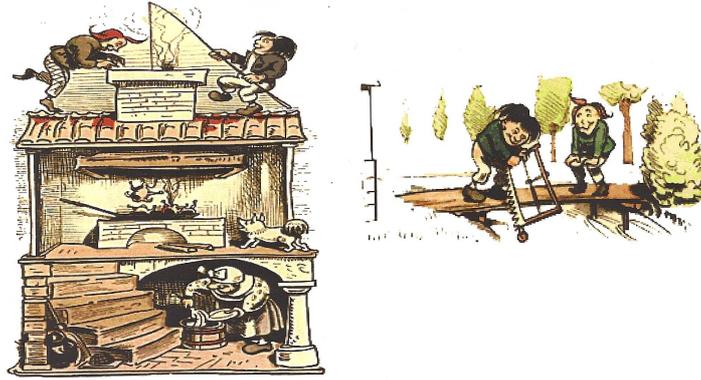
Tabelle 5

In den Regelschulen finden sich häufig nur Kinder mit einer milderen Form des Fetalen Alkoholsyndroms, während Schulen für Geistig-, Körperlich- oder Lernbehinderte meist von schwerer betroffenen Kindern besucht werden. Bezeichnend für Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom scheinen Defizite im mathematischen Bereich zu sein. Weniger deutlich zeigen sich Besonderheiten beim Lesen und Schreiben. Um von ihren im Allgemeinen eher schlechten Leistungen abzulenken, entwickeln viele Jugendliche Verhaltensauffälligkeiten. Auch kommt es im schulischen Bereich durch die gehäuft auftretenden Aufmerksamkeitsstörungen und Konzentrationsschwächen zu Problemen, da gerade in Regelschulen häufig nicht genug Zeit und Personal bleibt sich Jugendlichen mit diesen Auffälligkeiten gesondert zu widmen (vgl. www.fasworld-ev.de/HelmuthHuber.htm).

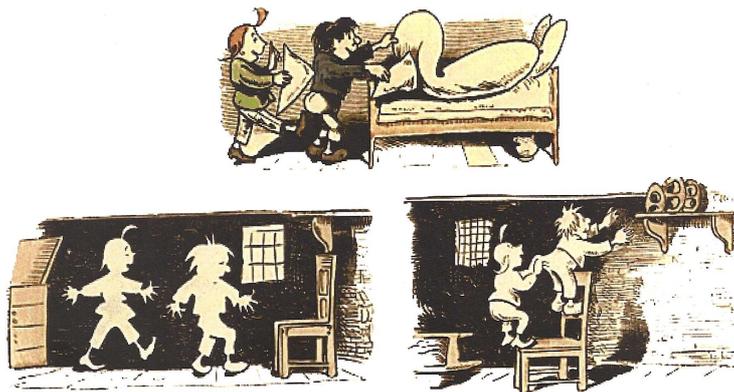
Schaut man sich die aufgeführten Merkmale genauer an, so wird deutlich, dass Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom in der Regel viel mehr Zeit benötigen, um für das Leben reif genug zu werden, als andere Menschen. Allerdings gibt es große Unterschiede unter den Kindern. Jedes Kind hat seine eigenen individuellen Leistungsmöglichkeiten. Daher erscheinen Fördermaßnahmen sinnvoll und sollten auch unbedingt genutzt werden. Wichtig ist, das Kind nicht zu überfordern, um ihm Lernfreude zu erhalten. Kritisch wird es, wenn von Kindern mit FAS ein altersgerechtes Verhalten erwartet wird. Kennzeichnend dafür sind Fragen wie: Warum verhältst du dich so? Kannst du dich nicht so wie die anderen Kinder in deinem Alter aufführen? (vgl. FASworld e.V. Deutschland (a), 2007, S.27).

Bei meinen Recherchen bin ich auf einen interessanten Beitrag von Herrn Dr. Feldmann gestoßen. Dieser Beitrag stammt vom FAS-Symposium am 10.09.2005 in Müllheim/Ruhr. Feldmann erklärte anhand der altbekannten Kindergeschichte „Max und Moritz“ das typische Verhalten eines Kindes mit Fetalem Alkoholsyndrom. Demnach muss Wilhelm Busch ein gutes Vorbild gehabt haben. Laut Feldmann hat Wilhelm Busch nicht nur das typische Gesicht eines Kindes mit Fetalem Alkoholsyndrom gezeichnet, auch dessen Verhalten ist dementsprechend (vgl. www.moses-online.de/web/212/258).

„Die Idee, die Hühner zu stehlen, kommt von Max. Max hat schon mit Vorbedacht eine Angel mitgebracht. – Max ist das gesunde Kind, er plant die Tat im Voraus und bringt die nötigen Utensilien mit – Moritz läuft hinterher und freut sich über diesen Plan. Er wäre von allein nicht auf diesen Plan gekommen“ (www.moses-online.de/web/212/258).



In den nächsten Streichen ändert sich das Bild nicht: Auch beim Bäcker geht Max voraus. Auch hier ist Max der Planer und Macher und Moritz der Mitläufer. Genau das charakterisiert Feldmann als das typische bei Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom. Sie sind kritiklos, arglos, verführbar und sie laufen anderen hinterher. Dabei sein zu dürfen ist alles für diese Kinder und das erfüllt sie mit Stolz (vgl. www.moses-online.de/web/212/258).



5 Der Lebensraum von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom.

Alkoholkrankheit & Folgen, Kindheits-Bedürfnisse, soziale Maßnahmen

Beim Lesen der Fachliteratur ist mir die hohe Zahl der Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom, die nicht in ihrer Ursprungsfamilie aufwachsen, aufgefallen. Zobel berichtet von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom: „ In etwa **50** bis **75** Prozent der in einer Universitätsklinik vorgestellten Fälle kamen die Kinder aus Adoptiv- oder Pflegefamilien, aus Heimen, Pflegevermittlungsstellen oder von anderen Sorgeberechtigten“ (Zobel 2006, S.63). Löser weist in eigenen Untersuchungen (von 1973 bis 1992) von 51 FAS-Kindern darauf hin, dass 59% von ihnen in Pflege- oder Adoptivfamilien aufwachsen (vgl. Löser 1995, S.123). Dementsprechend lässt sich die These ableiten, dass die Entscheidung für die Fremdplatzierung bei den meisten Jugendämtern entsprechend Anwendung findet. Wenn ich

dabei an Entwicklungsrisiken und – chancen von Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom denke, so stellt sich mir folgende Frage: **Anhand welcher Kriterien entscheidet die Jugendhilfe über die Platzierungsfrage dieser Kinder?** Dieser Frage soll nun im Folgenden nachgegangen werden. Denn gerade den Lebensbedingungen, unter denen ein Kind heranwächst, kommt eine besondere Bedeutung zu.

5.1 Die Herkunftsfamilie unter besonderer Berücksichtigung der Mutter-Kind Beziehung bei Alkoholkrankheit.

Laut Löser wollen suchtkranke Mütter in der Regel genauso gute Mütter sein wie nicht Suchtkranke. Ihr Dilemma besteht zumeist darin, dass sie gerade aufgrund ihrer Suchterkrankung scheitern und diesen Prozess nicht realistisch wahrnehmen und deshalb nicht früh genug zu trinken aufhören können. Das heißt nicht, dass alkoholranke Mütter ihre Kinder weniger lieben. Dennoch fällt es ihnen in der Regel schwerer, dem Kind neben der Pflege, Ernährung und Hygiene eine entsprechende emotionale und geistige Anregung zukommen zu lassen. Häufig ist das Verlangen nach dem Alkohol stärker und prägt daher den Tagesablauf. Folglich richtet sich der Tagesablauf mehr nach dem Alkohol und weniger nach dem Kind. Aufgrund des Alkoholrausches fehlt weitgehend die Zuwendung zum Kind, somit entfallen wesentliche Fundamente für eine beständige und verlässliche Beziehung zur Mutter. Dementsprechend ist der auf Alkohol ausgerichtete Tagesablauf, das Verhalten der Mutter wie auch die Stimmungsschwankungen für das Kind nicht nachvollziehbar und nicht verständlich (vgl. Punkt 2.3.2).

Da das Kind die Wirkung des Alkohols auf die Mutter nicht kennt, ist es für das Kind besonders schwer auf die ständig wechselnden Stimmungslagen, Launen, Wachheitszustände und den Rhythmus der Mutter zu reagieren. Denn ein sehr kleines Kind versteht die psychophysische Wirkung des Alkohols nicht und deshalb kann es die Mutter nicht verstehen. Das Kind befindet sich in einem ständigen Spannungsfeld durch die Unberechenbarkeit der Situation: Zeitweise ist die Mutter in guter Stimmung, herzlich, liebevoll und zugeneigt, und dies sogar unter Alkohol, dann wieder zerstreut, nachlässig, melancholisch oder aggressiv. Dieses ambivalente Verhalten kann ein Kind nur verängstigen und verunsichern. Ein Kind ist dessen ungeachtet von der Mutter abhängig und kann die Situation nicht objektiv bewerten. Das heißt, es wird sich trotz allem anpassen müssen (vgl. Löser, 1995, S 112). So passen die Kinder ihr Verhalten der augenblicklichen Situation und Stimmung an und unterliegen damit den häufigen Stimmungsschwankungen der Mutter und durchlaufen ein ständiges Wechselbad

der Gefühle. Auch wenn die Kinder sich anpassen, sind sie dennoch auf der Suche nach einem Menschen, der einen Platz im Leben des Kindes einnimmt und ihnen Zuneigung schenkt und ihnen das Gefühl gibt geliebt zu werden. Das Zwiespältige daran ist, Kinder lieben ihre Eltern, egal was diese mit ihnen getan haben. Zu erklären ist dieses Verhalten unter anderem durch Abwehr- oder Verdrängungsmechanismen. Wenn der alkoholranke Elternteil nüchtern ist, sehen die Kinder in diesem Zeitraum nur noch sein jetzt zusagendes und positives Verhalten. Dieses wird von den Kindern idealisiert und noch positiver erlebt, als es tatsächlich ist. Diese Idealisierung bzw. Überbewertung dient für die Kinder als Stütze, als Beleg dafür, dass die trinkende Mutter doch der liebste Mensch auf der Welt ist und sie liebt. Dementsprechend wollen und können Kinder die Wirklichkeit nicht sehen, denn dann müssten sie ihr idealisiertes Elternbild in eine nicht für sie wohltuende und erwünschte Form verändern. Es gibt dabei auch Kinder, die diese positiven Eigenschaften ausblenden und nur die ständig unter Alkoholeinfluss stehende Mutter sehen (vgl. Bertling, 1993, S.56ff.).

Viele Alkoholikerinnen empfinden allerdings eine echte glaubhafte Liebe zum Kind, die auch immer wieder versichert wird. Bekräftigt wird dieses Empfinden mit Sätzen wie: „Mein Kind ist mein ein und alles“. Gleichwohl muss der Aspekt berücksichtigt werden, dass alkoholranke Mütter mit dem Anspruch und dem Eindruck der Kindesliebe ihren Alkoholkonsum verbergen wollen. Dadurch dass das Kind sich an die Mutter klammert, entsteht häufig der Eindruck einer intakten Beziehung und schutzwürdigen Bindung. Tatsächlich hat zwar das Kind die Bindungsfähigkeit bewahrt, die Mutter hat sie jedoch oftmals durch den Missbrauch von Alkohol eingebüßt (vgl. 5.2). Denn dass das Kind als „ein und alles“ bezeichnet wird, deutet häufig schon auf eine weitgehende Absonderung hin, nachdem die Mutter evtl. die Beziehung zum Partner und zu der Gesellschaft hat aufgeben müssen (vgl. Löser, 1995, S.113).

An dieser Stelle wird deutlich, dass die Konstellationen, in die ein Kind mit Fetalem Alkoholsyndrom hineingeboren wird, in der Regel heikel sind, vor allem wenn die Mutter weiterhin alkoholabhängig ist. Für eine gemeinsame Richtung von Mutter und Kind ist demnach entscheidend, ob die Mutter auch künftig alkoholabhängig bleibt oder sich dem Alkohol entsagen kann. Je nachdem, ob sie sich für oder gegen den Alkohol entscheidet, gestaltet sich die familiäre Lage meistens unterschiedlich:

Die Mutter kann nicht auf Alkohol verzichten. Wie sich dies auf die Entwicklung auswirkt, wurde im vorherigen Punkt thematisiert. Der Alkohol verhindert den Aufbau einer tragfähigen Mutter-Kind-Beziehung. Ohne diese Einheit Mutter – Kind vereinsamt die Kinderseele und stumpft ab. Hinzu kommt, dass die Alkoholproblematik oftmals finanzielle, wie auch Wohnungsprobleme, stressreiche Spannungen und unklare Gemütslagen mit sich bringt (vgl. Punkt 2.3.1).

Die Mutter schafft es erfolgreich, auf den Alkohol zu verzichten.

Der erste große und wichtige Schritt ist, die eigene Alkoholabhängigkeit einzugestehen und professionelle Hilfe anzunehmen. Dies bildet das Fundament, um das eigene Kind behalten, pflegen und erziehen zu können. Wenn das Suchtproblem der Frau nicht therapiert wird, kann es immer wieder zu dem Missverhältnis zwischen dem Suchtdruck und der verantwortlichen Versorgung der Kinder kommen. Sollte sich die Mutter zu einer Therapie entscheiden, sollte die Beziehung zum Kind und die eventuell daraus resultierenden therapeutischen Ansätze der Mutter im Entzug nicht in Frage gestellt werden. Allerdings muss stark darauf geachtet werden, dass das Kind nicht zum therapeutischen Mittel der Mutter wird.

(vgl. www.elternimnetz.de/cms/paracms.php?site_id=5&page_id=288). Wenn die leibliche Mutter allerdings ihre Problematik nicht erkennt, wird sie höchstwahrscheinlich auch ihr Kind mit der Diagnose FAS ablehnen und die Symptome wie Frühgeburt, geringes Geburtsgewicht, frühe und häufige Krankenhausaufenthalte, Scheidung, etc. für die Entwicklungsdefizite ihres Kindes verantwortlich machen. Ist jedoch die Einsicht vorhanden, kommt es zum nächsten großen Schritt, nämlich die Bewältigung der Schuld und des Kammers. Die leiblichen Mütter müssen sich mit ihren Schuldgefühlen auseinandersetzen. Denn neben der Bewältigung der Alkoholproblematik muss die Mutter lernen zu sehen, was ihr Kind von ihr braucht, d.h. sie muss die Kraft aufbringen, für ihr geschädigtes Kind da zu sein und sich für es einzusetzen (vgl. vom Knappen/Thater/Löser, 1987, S.34).

Das Zitat einer betroffenen leiblichen Mutter verdeutlicht dies:

„ Leider hatte mein Mann auch nicht viel Verständnis und meint, dass das alles nicht vom Alkohol kommen würde. Er weiß ja auch gar nicht, wie viel ich getrunken habe und dass ich fast gar nicht gegessen habe. Meine Schuldgefühle gegenüber meinem Sohn sind enorm groß. Ich muss jetzt damit fertig werden und versuchen, das Beste daraus zu machen“ (vom Knappen/Thater/Löser, 1987, S.34).

