



**Bedarfsorientierte Beratung und Begleitung
von Menschen mit Fetalem Alkoholsyndrom durch
Fallmanager*innen im Jobcenter**

Evaluation der Bekanntheit des Fetalen Alkoholsyndroms in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg als Basis für die Entwicklung eines bedarfsorientierten Beratungsangebots

Masterthesis

zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts (M.A.)
im Studiengang Soziale Arbeit mit Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie

an der

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences
Fachbereich Sozialwesen

bei

Prof. Dr. Matthias Ochs
Prof. Dr. Henning Dassler

eingereicht von: Melina Kupitz
Matrikelnummer: 1245507
am 24.08.2021

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, um mich bei den Personen zu bedanken, die mich bei der Erstellung meiner Masterthesis unterstützt haben.

Zunächst geht mein Dank an die treue Seele Monte, welche unzählige Stunden neben mir im Büro lag und mich mental durchgängig unterstützt hat. Dass ich das Studium jedoch erst aufnehmen konnte, habe ich vor allem meinem tollen Team aus dem Jobcenter der Stadt Arnsberg zu verdanken. Ohne ein Team, welches hinter dieser neuen Art der Belastung steht, hätte ich dieses nicht beginnen können! Danke, dass ihr mich unterstützt habt, meine Stundenreduzierung mitgetragen habt, ich sogar eine Schultüte bekommen habe! Danke Olga Philipp, dass du mich so wunderbar vertreten hast! Ich hoffe mit dieser Masterthesis das Thema, welches uns umgetrieben hat, ein bisschen besser erfasst haben zu können.

Ein sehr großes Dankeschön gebührt meiner Schwester Larissa Jochheim, welche gefühlsmäßig das komplette Studium mit mir durchlaufen hat. In jedem Fall sollte sie auch einen Titel verliehen bekommen. Sie durfte nicht nur bei jeder Ausarbeitung meine Rechtschreibung korrigieren, sondern hat es auch geschafft, alle meine Wutausbrüche in Mutausbrüche zu korrigieren. Den unzähligen Stunden, welche sie wegen mir vor dem Laptop verbracht hat, gebührt ein großes

DANKESCHÖN!

Dass ich nicht nur eine tolle Schwester habe, welche meine Masterthesis korrigiert, sondern auch eine ganz tolle Freundin namens Patricia Sommer, macht mich sehr stolz. Danke Patricia, dass auch du deine Zeit für mich opferst und dich bereitwillig zum Korrekturlesen erklärt hast. Der nächste Grillabend geht auf mich!

Dass mich meine Eltern Monika und Ingo Kupitz an vielen Tagen nur kurz zu Gesicht bekommen haben, und ich oft keine Zeit für andere Dinge hatte, wurde verständnisvoll aufgenommen und immer wieder Rücksicht auf meine Person genommen. Auch meiner Oma Franziska Ibold hat mir immer wieder Mut gemacht durch Aussagen wie: „Zu meiner Zeit, wäre so ein Onlinestudium gar nicht möglich gewesen“. Hierdurch konnte ich in manchen Tagen der Verzweiflung immer wieder dankbar sein für die Möglichkeit auf Bildung!

Mentale Zusammenbrüche wurden vor allem auch durch meinen Freund Nils Linnemannstöns aufgefangen, welcher es in dieser Zeit sicherlich auch nicht leicht hatte. Ich danke dir für deine mathematischen Kenntnisse, welche du mir während meiner quantitativen Befragung zur Verfügung gestellt hast!

Ein weiterer toller Freund, welcher mich durch seine Excelkenntnisse unterstützt hat, ist Bastian Hun-ecke! Danke, danke, danke, dass du mir alles auch in Pandemiezeiten über Webex erklärt hast und nicht an mir verzweifelt bist!

An dieser Stelle möchte ich dem Dozenten danken, welcher diese Masterthesis betreut. Vielen Dank an Herrn Prof. Dr. Ochs, für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Arbeit. Mein herzliches Dankeschön!

I. Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|----|
| I. | Inhaltsverzeichnis | 2 |
| II. | Abkürzungsverzeichnis | 4 |
| 1 | Einleitung | 5 |
| 2 | Was versteht man unter dem Begriff Fetale Alkoholspektrum-Störung? - Eine Erklärung | 10 |
| 2.1 | Die Wirkung von Alkohol | 11 |
| 2.2 | Organische Schäden für das ungeborene Kind | 13 |
| 3 | Geschichtlicher Hintergrund | 17 |
| 3.1 | Epidemiologische Forschung | 19 |
| 4 | Salutogenetische Sichtweise | 22 |
| 4.1 | Aaron Antonovsky | 22 |
| 4.2 | Salutogenese versus Pathogenese | 23 |
| 4.3 | Salutogenese und FASD | 24 |
| 4.3.1 | Resilienz und Kohärenzsinn | 25 |
| 4.3.2 | Empowerment | 27 |
| 5 | Die biopsychosoziale Perspektive | 28 |
| 5.1 | Entwicklung des biopsychosozialen Krankheitsmodells | 28 |
| 6 | Zusammenführung der verschiedenen Modelle | 34 |
| 7 | Empirische Untersuchung der Bekanntheit von FASD in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg | 36 |
| 7.1 | Das Handlungsforschungsprojekt | 37 |
| 7.1.1 | Entdeckungszusammenhang | 37 |
| 7.1.2 | Vertiefung des Forschungsinteresses | 39 |
| 7.2 | Begründungszusammenhang | 41 |
| 7.2.1 | Problemformulierung | 41 |
| 7.3 | Methodisches Vorgehen | 44 |
| 7.4 | Ergebnisse der Befragung | 52 |
| 8 | Interpretation und Diskussion der Ergebnisse aus dem HFP | 68 |
| 9 | Die Bedeutung von SGBII-Leistungen | 71 |
| 9.1 | Unterstützung durch das Jobcenter | 72 |
| 10 | Einordnung des Fetalen Alkoholsyndroms im Rahmen des Jobcenters | 73 |
| 11 | Mögliche Defizite durch FASD | 76 |
| 11.1 | Die Bedeutung von Exekutivfunktionen | 78 |
| 11.2 | Was sind exekutive Funktionen? | 79 |

| | | |
|------|--|-----|
| 11.3 | Drei Funktionen des exekutiven Systems | 80 |
| 12 | Grundhaltung der Beratung mit FASD-Erkrankten..... | 83 |
| 12.1 | Kompensatorische Beratungskompetenzen | 88 |
| 13 | Möglichkeiten der Diagnostik | 92 |
| 14 | Die Bedeutung für die soziale Arbeit..... | 95 |
| 15 | Fazit und Handlungsempfehlung..... | 96 |
| III. | Literaturverzeichnis | 101 |
| IV. | Abbildungsverzeichnis..... | 107 |
| V. | Tabellenverzeichnis..... | 107 |
| VI. | Anlagenverzeichnis | 108 |
| VII. | Anlagen | 108 |

II. Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------|---------------------------------|
| Abb. | Abbildung |
| bspw. | beispielsweise |
| d. h. | das heißt |
| ebd. | Ebenda (genau) |
| etc. | et cetera (lat.: und so weiter) |
| f. | folgende Seite |
| ff. | fortfolgende Seiten |
| ggf. | gegebenenfalls |
| o. ä. | oder ähnliche(s) |
| o. g. | oben genannt |
| S. | Seite |
| sog. | sogenannten |
| Tab. | Tabelle |
| u. a. | unter anderem |
| vgl. | vergleiche |
| z. B. | zum Beispiel |
| Zzgl. | Zuzüglich |
| FAS | Fetales Alkoholsyndrom |
| FASD | Fetalen Alkoholspektrum-Störung |
| ZNS | Zentrales Nervensystem |
| GST | Allgemeine Systemtheorie |
| HFP | Handlungsforschungsprojekt |
| EF | Exekutivfunktionen |
| EGV | Eingliederungsvereinbarung |
| FM | Fallmanager |

1 Einleitung

Der Ursprung zum Verfassen dieser Thesis entstand vor allem aus demselben Grund, weshalb die Berufswahl der Verfasserin auf die der Sozialpädagogik fiel. Die Profession der Sozialen Arbeit lieferte schon immer den Ansporn für alle Menschen eine Chancengleichheit hervorbringen zu können.

Aus diesem Grund liegt das in dieser Thesis behandelte Thema der Verfasserin besonders am Herzen. Ziel ist es, die Aufmerksamkeit der Gesellschaft auf das Thema zu lenken, mehr Verständnis für Betroffene zu wecken und Mitarbeitern in Jobcentern den Umgang mit diesem bestimmten Krankheitsbild zu erleichtern.

Gemeint ist das mögliche Resultat von mütterlichem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft: **das Fetale Alkoholsyndrom.**

Eine erste Fragestellung sollte hier Abhilfe schaffen:

Inwieweit ist den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms bekannt?

Mit der Hilfe dieser Fragestellung arbeitete die Studierende eine Studie zur „Erhebung der Bekanntheit des Fetalen Alkoholsyndroms in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg“ aus und führte diese in ihrer Gesamtheit vom 30. April 2020 bis zum 28. Juni 2020 durch. Den Abschluss bildete eine Ergebnispräsentation. Die Durchführung der Studie baut auf dem Interesse der Aufklärung über das Fetale Alkoholsyndrom (FASD) der Studierenden an der Hochschule Fulda im Masterstudiengang Soziale Arbeit mit Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie (MAPS) auf.

Die vorliegende Thesis bezieht sich daher auf die Ergebnisse sowie die Beschreibung des durchgeführten Handlungsforschungsprojektes und der weiteren Ausarbeitung, aufbauend auf dessen Ergebnissen. Ziel war es, an dieser Stelle die oben genannte Frage zu beantworten und diese Antworten als Basis der Masterthesis zu nutzen. Um die Beantwortung der Fragestellung weitreichend zu erläutern und tiefer in die Materie einzusteigen, wird auf das Ergebnis der Unbekanntheit des Krankheitsbildes reagiert, wodurch das Jobcenter und die Beratung durch die Fallmanager/ Fallmanagerinnen in den Fokus der Thesis geraten. Aus diesem Grund steht im zweiten Teil der Thesis die folgende Forschungsfrage im Fokus:

„Welche grundlegenden Kenntnisse über das Fetale Alkoholsyndrom sollten FallmanagerInnen des Jobcenters erlangen, um das Krankheitsbild erkennen und hierdurch Betroffene optimal begleiten zu können?“

Die Masterthesis schafft Einblicke in die Materie des Krankheitsbildes des Fetalen Alkoholsyndroms, welches Folgeerscheinungen, die auf mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zurückzuführen sind, beschreibt (vgl. fasd-fachzentrum o.J.).

Auslöser für das behandelte Thema war der Besuch eines Vortrages über das genannte Krankheitsbild, durchgeführt von FASD Deutschland e.V. in der Stadthalle Soest. Dieser Vortrag wurde von der Studierenden gemeinsam mit dem U-25 Teams des Jobcenters der Stadt Arnsberg besucht. Hier wurde deutlich, dass das Thema im Team nicht präsent ist, aber auch die Gesellschaft weiterer Aufklärung über das Thema bedarf. Auch die Gespräche nach dem Vortrag ließen auf eine hohe Anzahl von Fachkräften schließen, denen zwar der Name des Krankheitsbilds grundsätzlich vertraut war, die aber kein Fachwissen vorweisen konnten. Das hohe Interesse führte schließlich zu dem oben genannten, korrespondierenden Handlungsforschungsprojekt des Studienganges „Soziale Arbeit- Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie“ an der Hochschule Fulda. Durch eine quantitative Befragung im Handlungsforschungsprojekt konnte unter anderem erfasst werden, welcher Fachbereich noch weiterer Erläuterung zu dem Thema bedarf. Der Bereich des SGBII¹ findet Beachtung, da aus der Studie unter anderem ersichtlich wird, dass die größte Anteilnahme im Fachbereich 3.7 liegt, welcher das Amt für Grundsicherung, Jobcenter und Wohngeldstelle abbildet.

Um den Einstieg in das Thema des Fetalen Alkoholsyndroms zu erleichtern, wird zu Beginn der Thesis beschrieben, was darunter zu verstehen ist und welche Formen der Krankheit zu den Alkoholspektrumstörungen gehören. Dabei soll eine Studie zur Drogenaffinität bei Jugendlichen einen ersten Einstieg in die Folgeerscheinungen von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft geben. Dies schafft eine Überleitung zum nächsten Abschnitt, in dem die generelle Wirkung von Alkohol im Fokus steht. Hierunter fallen auch die durch Alkohol während der Schwangerschaft verursachten Schäden, welche tabellarisch und bildhaft dargestellt werden. Auch die Schädel und Gesichtsveränderung bei FASD-Erkrankten werden bildhaft erklärt, wodurch ein leichter Einstieg in die Merkmale der Erkrankten gelingt. Rückschluss wird in diesem Abschnitt ebenfalls auf die Hirnschädigungen genommen und welche Teile des Gehirns besonders betroffen sind.

Um zusätzlich den Ursprung des Krankheitsbilds zu beleuchten, wird im Anschluss sowohl der geschichtliche Hintergrund als auch die epidemiologische Forschung bzgl. des Themas einbezogen.

Der Einbezug verschiedener Betrachtungsweisen und Modelle in Bezug zum Krankheitsbild darf aufgrund der Komplexität von FASD nicht ausbleiben und wird für das Verständnis der

¹ Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II)- Grundsicherung für Arbeitssuchende

Erkrankung als notwendig erachtet und somit auch vor dem Handlungsforschungsprojekt beschrieben. Hierdurch wird ein umfassender Blick geschaffen, welcher beim Leser eine erste Möglichkeit zum Verständnis der Erkrankung schafft. Betrachtet werden an dieser Stelle sieben Sichtweisen/Modelle:

Mit Hilfe der **salutogenetischen- und pathogenetischen Sichtweise** wird der Blick sowohl auf den Aspekt der Gesundheit, als auch der auf den Aspekt der Krankheit in Bezug zu FASD gesetzt. Um diese Sichtweise zu verstehen, wird der Begründer Aaron Antonovsky – insbesondere seine Flussmetapher – verstärkt betrachtet. Hier steht die Frage im Fokus, wann sich ein Mensch im Ungleichgewicht oder im Gleichgewicht von Krankheit und Gesundheit befindet. Die Übertragung auf das Krankheitsbild FASD darf in diesem Zusammenhang nicht fehlen, weshalb zunächst in Abschnitt 4.3 die Salutogenese mit FASD in Zusammenhang gesetzt wird.

Anknüpfend wird Antonovskys **Stresskonzept** angeschnitten, in welchem er Stressoren als Stimuli bezeichnet. Da dies sehr nahen Bezug zur Salutogenese vorweist, sollte eine Betrachtungsweise nicht ausbleiben, wodurch sich ebenso Rückschlüsse auf die Resilienzforschung ziehen lassen, welche wie die Salutogenese, eine Erweiterung der pathogenetischen Perspektive anstrebt. Aus diesem Grund wird Kapitel 4.3.1 der **Resilienz** und dem **Kohärenzsinn** gewidmet. Hier wird zunächst erläutert, was die einzelnen Begriffe bedeuten und dann der Bezug zueinander sowie zu FASD hergestellt. Da erläutert werden soll, welche Bedeutung diesen Begriffen in Bezug zu FASD zugeschrieben wird, wird als Gegenpart der Begriff des **Empowerments** erklärt, welcher die autonome Lebensgestaltung der Menschen beschreibt. An dieser Stelle wird erläutert, wann die Grenzen von empowerment-orientierter Arbeit bei FASD-Erkrankten erreicht sind.

Einen ganzheitlichen Bezug zur Thematik bildet das **biopsychosoziale Modell**. Hierbei finden personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren gleichermaßen Betrachtung, wodurch das Gesundheitsproblem als veränderbar verstanden wird, da Krankheit immer auch menschliches Erleben ist (vgl. Faltmaier 2017: 57).

Zum Abschluss der verschiedenen Betrachtungsweisen/Modelle, wird ein Zusammenhang zwischen genannten in Bezug zum Krankheitsbild FASD gezogen, worauf eine Überleitung zum empirischen Teil folgt.

Angelehnt an Raithel erfährt hier das Handlungsforschungsprojekt Aufmerksamkeit, wodurch Entdeckungs-, Begründungs- und Verwertungszusammenhänge erläutert werden (vgl. Raithel 2008:25). An dieser Stelle wird zunächst auf die Grundmotivation eingegangen, wobei auch Erklärungen für die Ausarbeitung von FASD, orientiert an der Arbeit des Jobcenters, ihren

Platz finden. Begrifflichkeiten, aus dem SGBII-Kontext werden zu Beginn erörtert, um ein Verständnis für diesen Bereich herzustellen. Durch eine Vertiefung des Forschungsinteresses werden erste Hinweise auf Kennzeichen für FASD-Erkrankte im Rahmen des Leistungsbezuges gegeben, wodurch bereits eine Sensibilisierung für das Thema passiert. Ein kurzer Ausschnitt wird an dieser Stelle dem Bereich des kulturell akzeptierten Alkoholkonsums gewidmet, worauf ein kurzer Abschnitt zu Alkohol- und Präventionsprogrammen folgt.

Nach der Formulierung des Problems, wird die Hypothese aufgestellt:

Das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms ist in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg unbekannt,

welche der Spezifizierung des Erforschten gelten soll und im Rahmen des Handlungsforschungsprojektes bestätigt wurde. Die Grundlage der Hypothese bildet die Literaturrecherche. Aus der Hypothese und der Literaturrecherche entwickelte sich die Forschungsfrage. Die Beschreibung der Methodik beginnt mit einer Einordnung der Zielgruppen und der Erläuterung des Fragebogens. Der Operationalisierungsvorgang macht den Forschungsvorgang messbar und beschreibt das quantitative Vorgehen in der Masterthesis. Erläutert wird ebenso der Pretest des Fragebogens. Nachdem die Gütekriterien und die ethischen Bezüge des Fragebogens erklärt werden, beginnt die Datenaufbereitung und eine Erläuterung der Zeitschiene des HFPs. Eine Beschreibung der Ergebnisse der Befragung – textlich und graphisch – schließt den empirischen Teil ab. Eine Unterteilung der Fragen in Bedürfnis- und Bekanntheitsfragen vereinfacht an dieser Stelle den Überblick, ist jedoch auch zu Auswertungszwecken notwendig. Eine Interpretation und Diskussion der Ergebnisse zum Ende darf nicht ausbleiben, um hier unter anderem eine Überleitung zum nächsten Thema der Bedeutung des Bezugs von SGBII-Leistungen herzustellen.

Mit Hilfe dieses Teils der Ausarbeitung wird oben genannte Frage, beantwortet. Um eine nähere Erläuterung zur Thematik zu geben, wird zunächst die Bedeutung des SGBII-Leistungsbezuges erörtert, worauf das Unterstützungsangebot des Jobcenters angeschlossen wird. Genauer wird hier auf die Begriffe Fallmanager und Leistungssachbearbeiter eingegangen, damit die Bedeutungen deutlich werden.

Wie das Fetale Alkoholsyndrom im Rahmen des Jobcenters eingeordnet werden kann, beleuchtet Punkt 10.0. An dieser Stelle werden zwei Szenarien skizziert, mit welchen ein Sachbearbeiter im Jobcenter konfrontiert werden kann. Auch spielt das Erkenntnisinteresse an dieser Stelle der Masterthesis eine große Rolle, wodurch auch an dieser Stelle tiefer gehende Einblicke in die Arbeit im Jobcenter auf den Bezug mit FASD-Erkrankten, nachgegangen wird. Vor allem durch die eigene Arbeit der Studierenden in diesem beruflichen Rahmen, wird das

Interesse an dieser Thematik geleitet und versucht, Verständnis für Betroffene zu schaffen. Aus diesem Grund werden daher in der Thesis mögliche Defizite bei FASD-Erkrankten aufgezählt, welche im Rahmen des Leistungsbezuges auftreten können. Als zentrale Funktion wird die der Exekutivfunktionen genannt, auf welche an dieser Stelle näher Bezug genommen wird. Es wird erläutert, was die exekutiven Funktionen ausmacht und anschließend werden die drei Funktionen des exekutiven Systems näher beschrieben. Ziel ist es, die Notwendigkeit funktionierender Exekutivfunktionen deutlich zu machen.

Nachdem Einschränkungen durch FASD und die Notwendigkeit von exekutiven Funktionen vorgestellt wurden, wird die notwendige Grundhaltung der Fallmanager im Beratungssetting von FASD-Erkrankten im Jobcenter beschrieben. Als grundlegend wird hier das Verfolgen gleicher Ziele mit gleicher Anstrengung von Berater und Kunden beschrieben. In Anlehnung an Rogers klientenzentrierte Gesprächsführung wird die Notwendigkeit einer ausgearbeiteten Beziehungsebene beschrieben und weiter ausgeführt, wodurch der Begriff der **Echtheit/Kongruenz** weiteren Anklang findet. An dieser Stelle dürfen die Begriffe der **positiven Wertschätzung** und der **Empathie** im Beratungssetting nicht ausbleiben.

Der nächste Abschnitt erläutert, welche weiteren Gesprächsfertigkeiten neben der beratenden Grundhaltung von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz, Beachtung finden sollten. Neben Rückschlüssen auf Raumgestaltung und Beratungssetting, werden hier weitere Beratungsmöglichkeiten aufgezeigt. Auch werden die Themen der Leistungsminderungen kurz aufgegriffen und Impulsausbrüche von Kunden in Bezug zu FASD näher betrachtet, wodurch das Verständnis für das Krankheitsbild gestärkt wird.

Durch das Aufzeigen von Diagnostikmöglichkeiten im darauffolgenden Abschnitt, wird ein Zugang zur Hilfe der Betroffenen beschrieben. Auch wird das Thema der Diagnostik in einzelnen Punkten erklärt, um den Beratern im Jobcenter einen ersten Eindruck in die Materie zu bieten.

Um das Krankheitsbild FASD in einen Gesamtkontext der sozialen Arbeit zu betten, beschreibt Punkt 17.0 die Bedeutung des Themas für dieses Berufsfeld. Die Profession der Sozialen Arbeit findet hier nähere Betrachtung, sowie das Hinzuziehen des beruflichen Arbeitsfeldes Jobcenter. Die gesellschaftliche Metaebene wird unter diesem Aspekt ebenso betrachtet, woraufhin das Fazit der Thesis folgt. An dieser Stelle werden Rückschlüsse und Zusammenfassungen des Themas vorgenommen, um einen Abschluss zu bilden.

An dieser Stelle wird nochmal die Motivation zum Verfassen einer Thesis in Bezug zu FASD deutlich. Das Krankheitsbild ist sehr vielseitig und noch wenig erforscht, was es auf der einen

Seite zu einem spannenden Forschungsfeld macht, aber auch eine Hürde darstellt. Aus diesem Grund wird das FASD-Fachzentrum genutzt, um sichere Quellen zitieren zu können.

Grundsätzlich ist die Masterthesis durch die Grundüberzeugung der Verfasserin, jeden Menschen so zu akzeptieren zu sollen, wie er ist und durch die Profession der Sozialen Arbeit jeden Menschen zu seinen besten Möglichkeiten zu fördern, geprägt. Ungleichgewicht in der Gesellschaft wird nie ganz ausgeräumt werden können, jedoch lässt sich hoffen, eine Akzeptanz für das Anderssein von Menschen herzustellen. Allein durch das Erforschen des Krankheitsbildes konnten bereits viele Übertragungen auf die Arbeit mit FASD Erkrankten im Pflegekinderdienst der Studierenden, übertragen werden, wodurch die Arbeit einen Mehrwert erhält.

Ein erster Grundstein für das Annehmen dieser Menschen soll besonders im Stadtgebiet Arnsberg durch diese Arbeit geschaffen werden, um Vorurteile auszuräumen, wie:

„Der muss nur richtig erzogen werden, dann klappt das auch!“ (confugium o.A.)

und die Gesellschaft wieder hinkommt zu:

„Anders ist nicht falsch, bloß‘ ne Variante von richtig“ (Julia Engelmann).

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

2 Was versteht man unter dem Begriff Fetale Alkoholspektrum-Störung? - Eine Erklärung

Über den Begriff der Fetalen Alkoholspektrum-Störung (**Fetal Alcohol Spectrum Disorders**, FASD) wird eine Gruppe irreversibler physischer und psychischer Geburtsdefekte beschrieben, welche bei Kindern auftreten können, deren Mütter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert haben (vgl. fasd-fachzentrum o.J.). Es handelt sich hierbei um Schädigungen, die durch intrauterine Alkoholexposition hervorgerufen werden. „Zu den Fetalen Alkoholspektrumstörungen gehören:

- Das Vollbild Fetales Alkoholsyndrom (FAS – fetal alcohol syndrome)
- Das partielle Fetale Alkoholsyndrom (pFAS – partial fetal alcohol syndrome)
- Die alkoholbedingte Entwicklung
- Neurologische Störung (ARND – alcohol related neurodevelopmental disorder)“ (Landgraf 2017: 336).

In der Ausarbeitung „Fetale Alkoholspektrumstörungen, S3-Leitlinien zur Diagnostik“ fügen Landgraf und Heinen die alkoholbedingten angeborenen Malformationen (ARBD-alcohol related birth defects) hinzu (vgl. Landgraf/Heinen 2017: 11).

Im Folgenden wird allein der Begriff FASD verwendet, der alle Schädigungen des Krankheitsbildes durch einen Oberbegriff zusammenfasst.

Festzuhalten ist an dieser Stelle, dass der Alkoholkonsum in den ersten 30 Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg weltweit stetig zunahm, wobei die Zunahme des Pro-Kopf-Konsums in den hoch entwickelten Ländern West-, aber auch Osteuropas, im angloamerikanischen Raum und in Japan am auffälligsten war (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002: 14). Dies beschreibt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in ihrem Bericht 2002.

Aus der Studie zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019 geht Folgendes hervor: „Von den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren haben 94,9 % schon einmal im Leben Alkohol getrunken. Etwa ein Drittel (32,3 %) trinkt regelmäßig Alkohol und rund zwei Fünftel (40,6 %) haben in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Rauschtrinken praktiziert. Männliche und weibliche Befragte unterscheiden sich im Alkoholkonsum vor allem hinsichtlich der Intensität, die bei männlichen Befragten höher ist“ (BZgA- Forschungsbericht 2020: 38). Auch wenn es sich hierbei nur um die Altersgruppe der Jugendlichen handelt, so kann hierdurch ein Einblick in den Bezug zu Alkohol gewonnen werden. Über die Auswirkungen von Alkohol wird sich vermehrt weniger Gedanken gemacht, weshalb fortführend die Wirkung von Alkohol auf den Körper und später die auftretenden Schädigungen durch Alkoholenuss während der Schwangerschaft, erläutert werden. Vergessen werden darf dabei nicht, dass es sich bei allen Formen von FASD um eine Schädigung des Frontalhirns handelt, welche zu einer realen Behinderung führt, welche weder „durch Liebe, eine sichere Bindung, eine besondere Pädagogik noch durch Therapien rückgängig zu machen ist“ (Falke/Stein 2018:9).

2.1 Die Wirkung von Alkohol

„Der Alkohol, den wir trinken, wird auch als Ethanol oder Ethylalkohol bezeichnet“ (Lepke/Michalowski 2019:13). Somit handelt es sich um ein Zellgift, welches beim Fetus und Embryo Organbildung und Wachstum sowie die Vernetzung von Hirnzellen beeinträchtigt (vgl. ebd.). Durch zahlreiche Tierversuche konnte nachgewiesen werden, dass Alkohol eine teratogene (Fehlbildungen auslösende) Wirkung hat, sodass Organe, Gewebe und Zellen unterentwickelt (Hypoplasie) oder durch Zellverkleinerungen von zu geringer Größe (Hypotrophie) sind (vgl. Thomsen/Michalowski/Landeck/Lepke 2018:11). Die Leber ist über das Enzym Alkoholdehydrogenase für den Abbau des Alkohols zuständig, welcher allerdings in der unreifen Leber des ungeborenen Kindes nur in geringerer Menge vorhanden ist (vgl.

Lepke/Michalowski 2019:14). Der Abbau des Alkohols dauert somit für das Ungeborene zehnfach länger als bei der Mutter (vgl.ebd.). Dies bedeutet, dass ein Ungeborenes in kürzester Zeit den gleichen Blutalkoholspiegel hat, wie seine Mutter (vgl. fasd-Deutschland 2020:6). „Die mütterliche Plazenta arbeitet für viele körpereigene und auch -fremde Stoffe als Schranke und trennt so den mütterlichen vom kindlichen Blutkreislauf. Alkohol jedoch kann ungehindert die Plazentaschranke passieren“ (Thomsen/Michalowski/Landeck/Lepke 2018:11). Dies liegt an der speziellen Eigenschaft des Alkohols (wasser- und fettlöslich), wogegen die Plazentaschranke wirkungslos ist (vgl. fasd-Deutschland 2020:6). Da Alkohol und seine Abbauprodukte als zellschädigende und zellteilungshemmende Substanz physikalisch und biochemisch in viele Stoffwechselfvorgänge des Ungeborenen eingreifen, stützen sich aus diesem Grund pathophysiologische Erklärungen für die Entstehung von FASD auf die direkte und indirekte Wirkung des Alkohols (vgl. Thomsen/Michalowski/Landeck/Lepke 2018:11). Dies können bspw. die Beeinflussung des Sauerstoffverbrauches und des Energiehaushaltes, Veränderungen im Protein-, Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel und auch Veränderungen der Elektrolyte, der Spurenelemente und des Vitaminhaushaltes sein (vgl. ebd.). Ein Kind im Bauch der Mutter ist darauf angewiesen, dass durch das Konzentrationsgefälle zwischen dem niedriger werdenden mütterlichen Alkoholspiegel und dem hohen kindlichen Spiegel der Alkohol wieder in den mütterlichen Kreislauf übergeht (vgl. a.a.O.:12). Hinzukommend wirkt Alkohol wesentlich toxischer als z.B. Nikotin, was bedeutet, dass es schon beim einmaligen geringen Konsum eine Schädigung oder Missbildung beim Embryo hervorrufen kann (vgl. Confugium o.J.). „Alkohol wirkt direkt auf die Hirnfunktion, also auf die Verarbeitung und Übermittlung von Informationen ein und beeinflusst dadurch die spätere Empfindungsfähigkeit sowie die intellektuellen Leistungen des Kindes“ (vgl. ebd.).

Mit Blick auf die zuvor beschriebenen Auslöser von FASD, lässt sich festhalten, dass das Krankheitsbild vollständig vermeidbar ist. „Das Fetale Alkoholsyndrom entspricht einer sogenannten statischen Enzephalopathie, das heißt, die einmal stattgefundene Schädigung ist als solche irreversibel und bestimmt mit dem vorliegenden Schädigungsmuster die weitere Entwicklung“ (Feldmann/Michalowski/Lepke 2013:43).

Die Schäden, die der Alkohol beim Ungeborenen verursacht, sind nicht vorhersagbar, da diese von der Menge des Alkohols, der Häufigkeit des Konsums und dem Entwicklungsprozess des Ungeborenen abhängen (vgl. Thomsen/Michalowski/Landeck/Lepke 2018:12). Welche Schäden beim Ungeborenen in welchem Entwicklungsstadium entstehen, zeigt das nächste Kapitel, wobei hier auch weitere Schädigungen verdeutlicht werden.

2.2 Organische Schäden für das ungeborene Kind

Die Organe eines ungeborenen Kindes entwickeln sich zeitversetzt. Das bedeutet, dass es Phasen gibt, in welchen ein Organ sehr empfindlich auf Störungen reagiert, aber auch spätere Phasen, in denen es deutlich unempfindlicher ist (confugium a.A.). Dies erklärt, warum Menschen mit FASD kein einheitliches körperliches Schädigungsbild zeigen. In folgender Abbildung sind die unterschiedlichen Entwicklungsphasen eines Embryos dargestellt. Hier sind die verschiedenen Entwicklungsperioden verdeutlicht. Die Punkte zeigen die bevorzugten Angriffspunkte möglicher Geburtsschäden. Das Gehirn wächst während der gesamten Schwangerschaft. Die höchste Empfindlichkeit des Zentralnervensystems reicht von der ersten Woche bis fast zur Geburt (vgl. FASD-FZ-Koeln o.A.).

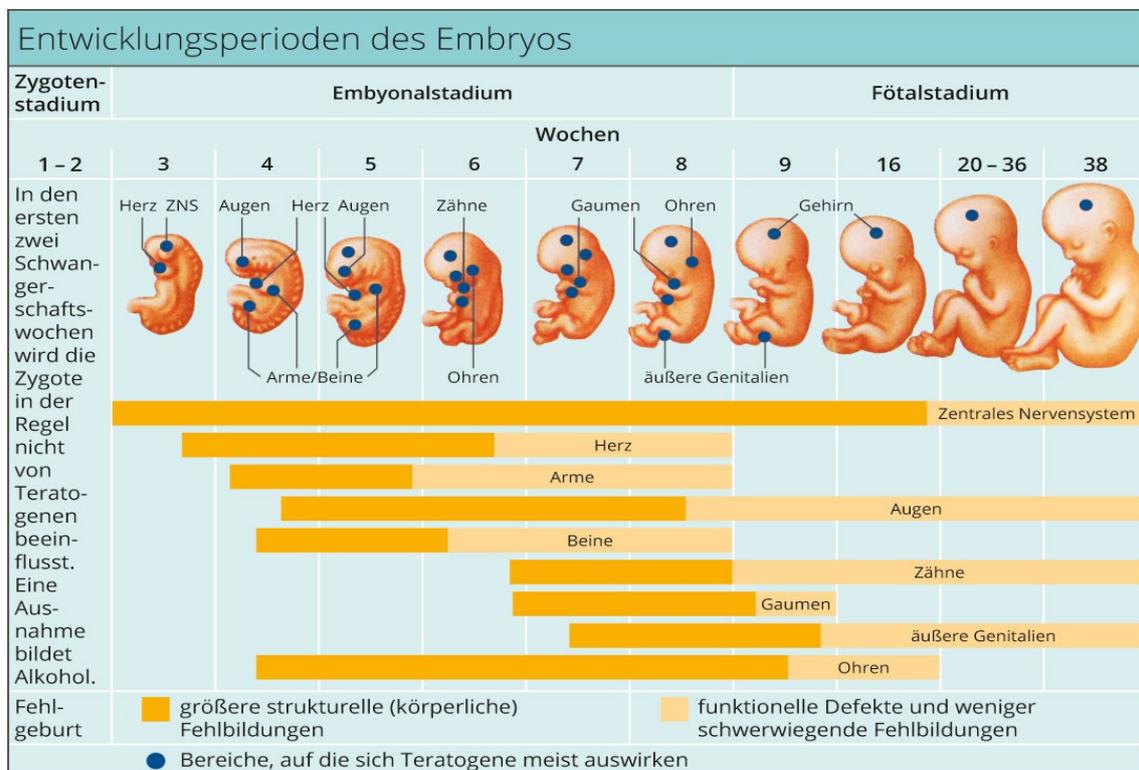


Abbildung 1: Entwicklungsperioden des Embryos (confugium o.A.)

In der Darstellung geben die dunkelorange Balken den Zeitpunkt der höchsten Empfindlichkeit in der entsprechenden Organentwicklung an.

Ursache für das kindliche Wachstum ist die Zellteilung, welche jedoch durch den Alkohol gehemmt wird. Sogar schon ausgebildete Hirnzellen können durch Alkohol noch im Mutterleib vom Ungeborenen wieder abgebaut werden. Hierdurch kommt es bei Menschen mit FASD zu körperlichen und neurologischen Problemen, zu welchen faziale Stigma, Herzfehler und viele andere organische Fehlbildungen gehören. Auch körperliche Probleme durch beispielsweise vermindertes Schmerzempfinden, durch Selbstverletzung und Waghalsigkeit, ein gestörter

Tag- und Nachtrhythmus sowie Fehl- und Mangelernährung, zählen hierzu (vgl. Falke/Stein 2018:10).

Als Leitsymptome der Fetalen Alkoholspektrum-Störung werden folgende Merkmale aufgelistet:

Merkmale

Entwicklungsstörungen

Kleinköpfigkeit (Mikrozephalie)

Gesichtsanomalien

Intellektuelle Beeinträchtigungen

Störungen der Kognition und des Verhaltens

Einschränkungen in Teilleistungen sowie Störungen der Exekutivfunktionen

Veränderungen des Zentralnervensystems

Wachstumsminderung

Tabelle 1: Merkmale der Fetalen Alkoholspektrum-Störung (vgl. Buitinck/Dreiner/Ewers et al. 2017:7).

Eine Störung der Exekutivfunktionen (Fähigkeit zur Handlungssteuerung, Impulskontrolle, Lernen aus Erfahrung) führt hinzukommend zu erheblichen Einschränkungen im Alltag der Betroffenen. Diese Einschränkungen bestehen dauerhaft und können sich auf alle Lebensbereiche auswirken (vgl. ebd.). Die Exekutivfunktionen sind somit für eine eigenständige Lebensführung zuständig.

Einzelne dieser Schäden werden auch als Komorbiditäten² und sekundäre Störungen bezeichnet, welche neben der zentralen Störung der Exekutivfunktionen die Betroffenen beeinträchtigen (vgl. fasd-fz-koeln o.A.). Hierzu zählen:

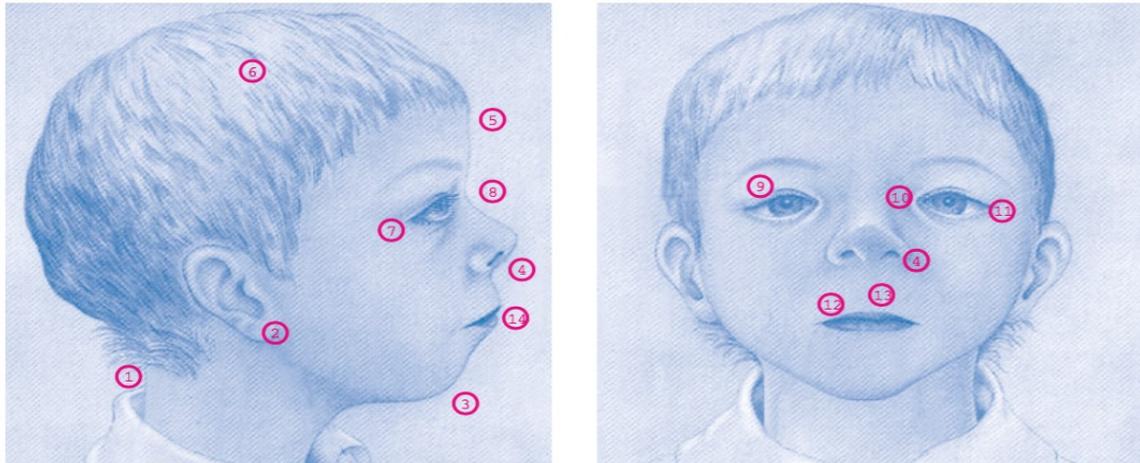
- „Geistige Behinderung
- Entwicklungs- und Wachstumsstörungen
- Extreme Verhaltensauffälligkeiten wie Hyperaktivität, ADHS, autistische Züge, Distanzlosigkeit, Aggressivität
- Impulskontrollstörungen, fehlendes Gefahrenbewusstsein, Manipulierbarkeit, gestörtes Sozialverhalten“ (ebd.).

Ein diagnostizierender Arzt hat die Aufgabe, die einzelnen körperlichen und geistigen Defizite zu einem Gesamtbild zusammenzufügen, da keins der oben angeführten Symptome für FASD spezifisch ist und einzelne Charakteristika ebenso bei anderen Fehlbildungen und Syndromen auftreten können (vgl. fasd-Deutschland 2020:7). Wie die Diagnostik gelingt und warum diese

² Zusammen mit einer Grunderkrankung, können mehrere weitere Erkrankungen vorliegen

notwendig ist, wird in einem weiteren Kapitel aufgegriffen. An dieser Stelle wird zunächst auf die Schädel- und Gesichtsveränderungen Bezug genommen, welche bei FASD entstehen können. Dysmorphiezeichen (Auftreten spezifischer Gesichtsmarkmale, Organsmissbildungen) gehören zu den häufigsten körperlichen und neurologischen Problemen (vgl. Falke/Stein 2018:10):

Schädel- und Gesichtsveränderungen bei Fetalem Alkoholsyndrom



- | | |
|--|--|
| 1 Haaraufstrich im Nacken | 8 verkürzter Nasenrücken |
| 2 tief ansetzende, nach hinten rotierende Ohren | 9 herabhängende Augenlider |
| 3 fliehendes Kinn | 10 Lidfalte |
| 4 vorstehende Nasenlöcher | 11 enge Lidspalten |
| 5 etwas vorgewölbte Stirn | 12 fehlender Schwung der Oberlippe |
| 6 Kopf-/Gehirn-Minderentwicklung | 13 abgeflachte Rinne von Nase zu Oberlippe |
| 7 leichtes Schielen | 14 schmales Lippenrot (besonders Oberlippe) |

Abbildung 2: Schädel- und Gesichtsveränderungen (fasd-Deutschland 2020:8).

Zu den facialen Auffälligkeiten zählen zum einen das verstrichene Philtrum und die dünne Oberlippe. In dieser Abbildung in Rang 4 und 5 des Lip-Philtrum-Guide wird dieses näher dargestellt:

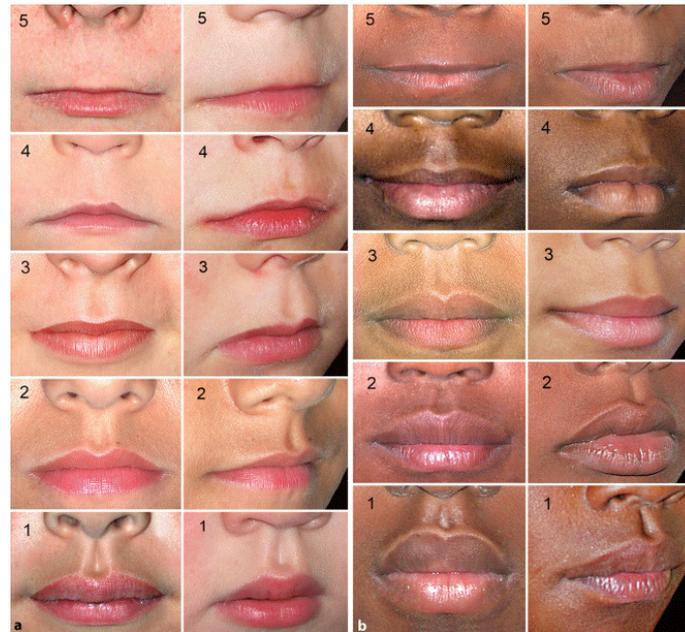


Abbildung 3: Lip- Philtrum Guide (Landgraf/Heinen 2017: 790).

Wie sich aus Abbildung 1 entnehmen lässt, entwickeln sich das zentrale Nervensystem (ZNS) und das Gehirn die gesamte Schwangerschaft über, wodurch diese am anfälligsten für Schädigungen durch die Alkoholexposition sind (vgl. Falke/Stein 2018:12). „Am stärksten betroffen sind hier:

- **Corpus callosum:** leitet Informationen von der linken Gehirnhälfte (Regeln, Logik) zur rechten (Impulse, Gefühle) und umgekehrt
- **Hypothalamus:** kontrolliert Appetit, Emotionen, Temperatur- und Schmerzempfinden
- **Cerebellum:** kontrolliert Koordination und Bewegung, Verhalten und Gedächtnis
- **Basalganglien:** beeinflusst das räumliche Gedächtnis, zielgerichtetes Arbeiten, Zeitwahrnehmung und die Vorhersagen von Verhaltenskonsequenzen
- **Frontallappen:** kontrolliert Impulse und Urteilsvermögen“

(vgl. ebd.). „An den Funktionen, die die Hirnbereiche haben, kann man sehen, dass sich Störungen auf die Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung im starken Maß auswirken“ (ebd.).

Das Krankheitsbild FASD hat viele Gesichter. Wie oben beschrieben müssen nicht alle Krankheitsmerkmale zutreffen. Oft werden Betroffene daher nicht direkt als solche erkannt. Trotzdem bietet der Alltag für Familien mit einem FASD-Kind und erwachsenen Betroffenen und deren Begleiter zahlreiche Herausforderungen und Hindernisse, welche unter anderem dadurch bedingt sind, dass das Wissen um das Störungsbild in der Gesellschaft bislang nur rudimentär vorhanden ist (vgl. Buitinck et al. 2017:8). Bereits in der Vorsorgeuntersuchung von schwangeren Frauen wird in der Regel nur nach dem Konsum von Nikotin und Drogen gefragt.

Eine explizite Frage nach dem Konsum von Alkohol bleibt jedoch häufig aus (vgl. Confugium o.J.).

Interessant ist an dieser Stelle auch, dass Frauen über 30 Jahren ein größeres Risiko haben, Kinder mit FASD zu bekommen als jüngere Frauen. Hier kann nur vermutet werden, dass dies an der mit dem Alter zunehmenden verminderten Alkohol-Abbaukapazität der Leber liegen könnte (vgl. Landgraf/Heinen 2017: 35). Ebenso wird vermutet, dass aufgrund der unterschiedlichen Enzymkapazität der verschiedenen Ethnizitäten, Afro-Amerikaner und amerikanische Ureinwohner (Native Indians), ein größeres Risiko haben, bei Alkoholkonsum ein Kind mit FASD zur Welt zu bringen (vgl. ebd.). Auch Stress scheint als Risikofaktor für die Entwicklung einer FASD-Erkrankung nicht ausgeschlossen werden zu können (vgl. ebd.). Mit dem erworbenen Hintergrundwissen stellt sich die Frage, wann FASD zum ersten Mal in Erscheinung getreten ist beziehungsweise als Krankheit diagnostiziert wurde. Hierüber gibt der geschichtliche Hintergrund im folgenden Abschnitt nähere Aufklärung.

