



Evangelische Hochschule
Ludwigsburg

Evangelische Hochschule Ludwigsburg

Hochschule für Soziale Arbeit, Religionspädagogik und Diakonie

Bachelor Thesis

Fetale Alkoholspektrum-Störungen – Häufigkeiten und Symptome – Herausforderungen für die Soziale Arbeit

Studiengang : Soziale Arbeit

Vorgelegt von : Stefanie Strobel
Weilerwaldstr. 22
70771 Leinfelden-Echterdingen

Erstkorrektor : Prof. Dr. Jutta Lindert

Zweitkorrektor : Richard Edtbauer

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	5
1. Einleitung	6
2. Hintergrund	9
2.1 Terminologie und Definitionen	9
2.1.1 Fetales Alkoholsyndrom (FAS)	10
2.1.2 Fetale Alkoholeffekte (FAE)	11
2.1.3 Alkoholbedingte neurologische Entwicklungsstörungen (ARND)...	11
2.1.4 Alkoholbedingte Geburtsfehler (ARBD).....	12
2.2 Diagnostik.....	12
2.3 Symptomatik.....	13
2.3.1 Klinische Symptome	13
2.3.2 Intellektuelle Symptome.....	17
2.3.3 Verhaltensauffälligkeiten.....	20
2.3.4 Sekundäre Behinderungen	21
2.3.5 Klinischer Verlauf.....	22
2.4 Epidemiologie	24
2.5 Epidemiologie in Baden-Württemberg.....	29
2.6 Lebenswelt der Kinder	31
2.7 Bedürfnisse der Kinder	33
2.8 Hilfen im Alltag und Therapiemöglichkeiten	35
2.8.1 Hilfen im Alltag.....	36
2.8.2 Medikamentöse Behandlung	37
2.8.3 Therapeutische Hilfen.....	37
2.8.4 Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII	40

2.8.5	Finanzielle Hilfen	41
3.	Methodik	43
3.1	Fragestellung	43
3.2	Forschungsmethoden	43
3.3	Der Interviewleitfaden	44
3.4	Stichprobenwahl und Kontaktaufnahme	46
4.	Ergebnisse	48
4.1	Diagnosestellung	48
4.2	Symptome	49
4.3	Bedürfnisse der Kinder	51
4.4	Bedürfnisse der Eltern	52
4.5	Hilfen im Alltag und Therapiemöglichkeiten	53
4.6	Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit	55
5.	Diskussion	57
5.1	Schutz des Kindes	57
5.2	Ausbildung des Fachpersonals	58
5.3	Case Management	59
5.4	Beratungsstellen	60
5.5	Elterninitiativen	61
5.6	Supervision	62
5.7	Schule	63
6.	Zusammenfassung und Fazit	65
	Literaturverzeichnis	68
	Glossar	71
	Eidesstattliche Erklärung	73

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Kritische Phasen der embryonalen und fetalen Entwicklung und vulnerable Zeitfenster gegenüber teratogenen Stoffen.....	15
Abbildung 2:	Darstellung der typischen kraniofazialen Veränderungen.....	16
Abbildung 3:	Handfurchen bei einem FAS-Kind.....	17
Abbildung 4:	Alkoholkonsum in der Schwangerschaft in Beziehung zum Sozialstatus	25
Abbildung 5:	Beziehung der täglich in der Schwangerschaft getrunkenen Alkoholmenge und der Häufigkeit des Auftretens der FASD	27
Abbildung 6:	Vier Kinder einer alkoholkranken Mutter	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Klinische Symptome der Fetalen Alkoholspektrum-Störung mit Häufigkeiten	14
Tabelle 2:	Neurologische Symptome mit Häufigkeiten	18
Tabelle 3:	Verhaltensstörungen mit Häufigkeitsverteilung	20
Tabelle 4:	Alkoholkonsum bei Frauen in der Schwangerschaft (Mittelwerte)	26
Tabelle 5:	Alkoholbedingte vollstationäre Behandlungsfälle in Baden-Württemberg ab 2001 nach Einzeldiagnosen	30
Tabelle 6:	Letzter Wohnort von 51 Kindern mit FASD	31
Tabelle 7:	Schulbesuch bei 51 langfristig untersuchten Kinder mit FASD	35

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom
ARBD	Alkoholbedingte Geburtsfehler
ARND	Alkoholbedingte neurologische Entwicklungsstörungen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
Dr.	Doktor
EEG	Elektro-Enzephalographie
FAE	Fetale Alkoholeffekte
FAS	Fetales Alkoholsyndrom
FASD	Fetale Alkoholspektrum-Störungen
GG	Grundgesetz
IQ	Intelligenzquotient
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

1. Einleitung

Alkohol in der Schwangerschaft ist die wohl häufigste und vermeidbarste Ursache für eine körperliche und geistige Fehlentwicklung bei ungeborenen Kindern. Trinkt eine Frau während der Schwangerschaft Alkohol, riskiert sie die Gesundheit ihres Kindes. Seit Jahrhunderten haben Beobachtungen in der ganzen Welt gezeigt, dass Alkohol während der Schwangerschaft schädliche Auswirkungen auf das Kind hat. Schon in der Antike gab es Gesetze, nach denen es frisch Vermählten verboten war, Alkohol zu trinken, um die Empfängnis während des Alkoholrausches zu verhindern. Während der sogenannten „Gin-Epidemie“ in Großbritannien um 1720 finden sich die ersten Anhaltspunkte, dass der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft Ursache für Schädigungen beim Ungeborenen sein könnte. 1736 stellte das britische Komitee „Royal College of Physicians“ fest, dass die Kinder oft schwach und kränklich zur Welt kommen. ([1], S. 8) Erst im Jahre 1834 veröffentlichte das Britische Parlament Unterlagen mit dem Titel: „Auswirkungen von Alkohol auf unsere Nation“. Alkohol in der Schwangerschaft wurde in diesen Unterlagen als Ursache für „Kinder mit verhungerten, verschrumpften und an Mangel leidenden Körpern“ aufgezeigt ([1], S. 8.) 1899 belegte der Gefängnisarzt Dr. William Sullivan anhand einer Untersuchung, dass die Sterberate der Kinder von Alkoholikerinnen bei 56% lag. Dies waren 2,5-mal mehr als bei Nicht-Alkoholikerinnen. Er stellte außerdem fest, dass Frauen, die durch Inhaftierung in einem Gefängnis zwangsweise keinen Alkohol konsumierten, nach bereits geschädigten Kindern oder Totgeburten gesunde Kinder gebären. Er belegte damit die direkte toxische Auswirkung des Alkohols auf den Embryo. ([1], S. 9)

Bis zum Zweiten Weltkrieg beschäftigte man sich dann allerdings sehr wenig mit der Alkoholkrankheit bei Frauen und den Folgen für die Kinder. Ein Grund liegt wohl in der Tatsache, dass bis zum Zweiten Weltkrieg das Verhältnis alkoholkranker Männer zu Frauen bei 10:1 lag. ([2], S. 27)

Erst im Jahr 1968 erschien die erste genaue Beschreibung über die neurologischen und morphologischen Veränderungen bei Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom. Diese Beschreibung veröffentlichten Lemoine (französischer Kinderarzt) und seine Kollegen in Nantes/Frankreich in einer wenig verbreiteten regionalen Zeitschrift. Ihre Arbeit wurde allerdings nur in Frankreich veröffentlicht und über die Grenzen hinaus nicht weiter bekannt. Ohne die Kenntnis der Arbeit von Lemoine beschrieben 1973 David Smith und Ken Jones (Seattle/USA) Missbildungsmuster und Wachstumsstörungen bei 11 Kindern von Alkoholikerinnen und veröffentlichten diese Arbeit im Lancet unter dem

Titel: „Pattern of malformations in offspring of chronic alcoholic mothers“. Sie fassten zum ersten Mal das spezifische Muster unter dem Begriff „Fetales Alkoholsyndrom“ (FAS) zusammen. Erst durch diese Veröffentlichung erlangte das Fetale Alkoholsyndrom weltweite Aufmerksamkeit. ([3], S. 91)

Obwohl die Auswirkungen des Alkohols auf das ungeborene Leben und die typischen Veränderungen beim Neugeborenen nun schon seit 30 Jahren bekannt sind, sind die Folgen für das werdende Kind immer noch Gegenstand der aktuellen Forschung und es gibt zahlreiche Bücher und Studien zu den Folgen für das Kind. ([4], S. 7) Das Deutsche Bundesgesundheitsministerium geht davon aus, dass jährlich ca. 4.000 Neugeborene mit dem Fetalen Alkoholsyndrom und 10.000 mit Fetalen Alkoholeffekten zur Welt kommen. Jedes dieser Kinder hat individuelle Auffälligkeiten, Fähigkeiten und Bedürfnisse. Trotzdem gibt es noch sehr wenig Literatur über erfolgreiche Fördermaßnahmen und Therapieformen. [5]

Ich selbst kenne ein Pflegekind in meinem Bekanntenkreis, welches das Fetale Alkoholsyndrom hat und konnte miterleben, wie schwierig die Erziehung des Kindes ist und wie hilflos die Pflegeeltern der Situation oft gegenüberstehen. Die Eltern merkten schon früh, dass ihr Kind sich nicht so verhält und nicht so entwickelt wie andere „normale“ Kinder. Doch niemand konnte bzw. wollte ihnen sagen, was ihr in Pflege genommenes Kind hat und warum es so speziell ist. Dann tauchten massive Probleme im Kindergarten und in der Schule auf. Als die Pflegeeltern den Ärzten die Frage stellten, ob ihr Kind das Fetale Alkoholsyndrom haben könne, stellten die Ärzte die Diagnose. Die Hilflosigkeit der Eltern und die defizitäre Situation des Kindes haben mich dazu gebracht, diese Arbeit zu schreiben.

Das Ziel dieser Arbeit ist, die besonderen Bedürfnisse der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Fetalen Alkoholspektrum-Störungen (FASD) zu beleuchten und herauszufinden, welche Hilfsangebote den Bedürfnissen bisher gegenüberstehen und ob diese ausreichend sind. Die Hauptaspekte dieser Arbeit lauten daher:

Welche Symptome weist das Krankheitsbild FASD auf und wie häufig kommt es vor? Desweiteren: Welche besonderen Bedürfnisse leiten sich für die FASD-Betroffenen und ihre Familien aus der Erkrankung ab? Und schließlich: Welche Herausforderungen ergeben sich hieraus für die Soziale Arbeit?

Im zweiten Kapitel dieser Arbeit werde ich das Krankheitsbild der Fetalen Alkoholspektrum-Störungen darstellen und einen Überblick über die Symptome, Diagnose, Häufigkeiten und Lebenswelten von Kindern mit FASD geben. Es sollen die besonderen Bedürfnisse der Kinder, wie auch die Anforderungen an die Familie mit einem alkoholge-

schädigten Kind angesprochen und mögliche Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Um die aus der Literatur gewonnenen Erkenntnisse zu den Bedürfnissen und Hilfsangeboten zu untermauern, habe ich verschiedene Befragungen durchgeführt. Dazu interviewte ich betroffene Pflegefamilien, eine Ärztin, eine Jugendamtsmitarbeiterin und einen Lehrer. Die verwendete Methodik stelle ich in Kapitel 3 vor. In Kapitel 4 werte ich die Interviews aus und fasse die Ergebnisse zusammen.

Das 5. Kapitel befasst sich mit der Rolle und den Herausforderungen der Sozialen Arbeit. Dazu stelle ich sozialarbeiterische Maßnahmen vor, um die Kinder und ihre Familien zu unterstützen und zu fördern.

Im anschließenden Fazit fasse ich die wichtigsten Erkenntnisse zusammen und ziehe Schlussfolgerungen daraus.

Mit dieser Arbeit möchte ich auf das Problem der Fetalen Alkoholspektrum-Störungen aufmerksam machen. Sie soll nicht nur Denkanstöße geben und eine Diskussionsgrundlage bieten, sondern vor allem zum Handeln ermutigen. In dieser Arbeit soll es nicht um die alkoholkranken Mütter und um die Verurteilung ihres Handelns gehen. Ich möchte lediglich insbesondere auf die betroffenen Kinder aufmerksam machen und den Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit herausarbeiten.

2. Hintergrund

Wie in der Einleitung erwähnt, ist der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft die wohl häufigste Ursache für eine körperliche und geistige Fehlentwicklung bei ungeborenen Kindern. Die Fehlentwicklungen sind dadurch bedingt, dass der Alkohol direkt in den kindlichen Blutkreislauf gelangt und unmittelbar schädigend auf die Zellen, deren Teilung und damit auf die gesamte Organbildung wirkt. Zwar besteht keine direkte Verbindung zwischen dem mütterlichen und kindlichen Blutkreislauf, allerdings passiert der Alkohol ungehindert die Plazenta, über die der Stoffaustausch erfolgt. ([6], S. 28) Durch die hohe Wasserlöslichkeit und das geringe Molekulargewicht des Alkohols besteht keine Plazentaschranke. Der Alkohol wird dann über die Leber des Embryos abgebaut. Die noch unreife Leber eines Fötus kann jedoch den Alkohol nicht wie ein erwachsener Organismus verarbeiten. Der Blutalkoholspiegel des ungeborenen Kindes sinkt 10-mal langsamer als der der Mutter, denn der Leber des Embryos steht das abbauende Enzym Alkoholdehydrogenase (ADH) noch nicht zur Verfügung. Das Enzym ist erst Wochen nach der Geburt vorhanden und erreicht beim Kind im Alter von etwas 5 Jahren die Verstoffwechselfähigkeit eines Erwachsenen. ([2], S. 22)

2.1 Terminologie und Definitionen

1973 beschrieben Smith und Jones erstmals Missbildungsmuster und Wachstumsstörungen bei 11 Kindern von Alkoholikerinnen und fassten die komplexe Symptomatik unter dem Begriff „Fetales Alkoholsyndrom“ (FAS) zusammen. Um den Schweregrad der Schädigung zu erfassen, führte Majewski 1978 im deutschsprachigen Raum eine dreistufige Klassifizierung des Fetalen Alkoholsyndroms ein. Demnach teilte sich die Klassifizierung in FAS I (leicht ausgeprägt), FAS II (mäßig ausgeprägt) und FAS III (schwer ausgeprägt). Die Einteilung beruht auf 28 für die Alkoholschädigung typischen klinischen Symptomen, denen Punktwerte zugeordnet werden. Die Gesamtzahl der Punkte bestimmt dann den Schweregrad der Schädigung. Majewski und Bierich prägten auch den Begriff Alkoholembryopathie, welcher den Zusammenhang von Alkohol und Schädigungszeitpunkt deutlich herausstellt. International konnten sich die Klassifizierung und der Begriff allerdings nicht durchsetzen. Im angloamerikanischen Raum wurde für die abgeschwächte Form des Fetalen Alkoholsyndroms der Begriff Fetale Alkoholeffekte (FAE) eingeführt. Im Laufe der Zeit wurde die Terminologie des Fetalen Alkoholsyndroms weiter differenziert und als Oberbegriff etablierte sich der Begriff Fetale Alkoholspektrum-Störungen (FASD). ([7], S. 36) FASD ist keine eigenständige

klinische Diagnose, sondern umfasst die Diagnosen Fetales Alkoholsyndrom (FAS), Fetale Alkoholeffekte (FAE), alkoholbedingte neurologische Entwicklungsstörungen (ARND) und alkoholbedingte Geburtsfehler (ARBD) [8]. FAE, ARND und ARBD sind keine leichten Formen der Fetalen Alkoholspektrum-Störungen, denn sie sind genauso wenig heilbar wie das Vollbild FAS und beeinträchtigen die Entwicklung der Kinder ebenfalls massiv. Allerdings sind diese Formen der FASD schwieriger zu diagnostizieren, da die typischen äußerlichen Merkmale nicht vorhanden sind. In Deutschland wird bis heute für das Fetales Alkoholsyndrom gleichlautend der Begriff Alkoholembryopathie verwendet. ([9], S. 3) International wird, nach den Empfehlungen des Research Society on Alcoholism, die Diagnose Fetales Alkoholsyndrom und Fetale Alkoholeffekte gestellt.

Die Übergänge zwischen den verschiedenen Ausprägungen der FASD sind fließend, wie die folgende Abbildung zeigt.

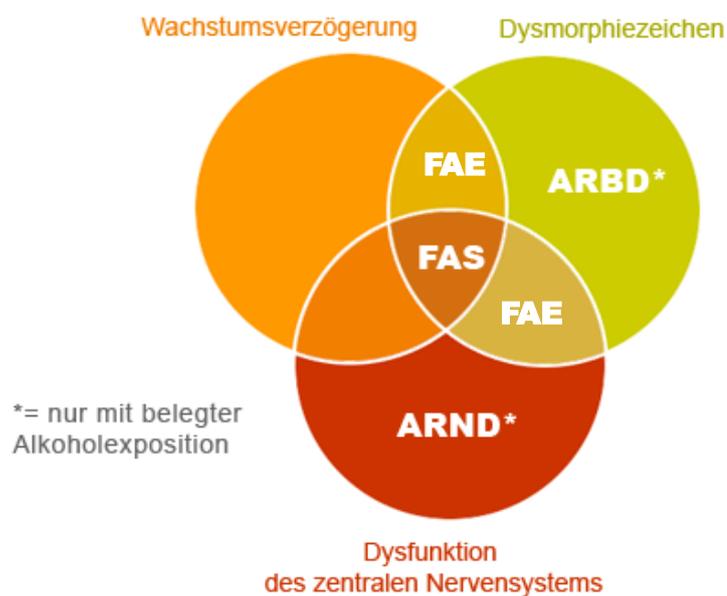


Abbildung 1: Ausprägungen der FASD und die drei Indikatoren des Vollbildes (nach dem Institute of Medicine, 1996)

Quelle: www.fasd-beratung.de

2.1.1 Fetales Alkoholsyndrom (FAS)

Bei FAS handelt es sich um eine Schädigung in der Embryonal- und Fetalzeit. ([3], S. 1) Alkohol und Acetaldehyd wirken als Giftstoffe auf die sich entwickelnden Organe und bewirken eine Unterversorgung der Zellen. Durch diese Giftstoffe können alle Zellen und Organsysteme geschädigt werden. Damit weisen die Kinder das Vollbild der Erkrankung auf, nämlich körperliche und geistig-intellektuelle Behinderungen sowie

eine beeinträchtigte Verhaltensentwicklung und soziale Reifung. ([10], S. 30f.) Die Diagnose FAS kann auch ohne den Nachweis, dass die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert hat, gestellt werden [11].

2.1.2 Fetale Alkoholeffekte (FAE)

Ist die Organbildung beim ungeborenen Kind zum Zeitpunkt des Alkoholkonsums bereits abgeschlossen, entstehen meist nur geringe körperliche Fehlbildungen, während eine Schädigung des Zentralen Nervensystems und eine Wachstumsinderung, dennoch vorliegen können. Diese in der Symptomatik abgeschwächte Form wird als Fetale Alkoholeffekte (FAE) bezeichnet. Die Diagnose der FAE gestaltet sich schwierig, da die betroffenen Kinder keine typischen Dysmorphiezeichen oder prä- und postnatale Wachstumsinderung aufweisen und dennoch eine Dysfunktion des Zentralen Nervensystems vorliegt. Im Verlauf der Entwicklung zeigen sich meist Hirnleistungsstörungen, wie z.B. Lernstörungen, Sprachentwicklungsverzögerungen oder Verhaltensauffälligkeiten. ([3], S. 2f.)

FAE können sowohl durch die mütterliche Alkoholkrankheit, als auch durch periodisches Trinken oder soziales Trinken, z.B. anlässlich eines Festes, in der Schwangerschaft bewirkt werden ([1], S. 13).

Zerebrale Teilleistungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten können viele Ursachen aufweisen. Alkohol als einzigen Grund dafür zu bestimmen, fällt in der Praxis sehr schwer, daher können FAE nur diagnostiziert werden, wenn das Kind zwei der drei oben genannten Indikatoren des Vollbildes aufweist ([1], S. 13, [12], S. 85). Die Diagnose kann mit oder ohne belegte Alkoholexposition gestellt werden.

2.1.3 Alkoholbedingte neurologische Entwicklungsstörungen (ARND)

Die Diagnose der alkoholbedingten neurologischen Entwicklungsstörungen wird nur gestellt, wenn der Alkoholkonsum der Mutter eindeutig belegt ist. ARND-Betroffene zeigen keine körperlichen Anzeichen, wie z.B. Wachstumsinderung oder die typischen Gesichtsveränderungen. Die Dysfunktion des Zentralen Nervensystems steht bei der Diagnose ARND ganz im Vordergrund. [11] Durch die Dysfunktion des Zentralen Nervensystems entstehen neurologische Störungen, wie z.B. Entwicklungsverzögerung, Sprach- und Hörstörungen, Intelligenzminderung, Lernschwäche usw. sowie Verhaltensauffälligkeiten, z.B. Hyperaktivität, Aggressivität etc.

2.1.4 Alkoholbedingte Geburtsfehler (ARBD)

Bei den Alkoholbedingten Geburtsfehlern wird die Diagnose wie bei den ARND erst gestellt, wenn der Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft eindeutig belegt ist. Zur Symptomatik der alkoholbedingten Geburtsfehler gehören Dysmorphiezeichen und Missbildungen im Skelett- und Organsystem. Dazu zählen Anomalitäten des Herzens, der Augen, Ohren, Nieren oder der Knochen.

2.2 Diagnostik

Die Diagnose wird durch den sogenannten 4-Digit-Diagnostic-Code, der im angelsächsischem Raum entwickelt wurde, erfasst: [13]

1. Prä- und postnatale Wachstumsinderung:

verminderte Körperlänge, vermindertes Körpergewicht

2. Dysmorphiezeichen:

alle drei typischen Auffälligkeiten im Gesicht: schmale Lidspalten, schwach modelliertes Philtrum, schmale Oberlippe

3. Dysfunktion des Zentralen Nervensystems:

- Strukturell: kleiner Kopfumfang, Auffälligkeiten in bildgebenden Verfahren
- Neurologisch: Auffälligkeiten im EEG, Anfälle, Fieberkrämpfe
- Funktionell: Intelligenzminderung, Teilleistungsstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivität (ADHS), motorische Defizite, Defizite in exekutiven Funktionen, problematisches Sozialverhalten, Gedächtnisdefizite, Wahrnehmungsstörungen etc.