Dieses zeigt, wie nahe *Chance und Risiko* beieinander liegen können. Denn die Schwangerschaft einer alkoholkranken Frau kann sowohl eine Chance als auch ein Risiko darstellen. Auf der einen Seite bietet wohl keine andere Situation im Leben einer Frau eine

größere Motivation sich dem Trinken zu entsagen. Auf der anderen Seite sind Unkenntnis und die suchttypischen Problemverleugnungen als Risikoquelle ganz klar zu bedenken (vgl. www.nacoa.de/fakten8.html). Denn eine Mutter, die unter Alkohol ständig ihr Kind vernachlässigt, kann nicht als konstante Bezugsperson gelten. Allein durch die Alkoholkrankheit einer Mutter in einer Familie ist jedoch das Wohl des Kindes nicht per se gefährdet. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Alkoholkrankheit im Prinzip behandelbar ist und eine trockene Alkoholikerin das Wohl ihres Kindes gewährleisten kann. In einer Familie bieten oft auch andere Angehörige ihre Unterstützung an und stehen helfend zur Seite (z.B. Großeltern) - denn die Lebensbedingungen setzen sich nicht nur aus einer Vielzahl von Schwierigkeiten, sondern auch einer Vielzahl von Ressourcen zusammen. Dennoch muss verstärkt auf die Beeinträchtigung geschaut werden, z.B. in welcher Phase der Alkoholabhängigkeit sich die Mutter befindet (vgl. Punkt 2.3.2). Ist sie zum Beispiel in einer Phase der Abhängigkeit, in dem sie zwar ihren bestimmten Alkoholpegel braucht, aber trotzdem ihr Kind versorgt und den nötigen Haushaltsorganisationen nachkommt, wäre die Situation eventuell noch tragbar und es können entsprechende Hilfen eingeleitet werden. Gerade bei Säuglingen ist jedoch ein verschärfter Blick notwendig. Hier kann die Versorgungssituation z.B. innerhalb von 24 Stunden schon sehr kritisch werden, da es ohne ausreichende Flüssigkeitszufuhr schnell zu einem Austrocknen und damit zu einem lebensbedrohlichen Zustand kommt. (vgl. Meierhofer, 1981, S.18)

5.2 Die Bedeutung von stabilen Bindungen für die Entwicklung von Kindern

Bereits im vorherigen Punkt wurde auf die Bindung zwischen Mutter und Kind hingewiesen. Denn diese nimmt eine bedeutende Rolle ein. Bindung wird dabei verstanden als eine innere Beziehung zwischen Menschen. Meist ist die Bindung von solcher Bedeutung, dass sie nicht ohne Schaden für beide Seiten aufgegeben werden kann (vgl. www.familienpsychologie.de/documents/Noethling-Pflegefamilie.pdf). Kinder werden in Familienstrukturen hineingeboren und bleiben in vielerlei Hinsicht abhängig von ihr. Die von John Bowlby aufgestellte Bindungstheorie besagt, dass ein Säugling in den ersten Lebensjahren eine starke emotionale Bindung zu einer Person, der so genannten Bindungsperson, aufbaut. Das Bindungssystem das sich im ersten Lebensjahr entwickelt hat, bleibt während des gesamten Lebens bestehen (aktiv). Laut Ziegenhain entwickelt sich diese Bindung aus einer positiven Beeinflussung – d.h. ein ausgeglichenes Verhältnis von Sicherheits- und Bindungsbedürfnissen auf der einen Seite und den Erkundungs- und Autonomiebedürfnissen auf der anderen Seite (vgl. Gellert, 2007, S.16). Der Aufbau von

Bindungsbeziehungen ist ein langer Prozess und Bindungspersonen sind nicht willkürlich austauschbar. Demnach setzen Trennungen und Abbrüche von Bindungsbeziehungen sowie massive Störungen dieser Beziehungen den Kindern in besonders zu. (vgl. www.familienpsychologie.de/documents/Noethling-Pflegefamilie.pdf). Demzufolge heißt das für die Mutter-Kind-Beziehung, dass der Säugling in seiner Entwicklung durch nichts mehr geschädigt wird als durch den Mangel an mütterlicher Zuwendung. Denn der Säugling ist kein reaktionsloser Dauerschläfer, sondern verbringt von Anfang an einen größeren Teil des Tages in wachem Zustand. Kindler bezieht sich dabei direkt auf den Alkoholkonsum. Laut Kindler ist die Folge von Alkoholkonsum eine beschränkte Wahrnehmung der kindlichen Signale. Beobachtungen verdeutlichten die Annahme, dass während Phasen des Suchtmittelgebrauchs eine chronische oder wiederholte Einschränkung der elterlichen Fähigkeiten entsteht. Eine suchtkranke Mutter steht ihrem Kind weder als feinfühlig Bindungsperson zur Verfügung, noch kann sie notwendige Regeln vermitteln oder die geistige Entwicklung fördern (vgl. Gellert, 2007, S.29f.).

Wie deutlich wurde, bildet sich im ersten (Lebens-) Jahr die Grundstimmung des Kindes. Hier entscheidet sich, ob das was man Urvertrauen nennt, sich gebildet hat. Das Urvertrauen ist die Grundlage auf der das Kind allen Wechselln, Veränderungen, Unruhen und Wagnissen, die ihm auf seinem weiteren Lebensweg begegnen, entgegenzutreten wagt. Kinder haben feine Antennen für Harmonie und Disharmonie. Häufige Aussagen von Erwachsenen wie „Ein Kind merkt doch nichts“ sind falsch. Dies liegt unter anderem daran, dass Kinder weniger aus der Einsicht heraus, sondern mehr gefühlsmäßig die Gemeinschaft erleben (vgl. Ilse, 1990, S.115; Meierhofer, 1981, S.28).

5.3 Familienunterstützende Maßnahmen und ihre Grenzen

Der § 1 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) beinhaltet folgende Leitnorm:

„Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“.

Ebenso wird in dieser Leitnorm der schwierige gesetzliche Auftrag der Jugendhilfe offensichtlich:

- Auf der einen Seite wird in §1 Abs.2 KJHG der Art. 6 Abs. 2 des Grundgesetzes übernommen: „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft“.

- Auf der anderen Seite wird in §1 Abs.3 KJHG u.a. verfasst, dass es Aufgabe der Jugendhilfe ist „ (...) 2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung zu beraten und unterstützen, 3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen, (...)“.

Bereits an dieser Stelle wird das Spannungsfeld zwischen dem Elternrecht, der Elternpflicht und dem staatlichen Wächteramt angedeutet. Ferner wird der gesetzliche Auftrag für die Jugendhilfe beschrieben, sich dieses Spannungsfeldes anzunehmen. Demnach ergibt sich für die Jugendhilfe und die dort tätigen Fachkräfte folgende Verpflichtung:

- die Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihrer grundgesetzlich garantierten Rechte und Pflichten gegenüber dem Kind und zum Wohle des Kindes und
- dem Schutz des Kindes vor Gefahren für sein Wohl – ggf. auch gegen den Willen der Eltern.

Aus der Doppelstruktur des Jugendamtes als Eingriffs- und Leistungsbehörde ergeben sich notwendigerweise Spannungen in der Sozialarbeit, die das Verhältnis zu den Klienten belasten müssen. Dieses sog. Doppelmandat (Doppelstruktur Hilfe und Kontrolle) findet sich auch im KJHG wieder. Folglich sind die einzelnen Leistungen und Aufgaben der Jugendhilfe normiert. Dabei lassen sich die geforderten Aktivitäten zur Verwirklichung der Rechte von jungen Menschen und ihren Eltern generell als hierarchisches System darstellen:

1. Vordergründig steht der Auftrag: „dazu beizutragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen“ (§1 Abs.3 KJHG). Beruhend auf der Vorstellung, dass sich Jugendhilfe (vertreten durch die Fachkräfte) als eine Art Interessenvertreter der Minderjährigen und ihren Familien versteht und deren Interessen auch in andere Felder (Arbeitsmarkt, Wohnen, Schule etc.) einbringt und dort vertritt .
2. Für alle Familien mit Kindern sollen dann Beratungs-, Unterstützungs- und Entwicklungsangebote gemacht werden, die die Eltern bei der Erziehung unterstützen (z.B. Angebote, die es Müttern und Vätern erlauben, Familie und Erwerbsleben besser miteinander zu vereinen). Zu solchen Angeboten der allgemeinen Familienförderung

zählen hauptsächlich Angebote der Kindertagsbetreuung, der Jugendarbeit (§11 KJHG), der Familienbildung oder der allgemeinen Familienberatung.

3. Ferner gilt es, für Familien in spezifischen Krisen- und Belastungssituationen ein besonderes Angebot zur Krisenbewältigung (z.B. Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung, §17 KJHG; Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen, §20 KJHG) oder Hilfe zur Erziehung (§§ 27ff. KJHG) bereitzuhalten oder im Einzelfall, (...), „wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist“ (§27 Abs.1 KJHG), notwendige und geeignete Maßnahmen zu entwickeln und anzubieten.
4. Wenn dem ungeachtet das Kindeswohl trotz der Angebote und Leistungen der Jugendhilfe gefährdet ist, und die Eltern/Personensorgeberechtigten nicht dazu fähig oder bereit sind, diese Gefährdungen aufzuheben, ist es die Aufgabe der Fachkräfte der Jugendhilfe, ihr staatliches Wächteramt auszuüben, gerichtliche Maßnahmen einzuleiten (§50 abs.3 KJHG) und ggf. bei akuter Gefahr das Kind in Obhut zu nehmen (§§42, 43 KJHG) (vgl. Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder, 1997, S. 112f.; vgl. Jordan/Schone, 1992, S.24ff.).

Diese Ausführungen zeigen, dass das Kinder- und Jugendhilfegesetz ein umfangreiches Angebot von Maßnahmen für Familien enthält. Infolge dessen ist die Jugendhilfe gefragt, vor der letzten gravierendsten Maßnahme, einer Trennung von Eltern und Kind alle erlangbaren öffentlichen und privaten Unterstützungsmöglichkeiten auszuschöpfen, mit deren Hilfe der Familienverband aufrechterhalten werden könnte (vgl. Gellert, 2007, S.7). Dennoch gestaltet sich die Zusammenarbeit mit alkoholbelasteten Eltern, was die Unterstützungsmöglichkeiten angeht, als besonders schwierig, denn zu Groß ist der Sog der Sucht und zu vertraut das Problemlösungsmuster Alkohol.

5.4 Soziale Arbeit und Kindeswohl

Die Entscheidung, ob ein Kind, aus der Familie herausgenommen werden sollte, ist für alle am Prozess Beteiligten brisant und konfliktträchtig. Neben den Familiengerichten sind die jeweiligen Vertreter und Fachkräfte der Jugendhilfe Entscheidungsträger. Dabei müssen sie sich im Spannungsfeld *Ursprungsfamilie – Kind – Pflegefamilie* äußerst vorsichtig bewegen.

Die Entscheidungsgrundlage und den Rahmen bildet in erster Linie der § 1666 BGB, der das sog. Kindeswohl sichern und verteidigen soll (vgl. Rosenberg/Steiner, 1991, S.19).

„ §1666 (1)

Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes 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 Vormundschaftsgericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

§1666a (1)

Maßnahmen, mit denen eine Trennung des Kindes von der elterlichen Familie verbunden ist, sind nur zulässig, wenn die Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfe, begegnet werden kann.

§1666 (2)

Die gesamte Personensorge darf nur entzogen werden, wenn andere Maßnahmen erfolglos geblieben sind und wenn anzunehmen ist, dass zur Abwendung der Gefahren nicht ausreichen“ (Rosenberg/Steiner, 1991, S.19).

Der Paragraph 1666 BGB gibt wenig konkrete Entscheidungshilfe hinsichtlich der Auslegung des Begriffes „Kindeswohl“. Somit bleiben die Fragen offen, wo denn das sog. Kindeswohl beginnt und wo es aufhört. . Ferner bleibt die Frage ungeklärt, wann und in welchem Grad die kindliche Entwicklung gefährdet scheint und wie lange Hilfsmaßnahmen praktiziert werden sollen, bis ein Scheitern und Erfolglosigkeit eingestanden werden. Hier wird deutlich, dass der Begriff Kindeswohl nicht absolut zu setzen ist und je nach Fall neu interpretiert und konkretisiert werden muss. Für die Sozialarbeiter bedeutet dies also, einschätzen, abwägen und beurteilen zu müssen, welche Lebensformen und -bedingungen Voraussetzung und unaufhebbares Gebot zur Realisierung des Kindeswohls sind und in welcher Art und Weise und auf welcher Art gegebenenfalls eingeschritten werden kann (vgl. Rosenberg/Steiner, 1991, S.20).

5.5 Vernachlässigung – Begriffsbestimmung

Bereits in Punkt 5.1. wurde deutlich, dass eine Mutter, die ständig unter Alkoholeinfluss ihr Kind vernachlässigt, nicht als konstante Bezugsperson gelten kann. Ferner ist Vernachlässigung eine in §1666 Abs. 1 BGB genannte Form der Kindeswohlgefährdung. Wenn allerdings von Vernachlässigung die Rede ist, so macht es durchaus einen Sinn, die Besonderheit und Eigenart dieses Problemfeldes zu thematisieren. In der Fachliteratur sind

zahlreiche Definitionen zu finden. So definieren z.B. Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder (1997, S.21) Vernachlässigung wie folgt:

„Vernachlässigung ist die andauernde oder wiederholte Unterlassung sorgeverantwortlicher Personen (Eltern oder andere von ihnen autorisierte Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre. Diese Unterlassung kann aktiv oder passiv (unbewusst), aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichendem Wissen erfolgen. Die durch Vernachlässigung bewirkt chronische Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Nichtberücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner *Lebensbedürfnisse* hemmt, beeinträchtigt oder schädigt seine körperliche, geistige oder seelische Entwicklung und kann zu gravierenden Schäden oder gar zum Tode führen“.

Junker versteht Vernachlässigung als die abermalige Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen und als anhaltende Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Nichtberücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse. In einer von ihm umfassenden Studie gibt Junker an erster Stelle als Grund für die Inpflegegabe von Kindern die Vernachlässigung an (vgl. <http://www.familienpsychologie.de/documents/Noethling-Pflegefamilie.pdf>).

Denken wir an den Punkt 5.2. zurück, in dem es um das hierarchische System der Jugendhilfe ging. So wird deutlich, dass das Tätigwerden im Kontext von Vernachlässigung sich zumeist auf den Handlungsebenen drei und vier bewegt. Hier überwiegt die ständige Suche nach adäquaten Hilfs- und Unterstützungsangeboten für überforderte vernachlässigende Familien ebenso wie die Sorge/Angst, ob das Wohl der betroffenen Kinder tatsächlich hinreichend gesichert ist.