3 Geschichtlicher Hintergrund

Ein erster wissenschaftlicher Bericht in Bezug auf mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft geht auf Dr. William Sullivan im Jahre 1899 zurück (vgl. Thomsen/Michalowski/Landeck/Lepke 2018:8). Der Gefängnisarzt in Liverpool stellte fest, dass Frauen gesunde Kinder bekamen, wenn sie während der Schwangerschaft keinen Alkohol getrunken haben, obwohl diese zuvor schwer geschädigte Kinder zur Welt brachten (vgl. ebd.). „[...]1973 bekam das Fetale Alkoholsyndrom durch die US-Amerikaner David Smith und Ken Jones seinen Namen“ (ebd.). Doch bereits 1957 verfasste Jacqueline Rouquette (Nantes) die wohl erste Publikation zur Alkoholschädigung bei Kindern infolge mütterlichen Alkoholkonsums in Paris (vgl. ebd.). Diesbezüglich untersuchte sie für ihre Doktorarbeit 100 Kinder von Eltern mit problematischem Alkoholkonsum und stellte dabei fest, dass „[...] besonders die Kinder, deren Mütter Alkohol tranken, auffällig geschädigt waren“ (ebd.). Dies ist auch die Dissertation, welche erst wieder 1967 von Paul Lemoine Nantes aufgegriffen wurde. Hierüber lässt sich eine Beschreibung des Fetalen Alkoholsyndroms auf das Jahr 1968 zurückführen, in welcher in einer französischen Publikation durch den Kinderarzt Paul Lemoine Nantes und Mitarbeiter in ausführliche Dokumentationen, auffällige Anomalien durch mütterlichen Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft an 128 Kindern beschrieben werden (vgl. Feldmann/Michalowski/Lepke 2013:15).

Diese Publikation blieb jedoch zunächst unbeachtet, gilt aber heute als gültige Erstbeschreibung des Fetalen Alkoholsyndroms. Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass die schädliche Wirkung von Alkohol auf ein ungeborenes Kind schon seit Jahrtausenden Vermutungen auf die Schädlichkeit von Alkohol angestellt werden (vgl. Thomsen/Michalowski/Landeck/Lepke

2018:8). Auch die „Gin-Epidemie“ (1720-1750) in England gab Hinweise darauf, dass Alkohol während der Schwangerschaft das Ungeborene lebenslang schädigt (vgl. ebd.). „In dieser Zeit stiegen der Verbrauch und die Produktion von Gin. Dem britischen Parlament wurde ein Bericht vorgelegt, dass Alkohol während der Schwangerschaft die Ursache für schwache, kränkelige Kinder sei, die häufig eingefallen und alt aussehend geboren werden“ (Löser zit. in Thomsen/Michalowski/Landeck/Lepke 2018:8). 1834 wurden hierzu vom britischen Parlament Unterlagen über die Auswirkungen des Alkohols auf die Nation, veröffentlicht (vgl. Thomsen/Michalowski/Landeck/Lepke 2018:8).

Obwohl Majewski, Bierich und Löser bereits 1976 schon wenige Jahre nach der Entdeckung mit ihren Arbeitsgruppen in Tübingen und Münster das klinische Syndrom anhand von 68 Patienten eingehend beschrieben hatten, dauerte es noch lange, bis das Syndrom in Deutschland überhaupt wahrgenommen wurde (vgl. Feldmann/Michalowski/Lepke 2013:15). Den Begriff der „Alkoholembryopathie“ führte schließlich Frank Majewski ein, welcher als Humangenetiker in Düsseldorf arbeitete (vgl. ebd.). So beschrieb Majewski zusammen mit Bierich und Löser die kardiovaskulären Fehlbildungen bei der Alkoholembryopathie ebenfalls im Jahr 1976 (vgl. ebd.). „1981 publizierten Veronica Nestler, H.L. Spohr und H.C. Steinhausen im Enke Verlag: ‚Die Alkoholembryopathie: Mehrdimensionale Studien zu den Folgen des Alkoholismus in der Schwangerschaft.‘ Neben zahlreichen Publikationen in medizinischen Zeitschriften erschien von Majewski, Löser und Spohr/Steinhausen in dieser Anfangszeit jeweils ein Lehrbuch über dieses Syndrom“ (ebd.).

Majewski entwickelte zudem einen Score zur Diagnostik der Alkoholembryopathie mit 26 hauptsächlich körperlichen Leistungssymptomen, welcher sich zunächst als zu grob und zu wenig differenziert erwies, da die Übergänge zwischen den Schweregraden fließend sind, die Punktbewertung jedoch subjektiv ist (vgl. Thomsen/Michalowski/Landeck/Lepke 2018:8). „Auch können einige genetische Syndrome zu einer hohen Punktbewertung führen, z.B. das Dubowitz- oder das Cornelia-de-Lange-Syndrom“ (ebd.). Deutsche Ärzte diagnostizierten dennoch eine Zeit lang nach dem Majewski-Score und die Alkoholembryopathie wurde in drei Schweregraden unterschieden. „Bei Schweregrad I/ Alkoholeffekte waren die Ärzte bis ungefähr 2001 noch der Ansicht, dass sich diese auswachsen und die Patienten ein normales Leben führen werden“ (a.a.O.:9). 40 Jahre Forschung waren notwendig, um festzustellen, dass alle Menschen, die in der Schwangerschaft durch Alkohol geschädigt wurden, ein Leben lang Folgen davontragen werden (vgl. ebd.). Spohr und Steinhauser führten zahlreiche Studien zum Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft durch und publizierten diese. Zunächst konnten beispielsweise mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft 60 Kinder retrospektiv und prospektiv umfangreich nachuntersucht werden (vgl. Feldmann/Michalowski/Lepke 2013:16). Hierzu erfolgte zunächst 1987 eine 4-Jahres-

Nachuntersuchung, und nachfolgend 1993 eine 10-Jahres-„Longterm follow-up study“, die im „Lancet“ erschien (vgl. ebd.). „Die Entwicklung der gleichen Patienten wurde später bis ins Erwachsenenalter verfolgt und das Ausmaß ihrer bleibenden Schädigungen beschrieben. Bereits 1984 wurden von Steinhausen et al. Untersuchungsdaten zu neuropsychiatrischen Auffälligkeiten bei betroffenen Kindern veröffentlicht“ (ebd.).

Einen tieferen Einblick in benannten Studien bietet an dieser Stelle das nächste Kapitel, welches zeigt, dass erst Langzeitstudien das gesamte Ausmaß einer Vorannahme bestätigen können. Dies ist eventuell auch der Grund dafür, warum das Thema des Alkoholmissbrauchs während der Schwangerschaft erst jetzt verstärkt an die Öffentlichkeit gerät. Schon Spohr prägte bereits im Jahr 2002 folgenden Satz, welcher die Öffentlichkeit auf das Thema aufmerksam machen könnte.

„Das Tragische an diesem Syndrom ist, dass diese Menschen nie unabhängig und selbständig leben können“

(Prof. Dr. Spohr, 2002 zit. in Thomsen/Michalowski/Landeck/Lepke 2018: 9).

Dass die Forschung in Bezug auf die Prävalenz und Inzidenz bzgl. des Krankheitsbilds ausbaufähig ist, wird im nächsten Abschnitt verdeutlicht.

3.1 Epidemiologische Forschung

Die Kenntnislage über die Prävalenz und Inzidenz des Krankheitsbildes, trotz Forschung seit dem Jahr 1968, wird von Feldmann, Michalowski und Lepke als noch immer unbefriedigend angesehen (vgl. Feldmann/Michalowski/Lepke 2013:18). Sie ziehen insbesondere den Zusammenhang, dass für viele Länder keine eigenen Daten, sondern nur Schätzungen, basierend auf Schätzungen anderer Länder, vorliegen (vgl. ebd.). Jedoch können die jeweils vorliegenden Daten als nicht relevant bezeichnet werden, da die Trinkgewohnheiten und Bevölkerungsstrukturen der Länder stark variieren können (vgl. ebd.). „The true prevalence of fetal alcohol syndroms (FAS) and fetal alcohol spectrum disorder (FASD) is not established neither in Canada nor anywhere else in the world („Die wahre Prävalenz des Fetalen Alkoholsyndroms und der Fetalen Alkoholspektrumstörungen ist weder in Kanada, noch irgendwo anders in der Welt bekannt“; zit. N- Clarren, Lutke 2008)“ (ebd.). Das Ärzteblatt beschreibt jedoch eine hohe Prävalenz des Fetalen Alkoholsyndroms in Europa. Demnach kommen der Studie JAMA Pediatrics zufolge jede Stunde 1.700 Kinder mit einem Fetalen Alkoholsyndrom zur Welt. „Von den WHO-Regionen ist Europa am stärksten betroffen“ (Ärzteblatt 2017).

„Studien zur Prävalenz sind schwer durchzuführen und ein Überblick über das Ausmaß des Problems ist kaum zu erhalten. Ein Team um Svetlana Popova vom Centre for Addiction and

Mental Health in Toronto hat jetzt den Versuch einer globalen Analyse unternommen. Grundlage waren die Ergebnisse aus 24 Studien mit 1.416 Kindern. Das ist eine vergleichsweise magere Zahlenbasis und die Ergebnisse dürften vor dem Hintergrund der schwierigen Diagnose nur eine erste Annäherung sein, die jedoch kein schmeichelhaftes Licht auf Europa wirft. Die globale Prävalenz der FASD bei Kindern und Jugendlichen liegt danach bei 7,7 Erkrankungen pro 1.000 Einwohner (95-Prozent-Konfidenzintervall 4,9–11,7 pro 1.000 Einwohner). Die Weltregion der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit der höchsten Prävalenzrate von 19,8 auf 1.000 Einwohner (14,1–28,0) war Europa. Am seltensten ist das FASD in der östlichen Mittelmeerregion (mit einem hohen Anteil von Muslimen). Dort liegt die Prävalenz nach den Berechnungen von Popova nur bei 0,1 pro 1.000 Einwohner (0,1–0,5)“ (Ärzteblatt 2017).

So ist im Ärzteblatt 2017 weiter beschrieben, dass innerhalb der einzelnen Länder die Häufigkeit sehr stark schwankt (vgl. ebd.). „Die höchste Prävalenz wurde mit 521 auf 1.000 Personen bei Kindern gefunden, die aus Osteuropa nach Schweden adoptiert wurden. Hier war mit anderen Worten mehr als jedes zweite Kind betroffen. In einer Kohorte von adoptierten Kindern und Heimkindern in den USA lag die Prävalenz bei 285 pro 1.000 Personen, bei Gefängnisinsassen in Kanada bei 233 pro 1.000 Personen und bei Ureinwohnern in Kanada bei 190 pro 1.000 Personen. Zu den Einschränkungen der Studie gehört nicht nur die geringe Zahl von Studien. Auch die Diagnose des FASD ist von Studie zu Studie und von Land zu Land verschieden“ (ebd.).

Durch diese Annäherung hat das Team um Svetlana Popova einen ersten Ausblick auf die Prävalenz zum Krankheitsbild geben können. Es zeigt aber auch, dass noch ein großer Bedarf an epidemiologischer Forschung besteht, welcher nur mit groß angelegten methodisch passenden Studien, durchgeführt werden kann, um aussagekräftige Daten zu erhalten. Durch eine Auswertung solcher Studien könnte die Größenordnung des Problems realistisch dargestellt werden und weitere Maßnahmen ergriffen werden (vgl. Feldmann/ Michalowski/Lepke 2013:24). „Trotz aller Probleme bei der epidemiologischen Forschung lässt sich bereits jetzt feststellen, dass FAS ein großes Problem darstellt. Die Auswirkungen sowohl für die betroffenen Individuen als auch für die gesamte Gesellschaft sind so gravierend, dass Präventionsmaßnahmen dringend auf den Weg gebracht werden müssen. Zurzeit stehen die geringe öffentliche Wahrnehmung und der immense Schaden in einem deutlichen Missverhältnis“ (ebd.).

An dieser Stelle wird auf eine Studie hingewiesen, welche von Reinhold Feldmann, Gisela Michalowski und Katrin Lepke im Buch „Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen“ beschrieben ist. Die von den Autoren durchgeführte Studie wurde in der kleinstädtigen Region Vechta mit 32.104 Einwohnern und dem Kreis Soest mit 303.688 Einwohnern durchgeführt. „Ziel der Studie war es, die Prävalenz des FAS in einer exponierten

Gruppe zu erfassen und darauf basierend die Schätzungen einer möglichen Prävalenz für die Gesamtbevölkerung vorzunehmen. Aus den wenigen existierenden epidemiologischen Studien und der hohen Prävalenz der Erkrankung ergibt sich weiterer Handlungsbedarf. Das Ergebnis dieser Studie ist, dass

- eine absolute Anzahl von 40.330 Kindern
- eine Prävalenz von 3 pro 1.000 Kinder
- eine Anzahl von 2.049 Kinder pro Jahr mit FAS in Deutschland leben könnten (vgl. a.a.O.:29).

Hinzukommend schlussfolgert Brownell aus einer Studie im Jahr 2013, dass der multidisziplinäre Bedarf an Unterstützung bei FASD-Erkrankten größer als in der Normalbevölkerung und auch größer als bei chronischer Krankheit ist (vgl. Michalowski/Lepke 2015: 94). Dass das Thema des Alkoholgenusses während der Schwangerschaft ein unausgesprochenes Thema unter Fachkräften ist, stellten Mutch, Wray und Bower im Jahr 2006 in einem Child Development Service in Australien (Bereich Kinder- und Jugendmedizin, Frühförderung) durch die Dokumentenanalyse und einen Fragebogen fest, da hier eine inkonsistente und unregelmäßige Dokumentation intrauteriner Alkoholexposition in den Schwangerschaftsberichten vorlag (vgl. ebd.). Schlussfolgernd wurde die mangelnde Dokumentation als mitunter ursächlich für die in Australien vorhandene Unterdiagnostik von FASD beschrieben (vgl. ebd.). Eine Studie von Kollmann in Deutschland, welche die Sozialarbeiter im Pflegekinder- und Adoptionsdienst der Jugendämter in Deutschland sowie Pflege- und Adoptiveltern befragte, kam zu dem Schluss, dass Pflege- und Adoptiveltern sowie Fachkräfte selbst einen Bedarf zur Weiterqualifizierung der Fachkräfte sahen. „Jedoch gaben Fachkräfte mit geringerem Wissen keinen erhöhten Bedarf an Weiterbildung an. Nach Meinung der Autorin kann dies durchaus als Hinweis auf mangelndes Problembewusstsein verstanden werden“ (a.a.O.: 95.).

Wie kann es nun gelingen einem Menschen mit FASD in seinem Alltag Unterstützung zu bieten, wenn er diese benötigt und ihn in seinem komplexen Krankheitsbild nicht nur mit seiner Erkrankung zu sehen? Einen Ansatzpunkt hierfür bietet die Perspektive der Salutogenese, auf welchen im nächsten Abschnitt Bezug genommen wird. Zusammenhängend wird ein Bezug zu den Begriffen Resilienz und Empowerment hergestellt, wobei immer wieder Rückschlüsse zum Krankheitsbild FASD genommen werden. Zum Ende des Abschnitts wird sich weiter am biopsychosozialen Krankheitsmodell orientiert und dieses ebenfalls in Verbindung zu FASD betrachtet.

4 Salutogenetische Sichtweise

Der Begriff „Salutogenese“ ist der Gegenbegriff zur „Pathogenese“. Geprägt wurden die Begriffe durch den amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky. Dieser versteht unter dem Begriff der Salutogenese, dass Gesundheit und Krankheit nicht dichotom, sondern als Kontinuum zu verstehen sind. Demnach befindet sich jeder Mensch auf einem „multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ (Antonovsky 1997: 29).

Der Begriff der Pathogenese beschreibt hingegen die Entstehung einer physischen oder psychischen Erkrankung oder den Verlauf eines krankhaften Prozesses bis zu einer Erkrankung (vgl. Doccheck Flexikon o.A.). „Das Konzept der Salutogenese ist eine Kritik an der einseitigen Orientierung der Forschung an schädigenden Lebensbedingungen und krankmachenden Faktoren“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001: 27). Erkrankungen werden nach diesem Ansatz unspezifisch betrachtet und fragt, warum Menschen gesund bleiben und welche Eigenschaften und Fähigkeiten diese auszeichnen (vgl. ebd.). Dies bedeutet rückschließend, dass viel mehr Informationen über die Person bekannt sein müssen als nur die krankheitsbezogenen Aspekte. Da Aaron Antonovsky als Gründer dieses Ansatzes gilt, wird nun ein Blick auf seine Biografie geworfen und wie er zum salutogenetischen Ansatz kam. Dieser Abschnitt wird unter dem Aspekt der Annahme von unterschiedlichen Blickwinkeln auf das Krankheitsbild FASD verfolgt. Seine Forschung bietet an dieser Stelle verschiedene Betrachtungsweisen von Krankheiten, welche als notwendig in der Berücksichtigung auf FASD als Krankheit gesehen werden.

4.1 Aaron Antonovsky

Der Begründer der Salutogenese wurde 1923 in Brooklyn, USA, geboren und war ein amerikanisch-israelischer Medizinsoziologe (1923-1994). Er schloss sein Soziologiestudium mit dem Grad des Ph. D. (vergleichbar mit dem deutschen Dokortitel), nach seinem Militärdienst im zweiten Weltkrieg, ab (a.a.O.:20). „Sein Interessenschwerpunkt waren in dieser Zeit Kultur und Persönlichkeit, schichtspezifische Prozesse und ethnische Beziehungen“ (ebd.). Schließlich emigrierte Aaron Antonovsky mit seiner Frau nach Israel und nahm dort eine Stelle am Institut für Angewandte Sozialforschung in Jerusalem an. Hier unterrichtete er auch in der Abteilung für Sozialmedizin und arbeitete an verschiedenen Projekten zum Zusammenhang von Stressfaktoren und Gesundheit bzw. Krankheit (vgl. ebd.).

Über diese Arbeit begann er höchstwahrscheinlich, ein Stresskonzept zu vertreten, in welchem Stressoren „[...] nicht mehr als grundsätzlich krankmachend gesehen werden, sondern als Stimuli, die einen Zustand der Anspannung auslösen, ohne dass dies unbedingt zu Stress führen muss“ (ebd.). „Damit vollzog sich auch der Wechsel von den sozialepidemiologischen Forschungsinteressen Antonovskys hin zu einer psychologischen Fragestellung nach

individuellen Verarbeitungsmustern angesichts von Anspannungszuständen. In diesem Zusammenhang hatte Antonovsky auch die Vorstellung einer spezifischen Wirkung von Stressoren verworfen und vertrat die Auffassung, dass die Art der Erkrankung von einer individuellen dispositionellen Vulnerabilität (überdauernde Verletzlichkeit) bestimmt wird und nicht von dem Profil der belastenden Einflüsse“ (ebd.). Dieser neue Blick auf Stressoren, kann einen Anstoß zum Umgang mit FASD-Erkrankten geben, indem auch bei diesen Menschen ein Reiz, welcher zunächst als Stress gedeutet werden würde, als Möglichkeit oder Anreiz für eine positive Reaktion gesehen wird. Antonovskys weitere Forschungstätigkeit wurde durch die Überlegung bestimmt, wie es 29 Prozent von inhaftierten Frauen in einem Konzentrationslager gelang, trotz der traumatischen Erlebnisse eine relativ gute psychische Gesundheit erlangt zu haben. Er fragte sich, wie diesen Frauen trotz extremer physischer und psychischer Belastungen gelungen war, gesund zu bleiben. In der Folgezeit veröffentlichte Antonovsky viele theoretische und empirische Arbeiten zum Konzept der Salutogenese (vgl. ebd.).

Als Ausgangspunkt für seine theoretischen und empirischen Arbeiten waren insbesondere folgende Fragen relevant:

„Warum bleiben Menschen- trotz vieler potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse- gesund? Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden?“ (a.a.O.:24).

4.2 Salutogenese versus Pathogenese

Antonovsky beschreibt den Unterschied zwischen Pathogenese und Salutogenese damit, dass ersteres von der Homöostase³ als Normalfall ausgeht. Salutogenese hingegen geht von der Heterostase⁴ als Regelfall aus. Der Unterschied wird von ihm in folgender Metapher mit Hilfe eines Flusses beschrieben:

„Dieser [Fluss] fließt nicht stetig und gerade, er hat Biegungen und unterschiedliche Fließgeschwindigkeiten, Stromschnellen und Strudel. Flussabwärts weist er Turbulenzen auf, und einige Menschen kämpfen verzweifelt darum, den Kopf über Wasser zu halten. Manche schaffen es, aus eigener Kraft wieder ans Ufer zu kommen, andere aber müssen von Lebensrettungsspezialisten herausgezogen und vor dem Ertrinken gerettet werden.“ (Antonovsky 1993 zit. in Welbrink/Witte 2001: 16 zit. in Wagner 2019).

Aus pathogenetischer Sicht „befinden sich Menschen demzufolge in der Regel im Gleichgewicht, und nur bei einer Kombination ungünstiger Zustände oder Ereignisse kommt es zu

³ Gleichgewicht der physiologischen Körperfunktionen; Stabilität des Verhältnisses von Blutdruck, Körpertemperatur, pH-Wert des Blutes u. a

⁴ Gesundheit als ein dynamisch, anfälliger Prozess

Beeinträchtigungen dieses Zustandes, zu Krankheit. Dann muss Energie aufgewendet werden, um die Homöostase wieder herzustellen“ (Franke o.J.: 4). Die Salutogenese geht gegensätzlich von Heterostase und Ungleichgewicht als Normalfall aus und benennt diese als „inhärenten Bestandteil menschlicher Existenz“ (ebd.).

4.3 Salutogenese und FASD

Mit Blick auf eine Person mit dem Krankheitsbild FASD würde dies aus salutogenetischer Perspektive bedeuten, dass diese Person nicht einfach nur krank ist. Die Person befindet sich nicht ganz auf der Seite der Gesundheit, sondern bewegt sich auf einem Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit. Da genau bei diesem Krankheitsbild zu berücksichtigen ist, dass die Betroffenen gesunde Anteile aufweisen, oft aber nicht nachvollzogen werden kann, was die gesunden Anteile sind, ist es notwendig, die Anteile zu unterstützen, welche zur alltäglichen Bewältigung des Lebens verhelfen. In keinem Fall darf dies bedeuten, die Krankheit FASD nicht als jene anzuerkennen. Durch das Wissen über die Anteile, welche zu einer alltäglichen Bewältigung des Lebens hilfreich sind, könnte ebenso einer „sehr fatalistischen Prognose mit sehr wenig Einflussmöglichkeiten“ des Systems um die betroffene Person entgegengewirkt werden (Lepke/Michalowski 2019:127). Der Eindruck von wenig Einflussmöglichkeiten kann laut Lepke und Michalowski ebenso entstehen, da in „Veröffentlichungen zu FASD, bedingt durch den ‚pathogenetischen Blick‘, ausschließlich Aussagen getroffen werden, was FASD Betroffene für Defizite haben und nicht können“ (ebd.). Die Salutogenese hingegen legt den Schwerpunkt auf die Betrachtung von Faktoren und dynamischen Wechselwirkungen, die zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit führen (vgl. ebd.). Ein Blick durch die „rosarote Brille“ soll in diesem Sinne vermieden werden, um die Komplexität der Krankheit hervorzuheben. „Die Akzeptanz biologisch bedingter Defizite bei FASD-Betroffenen, allerdings im Sinne einer Spektrum-Störung in individuell sehr unterschiedlicher Ausprägung, ist schon deshalb wichtig, um Helfer und FASD-Betroffene vor frustrierenden unrealistischen Zielen zu schützen“ (a.a.O.:128). Somit hat es Antonovsky gut mit der Metapher des Flusses auf den Punkt gebracht, nämlich:

„Das Wesen der Flüsse, in denen wir uns befinden, ist unterschiedlich. Äthiopier, Israelis und Schweden, gehobene und niedrigere Sozialschichten, Männer und Frauen sind alle in verschiedenen Flüssen, deren Strömungen und Strudel oder andere Gefahrenquellen variieren, aber niemand befindet sich jemals am sicheren Ufer. Kein Fluss ist sehr friedlich“ (Antonovsky 1993: 7).

Auch ein Mensch mit FASD-Erkrankung hat, wie gesunde Menschen, Höhen und Tiefen, welche sich abwechseln. Besonders für das Helfersystem im Umkreis einer erkrankten Person scheint diese Sichtweise ausschlaggebend zu sein. Beigefügt wird ebenfalls, dass es

Antonovsky um die Betrachtungsweise eines Individuums allgemein ging. So setzte er auch das Stresskonzept in eine andere Betrachtungsweise und bezeichnete Stressoren als Stimuli, die einen Zustand der Anspannung auslösen, ohne dass dies unbedingt zu Stress führen muss (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001:20). Schlussfolgernd muss ein Mensch dazu angehalten werden, eine festgefahrene Betrachtungsweise nicht unbedingt als allgemeingültig anzusehen und lernen, den Blickwinkel zu ändern, um besser verstehen und in Bezug auf FASD-Betroffene, diese bei Bedarf besser unterstützen zu können. Der Forschungszweig der Salutogenese strebt ebenso wie die im Folgenden beschriebene Resilienzforschung eine Erweiterung der pathogenetischen Perspektive an, die den Fokus auf Belastungs- oder Risikofaktoren richtet (vgl. Hafen 2014:2).

4.3.1 Resilienz und Kohärenzsinn

Resilienz meint nach Rutter (1990): „[...] das Vermögen einer Person oder eines sozialen Systems (z.B. Familie), sich trotz schwieriger Lebensbedingungen (‘im Angesicht des Elends‘) auf sozial akzeptiertem Wege gut zu entwickeln. Dieses Vermögen umfasst: den Widerstand gegen die Zerstörung der eigenen Integrität (Unbescholtenheit, Unverletzlichkeit, Unbestechlichkeit) unter äußerem Druck und den Aufbau eines positiven Lebens unter widrigen Umständen“ (Rutter zit. in Leuthner 2011: 13f.). Beide Begriffe, Salutogenese und Resilienz, werden geeint durch den Begriff „Kohärenzsinn bzw. Kohärenzgefühl“ (vgl. a.a.O.: 15). Bei Kohärenzgefühl handelt es sich nach Antonovsky um „[...] eine grundlegende Lebenseinstellung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß jemand ein alles durchdringendes, überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass eine innere und äußere Erfahrungswelt vorhersehbar ist und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich die Angelegenheit so gut entwickelt, wie man vernünftigerweise erwarten kann“ (ebd.). Der Kohärenzsinn entscheidet in dem Fall, wie gut eine Person vorhandene Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens zu nutzen weiß und kann dadurch selbst die Stresswahrnehmung bestimmen (vgl. a.a.O.: 16). Ein Gerüst, welches den Menschen in Krisensituationen nicht verzweifeln lässt, kann durch Disziplin, Ausdauer und professionelle Hilfe aufgebaut werden, wodurch die Resilienz gesteigert wird (vgl. a.a.O.: 21). An dieser Stelle sollte allerdings die Frage gestellt werden, ob ein an FASD Erkrankter in der Lage ist seinen Kohärenzsinn zu nutzen. Können betroffene Personen ihre vorhandenen Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit überhaupt nutzen? Gelingt eine selbstbestimmte Stresswahrnehmung bei Menschen mit FASD? Die Antwort auf diese Frage kann nur individuell für jede betroffene Person selbst getroffen werden, da FASD sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Wieder sind die Helfer oder Personen im Umfeld des Betroffenen gefragt, um herauszufinden, inwieweit sich dieser selbst steuern und somit über sich selbst verfügen kann. Besonders muss darauf geachtet werden, dass

betroffene Personen nicht an dem Versuch verzweifeln sich eventuell selbst zu regulieren. Nachfolgende Faktoren bezeichnen eine ausgeprägte Resilienz bei Erwachsenen:

Beziehungsfähigkeit, Hoffnung, Selbstständigkeit, Fantasie, Kreativität, Unabhängigkeit, Humor, Entschlossenheit, Mut, Einsicht und Reflexion (vgl. a.a.O.: 21f.).

Auf der Grundlage von qualitativen Interviews mit Menschen, die ein schweres Trauma erlebt hatten, kam Antonovsky zu folgender Definition von Kohärenz: „Das Gefühl der Kohärenz ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Maße man ein durchgehendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass (1) die Ereignisse der inneren und äußeren Umwelt im Laufe des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; (2) die Ressourcen verfügbar sind, um den durch diese Ereignisse gestellten Anforderungen gerecht zu werden; und (3) diese Anforderungen als Herausforderungen zu verstehen sind, die es wert sind, sich dafür einzusetzen und zu engagieren“ (Faltmaier 2017: 194). In Zusammenhang mit der Salutogenese stellt Antonovsky in seiner Theorie dazu die Hypothese auf, dass „ein hohes Kohärenzgefühl entscheidend dazu beiträgt, Widerstandsressourcen zu mobilisieren um eine erfolgreiche Spannungsbewältigung zu erreichen“ (a.a.O.: 196). Hier wird deutlich, dass im Modell des Kohärenzgefühls unterschieden wird, zwischen der Verfügbarkeit von Ressourcen und ihrer Mobilisierung im Prozess der Stressbewältigung (vgl. ebd.). Belegt wird hiermit, dass eine Fähigkeit zu Mobilisierung vorhanden sein muss. An FASD erkrankte Personen können demnach durchaus über entsprechende Ressourcen verfügen. Sie müssen sie allerdings auch abrufen können, was oft durch eingeschränkte Funktionen nicht möglich ist.

Schutzfaktoren, welche zur Resilienz beitragen, werden empirisch durch die Resilienzforschung gesucht, wobei ähnliche Faktoren wie diejenigen, welche in der Salutogenese als Widerstandsressourcen auftauchen, beschrieben werden (vgl. a.a.O.: 81).

Laut der Theorie des Kohärenzsinn müssen die positiven Ressourcen eines FASD-Erkrankten hervorgehoben werden. Dies sind die Anteile, welche der Erkrankte scheinbar gut ausbauen konnte und somit genutzt werden müssen. Das Helfersystem ist demnach angehalten, immer wieder auf die vorhandenen Ressourcen aufmerksam zu machen, sodass diese vom FASD-Betroffenen nicht vergessen werden, wodurch sich die Gesundheit erhalten würde. Ausgehend davon und der Kenntnis der eigenen Ressourcen kann der Betroffene lernen, seine Stresswahrnehmung selbst zu bestimmen, wenn es gelingt, die Ressourcen auch zu mobilisieren. Es bleibt zu untersuchen in welcher Form eine ausgeprägte Resilienz bei Menschen mit FASD hervorgebracht werden kann, zumal diese sich selbst und ihre Umwelt in einer anderen Form wahrnehmen. In jedem Fall können jedoch oben genannte Faktoren für Resilienz immer

wieder trainiert werden. Ob diese jedoch weiter ausbaufähig sind, hängt von der Ausprägung der Erkrankung ab.

Erkennbar ist die Ähnlichkeit der Salutogenese und der Resilienz. „Beide sind auf Stressoren oder Risikofaktoren bezogen, beide beschreiben eine erfolgreiche Auseinandersetzung („coping“) mit diesen als Bedingung für ein positives Ergebnis (Gesundheit oder gesunde psychische Entwicklung) und beide forschen empirisch nach Faktoren, die den erfolgreichen Umgang mit Stressoren erklären können, nach Widerstandsressourcen oder Schutzfaktoren“ (a.a.O.: 81).

Wird von Resilienz gesprochen, wird dies oft in Verbindung mit Empowerment gebracht. Der Empowermentansatz im Zusammenhang mit FASD-Erkrankten ist jedoch schwerer zu greifen.

4.3.2 Empowerment

„Der Begriff „Empowerment“ bedeutet Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung, Stärkung von Eigenmacht, Autonomie und Selbstverfügung. Empowerment beschreibt Mut machende Prozesse der Selbstbemächtigung, in denen Menschen in Situationen des Mangels, der Benachteiligung oder der gesellschaftlichen Ausgrenzung beginnen, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, in denen sie sich ihrer Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen. Empowerment auf eine kurze Formel gebracht zielt auf die (Wieder-)Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags“ (Herriger o.A.).

Durch diese Definition wird bewusst, dass es nicht oder nur in sehr kleinen Schritten gelingen kann, FASD-Erkrankte zur Selbstbefähigung zu verhelfen. Empowerment zielt auf die (Wieder-) Herstellung von Selbstbestimmung ab. Die Fähigkeiten zu Selbstbestimmung können jedoch bei vielen Erkrankten aufgrund der Erkrankung erst gar nicht ausgebildet werden. Somit bleibt eine Wiederherstellung oder Herstellung von Selbstbestimmung durch vorhandene Ressourcen aus. FASD ist gleichzeitig eine sehr individuelle Erkrankung und es kann möglicherweise nicht genau festgestellt werden, welche Einschränkungen vorliegen, weshalb der Versuch die erkrankte Person zur Selbstbefähigung zu empowern nicht ausbleiben darf. Somit liegt es im Empowermentansatz, als professionelle Unterstützung, Autonomie und Selbstgestaltung herzustellen. Eine naheliegende Definition entstammt hier aus der Tradition der professionellen psychosozialen Arbeit, welche betont, dass die Aspekte der Unterstützung und der Förderung von Selbstbestimmung durch die beruflichen Helfer passieren muss (vgl. ebd.). Hierbei richtet sich der Blick somit auf die Helfer der psychosozialen Dienste, die Prozesse der (Wieder-)Aneignung von Selbstgestaltungs Kräften anregen, fördern und unterstützen, wodurch Ressourcen und Empowermentprozesse bereitgestellt werden (vgl. ebd.). In der Unterstützung von

FASD-Erkrankten muss daher immer damit gerechnet werden, dass empowermentorientierte Prozesse nicht von langer Dauer sind, da die Fähigkeiten zur Selbstbestimmung grundsätzlich nicht vollständig abrufbar sind und die Personen immer wieder erneut empowermentorientiert unterstützt werden müssten, was langfristig nicht zu einer eigenverantwortlichen Selbständigkeit führen muss oder auch, je nach Ausprägung, kann. Zur kurzen Momenterhaltung von Gesundheit, kann Empowerment ein hilfreicher Ansatz sein, zielt dann aber nicht auf eine langfristige Wirkung ab. Vielmehr kann es rückschließend bei FASD-Erkrankten darum gehen, durch die Helfer herauszufinden, was für den Moment zur Gesunderhaltung des Individuums beiträgt, wodurch die salutogenetische Sichtweise wieder aufgegriffen wird. Es kann weitgehend resilienzfördernd und nach dem Empowermentansatz gearbeitet werden, bis Grenzen des Individuums erkannt werden. Diese sind bei jedem unterschiedlich aufzufinden.

An dieser Stelle soll ebenfalls ein Blick auf die biopsychosoziale Perspektive von Krankheiten geworfen werden, zu welchen sich ein Modell zu Beginn des 19. Jahrhunderts unter dem Einfluss naturwissenschaftlichen Denkens entwickelte. Dies wurde vorwiegend durch Bertalanffy geprägt. „Die Ausformulierung und Propagierung des Modells als Grundlage für die psychosomatische Medizin war wiederum im Wesentlichen die Arbeit von George L. Engel (1976) und den Verhaltensmedizinern Schwartz und Weiss und einigen anderen, von denen Herbert Weiner hervorzuheben ist“ (Egger 2005: 55).

Hier sollte direkt zu Beginn erwähnt werden, dass Eggert folgende Meinung über das biopsychosoziale Modell vertritt: „Das (erweiterte) biopsychosoziale Modell ist das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird“ (a.a.O.: 56).

5 Die biopsychosoziale Perspektive

„Nach diesem Modell eines ganzheitlichen Krankheitsverständnisses kann es keine psychosomatischen Krankheiten geben – genau so wenig wie es nicht-psychosomatische Krankheiten gibt“ (a.a.O.:3). Somit sind Krankheit und Gesundheit im biopsychosoziale Modell als dynamisches Geschehen definiert (vgl. ebd.). In diesem Modell finden personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren gleichermaßen Beachtung und stehen somit in Beziehung zu den Körperfunktionen und -strukturen. Somit wird das Gesundheitsproblem als veränderbar verstanden, da Krankheit auch immer menschliches Erleben ist (vgl. Faltmaier 2017: 57).

5.1 Entwicklung des biopsychosozialen Krankheitsmodells

„Das Modell geht davon aus, dass der menschliche Körper mit einer Maschine vergleichbar ist, deren Funktionen und Funktionsstörungen verstanden werden können, indem die Organisationssysteme und -strukturen sowie die physiologischen Prozesse möglichst genau

analysiert werden“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001: 17). Krankheitssymptome werden durch organische Defekte erklärt, wobei diese anatomischen oder physiologischen Defekte die eigentliche Krankheit bilden (vgl. ebd.). „Für die Entstehung des Defekts wird angenommen, dass es eine begrenzte Zahl von Ursachen gibt“ (ebd.). Die Suche nach Möglichkeiten den Defekt zu beheben, sowie das Erkennen dessen ist hierbei entscheidend. „Diese Grundannahmen bestimmen den Umgang mit körperlichen Beschwerden: Die Bestimmung, ob eine Person als krank bezeichnet werden kann, hängt davon ab, ob anatomische oder physiologische Veränderungen festgestellt werden können. Der kranke Mensch als Subjekt und Handelnder wird weitgehend ausgeklammert. Er ist passives Objekt physikalischer Prozesse, auf die seine psychische und soziale Wirklichkeit und sein Verhalten keinen Einfluss haben. Medizinische Forschung, die dem biomedizinischen Krankheitsmodell folgt, konzentriert sich auf die Entdeckung bisher unbekannter Defekte und den Nachweis, dass diese die Ursache für eine Erkrankung sind. Die medizinische Behandlung zielt darauf ab, den Defekt zu beheben“ (ebd.).

Dem biomedizinischen Krankheitsmodell stellte der Psychiater George L. Engel (1979) das erweiterte biopsychosoziale Modell gegenüber. Hier werden sowohl psychosoziale sowie somatische (körperliche) Faktoren zur Erklärung von Erkrankungen herangezogen. „Sozialwissenschaftliche, psychologische und psychosomatische Forschungsbefunde belegen, dass psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung und im Verlauf von Krankheiten von Bedeutung sind. Auch das Erstellen einer Diagnose und die Behandlung der Erkrankung werden davon beeinflusst“ (ebd.). In diesem Krankheitsmodell wird somit nicht mehr ausschließlich einem Vulnerabilitätskonzept⁵ gefolgt, das untersucht, wie psychische Belastungen über psychophysiologische Prozesse pathogenetisch wirksam werden, da auch die „psychobiologische Bewältigungs- und Stressforschung zu fragen beginnt, welche protektiven Ressourcen der Organismus unter Belastungsbedingungen beispielsweise über das Immunsystem aktivieren kann“ (ebd.). Engel lehnte somit das reduktionistische biomedizinische Modell ab und charakterisierte dies folgendermaßen: „All disease, including mental disease, be conceptualized in terms of derangements in underlying physical mechanisms“ (Engel 1977: 130 zit. in Wood 2012: 170). Die materialistisch-reduktionistische Ausrichtung der Medizin kritisierte er hierdurch (vgl. Pauls 2013: 17).

Durch das biopsychosoziale Modell gelingt es, eine systemische Konzeption einer Körper-Seele-Einheit herzustellen. „Für die Praxis bedeutet dies die Möglichkeit, sowohl in der Diagnostik als auch der Therapie die biologischen Aspekte (die organisch begründbaren Befunde), die psychischen Dimensionen (Denken, Fühlen, Handeln) und die sozialen wie ökologischen

⁵ Vulnerabilität= Verletzlichkeit

Lebenswelten des Menschen parallel zu erfassen und auch parallel zu nützen“ (Egger 2005: 53). Die biomedizinische Theorie erlangt somit eine Erweiterung und „bietet zugleich einen ganzheitlichen theoretischen Rahmen für eine wissenschaftliche Medizin des 21. Jahrhunderts“ (ebd.).

An dieser Stelle sollte die **Systemtheorie** aufgegriffen werden, da es mit ihrer Hilfe möglich ist, Systeme unterschiedlicher Komplexität nach einheitlichen Prinzipien zu beschreiben (vgl. Pauls 2013: 56). Der ganzheitliche theoretische Rahmen für die wissenschaftliche Medizin des 21. Jahrhunderts, kann somit durch die Systemtheorie ergänzt werden, welche einen konzeptionellen Rahmen bildet, der sich für eine „[...] Vielzahl von Wissenschaften, darunter auch die Medizin, als fruchtbar erweist“ (Egger 2005: 53.). Pauls beschreibt die Entstehung der Allgemeinen Systemtheorie (General Systems Theory, GST) als wissenschaftshistorisch wichtig (vgl. Pauls 2013: 16). „Die GST beansprucht einen Paradigmenwechsel von der klassischen naturwissenschaftlichen Annahme linearer-kausaler und analytisch zu erforschender Zusammenhänge hin zu nicht-linearer oder zirkulären Verursachungs-Zusammenhängen“ (ebd.).

„Unter einem System versteht man eine Menge von Elementen, zwischen denen Beziehungen bestehen“ (ebd.).

Das biopsychosoziale Modell beschreibt somit die Natur als eine hierarchische Ordnung von Systemen. „Jedes Niveau in dieser Hierarchie repräsentiert ein organisiertes dynamisches System (oder ‚Ganzheit‘) und jedes System weist Qualitäten und Beziehungen auf, die für dieses Organisationsniveau typisch sind. Nichts existiert isoliert, alle Ebenen der Organisation sind verbunden, sodass eine Änderung auf einer Ebene im Prinzip auch eine Änderung in den anderen, v.a. den angrenzenden Systemebenen bewirkt“ (Egger 2005: 57). Pauls beschreibt die Beziehungen der Systeme untereinander wie folgt: „Betrachtungsgegenstände oder Phänomene (Systeme) werden im Kontext der komplexen wechselseitigen Beziehungen der ihnen verknüpften Elemente verstanden, bzw. im Kontext der Organisation oder Umgebung, deren Teil sie sind“ (Pauls 2013: 17). Zur Veranschaulichung wird an dieser Stelle der Systemaufbau dargestellt:

Systemhierarchien (Wissenschaftsbereiche):

Konzeptuelles Netzwerk von physischen (materiellen) Begriffen

Biosphäre

Gesellschaft; Nation

Kultur, Subkultur

Gemeinde, Gemeinschaft

Familie

2-Personen-Beziehung

Person (physiologische Gestalt und morales Verhalten)

Organe

Gewebe

Organellen

Moleküle

Atome

Subatomare Teilchen

Tabelle 2: Systemaufbau in G.L. Engels originärem biopsychosozialen Modell (vgl. Egger 2005: 4: eigene Darstellung)

Egger beschreibt das Modell als „Theorie, welche auf Wechselwirkungen innerhalb und zwischen den Systemebenen ausgerichtet- und das auf der gesamten Zeitachse- also von eventuell, ursächlichen‘ Faktoren, über die Pathogenese bis zu den beobachtbaren Krankheitsaspekten und den aufrechterhaltenden Bedingungen der Erkrankung“ (Egger 2008: 14). Somit wird an dieser Stelle die salutogenetische Sichtweise mit der und pathogenetischen vereint.

Als zentraler Begriff wird hier die **Emergenz** beschrieben. Diese beschreibt das „Hervorbringen von Phänomenen, die auf der jeweils darunter liegenden Systemebene nicht vorhanden sind und deswegen dort auch nicht als Erklärungsmodell zur Verfügung stehen“ (ebd.). Somit ergibt sich die wichtigste Folgerung aus dem biopsychosozialen Krankheitsmodell, dass „jedes Ereignis oder jeder Prozess, der an der Ätiologie, der Pathogenese, der symptomatischen Manifestation und der Behandlung von Störungen beteiligt ist, sowohl biologisch als auch psychologisch ist“ (a.a.O.: 14f.). Zusammenfassend kann dementsprechend Folgendes festgehalten werden:

„Im biopsychosozialen Modell bedeutet

Gesundheit: die ausreichende Kompetenz des Systems, Mensch‘, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen auf der psycho-

sozialen Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam kontrollieren bewältigen zu können“ (a.a.O.:15).

Krankheit: „stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevanten Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher Ebene oder an welchem Ort eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter- oder übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist.“ (ebd.).