4. Pränatale Alkoholexposition:

vorgeburtlicher mütterlicher Alkoholkonsum

Das Krankheitsbild der Alkoholembryopathie ist im international anerkannten Diagnoseklassifikationssystem ICD-10 beinhaltet. Der ICD-10 Schlüssel wird in der Medizin zur Systematisierung von Diagnosen verwendet und findet weltweit Anwendung. ([1], S. 18) Der ICD wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben. Unter den in Q86 aufgeführten „angeborenen Fehlbildungssyndromen durch bekannte äußere Ursachen, anderenorts nicht klassifiziert“ ist bei Q86.0 die „Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien) zu finden. [14]

Zur Diagnosestellung sind immer eine ganzkörperliche Untersuchung, sowie die Untersuchung des geistigen und intellektuellen Status und die Untersuchung und Beobachtung des Verhaltens und der sozialen Entwicklung des Kindes notwendig ([3], S. 6).

Die Diagnose wird erst aus der Konstellation zahlreicher typischer Symptome und Auffälligkeiten gestellt ([9], S. 4). Der diagnostizierende Arzt muss die einzelnen körperlichen und geistigen Defizite wie Puzzleteile zusammenfügen, da kein einziges der Symptome für FASD spezifisch ist. Erst durch das Zusammenfügen der einzelnen Symptome zu einem Gesamtbild wird eine Diagnose möglich. ([1], S. 20)

Die Klärung der mütterlichen Vorgeschichte beansprucht in der Regel die meiste Zeit und erfordert viel Einfühlungsvermögen, da der Alkoholkonsum gerne verschwiegen oder verharmlost wird ([6], S. 34). Sind jedoch alle Kennzeichen des Fetalen Alkoholsyndroms gegeben, kann nach dem Institute of Medicine (IOM) die Diagnose mit bzw. ohne belegte Alkoholexposition gestellt werden [8].

Das optimale Alter für die Diagnose liegt zwischen acht Monaten und zehn Jahren, denn im Jugend- und Erwachsenenalter sind die charakteristischen Gesichtsmerkmale weniger stark ausgeprägt. Das Syndrom wird in den seltensten Fällen direkt nach der Geburt erkannt. Wurde die Diagnose in der Kindheit nicht gestellt, ist es sehr unwahrscheinlich, dass im Adoleszenz- und Erwachsenenalter eine richtige Diagnose gestellt wird. ([6], S. 35)

Die frühzeitige Diagnostik ist von großer Bedeutung, da nur so eine effektive Therapie und Förderung des Kindes möglich ist. Gleichzeitig wird durch die Diagnose des Kindes auch die Alkoholkrankheit der Mutter erkannt. Allerdings gilt die Diagnose der FASD als recht schwierig, insbesondere wenn bei dem betroffenen Kind die eindeutigen äußeren Missbildungen fehlen. FASD wird deshalb oft nicht erkannt und damit nicht diagnostiziert.

2.3 Symptomatik

FASD weisen auf eine große Facette verschiedenartiger Symptome hin, wie der 4-Digit-Diagnostic-Code zeigt. Diese Symptome sind in ihrem Erscheinungsbild außerordentlich variabel.

2.3.1 Klinische Symptome

Innerhalb der einzelnen Symptome reicht die Ausprägung von der unauffälligen Normalabweichung bis hin zur schweren Form der Schädigung. In der folgenden Tabelle sind die klinischen Symptome der FASD zusammengestellt:

Tabelle 1: Klinische Symptome der FASD mit Häufigkeiten

Klinische Symptome	Häufigkeit
Kardinalsymptome	
Minderwuchs	88%
Postnatale Wachstumsverzögerung	86%
Kleinköpfigkeit (Mikrozephalie)	82%
Vermindertes Fettgewebe	ca. 80%
Statomotorische und mentale Retardierung:	
• Sprachstörungen	80%
• Feinmotorische Dysfunktion	ca. 80%
• Hyperaktivität	72%
• Muskelhypotonie	57%
Kraniofaziale Dismorphie	
Nasolabialfalten	67%
Schmales Oberlippenrot, dünner Lippenwulst	65%
Fehlendes/flaches/verlängertes Philtrum	65%
Dysplastische, tief ansetzende Ohren	59%
Mongolenfältchen	54%
Verkürzter Nasenrücken	51%
Ptois (nach unten gestellte Lidachsen)	36%
Kleine Zähne/Zahnanomalien	31%
Hoher Gaumen	27%
Myopie (Kurzsichtigkeit)	25%
Strabismus (Schielen)	23%
Fehlender Cupido-Bogen	20%
Fakultative Symptome	
Verkürzung und Beugung des Kleinfingers	38%
Herzfehler	29%
Radioulnare Synostose (Verwachsung von Elle und Speiche)	14%
Trichterbrust	12%
Hüftluxation/-dysplasie (Ausrenkung bzw. Fehlstellung)	11%
Hämangiom (Blutschwämmchen)	10%
Nierenfehlbildungen	9%

Quelle: Löser, 1995, S. 7f.

Die möglichen Fehlbildungen richten sich danach, in welcher Phase der Schwangerschaft welche Mengen Alkohol getrunken werden, denn die kritische Phase für die einzelnen Körperteile und Organanlagen liegen zeitlich verschieden ([6], S. 46). In der Phase zwischen Befruchtung und Einnistung der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter verursacht Alkohol keine bleibenden Schäden. Es kann davon ausgegangen werden, dass zu dieser Zeit, die noch pluripotenten Zellen die geschädigten Zellen ersetzen oder die toxische Wirkung des Alkohols so groß ist, dass es zu einer Fehlgeburt kommt. Diese Phase beträgt etwa 7-10 Tage. ([6], S. 46f). Das Wachstum des Fötus kann zu jeder Zeit während der Schwangerschaft beeinträchtigt werden, dabei wird das Längenwachstum in der frühen Schwangerschaft beeinflusst und die Gewichtszunahme

me im letzten Trimester. Das Zentrale Nervensystem dagegen ist während der gesamten Schwangerschaft sensibel gegenüber der toxischen Wirkung des Alkohols.

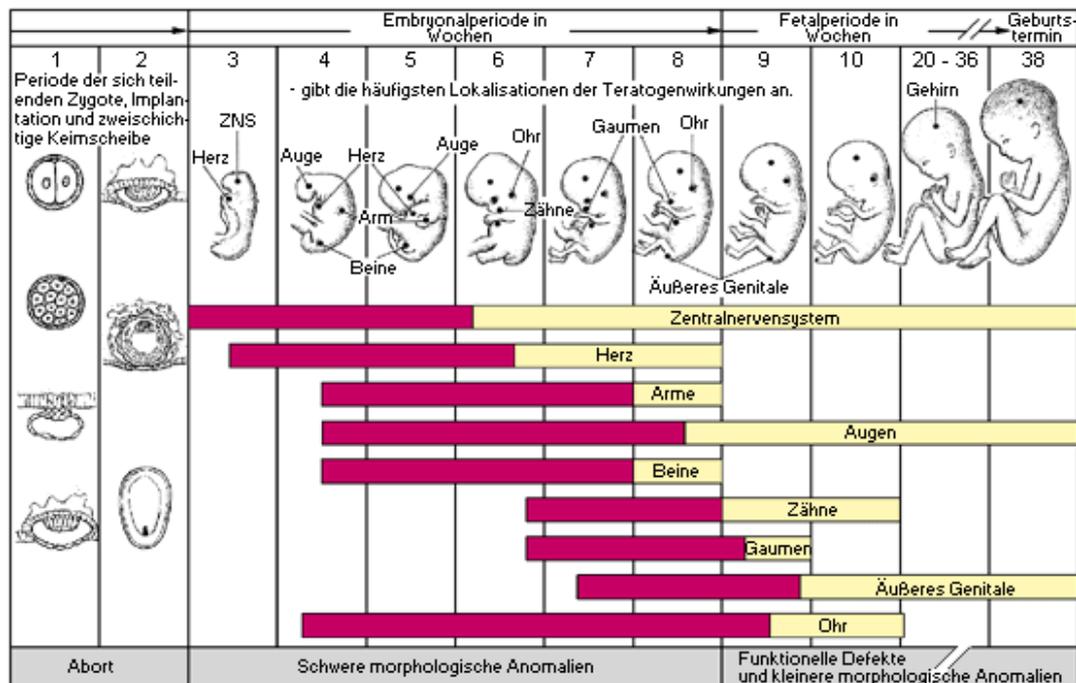


Abbildung 2: Kritische Phasen der embryonalen und fetalen Entwicklung und vulnerable Zeitfenster gegenüber teratogenen Stoffen

Quelle: Merzenich, 2002, S. 47

Neugeborene mit FASD sind bei der Geburt kleiner und leichter als andere Babys. Der Kopfumfang und das Gewicht sind bei der Geburt meist stärker betroffen als das Längenwachstum. Die Gewichtsverminderung ist besonders durch die Muskelhypotrophie und das schwach entwickelte Muskelgewebe bedingt.

Eine Untersuchung an 135 Patienten und Patientinnen aus der Münsteraner FAS-Sprechstunde ergab für die durchschnittlich 12-Jährigen eine Körperlänge von 142 cm (gesunde Kinder 155 cm), ein Gewicht von 35,5 kg (46 kg) und einen Kopfumfang von 49,4 cm (55 cm). ([15], S. 857)

Zu den besonders auffälligen Merkmalen der FASD gehören die Gesichtsfehlbildungen. Bei gesunden Personen sind die Gesichtszüge so differenziert und spezifisch, dass „kein Gesicht dem anderen gleicht“. ([3], S. 32) Bei Kindern mit FASD ist dies anders, denn die Gesichtszüge sind durchaus charakteristisch. Die veränderte Gesichtsentwicklung zeigt sich vor allem in einer Verkürzung und Abflachung des Mittelgesichts. Das Lippenrot ist eingezogen und schmal. Dazu ist der Nasenrücken verkürzt, gleichzeitig aber verbreitert. Das Philtrum (die Rinne zwischen Nase und Oberlippe) ist verlängert und gleichzeitig verstrichen. ([15], S. 857) An den Augen sind die schmalen Lidspalten auffällig und verkürzt. Außerdem fallen die Lidachsen zur Seite

hin ab. ([15], S. 857) Die Augenbrauen stehen auseinander und sind in der Regel spärlich ausgeprägt. Die Ohren stehen tief, sind nach hinten gedreht und in der Größe unterschiedlich. Die Ohrmuscheln sind häufig schlecht modelliert. Die Zähne der Kinder sind oft klein und zwischen den Zähnen befinden sich vergrößerte Zwischenräume. Die Haarverteilung am Kopf ist teilweise ungleich und im Nacken befindet sich häufig ein Haaraufstrich. ([3], S. 36)

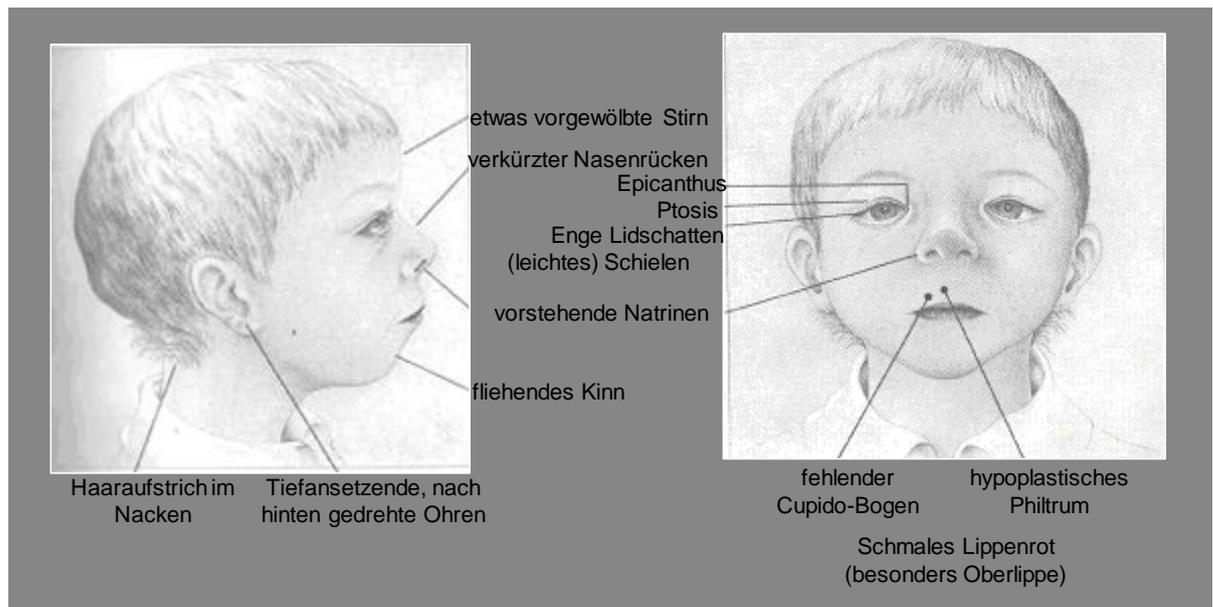


Abbildung 3: Darstellung der typischen kraniofazialen Veränderungen

Quelle: Löser, 1995, S. 37

Seit den ersten Beschreibungen der FASD ist bekannt, dass der Alkohol eine schädigende Wirkung auf die Entwicklung und die Funktion des Herzens hat. Auch Genitalfehlbildungen lassen sich immer wieder beobachten. Am häufigsten kommt bei Jungen mit FASD Hodenhochstand und bei Mädchen Klitorishypertrophie vor. Es kann auch vorkommen, dass Kinder Fehlbildungen am Skelett und bedeutsame Störungen an Bindegewebe und Gelenken aufweisen. Am häufigsten sind Fehlbildungen an Armen und Händen. ([3], S. 47) Es lassen sich häufig verkürzte Fingerendglieder und radioulnare Synostosen bei Kindern mit FASD beobachten. Die Handlinien sind häufig vermindert ausgeprägt. Die Daumenfurche ist deutlich eingekerbt, die Dreifingerfurche setzt sich scharf abgeknickt in die Zwischenfingerfurche des 2. und 3. Fingers fort (siehe folgende Abbildung).



Abbildung 4: Handfurchen bei eine FAS-Kind

Quelle: Löser, 1995, S. 53

Die Finger- und Zehennägel können bei FASD unterentwickelt sein und vereinzelt auch fehlen.

Außer den aufgeführten klinischen Symptomen kann es bei Säuglingen nach der Geburt zu Entzugserscheinungen kommen, die sich in Form von Zitterigkeit, möglichen Krampfanfällen und besonders durch einen niedrigen Blutzuckerspiegel äußern. Es zeigen sich häufig auch Essstörungen. Diese können auf eine Saugschwäche und auf koordinative Schluckstörungen zurückgeführt werden. In einzelnen Fällen müssen Babys daher mit Hilfe einer Magensonde ernährt werden. Zudem ist oft ein gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus bei Säuglingen und Kindern mit FASD zu beobachten. ([16], S. 25)

2.3.2 Intellektuelle Symptome

Kinder mit FASD zeigen vielfältige Missbildungen des Gehirns und des Zentralen Nervensystems. Kennzeichnend sind Wachstumsstörungen des Gehirns (Mikrozephalie) und verwachsene Frontlappen. [17] Kein Organ im menschlichen Organismus reagiert so empfindlich auf Alkohol wie das Zentrale Nervensystem. Bedingt ist dies durch die Stoffwechselaktivität und den hohen Sauerstoffbedarf des menschlichen Gehirns sowie die höhere neurotoxische Empfindlichkeit der Hirnzellmembranen. ([3], S. 55)

Die folgende Tabelle zeigt die von Löser (1995) errechneten Häufigkeiten der neurologischen, mentalen und psychopathologischen Störungen.

Tabelle 2: Neurologische Symptome mit Häufigkeiten

Neurologische, mentale und psychopathologische Störungen	Häufigkeiten
Geistige Entwicklungsverzögerung	89%
Sprachstörungen	80%
Feinmotorische Dysfunktion	ca. 80%
Schlafstörungen	ca. 40%
Ess- und Schluckstörungen	ca. 30%
Verminderte Schmerzempfindlichkeit	ca. 20%

Quelle: Löser, 1995, S. 8

Auch Feldmann beschreibt, dass etwa 90% aller Kinder mit FASD unter einer geistigen Entwicklungsverzögerung leiden. In gängigen Testverfahren ist eine homogene Senkung von Handlungs- und Verbal-Intelligenz festzustellen. [17] Der Intelligenzquotient bei FASD-Betroffenen wird in Studien übereinstimmend als erniedrigt gegenüber dem der Normalbevölkerung beschrieben ([18], S. 53). Insgesamt bleibt der Intelligenzquotient deutlich unter 80. Die intellektuellen Defizite zeigen sich vor allem im logischen Denken und beim Lösen komplexer Aufgaben. Integrative Denkprozesse, Abstraktionen, Konzeptbildungen, Erlernen von Regeln und das Erfassen von Sinnzusammenhängen sind erschwert oder unmöglich. ([3], S. 62)

In einer Studie von Juretko, die 2006 an der Universitätsklinik Münster durchgeführt wurde, sollte nicht nur der Intelligenzquotient an sich, sondern die einzelnen Komponenten intelligenten Denkens und Handelns dargestellt werden. Dazu wurden 135 Patienten und Patientinnen mit FAS bzw. FAE und 130 Kontrollprobanden hinsichtlich ihrer Intelligenzleistung untersucht. Der mittlere Gesamt-IQ der Patienten und Patientinnen lag bei 75,2, der der Vergleichsgruppe bei 105,7. Auch der Handlungs- und der verbale IQ spiegelten diesen erheblichen Unterschied. Hier ergaben sich IQ-Werte unter 79 für die Gruppe der Patienten und Patientinnen und über 104 für die Kontrollpersonen. Bei den IQ-Werten der Patientengruppe wird bereits von einer Lernbehinderung gesprochen. ([18], S. 136) Die Studie von Juretko zeigte auch, dass die intellektuellen Leistungen von Patienten und Patientinnen mit FAE (IQ=76,8) nicht wesentlich besser waren als die der Patienten und Patientinnen mit FAS (IQ=75,2). Somit weisen nicht nur FAS Betroffene, sondern auch Betroffene mit FAE erhebliche kognitive Defizite auf.

Kinder mit FASD sind weniger aufnahmefähig als gesunde Kinder. Sie zeigen eine Verminderung der Raum- und Formwahrnehmung. Desweiteren haben sie Schwierigkeiten bei der Wort- und Figurenerkennung. [17] Die Lese- und Rechtschreibfähigkeit

wird von den Kindern nur verzögert erlernt ([3], S. 61). Was das Kurz- und Langzeitgedächtnis betrifft, ist die Merkfähigkeit der Kinder oft signifikant verringert. Dies behindert die Kinder und Jugendlichen in ihrer Lernfähigkeit und führt zu Problemen beim Verstehen und Mitarbeiten in der Schule. Die Konzentration auf eine Aufgabe lässt schnell nach, Reaktionszeiten sind verlängert und die Ablenkbarkeit erhöht. ([16], S. 24)

Auch im familiären Miteinander können die Kinder trotz Wiederholungen und Erklärungen alltägliche Handlungen nur schwer selbstständig ausführen. Alltagsrituale werden mühsam erlernt und schon nach kurzer Unterbrechung sind sie wieder vergessen. ([19], S. 94)

Eine Mutter beschreibt diese alltäglichen Situationen mit ihrer Adoptivtochter Tina, die das Fetale Alkoholsyndrom hat, so:

„Für Tina ist es trotz ihrer bald zehn Jahre unendlich schwer, eine Handlung zu planen und zielgerichtet auszuführen. Der Handlungsvorsatz kann schon durch die allerkleinste Ablenkung – sei sie optischer oder akustischer Art – in Vergessenheit geraten. So beschließt sie beispielsweise, Rollschuh zu laufen. Auf der Kellertreppe findet sie beim Hochlaufen ein lang vermisstes und bereits verzweifelt gesuchtes Spielzeugauto von Jan. Begeistert hebt sie es auf, lässt die Rollschuhe auf der Kellertreppe fallen und will Jan das Auto bringen. Auf dem Weg in sein Zimmer aber kommt ihr der große Bruder (Torsten) entgegen und fragt, ob sie mit ihm Mensch ärgere dich nicht spielen mag. Sie freut sich, lässt das Spielzeugauto fallen und geht mit Torsten in dessen Zimmer. Während er das Spiel aufbaut, fällt Tina ein, sie könnten sich dabei eine Kinderliederkassette anhören. Schnell läuft sie hinüber in ihr Zimmer, um eine bestimmte Kassette zu holen, da bleibt ihr Blick an dem aufgeschlagenen Briefmarkenalbum auf ihrem Schreibtisch hängen. Und während Torsten schon ungeduldig mit dem fertig aufgebauten Spiel wartet, finde ich sie etwas später in Anorak und Stiefeln ganz versunken vor ihren Briefmarken und ernte einen etwas verwirrten Blick, als ich sie frage, ob sie nicht eigentlich Rollschuh laufen wollte.“ ([20], S. 23f.)

Im Denken und Handeln zeigen die Betroffenen eine kindliche Naivität. Bis ins Erwachsenenalter hinein äußern sie unrealistische Wünsche und Gedanken, z.B. bezüglich Beruf, Kleidung und Lebensführung [17].