Laut dieser angeführten Definitionen ist Vernachlässigung zumeist eine aus Nichtwissen, Überforderung und Unfähigkeit, angemessen auf die *Bedürfnisse* von Kinder einzugehen, resultierende Folge von Unterlassungen bzw. Fehlhandlungen. Ebenso greifen Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder, sowie Junker den Begriff *Lebensbedürfnisse* auf. Dies wirft die Frage auf: *Wie lassen sich die Lebensbedürfnisse von Kindern (insbesondere von FAS-Kindern) erkennen und beschreiben?*

5.5.1 Was braucht ein Kind? Kindliche Lebensbedürfnisse

Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder (1997, S.23) merken an, dass das Wissen um das, was Kinder benötigen, damit sie „eigenverantwortliche und gemeinschaftsfähige Persönlichkeiten“ (§1 KJHG) werden können, kulturell schon relativ lange präsent sei – seit der Volksaufklärung um die Wende vom 17. ins 18. Jahrhundert. Dabei führen sie Namen wie

Salzmann⁵ (1744-1811), Pestalozzi⁶ (1746-1827) und Rousseau⁷ (1712-1778) an. Demnach haben sich in den letzten 200 Jahren Werte wie Schutz und Geborgenheit, Versorgung, Liebe und Verständnis, das Ermöglichen von Erfahrung und Lernen, Verlässlichkeit und Kontinuität als Voraussetzung einer gelingenden Entwicklung von Kindern im Bewusstsein allgemein eingebürgert. Zudem leisten einschlägige Ergebnisse aus der entwicklungspsychologischen Forschung ihren Beitrag und stützen diese Ansichten und Maßstäbe (Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder, 1997, S.23). Demgemäß zählen zu diesen Elementar- bzw. Grundbedürfnissen:

- *physiologische Bedürfnisse* – Bedürfnisse nach Essen, Trinken, Ausscheidungen, Schlaf, Wach – Ruhe - Rhythmus
- *Sicherheitsbedürfnisse* – Beständigkeit, Schutz vor Gefahren, vor Krankheiten, Überschaubarkeit, Regelmäßigkeit
- *Bedürfnis nach Verständnis und sozialer Bindung* - Bedürfnisse nach Empathie für verbale und nichtverbale Äußerungen und nach dialogischer Kommunikation, Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft
- *Bedürfnis nach seelischer und körperlicher Wertschätzung* – bedingungslose Anerkennung, nach körperlicher und seelischer Zärtlichkeit, Anerkennung als autonomes Wesen
- *Bedürfnis nach Anregung, Spiel und Leistung* – Unterstützung des Neugierverhaltens, nach Anregungen und Anforderungen
- *Bedürfnis nach Selbstverwirklichung* – Bedürfnisse nach Entwicklung eines Selbstkonzeptes, nach Unterstützung der eigenständigen Durchsetzung von Bedürfnissen und Zielen

Maslow⁸ hat diese entwicklungspsychologische Kategorisierung in Form einer Bedürfnispyramide dargestellt. Nach ihm sind die Bedürfnisse in einer Art Hierarchie angeordnet. Die Basisbedürfnisse (beginnend bei den physiologischen Bedürfnissen) müssen einigermaßen befriedigt sein, bevor höhere Motivationen erscheinen, um ein Interesse für die nächsten Stufen zu entwickeln

(vgl. http://www.familienhandbuch.ch/cmain/f_Aktuelles/a_Elternschaft/s_683.html;
vgl. Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder, 1997, S.23f.).

⁵ Salzmann: Theologe, Pädagoge, Philanthrop

⁶ Pestalozzi: Schweizer Pädagoge

⁷ Rousseau: französisch-schweizerischer Philosoph, Schriftsteller u. Komponist

⁸ Maslow ist ein amerikanischer Psychologe

Dementsprechend bedeutet Vernachlässigung, dass die Bedürfnisse auf einer oder mehreren Ebenen chronisch unzureichend befriedigt werden. Denn die Eltern sind häufig so mit ihren Problemen und mit dem Alkoholkonsum beschäftigt, dass sie gar keinen Blick mehr für die Gefühle und Bedürfnisse ihrer Kinder haben. Die Folgen können gravierend sein (z.B. führt das völlige Versagen physiologischer Bedürfnisse nach einer gewissen Zeit zum Tod).

Bei der Umsetzung dieses Modells nach Maslow zeigen sich allerdings einige Schwierigkeiten. Fortwährend wird im gesellschaftlichen Zusammenhang neu abzugrenzen sein, welche Inhalte, Beziehungs- und Vermittlungsformen hinter den genannten Dimensionen und Begrifflichkeiten stehen. Damit ist die Ausgestaltung dieser Begriffe (und damit ein Übereinkommen) darüber, was ein Kind braucht, in höchstem Maße geschichts- und gesellschaftsabhängig. Ferner bietet das Modell nicht alleinige Kriterien für eine entwicklungshemmende Konstellation. Es kann daran nicht festgemacht werden, ob die Lebenssituation des Kindes durch die Nichterfüllung bestimmter Bedürfnisse so gestört ist, dass eine Fremdunterbringung notwendig wird. Was bedeutet dies nun für einen Maßstab fachlich begründetem Handelns? Nach Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder kann dieses Modell als Basisfürsorge verstanden werden und als Orientierung dienen. Diese Kriterien sind allerdings nicht als Meßlatte zu verstehen, sondern als Prüfkriterien der Selbstreflexion und der Kollegialen Beratung in der Sozialen Arbeit. In Holland ist der Begriff der Basisfürsorge bereits weit verbreitet, denn er wurde im Zusammenhang mit der Arbeit mit drogenabhängigen Eltern eingeführt. Dort sind Basisfürsorgekriterien: Wohnung, Einkommen, feste Bezugsperson, Versorgung, Tag – Nacht - Rhythmus, fester Lebensort, medizinischen Kontrollen/Versorgung.

Richtet man den Blick auf Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom stellt man fest, dass Kinder mit FAS in ihrer Entwicklung (vgl. Punkt 4) einen besonderen Beistand, konkrete und zielgerechte Hilfe zur Alltagsbewältigung, sowie ein Mehr an Verständnis und Einfühlungsgabe, Entgegenkommen und Zuneigung menschlicher Nähe und Begleitung benötigen als andere Kinder. Demnach läge es Nahe, diese Kinder als Kinder mit besonderen Bedürfnissen zu bezeichnen. Dies ist im englischen Sprachraum bereits eine gebräuchliche Formulierung, wonach behinderte Kinder als solche mit besonderen Bedürfnissen (special needs) charakterisiert werden (vgl. Kallenbach, 1998, S.15). Überspitzt wäre eine mangelhafte, über die normale Kinderpflege hinausgehende Versorgung bereits eine Vernachlässigung der besonderen Bedürfnisse dieser Kinder.

Gellert nimmt das Suchtverhalten schwangerer Frauen in den Blick. Aufgrund des von der Mutter konsumierten Alkohols nimmt das ungeborene Kind Schaden. Dieses Verhalten zeigt offensichtlich, dass die Mutter die Bedürfnisse und Gefahren für das Kind niedriger ansiedelt als ihr eigenes Bedürfnis nach der Droge Alkohol (vgl. Gellert 2007, S.29f.).

Arenz- Greiving greift den Aspekt des Rollenverhaltens auf. Kinder werden häufig an bestimmte Rollen gebunden und sollen so Bedürfnisse befriedigen. In Gesprächen äußern einige betroffene Kinder im höheren Alter, dass sie sich um die eigene Kindheit betrogen fühlen (Arenz- Greiving, 1990, S.8). So müssen sie sich beispielhaft beim Versagen der Mutter während des Trinkens um jüngere Geschwister kümmern oder die Mutter selbst versorgen. Folglich sind die Kinder überfordert und es wird ihnen kein Rahmen geboten, in denen sie ihre kindlichen Bedürfnisse befriedigen können (vgl. Bertling, 1993, S.66). Steiner (1990, S.11) macht dabei auf die *besondere Situation von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom* aufmerksam:

„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 so genannten normalen Neugeborenen“.

5.6 Schwierige Lebenslagen als Kontextfaktoren von Vernachlässigung

Vernachlässigung wurde bereits in Punkt 5.3. als „wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen“ und als „chronische Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Berücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse“ definiert. Prinzipiell ist dieses Vorkommen schichtunabhängig. Dennoch weisen Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder darauf hin, dass Vernachlässigung häufig mit einschränkenden Faktoren des familiären Lebenszusammenhangs auftritt. Indes lassen sich in der Sozialen Arbeit aber keine eindeutigen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge formulieren. Dennoch ist es sinnvoll, diese „Risikofaktoren“ mit in den Blick zu nehmen. Von diesen lassen sich fünf Dimensionen benennen, die als voneinander unabhängig zu betrachten sind, jedoch bei Vernachlässigung oft unglücklich zusammenwirken:

- *finanzielle/materielle Situation*: Arbeitslosigkeit, Armut, Verschuldung, Wohnungsnot, Sozialhilfeabhängigkeit etc.
- *soziale Situation*: wenige bzw. gar keine Außenkontakte, Mangel an Hilfsangeboten, schwieriges Wohnungsumfeld, Schwellenängste gegenüber helfenden Instanzen etc.

- *familiäre Situation*: Partnerkonflikte, allein erziehend, Trennung/Scheidung der Eltern etc.
- *persönliche Situation der Erziehungspersonen*: Sucht, Krankheit, eigene Deprivationserfahrungen, unerwünschte Schwangerschaft, psychische oder physische Überforderung etc.
- *Situation des Kindes*: Behinderung des Kindes (in diesem Falle aufgrund des Alkohols), Krankheitsanfälligkeit des Kindes, schwieriges Sozialverhalten etc.

Beim Zutreffen mehrerer dieser Faktoren steigt die Wahrscheinlichkeit, dass es zu Vernachlässigung kommt. Ob es dann tatsächlich in diesen Familien hierzu kommt, ist nicht entschieden. Es ist lediglich von einem erhöhten Grad der Gefährdung auszugehen, je mehr Faktoren in einer Familie zusammenwirken. Ebenso ist es wahrscheinlich, dass die Ressourcen der Familie/Eltern nicht ausreichen, um eine entsprechende Befriedigung kindlicher (Entwicklungs-)Bedürfnisse in der Familie sicherzustellen (vgl. Punkt 5.5.1.) Hinzu kommt, dass Kinder mit FAS besonderer (Entwicklungs-) Bedürfnisse bedürfen. Insofern sind diese Aspekte von Bedeutung, wenn es darum geht Aufmerksamkeitsstrukturen für die Soziale Arbeit zu gestalten. Auf diese Weise können aus dem Wissen um strukturelle und individuelle Risikofaktoren Konzepte und Arbeitsansätze entstehen, die dort ansetzen, wo die Risiken von Kindern am höchsten sind. Ferner kann dies für eine nachhaltige Verbesserung der Lebenslage von Familien und insbesondere von Kindern mit FAS bedeutsam sein (vgl. Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder, 1997, S.29ff.).

5.7 Zur Besonderheit Sozialpädagogischer Entscheidungssituation- und Prozesse

An den Anfang dieses Punktes wird das Fallbeispiel Lukas und Yvonne gestellt, das einen Zugang zu den subjektiven Problem- und Leidensgeschichten von Familien (speziell mit FAS-Kindern) in Vernachlässigungssituationen ermöglichen soll. Ferner wird in diesem Beispiel das Zusammenwirken mehrerer Risikofaktoren (vgl. Punkt 5.6.) deutlich. Ebenso werde ich in diesem Punkt darstellen, wie komplex sich solche Entscheidungssituationen und -prozesse gestalten. In der anschließenden Analyse wird der Schwerpunkt auf die Arbeit der zuständigen Sozialarbeiterin gelegt.

5.7.1 Der Fall Lukas und Yvonne

Ausgangspunkt dieser Fallgeschichte ist eine Siedlung am Stadtrand von Hannover. Hier wurden obdachlose Familien in städtischen Einrichtungen untergebracht (so wie es in den

50/60er Jahren üblich war). Unter ihnen sind auch die Nachbarskinder Walter und Petra. Der Alltag in diesen Siedlungen ist gekennzeichnet durch Alkohol, Gewalt und Kriminalität. Die Familien von Walter und Petra haben sich mit dem Leben im Ghetto abgefunden. Ohne Schulabschluss und Berufsausbildung, beide fast Analphabeten, bereits mit eigenen Alkohol-Problemen belastet, starten Petra und Walter in ihr eigenes Leben. Schon in ihren Ursprungsfamilien wurden über Jahre von der Jugend- und Sozialbehörde betreut. Die Betreuung geht übergangslos auch auf Walter und Petra über, als die beiden heiraten „müssen“, weil Petra ein Kind erwartet. Der jungen Familie wird eine einfache Gemeindewohnung zugewiesen, welche spärlich mit Möbeln aus dem Fundus der Sozialbehörde eingerichtet ist. Petra und Walter sind seit Jahren alkoholabhängig. Das wenig vorhandene Geld wird vor allem in alkoholische Getränke investiert. Walter geht zeitweise einer Tätigkeit als Lagerarbeiter nach, verliert diese aber immer wieder aufgrund des Alkohols. Im November 1978 kommt Lukas zur Welt, gekennzeichnet von der Alkoholsucht seiner Mutter. Er ist klein und untergewichtig. Bei Lukas wird das Fetale Alkoholsyndrom diagnostiziert. Das Kind wird den Eltern mit nach Hause gegeben. Aufgrund ihrer eigenen Suchtprobleme ist Petra unfähig, den kleinen Lukas zu versorgen. Auch Walter ist nicht in der Lage, das Leben seiner neuen Familie in andere Bahnen zu lenken. Durch regelmäßige Besuche versucht eine Sozialarbeiterin vergeblich den beiden zu helfen. Ebenfalls versucht sie mit Ermahnungen Druck auszuüben, um eine bessere Versorgung des kleinen Lukas zu gewährleisten. In den nächsten Monaten spitzt sich die Situation zu. Lukas erfährt kaum noch Versorgung, da das Ehepaar seine Zeit in Kneipen oder bei Freunden verbringt. Wenn es dann zu Hause ist, wird der Rausch ausgeschlafen oder weiter getrunken. Hinzu kommt eine erneute Schwangerschaft (Rosenberg/Steiner, 1991, S.25f.). In einem Bericht vermerkt die zuständige Sozialarbeiterin:

„Es entsteht zunehmend der Eindruck, dass Lukas in kaum noch zumutbaren Verhältnissen aufwächst“ (Rosenberg/Steiner, 1991, S.26).

Im Mai wird Yvonne geboren. Ohne Einwurf der Klinik oder des Jugendamtes wird sie ihren Eltern mit nach Hause gegeben. Dort herrscht derweil ein Chaos aus Schmutz und Verwahrlosung, aus Alkoholexzessen und stumpfer Gleichgültigkeit. Die zuständige Sozialarbeiterin entschließt sich nach wenigen Monaten, einen Antrag auf Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechtes gemäß § 1666 BGB (vgl. Punkt) beim zuständigen Amtsgericht zu stellen. Zu diesem Zeitpunkt ist Lukas bereits zwei Jahre und Yvonne sechs Monate alt. Auf Anweisung des Vormundschaftsrichters findet in der Folgezeit eine intensive fürsorgliche Betreuung durch das Gesundheitsamt und das Jugendamt statt. Die

Herausnahme der Kinder wird jedoch abgelehnt. Diese Betreuung bringt allerdings keine Besserung. Das Gegenteil tritt ein und die Situation verschlechtert sich für die Kinder zunehmend (vgl. Rosenberg/Steiner, 1991, S.26). Das Jugendamt stellt nach einem weiteren Jahr voller Einbußen in einem Bericht fest:

„Trotz intensiver fürsorglicher Betreuung durch das Gesundheitsamt und Jugendamt hat sich die häusliche Situation der Familie zusehends verschlechtert. Auch die ambulante Unterstützung der Familie durch eine Familienhelferin brachte keine Besserung. Im Gegenteil, es entstand verstärkt der Eindruck, dass in Abwesenheit der Familienhelferin von den Eltern keine Eigeninitiative und kein persönlicher Einsatz gezeigt wurde“ (Rosenberg/Steiner, 1991, S.27).