„Da das ‚Ganze‘ einer Krankheit (oder Gesundheit) als solches nicht fassbar ist, macht es natürlich weiterhin Sinn, für die Detailauflösung dimensional vorzugehen, d.h. die beteiligten Wirklichkeitsausschnitte mit ihren erkennbaren Wirkfaktoren zu benennen, um sie danach in ein ganzheitliches System zu integrieren“ (a.a.O.:58). Die nachstehenden Abbildungen zeigen diesbezüglich ein vereinfachtes Schema:

| Modell zum Verständnis von Krankheit | Abstraktionsebene |
|---|--|
| <p>I. Krankheit als somatische Störung Organischer bzw. organfunktioneller Befunde Beobachtungsperspektive: Krankheit als materieller Befund Primärer therapeutischer Ansatz: Mensch als komplexe Maschine, Problemlösung durch Experten (Therapeuten als „Techniker“): Außenperspektive</p> | <p>Krankheitsdimension</p> <p>Biomedizinisch (disease/impairment)</p> |
| <p>II. Krankheit als Störung des Erlebens und Verhaltens Erlebnisperspektive: Kranksein, Krankheitsgefühl, Befindlichkeit Primärer therapeutischer Ansatz: Mensch hat Eigen- und Mitverantwortung, Änderung individuellen Erlebens und Verhaltens, Hilfe zur Selbsthilfe (Therapeut als Katalysator): Innenperspektive</p> | <p>Psychologisch (illness/disability)</p> |
| <p>III. Krankheit als Ergebnis einer pathogenen Mensch-Umwelt-Passform Hochsitzperspektive: Krankheit als „Fehlanpassung“ an sozioökologische Lebensbedingungen Primärer therapeutischer Ansatz: Bevölkerung bzw. Gruppen von Menschen; Änderungen von externen (sozialpolitischen, ökologischen) Lebensbedingungen und Verhaltensänderung von Populationen (soziale und ökologische „Umwelt“ politik): Metaposition</p> | <p>Öko-sozial (sickness/handicap)</p> |

Tabelle 3: Modell zum Verständnis von Krankheit nach Egger (studlib. o.A.)

| Modell zum Verständnis von Gesundheit | Abstraktionsebene Gesundheitsdimension |
|--|---|
| <p>I. Gesundheit als somatische Unauffälligkeit Organische bzw. körperliche Funktionstüchtigkeit; Beobachtungsperspektive; Gesundheit als Ausschluss eines organopathologischen Befundes (ergibt eine Gesundheit aber viele Krankheiten); therapeutischer Ansatz: Primärprophylaxe, prinzipiell: Mensch als komplexe Maschine, Problemlösung durch Experten; („Therapeut als Techniker“): kein Handlungsbedarf außer z.B. Schutzimpfung oder Risikofaktorenaufklärung; Fokus: Außenperspektive</p> | Biomedizinisch (health) |
| <p>II. Gesundheit als virales Erleben und Verhalten Erlebnisperspektive: Gesundsein, Wohlbefinden, Vitalitätsgefühl, therapeutischer Ansatz: Gesundheitswissen, Gesundheitsmotivation, Gesundheitsverhalten (Gesundheitskompetenz); Prinzipiell: Mensch hat Eigen- und Mitverantwortung, Änderung individuellen Erlebens und Verhaltens, Hilfe zur Selbsthilfe (Therapeut als Katalysator) Persönlichkeitsgebundene und situative Verhaltensrisikofaktoren und Schutzfaktoren; Fokus: Innenperspektive.</p> | Psychologisch (wellness) |
| <p>III. Gesundheit als salutogene Mensch-Umwelt-Passform Hochsitzperspektive: Krankheit als „Fehlanpassung“ an sozio-ökologische Lebensbedingungen Therapeutischer Ansatz: Bevölkerung bzw. Gruppen von Menschen, Änderung von externen (sozialpolitischen, ökologischen) Lebensbedingungen und Verhaltensänderung von Populationen Prinzipiell: (Mit) Verantwortung der sozialen und ökologischen „Umwelt“ Politik; public health; Fokus: Metaperspektive</p> | Öko-sozial (public health) |

Tabelle 4: Modell zum Verständnis von Gesundheit nach Egger (studlib. o.A.)

Betont wird an dieser Stelle, dass der Grundgedanke des Engel’schen Modells darin besteht, dass „alle drei Bedingungen – die biologisch-organische, die psychische und die soziale – in sich kontinuierlich ändernden Wechselbeziehungen stehen und aus diesen Faktoren und deren Veränderungen sich Entwicklung und Verlauf von Störungen erklären lassen“ (Jungnitsch 1999:31). „Die Betonung des dynamischen Wechselspiels der drei Ebenen in Genese und Verlauf von Erkrankungen bedeutet, dass neben den Biologischen ebenfalls psychische und soziale Faktoren grundsätzlich auch kausal für die Entstehung von Krankheiten in Betracht kommen. Der Mensch ist Teil umfassender Systeme und selbst wiederum ein System aus vielen Subsystemen bis hinab zur molekularen Ebene“ (Pauls 2013: 18). Dieser Ansatz von Engel ist jedoch nicht weiter präzisiert worden. „Daher verweist die Rede vom biopsychosozialen Krankheitsmodell heute weniger auf eine ausgearbeitete Theorie als auf die inzwischen vielfach geteilte Grundüberzeugung, dass Krankheit auf diesen drei Dimensionen zu betrachten ist“ (Faltmaier 2017: 58).

Wie hängt nun der Begriff der Salutogenese mit dem biopsychosozialen Modell zusammen und wie kann dieses Wissen auf das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms übertragen werden?

6 Zusammenführung der verschiedenen Modelle

Sowie die Salutogenese Gesundheit und Krankheit als Kontinuum beschreibt, so liegt die Erklärung des biopsychosozialen Modells auch in der Wechselwirkung zwischen verschiedenen Systemen. Wechselwirkung bedeutet, dass sich einzelne Systeme untereinander bedingen. Hier kann davon ausgegangen werden, dass sich ein System, welches von Krankheit betroffen ist, mit einem gesunden System wechselseitig bedingt. Die Salutogenese setzt die Homöostase als Normalfall aus. Ebenso werden in der Salutogenese alle Menschen in der Hinsicht betrachtet, ob sie mehr oder weniger gesund oder krank sind. Hier wird versucht zu erklären, warum sie sich auf dem Gesundheitskontinuum in eine positive oder negative Richtung bewegen (vgl. Faltmaier 2017: 60f.). Somit sind es auch die Ressourcen, welche in der Salutogenese die Gesundheit erhalten oder verbessern, Stressoren pathogen wirken können und gleichzeitig für die Gesundheit positive förderliche Konsequenzen haben (vgl. a.a.O.: 61).

Mit Blick auf eine FASD-Erkrankung würde dies bedeuten, dass der Betroffene gesunde und krankhafte Anteile in sich trägt. In Bezug auf das Krankheitsbild können wir von oben beschriebenen (Punkt 2.0) eventuellen krankhaften Anteilen ausgehen. Die gesunden Anteile müssen aber aus salutogenetischer Sicht ebenso betrachtet werden. Eine zentrale Frage wäre an dieser Stelle: „Was macht den Betroffenen gesund?“ Wenn wir es schaffen, den Blick auf die gesunden Anteile zu lenken, wäre die zentrale Frage „Was macht den Betroffenen krank?“. Es kommt somit auf den Blickwinkel an, aus dem die betroffene Person betrachtet wird. Mit Hilfe dieser beiden Fragen würde das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum der Person nachvollzogen werden. Wenn krankhafte Anteile gefunden werden oder auftauchen, muss demnach geschaut werden, wie diese Anteile wieder ausgeglichen werden können oder in welcher Hinsicht diese zur Gesunderhaltung beitragen. Ein positiv besetzter gesundheitsorientierter Blick ist bereits durch die Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation vorgegeben und erhält durch den salutogenetischen Blick mehr Aufmerksamkeit (vgl. a.a.O.: 176). In Bezug auf FASD kann dieser Blick helfen, die Ressourcen der Person im Blick zu haben und diese in Bezug auf die Resilienzfähigkeit des Betroffenen zu stärken, bis seine Grenzen erreicht sind. Besonders bei diesem Krankheitsbild darf nicht vergessen werden, dass Betroffene oft verzweifeln, aber auch die Angehörigen von dieser Verzweiflung betroffen sein können. Ein positiver Blick hilft auch hier dem System um die betroffene Person herum, nicht zu verzweifeln und die Krankheitsaspekte als Chance zu sehen, um die positiven Ressourcen für einen Ausgleich einzusetzen. Hieraus geht hervor, dass sich Gesundheit auf den drei Ebenen körperlich,

psychisch und sozial beschreiben lässt. Das bedeutet, dass ein gesundheitsorientierter Blick bei FASD-Erkrankten genau diese drei Ebenen beinhalten sollte. Mit Hilfe der Betrachtung der drei Ebenen kann demnach ein ganzheitliches Bild darüber geschaffen werden, welche Faktoren auf den drei Ebenen die erkrankte Person gesund halten. Rückschlüsse können demnach auf die krankmachenden Faktoren gezogen werden.

Gesundheit wird demnach als Prozess verstanden, was Sichtweise ist, die auch in Bezug zu FASD Anklang finden sollte. „Es gibt normale Schwankungen im Gesundheitszustand von Tag zu Tag (oder sogar innerhalb eines Tages), zum anderen im Laufe des Lebens“ (a.a.O.: 178). Ein Tag eines FASD-Erkrankten kann je nach Ablauf für großen Schwankungen unterliegen, wenn eine gewisse Struktur nicht gegeben oder eingehalten werden kann. In diesem Sinne müsste nach salutogenetischer Sichtweise die „habituelle Gesundheit, welche eine stabile Disposition und ihre langfristigen Wellen der Veränderung beschreibt“, angepeilt werden (ebd.). Mit anderen Worten muss im Umgang mit einer von FASD betroffenen Person vorrauschaudend gedacht und die Lücken und Ressourcen anerkannt werden, wodurch eine stabile Disposition mit langfristiger Veränderung aufgebaut werden könnte. So beschreibt es auch Faltmeier, dass die Menschen danach streben, immer wieder einen Gleichgewichtszustand herzustellen, welcher aber insofern labil ist, da er ständig durch Einflüsse von außen und durch die Verausgabung von Energie bedroht wird (vgl. ebd.).

Beachtet werden muss, dass im Modell der Salutogenese die Gesundheitsressourcen zunächst als allgemeine Widerstandsressourcen verstanden werden (vgl. a.a.O.: 184). „[...] d.h. jedes Merkmal einer Person, Gruppe oder Umwelt, das eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern kann“ (ebd.). Die Ressourcen einer Person werden im Hinblick auf gesundheits-schädigende Einflüsse, genau gesagt, beim Umgang mit Stressoren, bestimmt (vgl. ebd.). Wird in diesem Zuge das biopsychosoziale Modell hinzugezogen, so wird deutlich, dass die Widerstandsressourcen aus allen Systemen erkannt werden müssen, um der erkrankten Person den Umgang mit den Widerstandsressourcen nahelegen zu können. Sollte das Individuum nicht aus eigener Kraft dazu in der Lage sein, seine Widerstandsressourcen zu aktivieren, so liegt es am Gesamtsystem der Person, dem Individuum dabei zu helfen. Somit wird die Notwendigkeit der Allgemeinheit, auf Mitmenschen einzugehen, immer größer. Ebenso wird an dieser Stelle der Satz von Pauls erneut aufgegriffen, welcher die Betonung des dynamischen Wechselspiels der drei Ebenen im biopsychosozialen Modell beschreibt (vgl. Pauls 2013: 18). Das Zitat „[...] neben den biologischen sind ebenfalls psychische und soziale Faktoren grundsätzlich auch kausal für die Entstehung von Krankheiten [...]“ (ebd.), meint, dass das Helfersystem um den FASD-Erkrankten erkennen muss, welche Faktoren krankheitsfördern sind und diese dementsprechend minieren. Hierdurch ergibt sich die Sichtweise, dass der an FASD erkrankte Mensch als System in sich selbst mit seinen drei Ebenen erfasst werden muss, aber

auch in Wechselbeziehung mit dem System um ihn herum, was eine große Aufgabe an die Helfer oder andere Beteiligte stellt. Da im biopsychosozialen Modell Gesundheit meint, dass die pathogenen Faktoren aus der Person selbst heraus ausreichend wirksam kontrolliert und bewältigt werden müssen, so muss an dieser Stelle daran erinnert werden, dass ein beeinträchtigter Mensch dieser Aufgabe nicht oder nur teilweise gewachsen ist. Auch hier muss der Appell in Bezug auf an FASD erkrankte Personen wieder an das System um die Person herum gehen, welche dem Betroffenen bestmöglich dazu verhelfen müssen, selbst seine pathogenen Faktoren wirksam zu bewältigen (vgl. Egger 2008:15). Hierbei muss sich immer wieder auf den Begriff der Emergenz bezogen werden, mit dessen Hilfe an das Zusammenspiel biologischer sowie psychologischer Faktoren erinnert wird (vgl. a.a.O.:14f.).

Da einer an FASD erkrankte Person eine Behinderung⁶ diagnostiziert werden kann, liegt es in diesem Falle besonders an ihrem Helfer, dafür zu sorgen, dass die Person sich in Wechselwirkung mit sich und ihrer Umwelt, frei auf einem Kontinuum von Gesundheit mit Hilfe der Stärkung seiner eigenen Ressourcen bewegen kann. Daher wird hier kurz auf den Begriff der Behinderung eingegangen:

Der Behinderungsbegriff, welcher in §2 Abs. 1 SGB IX verortet ist, erfährt durch das Bundesteilhabegesetz eine inhaltliche Veränderung

§2 Abs. 1 SGB IX:

Menschen mit Behinderung sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt wahrscheinlich vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

7 Empirische Untersuchung der Bekanntheit von FASD in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg

Dieser empirische Teil der Masterthesis beschäftigt sich den Ergebnissen eines abgeschlossenen Handlungsforschungsprojekts, welches im Rahmen des Masterstudiums durchgeführt wurde. Diesbezüglich wurde eine quantitative Befragung zum Fetalem Alkoholsyndrom gestaltet, welche zum Ziel hatte, die Bekanntheit des Fetalem Alkoholsyndroms in den sozialen

⁶ Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

Fachdiensten der Stadt Arnsberg zu erheben. Das Handlungsforschungsprojekt wurde an die drei Zusammenhangsbereiche zum Verfassen eines Forschungsprojektes angelehnt, welche Friedrichs entwickelte (vgl. Raithel zit. nach Friedrichs 2008:25): „Entdeckungszusammenhang, Begründungszusammenhang, Verwertungszusammenhang“ (Raithel 2008: 25). Somit wird nachstehend unter anderem auf diese Aspekte Bezug genommen. Erklärt wird, aus welchem Grund eine quantitative Datenerhebung sinnvoll ist und welche Auswertungsmethoden einen guten Überblick über das Ergebnis liefern. Die Ergebnisse werden an dieser Stelle beleuchtet und interpretiert. Eine kritische Diskussion über die Methoden zum Ende der Darstellung der Forschung zeigt Optimierungsbedarf auf und erklärt das weitere Vorgehen der Thesis.

7.1 Das Handlungsforschungsprojekt

Der genaue Titel des Handlungsforschungsprojektes (HFP) lautet „Studie zur Erhebung der Bekanntheit des Fetalen Alkoholsyndroms in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg“ (s. Anhang Anlage 3).

Das nachfolgende beschriebene Erkenntnisinteresse/Forschungsinteresse erläutert unter anderem den Grund für die Forschungsdurchführung. Raithel beschreibt dies in seinem Buch angelehnt an Friedrichs als Entdeckungszusammenhang. Unter diesem „[...] ist der Anlass zu verstehen, der zu einem Forschungsprojekt geführt hat, mit dem generellen Ziel Erkenntnisse zu generieren“ (ebd.).

7.1.1 Entdeckungszusammenhang

Eine erhöhte Aufmerksamkeit für das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms erlangte das „Unter 25-Jährigen“-Team des Jobcenters der Stadt Arnsberg durch den Vortrag „Das Fetale Alkoholsyndrom“ im November 2019 über das fetale Alkoholsyndrom im Kreis Soest, welche vom FASD- Deutschland e.V. gehalten wurde. Zum besseren Verständnis werden nachstehend die Begriffe „Unter-25- Jährigen Team“ und „Kunde“ erläutert.

U-25-Jährigen Team/ FallmanagerInnen:

Das Unter-25-Jährigen Team beschreibt ein aus sechs Fallmanagern des Jobcenters der Stadt Arnsberg bestehendes Team. Zu den Aufgaben eines Fallmanagers, welcher für Leistungsempfänger im SGBII-Bereich unter 25 Jahren zuständig ist, gehört es den Kunden⁷ im Hinblick auf sein Hilfeersuchen zu beraten. Hierzu müssen zunächst Vermittlungshemmnisse und Ressourcen aufgedeckt werden. Erstere können oft erst nach langer Zusammenarbeit vom Kunden benannt werden. Dabei stößt der Fallmanager immer wieder an einen Punkt, in welchem das Ziel des Hilfeersuchens nicht erreicht werden kann und die Gründe hierfür nicht

⁷ Leistungsbezieher im Jobcenter (Wird durch Fallmanager beraten)

klar zu benennen sind. Auch wenn bspw. der familiäre Hintergrund des Kunden bekannt ist, die Eltern oder ein Elternteil alkoholabhängig war/ist, wurde das Verhalten und der möglicherweise daraus resultierende Hilfebedarf häufig nicht direkt mit FASD in Verbindung gebracht.

Kunde/ Kundin im Jobcenter:

Als Kunden im Jobcenter werden die zu beratenden Leistungsbezieher betitelt. Diese werden von den Fallmanagern in regelmäßigen Abständen eingeladen und auf ihr Hilfeersuchen beraten. Das Hilfeersuchen kann über die Suche nach einer Arbeits- oder Ausbildungsstelle bis hin zum Ankommen im bspw. Gesundheitsnetzwerk reichen. Jeder Leistungsbezieher bringt unterschiedliche Anforderungen mit, wodurch sich Beratungssettings unterschiedlich gestalten können und sehr individuell zu betrachten sind. Ziel ist die Integration in Arbeit oder Ausbildung.

Die Soester Stadthalle war zum Zeitpunkt des Vortrages beinahe ausgebucht, was auf ein hohes Interesse am Thema schließen lässt. Besonders hervorgehoben wird an dieser Stelle der Aspekt, dass vielen Zuhörern das Krankheitsbild scheinbar grob bekannt war. Dass es jedoch auch Formen des Krankheitsbildes gibt, welche nicht direkt auf FASD schließen lassen, sorgte für große Verunsicherung und zeigte die Unbekanntheit des Krankheitsbildes. Durch einen regen Austausch nach dem Vortrag wurde deutlich, dass es auch FASD-Betroffene gibt, welche nicht dem typischen Krankheitsbild entsprechen und somit nicht entsprechend behandelt bzw. therapiert und rückschließend auch nicht richtig durch das Jobcenter betreten werden.

Die sechs Teammitglieder konnten nach Teilnahme an den Fachvorträgen direkt Bezüge zu ihren Kunden herstellen. Da das Team 15 bis 24-jährige Kunden berät und bisher niemand die Diagnose des FASD hatte, wurden bisher möglicherweise einzelne Symptome/ Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert, jedoch ohne Zusammenhänge zum FASD herzustellen. Es besteht die Möglichkeit, über die Agentur für Arbeit eine Überprüfung auf FASD anzuregen. Bisher ist dies aufgrund der Unbekanntheit des Krankheitsbildes jedoch nicht geschehen – möglicherweise, da das Krankheitsbild schwer anzusprechen ist, da hierbei der Mutter des Kunden eine mögliche Alkoholsucht nahegelegt wird. In der Beratung geht es vorzugsweise darum, einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz zu finden, was oft mit Hürden verbunden ist. Hier fallen die an FASD erkrankten Jugendlichen eventuell eher auf, da sie Arbeits- oder Ausbildungsplätze nicht lange halten können. Mit einer Diagnose hätten sie die Möglichkeit, auf mehr Fördermöglichkeiten und einen leichteren Einstieg in eine Ausbildung zuzugreifen. Auch sollte das Thema in Hinblick auf Leistungskürzungen überdacht werden: Dürfen eventuell an FASD erkrankte Menschen gemindert werden? Eine Diagnose zu erhalten kann lange dauern oder auch gar

nicht passieren. Sollte der Verdacht jedoch bestehen, könnte dann eventuell schon rechtlich auf Sanktionen verzichtet werden.

Das Team zog in an den Vortrag anschließenden Gesprächen das Fazit, dass mehr Menschen auf das Krankheitsbild aufmerksam gemacht werden müssten, um mögliche Präventivmaßnahmen zu schaffen und um den Umgang mit Betroffenen zu erlernen.

Nach weiterer Recherche in Bezug auf das Krankheitsbild des Fetales Alkoholsyndroms konnte das explorative Forschungsinteresse weiter vertieft werden, wodurch sich folgende weitere Überlegungen ergaben:

7.1.2 Vertiefung des Forschungsinteresses

Das Team stellte auf Basis gemachter Erfahrungen die Hypothese auf, dass Kunden im Jobcenter möglicherweise nichts von ihrer Erkrankung wissen, da sie zum Teil keinen Bezug mehr zu ihren Herkunftsfamilien haben und sie selbst keine Kenntnisse zu dem Krankheitsbild haben. Rückschließend könnte eine große Verzweiflung von den Betroffenen ausgehen, wenn diese feststellen, dass es ihnen schwerfällt, sich einfache Dinge zu merken, sie Termine unabsichtlich nicht einhalten oder einem Gespräch mit dem Fallmanager nicht ausreichend folgen können. Aus Angst vor Zurückweisung könnten die Betroffenen so tun, als hätten sie alles im Beratungsgespräch verstanden, wissen danach jedoch nicht mehr, welche Aufgaben ihnen übertragen wurden. Betroffene können „erlerntes schwer speichern, abrufen und adäquat umsetzen.“ (Lepke/Michalowski 2019:123). Hier unterstreicht die Literatur, dass diese Menschen oft gute Redner sind und ihre Krankheit daher nicht anzumerken ist. Auch folgen nach Lepke und Michalowski die Betroffenen ihren eigenen Bedürfnissen, ohne diese zu reflektieren oder mit dem Gegenüber abzugleichen (vgl. ebd.). Eine Haltungsänderung in der Hilfeplanung wird daher als notwendig beschrieben, um FASD-Erkrankte sinnvoll unterstützen zu können (vgl. ebd.). Richten wir den Blick weg von ‚Der junge Mensch wirkt nicht mit und will nicht‘ hin zu ‚Der junge Mensch kann nicht und braucht Anleitung und langfristige Unterstützung‘ (vgl. ebd.). „Das Verstehen der Wirkungszusammenhänge von FASD und ein Einlassen auf mögliche Wahrnehmungen des Betroffenen sind hierbei eine grundlegende Voraussetzung und Hilfe“ (ebd.). Beschrieben wurde dies von Lepke und Michalowski vor dem Hintergrund einer Hilfeplanung in der Jugendhilfe. Dies kann und sollte jedoch nach erster Einschätzung ebenso auf die Unterstützung durch das Jobcenter übertragen werden. Auch in der Beratung im Jobcenter werden Ziele festgelegt und die Kunden müssen Nachweise über bestimmte Auflagen vorlegen. „Diese Erkenntnis macht deutlich, dass der junge Mensch nicht, wie teilweise in Hilfeplangesprächen benannt, in der mangelnden Mitwirkungsbereitschaft steckt, sondern dass das Ausleben des Bedürfnisses im Hier und Jetzt ein wesentlicher Teil seiner Behinderung ist“ (a.a.O.:124). Je nachdem in welchem Fachdienst der Stadt Arnsberg jemand arbeitet, wäre es

daher interessant zu wissen, in welcher Art und Weise der Mitarbeiter eventuell mit Betroffenen Kontakt haben könnte. Dementsprechend müssten die vorausgehenden Überlegungen auf sein Arbeitsfeld übertragen werden. Auch stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob Mitarbeiter der Stadt Arnsberg selbst an einer Form von FASD leiden, diese jedoch bisher nie diagnostiziert wurde. Wenn für das Thema allgemein sensibilisiert würde, könnten Mitarbeiter Gelerntes auf Personen übertragen und sich selbst die Frage stellen, ob es vielleicht einfach eine Frage des Umgangs mit einem Kollegen ist, welcher diesem dem Alltag erleichtern würde. Ohne die Vermutung anzusprechen, da nie bekannt ist, ob der eventuell Betroffene selbst von seiner Krankheit weiß.

Die Erfassung der Bekanntheit des Krankheitsbildes in den Fachdiensten der Stadt Arnsberg würden somit im ersten Schritt schon eine Sensibilisierung für das Thema erwirken. Gleichzeitig könnte eruiert werden, welche weitere Schritte unternommen werden müssen, um Betroffenen eine Hilfestellung zu ermöglichen.

Weiter konnte das Forschungsinteresse daran ausgearbeitet werden, dass die Stadt Arnsberg ländlich im Sauerland in Nordrhein-Westfalen liegt. Wie das Ärzteblatt bereits aus Studien veröffentlicht hat, ist bekannt, dass die FASD in allen Ländern, in denen der Alkoholkonsum kulturell akzeptiert wird, ein Problem ist (vgl. Ärzteblatt 2017).

Allerdings liegen kaum verlässliche Daten zur Verbreitung von Suchtstrukturen im ländlichen Raum vor (vgl. Debiel/Engel/Hermann-Stietz et. al 2012: 279). „Aussagen zu Suchtstrukturen sind schwerlich auf den ländlichen Raum insgesamt zu beziehen, eine weitere Differenzierung, z.B. nach lokalen Festbräuchen, regionalen Konsummustern, wirtschaftlicher Lage, Freizeitangeboten o.ä. ist unbedingt erforderlich“ (ebd.). Dadurch, dass schon erwähnt werden kann, dass der Alkoholkonsum im Sauerland auch zum Gesellschaftlichen Leben gehört und auch durch kulturelle Aspekte wie Schützenfeste, mehr als akzeptiert ist, könnte hier auf ein kulturelles Problem im ländlichen Bereich geschlossen werden.

Der Alkoholkonsum gehört zur gesellschaftlichen Norm, unabhängig von Schichtzugehörigkeiten. Eine Sensibilisierung für das Thema scheint schon bereits aufgrund von kultureller Zugehörigkeit unausweichlich. Auch halten sich gesellschaftlich tolerierte Ratschläge aus der Vergangenheit weiterhin: „Ein Gläschen schadet nichts“ (ebd.).

„Alkoholpräventionsprogramme werden in Deutschland (wie alle Präventionsprogramme) auf zentraler Ebene unter anderem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Allgemeinbevölkerung und für einzelne Zielgruppen durchgeführt, wie z. B. Jugendliche. Es gibt jedoch auch auf föderaler Ebene zahlreiche Ansätze. Prävention und Gesundheitsförderung sollen in Deutschland (laut Vereinbarung des Koalitionsvertrags von 2005) zu einer

eigenständigen Säule des Gesundheitswesens mit einem Präventionsgesetz ausgebaut werden, das jedoch nicht umgesetzt wurde. Obwohl eine steigende Anzahl an Menschen die Präventionsangebote (insbesondere der gesetzlichen Krankenkassen) in Anspruch nimmt, werden nach wie vor wesentliche Zielgruppen (z. B. sozial benachteiligte Gruppen) selten bis kaum erreicht. Die Frage, inwieweit Prävention und Gesundheitsförderung zu Einsparungen im Gesundheitswesen allgemein beitragen können, wird kontrovers diskutiert. Insbesondere bestehen Defizite in der Präventionsforschung zu Wirksamkeit und Effizienz“ (Fröschl/Brunner-Ziegler/Wirl 2013:3).

Es ist nicht selbstverständlich, sich für eine Erkrankung mit FASD oder für die daran Erkrankten zu interessieren; dies kann durch Kollegen deutlich werden. Hier kann es sein, dass Mitarbeiter im Fallmanagement des Jobcenters die Wissenserlangung nicht zu ihrem Aufgabenbereich zählen. Eventuell würde der Weg der Diagnose einer Krankheit auch zu viel Zeit oder Arbeitsaufwand für manche Mitarbeiter in Anspruch nehmen. Hingegen ist vorstellbar, dass es auch ein Thema sein könnte, was sehr hohen Anklang findet. Die Resonanz auf den bereits erwähnten Vortrag in Soest belegt dies. Eventuell erhoffen sich Kollegen dadurch andere Zugänge zu dem Thema oder eine Netzwerkerweiterung in Bezug auf Hilfen.

Anhand des ausgeweiteten, beschriebenen Forschungsinteresses wurde sich dazu entschlossen, das Forschungsinteresse hin zum Thema FASD zu lenken. Daraufhin wird im nächsten Schritt der Begründungszusammenhang für das weitere Forschungsvorhaben geklärt.

7.2 Begründungszusammenhang

„Unter Begründungszusammenhang sind die methodologischen und methodischen Schritte zu verstehen, mit deren Hilfe das Problem untersucht werden soll. Ziel dabei ist eine möglichst exakte, nachprüfbar (interindividuelle) und objektive Prüfung von Hypothesen“ (Raithel 2008:26).

7.2.1 Problemformulierung

Mit Hilfe einer Problemformulierung wird nach Raithel der Begründungszusammenhang verschärft. Die Transformation einer Problemstellung beginnt mit einer Untersuchung von Analyse und Interessen von Aussagen. Dabei muss geprüft werden, welche Studien und Erkenntnisse zu dem Problem bereits vorliegen und ob es Theorien oder Hypothesen gibt, welche herangezogen werden können (vgl. ebd.). „Entweder liegen für einen bestimmten Gegenstandsbereich bereits ausgearbeitete Theorien in der Literatur vor, oder eine neue Theorie zur Erklärung des ausgewählten Gegenstandsbereich muss entwickelt werden“ (a.a.O.:33).

Das **Problem**, welches aus dem beschriebenen Entdeckungszusammenhang erwächst, ist, dass eine mögliche Unbekanntheit der Erkrankung des Fetalen Alkoholsyndroms vorliegt. Da sich in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand keine Theorie finden lässt, kann eine Übertragung von Theorien verwandter Gegenstandsbereiche neu entwickelt werden (vgl. ebd.). Diesbezüglich wurde der Hinweis verwendet, dass bei den Vermittlern im Jobcenter Kenntnis über bestehende Handicaps als Grundlage der Vermittlungsbemühungen in eine Beschäftigung, angesehen werden (vgl. FASD Deutschland e.V.2020: 23). Die Notwendigkeit des Wissens über das Krankheitsbild wird durch die Aussage gestützt, dass FASD nicht allgemein bekannt ist, was bedeutet, dass Jobcentermitarbeiter selten die erforderlichen Kenntnisse haben, welche überhaupt zu einem Verdacht auf FASD bei einem Kunden führen könnten (vgl. Schindler/Hoff-Emden 2011: 54)

Zur Aufrechterhaltung dieses Problems trägt mit großer Wahrscheinlichkeit die Sensibilität im Umgang mit einer Alkoholerkrankung im Allgemeinen bei. Wenn ein Kind mit Fetalem Alkoholsyndrom auf die Welt kommt, wird bekannt, dass die Mutter ein während der Schwangerschaft mehr oder weniger Alkohol konsumiert hat. Um die Mutter zu schützen oder damit die Mutter sich selbst schützt, wird das Thema oft verharmlost oder gar nicht angesprochen. Somit wird die Aufrechterhaltung des Problems auch als ein Gesellschaftliches angesehen. Steht der Kinderwunsch einer alkoholkranken Frau im Raum und diese versteht die Dringlichkeit der zunächst wichtigeren Abstinenz von Alkohol oder der Suchtbekämpfung nicht, so wird mit hoher Wahrscheinlichkeit ein FASD-Kind geboren. Die Hemmschwelle der professionellen Fachkräfte ist eventuell ebenfalls zu hoch, um konkret auf die Problematik Einfluss zu nehmen. Allerdings muss auch beachtet werden, dass Frauen auch Alkohol konsumieren könnten, ohne dass sie von ihrer Schwangerschaft wissen.

Aufbauend auf der Kontextklärung, der Rückmeldung des Teams, dem beschriebenen Forschungsinteresse und einer ausgiebigen Literaturrecherche, wurde folgende Hypothese aufgestellt, bei welcher es sich nicht um allgemeine theoretische Aussagen handelt, sondern um eine Spezifizierung dessen, was erforscht werden soll (vgl. Raithe 2008: 33):

Das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms ist in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg unbekannt.

Als Grundlage für die Hypothesenbildung ist eine Literaturanalyse notwendig, um einen Überblick über den aktuellen Wissens- und Forschungsstand zu erlangen (vgl. Raithe 2008: 33). Diesem wurde im HFP vertiefend nachgegangen:

Zunächst ist es diesbezüglich notwendig zu wissen, ob bereits Studien vorhanden sind, welche Aufschlüsse über die Bekanntheit der FASD-Erkrankung in einer bestimmten Region geben.

Auch sind Schätzungen bezüglich der Anzahl von FASD-Erkrankten innerhalb der Kommune interessant – ebenso wie die Dunkelziffer derselben. Hierdurch könnte die Höhe des Hilfebedarfs abgeschätzt werden. In Bezug darauf konnte keine Literatur ausfindig gemacht werden. Es gibt keine Anhaltspunkte für eine Studie zur Bekanntheit vom Krankheitsbild FASD in einer bestimmten Region. Auch die Stadt Arnsberg hat diesbezüglich noch keine Daten erhoben. Fest stehen Zahlen in Bezug auf Erkrankte oder werdende Mütter, welche Alkohol konsumieren. Dazu hier ein Ausschnitt aus der Literatur, welcher im HFP bereits nachgegangen wurde und die zu Beginn dargestellte epidemiologische Forschung ergänzt:

Der FASD Deutschland e.V. ist ein Verein, welcher es sich unter anderem zur Aufgabe gemacht hat, die Öffentlichkeit über die Auswirkungen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft und Stillzeit aufzuklären (vgl. FASD Deutschland e.V. 2019a): Die vom Verein ausgewerteten nachstehenden Zahlen zeigen die Notwendigkeit des Themas und lassen auch auf eine Dringlichkeit der Behandlung im Stadtgebiet Arnsberg zielen.

„1) FASD ist die häufigste Ursache einer geistigen Behinderung in der westlichen Welt (WHO)

2) Alkohol verursacht bei weitem mehr neurologische Schäden als Heroin, Kokain und Marihuana. (Institute of Medical Report to Congress)

3) Über 50 % der gebärfähigen Frauen trinken Alkohol (American medical Association) und nur 39 % der gebärfähigen Frauen wissen was FASD ist. (National Institute of health)

4) Ca. 20 % der schwangeren Frauen trinken während der Schwangerschaft weiter. (Journal of American Medical Association). Die Häufigkeit von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft hat sich in den vergangenen Jahren erhöht wahrscheinlich wegen irreführender Medienartikel, die behaupten, dass ein Glas am Tag bedenkenlos sei (Centre for Disease Control and Prevention)“ (FASD Deutschland e.V. 2019b).

"In Deutschland besteht die Notwendigkeit, standardisierte und transdisziplinäre diagnostische Kriterien für das Fetale Alkoholsyndrom zu definieren, die in der Praxis effektiv und unmissverständlich genutzt werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit hat daher ein Projekt (STOP-FAS) zur Erstellung einer diagnostischen Leitlinie des Fetalen Alkoholsyndroms für Deutschland initiiert, das von der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin angenommen und der Gesellschaft für Neuropädiatrie übertragen wurde." (FASD Deutschland e.V. 2019c).

„Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren trinken mehr als 80 Prozent der Mütter in der Schwangerschaft mehr oder weniger Alkohol und nur sechs Prozent der Frauen

leben vollständig abstinert. Eine schwedische Studie zeigte anhand eines standardisierten Fragebogens, dass etwa 30 Prozent der Schwangeren im Schwangerschaftsverlauf regelmäßig und sechs Prozent der Schwangeren mehr als zweimal im Monat Alkohol konsumieren“ (FASD Deutschland e.V. 2019d).

So beschreibt auch das Ärzteblatt eine hohe Prävalenz des Fetalen Alkoholsyndroms in Europa. Laut der Studie JAMA Pediatrics kommen jede Stunde 1.700 Kinder mit einem Fetalen Alkoholsyndrom zur Welt. „Von den WHO-Regionen ist Europa am stärksten betroffen“ (Ärzteblatt 2017).

Nach Schaffer ist das Ziel eines empirischen Vorgehens die endgültige Verwerfung und die vorläufige Bestätigung der Ausgangshypothese (vgl. Schaffer 2014:34). Dieses Ziel wird durch folgende Forschungsfrage erreicht:

„Inwieweit ist den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms bekannt?“

Durch eine Erläuterung des methodischen Vorgehens wird der Umgang mit der Hypothese und der Forschungsfrage während der Forschung beschrieben.

7.3 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfrage bedarf es einem Erhebungsinstrument, einer Zielgruppe, sowie einer ausgewählten Methodik, welche in diesem Abschnitt einen näheren Bezugsrahmen finden. Die Wahl der Methode hängt dabei von der Fragestellung, dem Untersuchungsgegenstand, der (leichten) Erreichbarkeit, dem zur Verfügung stehenden Instrumentarium und dem Untersuchungsbudget genauso ab, wie davon, ob bereits eine Theorie (Hypothese) zur Verfügung steht (vgl. Schmid o.A.: 47).

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde ein quantitatives Forschungsdesign gewählt. „Quantitative Forschung zeichnet sich dadurch aus, dass sie theoriegeleitet mit in Zahlen darstellbaren Inhalten arbeitet und Komplexität reduziert, um generalisierende - also für viele Fälle gültige - Aussagen zu treffen“ (Uhlendorff/Prenzel 2013:137). Ebenso handelt es sich um eine Querschnittsstudie, da sie auf eine Momentaufnahme gerichtet ist und aktuelle Belange und Bedürfnisse abgefragt werden (vgl. Schaffer 2014: 66).

Zielgruppe:

Für die Durchführung des Forschungsvorhaben und somit für die Untersuchung der Hypothese sowie Untersuchung des Sachverhaltes bzw. der Problemstellung, wurde an dieser Stelle zunächst eine Zielgruppe definiert (vgl. Raithel 2008:54). Die zu erforschende Zielgruppe ergibt

sich aus den Mitarbeitern der sozialen Fachdienste der Stadt Arnsberg. Es wird bei diesen Probanden davon ausgegangen, dass sie mit dem Krankheitsbild konfrontiert sind und im beruflichen Alltag damit umgehen müssen. Folgende Abteilungen haben mitgewirkt:

- ▶ 3.0 Planung und Organisation
- ▶ 3.2 Kindertagesbetreuung
- ▶ 3.3 Familienbüro
- ▶ 3.4 Allgemeiner Sozialer Dienst
- ▶ 3.5 Wirtschaftliche Jugendhilfe
- ▶ 3.6 Besonderer Jugendhilfedienst
- ▶ 3.7 Amt für Grundsicherung/ Jobcenter/ Wohngeldstelle

Insgesamt wurde der Fragebogen an 190 Personen versendet.

Vor Beginn der Befragung wird die jeweilige Fachdienstleitung mit einbezogen und über das Vorhaben in Kenntnis gesetzt. „Ziel der Stichprobe ist es Generalisierungen (Verallgemeinerungen) auf die Grundgesamtheit vorzunehmen - der sogenannte „Repräsentativitätsschluss“ (Raithel 2008: 54). Durch die Befragung der sozialen Fachdienste, könnte somit ein Rückschluss auf die anderen Fachdienste erschlossen werden. Hierbei ist anzumerken, dass die Wirtschaftliche Jugendhilfe direkt nach der Information über die Durchführung der Befragung, diese abgelehnt hat. Welche Gründe vorlagen, wird im Interpretationsteil beschrieben.

Mit Hilfe eines Online-Fragebogens kann eine große Zielgruppe erreicht werden. Es entsteht kein großer Zeitaufwand für die Beteiligten und der Arbeitgeber muss keine Mehrkosten auf sich nehmen. Generell wurde bei der Fragebogenkonstruktion darauf geachtet, dass dieser leicht auszufüllen ist und dass die Befragung generell auch von anderen Forschern zu einem späteren Zeitpunkt repliziert und nachvollzogen werden kann (vgl. a.a.O.: 67).

Der Fragebogen:

Bei der Konstruktion des Fragebogens wurde sich an der Fragebogenkonstruktion nach Schaffer orientiert. Der gesamte Fragebogen ist im Anhang zu finden (s. Anlage 1). Um den Fragebogen auszuarbeiten und ein seriöses Instrument zu nutzen, wurde das Programm „SoSci Survey“ verwendet. Hier wurde der Fragebogen generiert und auch an die Probanden per Link versandt. Großer Wert wurde auf die Gestaltung des Deckblatts gelegt. Hier wurde in kurzen, präzisen Sätzen auf das Forschungsthema hingewiesen und der Verwertungszusammenhang erläutert. Auch wurde auf die Anonymisierung, sowie die Freiwilligkeit des Fragebogens verwiesen. Eine Zeitangabe wurde ebenfalls gemacht, um den Teilnehmern einen groben

Zeitplan über die Bearbeitungsdauer zu geben. Die mögliche Bearbeitungszeit des Fragebogens betrug insgesamt zwei Wochen. Nach Ablauf der Hälfte der Zeit wurde ein Erinnerungsschreiben per Mail an die Beteiligten geschickt. Der Aufbau des Fragebogens orientiert sich ebenso an Schaffer:

1. Beginn: Warming-up durch die sog. Eisbrecherfragen. Im konstruierten Fragebogen sind diese unter „Einstiegsfragen“ zu finden.
2. Die wichtigsten Fragen werden in der Mitte platziert, da die nervöse Einstiegsphase überwunden ist, das Aufmerksamkeitsniveau aber garantiert scheint (vgl. Schaffer 2014: 131).
3. Themenblöcke wurden für eine Übersichtlichkeit verfasst.
4. Die soziodemographischen Daten werden zum Ende hin erhoben, da zum Ende davon ausgegangen wird, dass die Teilnehmer nicht mehr so konzentriert sind wie zu Beginn (vgl. ebd.).

Durch einen derart konzipierten Fragebogen kann eine große **Stichprobe** abgefragt werden.

Der Fragebogen enthielt folgende Kategorien, damit eine Struktur die Auswertung erleichtert und der Proband einen roten Faden bei der Beantwortung der Fragen vorgegeben bekommt:

- 01 DS Datenschutz
- 02 ES Einstiegsfragen
- 03 AL Allgemein
- 04 SH Schule
- 05 AR Arbeitsleben
- 06 LF Lebensformen
- 07 UG Umgang
- 08 KB Krankheitsbild
- 09 SC Schluss
- 10 SD Soziodemographisch

Aufgeteilt wurde der Fragebogen ebenfalls in Bedürfnis- und Bekanntheitsfragen, sowie Einstiegsfragen (Anlage 3). Die Bedürfnisfragen zeigen die Bedürfnisse in Bezug auf das Thema der Teilnehmer an, wohingegen die Bekanntheitsfragen die wirkliche Bekanntheit des Themas in den Fokus nehmen. Durch diese Unterscheidung kann bei Auswertung der Befragung näher auf die Frage eingegangen werden, was sich die Teilnehmer wünschen, und in welchen Themenabschnitten hingegen weitere Aufklärung stattfinden sollte.

Insgesamt enthält der Fragebogen offene und geschlossene Fragen sowie geschlossene Intervallskalen. Die offenen Fragen sollten für die Problemfeldexplorierung verwendet werden und die geschlossenen Fragen für die Hypothesenprüfung. Nach Durchführung des Pretests (Kap. 4.3), wurden die offenen Fragen zu halboffenen Fragen (Hybridfragen) umgeschrieben, da sich die offenen Fragen als zu schwer zu beantworten herausstellten. So schreibt auch Raithel, dass sich aus offenen Fragen oft Antwortverweigerungen ergeben (vgl. Raithel 2008: 68). Bei den Intervallskalen wurde sich für eine ungerade Skala entschieden um das Erzwingen einer Festlegung hin zu einer Richtung zu vermeiden. Ein Richtig oder Falsch bzgl. der endgültigen Empfehlung, ob ungerade oder gerade Skalenfragen, kann generell nur schwer gegeben werden (vgl. a.a.O.:69).

Operationalisierung:

Das Ziel quantitativer Paradigmen ist das „Erklären“ der kulturellen/sozial geschaffenen Wirklichkeit. Mit Hilfe quantifizierender Methoden werden Strukturen über individuelle Zusammenhänge und Regeln zwischen Begebenheiten aufgedeckt, indem soziale Gegebenheiten über einen Operationalisierungsvorgang messbar gemacht werden, um dann statistische Analysen anzuwenden“ (a.a.O.: 13).

Damit der Fragebogen erstellt werden kann, muss zunächst eine Operationalisierung des Begriffes „Bekanntheit“ stattfinden. „Mit Operationalisierung wird die Überführung von theoretischen Begriffen in messbare Merkmale (Objekte mit Eigenschaften) gemeint“ (a.a.O.:36). Hierdurch können Begriffe in Form gebracht werden, wodurch es ermöglicht wird diese empirisch zu erfassen und zu überprüfen. „Prinzipiell muss für den wissenschaftlichen Gebrauch‘ jeder Begriff definiert werden. Eine notwendige Voraussetzung zur Beschreibung und Erklärung eines sozialen Zustands (Struktur) oder Ereignisses (Prozess) ist seine begriffliche Präzisierung. Da in der Wissenschaft immer mit in Sprache gefasster Realität operiert wird, muss bei der Verwendung von Begriffen ganz klar sein, was damit gemeint ist: Man muss wissen worüber geredet wird. Begriffe erlauben Ordnung durch Sprache“ (ebd.).

Um den Begriff der Bekanntheit messen zu können, werden verschiedene Merkmalsausprägungen des Begriffs erhoben. An dieser Stelle werden hierfür vorläufige Beispiele erläutert, anhand welcher Merkmalsausprägungen die Bekanntheit gemessen werden könnte. Hierzu müssen abhängige und unabhängige Variablen aufgestellt werden. „Abhängige Variable sind jene, die untersucht bzw. erklärt werden sollen. Von welchen Einflussfaktoren diese abhängig sind, wird mit Hilfe von unabhängigen Variablen erklärt, die die Randbedingungen beschreiben“ (a.a.O.: 33). Für die Messbarkeit der Bekanntheit wird sich am deutschen

Benotungssystem orientiert. Hierbei bedeutet ein richtiges Beantworten von 50% der Gesamtheit eine ausreichende Kenntnis über das Thema.

Beispiele:

| 33. Kinder mit FASD- Erkrankung haben ein niedrigeres Risiko, eine Sucht zu entwickeln | | | | | |
|---|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Trifft diese Aussage zu? | | | | | |
| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
| Suchtgefahr | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Abbildung 4: Frage 33 (eigene Darstellung).