Auch in der Grob- und Feinmotorik sind Defizite zu erkennen. Die feinmotorischen Störungen werden besonders bei komplexen Handbewegungen deutlich, wie z.B. beim Zuschnüren von Schuhen. ([16], S. 24)

2.3.3 Verhaltensauffälligkeiten

Oft werden die Verhaltensstörungen und emotionalen Auffälligkeiten bei Kindern mit FASD noch störender und einschränkender empfunden als die Einschränkungen der geistigen Fähigkeiten. Mitte der 1980er Jahre hat man begonnen, die Verhaltensauffälligkeiten im sozialen und emotionalen Bereich verstärkt zu beobachten, da man feststellte, dass diese den Betroffenen das Alltagsleben besonders erschwerten. ([16], S. 27)

Löser stellte 1995 folgende Verhaltensauffälligkeiten fest:

Tabelle 3: Verhaltensstörungen mit Häufigkeitsverteilung

Verhaltensstörungen	Häufigkeiten
Hyperaktivität	72%
Distanzlosigkeit	ca. 50%
Erhöhte Risikobereitschaft, Waghalsigkeit	ca. 40%
Emotionale Instabilität	30%
Autismus	3%
Aggressivität, dissoziales Verhalten	3%

Quelle: Löser, 1995, S. 8

Es findet sich bei keinem Fehlbildungssyndrom so häufig das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) wie bei FASD. Insgesamt liegt die Häufigkeit laut Löser bei 72% aller Kinder mit FASD ([3], S. 65). Als besonders gravierend wirkt sich das Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom im Kleinkind- und Schulalter aus, da ihnen dadurch das Lernen schwer fällt und die soziale Reifung nur langsam vorangeht [17]. Zentrale Merkmale des ADHS sind ständige motorische Unruhe, Nervosität, schnell wechselnde Interessen, Zügellosigkeit und Impulsivität. Durch den gesteigerten Bewegungsdrang, den die Kinder haben, lassen sie sich leicht ablenken. Die Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit wird dadurch in hohem Maß gestört. Als Ursache für die Hyperaktivität wird ein hirnanorganischer Defekt angenommen. ([1], S. 24) Durch den Alkohol ist die Produktion der Neurotransmitter sowie ihre Verteilung, Zusammensetzung und die regionale Wirkung nachhaltig gestört. Durch die fehlenden Neurotransmitter kommt es in den Zellen entweder zu einer ständigen Überstimulation oder zur Hemmung der Aktivität. Deshalb brauchen die Betroffenen ständig starke Reize von außen.

Alkoholgeschädigte Kinder zeigen oft schwankende Stimmungen. Sie können Affekte nur schwer kontrollieren. Weinen und Lachen liegen bei diesen Kindern oft ganz nah beieinander. Sie können Frustrationen nur schwer ertragen, lassen sich allerdings

durch Ablenken auch schnell wieder beruhigen. ([19], S. 96) Die Kinder werden überwiegend als fröhlich, kontakt- und mitteilungsbedürftig, seltener als depressiv, missmutig, introvertiert oder autistisch beschrieben.

Ein weiteres auffälliges Merkmal bei Kindern mit FASD ist ein geringes Distanzgefühl. Sie gehen vertrauensvoll und ohne natürliches Misstrauen auf Fremde zu. In ihrer Kontaktaufnahme suchen sie häufig körperliche Nähe, was jedoch meistens im übersteigerten Ausmaß auftritt. Da sie so distanzlos anhänglich sind und soziales Taktgefühl vermissen lassen, werden sie von anderen Kinder bzw. Jugendlichen oft nicht akzeptiert und abgelehnt. ([19], S. 97) Die Kinder stehen Fremden oft arglos gegenüber und merken daher nicht wenn ihr Vertrauen ausgenutzt wird und andere sie für eigene Zwecke einspannen. Sie sind oft Mitläufer und nicht Initiatoren von kriminellen Handlungen. Werden sie von Erwachsenen zur Verantwortung für ihr Handeln gezogen, können sie das eigene Handeln nicht verstehen und erklären. Da sie keine Schuldgefühle entwickeln und nur wenig Einsicht zeigen können, werden sie nicht selten besonders hart bestraft. Weil sie aus diesen Erfahrungen nicht lernen und auch den Sinn der Strafe nicht verstehen können, werden sie mit hoher Wahrscheinlichkeit wieder in eine vergleichbare Schwierigkeit geraten. Häufig eskaliert dieses Wechselspiel aus immer strengeren Strafen der Erwachsenen und der wachsenden Hilflosigkeit der Kinder bzw. Jugendlichen. ([19], S. 98)

Darüber hinaus können die Risiken des eigenen Verhaltens von den Kindern oft nicht richtig eingeschätzt werden. Sie sind waghalsig, übermütig und geraten dadurch gerade im Straßenverkehr und beim Spielen oft in gefährliche Situationen. Sie benötigen daher eine Betreuungs- und Aufsichtsperson, die sie rund um die Uhr beaufsichtigt. Es ist wichtig, dass die Betreuungspersonen den Kindern viel Geduld und Zuwendung entgegenbringen, damit sie ihnen ein Gefühl für Gefahrensituationen vermitteln können. ([19], S. 96)

2.3.4 Sekundäre Behinderungen

Sekundäre Behinderungen sind Folgebehinderungen, die bei alkoholgeschädigten Kindern nicht von Geburt an bestehen, sondern erst später auftreten. Die Sekundären Behinderungen können nach Streissguth (1997) durch fehlende Interventionen, bestimmte Umwelteinflüsse sowie Ereignisse, die im Laufe ihres Lebens stattfinden, hervorgerufen werden. Die Sekundären Behinderungen bei Kindern mit FASD wurden nach einer vierjährigen Studie (1992 bis 1996) an der Fetal Alcohol and Drug Unit in Seattle von Ann Streissguth zusammengefasst. Die Studie untersuchte 415 Patienten

und Patientinnen zwischen 6 und 51 Jahren. Davon hatten 33% FAS und 67% FAE. Der männliche Geschlechtsanteil betrug 57%, der weibliche 43%. ([1], S. 66) Ziel der Studie war, die Sekundären Behinderungen von FASD festzustellen und Faktoren zu ermitteln, um den Eintritt dieser Behinderungen zu verhindern. Es konnten sechs wesentliche Sekundäre Behinderungen zusammengefasst werden: ([21], S. 696)

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

Die über 21-Jährigen hatten vor allem Schwierigkeiten ein eigenständiges Leben zu führen und Probleme mit ihrer Arbeitsstelle.

In der Studie wurden auch Faktoren beschrieben, die das Ausmaß der Sekundären Behinderungen begrenzen. Hierzu zählten unter anderem ein Leben in einem stabilen, fördernden Lebensumfeld für über 70 % der Lebensdauer, die Erstdiagnose vor dem 6. Lebensjahr, keine Gewalterfahrungen gegen die eigene Person sowie die Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen. ([21], S. 696)

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Sekundären Behinderungen das Leben der Menschen mit FASD ernsthaft beeinträchtigen und hohe Kosten für die Gesellschaft verursachen ([10], S. 43). Allerdings sollte man die hohen Prozentzahlen der Sekundären Behinderungen nicht überbewerten, da es sich bei den Ergebnissen um eine bisher einmalige Untersuchung von 415 Patienten und Patientinnen mit FASD in den USA handelt ([1], S. 69).

2.3.5 Klinischer Verlauf

Mit steigendem Lebensalter kann bei FASD eine Reihe von Symptomen kompensiert werden ([22], S. 65). Einige klinische Auffälligkeiten im Gesicht bilden sich zurück, so z.B. das fliehende Kinn, die nach vorn gerichteten Nasenknorpel und der verkürzte Nasen-

rücken. Allerdings bleiben in vielen Fällen die Augenanomalien, die kurzen Lidspalten und die Abflachung des Mittelgesichts. Charakteristisch bleiben das Philtrum, die dünnen Lippen, das Lippenrot und der Cupido-Bogen. ([3], S. 124) Verhaltensauffälligkeiten sowie die Intelligenzminderung bleiben meist ebenfalls bestehen ([22], S. 65).

In einer 20-Jahresverlaufs-Studie von Spohr/Willms/Steinhausen wurden 37 Kinder mit FASD evaluiert. Bei 22 dieser Patienten und Patientinnen war FAS und bei 15 FAE in der frühen Kindheit diagnostiziert worden. Die Ergebnisse zeigten, dass speziell die Kleinköpfigkeit bei der Hälfte der Betroffenen und in geringerem Maße auch der Kleinwuchs und der Fehlwuchs (Dystrophie) besonders bei männlichen Patienten bestehen blieben. Die kognitiven Defizite blieben bei den Patienten und Patientinnen ohne erkennbare Tendenz zur intellektuellen Besserung bestehen. Auch die Verhaltensauffälligkeiten wurden in der Studie als gravierende Spätfolgen bestätigt. Die kognitiven Defizite in Verbindung mit der Intelligenzminderung haben im Erwachsenenalter zur Folge, dass die Betroffenen nur begrenzte berufliche Qualifikationen erwerben können und häufig auf eine Betreuung angewiesen sind. So lebten nur 11 von 37 Patienten und Patientinnen (29,5%) selbstständig. Hingegen lebten 70,5% (26 von 37) in Abhängigkeit beziehungsweise in betreuten Wohnformen. Von den inzwischen jungen Erwachsenen hatten trotz intensiver langjähriger schulischer und beruflicher Förderung nur 13,5% (5 von 37) einen Beruf erlernt oder verdienten ihren eigenen Lebensunterhalt. 86,5% (32 von 37) der Patienten und Patientinnen waren ohne eine dauerhafte Beschäftigung. ([21], S. 696) Die Mehrzahl der alkoholgeschädigten Personen ist auch im Erwachsenenalter auf Unterstützung und Begleitung angewiesen, denn ein völlig selbstständiges Leben gelingt nur den wenigsten. Gründe dafür sind die Schwierigkeiten die Anforderungen des täglichen Lebens zu meistern, einen Beruf auszuüben, mit Geld und Zeit angemessen umzugehen, Situationen richtig einzuschätzen usw.. ([1], S. 65)

Eine Untersuchung von Löser (1995) zeigte, dass sich die typische Hyperaktivität im Erwachsenenalter mit und ohne Therapie weniger deutlich bemerkbar macht. Nur bei 12 von 30 Kindern mit FAS/FAE war über dem Alter von 14 Jahren noch eine Hyperaktivität zu beobachten. ([3], S. 128) Famy und seine Kollegen (1998) fanden bei 25 Erwachsenen mit FAS bzw. FAE und einem Intelligenzquotienten von mindestens 70 Punkten Alkohol- oder Drogenabhängigkeit (60%), Depression (44%), psychotische Störungen (40%) sowie Persönlichkeitsstörungen (48%) ([22], S. 65).

2.4 Epidemiologie

In Deutschland fehlen repräsentative epidemiologische Studien zur Häufigkeit von FASD. Einige der Schätzungen zu FASD orientieren sich an amerikanischen Studien. Allerdings variieren die Häufigkeitsraten in den USA sehr stark in Abhängigkeit vom sozialen Status und der ethnischen Herkunft der untersuchten Frauen. ([7], S. 36) So ist beispielsweise die Häufigkeit von FAS bei afroamerikanischen Frauen und Amerikanerinnen indianischer Herkunft 10-mal höher verglichen mit Frauen der Mittelschicht und weißer Hautfarbe ([6], S. 38).

Da es in Deutschland keine Meldepflicht über die jährlichen Geburten von Kindern mit FASD gibt, werden heute in der Fachliteratur hauptsächlich Zahlen von Prof. Löser aus dem Jahr 1995 zugrunde gelegt. Er ging davon aus, dass jährlich 2.200 Kinder mit dem Vollbild des FAS geboren werden. Dies entsprach einer Häufigkeit von 1:300 Neugeborenen. Zum Vergleich: das Down-Syndrom hatte eine Häufigkeit von 1:650. ([3], S. 4) 2008 veröffentlichte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) neue Zahlen, das Ministerium geht von 4.000 Geburten von Kindern mit dem Vollbild FAS pro Jahr aus. Insgesamt werden laut BMG jährlich 10.000 alkoholgeschädigte Kinder in Deutschland geboren. [5] Diese Häufigkeitszahlen ergeben sich aus der Erfassung der betroffenen Kinder, der Einschätzung des Frauenalkoholismus und dem Alkoholkonsum schwangerer Frauen.

Der Umgang mit Alkohol in der Schwangerschaft ist in Deutschland sehr ambivalent. Zum einen gilt der starke Alkoholkonsum als schädlich und sozial unerwünscht. Zum anderen werden geringe Mengen Alkohol zu bestimmten Anlässen, wie z.B. bei Familienfeiern, toleriert. Diese Ambivalenz veranlasst viele Schwangere den gelegentlichen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu verschweigen. ([7], S. 3) Die repräsentative Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGG-Studie) des Robert Koch-Instituts ermöglicht Aussagen zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft in Deutschland. Da es in Deutschland wie bereits erwähnt kaum andere epidemiologische Studien zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gibt, kommen den Ergebnissen der KiGG-Studie große Bedeutung zu. Die Studie wurde von 2003 bis 2006 an 167 Orten in der Bundesrepublik durchgeführt. Man erhob Daten zum Gesundheitszustand von 17.641 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahren. Auch die Eltern wurden in die Erhebung mit einbezogen und wurden beispielsweise nach ihrem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft befragt. ([23], S. 670f.) Das Ergebnis zeigte, dass fast 14% der Mütter in der Schwangerschaft Alkohol konsumiert haben. Mit bemerkenswert ist, dass fast dreimal so viele Mütter ohne Migrationshintergrund (15,4%) Alkohol in der Schwangerschaft konsumierten, als Mütter mit Migrationshintergrund (5,5%). ([23], S. 675) Der soziale

Status war ein weiterer Faktor für den Alkoholkonsum in der Schwangerschaft. Es konsumierten 2,5-mal mehr Frauen mit hohem sozialem Status Alkohol während der Schwangerschaft als Frauen mit einem niedrigen Sozialstatus (siehe folgende Abbildung). ([7], S. 33)

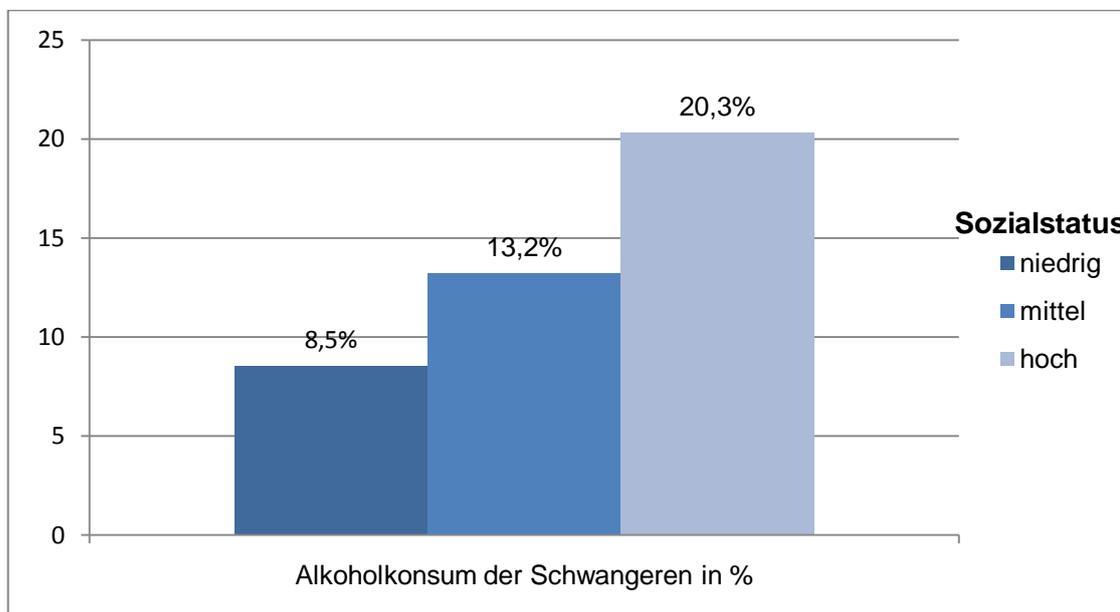


Abbildung 5: Alkoholkonsum in der Schwangerschaft in Beziehung zum Sozialstatus

Quelle: Bergmann, 2007, S. 675

Um den Alkoholkonsum in der Schwangerschaft auch im Zeitverlauf zu betrachten, wurden die erhobenen Daten auf das Geburtsjahr der Probanden bezogen. Dabei ergab sich eine Zeitreihe von 20 Jahren. Für den Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zeigte sich keine signifikante Zu- bzw. Abnahme (siehe folgende Tabelle).

Tabelle 4: Alkoholkonsum bei Frauen in der Schwangerschaft (Mittelwerte)

Geburtsjahr	Anteil der Frauen, die in der Schwangerschaft Alkohol konsumierten (%)
1986	15,2 (11,6-19,6)
1987	13,4 (10,4-17,1)
1988	14,7 (12,2-17,7)
1989	11,9 (9,9-14,3)
1990	15,1 (12,7-18,0)
1991	15,4 (12,7-18,4)
1992	14,7 (12,4-17,2)
1993	13,7 (11,3-16,5)
1994	11,3 (9,1-13,9)
1995	13,5 (11,3-16,1)
1996	12,3 (9,6-15,5)
1997	13,1 (10,7-15,9)
1998	17,1 (14,2-20,5)
1999	13,9 (11,5-16,6)
2000	14,4 (12,1-17,0)
2001	12,3 (9,9-15,2)
2002	10,8 (8,7-13,3)
2003	15,0 (12,6-17,8)
2004	13,1 (10,2-16,8)
2005	16,2 (12,0-21,4)

Quelle: Bergmann, 2007, S. 674

In einer Studie von Bergmann und Kollegen von November 2001 bis Dezember 2002 in Berlin wurden im Gegensatz zur KiGG-Studie die in der Schwangerschaft konsumierten Alkoholmengen in die Betrachtung mit einbezogen. Es wurden 344 Schwangere im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen zu ihrem Alkoholkonsum befragt. Über die Hälfte der befragten Schwangeren gestanden, während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert zu haben. Die meisten gaben allerdings an, dass dies seltener als einmal im Monat vorgekommen sei. In den letzten vier Wochen der Schwangerschaft hatten immerhin noch 45% der Schwangeren Alkohol konsumiert. Dabei waren die häufigsten alkoholischen Getränke Wein und Sekt (bzw. Champagner). Bei 38% der Frauen betrug die zuletzt konsumierte absolute Alkoholmenge mindestens 18g und bei 6% sogar 30g. Je nach Alkoholgehalt der verschiedenen Getränketypen entspricht 20g Alkohol etwa 0,5 l Bier, 0,25l Wein oder 0,06l Spirituosen. Auch Bergmann stellte wie in der KiGG-Studie fest, dass der Alkoholkonsum bei Schwangeren mit höherem Sozialstatus häufiger vorkommt, als bei sozial schwächeren Frauen. ([24], S. 29)

Seit den ersten Untersuchungen zu FASD hat man sich bemüht, eine Dosis-Wirkungs-Beziehung von täglich konsumierter Alkoholmenge in der Schwangerschaft und Schweregrad des FAS zu bestimmen. Bisher konnte keine lineare Beziehung zwischen dem Schweregrad der Alkoholschädigung und der in der Schwangerschaft aufgenom-

menen Alkoholmenge gesichert werden. ([15], S. 855) Viele Studien und empirische Untersuchungen zeigen, dass nicht alle alkoholkranken und –abhängigen Mütter Kinder gebären, die das Vollbild FAS haben ([3], S. 73). Auf der anderen Seite gibt es auch Kinder, die Anzeichen von FAS aufweisen, obwohl deren Mütter in der Schwangerschaft relativ wenig tranken.

Die folgende Tabelle zeigt die Beziehung zwischen der täglich in der Schwangerschaft getrunkenen Alkoholmenge (umgerechnet in Gramm reiner Alkohol) und der Häufigkeit des Auftretens der FASD. Dabei wurden insgesamt 103 Mütter und ihre Kinder untersucht.

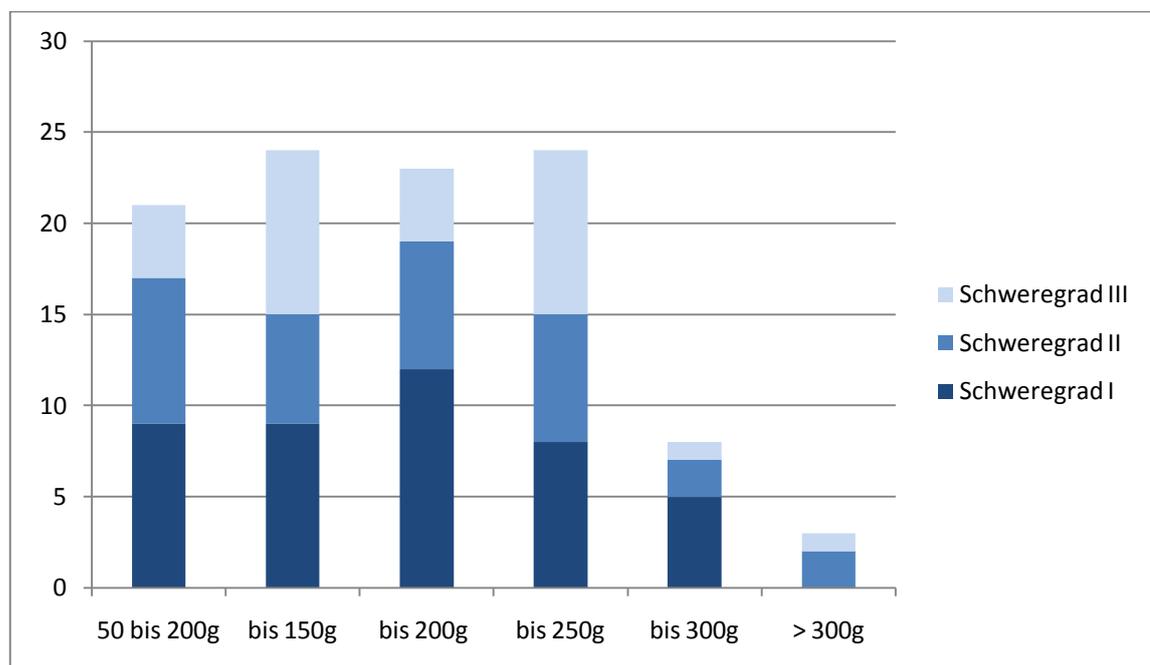


Abbildung 6: Beziehung der täglich in der Schwangerschaft getrunkenen Alkoholmenge und der Häufigkeit des Auftretens der FASD

Quelle: Zobel, 2000, S. 64 sowie Löser, 1995, S. 7)

Die Schädigung des Kindes hängt nicht allein von der Menge des getrunkenen Alkohols ab, sondern vor allem auch von der bei Mutter und Kind individuell unterschiedlichen Toleranz gegenüber Alkohol ([22], S. 64). Der Stoffwechsel der Mutter hat also einen Einfluss darauf, wie sich der Alkohol auf das sich entwickelnde Kind auswirkt.