Lukas ist jetzt vier Jahre und Yvonne zweieinhalb Jahre alt. Im November wird dem Jugendamt bekannt, dass die Kinder verdreckt und vollgekotet nur mit Schlafanzügen bekleidet die Mülltonne nach Essbarem durchsuchten. Es folgt ein weiterer Antrag des Jugendamtes, diesmal auf Entzug des Personensorgerechts gemäß § 1666 BGB (vgl. Punkt). Es ziehen weitere sechs Monate ins Land, bis sich etwas ändert. Allerdings nicht, weil das Vormundschaftsgericht eine Entscheidung gefällt hat, sondern die Veränderungen beruhen auf dem freiwilligen Einverständnis des Ehepaares, die beiden Kinder gemeinsam in eine Pflegefamilie zu geben. Dieses Einverständnis ergibt sich lediglich dadurch, dass sich das Ehepaar trennen will. Mittlerweile ist Lukas viereinhalb Jahre und Yvonne fast drei Jahre alt. Die zuständige Sozialarbeiterin hat nun die Entscheidung zu fällen, wo die Kinder jetzt untergebracht werden. Schnell ist eine Lösung parat. Das Ehepaar Klein erklärt sich bereit die Kinder aufzunehmen. Die Familie wohnt auf einem landwirtschaftlichen Anwesen mit umfangreicher Viehhaltung. Herr Klein ist berufstätig, Frau Klein kümmert sich derweil um die Landwirtschaft. Sie selbst haben drei leibliche Kinder im Alter von vier, acht und neun Jahren. Ohne Übergang und die Möglichkeit sich vorher anzunähern werden Lukas und Yvonne zur Familie Klein gebracht. Dort sprengen sie das bis zu diesem Zeitpunkt harmonische Familienleben. Mit ihren Möglichkeiten und Erfahrungen versucht Frau Klein Yvonne und Lukas in den Familienverband zu integrieren. Allerdings sorgen die Verhaltensauffälligkeiten der beiden für Zündstoff. Das ununterbrochene Einnässen und Einkoten der beiden sowie ihre unbeschreibliche Gier nach allem Essbaren und ihre Unfähigkeit sich verbal mitzuteilen treibt Frau Klein an ihre Grenzen. Auch fällt es den leiblichen Kindern der Kleins schwer eine Ebene mit Lukas und Yvonne zu finden. Herr Klein geht meistens seiner Wege. Er siedelt die Kinder, Pflegekinder, die Hausarbeit sowie die Landwirtschaft im Aufgabenbereich seiner Frau an. Indessen wird Lukas Verhalten immer schwieriger. Er ignoriert Verbote und zeigt sich immer aggressiver. Yvonne dagegen verhält sich weitestgehend ruhig. Sie hat auch weniger Schwierigkeiten mit den leiblichen Kindern

der Kleins. Dagegen wird Lukas von ihnen abgelehnt, geärgert und geschlagen. Frau Klein ist völlig überfordert, sie hat sich alles viel einfacher vorgestellt und weiß nicht so recht, wie sie sich verhalten soll. Hinzu kommt die Belastung des Haushalts und der Landwirtschaft. Sie spürt zunehmend, dass sie der Situation nicht gewachsen ist. Die zuständige Sozialarbeiterin erkennt schon nach wenigen Monaten die Probleme, die Frau K. vor allem mit Lukas hat. Frau K. berichtet vom ständigen Einkoten und Einnässen und dem aggressiven Verhalten von Lukas. Die Sozialarbeiterin unternimmt derweil den Versuch, Frau K. von der Notwendigkeit zu überzeugen, mit den Kindern eine psychologische Beratungsstelle aufzusuchen, um so die Ursachen der Störungen und Auffälligkeiten zu erforschen. Frau K. fühlt sich stark gekränkt, sie sieht in dieser Aussage eine verschlüsselte Botschaft, dass die Ursachen für das Fehlverhalten der Kinder in ihrer Familie lägen. Deshalb weigert sie sich diesen Schritt zu unternehmen (vgl. Rosenberg/Steiner, 1991, S.27ff.). In dem Bericht der zuständigen Sozialarbeiterin heißt es später:

„Von hier aus (Jugendamt) fand eine relative Betreuung der Familie Klein statt. Es gab bereits am Anfang des Pflegeverhältnisses Schwierigkeiten, als die zuständige Sozialarbeiterin bei Frau Klein auf Ablehnung stieß, als geplant war, mit den Kindern eine psychologische Beratungsstelle aufzusuchen, um die Ursachen des Verhaltens der Kinder herauszufinden, um letztlich zielbewusster damit umzugehen. Frau Klein begründete ihr Verhalten mit der vielen Arbeit, die sie mit den vielen Kindern und dem Haushalt habe. Frau Klein gab jedoch zu keiner Zeit von sich aus zu verstehen, dass sie mit der Erziehung und Versorgung überfordert ist“ (Rosenberg/Steiner, 1991, S.29).

In einem späteren Bericht ist zu lesen:

„ Die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder sieht Frau Klein nach wie vor in der Entwicklung im Elternhaus und der mangelnden Zuwendung in den ersten Lebensjahren. Von Frau Klein wird in keiner Weise das eigene Verhalten reflektiert und in Zusammenhang mit dem Verhalten gebracht“ (Rosenberg/Steiner, 1991, S.29).

Indessen wird die Situation immer schwieriger. Das Verhalten verstärkt sich zunehmend. Lukas fängt an zu stehlen und auch sein aggressives Verhalten nimmt zu.

Yvonne zeigt ähnliche Verhaltensmuster. Im Kindergarten und bei Freunden der Familie stoßen die beiden auf Ablehnung. Versuche, an diese Kinder heranzukommen, scheitern kläglich. Frau K. versucht gewaltsam durch Schläge eine Änderung herbeizuführen. Dennoch muss sie erkennen, dass die Entwicklung der beiden weit hinter ihren eigenen Erwartungen bleibt. Sie sind nicht nur verhaltensgestört, sondern auch in ihrer geistigen Entwicklung zurückgeblieben. Es entsteht ein regelrechter Hass in der Familie. Dieser geht sowohl vom Pflegevater wie auch von den Geschwistern aus. Sie fühlen sich abgestoßen und reagieren mit Spott, Verachtung und Schlägen. Der Umgang mit den Pflegekindern wird zunehmend

brutaler und es kommt zu Misshandlungen (vgl. Rosenberg/Steiner, 1991, S. 29f.). Die Sozialarbeiterin verfasst dies in ihrem Bericht folgendermaßen:

„Während der durchgeführten Hausbesuche kam mehr und mehr die ungleiche Behandlung der beiden Pflegekinder im Verhältnis zu den eigenen drei Kinder zum Ausdruck. Die vielen kleinen, aber bedeutsamen Verhaltensweisen und Äußerungen der einzelnen Familienmitglieder bringen dies klar zum Ausdruck. Auffallend war immer, dass die eigenen Kinder sich natürlich und selbstverständlich im Haus bewegten, während bei Lukas und Yvonne überwiegend Zurückhaltung und Angepaßtsein beobachtet wurden. Es stellte sich ganz deutlich heraus, dass Unterschiede zwischen den Pflegekindern und den eigenen gemacht wurden. Es ist stark anzunehmen, dass die Verhaltensweisen, die bereits während der Hausbesuche beobachtet werden konnten, ohne unsere Anwesenheit noch extremer auftreten müssen“ (Rosenberg/Steiner, 1991, S.30).

Spätere Untersuchungen zeigen deutliche Zeichen von Misshandlungen. Frau K. löst sich zunehmend aus ihrer Verantwortung und überlässt die Kinder sich selbst. Sie werden vom Rest der Pflegefamilie ausgestoßen und leben in einer Art Notgemeinschaft in ihren eigenen Zimmern. Die Verhaltensauffälligkeiten verstärken sich und machen die Situation immer bedrohlicher (vgl. Rosenberg/Steiner, 1991, S. 30). Der Bericht der Sozialarbeiterin zeigt indessen, dass sie über viele Dinge Bescheid weiß, die in der Pflegefamilie ablaufen:

„Die gesamten Ausführungen von Frau Klein zeigen deutlich, dass bei Frau Klein die Grenzen ihrer Belastbarkeit in Hinblick auf die Betreuung der Pflegekinder Lukas und Yvonne weit überschritten ist und sich bei Frau Klein und deren Kinder sogar eine emotionale Ablehnung zeigt, die sich im übrigen bei Herrn K. bereits seit längerer Zeit eingestellt hat. Die Eheleute Klein sind mit der Erziehung und Versorgung der beiden Kinder Pflegekinder überfordert“ (Rosenberg/Steiner, 1991, S.31).

Allerdings ergeben sich daraus keinerlei Folgen. Weder versucht man der Familie bei der Bewältigung der entstandenen Probleme unter die Arme zu greifen noch wird eine Entscheidung getroffen, Lukas und Yvonne zu schützen. Starke Schuldgefühle und die Gewissheit versagt zu haben, lassen Frau K. zunehmend aggressiver werden (Rosenberg/Steiner, 1991, S.31). In einem weiteren Bericht heißt es:

„Die wachsende Auseinandersetzung mit öffentlichen Institutionen (Kindergarten, Schule) ließ die Verhaltensauffälligkeiten zunehmend sichtbar werden. Frau K. wird nicht damit fertig, dass die Kinder Verhaltensweisen zeigen, wie sie zu Beginn der Inpflegenahme aufgetreten sind (verstärktes Einkoten, Einnässen, Aggressionen, Gefährdung der eigenen Person etc.). Frau Klein hatte vermutlich immer geglaubt, sie könne die Entwicklungsrückstände der Kinder in kürzester Zeit abbauen. Frau K. sagt von sich aus, dass sie sich nicht mehr in der Lage fühlt, die beiden Kinder angemessen zu fördern. Die Ursachen für die Verhaltensauffälligkeiten sieht Frau K. nach wie vor in deren Entwicklung im Elternhaus. Es stellt sich immer deutlicher heraus, dass die Pflegeeltern mit der Erziehung von Lukas und Yvonne erheblich überfordert sind“ (Rosenberg/Steiner, 1991, S.32).

Dennoch bleiben Entscheidungen aus und es wird weiter abgewartet. Schließlich ist es Frau K., die eine Entscheidung fällt. Sie will sich von den Kindern trennen. Die anstehende

Entscheidung, die Kinder anderweitig unterzubringen, dauert weitere zwei Monate (vgl. Rosenberg/Steiner, 1991, S.32f.). Im Abschlussbericht der Sozialarbeiterin heißt es:

„Frau Klein hat es auf Grund ihrer hohen Anspruchshaltung nicht verstanden, auf den augenblicklichen Entwicklungsstand der Kinder einzugehen, um Lukas und Yvonne wirklich zu fördern“ (Rosenberg/Steiner, 1991, S.33).

In einer Auswertung und Prognose der Sozialarbeiterin ist dann weiter zu lesen:

„Die beiden Kinder haben schon seit der Geburt des Mädchens eine Art Leidensgemeinschaft entwickelt. Die Entwicklung der Kinder erfordert unbedingt langfristige heilpädagogische Betreuung, um die Kinder, ausgehend vom derzeitigen Entwicklungsstand, angemessen zu fördern. Die Herausnahme aus der eigenen Familie war bereits mit vielen Rückschlägen, Leiden und Ängsten verbunden. Da Lukas und Yvonne jetzt zum zweiten Mal eine Trennung von den für sie wichtigsten Bezugspersonen (Pflegetante, Pflegevater, Pflegegeschwister) erfahren und eine emotionale Anhängigkeit der Kinder ohne Zweifel zu erkennen ist, wird die gemeinsame Unterbringung als ein wesentlicher Grundstein für das weitere Gedeihen angesehen. (...) Für die Erziehung der Kinder ist ein kleiner überschaubarer Rahmen wichtig, wie er z.B. in einem heilpädagogischen Kleinstheim gewährleistet wäre“ (Rosenberg/Steiner, 1991, S.33f.).

Lukas und Yvonne kommen daraufhin in ein Heilpädagogisches Kleinstheim. Dabei handelt es sich um ein relativ kleines Heim mit 12-15 Kindern und einer sog. familienähnlichen Wohn- und Lebenssituation. Sie sind dort mit Abstand die jüngsten und teilen sich gemeinsam ein Zimmer. Therapeutische Mittel werden nicht eingeleitet, stattdessen werden die Kinder versucht ruhig zu halten, indem die Tage mit Aktivitäten außerhalb des Heimes regelrecht voll gestopft werden (Ausflüge, Schwimmen, Reiten etc.). Aufgrund einer Partnerschaft zu einem geistig behinderten Kind, das ebenfalls in diesem Heim lebt, erfahren zwei befreundete Familien von Lukas und Yvonne. Der Heimleiter erzählte ein wenig von dem traurigen Schicksal der beiden Geschwister, der Zustand und Ausdruck der Beiden wirkt Mitleids erregend (Lukas ist klein und mager, im Gesicht die typischen Merkmale des Fetalen Alkoholsyndroms, gekleidet in viel zu großen Hosen und einem zerschissenen Pullover). Beide Familien spielen seit langem mit dem Gedanken ein Kind aufzunehmen. Infolgedessen entwickelt sich der Wunsch, jeweils eins der beiden Kinder aufzunehmen. Die Familien wissen, dass die Beiden aus der leiblichen Familie herausgenommen worden waren und auch schon ein Pflegeverhältnis gescheitert war. Die Heimleitung nahm Kontakt zum zuständigen Jugendamt auf. Die betreuende Sozialarbeiterin war von der Lösung sofort angetan. Sie schreibt die zukünftigen Pflegeeltern an und es wird bereits in Abstimmung mit dem Heimleiter Besuchskontakte abgesprochen. Familie Maurer aus Hannover will Lukas aufnehmen, sie selbst haben drei eigene Kinder. Yvonne soll von Familie Wehner aus Braunschweig aufgenommen werden. Sie haben zwei Kinder, wovon eins bereits adoptiert ist.

Die Besuchskontakte nehmen ihren Lauf und die eigenen Kinder sollten in der Zwischenzeit auf die neue Situation vorbereitet werden. Die zuständigen Jugendämter, die für die neuen Pflegeeltern verantwortlich sind, werden informiert und zeigen keinerlei Bedenken gegen die geplanten Inpflegenahme. Einige Monate später kommen Lukas und Yvonne in ihre neuen Familien.

Alles, was Lukas aus sieben Lebensjahren mit in die Familie Maurer bringt, ist ein kleiner Koffer Kleidung, ein Handvoll Spielzeug und traumatische Erlebnisse. Das Familienleben der Maurers wird durch Lukas Hyperaktivität und seine Unfähigkeit sich auf eine Sache zu konzentrieren, auf eine harte Probe gestellt. Sämtliche Versuche ihn anzusprechen und ihn in die Familie zu integrieren scheiterten kläglich. Dies blockte er ab, indem er sich auf den Boden schmeißt und lauthals schreit. Dennoch kann er immer wieder rührend seine Freude über das neue Zuhause zum Ausdruck bringen. Der gleichaltrige Bruder nimmt nach vielen gescheiterten Versuchen, mit Lukas zu spielen oder eine Unterhaltung anzufangen, eine kühle und distanzierte Haltung ein. Die jüngere Schwester reagiert mit Angst auf das ungestüme Verhalten von Lukas. Zuversichtlich hofft Familie Maurer, dass sich die massiven Störungen bessern. Dennoch erscheint Lukas ihnen ungewöhnlich schwierig. Vor allem das Einnässen und Einkoten wird als anstrengend empfunden. Hinzu kommt, dass er die Spielsachen seiner Geschwister kaputt macht und sich über Verbote hinweg setzt. Äußerlich und körperlich entwickelt er sich gut. Frau Maurer stellt sich immer häufiger die Frage, warum sich bei Lukas keine Veränderung zeigt, obwohl sie sich doch so bemüht. Herr M. entzieht sich weitestgehend der Verantwortung und versucht Lukas nur noch mit Strenge und Bestrafung zu konditionieren. In ihrer Hilflosigkeit greift auch Frau M. zu diesen Mitteln. Dies steigert sich bis an eine Grenze, die selbst sie nicht mehr vertreten kann. Auch ihre Kinder reagieren mit Betroffenheit und Verständnislosigkeit. So haben sie ihre Mutter noch nie erlebt. Sie geben Lukas die Schuld dafür. In ihrer Not wendet sich Frau M. an die zuständige Sozialarbeiterin. Diese spricht von ganz normalen Anpassungsschwierigkeiten und rät zu einer Therapie. Hilfsangebote bzw. Hilfestellungen blieben aus. Lukas macht derweilen in einigen Bereichen erstaunliche Fortschritte. Sein Wortschatz und seine Aussprache verbessern sich. Allerdings verstärkt sich das Einnässen und Einkoten bedingt durch den zunehmenden Druck der Eltern. Nach einem Jahr in der Familie sind alle Hoffnungen auf eine normale Integration gescheitert. Zuneigung verwandelt sich teilweise in Hass. Für Frau M. steht fest, dass Lukas weg muss. Dies teilt sie den Jugendbehörden mit. Dies muss in den nächsten vier Wochen geschehen, da der Sommerurlaub vor der Tür steht.