Pretest:

Nach der Konstruktion des Fragebogens ist ein Pretest unausweichlich. Dieser dient dazu das Erhebungsinstrument vor der Hauptuntersuchung zu prüfen. „Er hat die Aufgabe das vorläufige Instrument auf seine Anwendbarkeit, Vollständigkeit, Verstehbarkeit und Qualität, die Erhebungssituation und eventuell die Interviewer zu prüfen“ (Friedrichs 1990: 245/ Porst 2000: 64ff/Schnell/Hill/Esser 2005: 347ff. zit. in Raithel 2008: 63). Der Fragebogen wurde zum Pretest daher fünf Probanden vorgelegt. Angelehnt an Schnell/ Hill und Essen 2005: 347 in Raithel 2008: 64, diente der Pretest der Überprüfung folgender Merkmale:

- ausreichende Variation der Antworten
- Verständnis der Fragen für den Befragten
- Schwierigkeit der Fragen für den Befragten
- Interesse und der Aufmerksamkeit des Befragten gegenüber den Fragen
- Effekt der Fragebogenanordnung
- Befragungsdauer
- Interesse der Befragten gegenüber der gesamten Befragung
(vgl. Raithel 2008: 64).

Die fünf Probanden waren drei Teammitglieder des U25- Teams und zwei Mitglieder des über-25 Teams. Nach der Durchführung des Pretests wurde somit mit den Teilnehmern des Pretests Rücksprache für mögliche Verbesserungsvorschläge gehalten. Angemerkte Punkte waren an dieser Stelle:

- die Verständlichkeit einiger Fragen
- die Aufteilung in verschiedene Kategorien
- schwierige offene Fragen

- die Länge des Fragebogens (die Teilnehmer empfanden den Fragebogen mit 15 Minuten als kurz).

Ausgebessert wurde die Verständlichkeit mancher Fragestellungen, offene Fragen wurden mit Antwortmöglichkeiten versehen, um die Frage verständlicher zu gestalten und es wurden weitere Fragen hinzugefügt, wodurch der Fragebogen für eine Bearbeitungsdauer von ca. 20 bis 30 Minuten ausgelegt war.

Gütekriterien:

„Messungen sollen möglichst objektiv, zuverlässig und gültig sowie des Weiteren für die praktische Durchführung ökonomisch, vergleichbar und nützlich sein“ (a.a.O.:44). Um diesen Zustand herzuführen, wird der Fragebogen auf Reliabilität, Validität und Objektivität geprüft.

Reliabilität beschreibt die Zuverlässigkeit oder Verlässlichkeit, mit welcher das Ausmaß bezeichnet wird, in dem wiederholte Messungen eines Objekts mit einem Messinstrument die gleichen Werte liefern (vgl. a.a.O: 46). Um die Reliabilität zu schätzen wurde der Pretest der Itemkonsistenzanalyse anhand Cronbachs Alpha- Koeffizienten geschätzt (Meint die Zuverlässigkeit oder Verlässlichkeit, mit welcher das Ausmaß bezeichnet wird, in dem wiederholte Messungen eines Objekts mit einem Messinstrument die gleichen Werte liefern (vgl. a.a.O.:47). Mit Hilfe von Cronbachs Alpha wird die interne Konsistenz gemessen, und hilft somit die Reliabilität einer Untersuchung zu gewährleisten (vgl. studyflix: o.A.). So ist es auch die Aufgabe des Pretests, bestimmte Frageblöcke vor ihrem Einsatz in kleinem Umfang auf die interne Konsistenz zu prüfen (vgl. studyflix: o.A.). Die Messung von Cronbachs Alpha anhand des Pretests ergab eine hohe Reliabilität mit einem Wert von 0,9 (s. Anhang Anlage 2).

Validität: „Unter Validität eines Messinstruments ist das Maß zu verstehen, in dem das Messinstrument tatsächlich das misst, was es messen soll“ (Raithel 2008:46). Durch die Operationalisierung, wurde der Begriff der „Bekanntheit“ messbar gemacht, was bedeutet, dass der Begriff messbar ist. Hierzu wurde sich am deutschen Benotungssystem orientiert. Hierdurch könnten auch andere Kommunen auf den Fragebogen zurückgreifen, da die Messung stets gleich ist. Auch konnte eine Validität hergestellt werden, da eine große Stichprobe ausgewählt wurde. Dies meint, dass trotz möglicher großer Abbrüche, ein aussagekräftiges Ergebnis erzielt werden kann.

Objektivität: „Der Grad der Objektivität eines Messinstruments bringt zum Ausdruck, in welchem Ausmaß die Befunde intersubjektiv sind, also unabhängig von der jeweiligen Person, die das Messinstrument anwendet“ (a.a.O.:45). Die Durchführungsobjektivität wird dadurch gewährleistet, dass der Fragebogen für jeden gleich ist. Eine Auswertungsobjektivität besteht,

da die entstandenen Ergebnisse bestehen bleiben und für jede andere Person in gleicher Form vorhanden sind. Außerdem werden die erhobenen Daten sicher auf einer externen Festplatte dokumentiert und aufbewahrt. Die Interpretationen unterliegen natürlich subjektiven Bewertungen, jedoch bleiben die Ergebnisse gleich.

Ethische Bezüge:

Als ethischer Aspekt ist vor allem der Respekt vor den befragten Personen, der Schutz ihrer Privatsphäre und die Minimierung der potentiellen Schädigung durch das Forschungsvorhaben zu beachten (vgl. Miethe/Gahleiter o.a.:575). Der Umsetzungsweg sollte hier über das Prinzip der informierten Einwilligung und über das Prinzip der Nicht-Schädigung laufen (vgl. ebd.). Aus diesem Grund werden die personenbezogenen Daten nur mit Einwilligung der Probanden erhoben, nachdem sie angemessen über den Zweck der Erhebung informiert wurden (s. Anhang Anlage 2). An dieser Stelle wurde auch das Ziel der Befragung offengelegt, die Dauer der Befragung preisgegeben und auf die Freiwilligkeit hingewiesen. Auch wurde darauf hingewiesen, dass die Befragung jederzeit abgebrochen werden kann, bzw. dass die gegebenen Informationen jederzeit zurückgezogen werden können.

Prinzip der Nichtschädigung: Hierzu müssen nicht nur die konkret untersuchten Personen in den Blick genommen werden, sondern auch diejenigen, die nur indirekt Teil der Untersuchung sind (vgl. a.a.O.:576). An dieser Stelle wurde darauf geachtet, der Organisation nicht zu schaden. So wurden Hierarchien in der Stadtverwaltung eingehalten, sodass sich niemand übergangen fühlte und erklärt, dass die erhobenen Daten sicher aufbewahrt werden. Informiert wurden die jeweiligen Fachdienstleitungen, der Bereichsleiter, sowie der Bürgermeister, welche alle die Zustimmung für das Projekt gaben.

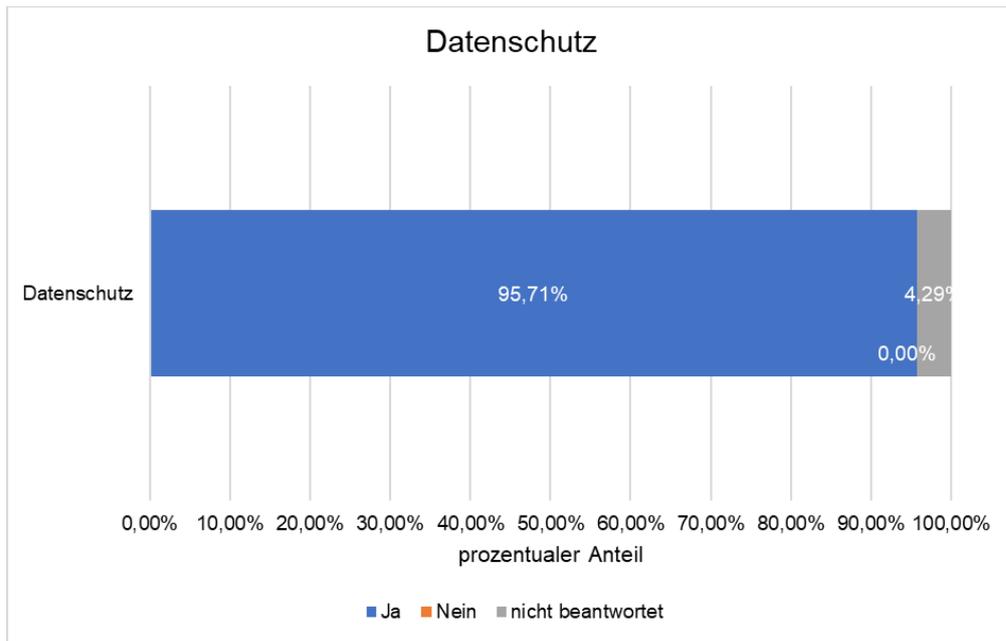


Abbildung 5: Beantwortung der Frage zum Datenschutz (eigene Darstellung).

Datenaufbereitung:

Alle erhobenen Daten wurden durch das Programm der Fragebogengenerierung Soci Survey erhoben und konnten hierüber in einer Exceltabelle heruntergeladen und gezählt werden. Dies bedeutet, dass jegliche Daten nicht in Zahlenformen abgebildet wurden, sondern in die Bereiche „trifft gar nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „teils/ teils“, „trifft eher zu“ und „trifft voll zu“ eingeteilt wurden.

Zeitschiene:

Folgender Zeitplan wurde bei der Durchführung des Handlungsforschungsprojektes eingehalten:

| | |
|---------------------------------|---|
| 30.04.2020: | Rücksprache mit der Hausleitung bzgl. des Themas |
| 01.05.20 - 31.07.20 (3 Monate): | Erstellen des Fragebogens. Zuzüglich Austausch mit den Dozenten und Überführung in das Onlineformat |
| 03.08.2020 - 23.08.2020: | Pretest mit fünf Kollegen/ Kolleginnen |
| 24.08.2020 - 13.09.2020: | Pretest Auswertung |
| 14.09.2020 - 25.10.2020: | Korrekturen anhand des Pretests und Rücksprache mit der Hausleitung und den Dozenten |
| 10.11.2020 – 24.11.2020: | Online Fragebogen wird verschickt |
| 24.11.2020: | letzter möglicher Bearbeitungstag des Fragebogens |
| 25.11.2020 – 27.06.2021: | Auswertung der Ergebnisse |

28.06.2021:

Vorstellung der Ergebnisse

Der Fragebogen wurde aufgrund einer Neustrukturierung der Fachdienste nicht wie ursprünglich geplant am 28. Oktober 2020 verschickt, sondern erst am 10. November 2020. Die sozialen Fachdienste erhielten eine neue Struktur und wurden mit den Ziffern 3.0 bis 3.7 versehen.

In der nachstehenden Abbildung wird ersichtlich, zu welchem Zeitpunkt der zwei Wochen Bearbeitungszeit, die Teilnahmequote am höchsten war:

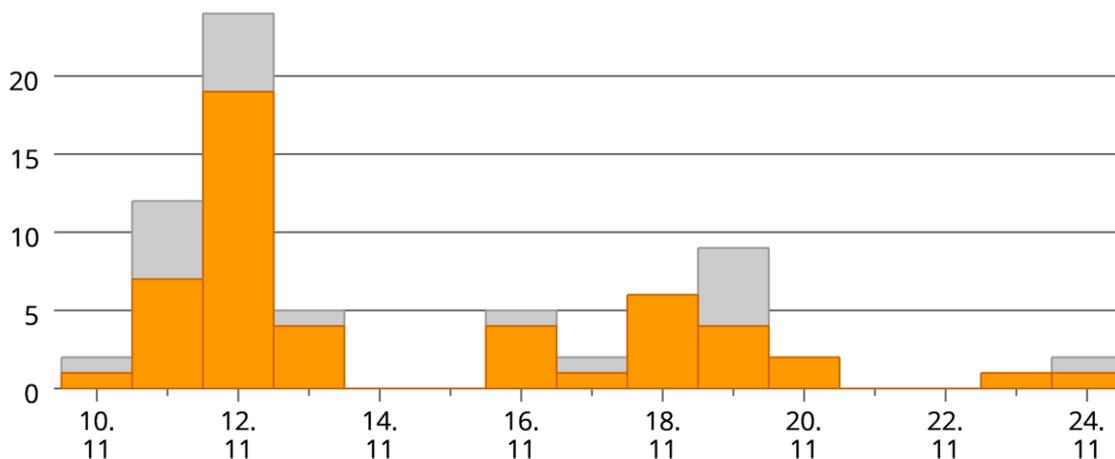


Abbildung 6: Zeitpunkt der Teilnahme (eigene Darstellung).

Zu erkennen ist, dass die meisten Teilnehmer zwei Tage nach der Versendung den Fragebogen ausfüllten. Dies könnte damit erklärt werden, dass viele Teilnehmer sich zunächst für die Teilnahme ein Zeitfenster einplanen mussten, um den Fragebogen an einem Stück zu bearbeiten zu können. Dies war am 12. November 2020. Die zweithöchste Teilnahme war am 18. November 2020, was damit zu begründen ist, dass dies der Tag nach der Erinnerungsmail war.

7.4 Ergebnisse der Befragung

Um die Ergebnisse der quantitativen Befragung darzustellen, wird sich an der von Raithel beschriebenen Auswertung der Befunde orientiert (vgl. Raithel 2008: 190). Die relevanten Ergebnisse, welche zur Beantwortung der Fragestellung notwendig sind, werden an dieser Stelle zusammengefasst und beschrieben (vgl. ebd.). Nach Raithel sollte das Kapitel mit den Befunden entsprechend dem Anspruchsniveau der statistischen Analyseverfahren aufgebaut sein; d.h. es beginnt mit unvariierten Daten (meist Häufigkeiten), dann werden bivariate und möglicherweise abschließend multivariate Zusammenhangsanalysen dargestellt (vgl. ebd.). Da die Befragung jedoch in Bekanntheits- und Bedürfnisfragen eingeteilt wurde, werden nachstehend die wichtigsten Ergebnisse in verschiedenen Diagrammformen unter dieser Aufteilung

dargestellt. Die vollständigen Ergebnisdarstellungen sind im Anhang zu finden. Da es an dieser Stelle um die Bestätigung oder Verwerfung der Hypothese geht, wird nochmals darauf hingewiesen, dass eine Bekanntheit des Fetalen Alkoholsyndroms vorliegt, wenn der Durchschnitt der Bekanntheitsfragen bei mindestens 50% liegt.

(Vollständige Auswertung s. Anhang)

Gesamtteilnahme:

SD04 *In welchem Fachdienst arbeiten Sie?*

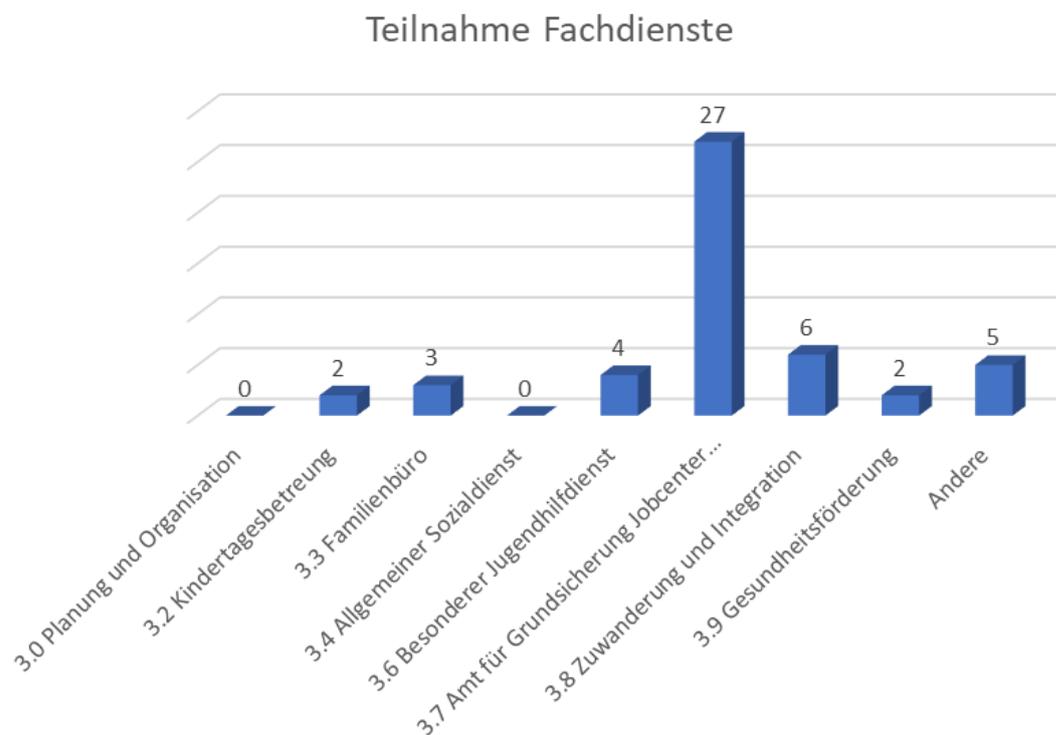


Abbildung 7: Teilnahme Fachdienste (eigene Darstellung.)

Von insgesamt 49 Teilnehmern, haben 27 Personen aus dem Bereich 3.7: Amt für Grundsicherung, teilgenommen.

SD01 01-01 03 *Welches Geschlecht haben Sie?*

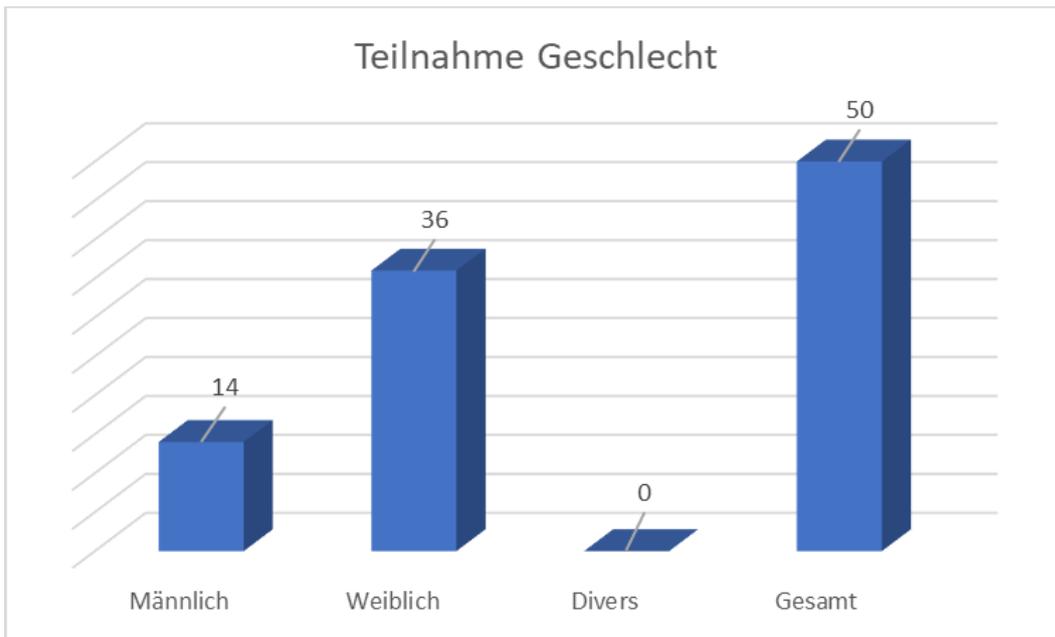


Abbildung 8: Teilnahme Geschlecht (eigene Darstellung.)

Insgesamt haben mehr Frauen als Männer teilgenommen.

SD02_01-02 *Welchen Beruf haben Sie erlernt?*

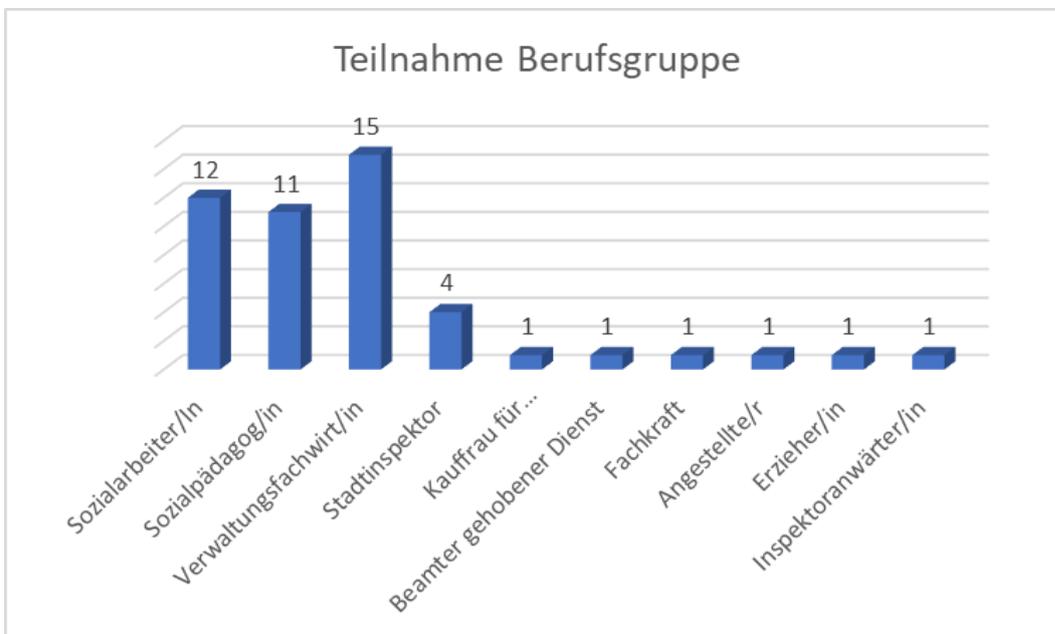


Abbildung 9: Teilnahme Berufsgruppe (eigene Darstellung.)

Am meisten beteiligt waren Verwaltungsfachangestellte, wobei Sozialpädagogen und Sozialarbeiter mittlerweile zu selben Berufsgruppe gezählt werden.

Bedürfnisfragen:

ES03_1 *Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Wissen bzgl. FASD?*

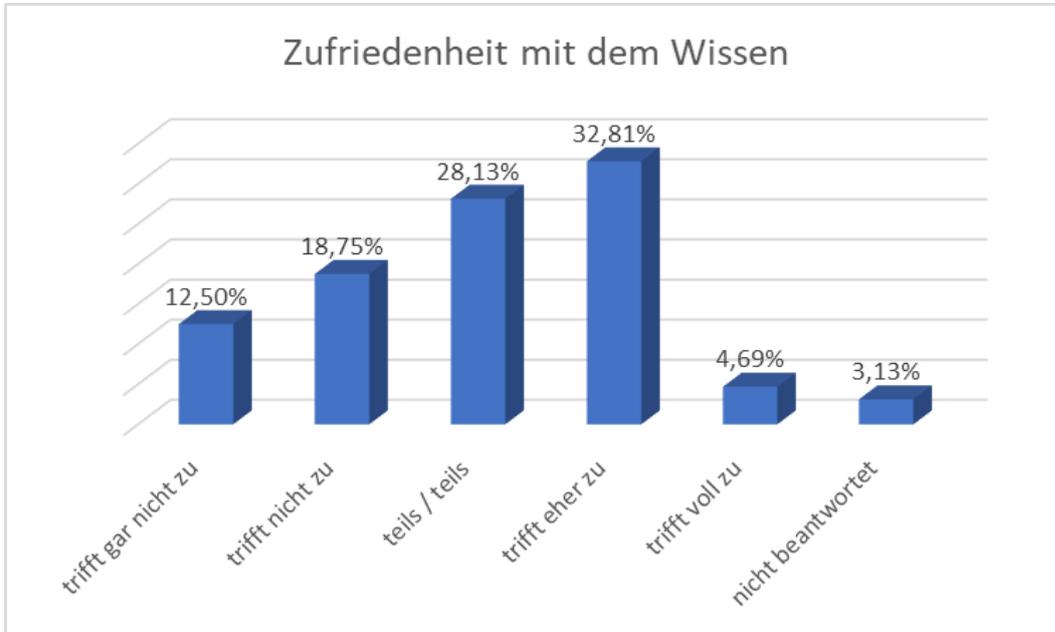


Abbildung 10: Zufriedenheit Wissen (eigene Darstellung.)

Weniger als die Hälfte (38%) sind zufrieden mit dem Wissen über FASD.

ES04_1 *Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie mehr Informationen zum Thema brauchen?*

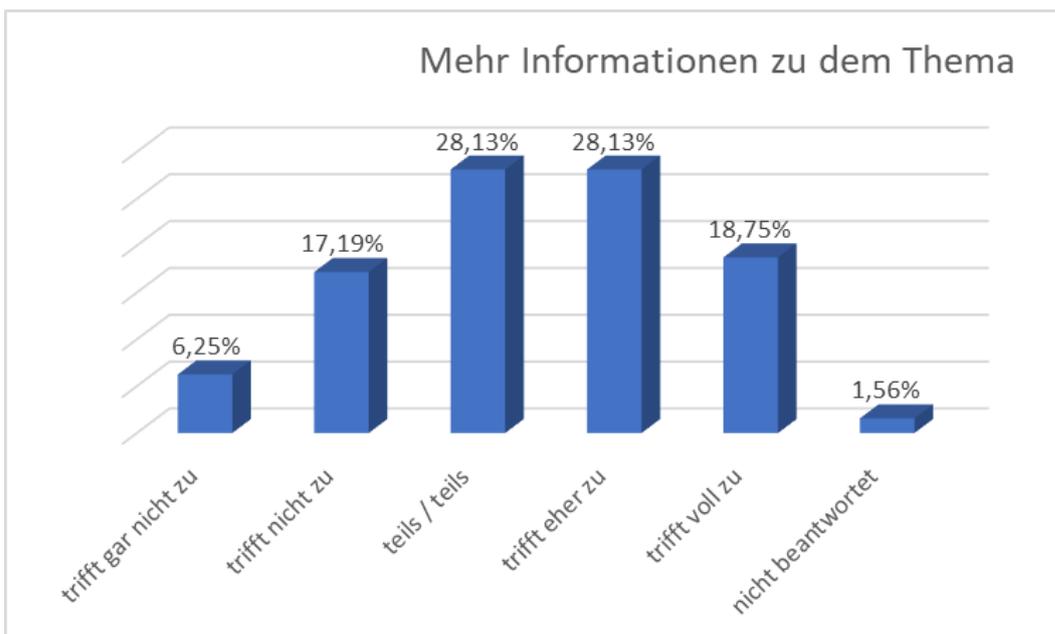


Abbildung 11: Mehr Informationen (eigene Darstellung.)

47% brauchen höchstwahrscheinlich mehr Informationen zum Thema FASD. 23% benötigen keine Informationen mehr. 28% sind sich unsicher.

AL04_01 *Kennen Sie alle Auswirkungen des Fetalen Alkoholsyndroms?*

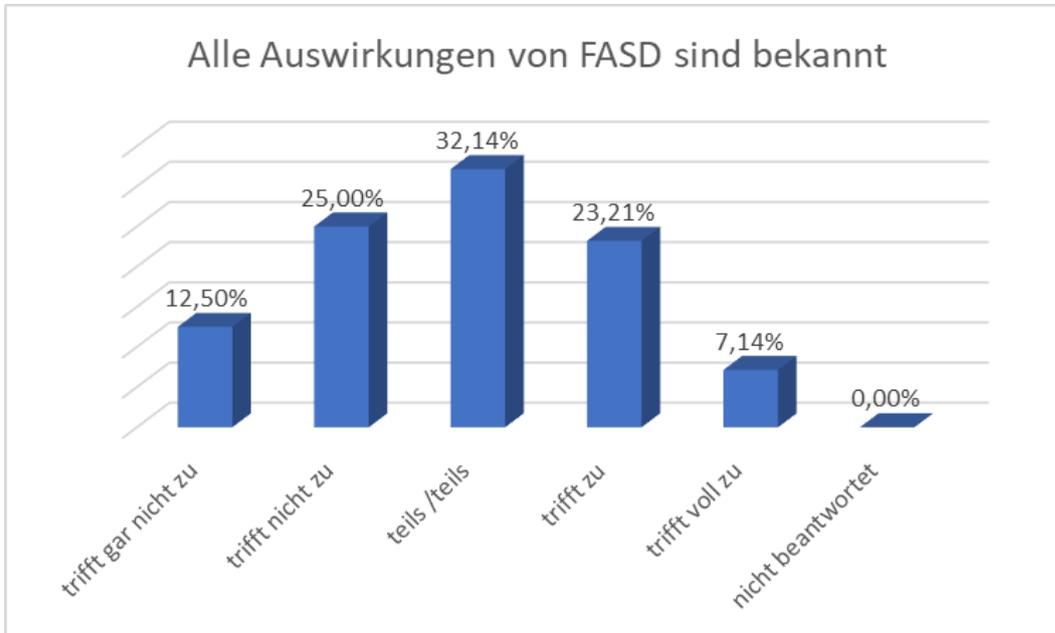


Abbildung 12: Auswirkungen (eigene Darstellung.)

30% kennen alle Auswirkungen von FASD. 38% kennen nicht alle Auswirkungen. 32% sind sich nicht sicher.

ES05_1 *Schätzen Sie selbst Ihr Wissen bzgl. des Themas als ausreichend für Ihre Arbeit ein?*

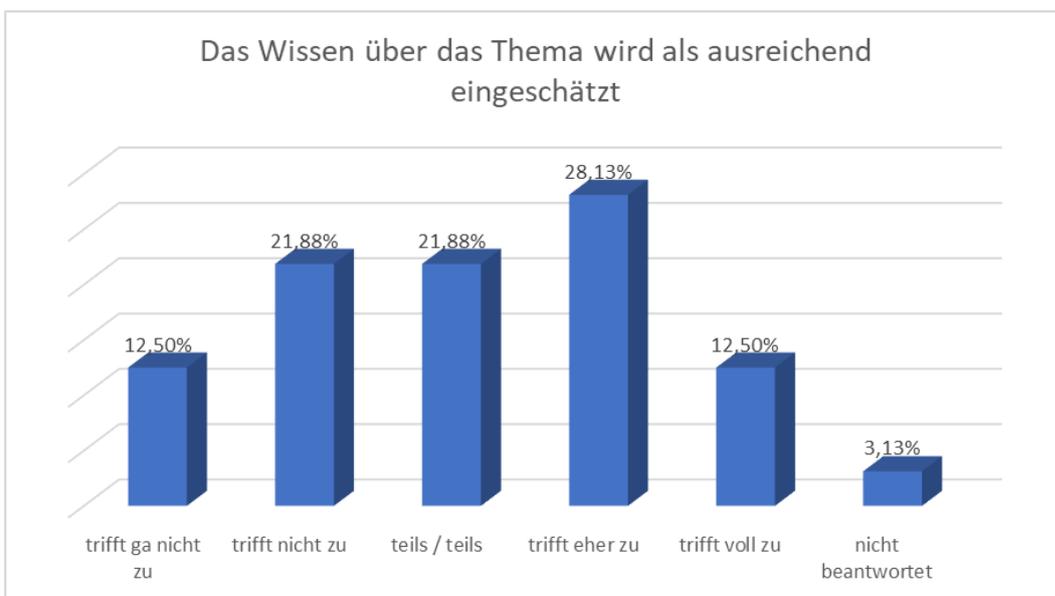


Abbildung 13: Wissen als ausreichend (eigene Darstellung).

34% schätzen ihr Wissen bzgl. FASD nicht als ausreichend für die Arbeit ein. 41% schätzen ihr Wissen als ausreichend ein und 22% sind sich nicht sicher.

SC02_01 *Wünschen Sie sich mehr Sicherheit im Umgang mit dem Krankheitsbild?*

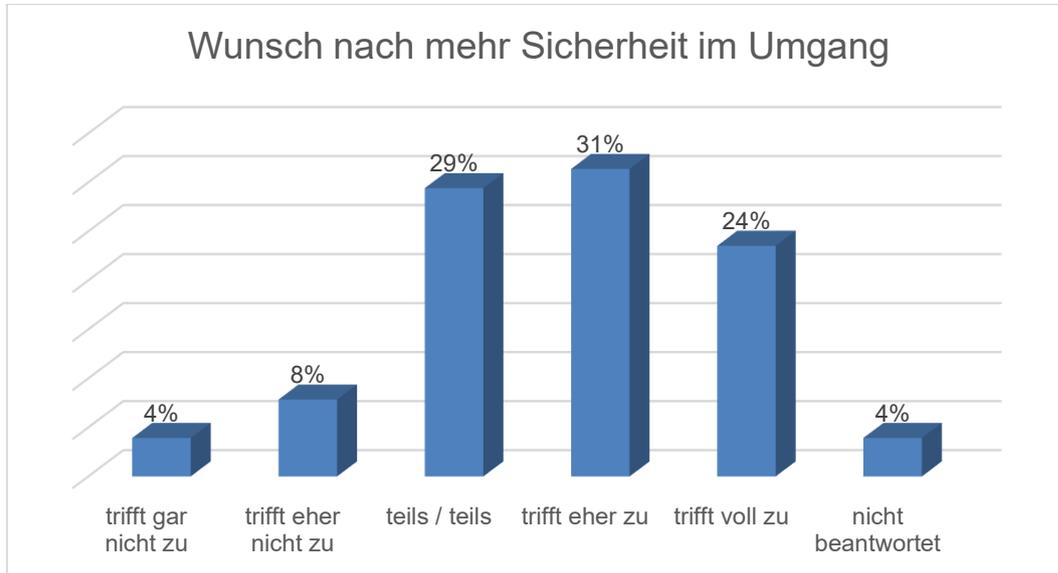


Abbildung 14: Sicherheit im Umgang (eigene Darstellung).

Mehr als die Hälfte (55%) wünschen sich mehr Sicherheit im Umgang mit dem Krankheitsbild. 12% fühlen sich sicher und 29% sind sich nicht sicher.

SC03 Würden Sie Ihr Wissen in Bezug auf das Thema erweitern wollen?

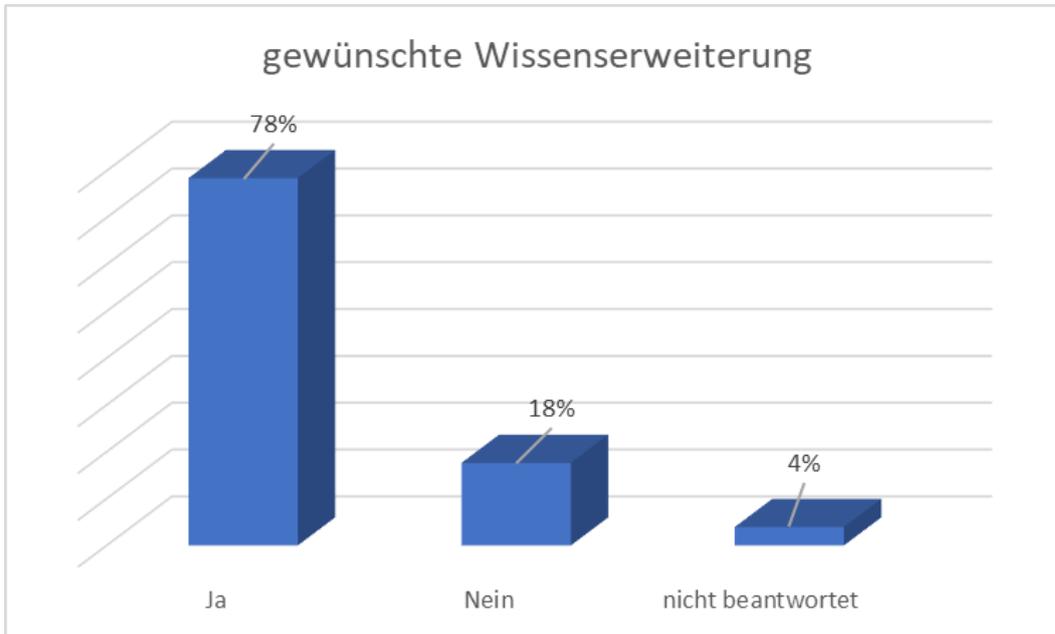


Abbildung 15: Gewünschte Wissenserweiterung (eigene Darstellung).

78% der Befragten wünschen sich eine Wissenserweiterung.

SC04_01 Fühlen Sie sich gut vorbereitet auf den Umgang mit FASD-Erkrankten?

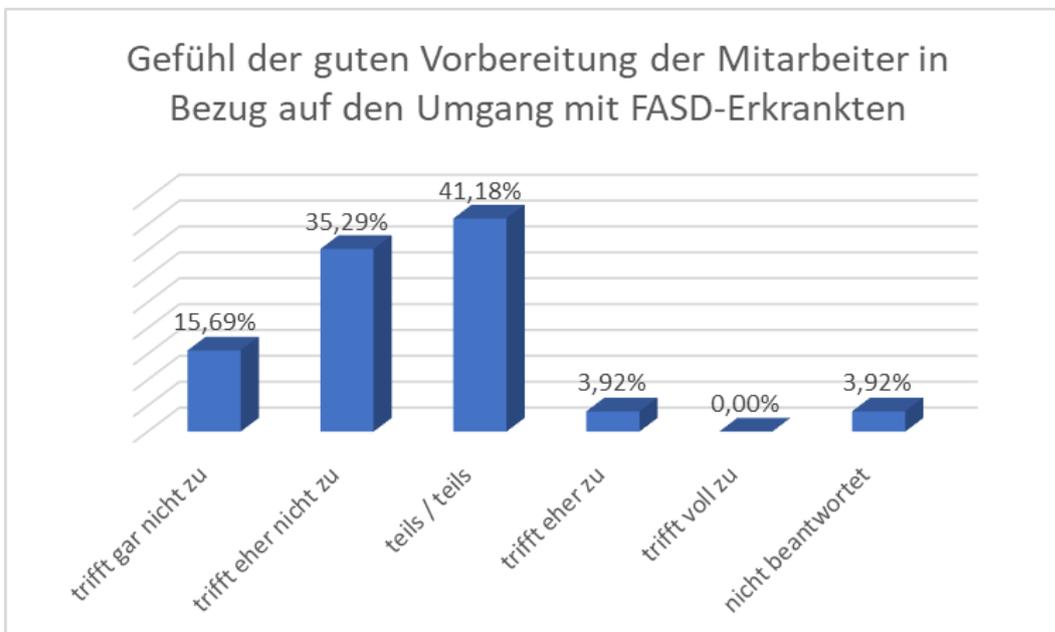


Abbildung 16: gute Vorbereitung (eigene Darstellung).

53% fühlen sich nicht gut vorbereitet. 43% sind sich nicht sicher und 4% fühlen sich gut vorbereitet.

AR01_01 Fühlen Sie sich in Ihrem beruflichen Kontext für den Umgang mit FASD-Erkrankten unterstützt?

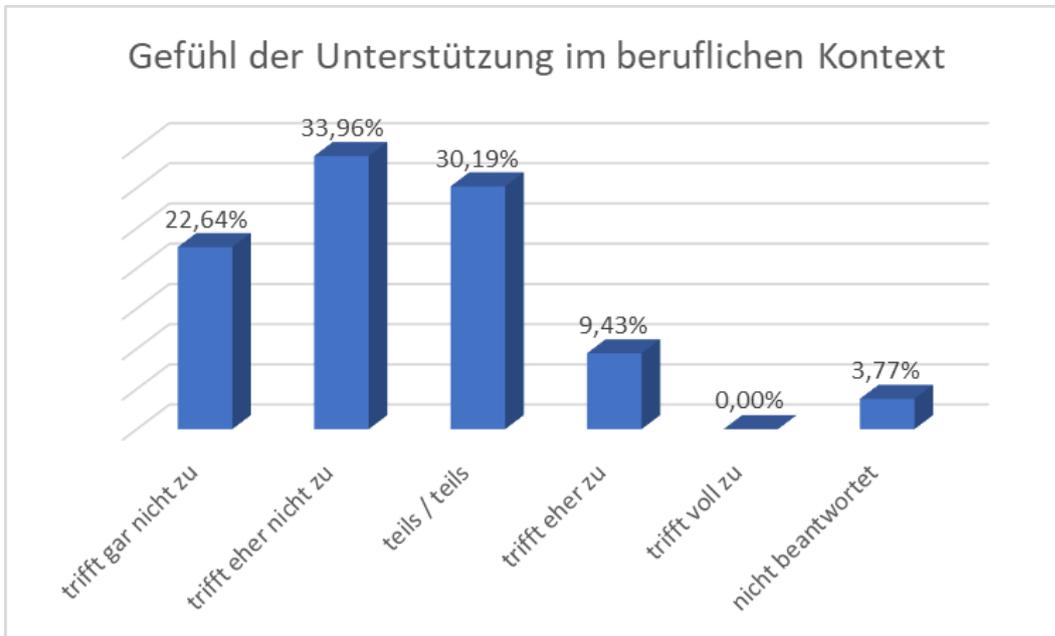


Abbildung 17: Unterstützung im beruflichen Kontext (eigene Darstellung).

57% fühlen sich im beruflichen Kontext nicht unterstützt. 30% sind sich nicht sicher und 9% fühlen sich unterstützt.

Bekanntheitsfragen:

AL01 FASD bekommen nur Kinder von Alkoholabhängigen

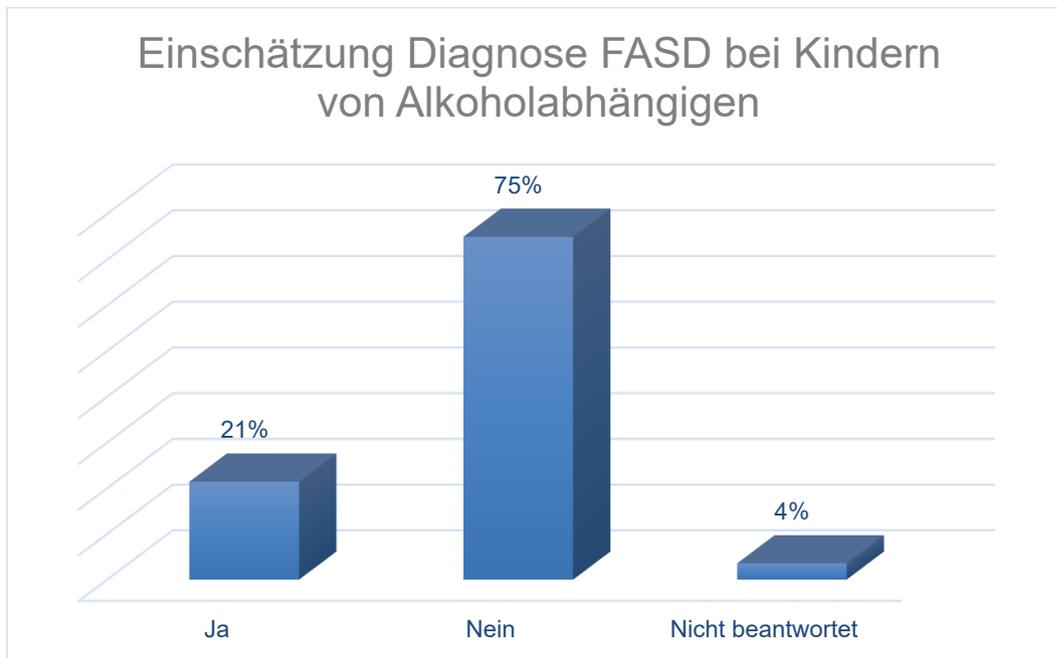


Abbildung 18: Einschätzung Diagnose (eigene Darstellung).

Richtige Antwort: Nein

- Auch durch gelegentliches Trinken kommt es zu vorgeburtlichen Schäden.
- 75%

Bekannt

AL02_01 *Das Fetale Alkoholsyndrom wird durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ausgelöst*

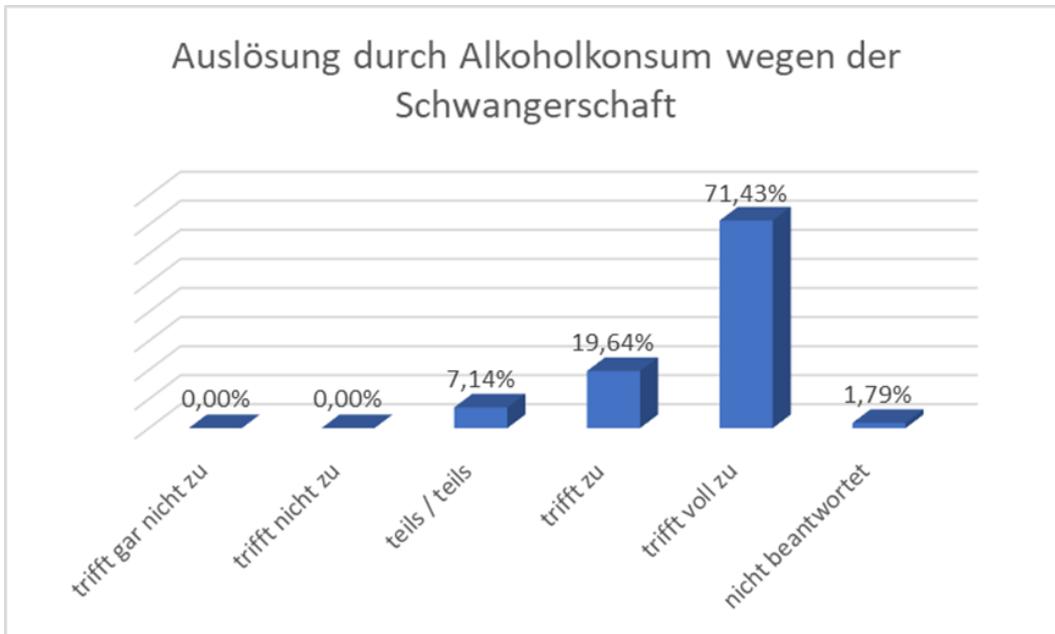


Abbildung 19: Auslösung Alkoholsyndrom während der Schwangerschaft (eigene Darstellung).