Weiterhin wurde auch versucht, eine Schwellendosis zu ermitteln, unterhalb welcher der Alkoholkonsum unschädlich sein sollte. Allerdings gibt es bis heute keine Untersuchung, bei welcher eine Schwellendosis der Alkoholschädigung festgelegt werden konnte. ([3], S. 81)

Bei fortgeschrittener Alkoholkrankheit der Mutter, kommt es zu einer erhöhten Gefährdung für das Kind. Zwar wird beim Gewohnheitstrinken zunächst die

Metabolisierungsfähigkeit verbessert, doch bei fortgeschrittener Alkoholkrankheit, nehmen die StoffwechsellLeistungen wieder ab, so dass höhere Alkohol- und Acetaldehyd-Konzentrationen im Blut auftreten. ([3], S. 79) Majewski wies in seinen Untersuchungen darauf hin, dass in der kritischen und chronischen Phase (Phasenmodell nach Jellinek) die Häufigkeit und der Schweregrad der Schädigung am höchsten sind. ([25], S. 72f). In der kritischen Phase setzt meist ein Kontrollverlust ein, es wird morgens schon getrunken und das Verhalten konzentriert sich auf den Alkohol. Durch den Alkoholkonsum können z.B. Probleme am Arbeitsplatz auftreten, die zur Arbeitslosigkeit führen können. In der chronischen Phase wechseln viele auf hochprozentige Alkoholi-ka, die Rauschzustände halten tagelang an und es wird auch schon zum Frühstück getrunken. Die Abnahme der Alkoholtoleranz ist in dieser Phase kennzeichnend.

Die folgende Abbildung verdeutlicht dies. Sie zeigt vier Kinder einer alkoholkranken Mutter, die in mehreren Pflegefamilien leben. Die Mutter begann in der Schwangerschaft mit dem ersten Kind (rechts) abhängig zu trinken. Das zweite Kind zeigt Alkoholeffekte, das dritte Kind (Pfeil) zeigt FAS mit mittlerer Form. Dann gab die Mutter das Trinken auf, lebte abstinient und gebar später ein gesundes viertes Kind (links).

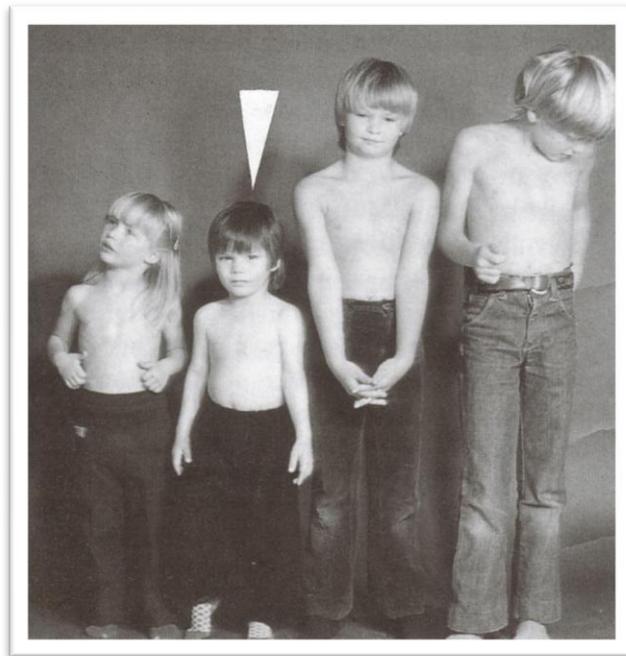


Abbildung 7: Vier Kinder einer alkoholkranken Mutter

Quelle: Löser, 1995, S. 79

2.5 Epidemiologie in Baden-Württemberg

Wie in Deutschland fehlen auch für Baden-Württemberg repräsentative epidemiologische Zahlen zur Häufigkeit von FASD. Meine Anfrage in Geburtskrankenhäusern und im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) in Stuttgart hat ergeben, dass diese Daten nicht dokumentiert werden und es deshalb keine validen Zahlen gibt. Auch meine Anfragen nach Zahlen zur Häufigkeit von FASD an die Landeshauptstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg und an den Suchtkoordinator der Stadt Stuttgart blieben erfolglos.

Das Statistische Landesamt stellte mir Statistiken zu den alkoholbedingten Behandlungsfällen in Krankenhäusern in Baden-Württemberg zur Verfügung. Die folgende Tabelle zeigt die alkoholbedingten vollstationären Behandlungsfälle in den Krankenhäusern Baden-Württembergs seit 2001 auf. In dieser Tabelle wird sogar die Q86.0 Alkoholembryopathie aufgeführt.

Tabelle 5: Alkoholbedingte vollstationäre Behandlungsfälle in Baden-Württemberg ab 2001 nach Einzeldiagnosen

Diagnose	männlich weiblich zusammen	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Pos. Nr. der ICD10/1998									
Alkoholinduziertes Cushing Syndrom (E244)	m	0	1	0	0	0	0	0	0
	w	0	0	0	0	0	0	0	0
	z	0	1	0	0	0	0	0	0
Störungen durch Alkohol (F10)	m	19560	19493	19965	20686	20688	20665	21932	23386
	w	6872	6821	7028	7495	7847	7794	8260	8813
	z	26432	26315	26993	28181	28535	28459	30192	32199
Degeneration des Nerven- systems durch Alkohol (G31.2)	m	39	46	81	60	49	54	36	56
	w	11	16	30	12	16	25	25	27
	z	50	62	111	72	65	79	61	83
Alkohol-Polyneuropathie (G62.1)	m	81	84	98	110	102	88	58	86
	w	18	32	28	44	23	17	26	25
	z	99	116	126	154	125	105	84	111
Alkoholmyopathie (G72.1)	m	2	4	5	5	2	0	5	6
	w	2	2	3	1	0	1	1	2
	z	4	6	8	6	2	1	6	8
Alkoholische Kardiomyopathie (I42.6)	m	49	46	35	45	39	32	33	30
	w	5	1	1	6	4	0	3	1
	z	54	47	36	51	43	32	36	31
Alkoholgastritis (K29.2)	m	51	41	57	46	55	54	62	58
	w	19	27	19	8	18	13	11	16
	z	70	68	76	54	73	67	73	74
Alkoholische Leberkrankheit (K70)	m	2280	1970	2173	2371	2646	2668	2644	2940
	w	1051	877	948	979	1051	1123	1179	1204
	z	3331	2847	3121	3350	3697	3791	3823	4144
Alkoholinduzierte chronische Pankreatitis (K86.0)	m	208	225	227	204	198	168	216	216
	w	27	44	37	47	48	31	52	45
	Z	235	269	264	251	246	199	268	261
Betreuung der Mutter bei (Ver- dacht auf) Schädigung des Feten durch Alkohol (O35.4)	M	0	0	0	0	0	0	0	0
	W	0	7	2	3	1	0	1	0
	Z	0	7	2	3	1	0	1	0
Alkohol-Embryopathie(mit Dismorphien) (Q86.0)	M	3	0	0	0	2	2	2	0
	W	3	3	0	0	1	0	0	1
	Z	6	3	0	0	3	2	2	1
Nachweis von Alkohol im Blut (R78.0)	M	4	10	3	0	0	0	0	0
	W	1	1	1	0	0	0	0	0
	Z	5	11	4	0	0	0	0	0
Toxische Wirkung: Äthanol (T51.0)	M	56	55	67	60	41	63	122	69
	W	20	19	34	42	32	34	88	40
	Z	76	74	101	102	73	97	210	109
Insgesamt	M	22333	21975	22711	23587	23822	23794	25110	26847
	W	8029	7850	8131	8637	9041	9038	9646	10174
	Z	30362	29826	30842	32224	32863	32832	34756	37021

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2009

Nach dieser Tabelle gab es im Jahr 2008 nur einen diagnostizierten Fall der Alkohol-embryopathie. Nach Aussage des Statistischen Landesamtes befindet sich die Altersklasse der in der Tabelle erfassten Fälle unter einem Jahr. Man kann durch die Aussa-

gen der Ärzte davon ausgehen, dass die Zahl der Kinder mit FASD in Baden-Württemberg deutlich höher liegt, als in dieser Tabelle abgebildet. Leider werden diese wie der Arzt bestätigte häufig nicht diagnostiziert und damit in dieser Tabelle nicht erfasst. Nimmt man an, dass von den im Jahr 2008 10.174 alkoholbedingt behandelten Frauen in Baden-Württemberg (siehe Tabelle 5), etwa 20% im gebärfähigem Alter waren, könnte die Häufigkeit bei ca. 2.000 alkoholgeschädigten Kindern liegen.

2.6 Lebenswelt der Kinder

Viele Kinder mit FASD wachsen nicht in ihrer Ursprungsfamilie auf. In einer Langzeituntersuchung von Löser, bei der 51 Kinder von 1973 bis 1992 beobachtet wurden, lebten nur noch 24% in ihrer Ursprungsfamilie.

Tabelle 6: Letzter Wohnort von 51 Kindern mit FASD

Letzter Wohnort	Anzahl der Kinder (n= 51)
Pflege- oder Adoptivfamilie	30 (59%)
Herkunftsfamilie	12 (24%)
- bei Vater und Mutter	6
- beim Vater	5
- bei der Mutter	1
Im Heim (Kinder- oder Pflegeheim)	9 (17%)

Quelle: Löser, 1995, S. 123

Diese Tendenz wurde in einer Untersuchung von Zobel bestätigt. Hier kamen ca. 50-75% der in der Universitätsklinik vorgestellten Fälle aus Heimen, Pflege- oder Adoptivfamilien, Pflegevermittlungsstellen oder wurden von anderen Sorgeberechtigten vorgestellt. ([22], S. 59)

Man sollte nicht glauben, dass alkoholranke Mütter ihre Kinder weniger lieben, betreuen und versorgen möchten als gesunde Mütter. Dennoch schaffen es alkoholranke Mütter häufig aufgrund ihrer Suchterkrankung nicht, dem Kind die notwendige Pflege, Ernährung, Hygiene und die notwendige Förderung zukommen zu lassen. ([3], S. 112) Der Tagesablauf wird stärker durch den Alkoholkonsum bestimmt, als durch die Bedürfnisse der Kinder im Haushalt. ([2], S. 42) Aufgrund dieser Vernachlässigung verwahten die Kinder zum Teil. Hinzukommen die wechselnden Stimmungen und Launen der Mütter, die zweitweise in guter Stimmung, herzlich, liebevoll und dies sogar unter Alkoholeinfluss, dann wieder zerstreut, nachlässig, melancholisch oder aggressiv sind. Vor allem junge Kinder sind dieser physischen und psychischen Vernachlässi-

gung schutz- und hilflos ausgesetzt. Allerdings ist zu beachten, dass jüngere Kinder auch in dieser Situation ihre Mütter meist vorbehaltlos lieben. Ältere Kinder hingegen wenden sich zum Teil von ihren Müttern ab. Besonders problematisch ist diese Situation für FASD-Kinder, da gerade sie aufgrund ihrer Erkrankung eine zusätzliche Förderung und Hilfen für die Alltagsbewältigung sowie ein Mehr an Zuneigung und Verständnis als andere Kinder benötigen.

In extremen Fällen ist das Wohl des Kindes gefährdet und es stellt sich die Frage, ob das Kind in der Herkunftsfamilie bleiben kann. Zwar ist nach Artikel 6 (2) GG die Erziehung und Pflege der Kinder das natürliche Recht der Eltern, aber vor allem auch ihre obliegende Pflicht, über welche die staatliche Gemeinschaft wacht. Allerdings kann den Eltern dieses Recht entzogen werden, „wenn die Erziehungsberechtigten versagen“ (Artikel 6 (3) GG). Die Entscheidungsgrundlage für das Eingreifen des Jugendamts und für eine mögliche Fremdunterbringung bildet § 1666 BGB, der damit das Kindeswohl sichert und verteidigt. § 1666 BGB sieht vor: „Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind“. Liegen die Voraussetzungen für § 1666 BGB vor, muss das Jugendamt die Familie zunächst mit Hilfen zur Erziehung bzw. Beratung unterstützen und die Eltern zu einer tragbaren, dem Kindeswohl entsprechenden, Erziehung befähigen. Erst wenn alle Angebote des Jugendamts scheitern oder abgelehnt werden, wird das Familiengericht eingeschaltet und trifft einen Beschluss nach § 1666 BGB und § 1666a BGB, nach welchem eine Herausnahme des Kindes aus der Familie möglich ist. ([10], S. 59) Allerdings gibt § 1666 BGB wenig Entscheidungshilfe zu den Fragen, wo das Kindeswohl anfängt und aufhört, ab welchem Grad die kindliche Entwicklung gefährdet ist und wie lange Hilfsmaßnahmen angeboten werden müssen. Es ist letztlich die Entscheidung der Sozialarbeiter, die Situation einzuschätzen und zu beurteilen.

Wird ein Kind mit FASD aus der Herkunftsfamilie genommen, raten viele Experten davon ab, dieses Kind in einem Heim unterzubringen, sondern empfehlen eine Unterbringung in einer Pflege- und Adoptivfamilie, in der das Kind in stabilen Familienverhältnissen aufwachsen kann und die notwendige Förderung erhält. Die Pflegefamilien übernehmen dann sämtliche Aufgaben, Pflichten und Verantwortlichkeiten, die mit der Erziehung und Förderung des Kindes verbunden sind. ([10], S. 61) Die Pflegeeltern erhalten jedoch nicht die gleichen Rechte wie die leiblichen Eltern, denn das Kind bleibt juristisch das Kind seiner Eltern, diese sind in der Regel theoretisch weiter seine gesetzlichen Vertreter. In der Praxis jedoch bekommen Pflegekinder häufig einen Vor-

mund oder Pfleger vom Gericht zugewiesen, wenn den Eltern das Personensorgerecht entzogen wurde. Die leiblichen Eltern bleiben dem Kind gegenüber unterhaltsverpflichtet. Das Kind bleibt den Eltern gegenüber erbberechtigt und auch unterhaltsverpflichtet. Die rechtliche Situation der Pflegeeltern ist in § 1688 BGB geregelt. Dieser sieht vor, dass Personen, die die Erziehung und Betreuung eines Kindes übernommen haben, berechtigt sind, in Angelegenheiten des täglichen Lebens für das Kind zu entscheiden, den Arbeitsverdienst des Kindes zu verwalten und Unterhalts-, Versicherungs-, Versorgungs- und sonstige Sozialleistungen für das Kind geltend zu machen und zu verwalten.

2.7 Bedürfnisse der Kinder

Studien zufolge verläuft die Entwicklung betroffener Kinder günstiger, wenn die Diagnose im Kleinkindalter gestellt wird. Löser zufolge wird nur bei 10% aller Kinder mit FASD die Diagnose überhaupt gestellt. Die meisten Fälle, gerade auch die Fälle von Kindern mit FAE, bleiben unentdeckt. ([3], S. 9) Das hat verschiedene Gründe, wie z.B. mangelndes Interesse von Seiten der Sorgeberechtigten, Unkenntnis des Fachpersonals oder die weniger typische morphologische Ausprägung beim Kind. Durch die frühzeitige Diagnose werden dem Kind viele aufwendige diagnostische Maßnahmen erspart. Es bedarf für eine erfolgsversprechende Behandlung der FASD eines detaillierten Wissens über Ursachen und Auswirkungen der Krankheit, da es sich um ein sehr komplexes Krankheitsbild handelt. ([20], S. 196) Eine sichere und frühe Diagnose ist hilfreich, um eine passende Schule für das Kind zu finden und es im Hinblick auf eine künftige Ausbildung und ein eigenständiges Leben entsprechend zu unterstützen. Die Erziehungsberechtigten profitieren von einer frühen Diagnose ebenfalls, denn sie hilft ihnen, das Kind mit seiner Behinderung besser zu verstehen. Sie können realistische Erwartungen an ihr Kind stellen und Erfolge des Kindes richtig einstufen. Solange sie von der Behinderung ihres Kindes nichts wissen, verwenden Eltern häufig unangemessene Erziehungsmethoden, was beim Kind zu Verunsicherung und Verzweiflung führen kann. ([10], S. 69)

Eine klar vorgegebene Alltagsstruktur und strikte Verhaltensanweisungen sind für Kinder und Jugendliche mit FASD sehr hilfreich. Da die Betroffenen ihren Alltag in der Regel nicht selbst strukturieren und Aufgaben ohne Anleitung nicht bewältigen können. Der Tagesablauf sollte möglichst wenig variieren, denn die Betroffenen reagieren auf Veränderungen oft mit viel Unruhe. Durch Unterbrechungen der Alltagsstruktur vergessen die Kinder und Jugendlichen die gelernten Regeln schnell wieder. Es sollten einfa-

che Regeln sein, die die Kinder verstehen können. Regeln könnten z.B. sein, dass man den anderen ausreden lässt, beim Essen sitzen bleibt oder beim Betreten des Hauses die Schuhe auszieht. Diese Regeln führen oft zu deutlichen Verbesserungen im sozialen Miteinander. Dennoch müssen sie aufgrund der Vergesslichkeit der Betroffenen ständig wiederholt werden.

Im Kindergarten und in ihrer Freizeit ist es für die Kinder sehr wichtig, dass sie genügend Freiraum haben, um sich motorisch austoben zu können. Da die Kinder ständig beschäftigt zu sein scheinen, trauen sich Erzieher und Erzieherinnen häufig nicht, das Spiel der Kinder zu unterbrechen, und verzichten deswegen auf Angebote. Dabei sind diese Kinder gerade auf strukturierte und durchdachte Spiel- und Beschäftigungsvorschläge angewiesen. (20), S. 198 Die Kinder brauchen Hilfestellung, um ins Spielen zu finden und Erfolge im Spiel zu erleben. Man nimmt den Kindern diese notwendigen Erfolgserlebnisse, wenn man sie ihrer Rast- und Ziellosigkeit überlässt.

Wie bereits erwähnt wird das Lernen der Betroffenen durch ihre kognitiven Defizite, Konzentrationsschwächen und die ADHS-Problematik erschwert. Die Kinder und Jugendlichen stoßen in der Schule durch ihre Unruhe, geistige Unreife sowie ihre Verständnisschwierigkeiten immer wieder an ihre Grenzen. ([10], S. 76) So führen die Schwächen im abstrakten und logischen Denken z.B. im Fach Mathematik zu erheblichen Problemen. Um von ihren schlechten Schulleistungen abzulenken, entwickeln betroffene Kinder und Jugendliche oft Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht, z.B. stören sie durch Geräusche oder schlagen ihre Mitschüler. ([2], S. 40) Die Betroffenen merken die Unterschiede zwischen sich selbst und Gleichaltrigen häufig recht schnell. Dies verunsichert und frustriert sie und führt zu weiteren Verhaltensauffälligkeiten. In vielen Fällen reichen die Fähigkeiten nicht aus, um einen Haupt- oder Sonderschulabschluss zu machen. In einigen Fällen ist eine Beschulung überhaupt nicht möglich. Eine Studie von Löser mit 51 langfristig untersuchten betroffenen Kindern verdeutlicht dies:

Tabelle 7: Schulbesuch bei 51 langfristig untersuchten Kinder mit FASD

Zuletzt besuchte Schulform	Häufigkeit (n = 51)
Hauptschule davon	18
ohne Abschluss	3
Förderschule davon	28
für Lernbehinderte	13
für geistig Behinderte	15
für Hörbehinderte	1
für Sehbehinderte	2
für Sprachbehinderte	1
für Erziehungshilfen	1
Nicht bildungsfähig	3
Realschule	2
Gymnasium	0

Quelle: Löser, 1995, S. 127

Ein Unterricht, der nur kognitive Leistungen abverlangt, ist für Kinder und Jugendliche mit FASD zu erschöpfend. Sie sollten vielmehr viele Möglichkeiten zum Handeln, Ausprobieren und zur Selbsterfahrung haben. ([10], S. 76)

Die Probleme können sich im Erwachsenenalter oft noch verschärfen. Wie bereits erwähnt, sieht man Heranwachsenden mit FASD ihre Behinderung mit fortschreitendem Alter immer weniger an. Ihre Redegewandtheit und Selbstüberschätzung täuschen über ihr Unvermögen hinweg, und so laufen viele der Betroffenen Gefahr, durch unser Hilfesystem durchzurutschen und können in Obdachlosigkeit, Sucht und Kriminalität geraten. Viele der Jugendlichen sind, wie bereits in Abschnitt 2.3.5 beschrieben, nicht in der Lage, ein selbstständiges Leben zu führen. Daher ist es wichtig, dass Eltern sich schon vor dem 18. Lebensjahr nach einer geeigneten Einrichtung bzw. Betreuung für ihr Kind umschauchen. Oft wird das „betreute Wohnen“ möglichst in Wohnortnähe empfohlen, um das familiäre Umfeld aufrecht zu erhalten. Auf diese Weise ist eine lebenslange Begleitung und Betreuung der Betroffenen über das 18. Lebensjahr hinaus gewährleistet. [26]

2.8 Hilfen im Alltag und Therapiemöglichkeiten

Die therapeutischen Bemühungen sollten so früh wie möglich einsetzen. ([20], S. 205) Dabei sei darauf hingewiesen, dass FASD nicht heilbar sind. Durch die gravierenden Schäden der Kinder, vor allem der kognitiven Störungen und Verhaltensauffälligkeiten

ist es wichtig, die Kinder sehr umfassend zu fördern. Aufgrund der Mannigfaltigkeit der Bedürfnisse und der großen Bandbreite an Schädigungen existiert allerdings keine spezifische Therapie. Es ist für jede betroffene Person eine Aufstellung eines individuellen Therapieplans notwendig. Es sollte aber darauf geachtet werden, dass das Kind nicht zu vielen Therapien ausgesetzt wird. Dem Kind sollte nicht der Eindruck vermittelt werden, dass es unfähig und unzulänglich ist, denn dies kann ein Minderwertigkeitsgefühl beim Kind auslösen. Mindestens ebenso wichtig wie jede Therapie ist das Aufwachsen in einer stabilen und liebevollen Familie. ([20], S. 206) Nachfolgend werden die konkreten Therapiemöglichkeiten aufgeführt.