Lukas wird nun in eine Heilpädagogische Kleinsteinrichtung gegeben, die den Anspruch und die Theorie vertritt, dass Kinder und Jugendliche weitgehend selbstverantwortlich leben müssen, um zu gesunden. Konflikte und Probleme werden innerhalb der Gruppe gelöst. Die daraus entstehende Gruppendynamik soll das Verhalten des Einzelnen positiv beeinflussen. Heute ist Lukas zwölf Jahre alt. Er kann weder lesen noch schreiben. Er ist unfähig eine normale Unterhaltung zu führen. Er entzieht sich seinem Gesprächspartner mit Unruhe und Kaspereien. Sein früheres zum Teil sehr emotionales Verhalten ist einer Art gleichmütigem Stumpfsinn gewichen. Dennoch bezeichnet er die Familie Maurer weiterhin als seine Familie, die er sporadisch weiter besucht.

Yvonne's Integration gestaltet sich ähnlich schwierig. Sie lebt heute allerdings als Adoptivkind in der Familie Wehner. Im Gegensatz zu ihrem Bruder ist Yvonne vor allem im emotionalen Bereich stark retardiert und gestört. Sie verhält sich stets ruhig, meidet den Kontakt zur Familie und widmet sich stundenlang monotonen Beschäftigungen. Sie zerschneidet ihre Kleidung und nässt Tag und Nacht ein. Auch Möbel, Gardinen, Tapeten und Teppiche sind nicht vor ihr sicher. Wenn sie jedoch etwas kaputt macht, dann niemals aus Wut. Sie geht dabei ganz bedächtig und systematisch vor. Gerade auch das Einkoten und Einnässen löst Ablehnung in der Familie aus. Je älter Yvonne wird, desto schwerer fällt es der Familie dies zu akzeptieren. Auch heute noch sind ihr Begriffe wie Moral und Scham fremd. Sie bestiehlt ihre Klassenkameraden und verrichtet mitten auf dem Gehweg ihre Geschäfte. Seit Jahren läuft nun eine analytische Therapie, die zumindest bei den Eltern Positives bewirkt. Diese entwickeln im Laufe der Jahre immer mehr Verständnis für Yvonne. Ferner lernen sie ihre Ansprüche an Yvonne auf ein Minimum zu reduzieren. Heute ist Yvonne elf Jahre alt. Sie besucht die Grundschule und scheint in vielen Bereichen auf dem Weg einer psychischen Gesundung zu sein. Nach fünf Jahren findet sie allmählich ihren Platz in der Familie. Sie wird von den Geschwistern akzeptiert und fängt langsam an, Gefühle an sich heranzulassen (vgl. Rosenberg/Steiner, 1991, S.34ff.).

5.7.1.1 Betrachtung des Fallbeispiels

Szenen aus dem Fallbeispiel

Interventionspunkte/Ansätze/Vorschläge

Die Sozialarbeiterin hätte Petra auf die Alkoholproblematik und ihre Folgen für das

Schwangerschaft mit Lukas	<p>ungeborene Kind aufmerksam machen müssen. Sie hätte nicht nur für „Sachhilfe“ wie Wohnung, Möbel etc. sorgen müssen, sondern auch Kontakte zu anderen Beratungsstellen herstellen müssen (für Gespräche und Vorbereitung).</p>
Lukas wird geboren und FAS diagnostiziert	<p>Ohne Bedenken der Klinik wird Lukas mit der Diagnose FAS in eine ungewisse Zukunft entlassen. Ohne seine Eltern über die jetzt doppelt so großen Bedürfnisse durch die Krankheit aufzuklären. Hier würde ein funktionierendes Netzwerk zwischen Medizinerinnen und Sozialarbeitern für mehr Kommunikation sorgen.</p>
Schwangerschaft mit Yvonne/ Antrag auf Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechtes	<p>Obwohl den Behörden die unhaltbaren Zustände bekannt sind, ein zweites Kind geboren wird, ein Antrag auf Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechtes abgelehnt wird, wird kein Widerspruch eingelegt. Stattdessen zieht sich die Situation über lange Zeit hin. Das Bedürfnis eines Kindes nach dauerhaften Verhältnissen und seinem Zeitsinn sind schwer voneinander zu trennen und wichtig für die Entscheidung, ob, wann und mit welcher Konsequenz sich Gesetzlich in das Schicksal des Kindes eingemischt werden muss. Ferner wird deutlich, dass die Diagnose FAS keinen Einfluss auf die Entscheidung der Beteiligten hat.</p>
Familie Klein	<p>Die Familie wurde vom Jugendamt nicht über die Vorgeschichte der Kinder aufgeklärt bzw. vorbereitet. Indessen konnten sie den Bedürfnissen der Kinder nicht gerecht werden.</p>
Heilpädagogisches Kleinstheim	<p>Hier fehlt den Kindern die persönliche Ansprache, Fürsorge und Geborgenheit. Diese brauchen sie mehr als jede Beschäftigungstherapie.</p>
Lukas und Familie Maurer	<p>Die Familie hat keine Ahnung von Lukas FAS-Erkrankung. Lukas kann sich nicht in die Familie integrieren. Spätestens als sich Frau Maurer an die Sozialarbeiterin gewandt hat, hätte ein gezieltes Hilfsangebot in Richtung FAS- Kinderbedürfnisse und Aufarbeitung der Biographie bei Lukas erfolgen müssen.</p>
Yvonne und Familie Wehner	<p>Da bekannt war, dass Yvannes Mutter ein Alkoholproblem hat und beim Bruder FAS diagnostiziert wurde, hat man bei Yvonne verpasst gezielte Untersuchungen auf FAS/FAE vorzunehmen. Auch hier fehlt die</p>

5.7.2 Komplexe Entscheidungssituationen- und Prozesse

Wie an diesem Beispiel deutlich wurde, ist der Handlungsauftrag an die Jugendhilfe hoch komplex. Die Jugendhilfe muss im Stande sein, bei zum Teil nur begrenzten Einblicken in die Situation, schwierige Verknüpfungen und Wechselwirkungen von Kontextfaktoren der Vernachlässigung (materielle Situation, soziale Situation, familiäre Situation, persönliche Situation des/der Erziehungsberechtigten, persönliche Situation des Kindes – vgl. Punkt 5.6) wahrzunehmen und in ihren Wechselwirkungen zu verstehen. Dieser Ansatzpunkt ist wichtig um überhaupt ein Bild von der Lebenssituation der Familie zu erzielen, das der Jugendhilfe ermöglicht, hilfreiche Strategien für die Förderung, Hilfe und Unterstützung zur Gewährleistung des Kindeswohl zu entwickeln. Wie sich solche Strategien allerdings gestalten, ist immer davon abhängig, wie

- auf der einen Seite die Einschätzung der Veränderungsbereitschaft und Lernfähigkeit der Familie/ einzelner Familienmitglieder ausfällt und
- auf der anderen Seite die Einschätzung des Problemdruckes und der Belastbarkeit der Kinder wahrgenommen und beurteilt wird (vgl. Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder, 1997, S.114).

Rosenberg und Steiner machen darauf aufmerksam, dass derartige Wahrnehmungen und Einschätzungen stark durch die eigene Person bzw. Biographie der Fachkraft beeinflusst werden. Die Sozialarbeiter werden von eigenen Erfahrungen, der Welt- und Lebensanschauung sowie ihren Fähigkeiten, das Leid anderer zu erfassen und erkanntes Leid auszuhalten gelenkt. Daher regen die beiden Autoren an, die Lebensumstände des Kindes vor dem Hintergrund der eigenen theoretischen wie auch praktischen Erfahrungen kritisch zu beleuchten (Rosenberg/Steiner, 1992, S.20f.). Maywald schließt sich an und sagt, es sei wichtig ambivalente Gefühle zuzulassen. Denn gerade in der Arbeit in Familien mit Suchtstrukturen treten häufig eigene Gefühle des Ausgebrannt-Seins, von Hoffnungslosigkeit, Ärger oder Enttäuschung auf. Hinzu kommt, dass objektive und verallgemeinerbare Maßstäbe zur Beurteilung nicht gegeben sind. Dementsprechend sind alle Entscheidungen, die gefällt werden, unweigerlich normativ (vgl. Maywald, 1997, S.265). Ferner haben laut Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder (1997, 114f.) rasche gesellschaftliche Wandlungsprozesse zur einer weit ausgeführten Pluralisierung von Lebensformen und Individualisierung von Lebensläufen und Lebensentwürfen geführt und

Normalitätsvorstellungen, z.B. von Familie, ins Wanken gebracht. Dennoch setzt ihrer Meinung nach sozialpädagogisches Handeln immer – explizit oder implizit – eine Aussage bzw. eine Einschätzung von Normalität (als erstrebenswertes Ziel) voraus. Dies ist sowohl bei allgemein fördernden, präventiven als auch bei den kompensatorischen Angeboten als auch bei den Überlegungen zum Eingriff in das Elternrecht der Fall. Folglich sind Ziele, Intentionen und Schwerpunkte immer auch an Vorstellungen über wünschenswerte Entwicklungsverläufe und über sozial erwünschte Eigenschaften und Haltungen von Personen gebunden. Mit anderen Worten, die Jugendhilfe bezieht sich auf Normen, setzt Normen und vermittelt diese im Umgang mit Kindern, Jugendlichen und Erziehungspersonen. Jordan/Schone (1997, S.123) fassen dies wie folgt zusammen:

„Wie diese allgemeinen Prinzipien (normative Grundorientierungen wie Gerechtigkeit, Lebensqualität, Achtung der Menschenwürde etc) dann allerdings im Einzelnen und konkret umzusetzen und einzulösen sind, dafür gibt es keine einfachen und eindeutigen Regeln. Gerade auch in Phasen rapiden gesellschaftlichen Wandels (...) sind hier vielmehr vielfältige Suchbewegungen vonnöten, gilt das Prinzip von Versuch und Irrtum, gilt es, Offenheit und Lernfähigkeit im Umgang mit den Handlungsadressaten zu bewahren. (...) Dies bedeutet also in letzter Konsequenz, dass aus der Komplexität und Unübersichtlichkeit gesellschaftlicher und individueller Verhältnisse nicht der Verzicht auf normative Konzepte resultieren darf (diese würden sich dann nur unter der Hand und unreflektiert durchsetzen), sondern dass daraus resultieren muss, dass Rahmenbedingungen für diskursive Auseinandersetzungen (Streitkultur) und Wahlmöglichkeiten (Entscheidungen zwischen unterschiedlichen normativen Konzepten) zu schaffen sind“.

Deshalb müssen nun Fachkräfte der Jugendhilfe in diesem ungenauen Rahmen Beurteilungskriterien erarbeiten und Handlungsformen entwickeln. Anliegen der Wunsch, zumindest die Grenze zur Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung durch handfeste Kriterien beschreiben zu können. In der Suche nach sog. Basisfürsorgekriterien (vgl. Punkt 5.5.1) verbirgt sich die Hoffnung verbindliche Schwellen fixieren zu können, die bestimmte Reaktionen wie z.B. Hilfsangebot, Sorgerechtsantrag etc. zur Folge haben müssten. Derartige Schwellen oder besser gesagt Minimal-Standards würden dann als Maßstab für richtiges oder falsches Handeln herangezogen werden. Sicher wäre diese Definition von zwingenden Eingriffsschwellen laut Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder (1997, S.115) ein Ausweg aus der stetigen Unsicherheit und Ambivalenz zwischen der Formulierung von Hilfsangeboten und dem Impuls zu Eingriff. Damit wäre aber dann eher die Funktion eines Schutzmechanismus für die Fachkraft gegeben und nicht wesentlich für das Kind. So sind die Autoren der Meinung:

„Eine wesentliches Problem des Versuches der Definition von „Eingriffsschwellen“ wäre zudem, dass bei solchen Versuchen immer viel mehr der Aspekt zur angemessenen Beurteilung von Lebenssituationen verloren gingen, als durch die generelle Heraushebung

einzelner Aspekte an Sicherheit geschaffen werden könnten“ (Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder, 1991, S.115).

Wie bereits in Punkt 5.5.1 aufgezeigt wurde, sind solche Basisfürsorgekriterien wie z.B. ausreichende und geeignete Ernährung, Pflege, Schutz, *Krankheitsbehandlung* etc. aber lediglich der Versuch, Maßstäbe zu benennen, die Aussagen über den Grad der Befriedigung kindlicher Lebensbedürfnisse erlauben und erleichtern, ohne dass Fachkräfte durch solche Kriterien der eigenen Beurteilung und Einschätzung erhoben werden könnten, ob und wann im Einzelfall die Schwelle hinreichender Basisfürsorge unterschritten wird und ggf. ein Eingriff gegen den Willen der Eltern gegeben ist. Dabei hat die Operationalisierung solcher Schwellen durch die Fachkraft selbst zu erfolgen und ist durch ihre Wahrnehmung und Beobachtung gekennzeichnet

(vgl. Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder, 1991, S.115f.).

Rosenberg/Steiner (1991, S.23f.) haben solche Operationalisierungsversuche unternommen und Leitfragen zur Basisfürsorge formuliert:

- „ 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?“

Daneben finden sich auch im Meldebogen „Kindeswohlgefährdung“ der Stadt Lingen solche Operationalisierungsversuche wieder (siehe Anhang, S.94-100).

Wie das Beispiel von Lukas und Yvonne deutlich macht, sind solche Vernachlässigungssituationen im Allgemeinen durch eine gewisse Verworrenheit bzw. durch ein gewisses Chaos gekennzeichnet. In diesem Zusammenhang ist zumeist von sog. Multiproblemfamilien/multifaktoriellen Verursachungs- bzw. Kontextbedingungen (vgl.5.6. Punkt) die Rede. Diese zumeist verworrenen Situationen müssen stets aktuell gesehen und beurteilt werden. Demnach sind flexible Handlungsstrategien erforderlich. Hier darf es nicht Angelegenheit der zuständigen Fachkraft sein, Ordnungskriterien an dieses „Chaos“ anzulegen, sondern sie muss alles daran legen, dieses Chaos gemäß seiner Eigendynamik und inneren Logik immer wieder aufs Neue wahrzunehmen, zu verstehen und zu systematisieren. Genau das unterscheidet die Soziale Arbeit von benachbarten Disziplinen wie der Justiz und dem Gesundheitswesen. Es gibt kein eindeutig definiertes und durch einen theoretischen

Bezugsrahmen abgesichertes „Wenn A, dann B“- Schema. Kurz gesagt: Sozialpädagogische Entscheidungen sind prozesshaft, personenbezogen und nur schwer objektivierbar.