Richtige Antwort: trifft zu und trifft voll zu

- Durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft besteht ein erhöhtes Risiko, dass ein Kind mit FASD geboren wird
- 91%

Bekannt

AL03_01 Viele Menschen empfinden Alkohol während der Schwangerschaft als bedenklich.
Sind Sie gleicher Meinung?

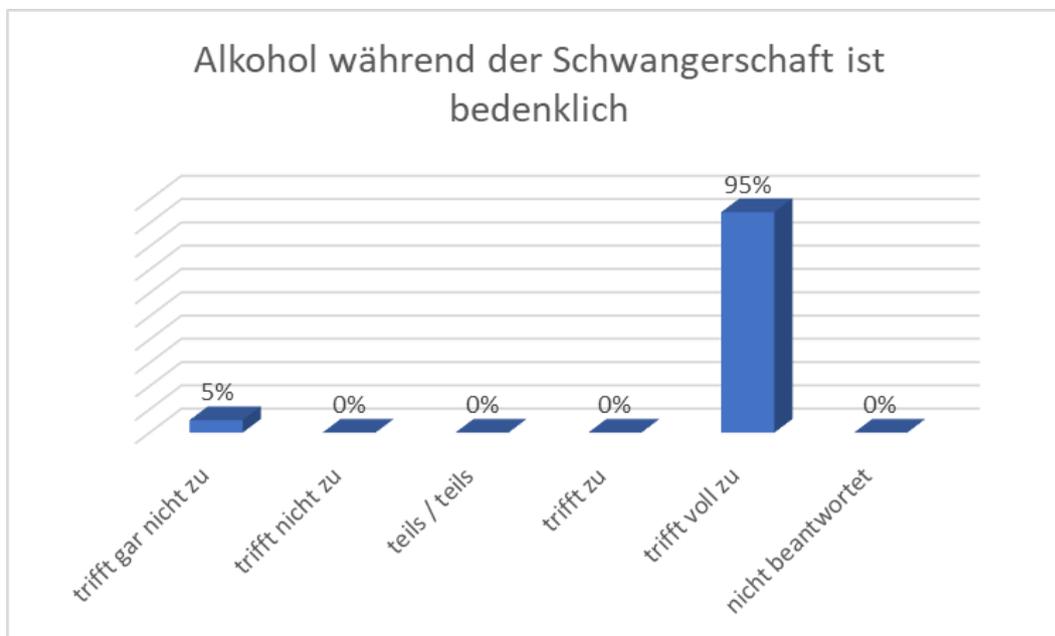


Abbildung 20: Alkohol während der Schwangerschaft bedenklich (eigene Darstellung).

Richtig: trifft zu und trifft voll zu

→ Gleicher Meinung sind 95%

Bekannt

AL06_01 *Alkoholkonsum während der Schwangerschaft hat keine Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes*

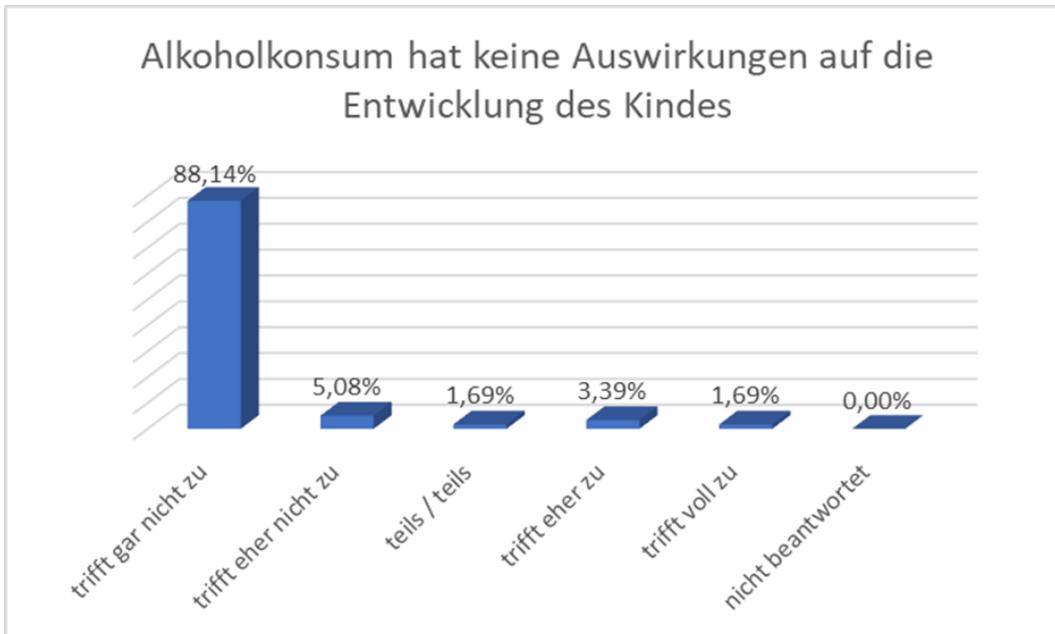


Abbildung 21: Keine Auswirkungen auf Entwicklung des Kindes (eigene Darstellung).

Richtig: trifft eher nicht zu und trifft gar nicht zu

- Alkoholkonsum während der Schwangerschaft hat Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes
- 93%

Bekannt

L10_01 *Alkohol wirkt wesentlich toxischer als z.B. Nikotin und kann schon bei einmaligem geringem Konsum eine Missbildung oder Schädigung beim Embryo hervorrufen*

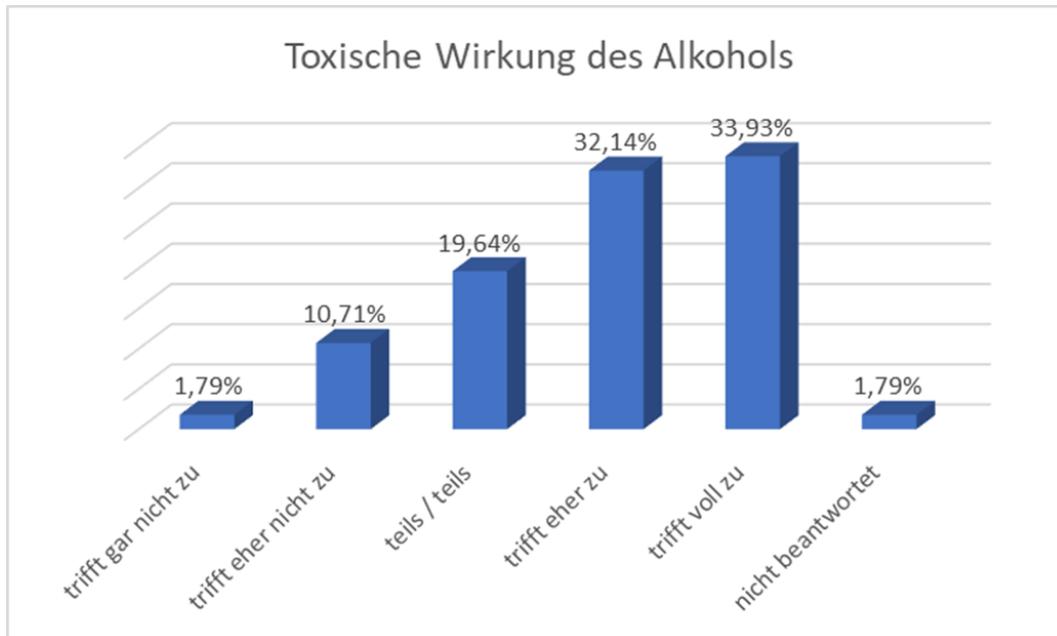


Abbildung 22: Toxische Wirkung des Alkohol (eigene Darstellung).

Richtig: trifft eher zu und trifft voll zu

- ➔ Alkohol wirkt wesentlich toxischer als z.B. Nikotin und kann schon bei einmaligem geringem Konsum eine Missbildung oder Schädigung beim Embryo hervorrufen
- ➔ 66%

Bekannt

UG05 Schätzen Sie, wie viele Frauen während der Schwangerschaft Alkohol konsumieren

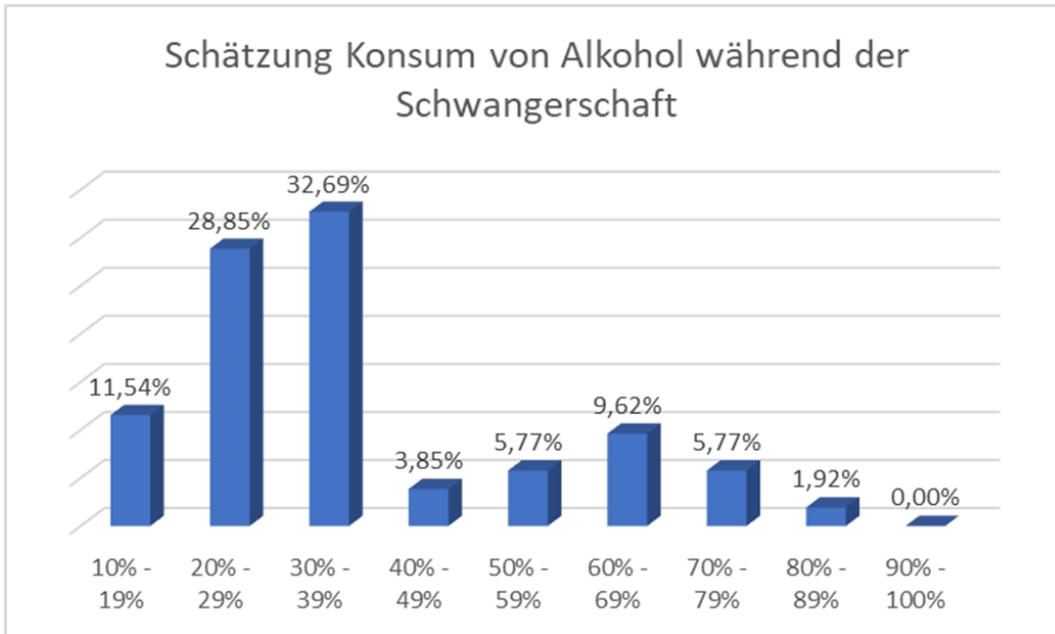


Abbildung 23: Alkohol während der Schwangerschaft (eigene Darstellung).

Richtig: 80-89%

- Trinken während der Schwangerschaft Alkohol
- 2%

Unbekannt

KB05 Welche Merkmale eines FASD-Erkrankten sind im Gesicht erkennbar? Bitte kreuzen Sie alle vier zutreffenden Merkmale an

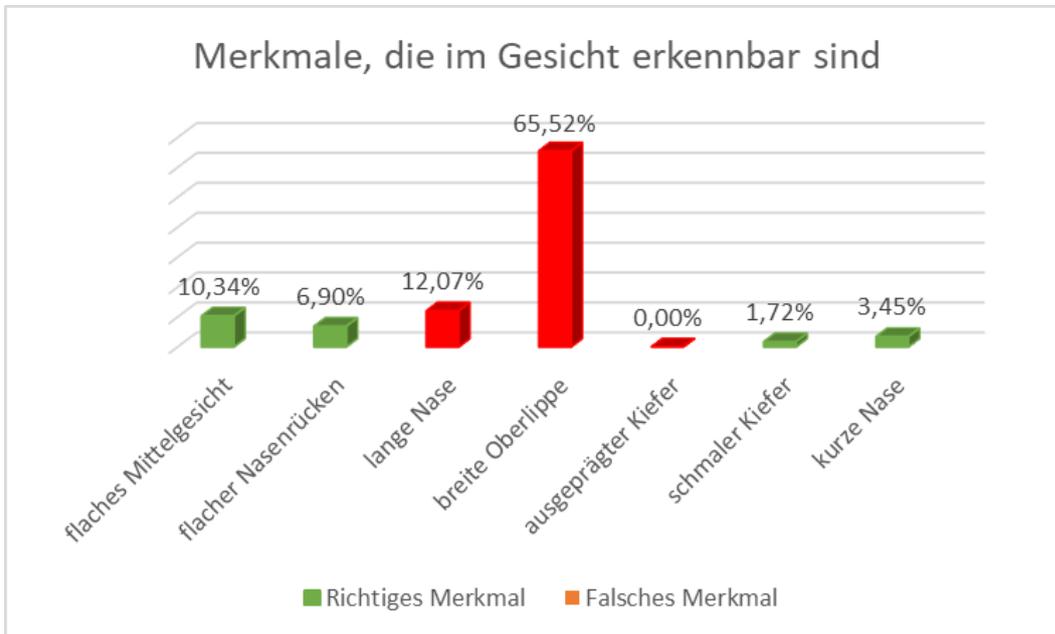


Abbildung 24: Merkmale im Gesicht (eigene Darstellung).

Richtig:

Flaches Mittelgesicht: 3% **Unbekannt**

Flacher Nasenrücken: 7% **Unbekannt**

Kurze Nase: 2% **Unbekannt**

Schmaler Kiefer: 2% **Unbekannt**

Falsch:

Lange Nase: 88% haben richtig geantwortet **Bekannt**

Breite Oberlippe: 34% haben richtig geantwortet **Unbekannt**

Ausgeprägter Kiefer: 100% haben richtig geantwortet **Bekannt**

KB06 Welche Veränderungen kann Alkohol während der Schwangerschaft beim Kind auslösen?

Bitte wählen Sie die vier zutreffenden Veränderungen aus

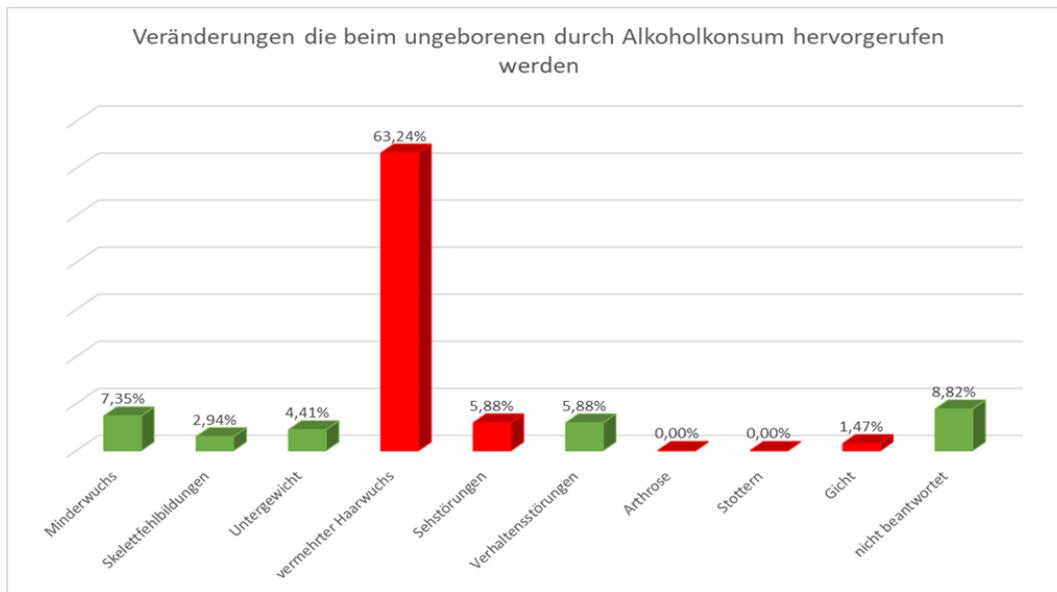


Abbildung 25: Veränderung durch Alkoholkonsum (eigene Darstellung).

Richtig:

Minderwuchs: 8% haben richtig geantwortet **Unbekannt**

Verhaltensstörungen: 6% haben richtig geantwortet **Unbekannt**

Skelettfehlbildungen: 3% haben richtig geantwortet **Unbekannt**

Untergewicht: 5% haben richtig geantwortet **Unbekannt**

Vermehrter Haarwuchs: 37% haben richtig geantwortet **Unbekannt**

Falsch:

Arthrose: 100% haben richtig geantwortet **Bekannt**

Stottern: 100% haben richtig geantwortet **Bekannt**

Gicht: 98% haben richtig geantwortet **Bekannt**

Sehstörungen: 94% haben richtig geantwortet **Bekannt**

8 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse aus dem HFP

Im Mittelpunkt dieses Abschnitts steht die Diskussion der Befunde vor dem Hintergrund der Fragestellung bzw. der aufgestellten Hypothese (vgl. Raithel 2008: 194).

An dieser Stelle ist es zunächst wichtig die Anzahl der Personen, welche teilgenommen haben, zu betrachten (vgl. a.a.O.: 188). Der Rücklauf beträgt hier 25,78%, was unter der Hälfte liegt.

Mit einberechnet werden muss an dieser Stelle der Urlaub der Personen, Krankheitsausfälle, sowie eine einfache nicht Bearbeitung des Fragebogens. Somit kann nur mit den Teilnehmern gearbeitet werden, welche wirklich den Fragebogen ausgefüllt haben. Aufgrund der niedrigen Rücklaufstatistik kann ebenso von einem niedrigen Interesse am Thema ausgegangen oder Zeitmangel als Faktor betrachtet werden.

Eine Bekanntheit des Fetalen Alkoholsyndroms in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg liegt vor, wenn mindestens 50% im Durchschnitt der Bekanntheitsfragen, richtig beantwortet werden. Nach Auswertung der Ergebnisse liegt der Durchschnitt der Bekanntheitsfragen bei 41,07%. Somit ist eine Bekanntheit des Fetalen Alkoholsyndroms in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg nicht gegeben.

Die zuvor aufgestellte Hypothese „Das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms ist in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg unbekannt“ konnte somit durch die quantitative Befragung bestätigt werden.

Die Forschungsfrage diesbezüglich lautete: **„Inwieweit ist den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms bekannt?“**. Diese kann somit wie folgt beantwortet werden: Anhand der Bekanntheitsfragen kann abgelesen werden, welche Fragen nicht überdurchschnittlich korrekt beantwortet wurden. Die Ergebnisse zeigen somit Wissenslücken auf, welche ausgebessert werden sollten. Eine Bekanntheit von durchschnittlich 41,07% reicht nicht aus, um im Arbeitsalltag mit dem Krankheitsbild umgehen zu können. So wurde beispielsweise die Aussage *„FASD bekommen nur Kinder von Alkoholabhängigen“* von 75% mit „Nein“ beantwortet, was richtig ist. Um ein Kind mit FASD zur Welt zu bringen, muss die Mutter nicht alkoholkrank sein. Wie oben bereits beschrieben, reichen schon wenige Schlucke Alkohol aus, um ein Baby mit FASD zur Welt zu bringen. Diese Frage müsste dementsprechend nicht unbedingt aufgegriffen werden, wenn es um Aufklärung über das Krankheitsbild geht. Nicht richtig beantwortet und somit relevant für eine Wissenserweiterung sind allerdings folgende Fragen:

- *Schätzen Sie, wie viele Frauen während der Schwangerschaft Alkohol konsumieren*

Hier lagen mehr als die Hälfte der Teilnehmer falsch. 32,69% der Teilnehmer haben auf 30-39% getippt. Die richtige Antwort wäre, dass 80-89% der Frauen während der Schwangerschaft Alkohol trinken (fasd Deutschland e.V. 2019d)

- *Welche Merkmale eines FASD Erkrankten sind im Gesicht erkennbar? Bitte kreuzen Sie alle vier zutreffenden Merkmale an*

Deutlich wird, dass diese präzise Fragestellung für alle Teilnehmer eine schwere Aufgabe darstellte. Mehr als die Hälfte gaben hier falsche Merkmale an. Von den richtigen Merkmalen haben nur 10,34% mit der höchsten Prozentzahl, das flache Mittelgesicht als ein Merkmal definieren können. Ein klares Zeichen dafür, dass die einzelnen Merkmale nicht jedem Teilnehmer bekannt sind.

- *Welche Veränderungen kann Alkohol während der Schwangerschaft beim Kind auslösen?*

Hier bestätigt das Ergebnis, wie schon bei der Frage zu den Merkmalsausprägungen davor, dass detaillierte Kenntnisse der Teilnehmer kaum vorhanden sind. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer kennen hier die Veränderungen am Kind nicht. An dieser Stelle sollte auch beachtet werden, dass nicht immer alle vier Auswahlmöglichkeiten genutzt wurden. Dies lässt jedoch auch nur auf mangelnde Kenntnisse rückschließen.

Berücksichtigt werden muss, dass der größte Anteil an der Befragung mit 27 Personen beim Fachdienst 3.7 Jobcenter/Wohngeldstelle, liegt. Dies ist mitunter der Größe des Fachdienstes zuzuschreiben. Auffällig ist auch, dass die meisten Teilnehmer Verwaltungsfachangestellte sind, da ihr Anteil in einer Verwaltungsbehörde höher ist. Daher ergibt sich die Frage, ob Verwaltungsfachangestellte, welche im sozialen Bereich arbeiten, entsprechende Schulungen zu bestimmten Krankheitsbildern durchlaufen sollten. Eine geringe Anteilnahme des Jugendamtes kann mit fehlender Zeit beantwortet werden. Gerade in der Coronapandemie kam es zu vielen Krisensituationen und der Fragebogen konnte hierdurch nicht immer vollständig beantwortet werden. Hierdurch könnten sich Abbrüche erklären lassen. Durch einen Fachdienstwechsel vom Jobcenter zum Pflegekinderdienst/ Jugendamt kann die Verfasserin dies aus eigener Erfahrung bestätigen. Auch kann dazu beschrieben werden, dass davon ausgegangen werden kann, dass das Thema des Fetalen Alkoholsyndroms im Jugendamt grundsätzlich bekannter ist. Eventuell könnte der Fragebogen ein unangenehmes Gefühl der Befragten im Jugendamt ausgelöst haben. Sie könnten sich in ihrem Wissen abgefragt gefühlt haben, wodurch sie den Fragebogen nicht angegangen sind. An dieser Stelle könnte eine Vergleichsstudie helfen, welche Unterschiede zum Umgang mit dem Syndrom oder der Bekanntheit aufzeigt. Um die erhobenen Daten der Wissenslücken zu kräftigen und zu stützen bzw. noch

näher auf die Bedürfnisse der einzelnen Fachdienste einzugehen, wäre es auch möglich, vereinzelte Interviews zu führen. Hierdurch könnten konkrete Fragestellungen der Fachdienste in Bezug auf das Thema ausgearbeitet werden, welche einen ansprechenden Charakter haben und somit das Interesse wecken.

Die Nichtteilnahme der wirtschaftlichen Jugendhilfe kann ebenfalls mit Zeitmangel beantwortet werden. Jedoch wird auch hier eine grundsätzliche Notwendigkeit der Annahme des Themas gesehen, da die wirtschaftliche Jugendhilfe auch mit betroffenen Personen umgehen muss. Da in diesem Fachbereich nicht direkt mit dem Kunden gearbeitet wird, sondern meist nur telefonisch, könnte es sein, dass dadurch die Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit dem Thema als unwichtig gesehen wurde.

Aufgegriffen wird an dieser Stelle die Frage nach dem Bedürfnis der Wissenserweiterung in Bezug zum Thema FASD. Diese beantworteten 78% mit „Ja“. Ein Ergebnis, welches weit über dem Durchschnitt liegt und an dieser Stelle Anklang finden sollte. Nachzuvollziehen ist nur schwer, wer eine Wissenserweiterung wünscht. Die Fachdienstleitungen sollten auf dieses Ergebnis reagieren. Generell werden die Ergebnisse an alle Fachdienstleitungen, sowie den Fachbereichsleiter und den Bürgermeister zurückgemeldet, um die Bedarfe aufzuzeigen.

Dass im ersten Abschnitt beschriebene Erkenntnisinteresse, konnte durch die Erhebung der Bekanntheit bestärkt werden. Wenn keine Bekanntheit des Krankheitsbildes vorliegt, können die Kunden im Jobcenter rückschließend nicht richtig beraten werden. Da die Anzahl von Jobcentermitarbeitern unter den Teilnehmern am höchsten war, wird hier davon ausgegangen, dass Lücken in der Beratung von betroffenen Kunden vorzufinden sind. Dies legt nahe, dass möglicherweise Kunden mit FASD eventuell unrechtmäßig sanktioniert werden. Eine erste Sensibilisierung für das Krankheitsbild konnte in jedem Fall durch die Teilnahme an der Befragung generiert werden. Somit könnte es sein, dass sich in der Zwischenzeit schon Mitarbeiter eigenständig tiefer mit der Materie FASD beschäftigt haben. Ein nächster Schritt nach Auswertung des Handlungsforschungsprojektes könnte eine Ausarbeitung einer Fortbildung, zugeschnitten auf Jobcentermitarbeiter sein. Eine andere Möglichkeit, um das Personal tiefer mit der Materie des Krankheitsbildes vertraut zu machen und ein Bewusstsein hierfür zu schaffen, wäre weiterhin ein Fachartikel in der Mitarbeiterzeitung.

Bei der Auswertung der Ergebnisse muss beachtet werden, dass eine Hypothese aufgestellt wurde, welche aus Literaturrecherche, Erkenntnisinteresse, Problemformulierung und nicht zuletzt auf Basis einer bereits bestehenden Theorie/ Aussage aufgestellt wurde. Um einen statistischen Test durchzuführen, braucht es mindestens zwei Hypothesen, welche aufgestellt werden. Eine Null (H0)- und eine Alternativhypothese (H1). Dies bedeutet, dass der Hypothesentest dazu dient anhand der Ergebnisse einer Stichprobe zu einer Entscheidung darüber zu

kommen, welche der beiden Hypothesen angenommen bzw. welche verworfen werden kann. Eine H0 und eine H1 Hypothese hätte somit wie folgt lauten können:

H0: Das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms ist in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg bekannt

H1: Das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms ist in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg unbekannt.

Ebenso ist die Überlegung anzustellen, ob generell eine Hypothese hätte aufgestellt werden müssen, um die Bekanntheit des Fetalen Alkoholsyndroms zu ergründen. Anhand der Forschungsfrage könnte davon ausgegangen werden, dass es sich um eine qualitative Forschung handelt. Hierdurch könnten genaue Ergebnisse erzielt werden, im Hinblick darauf, was die Mitarbeiter benötigen, um mit dem Fetalen Alkoholsyndrom umgehen zu können. Durch die quantitative Forschung vorab, welche die Bekanntheit erhebt, konnte jedoch vorgebeugt werden, dass etwas erforscht wird, was eventuell bekannt ist. Eine weitergehende Studie könnte somit Interviews beinhalten, welche die genauen Bedarfe von den Mitarbeitern erhebt. Diese Methode würde demnach Mixed Methods genannt und beinhaltet die Kombination qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden (vgl. Baur/Blasius 2014: .159).

Die Auffälligkeit der Mehrheit der Jobcentermitarbeiter an der Teilnahme der Befragung ist sehr deutlich. Genauso wie die Antwort auf die Forschungsfrage, nämlich, dass das Fetale Alkoholsyndrom in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg unbekannt ist. Da der größte Teil der Teilnehmer auch im Jobcenter angestellt ist und wie zu Beginn beschrieben, auch die Literatur besagt, dass es in diesem Bereich Aufklärung über das Krankheitsbild geben muss, wird sich der weitere Teil dieser Thesis auf das Thema FASD und Jobcenter bzw. den Bezug von SGBII-Leistungen beziehen.

9 Die Bedeutung von SGBII-Leistungen

Zunächst unterstützt das SGBII mit der Hilfe von verschiedenen Leistungen zu Eingliederung in das Erwerbsleben. Grundsicherung für Arbeitssuchende unterstützt dementsprechend mit Leistungen zur Eingliederung in Arbeit und Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts.

„Verantwortlich für die Erbringung der Grundsicherungsleistungen sind die Bundesagentur für Arbeit (BA) und die kommunalen Träger (kreisfreie Städte, Kreise). Trotz der verschiedenen Zuständigkeiten werden die Grundsicherungsleistungen aus einer Hand erbracht. Dafür wurden gemeinsame Einrichtungen gebildet – die Jobcenter“ (Bundesagentur für Arbeit o.A.).

Anspruch haben erwerbsfähige Personen, die „trotz intensiver Bemühungen keinen Arbeitsplatz finden können oder mit ihrer Erwerbstätigkeit ein nicht bedarfsdeckendes Einkommen

erzielen“ (bmas o.A.). Das Arbeitslosengeld II ist auch als ergänzende (aufstockende) Leistung zum Einkommen zu gewähren (vgl. ebd.).

„Wie die Bezeichnung zeigt, ist mit der Grundsicherung die Absicherung des Existenzminimums, also die Sicherung des zum Leben Notwendigen, gemeint. Diese Absicherung ist für alle gedacht, die zu wenig oder keine eigenen Mittel zur Verfügung haben“ (Bundesagentur für Arbeit o.A.).

In die Berechnung der Leistungen wird die sogenannte Bedarfsgemeinschaft mit einbezogen. „Diese kann aus einer oder mehreren Personen bestehen, wobei mindestens eine Person erwerbsfähig sein muss. Leben mehrere Personen im gleichen Haushalt und wirtschaften gemeinsam, werden sie in der Regel alle zusammen als eine Bedarfsgemeinschaft⁸ behandelt“ (ebd.). „Als Bezieher von Arbeitslosengeld II muss die berechtigte Person und die zur Bedarfsgemeinschaft gehörenden Personen alle Möglichkeiten zur Minderung oder Beendigung der Hilfebedürftigkeit nutzen“ (ebd.). „Die Geldleistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende werden aus Steuermitteln finanziert, nicht aus der Arbeitslosenversicherung. Die Höhe der Leistung ist damit nicht von einem zuvor erzielten Arbeitseinkommen abhängig, sondern davon, was die Empfänger zum Leben mindestens benötigen und nicht selbst aufbringen können“ (ebd.).

Das Jobcenter aus der jeweiligen Stadt des Hilfebedürftigen hilft an dieser Stelle bei der Eingliederung in den Arbeitsmarkt, wodurch die Leistungen ebenfalls über das Jobcenter vor Ort ausgezahlt werden. Wie genau ein Eingliederungsprozess passieren kann, soll im nächsten Abschnitt näher erläutert werden.

9.1 Unterstützung durch das Jobcenter

Nachdem die Leistungen beantragt und bewilligt wurden, erhält der Leistungsempfänger einen Fallmanager oder eine Fallmanagerin. Leistungsbezieher werden in dieser Beziehung als „Kunden“ betitelt. Die Bedeutung dessen, wurde unter Punkt 7.1.1 bereits erläutert, wird an dieser Stelle jedoch noch einmal näher vertieft:

Fallmanager:

„Besonders geschulte Fallmanagerinnen und Fallmanager beraten, unterstützen und begleiten Sie – wenn Sie es wünschen – auf Ihrem individuellen Weg zur beruflichen Integration – auch wenn Ihre persönliche Lage schwierig ist. Dafür steht den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein umfangreiches Paket von Hilfsangeboten zur Verfügung. Eine enge Zusammenarbeit besteht unter anderem mit:

- Jugendämtern und Jugendhilfeeinrichtungen,
-

⁸ Wenn ein Leistungsbezieher mit mehreren Personen im gleichen Haushalt lebt und dieser gemeinsam wirtschaftlich betrieben wird (Bundesagentur für Arbeit o.A.)

Kinderbetreuungseinrichtungen, • Migrationsberatungsstellen, • Schuldnerberatungsstellen und • Sucht- und Drogenberatungsstellen“ (ebd.).

Leistungssachbearbeitung:

„In der Leistungssachbearbeitung kümmern sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter um alles, was mit der Sicherung Ihres Lebensunterhalts einschließlich Ihrer Bedarfe für Unterkunft und Heizung zu tun hat. Hier werden Ihre Antragsunterlagen abschließend bearbeitet und die Höhe Ihres Leistungsanspruchs berechnet“ (ebd.).

Bezogen auf die Stadt Arnsherg stehen Leistungssachbearbeiter und Fallmanager im ständigen Austausch, wodurch eine gute Kommunikation gewährleistet werden soll. Durch diese Kommunikation wissen viele Leistungssachbearbeiter auch um die Situation der Leistungsempfänger, weshalb es besonders wichtig ist, dass auch die Leistungssachbearbeiter über den Umgang mit dem Krankheitsbild FASD Bescheid wissen sollten.

Weiter werden Kunden im Jobcenter sog. Maßnahmen zugewiesen, welche folgende Bedeutung haben:

Maßnahmen dienen der Stabilisierung des Kunden, um in den Arbeitsmarkt integriert zu werden. Auch können sie in der Erprobung genutzt werden, um die Belastung des Kunden festzustellen. Der Fallmanager weist eine möglichst auf den Kunden zutreffende Maßnahme zu, welche dieser dann besuchen muss. Sollte er dies nicht tun, drohen Minderungen.

10 Einordnung des Fetalen Alkoholsyndroms im Rahmen des Jobcenters

Wie auch FASD Deutschland beschreibt, werden nicht wenige Erwachsene mit FASD von den Folgen ihrer Schädigung in den Arbeitsalltag begleitet (vgl. FASworld Deutschland 2008: 21). So erkannte die Organisation, dass mehr Wert auf Öffentlichkeitsarbeit im Hinblick auf das Krankheitsbild und den Arbeitsmarkt gelegt werden muss. Das Problem ist demnach in der Öffentlichkeit nahezu unbekannt, weshalb sich FASworld e.V. verstärkt bei Behörden, Gutachtern und Arbeitgebern dafür einsetzt, durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit Informationen zu verbreiten und als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen (vgl. ebd.). Gleichzeitig will der Verein Menschen mit FASD ermutigen, sich aktiv den schwierigen Alltagsanforderungen zu stellen und ihre Probleme bei Ämtern und Behörden offen anzusprechen (vgl. ebd.). Auch wenn dies nicht auf Anhieb gelingt, sollten bei entsprechenden Bemühungen zur Vermittlung in Arbeit, die Kenntnisse über bestehende Handicaps die Grundlage der Vermittlungsbemühungen durch die Fallmanager sein (vgl. ebd.). Es kann demnach von zwei Szenarien ausgegangen werden: Im ersten Szenario erklärt der Kunde im Jobcenter ganz offen, dass er unter

FASD leidet. Eventuell wurde dies schon bei ihm diagnostiziert oder aber er weiß, dass seine Mutter während der Schwangerschaft Alkohol getrunken hat. Es könnte jedoch auch sein, dass der Kunde nichts von seiner Erkrankung weiß. Dies kann aus verschiedensten Gründen der Fall sein und wird im zweiten Szenario näher betrachtet.

Zunächst wird sich hier auf das erste Szenario, der Bekanntheit der Erkrankung bezogen:

Der Kunde spricht sein Krankheitsbild offen an:

Sollte es dem Kunden gelingen, offen über sein Krankheitsbild zu sprechen, so kann ein leichter Zugang zu möglichen Hilfen geschaffen werden. In manchen Fällen liegt bereits eine Diagnose vor, in anderen noch nicht. In letzterem Fall sollte diese eingeholt werden, damit der Kunde einen Zugang für die für ihn notwendigen Hilfen geltend machen kann. Der erste Schritt für eine Eingliederung in einen Beruf, welcher seinen Ansprüchen gerecht wird, liegt für diesen Kunden in einem Gespräch mit der Reha⁹-Beratung. Der Fallmanager sollte einen Termin mit der Reha-Beratung vereinbaren und den Kunden ggf. begleiten. Durch die Reha-Beratung werden weitere Schritte für eine Diagnostik eingeleitet. Dieses Vorgehen kann jedoch in jedem Jobcenter anders sein. Eventuell hat ein Jobcenter auch direkte Kontakte zu einer möglichen Diagnostik. Diese sollten genutzt werden.

Auf das zweite beschriebene Szenario wird in dieser Ausarbeitung näher eingegangen. Da das Krankheitsbild allgemein eher unbekannt ist, kann davon ausgegangen werden, dass viele Kunden im Jobcenter nichts von ihrer Erkrankung wissen, genauso wie ihre Fallmanager. Diese fallen eher durch häufige Arbeitgeberabbrüche auf oder ungewöhnliches Verhalten. Wie diese Kunden erkannt werden können und wie ein guter Umgang bis hin zur Arbeitsvermittlung gelingen kann, soll der nächste Abschnitt aufzeigen. Anzumerken ist an dieser Stelle bereits, dass viele Fallmanager zunächst nur Vermutungen über die Erkrankung des Kunden/ Kundin anstellen können. Es gilt zunächst genau abzuwägen, ob das Krankheitsbild in Frage kommt, bevor dies ohne Vorwarnung im Gespräch angesprochen wird, da nicht abgeschätzt werden kann wie der Kunde reagiert.

Dem Kunden ist sein Krankheitsbild nicht bekannt:

Zunächst wird an dieser Stelle ein Praxisbeispiel aufzeigen, wie sich eine Situation mit einem von dem Krankheitsbild Betroffenen, im Jobcenter abspielen könnte. Genanntes Beispiel wird in „fasworld Deutschland- Lebenslang durch Alkohol“ von einer Arbeitsvermittlerin beschrieben (vgl. a.a.O.: 22). Die Begriffe Arbeitsvermittler und Fallmanager sind in diesem Falle übereinstimmend:

⁹ Individuelle Beratung für Menschen mit gesundheitlichem Handicap

„Erscheint ein Ratsuchender bereits im Vorfeld des ersten Gespräches sehr aggressiv, bereite ich mich mit besonderer Sorgfalt vor. So auch im Fall von Herrn A., dessen bisheriger Werdegang mir zeigt, dass er seit seiner Schulzeit in verschiedenen Fördereinrichtungen immer wieder Überforderungssituationen ausgesetzt war und mit Disziplinschwierigkeiten und Abbrüchen reagiert hat. Deutlich wird auch, dass er immer dann, wenn mit ihm zukünftig mögliche Bildungswege besprochen werden sollten, nicht wieder zum Termin bei der Arbeitsagentur erschien und somit das Reha-Verfahren wegen fehlender Mitwirkung eingestellt wurde. Beide bisherigen Arbeitsstellen verlor er nach kurzer Zeit wieder. Im Gespräch wird seine Unbeherrschtheit schnell deutlich, wahrscheinlich befürchtet er, der Situation nicht gewachsen zu sein. Erst als ich ihm in Ruhe und mit kurzen Sätzen die wichtigsten Informationen erkläre, beruhigt er sich etwas. Nach und nach gelingt es, seine Interessen und Vorstellungen von Berufstätigkeit zu erfassen. Es ist erkennbar, dass eine Vermittlung in eine Tätigkeit nur in kleinen Schritten erfolgen kann“ (ebd.).

Die „Arbeitsvermittlerin“ in diesem Fall besitzt bereits Kenntnisse über Schwierigkeiten im Umgang mit Menschen mit FASD.

Sicherlich wird einigen Fallmanagern dieses Beispiel oder ähnliche, bekannt vorkommen. Es lässt nicht direkt auf eine FASD-Erkrankung schließen. Ausgehend von der statistisch belegten Unbekanntheit zum Krankheitsbild FASD in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg und der Tatsache, dass jedoch im Arbeitsalltag im Jobcenter hiermit umgegangen werden muss, können solche Situationen und weitere zu Verunsicherungen oder Missverständnissen beim Fallmanager führen. Aus diesem Grund wird sich dieser Teil der Ausarbeitung auf die folgende Fragestellung beziehen:

„Welche grundlegenden Kenntnisse über das Fetale Alkoholsyndrom sollten Fallmanager des Jobcenters erlangen, um das Krankheitsbild erkennen und hierdurch Betroffene optimal begleiten zu können?“

Die Beratung im Jobcenter bezieht sich meistens auf die Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt. Oft liegt die Beratung der Fallmanager aber auch darin, weitere oder andere Wege mit den Kunden zu gehen und diese nach ihren Ressourcen und Fähigkeiten auf dem Arbeitsmarkt zu etablieren. Daher müssen Einschränkungen, aber besonders die positiven Eigenschaften und Ressourcen der Kunden, erkannt und hervorgehoben werden.

Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, welche Symptome des Krankheitsbildes in Bezug zur Beratung im Jobcenter betrachtet werden müssen. Welche Auffälligkeiten sollten Berater erkennen können und welche Möglichkeiten könnte die Beratung vereinfachen, erleichtern und den Kunden näher an den Arbeits- oder Ausbildungsmarkt bringen.

11 Mögliche Defizite durch FASD

Bereits zu Beginn dieser Ausarbeitung wurden Schäden und Auffälligkeiten benannt, welche bei dem Krankheitsbild FASD auftreten können. Wie FASWorld- Deutschland zeigt, können sich in der Beratung und Vermittlung von FASD-Erkrankten, die nicht unbedingt sichtbaren Schäden auf folgende Weise sichtbar zeigen:

- Menschen mit FASD sind oft in unbekanntem Situationen stark verunsichert und reagieren unangemessen.
- Menschen mit FASD haben oft Wahrnehmungsprobleme.
- Menschen mit FASD haben oft kein Zeitgefühl und deshalb besondere Schwierigkeiten, Termine einzuhalten
- Bei Menschen mit FASD kann das Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt sein
- Hinter permanentem „Zuspätkommen“ steckt nicht grundsätzlich fehlender Wille.

(vgl. ebd.).

In Ergänzung zu diesen Einschränkungen wird an dieser Stelle auf ein Informationsblatt mit Hinweisen zur Arbeitsvermittlung für Menschen mit FASD vom evangelischen Verein Sonnenhof verwiesen, welches sehr einschlägig die Problematiken der Erkrankten aufzeigt:

„Probleme der Teilhabe an Maßnahmen:

- Häufige Unpünktlichkeit; ohne Betreuung können Termine meist nicht eingehalten werden
- Menschen mit FASD reagieren häufig impulsiv, sind rasch ermüdbar, in komplexen Situationen schnell überfordert und können dabei, ausrasten‘ oder, erstarrt‘ passiv sein
- Oft zeigen sie nur geringe Empathiefähigkeit und/oder distanzloses Verhalten
- Es bestehen häufig Teilleistungsstörungen (v. a. im Rechnen)
- Die motorischen Fähigkeiten sind teilweise eingeschränkt
- Da sie nicht vorausschauend denken können, begeben sie sich möglicherweise in gefährliche Situationen und können ihre eigene Leistungsfähigkeit nicht einschätzen“ (FASD Sprechstunde o.A.).

Neuropsychologische Einschränkungen:

- „Es bestehen häufig Defizite in der räumlichen und visuellen Wahrnehmung und damit in Zusammenhang Schwierigkeiten in der Auge-Hand-Koordination, dem Abschätzen von Entfernungen und der Dynamik in sozialen Interaktionen
- Es bestehen oft Probleme bzgl. der Lernfähigkeit, des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit

- Bei vielen Menschen mit FASD besteht eine Einschränkung der intellektuellen Fähigkeiten
- Auch bei durchschnittlichen Intelligenzquotienten sind die Leistungen durch zusätzliche Teilleistungsstörungen nicht entsprechend abrufbar
- Eingeschränkte Exekutivfunktionen finden sich häufig bei Menschen mit FASD (d. h. sie haben Probleme selbständig und vorausschauend zu planen und zu handeln, ihr Verhalten zu regulieren und den Gegebenheiten anzupassen)
- Regeln werden von ihnen zum Teil ‚übersehen‘
- Menschen mit FASD zeigen oftmals eine mangelnde Fähigkeit, Konzepte zu verstehen (z. B. der Umgang mit Konzepten wie Zeit und Geld)“ (ebd.).

Überforderung:

- „Menschen mit FASD gelingt häufig nur mit viel Unterstützung der Schulabschluss, oft fehlt er oder ist unvollständig
- Bei ihnen ist keine altersentsprechende Reifeentwicklung aufgrund der vorliegenden Grunderkrankung möglich
- Der von der Arbeitsvermittlung unterstellte Erwachsenenstatus mit altersentsprechender Eigenständigkeit kann aufgrund der Beeinträchtigungen nicht geleistet werden
- Es kommt daher häufig zu Leistungseinbrüchen und zu Abbrüchen der Maßnahmen, oft mit stark ‚externalisiertem‘ Verhalten oder sozialem Rückzug
- Als Komorbiditäten bestehen u. a. Ängste, Depressionen, ein hohes Suchtpotential und expansive Störungen des Sozialverhaltens mit Hyperaktivität
- Es besteht die Gefahr der Überschätzung bei einigen Menschen mit FASD aufgrund einer oberflächlichen sprachlichen Gewandtheit
- Bei Menschen mit FASD ist die Selbsteinschätzung und Selbstwahrnehmung häufig stark eingeschränkt, sie erkennen deswegen vielfach keine Gefahren und sind sehr stressanfällig“ (ebd.)

All diese Punkte sollten in der Beratung FASD-Erkrankter Beachtung finden bzw. könnten Anzeichen für eine solche Erkrankung sein. Dennoch wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass FASD eine pränatale hirnorganische Schädigung ist, deren Auswirkungen irreparabel sind (vgl. Falke/Stein 2018: 24). „Es bleiben Ausfallerscheinungen im psychischen Bereich zurück, genauso wie Störungen des Sozialverhaltens und der sozialen Funktionen. Die soziale Integrationsfähigkeit ist meist eingeschränkt“ (ebd.). Vor allem sind die Bereiche der Wahrnehmung gestört und beeinträchtigt, welche jedoch um den Alltag bewältigen zu können, in viele einzelnen und komplexen Wahrnehmungsbereichen und -leistungen notwendig sind. Demnach bauen auf vielen Grundfähigkeiten der Wahrnehmung (z.B. Sehen, Registrieren,

Aufnehmen usw.) komplexere Wahrnehmungsleistungen auf (vgl. a.a.O.: 24). „Alle Wahrnehmungsbereiche bedingen sich und bilden zusammen die Basis zur Alltagsbewältigung und zur Auseinandersetzung mit unserer Umwelt“ (ebd.). Falke und Stein beschreiben, dass soziologisch gesehen diese Fähigkeiten gebraucht werden, um den Menschen als Individuum in der Gesellschaft einzubringen. Genau hier besteht jedoch die große Behinderung für Menschen mit FASD (vgl. ebd.). Falke und Stein beschreiben mögliche Ursachen, welche bekannt sein müssten, damit mit den Betroffenen umgegangen werden kann:

- Wahrnehmung
- Impulskontrolle
- Soziale Interaktion
- Frustrationstoleranz
- Selbstregulation
- Handlungsplanung
- Arbeitsgedächtnis

(vgl. a.a.O.: 25ff.).