2.8.1 Hilfen im Alltag

Ein ADHS Kind zu versorgen und mit ihm zusammenzuleben, erfordert viel Geduld, Liebe und Verständnis. Mit rein autoritären Maßnahmen lässt sich das Verhalten des Kindes nicht beeinflussen. Das Kind braucht viel Freiraum für Aktivitäten und gleichzeitig eine Atmosphäre ohne Hektik und Nervosität. Beispielsweise ist Fernsehen für das Kind schädlich, da es durch die schnell wechselnden Bilder reizüberflutend wirkt. ([3], S. 144)

Wenn ein Kind mit FASD Schlafstörungen hat, nicht zur Ruhe kommt und stundenlang weint, kann es hilfreich sein, das Kind in einem dunklen, ruhigen Raum fest in eine weiche Decke zu wickeln, um ihm das Gefühl von Geborgenheit zu geben. Es kommt häufig vor, dass alkoholgeschädigte Kinder erst sehr spät richtig sauber werden, denn durch die Gehirnschädigung kann die Information für den Harndrang nicht schnell genug weitergeleitet werden. Je weiter sich das Gehirn entwickelt, desto eher wird es das Kind schaffen, rechtzeitig auf die Toilette zu gehen. ([10], S. 85) Für die Eltern ist es wichtig zu verstehen, dass ihr Kind aufgrund der Gehirnschädigung manche Dinge nicht so schnell erlernen kann wie ein gesundes Kind, denn sonst entwickeln sie eine zu hohe Erwartungshaltung an ihr Kind und an sich selbst. Das Kind braucht mehr Bestätigung und Lob für erwünschtes Verhalten als normale Kinder. ([3], S. 144) Arbeitsanweisungen und Regeln müssen oft wiederholt und so einfach wie möglich formuliert werden. Die Kinder sollten auch nicht unbeaufsichtigt sein, da sie waghalsig und übermütig sind und sich den Gefahren oft nicht bewusst sind. Das Haus oder die Wohnung sollte kindersicher ausgestattet sein.

2.8.2 Medikamentöse Behandlung

ADHS-Kinder brauchen zur sensorischen Stimulation des Gehirns immer neue und ständig wechselnde Reize. Diese müssen sehr stark sein, denn die Kinder nehmen die subtilen Reize nicht wahr. Daraus erklärt sich, dass die Kinder ständig in Bewegung sein müssen, denn nur so fließen dem Gehirn propriozeptive Reize zu. Mithilfe von Medikamenten kann die Hypermotorik und Impulsivität gemindert und die Aufmerksamkeitsleistung gesteigert werden. Da Kinder mit FASD eine angeborene Störung im Neurotransmitterstoffwechsel haben, ist eine medikamentöse Behandlung zu rechtfertigen. ([3], S. 142f.) Viele Eltern haben Bedenken, weil Medikamente die Persönlichkeit des Kindes verändern könnten. Tatsächlich erlauben die Medikamente im Regelfall dem Kind die Persönlichkeit zu sein, die es ohne die Alkoholschädigung eigentlich wäre. Oft ist eine Medikation der einzige Weg, den Kindern Zugang zum Lernen zu eröffnen. [27]

Das am häufigsten verordnete Medikament ist Ritalin (Methylphenidat). Man beginnt bei der Medikation meist mit einer kleinen Dosis, da die Empfindlichkeit individuell unterschiedlich ist. Die medikamentöse Behandlung wirkt sich vor allem auf die Symptome Impulsivität, Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität positiv aus. Die Wirksamkeit des Ritalin erklärt man sich dadurch, dass die Stimulantien die Aktivität in den Hirnzentren, die für die Planung und Steuerung des Verhaltens zuständig sind, zumindest kurzfristig anregen. Methylphenidat hat verschiedene Nebenwirkungen, wie z.B. Appetithemmung, Schlafstörungen, Übelkeit, depressive Verstimmungen etc., und unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz. Ein weiteres Problem bei der Behandlung mit Methylphenidat besteht darin, dass es sehr schnell verstoffwechselt wird, d.h.es wirkt nur kurzfristig und muss deshalb relativ hochdosiert werden. ([3], S. 143) Ein Vorteil des Medikaments ist, dass es nicht abhängig macht.

2.8.3 Therapeutische Hilfen

Die Symptome im motorischen und sprachlichen Bereich sowie in der Wahrnehmung können durch die folgenden Therapien gut behandelt werden.

Für die motorischen Störungen kommt eine krankengymnastische Behandlung bzw. Ergotherapie in Betracht. In der Krankengymnastik soll durch Bewegungs- und Haltungsübungen erlernt werden, Bewegungsabläufe zu koordinieren. Darüber hinaus soll die oft geschwächte Muskulatur gestärkt werden. ([10], S. 79)

In der Ergotherapie werden die Fein- und Grobmotorik der Kinder trainiert ([10], S. 79). Außerdem werden auch die Aufmerksamkeit, Konzentration und Ausdauer des Kindes

z.B. durch Gesellschaftsspiele, Basteln etc., gefördert. Ergotherapie ist ein Sammelbegriff für verschiedene therapeutische Verfahren. Bei Kindern mit Wahrnehmungsstörungen wird häufig die sogenannte sensorische Integrationstherapie eingesetzt. Die Sensorische Integration basiert auf der Annahme, dass Kinder ihr Verhalten erst dann steuern können, wenn sie ihre eigene Körperwahrnehmung und die Reize aus der Umwelt verarbeiten können. Sie hilft den Kindern, die Aufnahme der Sinneswahrnehmung zu strukturieren und unterstützt die Vernetzung der Wahrnehmungsverarbeitung im Gehirn, so dass eine verbesserte Handlungskompetenz erreicht wird. Dies trägt zu emotionaler Stabilität und zum sozialen Lernen bei. Die Behandlung findet in spielerischer Umgebung statt und kann ganz verschieden aussehen, z.B. können Bewegungsspiele oder sportliche Übungen mit dem Kind gemacht werden, sowie handwerklich oder gestalterisch gearbeitet werden. [28] Die Wahrnehmung des eigenen Körpers kann z.B. durch Massagen, Phantasiereisen oder Hindernisparcours gefördert werden.

Darüber hinaus gibt es die die Montessori-Einzelbehandlung, rhythmisch-musikalische Gymnastik, etc.. Das Jugendamt bietet teils auch Psychomotorik-Gruppen an. In diesen Gruppen kann das Kind z.B. lernen, mit anderen etwas zu machen und eigene Ideen und Wünsche zu vermitteln. Dies wird z.B. durch Rollenspiele, gemeinsame Ausflüge, kochen und essen gefördert. Im Mittelpunkt der Psychomotorik-Gruppen steht die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung. Dies wird durch den Erwerb von Ich-Kompetenz, Sachkompetenz und Sozialkompetenz erlangt.

Für die Entwicklungsstörung der Sprache eignen sich logopädische Behandlungen. Diese sind nach Löser (1995) bei 20% der Kinder nötig. Am häufigsten ist die Sprachentwicklung durch die Mundmotorik gestört. Diese komplexe Störung der Mundmotorik kann durch Übungen wie Vor- und Nachsprechen, Mundmotorik-Spiele, Blasespiele oder Training der Zungenmotorik behoben werden. ([3], S. 145f.)

Eine weitere Therapieform für Kinder mit FASD ist das Therapeutische Reiten. Die Therapien mit Pferden lassen sich in drei Zweige aufteilen, nämlich die Hippotherapie, das heilpädagogische Reiten und das heilpädagogische Voltigieren. Für Kinder mit FASD sind speziell die ersten beiden Therapieformen von Bedeutung. Die Hippotherapie hat zum Ziel, die Sensomotorik des Patienten oder der Patientin zu stimulieren. Durch die Vorwärtsbewegung des Pferdes, werden die Betroffenen zum ständigen aktiven Aufrechterhalten des oft labilen Gleichgewichts veranlasst. Die Kosten für die Hippotherapie wurden von Krankenkassen und anderen Leistungsträgern seither nur in Einzelfällen übernommen, denn sie ist bisher nicht in den Katalog der anerkannten Hilfsmittel aufgenommen. Beim heilpädagogischen Reiten liegen die Schwerpunkte der Behandlung besonders in den sozialen Erfahrungen. Das heilpädagogische Reiten

wird hauptsächlich bei Störungen der körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung und des Verhaltens angewendet. Wesentlicher Bestandteil des heilpädagogischen Reitens ist die Pflege des Pferdes. Das Kind übernimmt damit Verantwortung und macht die Erfahrung, dass es ein Tier versorgen kann. Dies führt dazu, dass das Selbstbewusstsein des Kindes gestärkt wird. An einer Reitstunde beim heilpädagogischen Reiten nehmen in der Regel zwei Kinder teil. Sie erledigen die anfallenden Aufgaben gemeinsam und führen sich z.T. beim Reiten gegenseitig. Das fördert die soziale Kompetenz und Rücksichtnahme der Kinder. Der direkte Umgang mit dem Pferd hat für die Kinder wohltuende und damit heilende Wirkung, wie auch der Umgang mit z.B. Hunden oder anderen Haustieren. Die Kosten für diese Therapieform werden aufgrund des §35 SGB VIII als Erziehungshilfe und auch als Hilfe in besonderen Einzelfällen von Jugendämtern übernommen. [29]

Eine neue Therapieform, die in jüngster Zeit zum Einsatz kommt, ist das sogenannte Neurofeedback. Neurofeedback, auch EEG-Biofeedback genannt, ist eine Lernstrategie, die es dem Kind ermöglicht, seine Gehirnwellen zu verändern. Das Gehirn lernt somit mit größerer Kontrolle und Stabilität zu funktionieren. Neurofeedback wird unter anderem bei Epilepsie, ADS/Hyperaktivität, chronischen Schmerzen, Depressionen, Schlafstörungen, Migräne und neuerdings auch bei FASD eingesetzt. Beim Neurofeedback-Training sitzt das Kind vor einem Computer. Seine Gehirnströme werden über aufgeklebte Elektroden abgeleitet und steuern ein Computerprogramm. [30] Das Kind kann je nach Konzentrationsgrad mit seiner Gedankenkraft zum Beispiel bei einem virtuellen Fußballspiel einen Elfmeter-Schuss halten oder bei einem Film das Bild klar und deutlich sehen. Jedes Mal, wenn die Gehirnwellen den Weg in den optimalen Zustand finden, wird der Patienten oder die Patientin durch ein positives Feedback, z.B. durch einen angenehmen Ton, belohnt. Das menschliche Gehirn ist sehr lernfähig und findet mit der Zeit den gewünschten Frequenzbereich von selbst ohne positives Feedback zu benötigen. Wie auch bei allen anderen Lernvorgängen neigt das Gedächtnis dazu, diese neue Fertigkeit längerfristig zu behalten. ([1], S. 96] Mit Neurofeedback können die Kinder selbst Strategien erarbeiten, um sich besser zu konzentrieren und ihr Verhalten zu steuern. Je nach Krankheitsbild und Schädigung liegt die Dauer einer Sitzung bei 30 bis 60 Minuten und das ein- bis fünfmal pro Woche. Der Durchschnitt der Sitzungen liegt bei 50 oder mehr Sitzungen. Bei einer Patientengruppe mit FASD zeigte sich, dass die Verhaltensauffälligkeiten und Hyperaktivität abnahmen, und somit die Medikamente verringert oder sogar abgesetzt werden konnten. Die Konzentration der Kinder verbesserte sich und die Aufmerksamkeitsspanne verlängerte sich merklich. In einer erst kürzlich veröffentlichten Studie wurde die Wirksamkeit von

Neurofeedback bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- bzw. Hyperaktivitätsstörung (ADHS) getestet. An der Studie, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert wurde, nahmen von 2005 bis 2007 insgesamt 102 Kinder mit ADHS im Alter zwischen acht bis zwölf Jahren teil. In den Problembereichen "Unaufmerksamkeit" und "Hyperaktivität-Impulsivität" konnte das Neurofeedback-Training die Symptomatik um durchschnittlich 25 bis 30 Prozent reduzieren. [31]

2.8.4 Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII

Einige Kinder und Jugendliche mit FASD bekommen eine zusätzliche Unterstützung nach § 35a SGB VIII. Anspruch auf diese Hilfe hat ein Kind oder Jugendlicher, wenn seine seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und deshalb die Teilhabe an der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Bei der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII ist nicht ein erzieherischer Bedarf, sondern der individuelle behinderungsbedingte Bedarf für die Ausgestaltung der Eingliederungshilfeleistung maßgeblich ([32], S. 19). Das Ziel der Eingliederungshilfe ist es, Ausgrenzung zu vermeiden und Menschen mit einer (drohenden) seelischen Behinderung die Eingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen bzw. zu erleichtern ([32], S. 21).

Der Anspruch auf Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII steht dem seelisch behinderten Kind bzw. Jugendlichen selbst zu und nicht wie in § 27 SGB VIII dem Erziehungsberechtigten. ([33], S. 25) Allerdings kann ein Leistungsantrag erst mit Vollendung des 15. Lebensjahres wirksam gestellt werden. Für Kinder und Jugendliche, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, handelt der gesetzliche Vertreter. ([32], S. 19) Der Anspruch richtet sich an den Träger der öffentlichen Jugendhilfe und kann nicht bei einem freien Träger gestellt werden ([32], S. 19).

Wenn ein Antrag auf Eingliederungshilfe gestellt wurde, dann muss der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme eines Arztes einholen, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt. Wenn ein Hilfebedarf nach § 35a SGB VIII vorliegt, soll gemäß § 36 SGB VIII ein Hilfeplan aufgestellt werden. Dabei soll der konsultierte Arzt beteiligt werden. Besteht bereits ein Hilfeplan, muss dieser auf die gleiche Verfahrensweise geändert werden.

Gemäß § 35a Abs. 3 SGB VIII richtet sich die Art der Maßnahmen nach § 53 Abs. 4 Satz 1 SGB XII. Danach sind die Leistungen nach § 54 SGB XII aber auch

die Leistungen zur Teilhabe nach §§ 26, 33, 41, 55 SGB IX zu erbringen. Im Einzelnen sind gemäß § 54 SGB XII folgende Leistungen zu erbringen:

- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung,
- Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf,
- Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
- Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56,
- nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.

Nach § 35a Abs. 4 Satz 1 SGB VIII sind auch Kombinationsleistungen möglich, die gleichzeitig einen behinderungsbezogenen und einen erzieherischen Bedarf decken. Der Jugendhilfeträger ist aber verpflichtet, solche Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch zu nehmen, die beide Bedarfslagen erfüllen können. ([32], S. 22)

Die Hilfe erfolgt bei Kindern und Jugendlichen mit FASD häufig in Form eines Schul- oder Freizeitbegleiters.

2.8.5 Finanzielle Hilfen

Kinder können einen Antrag auf Pflegegeld bei der Pflegeversicherung stellen, wenn sie aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für gewöhnliche Verrichtungen des täglichen Lebens für mindestens sechs Monate in höherem Maße Hilfe bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Bei der Zuordnung von Kindern in die Pflegestufen ist gemäß § 15 Abs. 2 SGB XI der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend. Der Pflegeaufwand im Bereich Körperpflege, Ernährung oder Mobilität für Pflegestufe I muss mindestens 1,5 Stunden mehr betragen als bei einem gleichaltrigen Kind. Bei Pflegestufe II muss der Pflegeaufwand mindestens 3 Stunden mehr betragen als der Pflegeaufwand eines gleichaltrigen Kindes. Bei der Pflegestufe III muss der Zeitaufwand mindestens 5 Stunden täglich betragen und die Pflegeperson muss jederzeit unmittelbar erreichbar sein (Rund-um-die-Uhr-Betreuung). Schwerstpflegebedürftig sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, somit auch nachts, der Hilfe bedürfen. Der Antrag auf Pflegegeld wird bei der Krankenkasse (Abteilung Pflegekasse) gestellt. Die Pflegekassen lassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt.

Um ein FASD-Kind in eine Pflegestufe einstufen zu lassen, ist vor Antragsstellung die Diagnose notwendig. Diese muss belegen, dass beim betroffenen Kind bzw. Jugendlichen eine irreparable Hirnschädigung vorliegt. Damit ist die eindeutige Behinderung des Kindes und der erhöhte Pflegeaufwand des Kindes belegt.

Bei einer gestellten Diagnose können die Eltern für ihre Kinder auch einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Da viele Kinder, Jugendliche und auch Erwachsene mit FASD ständige Begleitung brauchen, sollten sie einen Behindertenausweis mit dem Merkzeichen H und B bekommen. Ein Behindertenausweis bringt den Betroffenen einige Vorteile. Vor allem die Anerkennung der Behinderung kann für die Betroffenen und auch für die Eltern von großer Bedeutung und Entlastung sein. Da man den Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit FASD ihre Behinderung oft kaum noch ansieht, werden sie in der Öffentlichkeit oft als unerzogen und dumm abgetan. Ein Behindertenausweis bestätigt den Fakt der Behinderung und ändert somit den Status der Betroffenen. Außerdem haben sie durch den Behindertenausweis einige Begünstigungen, wie beispielsweise ein angemessener Berufseinstieg verbunden mit einem besonderen Kündigungsschutz, Zusatzurlaub sowie begleitende Hilfe im Arbeitsleben. ([10], S. 84)

3. Methodik

Im nächsten Kapitel möchte ich die Frage nach den Bedürfnissen und Hilfsangeboten aus Sicht von betroffenen Familien, Ärzten, Schulen und dem Jugendamt beleuchten. Dabei möchte ich herausfinden, ob im Hinblick auf die Bedürfnisse genügend Hilfsangebote zur Verfügung stehen.

Im Folgenden werde ich methodische Hintergründe und die Auswahl meiner Interviewpartner und -partnerinnen näher erläutern.

3.1 Fragestellung

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, ist das Ziel dieser Arbeit, die besonderen Bedürfnisse der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit FASD zu beleuchten. Ich möchte herausfinden, welche Hilfsangebote den Bedürfnissen bisher gegenüberstehen und ob diese ausreichend sind.

Die Hauptfragestellung für den Forschungsteil der Arbeit lautet:

„Welche besonderen Bedürfnisse haben FASD Betroffene und ihre Familien und welche Herausforderungen ergeben sich hieraus für die Soziale Arbeit?“.

3.2 Forschungsmethoden

In meiner Untersuchung nutzte ich die Form des problemzentrierten Interviews. Nach Witzel (1982) thematisiert das problemzentrierte Interview gesellschaftlich relevante Problemstellungen in biografischen Einzelinterviews oder Gruppendiskussionen. Diese Interviewform ist dadurch geprägt, dass der Fokus auf einer bestimmten Problemlage liegt, die vom Interviewer bereits im Vorhinein eingegrenzt und analysiert wurde. Ein Leitfaden ist für das problemzentrierte Interview wichtig, denn der Interviewer soll Fragen auch in der Erzählphase einbringen. Ein Leitfaden stellt sicher, dass alle forschungsrelevanten Themen im Interview angesprochen werden und gestattet eine Vergleichbarkeit mit anderen Interviews, denen der gleiche Leitfaden zugrunde lag ([34], S. 387). Das problemzentrierte Interview grenzt sich zum narrativen Interview darin ab, dass im problemzentrierten Interview der Erzählfluss bewusst durch Fragen unterbrochen wird, während beim narrativen Interview eine Eingangsfrage gestellt wird, im weiteren Verlauf das Interview aber nicht mehr durch zusätzliche Fragen gesteuert

wird. Das problemzentrierte Interview wird von Witzel als vorteilhafter beurteilt, da man näher an der Fragestellung bleibt. ([35], S. 127)

3.3 Der Interviewleitfaden

Der Leitfaden dient dazu, die Interviewthematik einzugrenzen und Themenkomplexe vorzugeben. Entsprechend enthält der Leitfaden Stichpunkte zu den abzuarbeitenden Themenkomplexen sowie Fragen, die in jedem Interview gestellt werden sollen („Schlüselfragen“) und Fragen, die im Verlauf der einzelnen Interviews relevant werden könnten („Eventualfragen“). ([34], S. 387) Besonders wichtig sind dabei die ersten Fragen, da sie die Gesprächsdynamik in Gang bringen. Nach Kaufmann sollte die Reihenfolge der Fragen logisch sein. ([36], S. 65) Zu Beginn des Interviews sollte die Anonymisierung des Gesprächs versichert, die gewünschte Gesprächsform und die Untersuchungsfrage erläutert werden.

Ich habe einen Leitfaden mit offen formulierten Fragen bzw. Themen erarbeitet. Der Leitfaden ist in fünf Blöcke unterteilt, die Struktur in das Interview bringen sollen und die es bei der Auswertung erleichtern, die verschiedenen Interviews miteinander zu vergleichen.

In Block A des Interviews stelle ich zunächst einige einleitende Fragen. Diese Fragen sollen den Interviewten und mir den Einstieg ins Interview erleichtern. Diese Fragen unterscheiden sich, je nachdem, wen ich befrage. Den Pflegeeltern habe ich folgende Fragen gestellt:

Block A: Einleitende Fragen

Frage 1: Haben Sie, bevor Ihr Pflegekind zu Ihnen kam, jemals etwas von der Krankheit Fetales Alkoholsyndrom bzw. Fetale Alkoholeffekte gehört?

Frage 2: Als Ihr Kind zu Ihnen kam, haben Sie gewusst, dass es FAS bzw. FAE hat?

Frage 3: Woher haben Sie Informationen zu dem Thema bekommen?

Das Jugendamt, den Lehrer und die Ärztin fragte ich im Block A, ob sie Kinder mit FASD kennen und wie sich die Alters- und Geschlechtsverteilung verhält.

Der nächste Block beschäftigt sich mit den Symptomen der Kinder. Hierbei unterschied sich die Frage an meine Interviewpartner (Pflegereltern, Ärztin, Jugendamtsmitarbeiterin, Lehrer) nicht.

Block B: Fragen zu Symptomen

Frage 4: Welche Symptome nehmen Sie bei den betroffenen Kindern hauptsächlich wahr?

Der nächste Block beschäftigt sich mit den Bedürfnissen der Kinder. Mir war es ein großes Anliegen, die Bedürfnisse, die wahrgenommen werden, aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten, denn das Jugendamt nimmt vermutlich andere Bedürfnisse bei den Kindern wahr als die Eltern.

Block C: Fragen zu Bedürfnissen und Bedarf

Frage 5: Welche besonderen Bedürfnisse nehmen Sie bei den Kindern wahr?

Frage 6: Welchen Bedarf haben diese Kinder?