- Eine eindeutige Zuordnung von Ursache und Wirkung ist nicht gegeben, sondern es bestehen immer mehrdeutige Verhältnisse
- Ebenso wenig kann eine eindeutige Zuordnung von Problemen und Lösungen vorgenommen werden, sondern eher Versuche mit hoher Irrtumswahrscheinlichkeit
- Es gibt letztlich keine starren Muster, sondern eine fortwährende Vergewisserung, Reflexion und ggf. ist eine Revision eingeschlagener Wege.

Um dennoch die notwendige Darstellung und Überprüfung fachlicher Entscheidungen zu gewährleisten und um das professionelle Wissen praxisnah weiterentwickeln zu können bietet sich die Kollegiale Beratung an. Diese findet im Sinne von Beratung im Team statt, indem sich die zuständige Fachkraft mit verschiedenen Sichtweisen zum Fall konfrontieren lässt. Ebenso ist dort Platz um Pro und Contra verschiedener Hilfsmöglichkeiten zu erörtern. (vgl. Schone/Gintzel/Jordan/Kalscheuer/Münder, 1991, S.118).

5.8 Die Fremdplatzierung in Adoptiv- bzw. Pflegefamilien

Die bereits in Punkt 5 aufgeführten Zahlen aus der Fachliteratur stützen die These, dass Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom überwiegend aufgrund ungenügender Fähigkeit der alkoholkranken Mutter die Bedürfnisse ihres Kindes zu erkennen und erfüllen in Pflege- und Adoptivfamilien aufwachsen. Es kann in vielen Fällen aufgrund der Alkoholkrankheit vermehrt zu

- Vernachlässigung
- Verwahrlosung und/oder Misshandlung der Kinder sowie
- mütterlichem Erkranken kommen

Laut Zobel wissen die Ersatzeltern zum Zeitpunkt der Pflegschaft/Adoption verhältnismäßig wenig bzw. gar nichts über die Vorgeschichte des Kindes und die damit verbundenen Entwicklungsrisiken (vgl. Fallbeispiel Lukas und Yvonne). Dies kann unter anderem daran liegen, dass nur ein Teil dieser Kinder bereits mit der Diagnose Fetales Alkoholsyndrom erfasst wurden (vgl. Zobel, 2006, S.63). Denn viele Kinder mit Schwachformen entgehen der Diagnose. Ein weiterer Grund ist, dass der Alkoholismus der Mutter privat oder amtlich verheimlicht wurde und so die alkoholische Vorgeschichte der leiblichen Mutter für die Ersatzeltern nicht zu erfahren war (vgl. Punkt 3.3.1). Zum Teil aber wissen nicht einmal die

Jugendämter darüber Bescheid, dass die von ihnen in Pflege- und Adoptivfamilien vermittelten Kinder von alkoholkranken Müttern kommen. Denn die Dunkelziffer ist enorm hoch (vgl. vom Knappen/Thater/Löser, 1987, S.7). Im vorgestellten Fallbeispiel wurde bei Lukas das Fetale Alkoholsyndrom diagnostiziert. Dieses Wissen um die Krankheit hätte eine große Chance für ihn sein können, denn man hätte so gezielt darauf reagieren können. Stattdessen wurde, unter anderem von der Jugendhilfe, darüber hinweg gesehen.

Laut Ilse muss bei Fehlen der leiblichen Mutter immer versucht werden dem Kind durch andere Menschen einen möglichst guten Ersatz für die Mutterliebe zukommen zu lassen (vgl. Ilse, 1990, S.115). Denn Kinder, mit FAS die aus der Herkunftsfamilie herausgenommen und zum Beispiel in einer Pflegefamilie untergebracht werden, erleben zwangsläufig mindestens einen Beziehungsabbruch. Dementsprechend brauchen sie einen geschützten Rahmen bei Erwachsenen, die sie annehmen, wie sie sind, mit ihrem Krankheitsbild. Vorwiegend wird auch in der Literatur ein stabiles Zuhause als Schutzfaktor benannt (vgl. FASworld (a), 2007, S.30). Denn nur so können betroffene Kinder ihren Beziehungsabbruch kompensieren. Ein Wechsel bedeutet Trennung von den Elternteilen und damit auch Verlust von Bindungen, unabhängig davon wie intensiv, gut oder schlecht diese waren. Für das Kind soll durch andere, neue aufzubauende Bindungen der Verlust gemildert und damit möglichst günstigere Chancen für seine Entwicklung bereitgestellt werden. Dabei müssen die alten Bindungen, die immer ein Teil des Lebens und der Identität des Kindes sein werden, aufgearbeitet werden. Denn frühere Beziehungen wirken nach und können auch nicht durch die neuen verdrängt werden. Die Auseinandersetzung mit seiner Herkunft, unabhängig davon, ob die Eltern präsent sind oder nicht, ist für das Kind und seine Entwicklung wichtig (vgl. www.familienpsychologie.de/documents/Noethling-Pflegefamilie.pdf). Dies wurde im Fallbeispiel bei Lukas und Yvonne versäumt.

Die Herausnahme eines Kindes aus der Ursprungsfamilie hat einen Doppelcharakter. Auf der einen Seite ist sie mit schmerzlichen Erinnerungen verbunden, mit Angst, Traurigkeit und Wut. Auf der anderen Seite ist sie mit einem erwartungsfrohen Aufbruch verbunden, mit Freude, Hoffnung und einem Stück Erlösung. Die Trennung von der alkoholkranken Mutter und dem vernachlässigenden Milieu bietet den Kindern die Chance einen Teil ihrer Kindheit und Jugend unter günstigeren Bedingungen zu verbringen. Auch den Schäden, die der Alkohol an den Kindern angerichtet hat, kann gezielt begegnet werden. Diesen Chancen stehen dennoch neue Gefährdungen gegenüber. Denn nach den Verletzungen durch die

Vernachlässigung kann die Trennung vom Kind als ein zweites Trauma empfunden werden. Möglicherweise sucht das Kind die Schuld bei sich und empfindet die Trennung als Ausstoß von seiner Familie. Hinzu kommt das Unwissen über die Krankheit, was wiederum zu Unverständnis und falschen Maßnahmen führen kann. Die Aussichten dieser Kinder bewegen sich also in einer Polarität zwischen neuen Chancen und neuem Trauma.

Der Großteil der Pflege- und Adoptivfamilien zeigt sich sehr eifrig in der Betreuung, Fürsorge und Förderung der in Pflege bzw. angenommenen Kinder. Diese Familien geben ihr bisheriges Leben auf. Die Priorität im Leben der Ersatzfamilie wird das Pflege- bzw. Adoptivkind. Sie will dem Kind ein stabiles Zuhause geben, was sich jedoch nicht immer einfach gestaltet. (vgl. Pflege und Adoptivfamilien NRW e.V. 2004, S.4ff.). Unzufriedenheiten und Selbstzweifel stellen sich ein, wenn Schwierigkeiten bei der Pflege, Förderung und Erziehung auftreten (vgl. Beispiel Yvonne und Lukas). Folglich wird der Familienverband erheblich belastet. Die Bemühungen stoßen an Grenzen und lassen die sozial engagierten Pflegeeltern oftmals verzagen. Dementsprechend fühlen sich viele Ersatzfamilien entmutigt und frustriert. Hinzu kommen können auch zu hohe Erwartungshaltungen der Eltern gegenüber dem Kind (vgl. Fallbeispiel Lukas und Yvonne). Insofern fühlen sich nicht alle Ersatzeltern den Anforderungen gewachsen und sind es auch. Denn Kinder, die mit FAS/E geboren werden, benötigen ihr gesamtes Leben (vom Säuglingsalter bis zum Erwachsenwerden) ausdrücklich viel Liebe, Toleranz, Einsatzbereitschaft, Aufmerksamkeit und pädagogisches Geschick (vgl. Löser 1995, S.132f.).

5.8.1 Appelle/Leitgedanken an die Soziale Arbeit

Die vorherigen Punkte machten deutlich, wie wichtig und nötig es ist, dass Jugendhelfemitarbeiter/ innen und pädagogisch ausgebildetes Personal allgemein auf FAS/FAE hingewiesen werden und Aufklärung über das Krankheitsbild betrieben wird. Denn solange kein oder nur wenig Wissen über FAS/FAE und die Auswirkungen im Alltag bzw. kein oder nur oberflächliches Interesse besteht (oft aus Kostengründen, fehlender Zeit oder Unwissen/unzureichender Fortbildungsangebote), werden betroffene Pflegeeltern und Pflegekinder darunter leiden. Dies bestätigt auch Frau Hechtbauer vom Pflegekinderdienst in Lingen. In einem Gespräch sagte sie, dass man sich erst seit ca. zehn Jahren grob mit dieser Thematik auseinandersetzt. Allerdings bestünde noch viel Informationsbedarf. Demnach möchte ich diese Arbeit nutzen und mit Hilfe der Literatur einige Appelle und Leitgedanken an die Jugendhilfe formulieren:

- Zunächst muss ein Gespür für diese Kinder entwickelt werden. Denn viele vermittelte Kinder haben einen ganzen Maßnahmenkatalog der ambulanten Hilfe hinter sich. Dies prägt die Kinder. Sonst folgt nicht selten ein bitterer Nachgeschmack und es zeigen sich schwere traumatische Schäden. In der Fachliteratur ist von 70% der fremdplatzierten Kinder die Rede, die solche Folgen aufweisen. Denn schließlich ist eine Trennung von der Herkunftsfamilie ein schwerer Einschnitt im Leben des Kindes.
- Die Vorgeschichte des Kindes spielt hinsichtlich dieser Thematik eine zentrale Rolle. Umso bedeutsamer ist eine entsprechende Vorbereitung der Pflegeeltern bzw. eine umfassende Schulung aller Pflege- und Adoptivelternbewerber (ganz nach dem Motto: Bist du bereit?)
- Eine entsprechende Diagnostik und Untersuchung des Kindes unter Berücksichtigung seiner bisherigen Lebenssituation sollte als Basis des Hilfeplans unerlässlich sein. Sollte es zu einer Herausnahme des Kindes aus der Ursprungsfamilie kommen, sollten Pflegeeltern diesen Anspruch bei der Aufnahme des Kindes unbedingt erheben/einfordern.
- Es muss eine klare Perspektive geschaffen werden (sowohl für die Pflegefamilie, als auch für die Herkunftsfamilie) und in einem für das Kind überschaubaren Zeitrahmen transparent gemacht werden, so wie dies auch der Gesetzgeber geregelt hat (das Kindeswohl zu gewährleisten, ist der gesetzliche Auftrag) (vgl. FAS - Broschüre (b) 2007, S.21f.) Denn die Zeit ist ein wichtiger Faktor im Leben des Kindes. So kann gerade bei Kindern mit FAS nach jahrelangem Bemühen um die Stabilisierung und den Erhalt einer Familie eben auch oft das Aus für faire Lebenschancen bedeuten (gerade was die Entwicklung und die Reduktion von Sekundärfolgen angeht) (vgl. Rosenberg/Steiner, 1991, S.22).
- Dementsprechend muss den Grundbedürfnissen des Kindes nach Kontinuität, Sicherheit und Zugehörigkeit besonders Aufmerksamkeit geschenkt und beachtet werden. Den Herkunftseltern muss auf dem schwierigen Weg des Loslassens ein/e einfühlsamer/e und couragierter/e Sozialarbeiter/in zur Seite gestellt werden. Denn diese Arbeit nimmt eine große Gewichtung im weiteren Prozess ein. Denn nur so kann der Standpunkt zwischen Herkunftsfamilie und Kind aufgezeigt werden. Geschieht dies nicht, wird das Kind kaum eine *Chance* haben, sich wirklich einbinden zu können und Sicherheit zu finden. Wenn allerdings abzusehen ist, dass es sich nur um eine zeitweise Fremdunterbringung handelt, sollte eine umfassende Betreuung der

Herkunftsfamilie gewährleistet werden, mit dem Ziel, die Eltern zu befähigen, ihr Kind wieder selbst zu erziehen.

- Es muss ein umfassenderes Beratungsangebot für Pflegefamilien, zum Beispiel in rechtlichen, wirtschaftlichen und versicherungsrechtlichen Angelegenheiten entwickelt werden.
- Es müssen klare Umgangsregeln zum Umgangsrecht zwischen der Pflegefamilie und der Herkunftsfamilie getroffen werden.
- Es müssen Entlastungsangeboten für die Pflegeeltern geschaffen werden, um drohenden Abbrüchen vorzubeugen. So kann auch den Paaren Raum gegeben werden, sich nicht als Paar aus den Augen zu verlieren (siehe Anhang: Interview mit Frau Michalowski – Time-out für Eltern und Kind).
- Vermehrte Entwicklung von Netzwerken, die Möglichkeit zum Austausch anbieten/ Initiativen gründen.
- Die Arbeit, die Pflegeeltern leisten, wertschätzen (was es heißt, wenn Kinder mit schrecklichen Biographien und den daraus resultierenden Problemen und Defiziten in eine unbedarfte Familie kommen – siehe auch Fallbeispiel Lukas und Yvonne) (vgl. FAS - Broschüre (b) 2007, S.21f.).
- Die Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe, Suchtkrankenhilfe und den medizinischen Diensten, muss optimiert werden, d.h. es muss Arbeitsfeld übergreifender kooperiert werden.
- An die Öffentlichkeit muss appelliert werden, d.h. über Auswirkungen von Suchterkrankungen auf Kinder und Familie muss informiert werden.
- Die Auswirkungen von Suchterkrankungen auf Kinder und Familien sowie die Entstehung von Suchterkrankungen (vgl. Punkt 2.5.) muss verpflichtend in die Ausbildung der pädagogischen Berufsgruppen (vgl. www.nacoa.de/eckpunkte3.html).

Ich denke, diese Punkte sind erste Ansätze, die bei der Arbeit mit Betroffenen berücksichtigt werden müssen. Gerade auch mein Berufszweig, die Soziale Arbeit, ist hier gefragt. Viele dieser Ansätze sind noch ausbaufähig und müssen an die Öffentlichkeit herangetragen werden. Dennoch sehe ich hier Chancen für das Kind, sich wirklich einbinden zu können und Sicherheit zu finden.

5.9 Die Fremdplatzierung in Jugendhilfe- bzw. Behindertenhilfe- Einrichtungen

In der Fachliteratur waren nur wenige Hinweise über den Aufenthalt von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom in Jugendhilfe- bzw. Behindertenhilfeeinrichtungen in Deutschland zu finden. In der Literatur bin ich auf eine Untersuchung von Löser gestoßen, die sich von 1973 bis 1992 erstreckte. In dieser Untersuchung machte er darauf aufmerksam, dass von 51 Kindern mit FAS 17% in Heimen groß geworden sind. Viele betroffene Kinder mit FAS, die über keinen Befund verfügen, werden in Heimen untergebracht, nachdem sie, meist wegen ihrer Verhaltensauffälligkeiten, in der Pflege/Adoptivfamilie nicht mehr bleiben konnten (vgl. Lukas und Yvonne) oder weil die Ersatzeltern verstorben waren. (vgl. Löser 1995, S.123). Diese Beschreibungen von Löser finden sich auch im Fallbeispiel von Lukas und Yvonne wieder. Hier wären sicherlich weitere Forschungen notwendig.