Alle genannten Punkte sind von größter Wichtigkeit und liegen unbedingt in der Notwendigkeit der Betrachtung. In dieser Ausarbeitung wird sich jedoch nur auf den Punkt der Selbstregulation bezogen, da dieser die Exekutivfunktionen (EF) beschreibt, welchen es in Zusammenhang mit der FASD Erkrankung viel Aufmerksamkeit zu schenken gilt. Den Exekutivfunktionen und dem Wissen über ihre Auswirkungen auf Personen mit einer FASD-Erkrankung wird im Bereich der Beratung im Jobcenter eine Notwendigkeit zugeschrieben, um die Betroffenen besser nachvollziehen zu können, aber auch um zukünftige Arbeitgeber ausfindig zu machen, welche mit der Einschränkung der Person umgehen können. Ohne ausgeprägte Selbstregulationsmechanismen ist das Zurechtkommen in der Gesellschaft erschwert, da der Erwerb von realitätsgerechtem und selbständigem Denken, Planen und Handeln nur eingeschränkt oder auch gar nicht bei FASD-Erkrankten, erreicht werden kann (a.a.O.: 30). Demnach muss eine Arbeitsstelle gefunden werden, welche diesen Herausforderungen auf Dauer gewachsen ist.

11.1 Die Bedeutung von Exekutivfunktionen

Selbstregulation setzt intakte Exekutivfunktionen voraus. „Ohne Selbstregulationskompetenzen ist eine autonome Lebensführung erheblich beeinträchtigt“ (ebd.). Für Menschen mit FASD bedeutet dies, dass alle grundlegenden Fähigkeiten, die zur Selbstregulation und Steigerung der EF nötig sind, in einem hohen Maß durch die Behinderung beeinträchtigt oder auch nur lückenhaft erworben sein können (vgl. ebd.). Eine mangelnde Selbstregulation führt demnach zu hohen Belastungen für die betroffene Person, aber auch für ihre Umwelt. „Kinder, die ihr Verhalten und ihre Emotionen schwer regulieren können, stoßen in ihrem Umfeld häufig

auf Antipathie und Ablehnung“ (Walk/Evers 2013: 8). Ebenso beschreiben Walk und Evers, dass Betroffene Personen schnell aggressiv reagieren, sich nicht zurücknehmen können, keine Rücksicht auf andere nehmen und jedem kleinen Impuls freien Lauf lassen, wodurch sie nur schwer von ihrem sozialen Umfeld akzeptiert werden (vgl. ebd.). Ein Beispiel aus der Forschung beschreibt dies sehr anschaulich:

„Über viele Jahre hinweg wurden mehr als 1.000 Bewohner einer neuseeländischen Stadt durch die Forscher um Terrie Moffitt von der Duke University in den USA, untersucht. Während der ersten zehn Lebensjahre der Teilnehmer, wurde die Selbstregulationsfähigkeit immer wieder erhoben und im Alter von 32 Jahren wurden dieselben Personen nochmals untersucht. Hierbei wurden nebenbei auch ihre Gesundheit sowie ihre finanzielle Situation und ihr Strafreigister berücksichtigt. „Die Forscher fanden heraus, dass Erwachsene, die sich als Kind schlechter regulieren konnten, öfter unter gesundheitlichen Problemen litten und mit höherer Wahrscheinlichkeit nikotin- und oder alkoholabhängig waren. Darüber hinaus waren sie eher in instabilen Beziehungen, gerieten öfter in finanzielle Not und begingen häufiger Straftaten. Diese Zusammenhänge zeigten sich unabhängig vom Intelligenzquotienten oder der sozialen Herkunft der Probanden“ (ebd.).

11.2 Was sind exekutive Funktionen?

Seit den mittleren 1990er Jahren sind exekutive Funktionen verstärkt in den Blickpunkt neurologischer Forschung und Praxis getreten (vgl. Pletschko/Leiss/Pal-Handl et al.: 2020: 131). So hat auch das gestiegene Interesse bzgl. dieses Themas damit etwas zu tun, dass seit einigen Jahren Gewissheit darüber herrscht, dass gut ausgebildete exekutive Funktionen in der Kindheit den wirtschaftlichen Erfolg, die Gesundheit oder die Abwesenheit von Drogenmissbrauch besser vorhersagen als bspw. der Intelligenzquotient oder auch der sozioökonomische Status des Elternhauses (vgl. ebd.).

„Exekutive Funktionen beschreiben eine Vielzahl von geistigen Fähigkeiten, die den Menschen planvoll, zielorientiert und überlegt handeln lassen und hierdurch situationsangepasstes Verhalten ermöglichen“ (Walk/Evers 2013: 9). Die exekutiven Funktionen werden im Frontalhirn verortet und bildet sozusagen die Steuerzentrale des Gehirns (vgl. ebd.). Diese Steuerzentrale wird benötigt um sich gut „im Griff“ zu haben. Die nachstehenden Kompetenzen bauen auf gut entwickelten exekutiven Funktionen auf:

- Impulskontrolle
- Emotionsregulation
- Planvolles und vorausschauendes Handeln
- Logisches Denken und Problemlösungsfähigkeiten
- Aufmerksamkeitslenkung und Fokussierung

- Flexibles und adaptives Verhalten
- U.v.m.

(vgl. ebd.). Diese Funktionen in Bezug zu den aufgelisteten Problematiken vom Verein Sonnenhof, lässt bereits Rückschlüsse auf die Vermittlung und Beratung im SGBII-Bereich in Einbezug mit den Einschränkungen der Exekutivfunktionen zu. Doch zunächst wird die Aufteilung der Exekutivfunktionen beschrieben.

11.3 Drei Funktionen des exekutiven Systems

„Das aktuelle Konzept der exekutiven Funktionen, welches aufgrund fundierter statistischer Beweisführung momentan den Goldstandard widerspiegelt, beruht auf den Überlegungen und Beobachtungen von Miyake et al. (2000). Diese sowie diverse Publikationen von Diamond et al. (2007) und Diamond (2012) fassen die Exekutivfunktionen in einer Trias“ (Pletschko et al.: 2020: 131):

1. „Inhibitorische Kontrolle (Hemmen von Impulsen, Selbstkontrolle, Belohnungsaufschub)
2. Arbeitsgedächtnis (Aufnehmen, Halten und Bearbeiten von Informationen)
3. Flexibilität (Umstellungsfähigkeit, Konzepte bilden und bei Bedarf ändern, Rollenübernahme, Perspektivenwechsel)

(vgl. ebd.).

Inhibitorische Kontrolle:

Die Inhibition hilft bei der Impulsregulierung und somit dabei, unangemessenes Verhalten zu unterdrücken. „Um nicht vorschnell und unüberlegt zu reagieren, müssen wir in der Lage sein, kurz innezuhalten“ (Walk/Evers 2013: 13). Wahrscheinlich ist das Marshmallow-Experiment die bekannteste Versuchsanordnung hierzu, durchgeführt von Walter Mischel. Hierbei wurde ein Marshmallow verschiedenen Kindern vorgelegt. Würden die Kinder warten bis der Testleiter wieder den Raum betritt und somit ein weiteres Marshmallow bekommen, oder würden sie bereits den vor ihnen liegenden essen? Dieses Phänomen beschreibt die Inhibition. Eine Nachbefragung des Experiments 1980/1981 zeigte sich, dass „Kinder, welche bei diesen Versuchen warten konnten – also die Süßigkeit nicht gleich aßen und dafür mit einer zweiten belohnt wurden – sich schulisch und beruflich deutlich besser entwickelten als die Kinder, welche zu keinem Belohnungsaufschub in der Lage waren“ (Pletschko et al.: 2020: 131). Die Inhibition wird gerne auch mit unserem inneren Stopp-Schild verglichen, welches uns hilft, Impulse zu kontrollieren.

Arbeitsgedächtnis:

„Das Konzept des Arbeitsgedächtnisses (Englisch: working memory) geht auf A.D. Baddeley und G.J. Hitch (1974) zurück, die in diesem eine Schaltzentrale sahen (central executive), welche die höheren kognitiven Prozesse steuert“ (ebd.). Mit der Hilfe des Arbeitsgedächtnisses kann zielgerichtet gehandelt werden, da es bis zu sieben Informationen vorhalten kann, mit welchen dann aktiv gearbeitet wird (vgl. ebd.). Als Beispiel können hier Zahlenreihen genannt werden, welche in der umgekehrten Reihenfolge wiedergegeben werden sollen. „Um zu verhindern, dass die einzelnen Zahlen schnell verblassen, wird die Information in der phologischen Schleife durch lautloses Wiederholen aufrechterhalten“ (ebd.). Ein anderes anschauliches Beispiel für das Arbeitsgedächtnis liefern Walk und Evers. Diese vergleichen das Arbeitsgedächtnis mit einem Notizblock, welcher der Speicherung und Verarbeitung von Informationen dient (vgl. Walk/Evers 2013: 11). Das Arbeitsgedächtnis dient ebenso der Weiterverarbeitung von Informationen. Dementsprechend gelingt es mit einem funktionierenden Arbeitsgedächtnis Pläne zu schmieden und umzusetzen (vgl. ebd.).

Flexibilität:

„Nach Diamond (2013) ist ein wichtiges Merkmal der kognitiven Flexibilität der räumliche Perspektivenwechsel“ (Pletschko et al. 2020: 132). Mit Hilfe dieser dritten exekutiven Funktion können wir uns auf neue Situationen oder Anforderungen einstellen und auch offen für Veränderungen sein. „Sie ist notwendige Voraussetzung, um bei Bedarf alternative Verhaltens- oder Denkweisen zu berücksichtigen und dadurch schnell abwägen, welche Richtung eingeschlagen werden sollte“ (Walk/Evers 2013: 15). Beispielsweise gehen jüngere Kinder davon aus, dass ihre Perspektive auch die aller anderen Menschen ist. Mit der Zeit entwickeln Kinder ein Verständnis dafür, dass es andere Perspektiven gibt. Der „Drei Berge Versuch“ von Piaget ist hierfür ein gutes Beispiel. Demnach können Kinder einen räumlichen Perspektivwechsel erst mit ca. sechseinhalb Jahren vollziehen. Durch die Beschreibung der EF wird deutlich, in wie vielen Situationen im Alltag die EF benötigt werden und welche Situationen und Anforderungen mit Hilfe dieser bewältigt werden. Die exekutiven Funktionen werden somit fast immer benötigt, sogar oft auch mehrere gleichzeitig. Das exekutive System arbeitet als Einheit, denn „umso komplexer Situationen werden, desto besser müssen die einzelnen Funktionen zusammenarbeiten“ (a.a.O.: 16). Zur Veranschaulichung wird häufig folgendes Abbild der exekutiven Funktionen verwendet:

Exekutive Funktionen

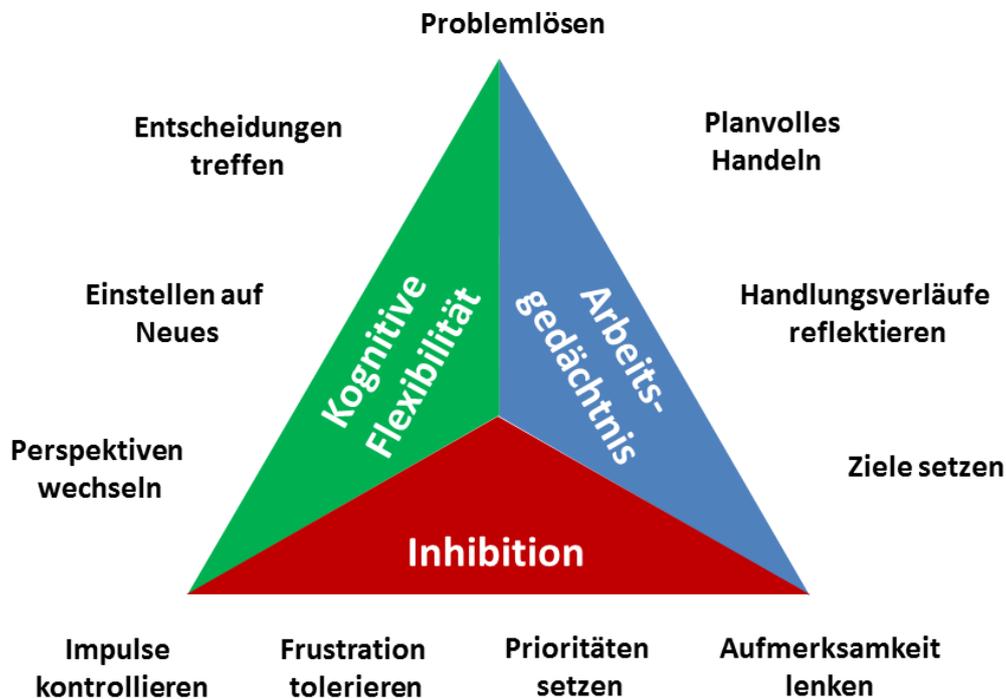


Abbildung 26: Exekutives System (initiativpark o.A.).

Zu beachten ist, dass sich exekutive Funktionen individuell unterschiedlich entwickeln, wobei die einzelnen Funktionen ungefähr am Ende des Grundschulalters ausgebildet sind, sich aber dennoch weiterentwickeln. Vor allem entwickelt sich das Zusammenspiel als Einheit noch weiter aus, wodurch die erfolgreiche Verhaltenssteuerung und Emotionsregulation in neuen und herausfordernden Situationen erst im frühen Erwachsenenalter möglich ist (vgl. Walk/Evers 2013: 22). Dass die Entwicklung der exekutiven Funktionen bei FASD jedoch eingeschränkt ist oder auch nicht vollständig ausgebildet werden kann bedeutet, dass Menschen mit diesem Syndrom oft nicht situationsgemäß handeln. Auch beschreiben Spohr und Steinhausen, sowie Streissgut in Fröhlich, dass sich der Großteil der betroffenen FASD-Erkrankten als nicht selbstständig lebensfähig erweist (vgl. Streissgut zit. in Fröhlich 2015: 7). Somit handelt es sich meist um irreversible zentralnervöse Schädigungen, welche oft einhergehen mit Einschränkungen der Exekutivfunktionen. Die EF verhalten sich in der Förderung wie eine Art Muskel, welcher nach einer Phase von Anstrengung auch Phasen der Erholung und Entspannung benötigt (vgl. Lepke/Michalowsk 2019:82). Jeder Mensch entscheidet hierbei selbst, welche Situation für ihn eine Herausforderung darstellt.

Darüber hinaus wird an dieser Stelle geklärt, welche Beratung durch die Fallmanager geleistet werden muss, um den Kunden auf seinem Niveau abzuholen und ihn gleichzeitig

ressourcenorientiert zu fördern. Gleichzeitig stellt sich die Frage, welche Arbeitgeber mit solch einem Krankheitsbild umgehen könnten.

12 Grundhaltung der Beratung mit FASD-Erkrankten

Als Beratung in der Arbeitsvermittlung wird von der Deutschen Gesellschaft für Beratung die Wichtigkeit einer kooperativen Bearbeitung und Klärung von Aufgaben, Problemen und Konflikten, betont (vgl. Sann/Unger/Martin et. al. o.A.: 284). Im Kontext des SGB II wird die Aufgabe von Beratung insbesondere in der „[...] Erteilung von Auskunft und Rat zu Selbsthilfeobliegenheiten und Mitwirkungspflichten, zur Berechnung der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und zur Auswahl der Leistungen im Rahmen des Eingliederungsprozesses [...]“ gesehen (§ 14 Abs. 2 S. 2, 3 SGB II) (ebd.). Allerdings muss eine gemeinsame Anstrengung von Kunden und Fallmanagern vorliegen, um nachhaltig die gesetzten Ziele erreichen zu können (vgl. a.a.O.: 285).

„Forschungsbefunde zeigen, dass individuellere und intensivere Beratungsprozesse zu einer kürzeren Arbeitslosigkeit führen“ (u.a. Bruckmeier et al. 2020; Kupka et al. 2017; Hainmueller et al. 2016; Krug & Stephan 2016 zit. in Sann et al. o.A.: 285). Zudem unterstützt eine höhere Kontaktdichte die professionelle Arbeitsbeziehung und in der Folge einen effizienteren Absprache- und Integrationsprozess (vgl. Egenolf/ Fertig/Puxi et al. 2014: 285).

Ein Beratungssetting im Jobcenter zwischen Kunde und Fallmanager verläuft so, dass der Kunde zunächst postalisch zum Gespräch eingeladen wird, nachdem er selbst einen Antrag gestellt hat. Im Beratungssetting sitzt meist der Kunde dem Fallmanager an einem Tisch gegenüber, um aktuell zutreffende Punkte für den Kunden zu besprechen. Oftmals fließen hier Nach- und Fernziele mit ein, Entwicklungen des Kunden, neue Aufgaben, eventuelle Minderungen, Maßnahmeteilnahmen und vieles mehr. Zum Ende hin wird eine Eingliederungsvereinbarung (EGV) abgeschlossen, in welcher die nächsten Schritte sowie Maßnahmen festgehalten werden. Auch wird die Mitwirkungspflicht sowie die Möglichkeiten eine Leistungsminde- rung besprochen.

Grundsätzlich ist es so, dass die Fallmanager beim Erstgespräch nicht wissen, welcher Typ Mensch zu ihnen kommt. Es gibt zwar einen „Aufnahmebogen“, welcher von den Leistungsempfängern zu Beginn ausgefüllt und an die Fallmanager geleitet wird, jedoch ist dieser meist unvollständig und gibt noch keine Auskünfte über die Persönlichkeit des Leistungsempfängers. Krankheiten werden darin meist nur oberflächlich beschrieben, wobei auch hier den FASD-Betroffenen ihr Krankheitsbild oftmals nicht bekannt ist, dieses somit auch nicht angegeben werden kann. Im Setting des Bezugs von SGBII-Leistungen handelt es sich meist um ein Gespräch zwischen Gegnern, bei welchem beide Seiten meist etwas Unterschiedliches wollen.

Anders ausgedrückt spricht man von Beratung im Zwangskontext. So gilt es zu beachten, dass der Leistungsbezieher sich im Gespräch nicht in einer gewohnten Umgebung befindet, der Beratende hingegen schon. Beim Kunden kann dies Gefühle von Angst, Schmerz oder Verunsicherung hervorrufen, wodurch die Menschen anders handeln könnten als gewohnt. Klaus Dörner, Ursula Plog, Christine Teller und Frank Wendt, beschreiben dies in ihrer Ausführung „Irren ist menschlich“ sehr anschaulich (vgl. Dörner/Plog/Teller et. al. 2002: 202). Sie erklären, dass die professionell Tätigen so zu handeln haben, dass der Betroffene und auch seine Angehörigen wieder genug Selbstvertrauen finden, sich der Angst von innen zu nähern, um das zu Grunde liegende Lebensproblem zu verstehen und zu lösen (vgl. ebd.). Die professionelle Grundhaltung ist die Grundlage für jede Hilfs- und Veränderungssituation (vgl. ebd.). Übertragen auf den Bezug der Leistungen muss verstanden werden, dass hier mit Hilfebedürftigen gehandelt wird, welche in jedem Fall eine Veränderung in ihrem Leben erfahren werden. Auch wurde bereits erläutert, dass gerade FASD-Erkrankte in unbekanntem Situationen stark verunsichert sind und dadurch auch gegebenenfalls unangemessen reagieren. Die Grundhaltung der Gesprächsführung eines Fallmanagers ist somit ausschlaggebend für den gesamten Vermittlungsverlauf – auch wenn noch keine Diagnose auf FASD gestellt wurde. Die Bedeutung der Gesprächs- und Kunden-Beziehung spielt im Zusammenhang mit (möglichen) FASD-Betroffenen eine große Rolle, auf welche daher ein Stück näher eingegangen wird:

Beziehungsebene:

1942 wurde von Rodgers folgende grundlegende Hypothese formuliert: „Wirksame Beratung besteht aus einer eindeutigen strukturierten, gewährenden Beziehung, die es dem Klienten ermöglicht, zu einem Verständnis seiner selbst in einem Ausmaß zu gelangen, das ihn befähigt, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen“ (Weinberger 1969: 30). In Bezug auf die FASD-Erkrankung bedeutet dies, dem Kunden Ressourcen und Grenzen seiner Fähigkeiten darzulegen, wodurch er ein realistisches Bild seiner Selbst erhält. Dies muss in der Arbeit mit FASD-Erkrankten immer wieder passieren, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass diese Informationen aufgrund gestörter EF im Langzeitgedächtnis verloren gehen. Der Berater sollte somit die Grundhaltung vertreten, dass der Kunde grundsätzlich die Fähigkeit in sich trägt, sich in konstruktiver Weise zu entwickeln (Selbstaktualisierungstendenz) (vgl. ebd.). Nach Rodgers geht es in der klientenzentrierten Psychotherapie darum, Bedingungen herzustellen, die dieses Entwicklungspotential aktivieren. „Dies geschieht, indem in der psychotherapeutischen Situation zu dem Klienten eine Beziehung hergestellt wird, die durch die Verwirklichung der von Rodgers formulierten Therapeutenmerkmale gekennzeichnet ist“ (a.a.O.: 30f.):

1. Echtheit oder Kongruenz: dem Klienten wird als Person gegenübergetreten, welche offen ist für ihr eigenes Erleben und welche sich nicht hinter einer Rolle versteckt
2. Positive Wertschätzung: Der Klient wird als Person geachtet und uneingeschränkt akzeptiert
3. Einführendes Verstehen: Der Klient wird versucht von seinem Bezugspunkt aus zu verstehen, d.h. so wie er die Dinge sieht und auch wahrnimmt

(vgl. a.a.O.: 31). Ungeachtet dieser Tatsache wird klargestellt, dass eine Beratung im Jobcenter nicht mit einem Therapiesetting gleichzusetzen ist. Jedoch sollten die aufgezählten Beratungsansätze als grundlegend verstanden werden, um eine Beziehungsebene mit dem Kunden einzugehen. So beschreiben auch Kölln und Pallasch die drei Oberpunkte: Kongruenz, Akzeptanz und Empathie als Grundvoraussetzung für ein Klima, welches es dem Kunden ermöglicht sein Selbstkonzept zu ändern (vgl. Kölln/Pallasch 2011:34). Unklar ist, ob eine an FASD erkrankte Person ihr Selbstkonzept ändern kann. Sicher ist jedoch, dass sie sich durch die drei Oberpunkte sicherer fühlen kann und durch Regelmäßigkeit stärker Vertrauen in den Berater fasst.

In diesem Zusammenhang wird der Begriff klientenzentrierter Gesprächsführung ebenso von Rodgers geprägt, welcher den Ansatz wie folgt beschrieb: „Er zielt direkt auf die größere Unabhängigkeit und Integration des Individuums ab, statt zu hoffen, dass sich diese Resultate ergeben, wenn der Berater bei der Lösung des Problems hilft. Das Individuum steht im Mittelpunkt der Betrachtung und nicht das Problem. Das Ziel ist es nicht, ein bestimmtes Problem zu lösen, sondern dem Individuum zu helfen, sich zu entwickeln, sodass es mit dem gegenwärtigen Problem und mit späteren Problemen auf bessere integrierte Weite fertig wird“ (Weinberger 1969: 32). In diesem Zusammenhang wird erklärt, dass die Person und ihr Veränderungspotential in den Fokus der Beratung gerichtet werden müssen (vgl. ebd.). Besonders in Zusammenarbeit mit FASD-Erkrankten scheint dieser Punkt von großer Notwendigkeit, da dem Kunden nahegelegt werden sollte, wo seine Ressourcen und somit sein Veränderungspotential liegt. Ohne ein Aufdecken der Ressourcen kann kein optimaler Arbeitgeber für die erkrankte Person gefunden werden. Das Problem bei FASD-Erkrankten wird immer die Erkrankung sein. Eine Änderung kann nicht minimal hervorgerufen werden, wodurch es umso wichtiger ist, sich auf die Person und nicht auf das Problem zu beziehen. Es kann dazu kommen, dass keine Diagnose gestellt werden kann. Vielleicht weil der Kunde dies nicht möchte, oder aus anderen Gründen. Dennoch muss an dieser Stelle mit ihm weitergearbeitet werden. Um die klientenzentrierte Gesprächsführung zu verstehen, ist von Bedeutung, dass nicht nur auf die innere Erlebniswelt der Klienten eingegangen wird, sondern ebenso die Handlungsebene und das konkrete soziale Umfeld in das Erleben und Verhalten der Klienten eingebettet

werden (vgl. a.a.O.: 34). Die Einbettung bezieht sich in diesem Zusammenhang besonders auf das Finden eines passgenauen Arbeitgebers.

Eine Auslebung der von Rodger sowie Kölln und Pallasch erklärten Begriffe der Kongruenz, Akzeptanz und Empathie ist in der Arbeit mit (möglichen) FASD-Erkrankten notwendig, um eine grundsätzliche Beziehungsebene in der Beratung herstellen zu können.

Einen großen Anteil an einem gelingendem Beratungsgespräch nimmt daher die Haltung des professionellen Beraters ein. Unter dem Begriff „Haltung“, wird in der Sozialen Arbeit die Einstellung (psychologisch) oder Gesinnungen (ethisch) verstanden, welche von Fachkräften der Sozialen Arbeit verlangt werden, da diese zu sozialer Gerechtigkeit und Sicherheit beitragen, prosoziales Handeln, Empathie und Engagement für Klienten ausdrücken (vgl. Widulle 2020: 47).

Genauer beschreibt die „**Echtheit/ Kongruenz**“, laut Rodgers eine notwendige Bedingung für eine konstruktive Änderung. Sie gilt als grundlegendste Bedingung (vgl. Weinberger 1969: 39). Kongruenz bedeutet, dass der Berater seine Gefühle und Erfahrungen durch sein Sein und sein Erleben in die Beziehung zum Klienten mit einbringen kann. Der Berater ist er selbst und verleugnet sich nicht (vgl. a.a.O.: 39f.) Durch das kongruente Verhalten des Beraters, gelingt es dem FASD-Erkrankten rückschließend leichter, sich selbst zu akzeptieren und vor allem seine Gefühle und Gedanken zu äußern, da er dies im Gespräch vorgelebt bekommt. Er erfährt dadurch vollkommene Akzeptanz seiner selbst und seine eventuelle Verunsicherung kann ihm dadurch genommen werden. Klare Aussagen und Gefühlsäußerungen verhindern, dass die Wahrnehmung der Personen gegenüber getrübt werden können. Dies vermittelt Sicherheit. Eine Hypothese Rodgers dazu: „[...]“, dass die Möglichkeit für eine Veränderung innerhalb der Persönlichkeit des Klienten umso eher besteht, je echter der Sozialarbeiter in der Beziehung ist und je stärker er mit sich selbst übereinstimmt“ (Nagele 2010: 32). Beachtet werden muss an dieser Stelle, dass trotz Echtheit des Beraters immer ein präziser Gesprächsstrang und Gefühle in dosierter Form an den erkrankten Kunden gegeben werden sollten, um diesen in seiner Wahrnehmung nicht zu überfordern. Hilfreich dabei ist auch vorher anzusprechen, was der Berater von sich preisgibt. Bspw.: „Ich erkläre Ihnen gerne, wie ich mich in einer solchen Situation fühlen würde/ gefühlt habe“.

Positive Wertschätzung:

Dies bezeichnet die Fähigkeit des Beraters dem Klienten grundsätzlich positiv gegenüberzutreten und ihn in seinem „So-Sein“ ohne jegliche Vorbedingungen anzunehmen (vgl. Kölln/Pallasch 2011:35). Ausdrücklich bedeutet dies jedoch nicht, dass alle Gedanken, Gefühle und

Handlungen des Klienten gutgeheißen werden müssen. Der Klient muss aber geachtet werden, wodurch ihm vorurteilsfrei begegnet werden kann.

Diese Einstellung kann als besonders notwendig für die Arbeit mit FASD betrachtet werden. So beschreiben auch Dörner, Plog, Teller und Wendt, dass sich die Berater offen und empfänglich machen müssen, wodurch es gelingt dem Gegenüber besser zu verstehen (vgl. Dörner/Plog/Teller/Wendt 2002:18). Wie bereits beschrieben muss sich vor einem Blick durch die sog. „rosarote Brille“ in Bezug auf das Thema FASD geschützt werden, da das Krankheitsbild sehr komplex ist und es nicht beschönigt werden darf. „Die Akzeptanz biologisch bedingter Defizite bei FASD-Betroffenen, allerdings im Sinne einer Spektrum-Störung in individuell sehr unterschiedlicher Ausprägung, ist schon deshalb wichtig, um Helfer und FASD-Betroffene vor frustrierenden unrealistischen Zielen zu schützen“ (Lepke/Michalowski 2019:128). Vielmehr sollten aber die von der Norm abweichenden Eigenschaften der betroffenen Personen akzeptiert werden und die positiven Ressourcen und Eigenschaften Förderung erhalten. Aus diesem Grund ist die Öffentlichkeit in Bezug auf das Thema FASD von sehr großer Bedeutung. Einen Menschen „so sein“ zu lassen und zu akzeptieren, wie er ist, ihn nicht verändern zu wollen, sondern mit ihm gemeinsam gute Möglichkeiten entwickeln, um den Alltag zu bewältigen, müsste vielmehr eine Aufgabe der gesamten Gesellschaft werden. Den Betroffenen darf in keinem Fall direkt pure Boshaftigkeit in ihrem Verhalten unterstellt werden. Vielmehr können die Betroffenen sich aufgrund ihrer gestörten EF nicht kontrollieren. Dies zu akzeptieren, muss Grundvoraussetzung für die Beratung einer betroffenen Person sein, aber auch für die Gesellschaft allgemein. An dieser Stelle wird nochmals benannt, dass umfangreiche Belehrungen aufgrund eines Fehlverhaltens nicht zum Ziel führen, da viele Informationen nicht gespeichert werden können. Besser ist es daher, dosiert vorzugehen, in kurzen Sätzen das Anliegen zu vermitteln. Nicht nur die Berater, sondern alle Menschen müssten sich daher die Frage stellen, ob hinter geringer Empathiefähigkeit oder distanzlosem Verhalten sowie Impulsausbrüchen, immer böswilliges Verhalten steckt.

Empathie (einfühlerndes Verstehen):

Hier sollte sich der Berater bemühen, in die Erlebnisse und Gefühle des Klienten präzise und sensibel einzufühlen und diese zu erfassen, indem er die „Brille des Klienten“ aufsetzt (vgl. Kölln/Pallasch 2011: 35). Dem Gegenüber sollte ein Gefühl des Verständnisses vermittelt werden, wodurch sich der Berater in das Bewusstseinsniveau des Betroffenen hineinversetzen könnte (vgl. ebd.). Auch die nonverbale Symbolisierung der Gefühle spielt hierbei eine große Rolle, genauso wie das Behalten einer kritischen Distanz. In Bezug auf FASD ist nicht bekannt, inwieweit der FASD-Erkrankte Gefühle nachempfinden kann. Daher kann eine Verbalisierung dieser helfen, sie greifbar und verständlich zu machen.

Schlussfolgernd sollten diese drei Therapeutenmerkmale guter Gesprächsführung grundsätzlich in der Beratung beachtet werden. Es muss jedoch zunächst zu einer Beratungssituation kommen. Die Gefahr, dass ein FASD-Erkrankter erst gar nicht zum Termin im Jobcenter erscheint, ist aufgrund eingeschränkter Exekutivfunktionen sehr groß. Folgendes gilt es hier zu beachten:

Ersttermin:

Sollte ein Kunde zu seinem Ersttermin nicht erscheinen, erhält er eine zweite Einladung. Hier sollten bereits Datum, Uhrzeit und Ort des Gesprächs eine Markierung haben, sodass dies nicht übersehen werden kann. Allgemein sollte die Einladung in einfacher Sprache geschrieben sein, möglichst nur das Wichtigste. Hierdurch wird eine Überforderung der Exekutivfunktion „Organisation“, vermieden. Sollte eine Telefonnummer des Kunden vorliegen, sollte nach dem versäumten Termin telefonisch Kontakt aufgenommen werden und im ruhigen Ton, wertschätzend nach dem Grund gefragt werden. Hier sollte ebenfalls nach der Verständlichkeit des Briefes gefragt werden und ob es eventuell der Person hilft, wenn einen Tag vorher oder am selben Tag an den Termin erinnert wird. Auch können Hilfestellungen gegeben werden wie, dass der Termin mit Erinnerung ins Handy eingespeichert werden sollte. Am besten während des Telefonates, da auch hier wieder die Gefahr besteht, dass der Betroffene die Anweisung nach kurzer Zeit vergisst. Ebenfalls sollte gefragt werden, ob die Person Unterstützung bekommt und dass sie gerne eine weitere Person zum Gespräch mitbringen darf. Ein derartiges Vorgespräch ohne Vorwürfe aufgrund des ersten versäumten Termins, schafft gleich eine andere Beziehungsebene und der Kunde geht entspannter in den Termin. Dem möglichen Erkrankten wird Stress genommen und eine Beziehungsebene aufgebaut. Dem Kunden sollte der genaue Ablauf nahegebracht werden: Das bedeutet, er kommt im Jobcenter an, muss sich an einer bestimmten Stelle melden und an einem bestimmten Platz warten. Der Kunde braucht eine möglichst detaillierte Beschreibung der Situationen in einem möglichst geringen Abstand vor dem Termin.

Naheliegender ist nun eine nähere methodische Antwort auf die beraterische Herausforderung mit FASD-Erkrankten. Wie können Fallmanager in der Beratung die Einschränkungen der Erkrankten kompensieren, minimieren oder zumindest relativieren. Eine Antwort darauf ist das adäquate Beraterverhalten im Gespräch selbst.

12.1 Kompensatorische Beratungskompetenzen

Während des Beratungsgesprächs sollten folgende Gesprächsfertigkeiten neben der Beraterischen Grundhaltung von Empathie, Wertschätzung und Kongruenz, beachtet werden:

Festzuhalten ist, dass in der professionellen Beratung immer eine klare Rollenverteilung von ratsuchender und zu beratender Person vorliegt (vgl. Widulle 2020: 23). Insbesondere lässt sich aus den Defiziten bei Menschen mit einer FASD-Erkrankung schließen, dass diese Klarheit dem Betroffenen hilft, seine eigene Rolle im Gespräch zu finden und sich auf seine Person im Gespräch zu konzentrieren.

Das gesamte Beratungsgespräch sollte möglichst einfach gehalten werden, damit die Person nicht zu viele Dinge filtern muss. Das Arbeitsgedächtnis betroffener Personen kann meist nur klare Strukturen filtern. Hierzu sollten zunächst visuelle und akustische Ablenkungen möglichst reduziert werden. Dies meint, dass das Büro möglichst einfach gestaltet werden sollte oder zumindest der Beratungstisch frei von anderen Dingen ist.

Der Fallmanager sollte die Struktur des Gesprächs vorgeben und diese möglichst in jedem Gespräch beibehalten. Hierdurch wird das Arbeitsgedächtnis des Kunden entlastet. Nach Lepke und Michalowski hilft ein immer wiederkehrender Ablauf dem Kunden, die Chance zu ergreifen die eigenen Vorstellungen mit einzubringen (vgl. Lepke/Michalowsk 2019:83). Als Beispiel sollte dem Kunden bei Eintritt in den Raum der Platz angeboten werden. Klare Aussagen vermeiden Stress und damit mögliche einhergehende Impulsausbrüche. Zu Beginn sollte erklärt werden, worum es in dem Gespräch geht. Hilfreich kann ein grober schriftlicher Ablaufplan sein, um dem Kunden zu verdeutlichen, an welcher Stelle im Gespräch man sich befindet. Von Vorteil erweisen sich Bildkarten zur Unterstützung im Gespräch, auf welchen die Struktur vorgegeben ist.

Falls sich herausstellt, dass der Kunde im Gespräch nicht mehr aufnahmefähig ist, abschweift oder dem Gespräch in anderer Form keine Aufmerksamkeit mehr schenken kann, sollte der Kunde mit Namen angesprochen werden und Blickkontakt aufgenommen werden (vgl. Thomsen/ Michalowski/ Landeck/ Lepke 2018: 28). Dies kann durch die gestörten EF hervorgerufen werden oder auch durch einen gestörten Tag- und Nachtrhythmus. Der Kunde kann an dieser Stelle offen angesprochen werden. Zu beachten ist auch hier die wertschätzende Grundhaltung ohne Vorwürfe. Durch das Kennen des Tag- und Nachtrhythmus' des Kunden, können mögliche Rückschlüsse auf eine mögliche Arbeitsstelle geschlossen werden oder es kann ganz klar der Rhythmus trainiert werden, was als Ziel vereinbart werden kann. Jedoch gilt auch bei einem Training hierfür das Beschreiben der Aufgabe des Kunden in möglichst kleinen, niederschweligen Schritten. An dieser Stelle könnte ein Stundenplan für den Tagesablauf hilfreich sein. „Vermeiden Sie lange Sätze. Sprechen Sie gut artikuliert“ (ebd.). Genauso ist ein gut formuliertes Anliegen sehr förderlich. Bildhafte Sprache und Ironie sollten unbedingt vermieden werden, um Missverständnissen vorzubeugen. Als Auswirkung von eingeschränkter Flexibilität sind Perspektivwechsel nur erschwert möglich und der Kunde kann eventuell

keinen unterschiedlichen Gedankenwegen folgen. Unterstützung kann hier je nach Ausprägung der FASD-Erkrankung das Aufschreiben von verschiedenen Möglichkeiten sein. Abschließend sollte der Kunde sich für eine entscheiden. Die Antwort sollte gemeinsam hinterfragt und reflektiert werden, um herauszufinden, ob der Kunde wirklich hinter dieser steht oder nur aus Reflex oder spontan geantwortet hat. Eine Schwierigkeit im Kommunikationsprozess kann daher darin bestehen, dass nur der Fallmanager sich in den Kunden hineinversetzen kann, umgekehrt jedoch nicht. Kunden mit FASD können möglicherweise im Kommunikationsprozess nicht auf bestehende und immer wieder neu anzupassende „Bedeutungsvorräte“ aus der Erfahrungswelt zurückgreifen oder dies nur erschwert tun, wodurch der Kommunikationsprozess erschwert wird (vgl. Widulle 2020: 19).

Da Termine nur schwer verlässlich zu vereinbaren sind und der Kunde seine nächsten Aufgaben häufig schnell vergisst, sollten diese nicht nur in die Eingliederungsvereinbarung geschrieben werden. Da in dieser sehr viele Informationen stehen, sollte der Kunde einen separaten Zettel mit seinen Aufgaben erhalten – der Einfachheit halber möglichst in Stichpunkten formuliert. Am besten wäre ebenso, noch während des Beratungsgesprächs eine Erinnerung im Handy einzutragen.

Minderungen

Ein anderes Thema im Zusammenhang mit dem Bezug von SGBII-Leistungen ist das Thema der Minderungen, auch Sanktionen genannt. Wenn ein Kunde eine Maßnahme nicht besucht, wiederholt nicht zum Termin kommt oder anderen Aufgaben nicht nachkommt, zu welchen er verpflichtet ist, können seine Leistungen gemindert werden. Dies bedeutet, dass seine Leistungen um einen bestimmten Geldbetrag gekürzt werden. Die Gefahr, dass ein FASD-Erkrankter gemindert wird, ist aufgrund mangelnder Exekutivfunktionen, erhöht. Die Kunden verpassen häufiger Termine, halten sich nur schwer an Regeln und vergessen viele ihrer Aufgaben. In Bezug auf dieses Thema beschrieben auch Lepke und Michalowski das Machtverhältnis, welches einerseits zu einer Kluft zum Kunden führen kann, aber auch zu Strafen und weiteren Eskalationen (vgl. Lepke/Michalowski 2019:140). FASD-Erkrankte brauchen in erster Linie Verständnis. In keinem Fall darf bei Verstoß gegen eine Vereinbarung mit Machtdruck gearbeitet werden. Eine Minderung sollte letztes Mittel sein und gut abgewogen werden. An dieser Stelle sollten Kompromisse mit dem Erkrankten getroffen werden. Auch wenn keine Diagnose vorliegt, aber klare Einschränkungen erkannt werden können, so sollte nach bestem Gewissen über eine Minderung entschieden werden.

Impulsausbrüche:

Wie bereits beschrieben, kann es aufgrund der eingeschränkten EF bei FASD-Erkrankten zu Impulsausbrüchen kommen. Von großer Notwendigkeit ist es demnach zu wissen, wie sich in krisenhaften- oder konfliktbehafteten Situationen zu verhalten gilt. Eine Krise kann als „[...] dramatische, von Zuversicht und Bedrohungsgefühlen gleichermaßen begleitete Spitzen bei Konfliktverläufen“ (Englbrecht/Storath 2005:14). Weiter beschreibt Simmich et. al. in D'Amelio eine Krise als zeitlich befristetes Ereignis, welches aus einer akuten Überforderung eines gewohnten Verhaltens- und Bewältigungssystems durch belastende äußere oder innere Auslöser resultiert (vgl. Simmich et al. 1999 zit. in D'Amelio 2010: 2). Vorgelegte Definitionen beziehen sich auf gesunde Personen. Eine an FASD erkrankte Person ist mit diesen demnach nicht gleichzusetzen. Resultierend lässt sich aus den erlangten Vorkenntnissen schließen, dass diese Personen eine Krise noch mehr bzw. extremer wahrnehmen, da sie aufgrund der neuropsychologischen Einschränkungen eine andere Wahrnehmung haben und Informationen nicht gut gefiltert im Gehirn aufnehmen können, wodurch wiederum das Stressniveau erhöht wird. Je nach Ausmaß der Schädigung durch Alkohol könnte es jedoch auch sein, dass der Betroffene eine Krise gar nicht wahrnimmt, da diese nicht als solche aufgefasst wird. Hieran wird das unterschiedliche Ausmaß der FASD-Schädigung deutlich. Die Frage ist hier, wie mit solchen Krisen im Beratungsgespräch umgegangen werden sollte:

Diesbezüglich ergibt sich eine weitere Grundhaltung aus der Kommunikationspsychologie, welche durch Schulz von Thun geprägt wurde (vgl. Widuelle 2020: 50). Er erklärt, dass das „Miteinander reden“ zur Grundhaltung von Kommunikation gehört, besonders in Situationen in denen das Gespräch abzureißen droht: „In Konflikt- und Krisensituationen, bei Kritik und Konfrontationen, in Situationen der Unfreiwilligkeit von Gesprächspartnern oder bei schlechten Nachrichten das direkte Gespräch zu suchen und den Gesprächsfaden zu halten“ (ebd.). In Bezug auf die FASD-Erkrankung muss damit gerechnet werden, dass der Kunde in konflikthaften Situationen eventuell den Auslöser nicht mehr nachvollziehen kann und sich daher auch nicht regulieren kann. Hier liegt es insbesondere in der Verantwortung des Fallmanagers, die Person zurück auf das eigentliche Gespräch zu führen. Hierzu gehört es demnach, den roten Faden beizubehalten sowie klare, kurze und präzise Aussagen zu tätigen, damit der Kunde sich nicht noch mehr in seinen Impulsen verliert. Hier muss immer bedacht werden, dass FASD-Betroffene oft verzweifeln, da sie Wahrnehmungsprobleme haben, der Frontallappen beschädigt ist, wodurch Impulse und Urteilsvermögen eingeschränkt sind, eben die Inhibition der EF, gemindert ist. Besonders in krisenhaften Situationen im Gespräch muss sich daran erinnert werden, dass der Corpus Callosum beschädigt ist, der Informationen von der linken zur rechten Hirnhälfte weiterleitet und umgekehrt. Gefühle und Impulse werden dementsprechend nicht zeitnah richtig vermittelt.

Sollte ein Kunde im Gespräch Impulsausbrüche haben, welche er nur schwer steuern kann, verurteilen Sie ihn nicht direkt. Geben sie ihm je nach Art des Impulsausbruchs, ein klares Feedback: „Ihr Verhalten war nicht angemessen. Wir werden an dieser Stelle mit dem regulären Gespräch fortfahren“.

Aufgeführte Erläuterungen der exekutiven Funktionen und deren Bedeutung für die Beratung im Jobcenterbereich, sowie die Kennungsmerkmale von FASD-Erkrankten, geben Aufschlüsse über die Vielfältigkeit des Syndroms. Ein Fallmanager kann bei Vermutung auf FASD versuchen, wie beschrieben auf Beratungsprozesse zu reagieren. Schlussfolgernd stellt sich die weitergehende Frage, wie ein Fallmanager mit dem Verdacht auf FASD umzugehen hat. Diesem wird im nächsten Kapitel Einblick geboten.

13 Möglichkeiten der Diagnostik

Eine Diagnosestellung steht einem Fallmanager des Jobcenters nicht zu. Dieser kann dem Kunden jedoch Wege zur Diagnosestellung bereiten. Diesbezüglich wurde bereits unter Punkt 10.0 erläutert, dass im Falle einer Diagnose die Reha-Beratung hinzuzuziehen ist. Wie gelingt jedoch eine Diagnosestellung?