Die Eltern befragte ich zusätzlich zu Ihren Bedürfnissen.

Ziel des nächsten Blocks war es, etwas über die bestehenden Hilfsangebote herauszubekommen.

Block D: Fragen zu den Hilfsangeboten

Frage 7: Welche Therapien bekommt Ihr Kind?

Das Jugendamt und die Ärztin wurden gefragt, welche Therapieformen und Hilfsangebote es gibt und welche sie als sinnvoll erachten.

Mit der letzten Frage, sollte den Interviewpartnern die Möglichkeit gegeben werden, ein paar abschließende Worte zu sagen und ihre Wünsche, die sie an die Soziale Arbeit haben, zu äußern.

Block E: Abschlussfrage

Frage 8: Wo sehen Sie einen besonderen Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit in Bezug auf alkoholgeschädigte Kinder?

3.4 Stichprobenwahl und Kontaktaufnahme

Während der Recherche zum ersten Teil meiner Arbeit, haben sich bestimmte Problemfelder, z.B. Schule, Diagnose, Alltag und Erziehungsbereich, herauskristallisiert, die dann zur logischen Auswahl meiner Interviewpartner führte. Deshalb befragte ich eine Kinder- und Jugendärztin, Frau Dr. H., vom Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) in Ludwigsburg. Ihr Spezialgebiet ist das Thema „Entwicklungsrisiken bei Pflege- und Adoptivkindern“. Sie ist in den letzten Jahren im Bereich FAS zur Spezialistin geworden. Weiterhin habe ich einen Lehrer interviewt, der an der Albert-Schweitzer Schule in Stuttgart-Rohr unterrichtet. Die Albert-Schweitzer-Schule ist eine Schule für Erziehungshilfe, die sich in privater Trägerschaft befindet. Der Lehrer selbst hat zu Hause zwei Pflegesöhne mit FAS und daher einige Erfahrungen in diesem Bereich. Außerdem befragte ich drei Pflegefamilien, die durch ihre Pflegekinder täglich mit dem Thema konfrontiert sind. Die Pflegefamilie B. nahm ihre Pflegetochter schon als Säugling in Pflege. Das Sorgerecht wurde der leiblichen Mutter gleich nach der Geburt entzogen und das Mädchen kam direkt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in die Pflegefamilie. Inzwischen ist sie 7 Jahre alt und besucht die 1. Klasse einer Walddorfschule. Die Diagnose FAS wurde bei ihr im Alter von 6 Jahren gestellt. Der Pflegesohn der Familie R. kam im Alter von 3 ½ Jahren in die Familie. Aufgrund von Vernachlässigung in der Ursprungsfamilie gestaltete sich die erste Zeit in der Pflegefamilie sehr schwierig, da das Kind zu Anfang stark traumatisiert war, keine Bedürfnisse formulieren konnte und nachts oft aus dem Schlaf schreckte. Inzwischen ist das Kind gut in die Familie integriert. Die Eltern haben ein leibliches Kind, das noch zu Hause lebt. Das Pflegekind besucht momentan einen Kindergarten und soll in diesem Jahr eingeschult werden. Daher ist in dieser Familie die Frage nach der geeigneten Schule ein großes Thema. Pflegefamilie S. nahm ihre Pflegetochter im Alter von 3 ½ Jahren auf. Sie war damals vom Wickeltisch gefallen und zog sich einen Schädelbasisbruch zu. Die Mutter erschien im Krankenhaus stark alkoholisiert und wollte die Tochter trotz des Bruches sofort wieder mit nach Hause nehmen. Daraufhin verständigte das Krankenhaus das Jugendamt, die die Tochter aufgrund von Kindeswohlgefährdung aus der Familie nahm.

Da das Jugendamt eine zentrale Funktion in diesem Themenbereich hat, befragte ich weiterhin eine Jugendamtsmitarbeiterin, die im Pflegekinderdienst im Landkreis Esslingen arbeitet und einige Kinder mit FAS kennt und betreut.

Die Kontaktaufnahme zu den einzelnen Interviewpartnern und -partnerinnen gestaltete sich sehr unproblematisch. Ich informierte meine Interviewpartner und -partnerinnen über den Titel der Arbeit, die Ziele der Untersuchung, sowie über die Art und Weise ihrer Mitwirkung. Ich bekam von allen angefragten Personen sofort eine Zusage. Mit diesem Thema stieß ich sowohl bei den Eltern, als auch bei der Ärztin, dem Lehrer und der Jugendamtsmitarbeiterin auf großes Interesse.

4. Ergebnisse

Die Auswertung der Interviews bezieht sich vor allem auf die Schwerpunkte, die durch den Interviewleitfaden und auch durch die Befragten gesetzt wurden. Die sich daraus ergebenden Oberthemen bilden die folgenden Unterpunkte in diesem Kapitel.

Die qualitative Auswertung der Interviews erhebt keinen Anspruch auf ein allgemein gültiges Ergebnis, allerdings kann man daraus durchaus Tendenzen ableiten.

4.1 Diagnosestellung

Wie wichtig die Diagnosestellung für Kinder mit FASD ist, wurde in Abschnitt 2.2 schon näher erläutert. Fr. Dr. H. vom SPZ Ludwigsburg erklärte, dass sie in ihrem interdisziplinären Team Kinder auf FASD im Rahmen von Entwicklungsdiagnosen untersuchen und diagnostizieren. Der Schwerpunkt des SPZ ist normalerweise die Altersgruppe zwischen 0 und 16 Jahren, bei FASD sind die vorgestellten Kinder jedoch meist älter. Die Altersspanne reicht von 0 bis 18 Jahren, allerdings wird der Großteil der Patienten und Patientinnen erst im Jugendalter vorgestellt und diagnostiziert. Grund dafür ist, dass sich im Jugendalter die sozialen Schwierigkeiten der Betroffenen oft verstärken. So agieren Jungs z.B. häufig als Schmieresteher und geraten dadurch mit dem Gesetz in Konflikt. Mädchen sind in der Pubertät durch ihre Distanzlosigkeit verstärkt sexuellen Übergriffen ausgesetzt.

Die Erfahrungen der Pflegeeltern B. decken sich mit der Aussage der Ärztin, denn auch ihr Pflegekind wurde erst im Schulalter diagnostiziert, als in der Schule massive Probleme auftraten. Daraufhin besuchten sie ein Seminar das den Titel trug: „Wenn Kinder nicht hören...nicht hören...nicht hören“. Das Verhalten, das dort beschrieben wurde, z.B. Kinder können nicht hinhören; sind ständig unterwegs; ihnen fällt nichts ein, wie sie ihre Freizeit gestalten können etc., traf so auf das eigene Pflegekind zu, dass sie das Kind erneut im SPZ vorstellten und den Arzt auf das Syndrom hinwiesen. Der Arzt antwortete ihnen dann leider nur mit: „Na, dann wissen Sie ja, was Ihr Kind hat“. Informationen besorgten sich die Pflegeeltern selbst über das Internet, Seminare und entsprechende Lektüre etc..

Beim Pflegekind der Familie R. wurde dagegen schon recht früh die Diagnose FAS gestellt. Nachdem das Kind mit 3 ½ Jahren zu seiner Pflegefamilie kam, stellten sie das Kind im SPZ vor. Dort bekam das Kind die Diagnose FAS gestellt. Informationen beschafften sich die Pflegeeltern selbstständig über das Internet. Umfassende und

ausführliche Informationen bekamen sie auch von den Ärzten des SPZ in Stuttgart. Die Pflegeeltern R. betonten, dass sie keine Informationen zu FAS vom Jugendamt bekommen hätten, obwohl sie das erwartet hatten. Sie haben das Gefühl, dass der Zustand des Kindes von den Mitarbeitern des Jugendamtes schön geredet wird und nicht offen und ehrlich mit dem Thema und auch den Defiziten des Kindes umgegangen wird. Der Kinderarzt der Familie war mit dem Krankheitsbild vertraut und konnte auch Informationen weitergeben. Allerdings ist er, nach Ansicht von Frau R., sehr vorsichtig in seinen Aussagen. Sie vermutet, dass FAS einfach immer noch ein Tabuthema in unserer Gesellschaft ist.

Bei der Pflegetochter der Familie S. wurde die Diagnose im Alter von 4 Jahren im SPZ Göppingen gestellt. Es tauchten damals Probleme im Kindergarten auf und es zeigte sich, dass sie sich nicht so entwickelt, wie die anderen Kinder in ihrem Alter. Informationen zu der Krankheit ihrer Tochter besorgte sich Familie S. selbst über das Internet und Fachliteratur. Da Frau S. von Beruf Krankenschwester ist, wusste sie auch, wo sie Informationen zu dem Krankheitsbild bekommen kann und schaute als erstes in ihren Pschyrembel. In ihrer Pflegeelterngruppe gibt es noch weitere betroffene Familien, so dass es dort auch einen regen Austausch von Informationen gab. Die Ärzte des SPZ wiesen die Eltern auf Internetquellen hin und gaben ihnen Broschüren mit. Vom Jugendamt erhielt auf Familie S. keine Informationen. Frau S. vermutet, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Jugendamts selbst wenig Wissen über das Krankheitsbild haben, obwohl es doch so häufig vorkommt, vor allem bei Pflegekindern.

Der befragten Jugendamtsmitarbeiterin sind von ihren 35 Kindern, die sie betreut, nur zwei mit der sicheren Diagnose bekannt. Bei zwei weiteren Kindern liegt die Vermutung nahe, dass sie FAS haben, allerdings wurde bislang noch keine Diagnose gestellt.

Der befragte Lehrer erzählte, dass von seinen neun Schülern und Schülerinnen sechs offensichtlich FASD haben, da bei ihnen die charakteristischen Gesichtsmerkmale erkennbar sind. Bei keinem dieser Schüler und Schülerinnen wurde jedoch bisher die Diagnose gestellt.

4.2 Symptome

Was in allen Interviews als auffälliges Symptom genannt wurde, war die Distanzlosigkeit der Kinder mit FASD. Sie gehen sehr unbefangen auf Fremde zu und haben keine Angst mit Fremden mitzugehen. Die Pflegeeltern R. erzählten, dass ihr Pflegekind die ersten Jahre zu jeder (fremden) Frau „Mama“ gesagt habe und mit dieser auch nach Hause gegangen wäre. In den Interviewsituationen durfte ich dies selbst erleben, denn

die Kinder sind mir sehr aufgeschlossen begegnet und hatten sofort Vertrauen zu mir. Am Ende eines Interviews bekam ich zwei selbst gebastelte Geschenke von einem Kind, obwohl wir uns gerade mal eine Stunde kannten.

Die Kinder der befragten Pflegeeltern sind sehr klein und schmal und wiesen die typischen Gesichtsmerkmale auf. Auch die Mitarbeiterin des Jugendamts berichtete, dass die von ihr betreuten Kinder mit FAS sehr schmal und klein seien. So betreue sie ein 20-jähriges Mädchen, das gerade einmal 1,50 m und einen 18-jährigen Jungen, der ca. 1,60 m groß ist.

Hyperaktivität trat bei den Pflegekindern in den meisten Fällen auf. Die Pflege Tochter der Familie B. wird aufgrund ihrer ADHS-Problematik seit einem Jahr mit Ritalin behandelt. Die Pflegeeltern können eine deutliche Verbesserung bei ihrer Tochter beobachten. Sie kann nun z.B. an Aufgaben dran bleiben, muss nicht mehr ständig in Bewegung sein und Anweisungen nimmt sie jetzt besser auf. Die Tochter der Familie S. ist ebenfalls hyperaktiv, bekommt allerdings nicht Ritalin, sondern das homöopathische Mittel Zappelin. Auch die Eltern S. können eine deutliche Verbesserung im Verhalten ihrer Tochter seit Einnahme des Medikaments feststellen. Die Mitarbeiterin des Jugendamtes berichtete, dass die ihr bekannten Kinder sehr unruhig und hyperaktiv seien. Der befragte Lehrer bestätigte diese Unruhe und Hyperaktivität. Die Kinder können sich im Unterricht nur sehr kurz konzentrieren und brauchen viel Abwechslung.

Die Pflegeeltern S. berichten, dass ihre Pflege Tochter sehr impulsiv ist. Sie hat außerdem schwankende Stimmungen, die von „himmelhoch jauchzend“ bis zu „zu Tode betrübt“ reichen.

Die Schüler und Schülerinnen des befragten Lehrers weisen alle die typischen Gesichtsveränderungen auf. Die Pflegekinder der Familien R. und B. weisen ebenfalls einige der typischen Gesichtsmerkmale auf. Die Pflege Tochter der Familie S. hingegen hat keine Gesichtsveränderungen.

Der Intelligenzquotient seiner Schüler und Schülerinnen befindet sich schätzungsweise bei 90 (IQ gesunder Kinder liegt im Durchschnitt bei 100). Die Kinder befinden sich mit diesem IQ auf der Schwelle zwischen der Haupt- und Förderschule und werden deshalb häufig Schwellenkinder genannt. Sie können lesen, rechnen und schreiben, sind allerdings bei komplexen Aufgaben oder Transferleistungen überfordert. Die Schüler und Schülerinnen haben daher häufig Schwierigkeiten beim Bruchrechnen, schriftlichen Addieren und Prozentrechnen. Auch die Pflegeeltern R. bestätigten, dass ihr Kind kognitive Beeinträchtigungen habe und sich nicht lange konzentrieren könne. Die Pflegeeltern B. ergänzten, dass ihre Pflege Tochter kein Abstraktionsvermögen hätte, so

konnte sie lange Zeit keine Puzzle legen. Darüber hinaus kann sich das Kind nicht selbst beschäftigen und brauche ständig Anleitung. Die Pflégetochter der Familie S. hat einen durchschnittlichen Gesamt-IQ. Doch auch bei ihr ist das abstrakte Denkvermögen eingeschränkt. So kann sie z.B. Textaufgaben in Mathe nicht lösen und hat große Schwierigkeiten beim Sortieren einer Bildergeschichte hat.

4.3 Bedürfnisse der Kinder

Aus Sicht der Mitarbeiterin des Jugendamts, brauchen die Kinder sehr viel Aufsicht, gerade weil sie Fremden gegenüber sehr distanzlos und unbefangen sind. Im schulischen Bereich treten aufgrund der Intelligenzminderung ihrer Erfahrung nach häufig Probleme auf, und die Kinder brauchen sehr viel Begleitung und Motivation in der Schule. Der Bedarf dieser Kinder ist auch im häuslichen Bereich sehr viel höher, als bei anderen Pflegekindern. So brauchen sie sehr viel Aufmerksamkeit und Präsenz der Eltern, weil die Kinder Vereinbarungen wieder vergessen, ständige Anleitung benötigen und sich häufig nicht selbst beschäftigen können.

Aus Sicht der Ärztin ist Schutz das zentrale Bedürfnis der Kinder. Die Kinder müssen in ihren Stärken gefördert und in ihren Schwächen geschützt werden. Entscheidend dafür ist die frühe Diagnose, denn nur so sei gewährleistet, dass die Eltern ihr Kind verstehen und entsprechend mit ihm umgehen können. Der soziale Schutz nähme zu, je älter die Kinder werden, da man ihnen wie schon erwähnt, mit zunehmendem Alter ihre Behinderung nicht mehr ansieht. Es besteht eine große Gefahr, dass die Jugendlichen straffällig werden, z.B. Jungs werden oft zu Schmierestehern, da sie unrechtes Verhalten nicht verstehen können und sich gerne von anderen einspannen lassen. Bei Mädchen besteht die Gefahr, dass sie ungewollt schwanger werden, da sie aufgrund ihrer Unbefangenheit und Distanzlosigkeit sexuellen Übergriffen ausgesetzt sind. Die Kinder müssten ihrer Meinung nach früh genug über ihre Krankheit aufgeklärt werden, denn das mindere die Schuldgefühle bei den Betroffenen und führe zu einer größeren Offenheit zwischen Betroffenen und Erziehungsberechtigten.

Aus Sicht des Lehrers brauchen die Kinder in der Schule in erster Linie Lehrkräfte, die das Krankheitsbild FASD kennen und mit den betroffenen Kindern angemessen umgehen können. Die Kinder brauchen klare Strukturen und Ansagen, viel Gespräch und Kommunikation und wenig Regeln. Die wenigen Regeln sollten dafür klar und für die Kinder jederzeit sichtbar sein, indem man sie auf ein Plakat schreibt. Da die Konzentrationsfähigkeit der Kinder sehr eingeschränkt ist, sollte es im Unterricht viel Abwechslung zwischen motorischen und kognitiven Übungen geben. Die Unterrichtseinheiten

sollten kurz sein, so zwischen 20 und 30 Minuten. Wird in der Klasse bzw. im Unterricht etwas Neues eingeführt, muss dies vorher öfter angekündigt werden, damit die Kinder mehr Zeit haben sich auf das Neue einzustellen. Das Klassenlehrerprinzip ist für Kinder mit FASD von großem Vorteil, da die Kinder viel Stabilität und sichere Bindungen brauchen. Wechselnde Bezugspersonen und Klassenräume überfordern die Kinder schnell. Wesentlich ist außerdem eine geringe Klassengröße, die Anzahl sollte nicht mehr als sechs bis sieben Schüler betragen, um ein erfolgreiches Lernen zu ermöglichen.

Die Pflegeeltern B. sehen die besonderen Bedürfnisse ihres Kindes darin, dass es eine sehr intensive Betreuung und Förderung braucht. Der Motivationsbedarf des Kindes ist sehr hoch, vor allem bei Aufgaben die ihm schwer fallen, wie beispielweise in der Schule beim Rechnen. Auch die Pflegeeltern R. und S. sehen die besonderen Bedürfnisse ihrer Kinder darin, dass sie ständige Aufsicht und Betreuung brauchen. Beide Kinder brauchen klare Rituale, Regeln und Anweisungen und sind sehr unselbstständig. Familie S. berichtet, dass auch ihre Tochter den ganzen Tag über Hilfe benötigt und sich selbst nicht strukturieren kann. Regeln und Anweisungen müssen ständig wiederholt werden. Die Pflegeeltern R. haben Angst, das Kind alleine draußen spielen zu lassen, da es aufgrund seiner Distanzlosigkeit mit jedem Fremden mitgehen würde. Die Frage nach der richtigen Schule für das Kind war in beiden Familien ein großes Thema. In der Pflegefamilie R. vertritt das Jugendamt z.B. die Meinung, dass der Pflege Sohn auf eine Regelschule gehen könnte. Die Pflegeeltern sehen das jedoch ganz anders und haben große Angst, dass ihr Kind gleich zu Beginn seiner Schullaufbahn überfordert wird und schlechte Erfahrungen mit der Schule sammelt. Beim Einschulungstest für die Grundschule stellte der untersuchende Arzt eindeutig fest, dass das Kind mit dem derzeitigen Entwicklungsstand nicht in eine Regelschule gehen könnte. In den nächsten Wochen soll es einen runden Tisch mit Jugendamtsmitarbeiterin, Kindergärtnerin und Pflegeeltern geben, bei dem entschieden wird, in welcher Schule das Kind nach den Sommerferien eingeschult werden soll.

4.4 Bedürfnisse der Eltern

Bei der Frage nach ihren Bedürfnissen, wünschten sich die Eltern einen Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Eltern. Ein Austausch speziell zu diesem Thema unter Leitung einer Spezialistin, findet bisher nicht statt.

Fr. Dr. H. sieht die Bedürfnisse der Eltern darin, dass sie von den Fachleuten mehr Verständnis entgegen gebracht bekommen. Sie sollten die Eltern auf ihrem Weg der

Trauer, Wut und Resignation begleiten. Die Pflegeeltern benötigen möglichst viele Informationen zum Krankheitsbild ihres Kindes, um es möglichst gut einschätzen zu können. Auch die Pflegefamilie S. wünschte sich mehr Informationen zum Krankheitsbild vom Jugendamt. Auch sie schlägt Elterninitiativen vor, in denen die Eltern ernst genommen werden und sich austauschen können. Es sei für die Eltern außerdem wichtig, dass die Lehrkräfte, Erzieher und Erzieherinnen und Familienangehörige über das Krankheitsbild informiert sind und Verständnis für das Kind und die Eltern aufbringen können. Die Pflegefamilie R. erzählte, sie habe den Eindruck, die Erzieherinnen in ihrem Kindergarten wären mit der Betreuung ihres Pflegekindes überfordert und benötigen dringend Informationen zu FASD.

Desweiteren wurde der Wunsch nach Entlastung geäußert. Die Eltern müssen einen hohen Pflegeaufwand leisten und wünschen sich Unterstützung und mehr freie Zeit für sich selbst. Die Pflegeeltern vermissen außerdem mehr Anerkennung durch die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen für ihre Arbeit. Sie haben oft das Gefühl, dass der hohe Erziehungsaufwand, den sie leisten müssen, nicht gesehen und daher nicht anerkannt wird. Auch aus Sicht der Mitarbeiterin des Jugendamts sollten die Eltern stärker entlastet werden, da sie immer wieder an ihre Belastungsgrenzen stoßen. Die Möglichkeit bestehe durch die Einstufung in eine Pflegestufe, denn damit hätten sie einen Anspruch auf Verhinderungspflege. Sie könnten 28 Tage im Jahr Urlaub nehmen und die Kinder würden solange anderweitig untergebracht werden. Laut der Jugendamtsmitarbeiterin nehmen die Pflegeeltern dieses Angebot selten wahr bzw. haben bisher sogar noch keine Einstufung beantragt, da sie den Behinderungsstatus für ihr Kind nicht festgestellt haben möchten. Die Pflegeeltern hingegen berichteten, dass sie weder vom SPZ noch vom Jugendamt darüber informiert wurden, dass es sich bei der Krankheit ihrer Pflegekinder um eine anerkannte Behinderung handelt, die es möglich macht, das Kind in eine Pflegestufe einzustufen. Familie B. erhielt die Information über die Initiative FASworld, die im Folgenden noch dargestellt wird. Nach Meinung der Ärztin muss den Eltern klar gemacht, dass es keine Schande oder ein Zeichen von Schwäche ist, Hilfe zu beanspruchen. Das Verteilen der außerordentlichen Belastung auf mehrere Schultern ist bei Kindern mit FASD ihrer Meinung nach häufig erforderlich.