6 Gesellschaftliche (Nicht-) Diskussion

Ich machte schon in meiner Einleitung darauf aufmerksam, dass diese Thematik immer noch zu wenig bekannt ist und die betroffenen Kinder sich in einer Art Grauzone befinden, umgeben von einem Schleier aus Scham, Abwehr und Verleugnung. Ich möchte mit Hilfe der Literatur einige Überlegungen anstellen, woran dieses liegen könnte. Zunächst ist der Alkohol in unserer Gesellschaft immer noch ein Tabu- Thema, speziell Alkohol und werdende Mütter werden kaum thematisiert. Dies hängt wohl mit unseren Rollenerwartungen an Frauen und insbesondere an Mütter zusammen. Von ihnen wird zweifelsohne erwartet, dass sie eine gute Mutter sind und sich stets liebevoll um ihr Kind kümmern (vgl. Arenz – Greiving, 1998, S17). Dementsprechend fällt eine Mutter, die während der Schwangerschaft Alkohol trinkt, aus dem Rahmen. Folglich will und kann die Gesellschaft die Wirklichkeit nicht sehen, denn dann müsste sie ihr Bild, das sie von einer guten Mutter hat, über den Haufen werfen bzw. sie muss sich damit auseinandersetzen. Es wird nicht davon ausgegangen, dass der Verzicht auf Alkohol ein Problem für die werdende Mutter bedeuten kann. Die Alkoholkrankheit wird verschwiegen und selten von außen thematisiert. Auch Hilfsangebote und unterstützende Gespräche finden kaum statt. Steiner greift diesen Gedanken ebenfalls auf. Sie sieht diese alkoholgeschädigten Kinder als Ausdruck alarmierender Notstände in der Gesellschaft. Dementsprechend werden sie von der Gesellschaft mit Zurückhaltung und peinlicher Reserviertheit betrachtet. Zuschreibungen, die alkoholranke Menschen als Versager, als willenschwach, unfähig und nutzlos darstellen, werden unterschwellig auch auf die alkoholgeschädigten Kinder projiziert (vgl. Steiner, 1990, S.12).

Dass die Auseinandersetzung mit dieser Thematik auch heute noch mit einem gewissen Tabu behaftet ist, zeigt die Auswertung der Literatur. Denn der größte Teil der Fachliteratur stammt aus den 80er und 90er Jahren. In neueren Werken findet dieses Thema kaum Anklang, ist aber immer noch von hoher Brisanz.

Dabei liegt die Diskrepanz eindeutig auf der Hand. Denn einerseits wird dieses Thema tabuisiert, andererseits sind Millionen Menschen selbst betroffen, wenn es um die Abhängigkeit von Alkohol geht. Entweder sind sie Selbsttrinkende, Abstinente, Familienangehörige, Berufskollegen, Heilende und Therapierende, Opfer von Straftaten und Vergehen im Straßenverkehr unter Alkoholeinfluss und/oder Kinder, die während der Schwangerschaft selbst Schaden erlitten haben (vgl. Thater in: Berichte zur Suchtkrankenhilfe, 1990, S.57). Dennoch gilt der Alkohol bei uns als schichtspezifisches Problem und wird gern auf die Anderen geschoben.

Anzusprechen ist auch die Angst vor der Diagnosestellung, besonders bei Gynäkologen, Kinderärzten und Erziehern (vgl. Marthaler in: Berichte zur Suchtkrankenhilfe, 1990, S.51). Ich selbst konnte diese Erfahrungen während meiner Recherchen machen. Ich habe zu mehreren Gynäkologen und Kinderärzten Kontakt aufgenommen. Sie waren alle stets um Herausgabe von Literatur bemüht. Was persönliche Gespräche über Erfahrungen mit FAS-Kindern anging, stieß ich zumeist allerdings auf Ablehnung. Zugegeben, in dieser Arbeit wird deutlich, wie schwer sich die Diagnosestellung aufgrund des variablen Erscheinungsbildes gestaltet. Allerdings denke ich, spielt dort auch die Angst mit, Familien zu stigmatisieren oder Schuld zuzuweisen. Allerdings kann es nicht darum gehen, Schuld und alleinige Verantwortung der alkoholabhängigen Frau zuzuweisen. Im Gegenteil, ein behutsames Umgehen mit der Ursprungsfamilie ist unerlässlich, damit Hilfe angeboten werden kann. Dennoch halte ich es aber auch für wichtig, den Mut zur Diagnosestellung zu haben, auch bei Verdacht.

Diese Tabuisierung des Fetalen Alkoholsyndroms erschwert natürlich auch die Elternarbeit. Bei der Ursprungs- und auch der Ersatzfamilie ist soviel Zündstoff, der thematisiert werden muss: zum Beispiel die Angst vor den zukünftigen Problemen, Angst vor chronischer Fehlentwicklung und Stillstand der weiteren Entwicklung etc. Bei der Ursprungsfamilie müssen unbedingt Themen wie Schuldgefühle, Risiko der Stigmatisierung etc. angesprochen und thematisiert werden (vgl. Marthaler in: Berichte zur Suchtkrankenhilfe, 1990, S.55).

Ferner wird durch diese Tabuisierung auch viel zu wenig die Arbeit der Ersatzeltern gewürdigt. Die Gesellschaft hinterfragt kaum, warum Ersatzeltern diese Aufgabe übernehmen. Ich möchte an dieser Stelle ein Stück aus einem Gedicht einer betroffenen Pflegemutter zitieren. Es trägt den Namen: „Warum tun wir und das an“? „Die Gesellschaft glaubt, wir machen es wegen des Geldes! *** Lach*** Diejenigen die dies machen, werden schnell herausfinden, dass es besser ist, sich einen ruhigen Halbtagsjob zu nehmen, da bekommt man nämlich Urlaub (was ist das denn???? Grins), wird krankenversichert und bekommt auch Rente für seine geleistete Arbeit. Man wird nicht schief angesehen von der Gesellschaft. WARUM machen wir es“? (FASworld Deutschland e.V.(b), 2007, S.53). Aufschluss gibt der letzte Satz dieses Gedichtes. Hier heißt es: „Weil wir unsere Kinder aus tiefstem Herzen lieben“ (FASworld Deutschland e.V. (b), 2007, S.53). Das ganze Gedicht befindet sich im Anhang, S.92-93.

6.1 Soziale Akzeptanz und Integration von Kindern mit Fötalem Alkoholsyndrom

Wie ich bereits in den oberen Punkten deutlich gemacht habe, zeigen Kinder mit FAS ein stark forderndes und provokatives Verhalten. Unwissenheit über diese Thematik, wie auch über die Ursachen des Verhaltens führen immer wieder zu Fehlinterpretationen seitens der Umwelt (Verwandte, Lehrer, Ersatzeltern, Sozialarbeiter etc.). Es kommen z.B. folgende Fragen auf: „Warum benimmst du dich so“? oder „Kannst du dich nicht wie die anderen Kinder benehmen“? Hier wird den Kindern eine große Chance genommen. Denn würde ein vermehrtes Wissen über das Fetale Alkoholsyndrom bestehen (gerade auch über die entstandenen Besonderheiten im Informationsverarbeitungsprozess), so könnte das oftmals fordernde und provokative Verhalten der Kinder mit FAS für die Kinder hilfreicher, im Sinne einer Förderdiagnostik, interpretiert werden. Einerseits kann eine angemessene Interpretation Hinweise auf mögliche Lern- und Erziehungsstrategien geben, andererseits kann dadurch bestimmten Klischees entgegengewirkt werden (zum Beispiel, dass diese Kinder dumm und faul seien). Ebenso erscheint dies wichtig, damit die Kinder diese negativen Zuschreibungen nicht in ihr Selbstkonzept übernehmen. Ich möchte dies an einem Beispiel verdeutlichen: Ein Kind mit FAS kommt zu spät in den Unterricht. Mögliche Fehlinterpretation des Lehrers aufgrund von fehlendem Wissen: das Kind ist unverantwortlich, faul, zu langsam oder will sich durchsetzen. Mögliche Interpretation des Lehrers mit Hintergrundwissen über FAS: das Kind tut sich mit der Abstraktion Zeit schwer, es braucht Organisationshilfe – Struktur (vgl. FASworld e.V. Deutschland (a), 2007, S.48f.).

6.2 Staatliche Leistungen - Behindertenstatus

Auch der Punkt staatliche Leistung ist auf Grund der Tabuisierung dieser Thematik anzusprechen. Ich möchte erneut auf das Interview mit Frau Michalowski verweisen. Sie berichtete, dass es zum Beispiel sehr schwer sei, einen Behindertenausweis zu bekommen. Sie selber kennt nur zwei Kinder, unter anderem ihr eigenes, die auf Grund von FAS einen Grad der Behinderung von 70% bescheinigt bekommen haben. Alle anderen Kinder haben diesen Ausweis auf Grund ihrer sekundären Behinderung bekommen, wie zum Beispiel auf Grund ihres Herzfehlers, ihrer Retardierung etc. Demnach regt sie an, dass FAS und auch FAE, also die leichte Form, mit in den ICD-10 Katalog aufgenommen werden müssen, damit Kinder mit FAS, wenn es nötig ist, schneller den Behindertenausweis erlangen können. Ferner könnten sie dann auch eine geschütztere Form der Ausbildung bzw. einen geschützteren Rahmen erhalten, in dem sie ihren Möglichkeiten entsprechend leben könnten (vgl. Interview mit Gisela Michalowski am 22.06.2007, siehe Anhang S.91).

7 Fazit

* Die Ursachen für das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) und die Fetalen Alkoholeffekte (FAE) liegen im Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft. Häufig befinden sich die Mütter in einer kritischen oder chronischen Phase einer Alkoholabhängigkeit. Bereits kleine Mengen Alkohol können Schädigungen wie Retardierung und Verhaltensauffälligkeiten herbeiführen.

* Neben den körperlichen Auffälligkeiten (Gesicht, Haut, Hände etc.) sind vor allem auch Hirnfunktionsstörungen der betroffenen Kinder gravierend. Je nach Schweregrad und der Vielfältigkeit der durch FAS verursachten Schädigungen kann ein gewisser Grad der Heilung erreicht werden. Diese geschieht z.B. aus der Entwicklung der Kinder heraus oder durch die Entwicklung fördernden Maßnahmen seitens der Familie und Umwelt oder durch Operationen (z.B. bestimmte körperliche Missbildungen oder Organschäden) und Therapien. Starke Hirnschädigungen oder starke motorische Schädigungen können zumeist durch diese Heilungsmöglichkeiten nicht erreicht werden und bleiben weiter bestehen. Eine Heilung im engeren Sinne ist also nicht gegeben. Das Fetale Alkoholsyndrom ist eine lebenslange Schädigung. Die frühzeitige Diagnostik ist dabei von großer Bedeutung. Denn dies ist die Grundvoraussetzung für eine effektive Therapie und Förderung des Kindes.

* Die Entwicklung und das Verhalten der Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom werden von vielen physischen, psychischen und sozialen Faktoren beeinflusst und können sich je nach Schweregrad auswirken. Allerdings sind für diese Kinder besonders im Hinblick auf ihr Verhalten eine konstante und verständnisvolle Familie sehr wichtig (Entwicklung fördernde Maßnahmen seitens der Familie und Umwelt). Denn ein Kind mit Fetalem Alkoholsyndrom benötigt weitaus mehr Pflege und Förderung als ein gesundes Kind, d.h. die Bezugspersonen brauchen ein hohes Maß an Geduld, Liebe und Verständnis und die Einsicht, dass das Kind nichts für seine Krankheit kann. Der Alltag eines betroffenen Kindes sollte sich durch eine feste Struktur und Rituale auszeichnen um es nicht zu überfordern. Die betroffenen Kinder werden mit hoher Wahrscheinlichkeit ihr Leben lang auf Hilfe von anderen angewiesen sein.

* Eine besondere Aufgabe im Umgang mit FAS-Kindern wird es sein ihnen ein Zugang zu ihren eigenen Gefühlen und Bedürfnissen zu vermitteln. Denn infolge des angespannten und emotional unsicheren Familienklimas (aufgrund des Alkoholkonsums) mussten viele Kinder ihre Gefühle stark kontrollieren: Sie unterdrücken ihre Ängste, Sehnsüchte und Schwächen,

aber auch Aggressionen und Abgrenzungsimpulse. Hinzu kommt, dass der Rucksack dieser Kinder prall mit Deprivationserfahrungen, Alkoholschäden, Bindungsarmut, Gewalt und Traumata gefüllt ist (vgl. Fallbeispiel Lukas und Yvonne).

Diese Punkte zeigen, dass es einen großen Unterschied macht, ob die Kinder unter den ungünstigen Förderungsbedingungen des Trunksuchtmilieus aufwachsen, oder ob sie unter guten Förderungsbedingungen in der eigenen Familie oder fremdplaziert in einer Ersatz- oder Ergänzungsfamilie aufwachsen.

* Dabei sind die Faktoren, die die Entwicklung eines Kindes in einer Familie mit fortbestehender Alkoholproblematik negativ beeinflussen können, wie z.B. Co- Abhängigkeit, Trennung und Scheidung, Gewalt, Unzuverlässigkeit, Unberechenbarkeit, Übernahme von Versorgungsleistungen durch das Kind, Miterleben von Rausch, soziale Isolation, Loyalitätskonflikt, Vorurteile gegen die Familie und Ohnmachtsgefühle zu bedenken.

* Indessen ist die Einschätzung dieser Faktoren ein schwieriger Punkt in komplexen Sozialpädagogischen Entscheidungssituationen und -prozessen. Hier ist abzuwägen, inwieweit eine alkoholranke Mutter positive Entwicklungsbedingungen für ihr krankes Kind schaffen kann (ob sie dem Alkohol entsagen kann oder nicht). In diesem Spannungsfeld von rechtlichen, sozialen und familiären Aspekten kann nur unter Berücksichtigung aller Umstände geklärt werden, was das Beste zum Wohle des Kindes ist. Dabei ist sowohl das Milieu der Trunksucht zu nennen, die fehlende Förderung hinsichtlich sekundärer Folgen sowie die anhaltende Abhängigkeit vom Alkohol etc. Ferner besteht die Gefahr, dass dieser Sorgerechtsentzug bei einigen alkoholkranken Müttern dazu führt, ihr leeres Nest neu zu füllen, d.h. dass sie eine weitere Schwangerschaft ohne Alkoholabstinenz anstrebt.

* Ferner ist bei einer möglichen Fremdplatzierung zu bedenken, dass sich bei der Auswahl einer geeigneten Adoptiv- oder Pflegefamilie vielfache Probleme ergeben können. Denn zukünftige Pflege-/ Adoptiveltern wünschen sich zumeist ein gesundes Kind. Die Aufnahme eines Kindes mit Behinderung wird auch dadurch erschwert, dass gerade beim Fetalen Alkoholsyndrom die Entwicklung des Kindes nur schwer voraussagbar ist. Die Problematiken, die das Kind mit in die Familie bringt, stellen das Familiensystem vor neue Aufgaben. Hier werden häufig begleitende Hilfen von außen (z.B. Jugendhilfe, Erziehungsberatungsstellen) notwendig. Um Unsicherheiten und Ängste abzubauen und um falschen Erwartungen und späteren Enttäuschungen für das Kind und die Familie

vorzubeugen (vgl. Fallbeispiel Lukas und Yvonne), sind nach meiner Auffassung Aufklärung über den bisherigen Lebensweg des Kindes sowie Informationen über alkoholbedingte Schädigungen und deren Auswirkungen dringend erforderlich. Wie die vorliegende Arbeit zeigt bestehen hier noch einige Defizite. Eine verantwortungsvolle Vorbereitung der zukünftigen Eltern und die aus der Behinderung des Kindes resultierenden Anforderungen an die Familie, mit den daraus notwendigen Unterstützungsmaßnahmen, sind aus sozialpädagogischer Sicht allerdings bisher wenig reflektiert. Denn häufig wissen die Ersatzeltern zum Zeitpunkt der Pflegschaft/Adoption verhältnismäßig wenig bzw. gar nichts über die Vorgeschichte des Kindes. Dies ist ein zentraler Punkt, denn die Arbeit machte deutlich, dass FAS-Kinder in Fremdpflege zumeist in ihren ersten Lebensjahren keine günstigen Bedingungen für eine Grundlage ihrer Persönlichkeit hatten. Werden z.B. die Pflegeeltern aufgrund von Unwissen eher mit Zurückweisung auf seine besonderen Bindungsbedürfnisse reagieren, so besteht das Risiko, dass das Kind eine unsichere-vermeidende Haltung einnimmt.