Oft werden in Jobcentren sog. Eignungsfeststellungen als Maßnahme angeboten. Dabei handelt es sich um eine psychologische Einschätzung in Bezug auf Ausbildungs- oder Arbeitsfähigkeit. In diesem Zusammenhang kann der Fallmanager verschiedene Fragen an die Maßnahmenleitung stellen, welche dann nach einem Gespräch mit dem Kunden in einer schriftlichen Auswertung beantwortet werden. Ein Hinweis auf eine mögliche FASD-Erkrankung könnte in der Fragestellung des FM gegeben werden, worüber er eine Antwort bekommt. Meist kann die psychologische Fachkraft jedoch auch nur Hinweise oder Tendenzen in die Richtung geben. Wird eine positive Tendenz gegeben, so sollte dies im Gespräch mit dem Kunden besprochen werden. Möglichst sachlich, ohne zu viel auf seine Herkunft einzugehen. Es sollte erläutert werden, dass sich viele neue Möglichkeiten ergeben und eine Erhöhung der Vermittlungschancen auf einen auf den Kunden zutreffenden Arbeitsbereich, wenn eine Abklärung auf FASD vollzogen wurde. Nach Abklärung würde der Kunde höchstwahrscheinlich ins SGB XII¹⁰ fallen, wodurch andere Fördermöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Es muss gut abgewogen werden, ob eine Diagnostik notwendig ist. Erlangt der Kunde hierdurch Vor- oder Nachteile?

¹⁰ Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe

Bezüglich einer Diagnose des Fetalen Alkoholsyndroms sollten folgende vier Kriterien zutreffen, welcher ein Fallmanager allerdings nur bedingt nachvollziehen kann:

1. Wachstumsauffälligkeiten
2. Faciale Auffälligkeiten
3. ZNS-Auffälligkeiten
4. Bestätigte oder nicht bestätigte Intrauterine Alkohol-Exposition

(vgl. Landgraf/Heinen 2017: o.A.). Landgraf und Heinen beschreiben, dass bei Kontakt zum Gesundheits- und Hilfesystem, wenn ein Kind Auffälligkeiten in einer der vier diagnostischen Säulen zeigt, die drei anderen diagnostischen Säulen beurteilt oder ihre Beurteilung veranlasst werden sollte (vgl. ebd.). Folgende Abbildung zeigt mögliche Abklärungswege bzgl. FASD:

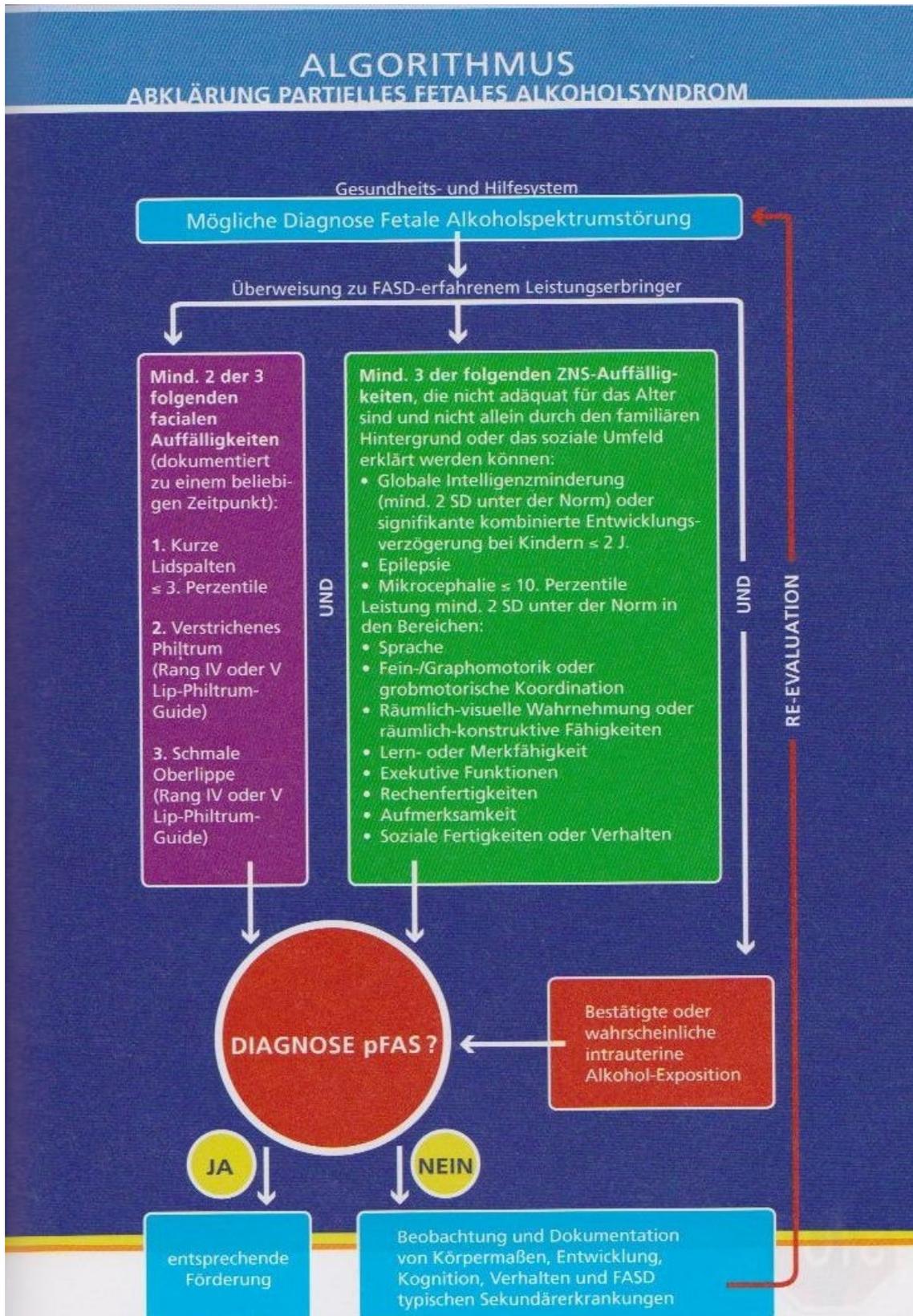


Abbildung 27: Diagnostische Säulen (vgl. Landgraf/Heinen 2017: o.A.).

Eine erste Leitlinie für das Vollbild FAS wurde 2012 erstellt, nachdem dann in einem zweiten Schritt die anderen Fetalen Alkoholspektrumstörungen (pFAS, ARND und ARBD) ergänzt wurden (vgl. a.a.O.: 11).

Bei einer möglichen Diagnose sollte in jedem Fall ein FASD-erfahrener Leistungserbringer hinzugezogen werden. Auch hierbei benötigt der Betroffene Hilfestellung, welche der FM bieten kann (vgl. a.a.O.: 38). Der FM sollte Kontakt zu dementsprechendem Leistungserbringer aufnehmen, einen Termin ausmachen und diesen dem FASD-Erkrankten mitteilen.

14 Die Bedeutung für die soziale Arbeit

Bei näherer Betrachtung des Themas FASD in Bezug zur Arbeit im Jobcenter fällt auf, dass an dieser Stelle möglicherweise Verwaltungsfachangestellte anstatt Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter mit dem Thema umgehen. Grundsätzlich kann nicht bestimmt werden, welcher Personenkreis im Rahmen des Jobcenters von größerer Bedeutung ist. Die Bedeutung des Themas FASD ist jedoch in jedem Fall relevant für die Profession der Sozialen Arbeit. Die IFSW (International Federation of Social Workers) hat an dieser Stelle eine internationale Definition von Sozialer Arbeit im Jahr 2014 gebildet, welche eine gemeinsame Grundlage der Disziplin und Profession weltweit bildet (vgl. DBSH o.A.).

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte¹¹ Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung¹² von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt¹³ bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit¹⁴, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen¹⁵. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein¹⁶“(ebd.).

Die Soziale Arbeit als Profession begriffen sollte dementsprechend Menschen mit FASD fördern, ihr eigenes Leben bewältigen zu können. Hierzu trägt jedoch jeder einzelne Mensch der Gesellschaft bei, wodurch die soziale Arbeit den Auftrag der Aufklärung über Krankheitsbilder mit sich bringt. Sie hat darauf zu achten, Minderheiten in den Mittelpunkt zu rücken, ihnen

¹¹ im deutschen Verständnis als handlungsorientierte Profession

¹² der in der Global Definition genannte Begriff liberation, der in der deutschen Sprache als „Befreiung“ übersetzt wird, wird in der deutschen Fassung im übertragenen Sinn als „Selbstbestimmung von Menschen“ nach Einigung mit dem Fachbereichstag übersetzt. Es gelten auch die in Fußnote 5 aufgezeigten historischen Kontexte.

¹³ Der Begriff der Vielfalt umfasst auch Heterogenität

¹⁴ Was auch empirisches Wissen beinhaltet

¹⁵ Das in der englischen Definition angeführte indigenous knowledge wird mit Verweis auf die vom IFSW verabschiedeten Kommentierung der Definition als international geltende Positionierung aus Gründen der Solidarität beibehalten etc. (dbsh o.A)

¹⁶ Ausdrücklich wird unter Verweis auf die Kommentierung die Legitimität und Begründung Sozialer Arbeit hervorgehoben, dass sie dort eingreift, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten etc. (dbsh. o.A.)

Aufmerksamkeit zu schenken und die Öffentlichkeit darauf aufmerksam zu machen. Diesem Auftrag wird durch diese Masterthesis nachgegangen und sollte auch im Nachhinein weiter ausgebaut werden. Auf Mikroebene sollte das Individuum mit FASD betrachtet werden. Die Mesoebene stellt in dieser Ausarbeitung der Jobcentermitarbeiter im Fokus, welcher über das Krankheitsbild aufgeklärt wurde oder weiter werden sollte, um hierdurch das Individuum besser zu verstehen und unterstützen zu können. Auf Metaebene betrachtet, sollte die Gesellschaft und Politik mehr noch auf das Thema aufmerksam gemacht werden, damit die Mikroebene mehr Verständnis erhält. Hierdurch würde eine Veränderung im Denken der Gesellschaft erreicht werden und FASD-Erkrankte könnten besser unterstützt werden, würden sich aber vor allem nicht mehr gesellschaftlichen Erniedrigungen durch Missverständnisse ausgesetzt fühlen.

15 Fazit und Handlungsempfehlung

Die Grundüberzeugung der Verfasserin, jeden Menschen so zu akzeptieren, wie er ist und alle Menschen zu seinen besten Möglichkeiten zu fördern, gab den Antrieb für das Verfassen dieser Thesis. Dieser Antrieb wurde durch den Schreibprozess verstärkt und konnte durch die Beschäftigung mit dem Krankheitsbild FASD weiter ausgebaut werden.

Das Ziel der Thesis war es über das Fetale Alkoholsyndrom aufzuklären und auf Grundlage der durchgeführten quantitativen Forschung einen Überblick über notwendige Beratungskompetenzen und Handlungsempfehlungen im Bereich des Fallmanagements im Jobcenter zu geben.

Mit Hilfe eines Überblicks über mögliche Auswirkungen und Merkmale des Krankheitsbildes konnte der Fokus auf die Menschen mit dieser Erkrankung gelingen. Auch ein Überblick über die verschiedenen Alkoholspektrumstörungen konnte einen tieferen Einblick in die Materie gewähren, wodurch die Notwendigkeit einer Bekanntheitserhebung in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg deutlich wurde.

Zunächst verhelfen jedoch verschiedene Sichtweisen und Modelle das Krankheitsbild aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und tragen zu einer ganzheitlichen Sicht auf das Krankheitsbild bei. Hierunter fällt die salutogenetische Sichtweise, wodurch Gesundheit und Krankheit als Kontinuum zu verstehen ist. Kein Mensch ist demnach immer vollständig gesund, wodurch FASD für die allgemeine Bevölkerung leichter zu greifen scheint. Die Aufnahme der Flussmetapher von Antonovsky dient hier als erleichternde Denkweise für Angehörige von Betroffenen. Die individuell unterschiedliche Ausprägung von FASD kann dadurch verdeutlicht werden, dass Resilienz und Kohärenzsinn eng zusammenhängen, aber nicht bekannt ist,

inwieweit FASD-Erkrankte befähigt sind, diese auszubauen. Wünschenswert wäre an dieser Stelle weitergehende Forschung in Bezug auf das Ausbauen der exekutiven Funktionen.

Gerade in Bezug auf die Beeinträchtigung der Exekutivfunktionen kann eine eigenständige Mobilisierung der Ressourcen nach heutigem Wissensstand fast ausgeschlossen werden, wodurch Angehörige oder das Helfersystem um die Person herum mehr in den Fokus der Betroffenen geraten. An dieser Stelle knüpft das biopsychosoziale Modell an, wodurch ein ganzheitliches Krankheitsverständnis geschaffen wird. Die Wechselwirkungen zwischen und innerhalb der Systemebenen bedürfen an dieser Stelle ebenfalls näherer Betrachtung durch tiefgreifende Forschung, um für den Betroffenen systemaufrechterhaltende Bedingungen bestimmen zu können.

Ein funktionierendes System um die betroffene Person herum, welches die positiven Ressourcen, Grenzen, Einschränkungen und die erkrankte Person als Menschen sieht und akzeptiert, ist somit für eine optimale Förderung unausweichlich.

Wie die Umgebung, also das System um die Person herum reagiert, hängt stark mit der Reaktion des FASD-Erkrankten zusammen, da immer wieder unterschiedliche exekutive Funktionen angesprochen werden können. Eine vollständige Antwort auf die Frage, welches System einer FASD-Erkrankten Person gut tut und welche exekutiven Funktionen ausbaufähig sind, kann somit durch die Individualität der Krankheit zum aktuellen Forschungsstand nicht gegeben werden. Einen Maßstab für das Handeln mit entsprechenden Personen kann es rückschließend nicht geben, da jede Person unterschiedlich auf verschiedene Situation reagiert, wovon im Übrigen bei jedem Menschen, egal ob gesund oder krank von ausgegangen werden sollte. Für FASD-Erkrankte sind jedoch ein konstantes Umfeld, sowie konstante regelmäßige Abläufe für die Personen besonders wichtig, um eine mögliche Einschätzung des Verhaltens zu erlangen.

FASD ist ein sehr facettenreiches Krankheitsbild, welches schwer zu erfassen ist. Dies kann auch ein Grund für die bisher nur geringe Forschung zum Thema sein. Durch das durchgeführte quantitative Handlungsforschungsprojekt mit der zentralen Fragestellung:

„Inwieweit ist den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms bekannt?“,

konnte eine Unbekanntheit in den sozialen Fachdiensten in der Stadt Arnsberg bewiesen werden. Schlussfolgernd ergibt sich hieraus der Handlungsbedarf auf welche mit der Spezifizierung auf die Fachdienstgruppe 3.7 reagiert wurde. Dies führte zur näheren Betrachtung des beschriebenen Themas mit dem Fokus auf das Fallmanagement im Jobcenter der Stadt Arnsberg. Aufgrund dessen wurde die Frage ausgearbeitet, welche *grundlegenden Kenntnisse*

über das Fetale Alkoholsyndrom die Fallmanager erlangen sollten, um das Krankheitsbild erkennen und hierdurch entsprechend beraten und begleiten zu können.

Nach der Betrachtung möglicher Defizite durch FASD und den betroffenen Exekutivfunktionen, wurden Gesprächsfertigkeiten und Handlungsempfehlungen für Fallmanager ausgesprochen und unter Berücksichtigung der FASD-erkrankten Personen und der eingeschränkten Exekutivfunktionen erläutert. Hierdurch wird ein Handlungsleitfaden vorgegeben, welcher den Fallmanagern Orientierung in der Beratung bietet.

Das Zusammenspiel der entsprechenden Kenntnisse über das Syndrom, einschließlich der eventuell auftretenden Verhaltensweisen von Betroffenen und dem angemessenen Einsatz der Gesprächsgrundhaltung, sowie den weiteren kompensatorischen Beratungskompetenzen, wodurch der Umgang mit entsprechenden Kunden, vertieft wird, bietet Möglichkeiten des richtigen Umgangs mit erkrankten Personen. Genau an dieser Stelle sollte zusammenfassend jedoch nie vergessen werden, dass das Krankheitsbild ein sensibles Vorgehen benötigt. Aus diesem Grund geben verschiedene Gesprächsmöglichkeiten Aufschluss über einen adäquaten Umgang in der Beratung von FASD-Erkrankten. Hierzu wird deutlich, dass Empathie, Wertschätzung und Kongruenz wichtige Bestandteile der Beratungskompetenzen sein müssen, um die betroffene Person gezielt begleiten zu können. Die Thesen bietet an dieser Stelle Orientierung und Mut für die Fallmanager. Ohne eine entsprechende Gesprächsstruktur, ohne zu wissen, wie mit Impulsausbrüchen umgegangen werden kann und wie wichtig Wertschätzung und Empathie sind, gelingt keine Beratung. Gerade vor diesem Hintergrund sollten Fortbildungen zum Thema ausgebaut werden, welche die Beratungskompetenzen der Fallmanager ansprechen und fördern.

An dieser Stelle wird die Notwendigkeit von Forschung in Bezug auf FASD deutlich. Durch diese können Wissenslücken aufgetan und entsprechend auf diese reagiert werden. So ist der entwickelte quantitative Fragebogen auf andere Städte übertragbar und es könnten sich deutschlandweit Daten über die Bekanntheit des Krankheitsbildes gewinnen lassen. Der Teilnehmerkreis an der Befragung kann somit erweitert werden, wodurch sich ein größerer Datenpool ergibt. Dieser sollte genutzt werden, um Fortbildungen zugeschnitten auf bestimmte Zielgruppen zu entwickeln und anzubieten. Hier ist anzumerken, dass den Menschen eventuell erst nahegelegt werden muss, sich vertieft mit dem Krankheitsbild zu beschäftigen und Wissenslücken aufgezeigt werden müssen.

Beispielsweise hilft Fallmanagern das Wissen über einen eventuell gestörten Tag-Nach-Rhythmus oder das Wissen über mögliche Gedächtnislücken, adäquat auf den Kunden zu reagieren. Dieses Wissen ist unausweichlich für die Zusammenarbeit mit diesen Kunden.

Hierzu gehört auch das Verständnis für die eingeschränkten Exekutivfunktionen und die damit einhergehende fehlende Kontrolle.

Vergessen werden darf nicht, dass bei Ansprache der Krankheit einer Person, die Mutter und das System um diese herum angegriffen werden kann. Die betroffene Person kann hier nachhaltig in ihrem Vertrauen zur Mutter geschädigt werden. Daher muss berücksichtigt werden, dass die Möglichkeiten zur Diagnostik zwar präsent sein müssen, jedoch mehr professionelle Anleitung durch bestimmte Stellen benötigen. Der Schritt der Mitteilung über die Diagnose sollte mit Bedacht gewählt werden und bedarf im besten Falle weitere externe Helfer. Diagnostizierende Institutionen werden an dieser Stelle weitere Beratung liefern können und sollten daher bei Verdacht in jedem Fall angesteuert werden.

Von großer Notwendigkeit ist es, die Diagnostikmöglichkeiten zu nutzen und um diese zu wissen. Hier sollten Kontakte zwischen Diagnosestellen und dem Jobcenter hergestellt werden, damit Fallmanager einen leichten Zugang zu diesen haben und eng mit der Reha-Beratung zusammenarbeiten. Weiter sollten Diagnostikmöglichkeiten und der generelle Bezug zum Krankheitsbild FASD in weiteren Anknüpfungspunkten der Stadt gegeben werden. Ausgehend von dieser Thesis wird deutlich, wieviel Aufklärung über das Krankheitsbild geleistet werden muss – besonders im Bereich des Jobcenters.

Dass die Öffentlichkeit mehr in das Thema einbezogen werden muss, wurde ebenfalls deutlich. Die Öffentlichkeit könnte in erster Stelle auf Grundlage der Befragung mit einbezogen werden. Hier wäre mindestens ein Artikel in der Mitarbeiterzeitung angemessen, um über das Ergebnis der Befragung aufzuklären und somit das Thema nochmal anzusprechen. Ohne mehr Öffentlichkeitsarbeit, werden die betroffenen Personen weiterhin als unerzogen, frech oder anders negativ dargestellt werden und können ihren Platz in der Gesellschaft nicht finden. Betont werden sollte dabei auch, dass sich niemand von Defiziten freisprechen kann.

An dieser Stelle möchte ich mich nochmals auf die bereits in der Thesis benannte Studie von Kollmann in Deutschland beziehen, in welcher ein Bedarf an Weiterbildung zum Thema FASD bei den Fachkräften gesehen wurde, jedoch die Fachkräfte selbst keinen erhöhten Bedarf an Weiterbildung angaben. Dieses nicht vorhandene Problembewusstsein bei den Fachkräften muss in jedem Fall ausgeräumt werden, denn nur dadurch erhalten die Betroffenen einen ersten Hauch an möglicher Unterstützung. Jegliche Verweigerung der Annahme des Themas kann als Hilfeverweigerung für diese Zielgruppe gesehen werden,

Sinnvoll wäre weiter eine Umfrage in allen Jobcentern NRW durchzuführen, um einen Gesamtüberblick über die Bekanntheit des Themas zu erhalten. Auch hier würde bereits die Umfrage zur weiteren Sensibilisierung für das Thema führen. Weiterführend könnte hierdurch ein

Handlungsleitfaden entwickelt werden, um Netzwerke und Vernetzungen zu schaffen, wodurch Zugänge vereinfacht werden würden.

Mit Hilfe einer ersten Annahme dieses Themas kann jede Person offen für Zugänge zu betroffenen Personen werden. Ein Wunsch ist es mit Hilfe dieser Theses weg von Vorurteilen gegenüber Menschen, welche wir nicht gänzlich kennen und welche sich für das Empfinden anderer ein Verhalten abweichend von der Norm haben, hin kommen zu:

„Anders ist nicht falsch, bloß‘ ne Variante von richtig“ (Julia Engelmann).

III. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag
- Baur, Nina/ Blasius, Jörg (2014): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS
- Debiel, Stefanie/ Engel, Alexandra/ Hermann-Stietz, Ina/ Litges, Gerhard/ Penke, Swantja/ Wagner, Leonie (2012): Soziale Arbeit in ländlichen Räumen. Wiesbaden: Springer VS
- Dörner Klaus/ Plog Ursula/ Teller Christine/ Wendt Frank (2002): Irren ist menschlich (2. Korr. Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Egenolf, D., Fertig, M., Puxi, M., Rosemann, M. & Weimann, M. (2014): Implementationsstudie zur Berliner Joboffensive. IAB-Forschungsbericht, Nr.1. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit
- Engelbrecht, Arthur/ Storath, Roland (2005): Erziehen: Handlungsrezepte für den Schulalltag in der Sekundarstufe In Krisen helfen. Berlin: Cornelsen Verlag Scriptor GmbH & Co. KG
- Falke, Susanne/ Stein, Sabine (2018): Ein (Pflege-) Kind mit FASD-und glücklich! (2. überar. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH
- Faltermaier, Toni (2017): Gesundheitspsychologie (2. überarb. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer Verlag GmbH
- Feldmann, Reinhold/ Michalowski, Gisela/ Lepke, Katrin (2013): Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH
- Fröschl, Barbara/ Brunner-Ziegler, Sophie /Wirl, Charlotte (2013): Prävention des Fetalen Alkoholsyndroms (1. Auflage). Köln: DIMDI
- Jungnitsch, Georg (1999). Klinische Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer
- Kölln, Detlef/ Pallasch, Waldemar (2011): Pädagogisches Gesprächstraining. Lern- und Therapieprogramm zur Vermittlung pädagogisch-therapeutischer Gesprächs- und Beratungskompetenz (8. Aufl.). Weinheim und München: Juventa
- Landgraf, Miriam N./ Heinen, Florian (2017): Fetale Alkoholspektrumstörungen, S3-Leitlinie zur Diagnostik. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- Lepke, Katrin/ Michalowski, Gisela (2019): FASD-mittendrin statt außen vor! Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH

Michalowski, Gisela/ Lepke, Katrin (2015): Lei(d)pfade durch das Leben. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag

Nagele Jaqueline (2010): Sozialarbeit ist Beziehungsarbeit. Norderstedt: GRIN

Schaffer, Hanne (2014): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung (3. überarb. Aufl.). Ettenheim: Lambertus

Schindler, Gila/ Hoff-Emden, Heike (2011): Fetale Alkohol-Spektrum- Störungen (FASD) in der sozialrechtlichen Praxis. o.A.

Schmid, Tom (o.A.): Prinzipien wissenschaftlichen Arbeitens. o.A.: 37-53

Pletschko, Thomas/ Leiss, Ulrike/ Pal-Handl, Katharina/ Proksch, Karoline/ Weiler-Wichtl, Liesa J. (2020): Neuropsychologische Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Praktische Behandlungskonzepte bei neurokognitiven Funktionsstörungen. Berlin: Springer-Verlag GmbH

Raithel, Jürgen (2008): Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Thomsen, Annika/ Michalowski, Gisela/ Landeck, Gerhild/ Lepke, Katrin (2018): FASD-Fetale Alkoholspektrumstörungen- Auf was ist im Umgang mit Menschen mit FASD zu achten? Ein Ratgeber (3.überarb. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag GmbH

Uhlendorff, Uwe/Prenzel, Annedore (2013): Forschungsperspektiven quantitativer Methoden im Verhältnis zu qualitativen Methoden. In: Friebertshäuser, Barbara/Langer, Antje/ Prenzel, Annedore (Hg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft (4. durchges. Auflage). Weinheim u. Basel: Juventa, S. 137-149

Walk, Laura E./Evers, Wiebke F. (2013): Förderung exekutiver Funktionen. Wissenschaft Praxis Förderspiele.o.A.: Wehrfritz GmbH

Weinberg Sabine (1996): Klientenzentrierte Gesprächsführung. Eine Lern- und Praxisanleitung für helfende Berufe (7. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz

Widulle, Wolfgang (2020): Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen (3. vollst. überarb. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS

Wood, Beatrice L. (2012). Biopsychosocial. In L. L'Abate (Ed.). Paradigms in Theory Construction. (pp. 169 – 186). Berlin, Heidelberg: Springer

Fachzeitschriften

Confugium (o.A.): FASD und Pflegefamilie. Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom besser verstehen

Egger, Josef (2008). Grundlagen der „Psychosomatik“. Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. *Psychologische Medizin*. 2.:12-22

FASD Deutschland e.V. (2020): Lebenslang durch Alkohol. *FASD Deutschland*. o.A.:3-37

Landgraf M. (2017). Fetale Alkoholspektrumstörung – Diagnose und frühe Förderung. *Hippokrat*. 30.: 336–345

Landgraf/ Heinen (2017): Diagnostik Fetaler Alkoholspektrumstörungen in der Kinder- und Jugendmedizin. Empfehlungen für die Praxis gemäß der S3-Leitlinie. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 165:786-793

Online Quellen

Ärzteblatt (2017). Hohe Prävalenz des Fetalen Alkoholsyndroms in Europa. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/77751/Hohe-Praevalenz-des-fetalen-Alkoholsyndroms-in-Europa>. Zugriff am: 05.05.2021

Buitinck, Doris/ Dreiner, Monika/ Ewers, Alexander/ Falke, Matthias/ Falke, Susanne/ Franzmann, Dirk/ Froberg, Nicole/ Koreneef, Astrid/ Sahne, Andreas/ Schuhmann-Kessner, Susanne/ Schulze, Monika/ Stein, Sabine/ Subat, Uta (2017): Fetale Alkoholspektrum-Störungen in der Praxis der Pflegekinderhilfe. Verfügbar unter: https://www.lwl-landesjugendamt.de/media/filer_public/c8/e6/c8e6634f-2afc-43b8-87ef-a19f5fae3090/171005_arbeitshilfe_fetale_alkoholspektrum_stoerung_fasd_pflegekinderhilfe.pdf Zugriff am: 06.08.2021

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (o.A.). Anspruchsvoraussetzungen. Wer hat Anspruch auf Arbeitslosengeld II?. Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/DE/Arbeit/Grundsicherung-Arbeitslosengeld-II/Anspruchsvoraussetzungen/anspruchsvoraussetzungen.html>. Zugriff am: 08.06.2021

Bundesagentur für Arbeit (o.A.). Arbeitslosengeld II/ Sozialgeld Grundsicherung für Arbeitssuchende. Verfügbar unter: https://www.arbeitsagentur.de/datei/merkblatt-algii_ba015397.pdf/merkblatt-algii_ba015397.pdf. Zugriff am: 08.06.2021

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2020): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Verfügbar unter: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/Drogenaffinitaet_Jugendlicher_2019_Basisbericht.pdf. Zugriff am: 02.07.2021

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 17. Alkohol in der Schwangerschaft- Ein kritisches-Resümee-. Verfügbar unter: <https://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/band-17-alkohol-in-der-schwangerschaft/>. Zugriff am: 02.07.2021

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese-Diskussionsstand und Stellenwert. Verfügbar unter: <https://www.entspannt-gelassen-gesund.de/files/61/salutogenese-antonovsky.pdf>. Zugriff am: 06.08.2021

D'Amelio, R. (2010): Krise und Krisenintervention. Verfügbar unter: https://www.uniklinikum-saarland.de/fileadmin/UKS/Einrichtungen/Kliniken_und_Institute/Medizinische_Kliniken/Innere_Medizin_IV/Patienteninfo/Psychologe/KriseninterventionSTUDIENBRIEF.pdf. Zugriff am: 27.06.2021

Deutscher Bundesverband für Soziale Arbeit e.V.- DBSH (o.A.): Deutsche Fassung. Verfügbar unter: <https://www.dbsh.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html>. Zugriff am: 06.08.2021

DocCheck Flexicon (a.A.) Das Medizinlexikon zum Medmachen: Pathogenese. Verfügbar unter: <https://flexikon.doccheck.com/de/Pathogenese>. Zugriff am: 27.07.2021

Egger, Josef W. (2005): Das psychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Verfügbar unter: http://www.bpsmed.net/_data/doc/literature/1Egger_bpsMod05.pdf. Zugriff am: 28.03.2021

Engelmann, Julia (o.A.): Stille Wasser sind attraktiv. Verfügbar unter: <https://genius.com/Julia-engelmann-stille-wasser-sind-attraktiv-annotated>. Zugriff am: 19.08.2021

FASD Sprechstunde (o.A.): Hinweise zur Arbeitsvermittlung für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD)- Information für Ärzt_Innen und Reha-Berater_Innen der Arbeitsagentur/ARGE. Verfügbar unter: <https://fasd-fachzentrum.de/wp-content/uploads/Hinweise-zur-Arbeitsvermittlung-mit-FAS.pdf>. Zugriff am: 06.08.2021

FASD-Fachzentrum (o.J.): Was ist FASD? Verfügbar unter: <https://fasd-fachzentrum.de/wasist-fasd/>. Zugriff am: 03.05.2021

FASD Deutschland e.V (2019a): Unsere Ziele. Verfügbar unter: <http://www.fasddeutschland.de/ueber-uns/ziele.html>. Zugriff am: 22.05.2021

FASD Deutschland e.V (2019b): FAS Tatsachen und Quellen. Verfügbar unter: http://www.fasd-deutschland.de/images/PDF_FAS_Tatsachen_und_Quellen_.pdf. Zugriff am: 22.05.2021

FASD Deutschland e.V (2019c): Diagnostik von FASD. Verfügbar unter: <http://www.fasd-deutschland.de/fasd/diagnostik.html>. Zugriff am: 22.05.2021

FASD Deutschland e.V (2019d): FAQ. Verfügbar unter: <http://www.fasd-deutschland.de/leben-mit-fasd/was-ist-fasd.html>. Zugriff am: 22.05.2021

FASD-FZ-Koeln (o.A.): Neurologische und psychiatrische Auffälligkeiten. Verfügbar unter: <https://fasd-fz-koeln.de/fasd-wissen/medizin/neurologische-und-psychiatrische-auffaelligkeiten>. Zugriff am: 03.07.2021

Fasworld Deutschland (2008): Lebenslang durch Alkohol. Verfügbar unter: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/Broschur_FASworld_08.pdf. Zugriff am: 19.08.2021

Franke, Alexa (o.A.): Das Modell der Salutogenese. Verfügbar unter: <https://docplayer.org/45241255-Alexa-franke-das-modell-der-salutogenese.html>. Zugriff am: 01.08.2021

Fröhlich, Felicitas (2015): Exekutivfunktionen bei Erwachsenen mit Fetaler Alkoholspektrumstörung. Verfügbar unter: file:///D:/Uni/Masterthesis/Masterarbeit/Allgemein/Forschung_Frohlich_Exekutivfunktionen_bei_Erwachsenen_mit_FAS.pdf. Zugriff am: 16.06.2021

Hafen, Martin (2014): Resilienz aus präventionstheoretischer Perspektive. Verfügbar unter: https://www.fen.ch/texte/mh_resilienz.pdf. Zugriff: 27.06.2021

Herriger, Norbert (o.A.): Empowerment Zugänge zu einem neuen Begriff. Verfügbar unter: <https://www.empowerment.de/grundlagen/>. Zugriff am: 04.07.2021

Initiativpark (o.A.): Exekutive Funktionen. Verfügbar unter: <https://www.initiativpark.com/unser-konzept/exekutive-funktionen/>. Zugriff am: 15.08.2021

Landgraf, Mirjam N.: Fetale Alkoholspektrumstörung-Diagnose und frühe Förderung (2017). Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-108418.pdf>. Zugriff am: 01.08.2021

Leuthner, Christiane (2011): Resilienz und Salutogenese. Verfügbar unter: https://www.existenzanalyse.org/wp-content/uploads/Leuthner_2011_AA_437.pdf. Zugriff am: 27.06.2021

Miethe, Ingrid/ Gahleitner, Birgitta (2010): Forschungsethik in der Sozialen Arbeit. In: Bock, Karin/Miethe, Ingrid (Hg.): Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich Verlag, S. 273-281

Pauls, Helmut (2013): Das biopsychosoziale Modell-Herkunft und Aktualität. Verfügbar unter: <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/191>. Zugriff am: 01.08.2021

Sann, Uli/ Unger, Frank/ Martin, Carolin/ Wiesmann, Dagmar (o.A.): Beziehungsförderliche, klientenorientierte und motivierende Gesprächsführung im Jobcenter lernen und anwenden können, wollen und dürfen-Einschätzungen von Studierenden und Absolvent*innen eines Verwaltungsmanagement-Studiengangs. Verfügbar unter: https://www.psycharchives.org/bitstream/20.500.12034/3878/1/Sann_Unger_Martin_Wiesmann_2020_Gespr%C3%A4chsf%C3%BChrung_im_Jobcenter.pdf. Zugriff am: 25.06.2021

Studlib (o.A.): Der systemtheoretische Ansatz des biopsychosozialen Modells. Verfügbar unter:

https://studlib.de/5086/medizin/systemtheoretische_ansatz_biopsychosozialen_modells. Zugriff am: 18.08.2021

Studyflix (o.A.). Cronbachs Alpha. Verfügbar unter: <https://studyflix.de/statistik/cronbachs-alpha-1799>. Zugriff am: 06.06.2021

Wagner, Anna-Lena (2019): Bedarfslagen von substanzabhängigen Frauen im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Frühentwicklung des Kindes Erwartungen der Frauen an die Klinische Soziale Arbeit – aktuell und hinsichtlich deren künftig-nachhaltigen Lebensentwurfs. Verfügbar unter: <https://pub.fh-campuswien.ac.at/obvfcwhsacc/content/titleinfo/3683220/full.pdf>. Zugriff am: 25.07.2021

IV. Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1:Entwicklungsperioden des Embryos | 13 |
| Abbildung 2: Schädel-und Gesichtsveränderungen (fasd-Deutschland 2020:8). | 15 |
| Abbildung 3: Lip- Philtrum Guide (Landgraf/Heinen 2017: 790). | 16 |
| Abbildung 4: Frage 33 (eigene Darstellung). | 48 |
| Abbildung 5: Beantwortung der Frage zum Datenschutz (eigene Darstellung). | 51 |
| Abbildung 6: Zeitpunkt der Teilnahme (eigene Darstellung). | 52 |
| Abbildung 7: Teilnahme Fachdienste (eigene Darstellung.) | 53 |
| Abbildung 8: Teilnahme Geschlecht (eigene Darstellung.) | 54 |
| Abbildung 9: Teilnahme Berufsgruppe (eigene Darstellung.) | 54 |
| Abbildung 10: Zufriedenheit Wissen (eigene Darstellung.) | 55 |
| Abbildung 11: Mehr Informationen (eigene Darstellung.) | 55 |
| Abbildung 12: Auswirkungen (eigene Darstellung.) | 56 |
| Abbildung 13: Wissen als ausreichend (eigene Darstellung). | 56 |
| Abbildung 14: Sicherheit im Umgang (eigene Darstellung). | 57 |
| Abbildung 15: Gewünschte Wissenserweiterung (eigene Darstellung). | 58 |
| Abbildung 16: gute Vorbereitung (eigene Darstellung). | 58 |
| Abbildung 17: Unterstützung im beruflichen Kontext (eigene Darstellung). | 59 |
| Abbildung 18: Einschätzung Diagnose (eigene Darstellung). | 60 |
| Abbildung 19: Auslösung Alkoholsyndrom während der Schwangerschaft (eigene Darstellung). .. | 61 |
| Abbildung 20: Alkohol während der Schwangerschaft bedenklich (eigene Darstellung). | 62 |
| Abbildung 21: Keine Auswirkungen auf Entwicklung des Kindes (eigene Darstellung). | 63 |
| Abbildung 22: Toxische Wirkung des Alkohol (eigene Darstellung). | 64 |
| Abbildung 23: Alkohol während der Schwangerschaft (eigene Darstellung). | 65 |
| Abbildung 24: Merkmale im Gesicht (eigene Darstellung). | 66 |
| Abbildung 25: Veränderung durch Alkoholkonsum (eigene Darstellung). | 67 |
| Abbildung 26: Exekutives System (initiativpark o.A.). | 82 |
| Abbildung 27: Diagnostische Säulen (vgl. Landgraf/Heinen 2017: o.A.). | 94 |

V. Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Merkmale der Fetalen Alkoholspektrum-Störung (vgl. Buitinck/Dreiner/Ewers et al. 2017:7). | 14 |
| Tabelle 2: Systemaufbau in G.L. Engels originärem biopsychosozialen Modell (vgl. Egger 2005: 4: eigene Darstellung) | 31 |
| Tabelle 3: Modell zum Verständnis von Krankheit nach Egger (studlib. o.A.) | 32 |
| Tabelle 4: Modell zum Verständnis von Gesundheit nach Egger (studlib. o.A.) | 33 |

VI. Anlagenverzeichnis

- A.1 Fragebogen
- A.2 Cronbachs Alpha
- A.3 Handlungsforschungsprojekt

VII. Anlagen

Anlage 1: Fragebogen

Seite 01
SS

Liebe Teilnehmerinnen,
Liebe Teilnehmer,

ich studiere seit Mai 2019 an der Fachhochschule Fulda im Masterstudiengang Soziale Arbeit den Schwerpunkt der Gemeindepsychiatrie. Im Rahmen dessen verfolge ich nun ein Handlungsforschungsprojekt, welches ebenfalls in meine Masterarbeit einfließen wird.

Daher würde ich mich sehr freuen, wenn Sie mich durch die Teilnahme an diesem anonymisierten Onlinefragebogen unterstützen.

Der Fragebogen wird inhaltlich das Thema des Fetalen Alkoholsyndroms (FASD) behandeln. Zielsetzung ist es, einen Überblick über die aktuelle Bekanntheit des Themas in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnshausen zu generieren.

Ich bitte darum, den Fragebogen unter Berücksichtigung Ihrer Kenntnisse auszufüllen. Bitte verwenden Sie daher keine weiteren Hilfsmittel zur Bearbeitung.

Der Fragebogen ist anonymisiert, wird zu Auswertungszwecken benutzt und sicher aufbewahrt. Die Teilnahme erfolgt freiwillig, ich unterliege der Schweigepflicht und befolge datenschutzrechtliche Bestimmungen. Die Befragung kann jederzeit abgebrochen und die Teilnahme verweigert werden.

Die Dauer der Teilnahme beträgt ca. 30 Minuten.

Mit der Teilnahme an diesem Fragebogen tragen Sie dazu bei, auf ein wichtiges, oft vergessenes Thema aufmerksam zu machen und unterstützen weitere Folgeprojekte!

Daher freue ich mich über jede einzelne Teilnahme!

Bei Rückfragen bin ich erreichbar unter:

Mail: melina.kupitz@arnshausen.de

Tel: 02932 201-1234

Vielen herzlichen Dank für die Unterstützung!

mit freundlichen Grüßen

Melina Kupitz

Fragenkatalog  

- + Neue Rubrik
- 01 DS Datenschutz
- 02 ES Einstiegsfragen
- 03 AL Allgemein
- 04 SH Schule
- 05 AR Arbeitsleben
- 06 LF Lebensformen
- 07 UG Umgang
- 08 KB Krankheitsbild
- 09 SC Schluss
- 10 SD Soziodemographisch

1. Durch beantworten mit „Ja“ geben Sie ihr Einverständnis zur freiwilligen Teilnahme an diesem Fragebogen

[Bitte auswählen] ▼

Seite 02

ES

2. Haben Sie schon einmal über das Fetale Alkoholsyndrom gehört?

Bitte antworten Sie spontan

[Bitte auswählen] ▼

3. Haben Sie Kenntnisse über das Fetale Alkoholsyndrom?

Bitte antworten Sie spontan

[Bitte auswählen] ▼

4. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Wissen bzgl. FASD?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|-----------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mit meinem Wissen zufrieden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. Schätzen Sie selbst Ihr Wissen bzgl. des Themas als ausreichend für Ihre Arbeit ein?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|--|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich empfinde mein Wissen als ausreichend | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie mehr Informationen zum Thema brauchen?

Bitte antworten Sie spontan

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|---|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| wahrscheinlich brauche ich mehr Informationen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

7. FASD bekommen nur Kinder von Alkoholabhängigen

Trifft diese Aussage zu?

[Bitte auswählen] ▼

8. Das Fetale Alkoholsyndrom wird durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ausgelöst

Trifft diese Aussage zu?

| trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. Viele Menschen empfinden Alkohol während der Schwangerschaft als bedenklich. Sind Sie gleicher Meinung?

| trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Kennen Sie alle Auswirkungen des Fetalen Alkoholsyndroms?

Bitte antworten Sie spontan

Ich kenne alle Auswirkungen

| trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

11. Das Fetale Alkoholsyndrom wird allgemein eher überschätzt

Trifft diese Aussage zu?

| trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft hat keine Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes

Trifft diese Aussage zu?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|--|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

13. Viele meinen, dass Menschen mit FASD- Erkrankung nicht leicht zu erkennen sind. Meinen Sie das auch?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|--------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| nicht leicht zu erkennen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

14. Sind Sie der Meinung, dass FASD heilbar ist?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| FASD ist heilbar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

15. FASD ist die häufigste Ursache einer geistigen Behinderung in der westlichen Welt

Trifft diese Aussage zu?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|--|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

16. Alkohol wirkt wesentlich toxischer als z.B. Nikotin und kann schon bei einmaligem geringem Konsum eine Missbildung oder Schädigung beim Embryo hervorrufen

Trifft diese Aussage zu?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|--|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

17. Weniger als 50% der gebärfähigen Frauen trinken Alkohol

Trifft diese Aussage zu?

[Bitte auswählen] ▼

Seite 04

SH

18. FASD- Erkrankte Kinder und Jugendliche sind hauptsächlich an folgenden Schulformen zu finden

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Hauptschule | <input type="radio"/> |
| Sekundarschule | <input type="radio"/> |
| Förderschule | <input type="radio"/> |
| Gymnasium | <input type="radio"/> |

19. FASD- Erkrankte Kinder und Jugendliche haben keine schulischen Nachteile.

Trifft diese Aussage zu?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teil / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="radio"/> |

Seite 05

PHP-Code

```
if (
    (value('SH05_01') == 4) or
    (value('SH05_01') == 5)
) {
    question('SH06');
}
```

question('SH06')

20. Welche Merkmale FASD-Erkrankter können in der Schule für Probleme sorgen?

Bennen Sie alle Ihnen bekannten Merkmale.

21. Fühlen Sie sich in Ihrem beruflichen Kontext für den Umgang mit FASD- Erkrankten unterstützt?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|----------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich fühle mich unterstützt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

22. FASD- Erkrankte brauchen im Allgemeinen eher anderen Umgangsformen im Alltag als Menschen ohne FASD

Trifft diese Aussage zu?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|--|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

23. FASD-Erkrankte sind flexibel und können mit Veränderungen leichter umgehen als gesunde Menschen

Trifft diese Aussage zu?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|--|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

24. Werden in Ihrem Fachdienst Fortbildungen zu diesem Thema angeboten?

[Bitte auswählen] ▼

PHP-Code

```
if (
    (value('AR03') == 01)
) {
    question('AR05');
}
```

question('AR05')

25. Wie häufig sind die Fortbildungen im Jahr?

Bitte geben Sie die Anzahl der jährlichen Fortbildungen an.

| | 1-2 | 3-4 | 5-6 | über 6 |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Fortbildungen im Jahr | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

26. Wo oder mit welcher Hilfe leben über die Hälfte der Erkrankten jungen Erwachsenen mit FASD am häufigsten?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Pflegefamilie | <input type="radio"/> |
| betreutes Wohnen | <input type="radio"/> |
| ambulante Betreuung | <input type="radio"/> |
| eigene Wohnung | <input type="radio"/> |

27. Das Krankheitsbild kommt eher im „unterem Milieu“ vor, da hier mehr getrunken wird und der Bildungsstand geringer ist

Trifft diese Aussage zu?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="radio"/> |

28. Sind Sie der Meinung, dass ein Glas Alkohol am Tag während der Schwangerschaft bedenkenlos ist?

| trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> |

29. Viele Menschen meinen, dass die Diagnose der Krankheit nicht ratsam sei. Sind Sie gleicher Meinung?

| trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> |

gleicher Meinung

30. Schätzen Sie wie viele Frauen während der Schwangerschaft Alkohol konsumieren

[Bitte auswählen] ▼

31. Das Kind baut im Mutterleib den Alkohol genauso schnell ab wie die Mutter

Trifft diese Aussage zu?

| trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> |

32. Laut der Studie JAMA Pediatrics kommen jede Stunde mehr als 1.000 Kinder weltweit mit einem fetalen Alkoholsyndrom zur Welt.