4.5 Hilfen im Alltag und Therapiemöglichkeiten

Neben Logopädie, Ergotherapie, Verhaltenstherapie und der medikamentösen Behandlung sieht die Ärztin die beste Hilfe darin, die Eltern umfassend informieren. Sie sollen lernen, wie sie am besten auf ihr Kind eingehen können und es somit vor Über-

forderung schützen. Die Kinder sind ihrer Ansicht nach auf die Stabilität im Alltag angewiesen. Fr. Dr. H. ist im Großraum Stuttgart eine der Wenigen, die Informationsveranstaltungen zu diesem Thema bietet.

Auf die Frage, welche Hilfsangebote es für Kinder mit FASD gibt, konnte die Mitarbeiterin des Jugendamts keine konkreten Hilfen nennen. Die Kinder werden oft wegen ihrer ADHS Problematik behandelt und betreut, ansonsten gäbe es keine speziellen Hilfen für Kinder mit FASD.

Die Pflegeeltern B. beschreiben, dass sie viele therapeutische Hilfen für ihre Tochter nutzen. So bekommt das Mädchen Ergotherapie und ist wöchentlich beim heilpädagogischen Reiten. Hilfen für die Alltagsbegleitung bekamen sie nur sehr wenig. Inzwischen hat die Familie auch eine Erziehungshilfe bekommen, die einmal in der Woche nachmittags kommt und etwas mit der Pflegetochter unternimmt. Da das Mädchen ständige Aufsicht benötigt, kommt die Pflegemutter kaum zu den alltäglichen Aufgaben und wird durch die Erziehungshilfe entlastet. Im schulischen Bereich hat das Mädchen inzwischen eine Schulbegleitung (Motivationshilfe). Im Alter von 6 Jahren wurde das Kind in eine sonderschulpädagogische Einrichtung eingeschult, konnte aber bereits nach einem halben Jahr nicht weiter beschult werden. Die Schule weigerte sich daraufhin das Mädchen weiterhin in der Schule zu behalten, so dass die Pflegeeltern gezwungen waren, eine neue Schule für das Kind zu suchen. Damit der Schulbesuch nicht ein zweites Mal scheitert, sahen die Pflegeeltern eine Schulbegleitung als dringend notwendig an. Erst nachdem es in der neuen Schule ebenfalls zu massiven Schulproblemen kam, gab es eine Helferkonferenz, bei der die Schulbegleitung schließlich doch bewilligt wurde. Über die Krankheit ihres Kindes hat sich Pflegefamilie B. selbst durch Vorträge und das Internet informiert. Durch das Jugendamt haben sie nichts über die Krankheit ihres Kindes erfahren.

Die Pflegeeltern R. bekommen momentan nur wenig Hilfen für ihr Pflegekind. Das Kind war einige Male in Ergotherapie. Diese wurde jedoch abgebrochen und durch Krankengymnastik ersetzt. Sie mussten 2 ½ Jahre für eine Integrationshilfe im Kindergarten kämpfen und haben diese nun für ein halbes Jahr zugesichert bekommen. Das ist aber nur dem großen und unermüdlichen Einsatz der Pflegeeltern zu verdanken.

Die Pflegeeltern S. bekommen nur Ergotherapie für ihre Pflegetochter, die ihrer Konzentration und Strukturierung dienlich sein soll. Ihre Tochter besuche zwar momentan eine Zirkusschule, bekommt Flötenunterricht und geht wöchentlich zum Voltigieren, doch organisieren und finanzieren das die Eltern selbst.

4.6 Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit

Aus Elternsicht, müssten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen ausführlich über FASD und die Ausprägungen geschult werden. Fr. Dr. H. berichtete, dass die Jugendämter und sozialen Einrichtungen sehr wenig Wissen zu diesem Thema haben und hier ein großer Handlungsbedarf bestehe. Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sollten wissen, welche Bedürfnisse ein Kind mit FASD hat und die Familien dahin gehend informieren und unterstützen. Die Familien sollten Unterstützung von Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen erfahren, durch entsprechende Hilfen entlastet werden und an Stellen vermittelt werden, die adäquate Hilfe leisten können. Zudem wünschen sich die Eltern, dass das Wissen über FASD von der Sozialen Arbeit und den Kinderärzten und -ärztinnen nicht nur an Pflege- oder Adoptiveltern, sondern auch an Erzieher und Erzieherinnen sowie an die Lehrkräfte weitergegeben wird. Aus Elternsicht sollten alle Informationen den Pflegeeltern vom Jugendamt zur Verfügung gestellt werden. Pflegeeltern sollten wissen, was das Kind mit in die Familie bringt und deshalb ist es wichtig, dass sie alle nötigen Informationen bekommen. Familie S. berichtet z.B., dass das Jugendamt sie lange nicht informiert hat, dass in der Herkunftsfamilie ein Alkoholproblem und häusliche Gewalt im Spiel war.

Eine FAS-Beratungsstelle wurde von den Eltern gewünscht, so dass es eine zentrale Anlaufstelle für die betroffenen Familien gibt, von der aus sie Hilfe und Unterstützung bekommen und an andere Stellen weiter vermittelt werden können.

Ein weiteres Problem der Eltern bestand darin, dass sie sich ganz alleine um die Hilfen für ihr Kind kümmern und diese selbst koordinieren müssen. Außerdem müssen sie die Vorgeschichte des Kindes immer wieder von Neuem erzählen. Deshalb äußerten sie den Wunsch nach einer Person, die die Hilfsmöglichkeiten abstimmt und die vorhandenen institutionellen Ressourcen koordinierend heranzieht, also einem Case Manager.

Zusätzlich sollten mehr finanzielle Mittel eingesetzt werden, damit die Pflegeeltern regelmäßig Supervision bekommen. Sie bräuchten nicht nur Erziehungsberatung, sondern vor allem Entlastung und Betreuung.

Der Lehrer sieht den größten Handlungsbedarf in der Ausbildung der Lehrkräfte. Das Thema FASD sollte ein fester Bestandteil in der Lehrer- und Erzieherausbildung sein. Ihm erscheint es wichtig, dass die Lehrkräfte bzw. Erzieher und Erzieherinnen das Krankheitsbild kennen und mit den Defiziten der Kinder umgehen können. Seiner Auffassung nach müssen sich die Fachkräfte in Bildungseinrichtungen auf die Kinder einstellen und nicht umgekehrt. Er wünscht sich außerdem von der Bildungspolitik, dass

sie mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stellt, damit das Personal in Schulen besser geschult werden kann und mehr Lehrkräfte eingestellt werden können.

5. Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde auf verschiedene Problematiken im Zusammenhang mit FASD hingewiesen. Dabei wurden insbesondere die Folgen des mütterlichen Alkoholkonsums für das Kind, die aus der Behinderung des Kindes resultierenden Anforderungen sowie diesbezügliche Hilfsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten beleuchtet. Anhand der vorliegenden Interviews wollte ich herausfinden, welche Bedürfnisse Kinder mit FASD haben, welche Hilfsangebote für die Kinder bestehen und welchen Handlungsbedarf es für die Soziale Arbeit im Bezug auf diese Kinder noch gibt. Deutlich wurde, dass es noch einen großen Handlungsbedarf gibt, um sowohl die Kinder als auch die Eltern besser zu unterstützen. Daher möchte ich in diesem Kapitel den Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit herausarbeiten.

5.1 Schutz des Kindes

Wie schon mehrfach erwähnt, ist FASD nicht heilbar. Das Kind sollte lernen, sich trotz seiner Beeinträchtigungen seine Lebensfreude zu erhalten. Der Lebenserfolg des Kindes hängt nicht nur von der Behinderung ab, sondern von den Möglichkeiten der Bezugspersonen, dem Kind vorzuleben, dass auch mit seiner Problematik das Leben zu bewältigen ist und immer neue Wege gefunden werden können. Eltern von betroffenen Kindern müssen früh lernen, zu bestimmten Defiziten ihrer Kinder gelassen und selbstbewusst ja sagen zu können, ihre eigenen Erwartungen zurückzuschrauben und mit Vertrauen und Glauben an das Kind in die Zukunft zu blicken. Eine wichtige Erfahrung für ein beeinträchtigtes oder behindertes Kind ist es, von seiner Familie geliebt und so geachtet zu werden, wie es ist. ([20], S. 208) Die Aufklärung und Begleitung der Eltern kommt daher in erster Linie dem Kind zu, denn realistische Erwartungen schützen das Kind vor Überforderung, Schuldzuweisungen und Verachtung. Es ist sinnvoll, wenn die Eltern ihre Kinder altersgemäß über ihre Problematik aufklären. So können die Schuldgefühle der Betroffenen gemindert werden, denn FASD-Kinder merken sehr schnell, dass sie anders sind als andere Kinder, ohne den Grund hierfür zu kennen.

Bei einer Fremdunterbringung ist bei Kindern mit FASD von den Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen zu beachten, dass diese Kinder ein stabiles Umfeld benötigen. Ständige Wechsel in der Betreuungssituation oder gar Heimaufenthalte stellen bei diesen Kindern wegen der fehlenden Bindungskonstanz in noch weit höherem Maße als bei gesunden Kindern ein erhebliches zusätzliches Entwicklungsrisiko dar.

5.2 Ausbildung des Fachpersonals

Aufgrund der Interviews entstand der Eindruck, dass die Kinderärzte und –ärztinnen über nur wenig Wissen zum Thema FASD verfügen. Sie sind nach wie vor nicht spezifisch genug ausgebildet und sehen sich außerstande, betroffenen Familien Beratung und Hilfe anzubieten. Sie sollten bereits in ihrer Ausbildung mit den Ursachen und Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft vertraut gemacht werden. Es könnten weiterhin auch Beratungs- und Weiterbildungskonzepte zum Thema FASD für Ärzte, Hebammen und Gynäkologen entwickelt werden. Es besteht auch der Eindruck, dass viele Kinder- und Jugendärzte und –ärztinnen sich vor einer Diagnosestellung scheuen. Wie in Abschnitt 2.2 erläutert, ist die Diagnosestellung sehr komplex und häufig sehr schwierig, hinzu kommt die Befürchtung der Ärzte, durch die Diagnose die Mütter und ihre Kinder zu stigmatisieren oder ihnen eine Schuld zuzuweisen.

Erzieher und Erzieherinnen, Lehrkräfte sowie Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sollten über die Thematik hinreichend informiert und weitergebildet werden, um die Familien und vor allem die Kinder gezielt zu begleiten, zu fördern und ihnen das erforderliche Verständnis entgegenbringen zu können. Doch leider wissen sogar die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Jugendamtes teilweise nicht, welche Hilfen für die Kinder angemessen und hilfreich sind.

Mit den Eltern sollte offen und ehrlich über das Thema gesprochen werden. Sie sollten auf alle eventuellen Schwierigkeiten durch das Fachpersonal hingewiesen werden, denn nur so können sie das Verhalten ihres Kindes verstehen, realistische Ziele setzen und mit einer speziellen Förderung beginnen. Leider kommt es noch häufig vor, wie auch in den Interviews von den Pflegeeltern bestätigt, dass Hinweise und Fragen nach konkreten Hilfestellungen von den Eltern bei den Mitarbeitern der Jugendämter oft keine Beachtung finden. Dabei sind doch gerade die Eltern die Experten des Kindes bzw. des Jugendlichen. Es ist wichtig, dass Fachkräfte und Eltern als ein Team zusammenarbeiten. ([1], S. 131)

Pflege- und Adoptiveltern sollten schon vor der Aufnahme eines Pflege- oder Adoptivkindes zum Thema FASD informiert werden. Interessierte Pflege- und Adoptiveltern werden in der Regel zu Vorbereitungsseminaren eingeladen. Die interviewten Pflegeeltern erzählten, dass in den Seminaren zwar die Themen Traumatisierung und Bindungsstörungen angesprochen, aber FASD nie explizit genannt wurden. In diesen Vorbereitungsseminaren sollten interessierte Pflege- und Adoptiveltern zukünftig zu dem Thema Informationen bekommen. Man sollte mit ihnen möglichst ehrlich umgehen und sie auf mögliche Behinderungen des Kindes aufmerksam machen. Das Jugendamt

sollte künftige Pflegeeltern, wenn bei der leiblichen Mutter eine Alkoholabhängigkeit besteht, deutlich darauf hinweisen und sie auch über die möglichen Folgen für das Kind aufklären. In den Interviews und auch bei meiner Literaturrecherche wurde deutlich, dass viele Pflege- und Adoptiveltern sich vom Jugendamt bzw. von der Adoptionsvermittlung hintergangen fühlen. Viele der Eltern haben geäußert, dass ihnen absichtlich Informationen vorenthalten wurden, die auf das Krankheitsbild ihres Kindes hingewiesen hätten. Das ist auch ein großes Problem in der Adoptionsvermittlung. Gerade Roma-Kinder oder Kinder aus Russland haben häufig FASD. Die Adoptiveltern werden aber nicht auf dieses Krankheitsbild aufmerksam gemacht und in der Folge adoptieren sie ein behindertes Kind. Mehr Offenheit und Kooperation zwischen Vermittlungsstelle und Eltern wäre wünschenswert.

5.3 Case Management

In den Interviews wurde deutlich, dass die Eltern sehr viel Kraft und Anstrengung aufwenden müssen, um die Hilfen für ihr Kind zu organisieren und koordinieren. Die Pflegeeltern beklagten, dass eine Zusammenarbeit der einzelnen Stellen, z.B. behandelter Kinder- und Jugendarzt, SPZ, Ergotherapie usw., nicht vorhanden sei und sie die Geschichte des Kindes immer wieder von Neuem erzählen müssten. Ein Case Manager könnte für diese Familien sehr hilfreich sein, denn er erbringt – im Unterschied zur klassischen Einzelfallhilfe – die Hilfen nicht selbst, sondern organisiert sie vielmehr. Ein zentrales Prinzip des Case Managements ist, dass Art und Umfang der Hilfeerbringung durch den Bedarf des Klienten bzw. der Klientin bestimmt wird. Case Management garantiert ein effektives und effizientes Arbeiten und eine bessere Gestaltung der Hilfeerbringung, insbesondere wenn es sich um komplexe Probleme handelt, wie es bei Klienten und Klientinnen mit FASD der Fall ist. ([37], S. 7) Die Vernetzungsaufgabe im Case Management liegt darin, die Bedürfnisse des Patienten in seinem System mit den Angeboten der Hilfesysteme zusammenzuführen ([38], S. 94). Nach § 10 SGB IX wird eine Koordinierung der Leistungen bei der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen erforderlich, wodurch es nahe liegt, ein Case Management anzuwenden. Das Case Management könnte z.B. im SPZ oder beim Pflegekinderdienst angesiedelt sein. ([39], S. 33)

In der Kinderklinik des Klinikums Augsburgs wurde beispielsweise 1994 ein Case Management eingeführt. In der Kinderklinik Augsburg wird eine Vielzahl schwerkranker oder chronisch kranker Kinder behandelt. Mitarbeiter des Klinikums konnten die fehlenden Verbindungen zwischen stationärer, häuslicher und ambulanter Versorgung nicht

mehr länger hinnehmen. Es wurde ein Nachsorgekonzept eingeführt, das folgende besondere Merkmale hat: ([38], S. 91ff.)

- systemintegrierende Vernetzung aller Hilfspartner durch einen Case Manager,
- ein multidisziplinäres Team kompetenter und ausgebildeter Helfer,
- die ganze Familie ist „Patient“,
- ganzheitliche Hilfe,
- Hilfe zur Selbsthilfe sowie
- am Bedarf orientierte, auf die Familie bezogene Hilfsangebote.

Der Case Manager im Augsburger Nachsorgemodell organisiert und koordiniert die für die jeweiligen Familien notwendigen Maßnahmen und vernetzt die Hilfen aus allen Bereichen. Wichtig ist dabei, dass nicht nur die Defizite und Bedürfnisse der Kinder benannt werden, sondern auch die Fähigkeiten und Stärken der Patienten und Patientinnen und der Familie erfasst werden und Hindernisse in der Nutzung von Ressourcen beseitigt werden. ([38], S. 95)

5.4 Beratungsstellen

Eine weitere Möglichkeit FASD-Betroffene und ihre Familien zu unterstützen, sind Beratungszentren. Hier könnten Ratsuchende an Ärzte, therapeutische Einrichtungen, Psychologen, Selbsthilfegruppen, Behörden etc. weitervermittelt werden ([20], S. 196). Bundesweit gibt es nur zwei Beratungsstellen für Eltern mit alkoholgeschädigten Kindern. In der Charité, der Universitätsklinik in Berlin, wurde erst kürzlich gemeinsam mit der „Stiftung für das behinderte Kind“ ein Zentrum für Menschen mit angeborenen Alkoholschäden eröffnet. Neben Diagnostik und Beratung soll besonders die primäre Prävention, d.h. die Aufklärung über die schädliche Wirkung von Alkohol in der Schwangerschaft, in den Fokus gerückt werden. [40] Eine weitere Beratungsstelle ist die FAS-Ambulanz in Münster, die seit Januar 2008 besteht und in die Kinderklinik der Universitätsklinik Münster eingegliedert ist. Jährlich werden ca. 300 Kinder und Jugendliche aus Deutschland und den Nachbarländern in der Ambulanz in Münster vorgestellt. Die Patientenversorgung in der FAS-Ambulanz, umfasst die Diagnostik, familiäre und sozialrechtliche Beratung und Hilfestellung sowie die Begleitung der Patienten und Patientinnen und ihrer Familien bis ins Erwachsenenalter. In Zusammenarbeit mit der Diakonie wurden spezielle Formen des betreuten Wohnens und Arbeitens für junge Erwachsene mit FASD entwickelt. [41] Über die Arbeit mit den Kindern und Familien hinaus, wird in der FAS-Ambulanz die Problematik von FASD in wissenschaftlichen Studien begleitend untersucht. Zu diesem Zweck wird der Lebensweg der Patienten

und Patientinnen bis ins Erwachsenenalter verfolgt. Desweiteren werden Schwierigkeiten bei der beruflichen Eingliederung und die Ausgrenzung Betroffener im Alltag erfasst. [41]

5.5 Elterninitiativen

Elterninitiativen ergänzen professionelle Beratungsformen sinnvoll. Ein wichtiger psychohygienischer Aspekt für Familien mit alkoholgeschädigten Kindern ist, mit anderen betroffenen Familien in einen Erfahrungsaustausch zu treten. Die Pflegeeltern bestätigten in den geführten Interviews, dass es für sie sehr wichtig sei, Erfahrungen mit anderen betroffenen Eltern austauschen zu können. Es tut den Eltern gut zu wissen, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine dastehen, andere sie kennen und auch verstehen. Zudem bieten Elterninitiativen die Chance, eigene Kompetenzen zu stärken und die Angst und Scham vor dem eigenen Anderssein zu überwinden. Die Eltern fühlen sich durch die Auffälligkeiten des Kindes nicht mehr ausgegrenzt. ([10], S. 86)

In Deutschland gab es bis 1998 eine einzige Elterninitiative, die sogenannte „Alkoholgeschädigte Kinder e.V.“ ([1], S. 103). Diese wurde 1984 von Pflege- und Adoptiveltern von Kindern mit FASD gegründet. Ihre Hauptziele waren:

- Erfahrungsaustausch zwischen betroffenen Eltern,
- Veranstaltung von Fortbildungsseminaren zur Vermittlung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Therapiemöglichkeiten,
- Aufklärung über die Gefahren des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft,
- Anregung wissenschaftlicher Untersuchungen,
- Beratung leiblicher Eltern sowie
- Veranstaltung von Familienwochenenden, um den Kontakt zwischen betroffenen Familien zu fördern.

Die Elterninitiative „Alkoholgeschädigte Kinder e.V.“ besteht seit 1998 nicht mehr, die Mitglieder sind dem Bundesverband „Behinderter Pflege- und Adoptivkinder e.V.“ beigetreten.

Eine weltweite Selbsthilfegruppe für Eltern, Betroffene und Fachkräfte stellt „FASworld e.V. Deutschland“ dar. Am Anfang von FASworld stand eine Online-Selbsthilfegruppe, die Ann Gibson 2001 ins Leben gerufen hat, die selbst Pflegemutter eines Kindes mit FASD war. Im September 2002 wurde der Verein „FASworld e.V.“ gegründet und die wichtigsten Ziele festgelegt. Der Verein bietet eine geschlossene Online-Selbsthilfegruppe und ein offenes Forum für Ratsuchende an. Er unterstützt Adoptiv-

und Pflegeeltern durch kompetente Beratung und Unterstützung im Einzelfall. Dazu setzen sie in den meisten deutschen Bundesländern ehrenamtliche FASD-Berater und -Beraterinnen ein. Diese beraten und begleiten betroffene Familien, besonders in Krisensituationen, und arbeiten eng mit Fachkräften von medizinischen, therapeutischen und sozialen Einrichtungen zusammen. Durch Fortbildungen und Seminare in sozialen Einrichtungen trägt der Verein wesentlich dazu bei, dass Pflegekindern angemessene Hilfen zuteil werden. Jährlich organisieren sie ein FAS-Symposium, bei dem neue wissenschaftliche Erkenntnisse aus Theorie und Praxis von Experten und Expertinnen vorgestellt werden.

In Stuttgart gibt es von FASworld e.V. eine Regionalgruppe, die ich während meiner Recherchen zu dieser Arbeit besucht habe. Dort treffen sich betroffene Pflege- und Adoptiveltern, um Erfahrungen und Informationen auszutauschen. Die Gruppe wird von zwei Frauen geleitet. Leider ist diese Elterninitiative bisher recht unbekannt und in Stuttgart in kein Netzwerk integriert. Wünschenswert wäre, wenn Eltern bei der Diagnosestellung schon auf die entsprechende Regionalgruppe hingewiesen werden und Kontaktadressen zu den Ansprechpartnern erhalten würden. Weiterhin sollten diese Elterninitiativen flächendeckend in Deutschland für betroffene Familien angeboten und publik gemacht werden.

Eine Gefahr solcher Selbsthilfegruppen ist es, dass die Eltern versuchen, sich gegenseitig mit spektakulären Geschichten ihrer Kinder zu übertrumpfen oder in gemeinsames Jammern verfallen. Dies zu verhindern ist die Aufgabe des Gesprächsleiters bzw. der Gesprächsleiterin.