* Bei all diesen Punkten wird deutlich, dass Sozialarbeiter, was ihre Entscheidungsverantwortung angeht, sicherlich eine große Verantwortung tragen. Sie müssen gewissenhaft und mit theoretischem Hintergrund entscheiden. Ganz wichtig ist dabei, einen offenen Blick für alle am Prozess Beteiligten zu bewahren (vor allem aber für das betroffene Kind). Um diesen allumfassenden Blick zu erlangen, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Jugendhilfe, Eltern, Ersatzeltern, Sozialdiensten und beteiligten Institutionen umso bedeutender.

* In der Auseinandersetzung mit dem Thema ist mir klar geworden, dass die Erscheinungsformen der mütterlichen Alkoholkrankheit verschieden sind, zu dem variieren die Familienkonstellation und Förderungs- und Beziehungsbedingungen für das Kind. Damit kann die Frage nach den Kriterien hinsichtlich der Platzierungsfrage und somit auch des vorrangigen Kindeswohls nicht generell oder standardisiert entschieden werden. Jeder Fall ist einzigartig zu betrachten und dementsprechend muss entschieden werden. Das Kind sollte bei der Betrachtung jedoch immer im Vordergrund stehen. Somit gibt es keine verbindlichen Handlungsanleitungen in Form von Kriterien oder gar „Rezepten“.

* Jedes Kind mit FAS hat seine ganz individuellen Entwicklungs- und Leistungsmöglichkeiten. Und zu spezifisch sind die Konstellationen in den betroffenen

Familien, als dass man damit dem komplexen Problemfeld gerecht werden würde. Basisfürsorgekriterien, wie sie in dieser Arbeit aufgezeigt wurden, sind lediglich der Versuch, Maßstäbe und Anhaltspunkte zu benennen. Die eigene Beurteilung und Einschätzung der jeweiligen Fachkräfte kann dadurch allerdings nicht gemindert werden. So bleibt es qualifizierten Fachkräften vorbehalten, in reflexiven Verfahren durch begründete Nachvollziehbarkeit und Plausibilität die Einschätzungen und Prognosen der zuständigen Kollegen/innen zu prüfen und dadurch sowohl fachlich als auch rechtlich abzusichern.

* Dabei ist es sowohl in der Arbeit mit sehr belasteten Systemen, wie auch im Entscheidungsprozess immer wieder wichtig, dafür zu sorgen, dass man selbst eine gute Position und zuletzt ein gutes Gefühl in der Arbeit mit Klienten hat. Nur so kann wirklich wirksame Arbeit geleistet werden.

* Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Bedeutung dieser Erkrankung für Sozialarbeiter immer mehr in den Vordergrund treten wird. Besonders in der Jugendhilfe, wie auch in Erziehungsberatung ist es wichtig, sich dieser Problematik nicht zu verschließen. Denn FAS-Kinder brauchen besondere Unterstützung. Immer wieder wird betont, was sie nicht können. Daher ist es unter anderem Aufgabe der Sozialen Arbeit diesen Kindern zu helfen, ihre Stärken aufzubauen. Daher ist es bedeutsam, die Kinder da zu fördern, wo sie anders und gut sind, damit sie nicht immer nur negative Feedbacks erfahren. Denn es ist enttäuschend, oft alltägliche Dinge immer wieder verkehrt zu machen.

* Dazu gilt es, sich bewusst zu machen, dass nicht das Kind selbst Auslöser dieser Krankheit ist. Trotzdem sollte man leiblichen Eltern keine Vorwürfe machen, sondern auch ihnen Hilfe und Unterstützung anbieten.

* Ein grundlegender Schritt wäre zudem, der Alkoholabhängigkeit der Frauen vorzubeugen. Dazu ist es wichtig, dass allen Frauen, insbesondere jungen Mädchen, verdeutlicht wird, wie gefährlich Alkohol für ungeborene Kinder sein kann. 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 denkbar. Dabei sollten auch die zukünftigen Väter Berücksichtigung finden. Sie sollten ebenfalls über die schädigende Wirkung von Alkohol aufgeklärt werden.

- Was die Aufklärung zu diesem Thema angeht, sollte sie einen größeren Stellenwert in unserer Gesellschaft einnehmen. Im Vergleich zu groß angelegten Aids-Präventions-Kampagnen steht die Forderung nach Prävention kindlicher Alkoholschäden noch weit hinten an. Denn solange die Gesellschaft Alkohol verharmlost und beschönigt werden auch alkoholgeschädigte Kinder geboren werden. Wir müssen also einsehen, welchen Einfluss die Alkoholindustrie auf unseren Gesetzgeber, Politiker und Familien hat. Schließlich verdient auch der Staat durch Steuern am Alkohol mit.

Literaturverzeichnis

Arenz- Greiving, A.: Die vergessenen Kinder – Kinder von Suchtkranken. Hamm: Hoheneck Verlag, 1990

Berger, H./ Legnaro, A./ Reuband, K.-H. (Hrsg.): Frauenalkoholismus. Entstehung- Abhängigkeit – Therapie. Stuttgart et al.: Kohlhammer, 1982.

Bertling, A. ; Wenn die Eltern trinken: Mögliche Auswirkungen der Alkoholsucht der Eltern auf deren Kinder. Berlin: Bögner- Kaufmann, 1993

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren E.V. : Alkoholismus – Eine Information für Ärzte. 3. Auflage. Hamm: o.V., 1991

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen E.V. (a) (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2007. Geesthacht: Neuland, 2007

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen E.V. (b) (Hrsg.): Frau sucht Gesundheit. Mit Vorsicht genießen – Informationen und Tipps für Frauen zum Thema Alkohol. Hamm: o.V., 2002

FASworld e.V. Deutschland (a) (Hrsg.): Medizinisch – physiologische Grundlagen des Fetalen Alkoholsyndroms – Ratgeber zum Fetalen Alkoholsyndrom (Band FAS 1), 4. Auflage, o.O., 2007

FASworld e.V. Deutschland (b) (Hrsg.): Leben mit FASD: Diagnostik, Berichte über Alltag – Schule – Beruf – Zukunft (Band FAS 2), 4. Auflage, o.O., 2007

Feuerlein, W (a).: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen - Therapie. 5. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag 1998

Feuerlein, W. (b): Ursache und Verlauf der Krankheit. In: Majewski, F. (Hrsg.): Die Alkoholembryopathie: angeborene Behinderungen durch Alkoholkonsum in der

Schwangerschaft: Epidemiologie, Pathogenese, Klinik, Rehabilitation und Prävention. Frankfurt/Main: Umwelt & Medizin Verlagsgesellschaft mbH, 1987 (S.13-22).

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

Gellert, K.: Vernachlässigte Kinder – Entstehung, Verlauf und Intervention. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller, 2007

Hoppe, H.: Die Tatsachen über den Alkohol. 3. Auflage. Berlin: Calvary & Co. 1904

Ilse, R.: Typische und untypische Langzeitverläufe bei Kindern mit Alkoholembryopathie, Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Zahnheilkunde, Hamm: 1990

Jordan, E./Schone, R.: Jugendhilfeplanung – aber wie? Eine Arbeitshilfe für die Praxis. Münster: Votum-Verlag, 1992

Kallenbach, K. (Hrsg.): Kinder mit besonderen Bedürfnissen – Ausgewählte Krankheitsbilder und Behinderungsformen. Berlin: Ed. Marhold, 1998

Kalscheuer, M./ Schone, R.: Kindesvernachlässigung: Vernetzung und Kooperation zwischen Jugendhilfe und anderen Disziplinen, in: Zenz, W./ Bächer, K./ Blum-Maurice, R. (Hrsg.): Die vergessenen Kinder: Vernachlässigung, Armut und Unterversorgung in Deutschland. Köln: PapyRossa Verlag GmbH & Co. KG, 2002 (S. 158-171)

Kopera - Frye, K./ Streissguth, A.-P.: Fötale Alkoholsyndrom – Klinische Implikationen, Auswirkungen auf die Entwicklung und Prävention. In: Seitz, H.-K./ Lieber, C.-S./ Simanowski, U.-A. (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden. Heidelberg: Barth Verlagsgesellschaft mbH Leipzig, 1995 (S. 517-540)

Krens, I./ Krens, H.(Hrsg.): Risikofaktor Mutterleib – Zur Psychotherapie vorgeburtlicher Bindungsstörungen und Traumata. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH &Co. KG, 2006

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

Marthaler, M.: Alkoholembryopathie – Praktische Erfahrungen mit Prävention und Beratung. In: Niedersächsisches Sozialministerium (Hrsg.): Berichte zur Suchtkrankenhilfe: Alkohol, Schwangerschaft und frühkindliche Schädigung, o.O., 1990 (S.51-56)

Meierhofer, M.: Frühe Prägung der Persönlichkeit – Psychohygiene im Kindesalter. 4. Auflage. Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 1981

Merzenich, H.: Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee. 17.Band, Köln: o.V., 2002.

Nathanielsz, P. (a): Schwangerschaft: Wiege der Gesundheit – So stellen Sie die richtigen Weichen für Ihr Baby. München: Wilhelm Goldmann Verlag, 2003

Nathanielsz, P. (b): Leben im Mutterleib – Der Weg bis zur Geburt und die Geburt. München: List – Verlag, 1995

Pflege und Adoptivfamilien NRW e.V. (Hrsg.): FAS/FAE – Alkoholgeschädigte Kinder in Pflege- und Adoptivfamilien, o.O., o.V., 2004

Pegel-Rimpl, U.: Frauen und Alkohol. In: Niedersächsisches Sozialministerium (Hrsg.): Berichte zur Suchtkrankenhilfe: Alkohol, Schwangerschaft und frühkindliche Schädigung, o.O., 1990 (S.6-18).

Porr, T.W.: Behandlung von suchtkranken Müttern und ihren Kindern – Erfahrungsbericht aus der Bernhard – Salzmann – Klinik. In: Steiner, M. (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. Frankfurt am Main: Fischer, 1990.

Quinten, C.: Frauenspezifische Suchtentwicklung. In: Fengler, J.: Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention. Landsberg/ Lech: eco med: 2002 (S.174-179)

Riechers, R.: Frauen und Alkohol. In: Kollehn, K./Weber, N. (Hrsg.): Alkohol und Erziehung – Suchtprobleme in pädagogischen Feldern. Berlin: o.V., 1988 (S.96-107)

Rosenberg, H./ Steiner, M.: Paragraphenkinder. Erfahrungen mit Pflege- und Adoptivkindern. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 1991

Rustemeyer, P.: Die mentale und körperliche Entwicklung bei Kindern mit Alkoholembryopathie – Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin. Essen:1992

Schaffer, R.: Mütterliche Fürsorge in den ersten Lebensjahren: Das Kind und seine Entwicklung. 1.Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta, 1978

Schmidt, L.: Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch: Definition – Ursachen – Folgen – Behandlung – Prävention. 4. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer 1997.

Schone, R./Gintzel, U./Jordan, E./Kalscheuer, M./Münder, J. (Hrsg.): Kinder in Not - Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven Sozialer Arbeit. Münster: Votum, 1997

Steiner, M.(Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. Frankfurt am Main: Fischer – Verlag, 1990

Stoppard, M.: Das große Buch der Schwangerschaft – Ein Ratgeber für werdende Mütter und Väter. 12. Auflage. Berlin: Urania – Ravensburger - Verlag, 1998

vom Knappen, B./ Thater, H./ Löser, H.: Alkoholschäden bei Kindern. Ratgeber zur Alkoholembryopathie. Freiburg: Lambertus 1987

Zobel, M.: Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Entwicklungsrisiken und –Chancen. 2.Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag 2006

Internetverzeichnis:

Bayerisches Landesjugendamt: „Suchtprobleme der Eltern.“

URL: http://www.elternimnetz.de/cms/paracms.php?site_id=5&page_id=288

(Stand:10.08.2007)

FASworld Germany: “Das Fetale Alkoholsyndrom”.

URL: <http://www.fasworld.de>

(Stand:10.08.2007)

Faust, V.: „Alkoholkrankheit“.

URL: <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/seele/alkohol.html>

(Stand:10.08.2007)

Glück, M.: „Fetales Alkoholsyndrom/ Alkoholembryopathie“.

URL: <http://www.intakt.info/131-0-alkoholembryopathie.html>

(Stand:10.08.2007)

Huber, H.: „Alkoholembryopathie“.

URL: <http://www.fasworld-ev.de/HelmuthHuber.htm>

(Stand:10.08.2007).

NACOA Deutschland: „Fakten über Kinder aus Suchtfamilien“.

URL: <http://www.nacoa.de/fakten8.html>

(Stand:10.08.2007)

NACOA Deutschland „10 Eckpunkte zur Verbesserung von Kindern aus suchtbelasteten Familien“.

URL: <http://www.nacoa.de/eckpunkte3.html>

(Stand:10.08.2007)

Nöthling, S.: „Verbleib oder Rückkehr“.

URL: <http://www.familienpsychologie.de/documents/Noethling-Pflegefamilie.pdf>

(Stand:10.08.2007)

Reinhard, S.: „FAS-Symposium am 10.09.2005 in Müllheim/Ruhr“.

URL: <http://www.moses-online.de/web/212/258>

(Stand:10.08.2007)

Textor, M.: „Was Kinder wirklich brauchen: eine dialogische Beziehung zu glücklichen Eltern“.

URL:http://www.familienhandbuch.ch/cmain/f_Aktuelles/a_Elternschaft/s_683.html

(Stand:10.08.2007)

Die von mir verwendeten Internetquellen befinden sich als PDF- Dateien auf der beiliegenden CD- Rom.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell für die Entstehung der Alkoholabhängigkeit (Feuerlein in Majewski, 1987, S.14).

Abbildung 2: Das Lebenssystem des Babys (Stoppard, 1998, S.87).

Abbildung 3: Gegenüberstellung: Normalentwickeltes Gehirn – Gehirn eines FAS-Kindes (FASworld Deutschland e.V. (a), 2007, S.8).

Abbildung 4: Kritische Phasen der Entwicklung (Merzenich, 2002, S.47).

Abbildung 5: Bild von William Hogarth zur Gin-Epidemie 1720-1750 (Löser, 1995, S.96)

Abbildung 6: Zusammenfassende Darstellung der typischen kraniofazialen Veränderungen (Löser, 1995, S.37)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verbrauch je Einwohner an Bier, Wein, Schaumwein und Spirituosen(Liter) und Veränderungen gegenüber dem Vorjahr (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (a), 2007, S.7).

Tabelle 2: Alkoholverbrauch je Einwohner an reinem Alkohol (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen E.V. (a), 2007, S.7).

Tabelle 3: Rangfolge der EU-Staaten und ausgewählter Länder hinsichtlich des gesamten Alkoholkonsums pro Kopf (Liter reinen Alkohols) (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen E.V. (a), 2007, S.8).

Tabelle 4: Ergebnisse der Untersuchung (Löser 1995, S.7f.)