5.6 Supervision

Ein weiteres Thema das in allen drei Pflegefamilien erwähnt wurde, war, dass Informationen teilweise aus Datenschutzgründen den Eltern nicht weitergegeben werden. Doch gerade Pflege- und Adoptivfamilien, die sich einem behinderten oder schwer verhaltensauffälligen Kind annehmen benötigen jede Information über ihr Kind und seine Geschichte ([10], S. 66). Eine zusätzliche Möglichkeit diese Familien zu unterstützen und zu stärken, stellt die Supervision dar. In der Supervision können Pflege- und Adoptiveltern die eigene Tätigkeit, das eigene Denken und Handeln reflektieren. Pflegeeltern übernehmen im Rahmen der Jugendhilfe eine wichtige Funktion, was oft übersehen wird. Jugendämter und Pflegekinderdienste betonen gerne, dass Pflegeeltern Kooperationspartner sind, in der Praxis erleben es die Pflegeeltern aber oft anders. Für den Umgang mit FASD-Kindern und Jugendlichen benötigen sie, wie die Mitarbeiter

und Mitarbeiterinnen in den Einrichtungen der Jugendhilfe, professionelle Beratung, Unterstützung und das entsprechende Know-how. Über den Informationsaustausch hinaus, können betroffene Pflegeeltern in der Supervision lernen, den Alltag in der Familie in der Distanz zu betrachten, das eigene Verhalten zu reflektieren und sich damit zu entlasten. Auf diese Weise können die Eltern neue Kraftreserven mobilisieren.

5.7 Schule

Die Verhaltensauffälligkeiten und kognitiven Probleme führen bei Kindern mit FASD dazu, dass sie nicht in der Lage sind eine Regelschule zu besuchen. Viele Lehrer von Regelschulen sind mit diesen Kindern überfordert. Aufgrund der großen Anzahl der Schüler und Schülerinnen bleibt den Lehrkräften meist keine Zeit, auf die individuellen Bedürfnisse einzelner Problemschüler einzugehen und spezifische Fördertechniken anzuwenden. Kinder mit FASD sollten daher von Anfang an in eine Schule mit kleinen Klassen, ausgebildeten Sonderpädagogen und einem angepassten Lernumfeld eingeschult werden.

Für den didaktischen Bereich heißt das, dass die Lerninhalte für Kinder mit FASD oft zu wiederholen und zu üben sind. Die Unterrichtseinheiten sollten kürzer sein und motorische und kognitive Betätigung sollten sich abwechseln. Die Kinder müssen im Unterricht immer wieder an ihre Aufgaben erinnert werden. Die Lehrer sollten verstehen können, dass das Kind nicht träge oder faul ist und es die Erwachsenen nicht ärgern möchte, sondern Gelerntes beim Kind aufgrund der Hirnschädigung ganz schnell wieder verloren gehen kann. Betroffene Kinder und Jugendliche können sich nur schwer an Regeln halten. Sie können die vorhandenen Regeln zwar meist gut aufsagen, aber in entsprechenden Situationen nicht befolgen. So kann es beispielsweise vorkommen, dass ein Kind mit FASD regelmäßig den Schulhof verlässt, wenn es etwas Interessantes sieht, obwohl es „weiß“, dass es den Schulhof nicht verlassen darf. ([17], S. 4) Da die Pädagogen bei den betroffenen Kindern nicht auf Lernvermögen und Einsicht setzen können, müssen sie möglichst Situationen vermeiden, in denen das Kind Fehlverhalten zeigen könnte. Dennoch kann nicht gänzlich auf Belehrungen und Kontrolle verzichtet werden. ([17], S. 5)

Wünschenswert wäre, dass es genug Schulen für Kinder mit FASD gibt, die den besonderen Bedürfnissen der Kinder gerecht werden. Dazu bedarf es auch einer gründlichen Schulung der Lehrkräfte. Diesen muss Informationsmaterial zur Verfügung gestellt werden, damit sie sich über das Krankheitsbild selbst informieren zu können und um über geeignete Techniken zur Unterrichtsgestaltung in Kenntnis gesetzt zu werden.

([1], S. 134) Sie sollten mit diesem Krankheitsbild so vertraut sein, um erkennen zu können, welches Kind betroffen ist und um entsprechend mit der Situation umgehen zu können. Dazu wäre es sinnvoll, das Thema FASD zu einem Teil der Lehrerausbildung und auch Erzieherausbildung zu machen.

6. Zusammenfassung und Fazit

In Deutschland werden jährlich schätzungsweise 4.000 Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom und 10.000 Kinder mit Fetalen Alkoholeffekten geboren. Die Kinder kommen zum Teil mit schweren Behinderungen zur Welt, die durch den Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft verursacht werden. Trotz der großen Verbreitung von FASD, ist das Thema in der Öffentlichkeit immer noch ein Tabuthema, über das nicht gesprochen wird. Ein Grund dafür ist die öffentliche und private Geheimhaltung des Problems Alkoholismus. Doch Kinder mit FASD werden ihr Leben lang mit den Folgen des Alkoholkonsums ihrer Mütter leben müssen. Durch ihre Behinderungen sind viele kaum in der Lage, ein selbstständiges Leben zu führen und sind ihr Leben lang auf die Hilfe von anderen angewiesen. Die Bedürfnisse der Kinder sind sehr vielfältig und komplex.

Wie im Verlauf der Arbeit zu sehen war, ist eine frühzeitige Diagnose wichtig, um die Kinder früh gezielt zu fördern. Leider musste ich feststellen, dass die Diagnose häufig nicht gestellt wird bzw. erst sehr spät. Ein Arzt des SPZ in Stuttgart bestätigte mir, dass sie nur sehr selten die Diagnose stellen. Gründe dafür seien, dass sie das Krankheitsbild oft nicht erkennen oder ihnen von den Müttern die Wahrheit über ihren Alkoholkonsum nicht gesagt wird. Häufig spielt bei Kinderärzten bzw. –ärztinnen und Gynäkologen auch die Angst mit, dass sie mit der Diagnose die Familien stigmatisieren und den Müttern eine Schuld zuweisen. Hinzu kommt, dass in Deutschland zu wenig Ärzte und Ärztinnen auf FASD spezialisiert sind und FASD sicher diagnostizieren können. Dadurch wird deutlich, dass Kinderärzte und –ärztinnen noch spezifischer ausgebildet werden müssen und das Thema in der Ausbildung vertieft werden sollte.

Die besonderen Bedürfnisse, die die Kinder im Kindergarten und der Schule haben, erfordern auch eine bessere Schulung von Erziehern und Erzieherinnen sowie der Lehrkräfte. Für Kinder mit FASD ist es wichtig, dass sie von Anfang an in eine geeignete Schule eingeschult werden. Diese Schulen sollten kleine Klassen, ausgebildeten Lehrkräfte und ein angepasstes Lernumfeld haben, um eine gute Basis für die Förderung dieser Kinder zu schaffen. Den Lehrkräften sollte Informationsmaterial zur Verfügung gestellt werden, damit sie sich über geeignete Techniken zur Unterrichtsgestaltung informieren können. Das Thema FASD sollte damit auch zu einem Teil der Lehrer- und Erzieherausbildung gemacht werden.

Auch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sollten besser über FASD informiert werden. Mir selbst war das Krankheitsbild unbekannt, bis mir meine Bekannten von ihrer Pflege Tochter erzählten. Natürlich wusste ich, dass der Alkoholkonsum in der Schwan-

gerschaft schädlich ist, doch wie weitreichend die Folgen für das Kind sind, war mir bis dahin nicht bewusst.

Die Interviews sowohl mit den befragten Pflegeeltern und der Ärztin, als auch dem Lehrer ergaben, dass der Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit zum Thema FASD sehr groß ist. Die bestehenden Hilfen sind wie die Interviews zeigten, nicht ausreichend. Es sind zusätzliche Hilfsangebote, wie z.B. Beratungsstellen, ein Case-Management für betroffene Familien sowie Supervision für Pflegeeltern, notwendig. Elterninitiativen gibt es zum Teil schon, doch sind diese noch zu selten und müssten flächendeckend angeboten, publik gemacht und in ein Netzwerk eingebunden werden.

Es ist eine Aufgabe der Jugendämter und Pflegekinderdienste, den Pflegeeltern mehr Hilfen und Unterstützungen zu gewähren. Dafür ist es notwendig, dass sie umfassende Informationen zum Krankheitsbild FASD haben und wissen, welche Hilfen für das Kind hilfreich sind. Es wurde für mich sehr deutlich, dass gerade hier ein Interessenkonflikt besteht. Auf der einen Seite stehen die Pflegeeltern, die ihr Pflegekind bestmöglich fördern möchten und deshalb so viele Hilfen wie möglich haben wollen. Auf der anderen Seite ist das Jugendamt angehalten ressourcenorientiert zu arbeiten und mit ihren Mitteln zu haushalten.

Von den Pflegeeltern, wurde auch mehrfach eine bessere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen sozialen Einrichtungen wie Schulen, Jugendämter, Kindergärten etc. gewünscht. Durch eine verstärkte Zusammenarbeit könnten Hilfen schneller eingeleitet und die Kinder früher gefördert werden. Dabei könnte ein Case Manager hilfreich sein, der die Hilfen koordiniert und zusammenführt.

Die Prävention von FASD war kein Gegenstand der Arbeit, doch fiel mir während meinen Recherchen auf, dass es in Deutschland bisher keine große Aufklärungskampagne gab. Wie ich feststellen musste, gibt es immer noch Gynäkologen, die Schwangeren ein Glas Wein am Abend gegen Schlaflosigkeit empfehlen. Die medizinischen Untersuchungen während der Schwangerschaft bieten eine gute Möglichkeit die werdenden Eltern über den schädigenden Einfluss von Alkohol aufzuklären. Verschiedene Aufklärungsmaßnahmen könnten beispielsweise Vorträge von Experten, das Verteilen von Broschüren oder Unterrichtsmaterialien über FASD für Lehrkräfte sein. In Amerika werden seit 1988 alkoholische Getränke etikettiert mit dem Warnhinweis, dass schwangere Frauen kein Alkohol trinken sollten, da das Risiko für Geburtsfehler bestünde ([1], S. 142).

Ich wünsche mir, dass die Öffentlichkeit zukünftig verstärkt auf dieses Thema aufmerksam wird und den Kindern schneller und besser geholfen werden kann. Die Hilflosigkeit

der Pflegeeltern, die ich erleben musste, halte ich für eine Tragödie und wünsche mir, dass die Soziale Arbeit Wege findet, um betroffene Kinder und ihre Familien schneller, besser und effizienter zu unterstützen und zu betreuen. Schließlich wünsche ich mir, dass Pflegeeltern von FASD-Kindern für ihre Leistung mehr Anerkennung bekommen.

Die Arbeit machte deutlich, wie schwerwiegend gerade auch die Sekundären Behinderungen und ihre Folgen für die Betroffenen sein können. Junge Erwachsene mit FASD geraten oft mit dem Gesetz in Konflikt, werden obdachlos oder drogenabhängig oder werden Opfer von Missbrauch und Gewalttaten. Dies könnte zum Teil verhindert werden, wenn die Soziale Arbeit sich stärker dem Thema FASD und seinen Folgen annehmen würde und die Interventionen frühzeitiger einsetzen.

Literaturverzeichnis

1. Ubrig C. (2000). Förderung, Sozialisation und soziale Integration von Kindern mit Alkoholembryopathie in der BRD und den USA [Diplomarbeit]. Regensburg.
2. Knieper A. (2007). Entwicklungsrisiken und -chancen von Kindern mit Fetalem Alkoholsyndrom [Diplomarbeit]. Vechta.
3. Löser H. (1995). Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte: Mit 20 Tabellen. Stuttgart: Fischer.
4. Bergmann R. (Hrsg.) (2006). Alkohol in der Schwangerschaft: Häufigkeit und Folgen. München: Urban und Vogel.
5. Bundesministerium für Gesundheit (2009). Studie der Charité: 58 % der Schwangeren trinken Alkohol. In: http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168278/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/Drogenbeauftragte/2008/pm-08-09-08.html, zugegriffen am 08.03.2010.
6. Merzenich H., Lang P. (2002). Alkohol in der Schwangerschaft. Ein kritisches Resümee; Eine Expertise im Auftrag der BzGA. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; (17):11–89.
7. Farke W., Köpp L. (2007). Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und seine Folgen: Prävalenzen, Ursachen, Konsequenzen und Prävention. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung; (4):31-45.
8. FASD-Beratungsstelle im Ev. Verein Sonnenhof e.V. (2007). Fetale Alkoholspektrum-Störungen in Zahlen. In: http://www.fasd-beratung.de/downloads/FASD_in_Zahlen.pdf, zugegriffen am: 06.02.2010.
9. Nestler V., Spohr H., Steinhausen H. (1981). Die Alkoholembryopathie Mehrdimensionale Studien zu den Folgen des Alkoholismus in der Schwangerschaft. Bücherei des Pädiaters; (83):1–94.
10. Günther A., (2003). Das Fetale Alkoholsyndrom: Mögliche Folgen von Alkohol in der Schwangerschaft für das Kind, die Auswirkung auf die Familie und Möglichkeiten der Prävention [Diplomarbeit]. Erfurt.
11. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2008). Alkohol in der Schwangerschaft. In: http://www.mitkindundkegel.de/cms/media/pdf/familie/informationen/alkohol_in_der_schwangerschaft.pdf, zugegriffen am 08.02.2010.
12. Spohr H. (2006). Das klinische Bild des Fetalen Alkohol-Syndroms Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD). In: Bergmann (Hrsg.). Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. München: Urban und Vogel. S. 83–92.
13. Becker-Klinger, G. (2008). Fetale Alkoholspektrums-Störungen Kurzüberblick. In: <http://www.ev-sonnenhof.de/was-sind-fasd.html>, zugegriffen am 10.02.2010.
14. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2010). ICD-10-GM Version 2010. In:

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-q80-q89.htm>,
zugegriffen am 17.04.2010.

15. Feldmann R., Löser H., Weglage J. (2007). Fetales Alkoholsyndrom (FAS). Monatsschrift Kinderheilkunde; (9):853–64.

16. Adler K. (2006). Studie über das Sozialverhalten alkoholgeschädigter Kinder und Erwachsener [Dissertation]. Münster.

17. Feldmann, R. (2007). Kinder und Jugendliche mit Fetalem Alkoholsyndrom in Schule und Ausbildung. In: http://www.fasworld.de/Schule_Ausbildung.pdf, 8.02.2010.

18. Juretko K. (2006). Das Muster kognitiver Funktionsstörungen bei Patienten mit Fetalem Alkoholsyndrom und Fetalen Alkoholeffekten: Schwerpunkt: Die Intelligenz [Dissertation]. Münster.

19. Feldmann R. (2006). Psychopathologie bei Kindern und Jugendlichen mit Fetalem Alkohol-Syndrom. In: Bergmann (Hrsg.). Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. München: Urban und Vogel. S. 93–101.

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

21. Spohr H., Steinhausen H. (2008). Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen: Persistierende Folgen im Erwachsenenalter. Deutsches Ärzteblatt; In: <http://www.aerzteblatt.de/V4/archiv/artikel.asp?id=61784>, zugegriffen am 09.02.2010.

22. Zobel M. (2000). Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen: Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG.

23. Bergmann R., Bergmann K., Ellert U., Dudenhausen J. (2007). Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt; (5/6):670–6.

24. Bergmann R., Richter R., Milto C., Michel B., Dudenhausen J. (2006). Epidemiologie des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. In: Bergmann (Hrsg.). Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. München: Urban und Vogel. S. 19–32.

25. Majewski F. (1980). Untersuchungen zur Alkoholembyopathie: 28 Tabellen. Stuttgart: Thieme.

26. FASworld e.V. (2008). Deutschland. Lebenslang durch Alkohol. Lingen.

27. Feldmann, R. (2008). FAS - Fetales Alkohol Syndrom Informationsveranstaltung am 12.04.2008 des Pflege- und Adoptivelternverein für Kinder. In: http://www.pfad-bamberg.de/Bericht_FAS-FetalesAlkoholSyndrom08.pdf, zugegriffen am 17.02.2010.

28. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2003). Sensorische Integrationstherapie. Eine Information für Eltern. Karlsbad.

29. Hartje W. (2009). Therapien mit Pferden: Heilpädagogik - Hippotherapie - Psychiatrie. Stuttgart: Eugen Ulmer KG.

30. Informationsdienst Wissenschaft (2010). Studie zeigt: Neurofeedback hilft Kindern mit ADHS. In: <http://idw-online.de/pages/de/news296232>, zugegriffen am 18.02.2010.

31. JournalMED (2010). Studie: Neurofeedback bei ADHS. In: <http://www.journalmed.de/newsview.php?id=24205>, zugegriffen am 04.03.2010.
32. Kauler R. (2005). § 35a SGB VIII - Wege zur ambulanten Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung [Diplomarbeit]. Ludwigsburg.
33. Lempp R. (2006). Die seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe: [§ 35a SGB VIII]. 5. überarb. Aufl. Stuttgart: Boorberg.
34. Schnell R., Hill P., Esser E. (2005). Methoden der empirischen Sozialforschung. 7., völlig überarb. und erw. Aufl. München: Oldenbourg.
35. Maindok H. (2003). Professionelle Interviewführung in der Sozialforschung: Interviewtraining: Bedarf, Stand und Perspektiven. 2. Aufl. Herbolzheim: Centaurus-Verlag.
36. Kaufmann J. (1999). Das verstehende Interview: Theorie und Praxis. Konstanz: UVK Univ.-Verl. Konstanz.
37. Löcherbach P., Klug W., Rimmel-Faßbender R., Wendt W. (Hrsg.) (2009). Case Management: Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 4. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
38. Porz F., Erhardt H., Podeswik A. (2009). Case-Management in der Sozialpädiatrie Das Ausburger Nachsorgemodell. In: Löcherbach, Klug, Rimmel-Faßbender, Wendt (Hrsg.). Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 4th ed. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 90–113.
39. Wendt W. (2009). Case Management Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Löcherbach, Klug, Rimmel-Faßbender, Wendt (Hrsg.). Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 4. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 14–39.
40. Charité - Universitätsmedizin Berlin (2008). Charité hilft Menschen mit angeborenen Alkoholschäden. In: http://www.charite.de/charite/presse/pressemitteilungen/artikel/detail/charite_hilft_menschen_mit_angeborenen_alkoholschaeden/, zugegriffen am 17.03.2010.
41. Feldmann, R. (2008). FAS - Fetales Alkohol Syndrom Informationsveranstaltung am 12.04.2008 des Pflege- und Adoptivelternverein für Kinder. In: http://www.pfad-bamberg.de/Bericht_FAS-FetalesAlkoholSyndrom08.pdf, zugegriffen am 17.02.2010.

Glossar

Alkoholdehydrogenase:

Alkoholdehydrogenase (ADH) ist ein Enzym, das den Abbau von Alkohol katalysiert. Hohe Konzentrationen an ADH kann man in der Leber beobachten.

Acetaldehyd:

Acetaldehyd entsteht im menschlichen Körper als Zwischenprodukt beim Abbau von Ethanol durch die Alkoholdehydrogenase.

Dysmorphiezeichen:

Dysmorphiezeichen sind Anzeichen von Fehlbildungen in der Gestalt und dem Aufbau eines Körperteils. Diese können durch eine Wachstumsstörung in der Embryonal- bzw. Fetalperiode verursacht werden.

Klitorishypertrophie

Unter Klitorishypertrophie versteht der Arzt eine Vergrößerung der Klitoris, die verschiedene Ursachen haben kann.

kraniofazial:

den Schädel und das Gesicht betreffend, zum Schädel und Gesicht gehörend

Metabolisierungsfähigkeit

Verstoffwechselfähigkeit

Mikrozephalus

zu kleiner Kopf

Neurotransmitter

Überträgerstoff von Informationen an chemischen Synapsen

Pluripotente Zellen

Pluripotente Zellen sind auf keinen bestimmten Gewebetyp festgelegt. Sie besitzen die Anlage sich zu verschiedenen Zelltypen weiter zu entwickeln.

Propriozeptive Stimuli

Propriozeptive Reize werden aus dem eigenen mitgeteilt. Die propriozeptive Wahrnehmung dient dazu, dass wir in der Lage sind, die Bewegungen und die Stellung unserer Gelenke bzw. Gliedmaßen zu bestimmen ohne dass wir dabei auf unsere visuellen Fähigkeiten angewiesen sind.

Ritalin (Methylphenidat)

Ritalin ist ein Arzneistoff mit stimulierender Wirkung. Es wirkt als eine Art Blockade des Dopamin-Transporter-Systems im Nervensystem. ADHS-Betroffene weisen eine höhere Anzahl dieser Dopamintransporter auf. Durch die Blockade dieses Systems wird also ein normaler Zustand erreicht. Ritalin unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz und daher ist jede Verschreibung meldepflichtig.

Zerebral

Zerebral bedeutet das Gehirn oder Großhirn betreffend.

Zentrales Nervensystem

Das Zentrale Nervensystem des Menschen sind die im Gehirn und Rückenmark gelegenen Nervenstrukturen, welche die zentrale Reizverarbeitung vornehmen.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelor-Thesis selbstständig verfasst habe. Desweiteren wurden von mir nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet. Ich habe mich sonst keiner weiteren unerlaubten Hilfen bedient.

Stefanie Strobel

Leinfeldern-Echterdingen, 30. April 2010

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle ganz herzlich bei meinen Eltern bedanken, die mir dieses Studium ermöglicht haben. Danke, Mama und Papa!

Außerdem möchte ich mich bei Ronja, Gabi und Ruud bedanken. Ihr habt mich auf dieses Thema gebracht und mich während dieser Zeit sehr unterstützt. Liebe Gabi, vielen Dank für das Korrekturlesen dieser Arbeit, den hilfreichen Anmerkungen und den vielen Stunden die dafür draufgingen.

Die Bibel sagt in Sprüche 17, 17: "Ein Freund liebt allezeit, und ein Bruder wird für die Not geboren." Dies kann ich nur bekräftigen und danke meinen lieben Freunden, für alle aufmunternden Worte und Gebete. Dabei denke ich besonders an Frank Fischer, der nicht nur meine persönliche Motivations- und Aufbauhilfe war, sondern mir ein toller Wegbegleiter ist. Deine Ruhe und Gelassenheit haben in vielen Situationen geholfen. Du bist „das Beste“!