Glauben Sie diese Aussage?

| trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> |

Glaubhaft

33. Kinder mit FASD- Erkrankung haben ein niedrigeres Risiko, eine Sucht zu entwickeln
Trifft diese Aussage zu?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|-------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Suchtgefahr | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

34. Kinder mit FASD haben einen niederschwelligeren Hang zu Kriminalität als gesunde Menschen
Trifft diese Aussage zu?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|--------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Kriminalität | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

35. Sind Sie der Meinung, dass FASD diagnostiziert werden sollte?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|----------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Eine Diagnose ist sinnvoll | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

36. Welche Merkmale eines FASD Erkrankten sind im Gesicht erkennbar?

Bitte kreuzen Sie alle 4 zutreffenden Merkmale an

- flaches Mittelgesicht
- flacher Nasenrücken
- lange Nase
- breite Oberlippe
- ausgeprägter Kiefer
- schmaler Kiefer
- kurze Nase

37. Welche Veränderungen kann Alkohol während der Schwangerschaft beim Kind auslösen?

Bitte wählen Sie die 4 zutreffenden Veränderungen aus

- Minderwuchs
- Skelettfehlbildungen
- Untergewicht
- vermehrter Haarwuchs
- Sehstörungen
- Verhaltensstörungen
- Arthrose
- Stottern
- Gicht

Seite 11

sc

38. Wünschen Sie sich mehr Sicherheit im Umgang mit dem Krankheitsbild?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|-----------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| mehr Sicherheit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

39. Fühlen Sie sich gut vorbereitet auf den Umgang mit FASD- Erkrankten?

| | trifft gar nicht zu | trifft eher nicht zu | teils / teils | trifft eher zu | trifft voll zu |
|-----------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| gut vorbereitet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

40. Würden Sie Ihr Wissen in Bezug auf das Thema erweitern wollen?

[Bitte auswählen] ▼

41. Welches Geschlecht haben Sie?

Ich bin...

- männlich
 weiblich
 divers

42. Welchen Beruf haben Sie erlernt?

mit welcher Berufsbezeichnung hat Sie die Stadt Arnsberg eingestellt

| |
|--|
| |
| |

43. In welchem Fachdienst arbeiten Sie?

Bitte in Hinblick auf die seit dem 01.11.2020 neue gültige Organisation in Ihrem Fachdienst, beantworten.

Falls Sie keine Angaben machen möchten oder Ihr Fachdienst nicht aufgeführt ist, wählen Sie bitte „Andere“ aus.

[Bitte auswählen] ▼

Letzte Seite

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

Anlage 2: Cronbachs-Alpha

Zusammenfassung der Fallverarbeitung

| | | N | % |
|-------|-----------------------------|----|-------|
| Fälle | Gültig | 37 | 100,0 |
| | Ausgeschlossen ^a | 0 | ,0 |
| | Gesamt | 37 | 100,0 |

a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Reliabilitätsstatistiken

| Cronbachs | |
|-----------|------------------|
| Alpha | Anzahl der Items |
| ,913 | 5 |

Itemstatistiken

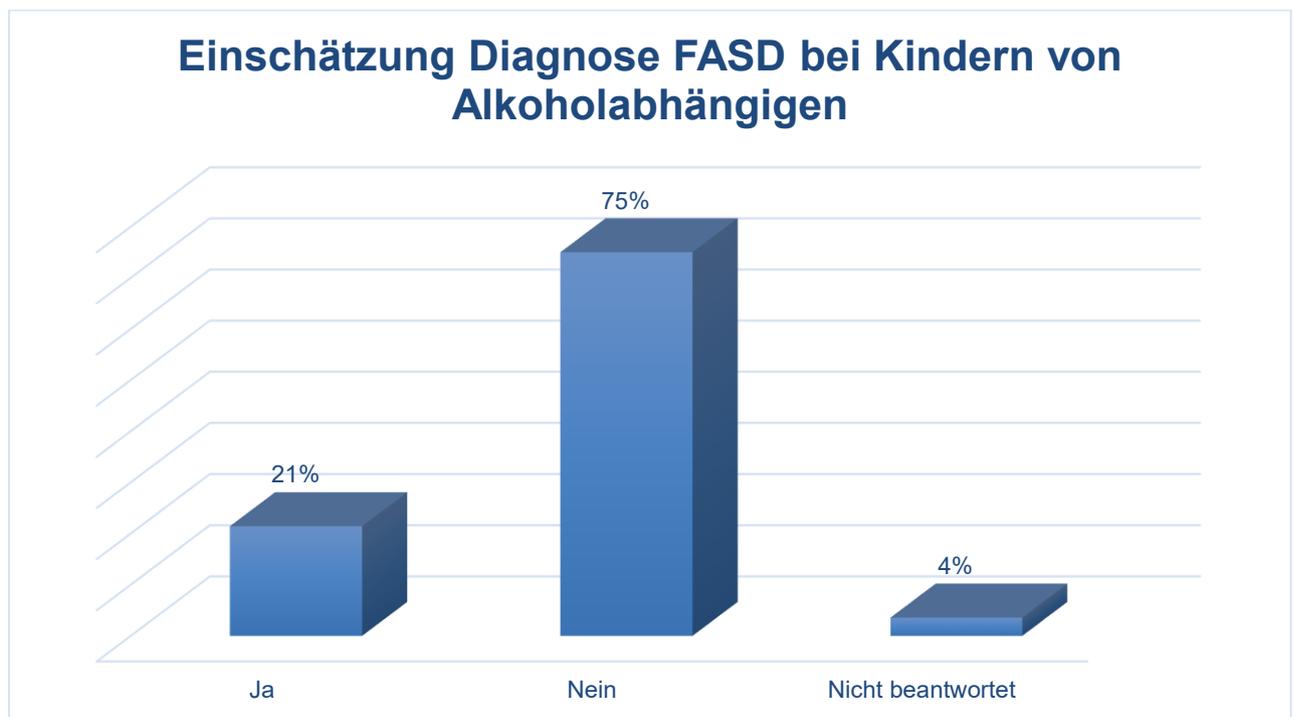
| | Mittelwert | Std.-Abweichun g | N |
|------|------------|---------------------|----|
| @114 | 2,76 | 1,623 | 37 |
| @115 | 2,68 | 1,651 | 37 |
| @116 | 2,51 | 1,805 | 37 |
| @118 | 2,70 | 1,488 | 37 |
| @124 | 3,05 | 1,332 | 37 |

Anlage 3: Auswertung der Fragen durch Diagramme

Bekanntheitsfragen:

AL01 Kinder von...

FASD bekommen nur Kinder von Alkoholabhängigen



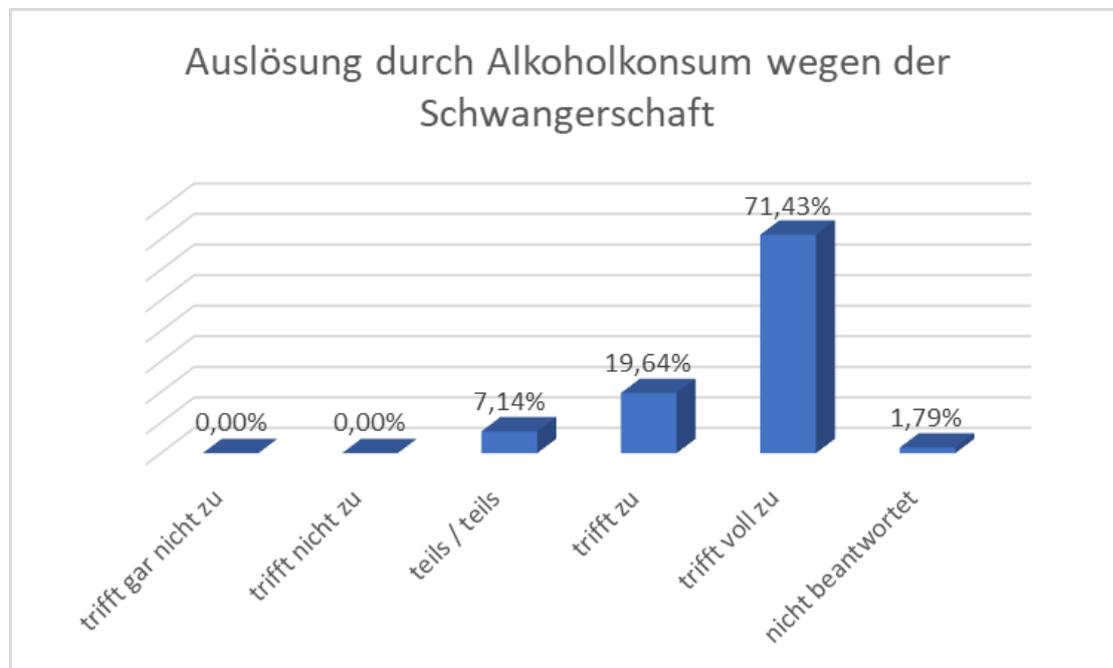
Richtige Antwort: Nein

- Auch durch gelegentliches Trinken kommt es zu vorgeburtlichen Schäden
- 75%

Bekannt

AL02_01 Auslöser

Das Fetale Alkoholsyndrom wird durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ausgelöst



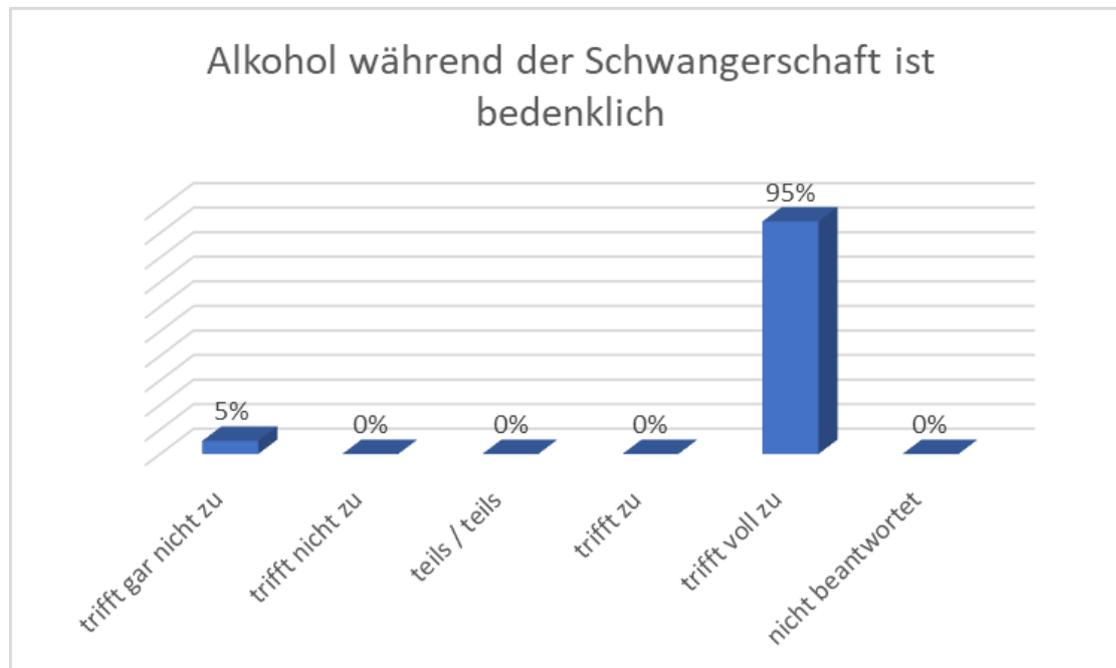
Richtige Antwort: trifft zu und trifft voll zu

- Durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft besteht ein erhöhtes Risiko, dass ein Kind mit FASD geboren wird
- 91%

Bekannt

AL03_01 Bedenklich

Viele Menschen empfinden Alkohol während der Schwangerschaft als bedenklich. Sind Sie gleicher Meinung?



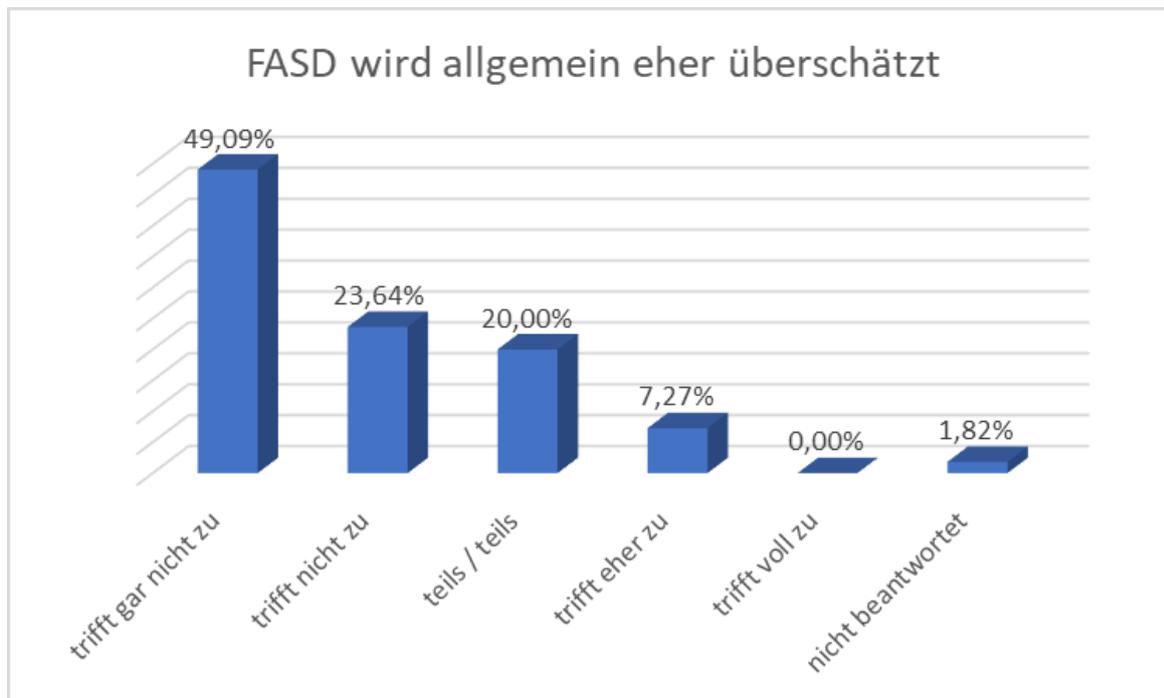
Richtig: trifft zu und trifft voll zu

→ Gleicher Meinung sind 95%

Bekannt

AL05_01 Überschätzung

Das Fetale Alkoholsyndrom wird allgemein eher überschätzt



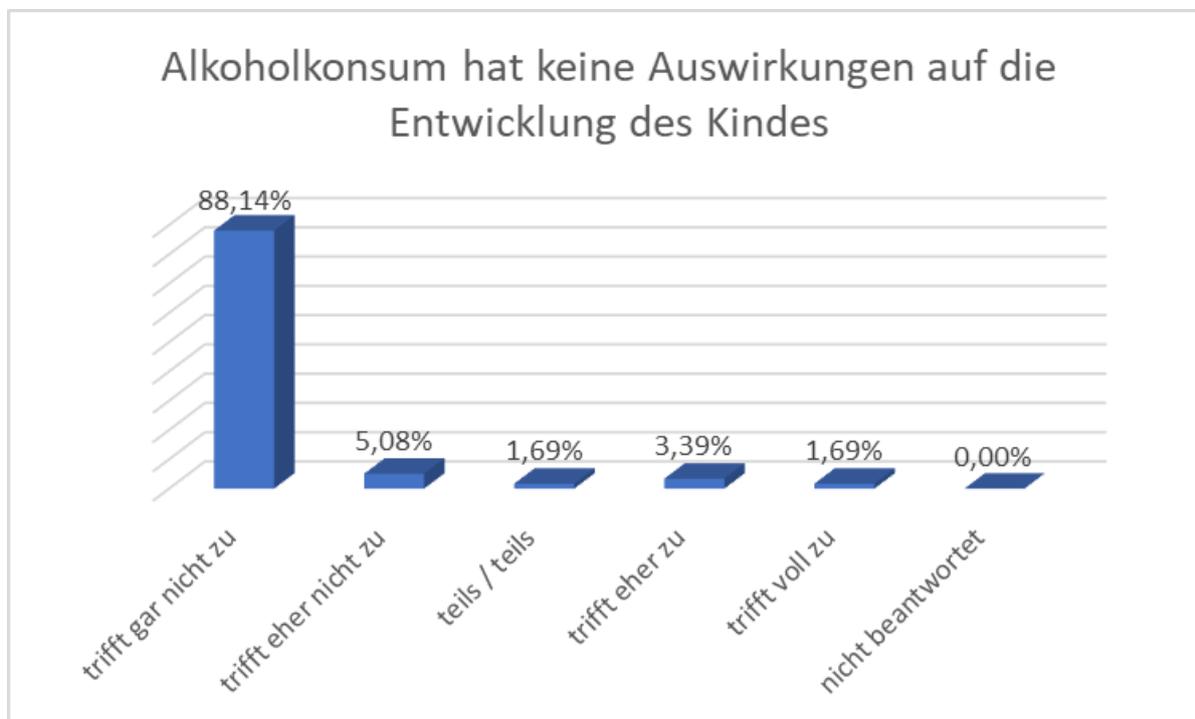
Richtig: trifft gar nicht zu und trifft eher nicht zu

- FASD wird allgemein eher überschätzt
- 73%

Bekannt

AL06_01 Auswirkungen

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft hat keine Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes



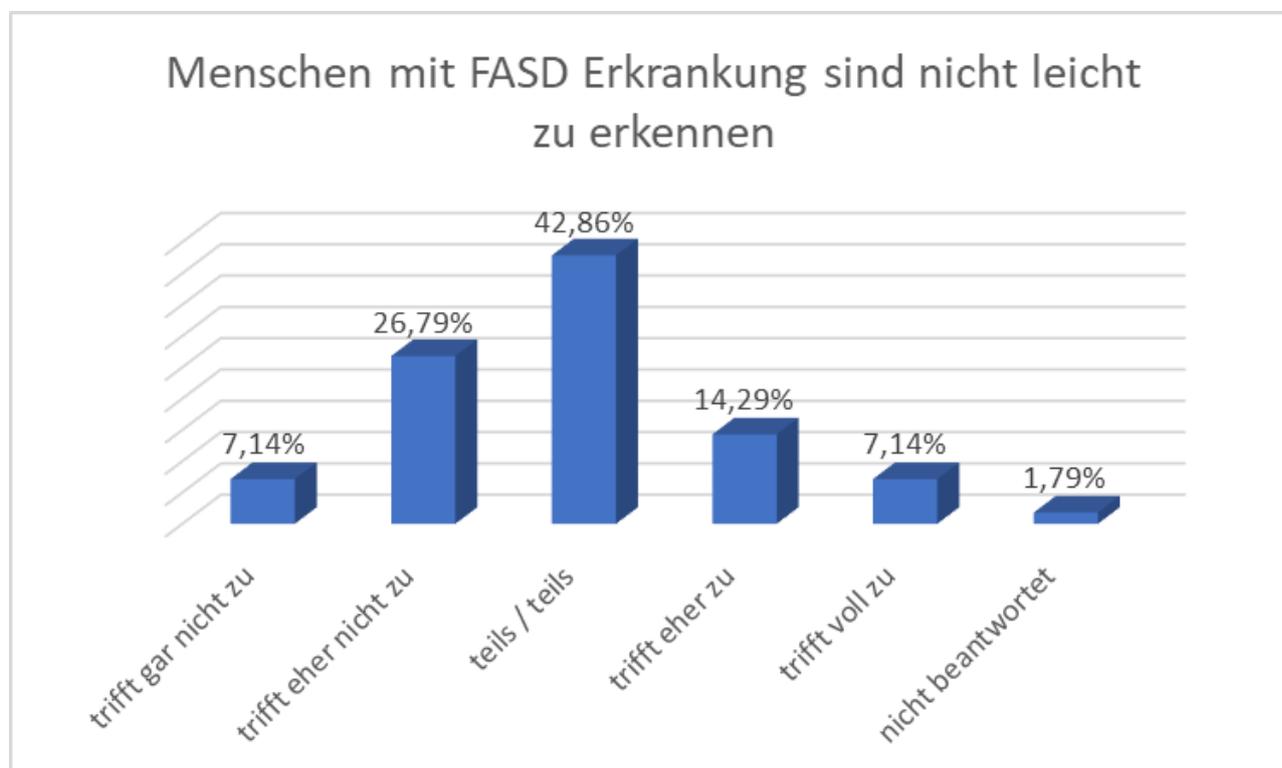
Richtig: trifft eher nicht zu und trifft gar nicht zu

- Alkoholkonsum während der Schwangerschaft hat Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes
- 93%

Bekannt

AL07_01 Erkennbarkeit

Viele meinen, dass Menschen mit FASD- Erkrankung nicht leicht zu erkennen sind. Meinen Sie das auch?



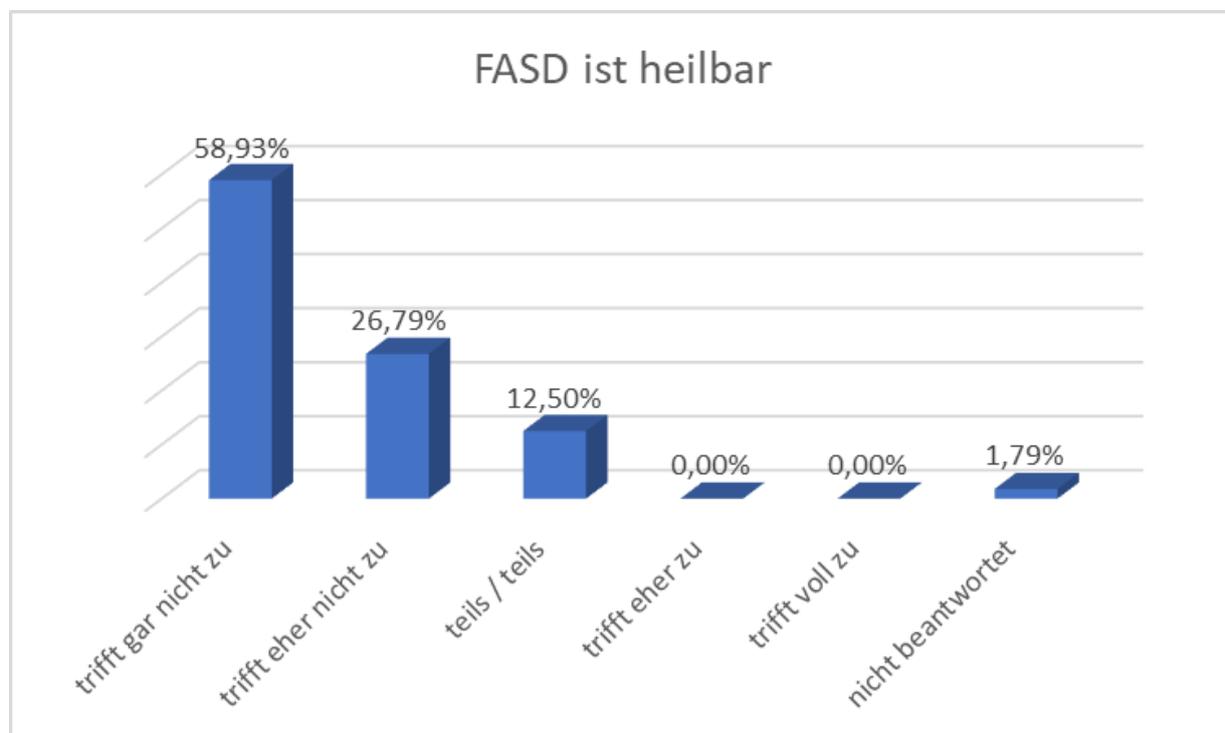
Richtig: trifft eher zu und trifft voll zu

- FASD Erkrankungen sind nicht immer leicht zu erkennen
- 21%

Unbekannt

AL08_01 Heilbar

Sind Sie der Meinung, dass FASD heilbar ist?



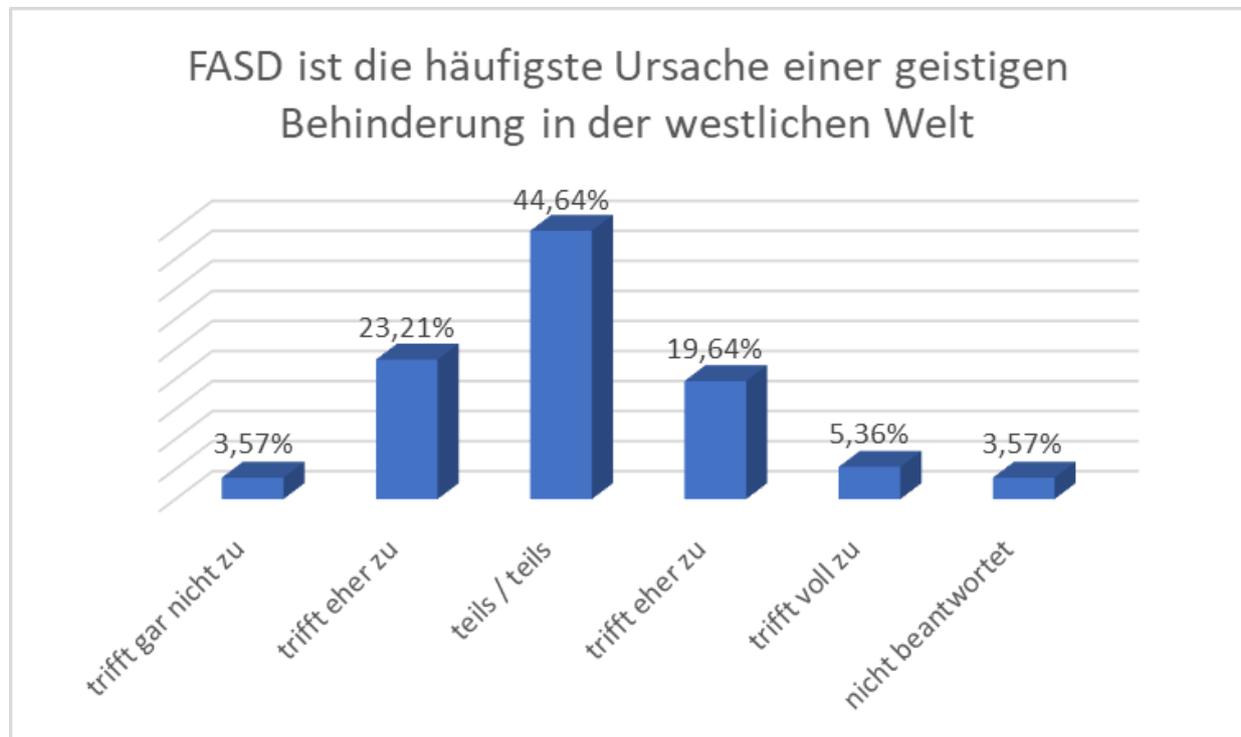
Richtig: trifft gar nicht zu und trifft eher nicht zu

- FASD ist nicht heilbar
- 86%

Bekannt

AL09_01 Ursache

FASD ist die häufigste Ursache einer geistigen Behinderung in der westlichen Welt



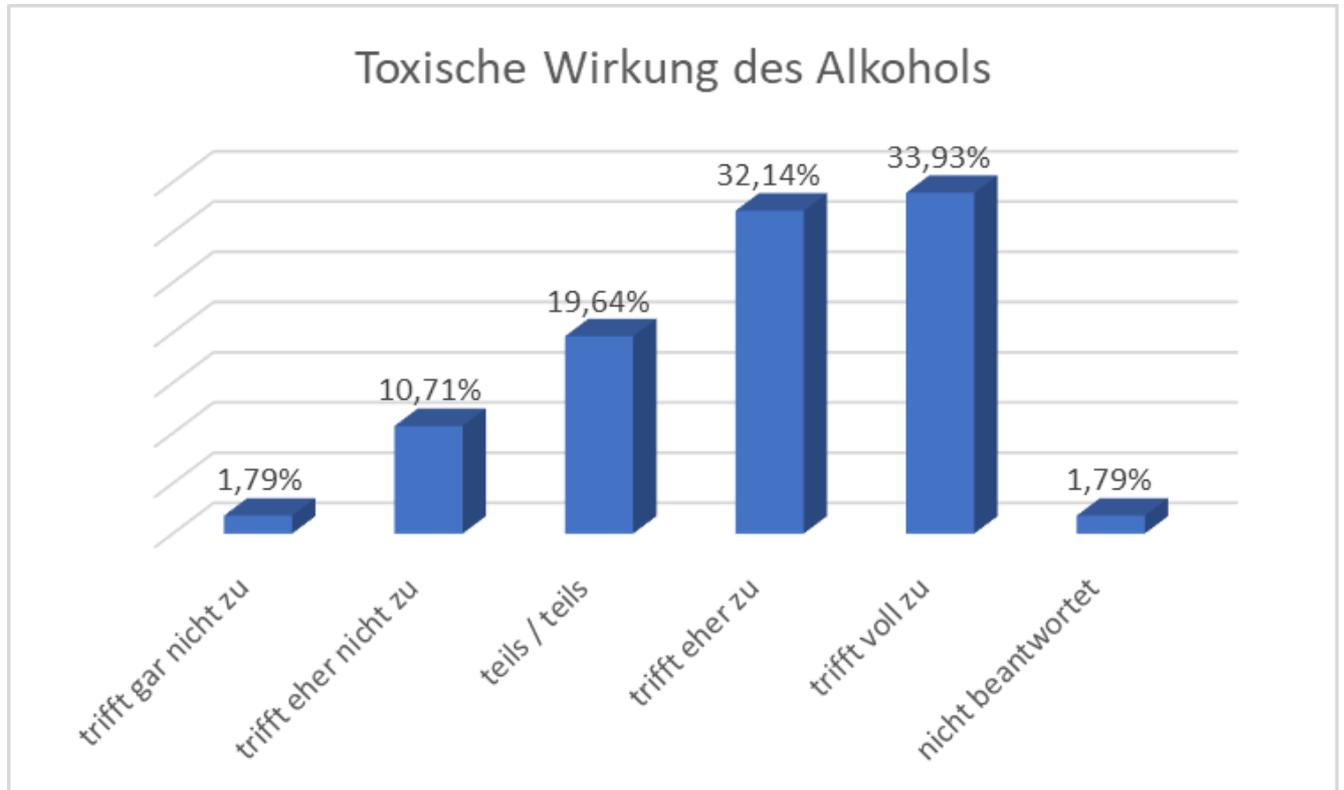
Richtig: trifft eher zu und trifft voll zu

- FASD ist die häufigste Ursache einer geistigen Behinderung in der westlichen Welt
- 25%

Unbekannt

L10_01 Schäden

Alkohol wirkt wesentlich toxischer als z.B. Nikotin und kann schon bei einmaligem geringem Konsum eine Missbildung oder Schädigung beim Embryo hervorrufen



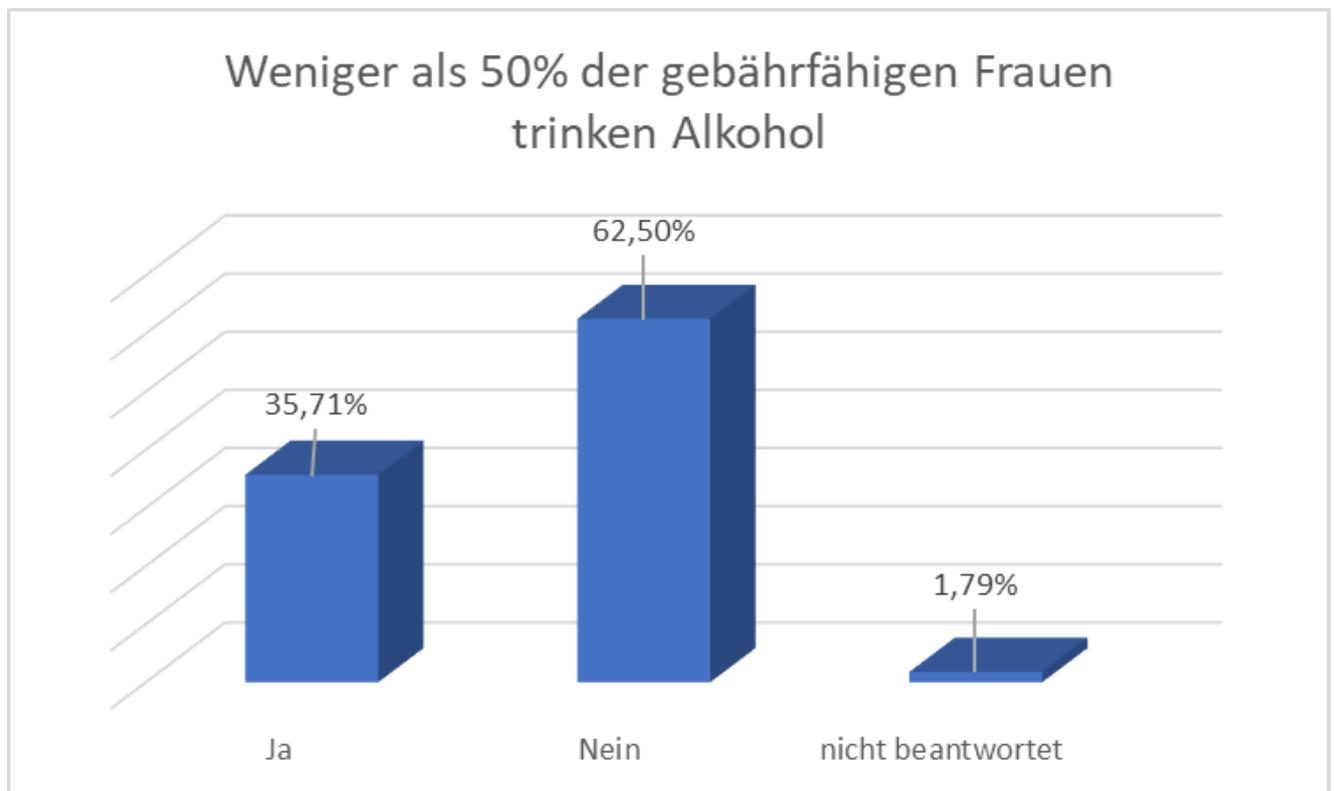
Richtig: trifft eher zu und trifft voll zu

- Alkohol wirkt wesentlich toxischer als z.B. Nikotin und kann schon bei einmaligem geringem Konsum eine Missbildung oder Schädigung beim Embryo hervorrufen
- 66%

Bekannt

AL11 Alkoholkonsum

Weniger als 50% der gebärfähigen Frauen trinken Alkohol



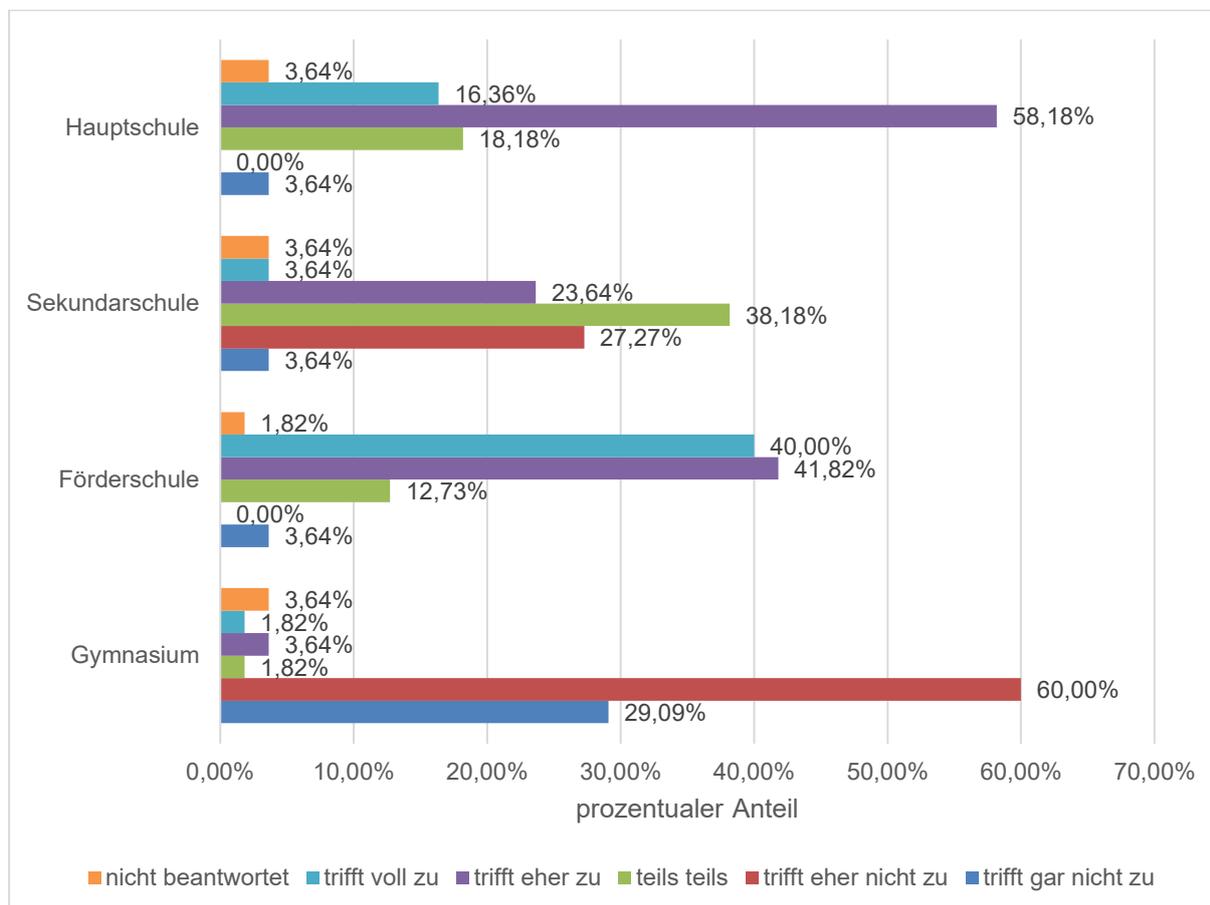
Richtig: Nein

- Mehr als 50 % der gebärfähigen Frauen trinken Alkohol
- 62%

Bekannt

SH01_01 Schulformen

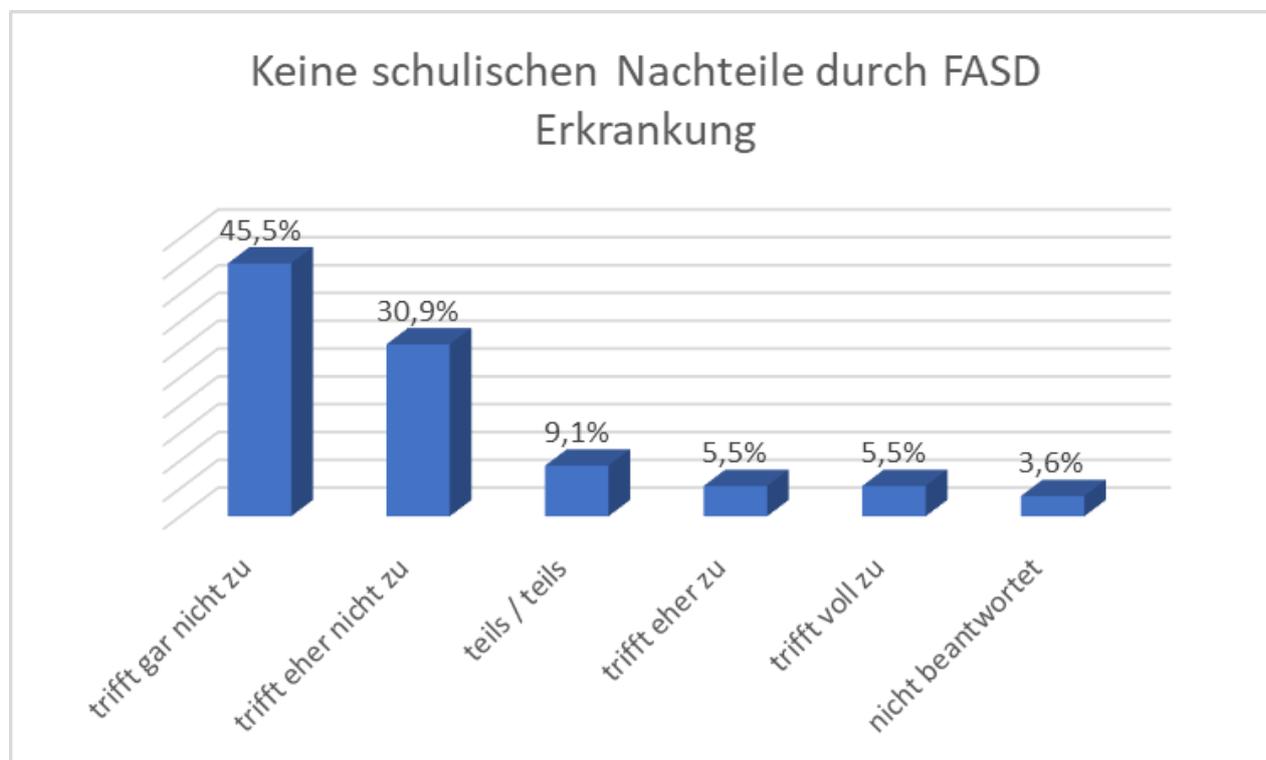
Gesamt: FASD- Erkrankte Kinder und Jugendliche sind hauptsächlich an folgenden Schulformen zu finden



Frage dient der Einschätzung der Befragten. FASD Erkrankte sind generell an allen Schulformen vertreten.

SH05_01 Schulische Nachteile

FASD- Erkrankte Kinder und Jugendliche haben keine schulischen Nachteile



Richtig: trifft gar nicht zu und trifft eher nicht zu

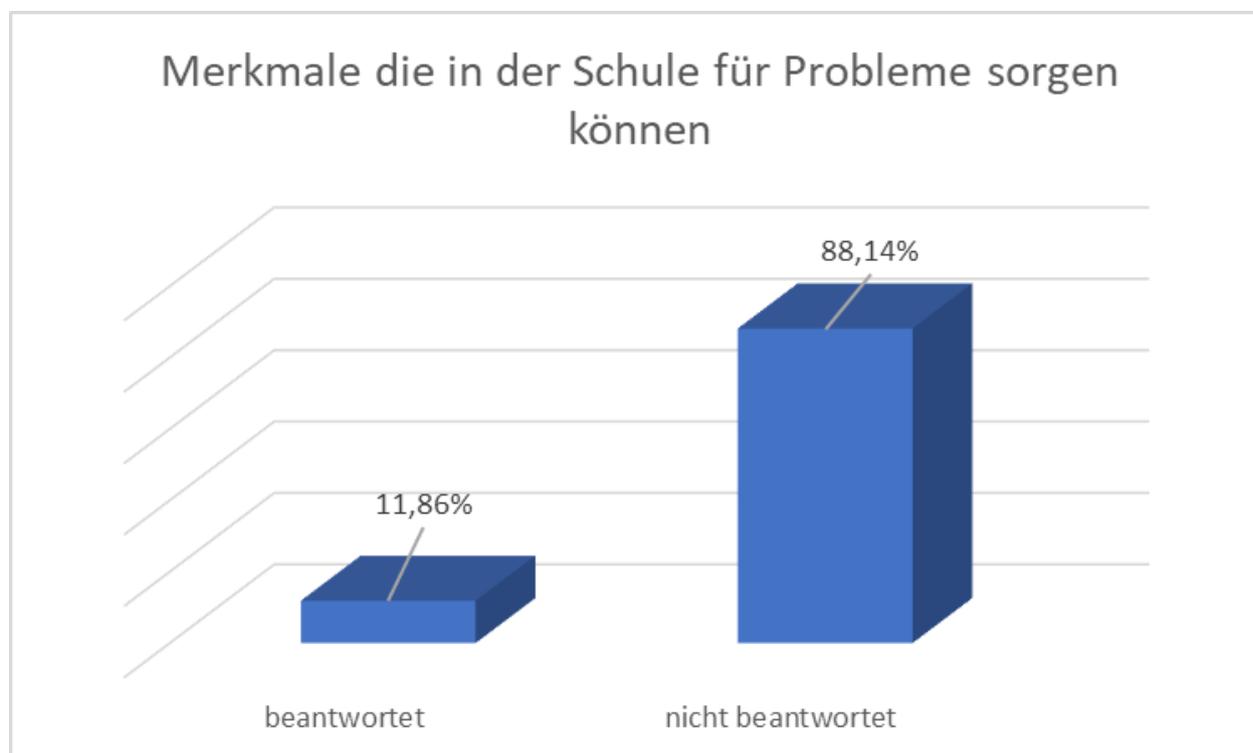
- FASD- Erkrankte Kinder und Jugendliche haben schulischen Nachteile
- 76%

Bekannt

SH06 Merkmale

Welche Merkmale FASD-Erkrankter können in der Schule für Probleme sorgen?

Bennen Sie alle Ihnen bekannten Merkmale.

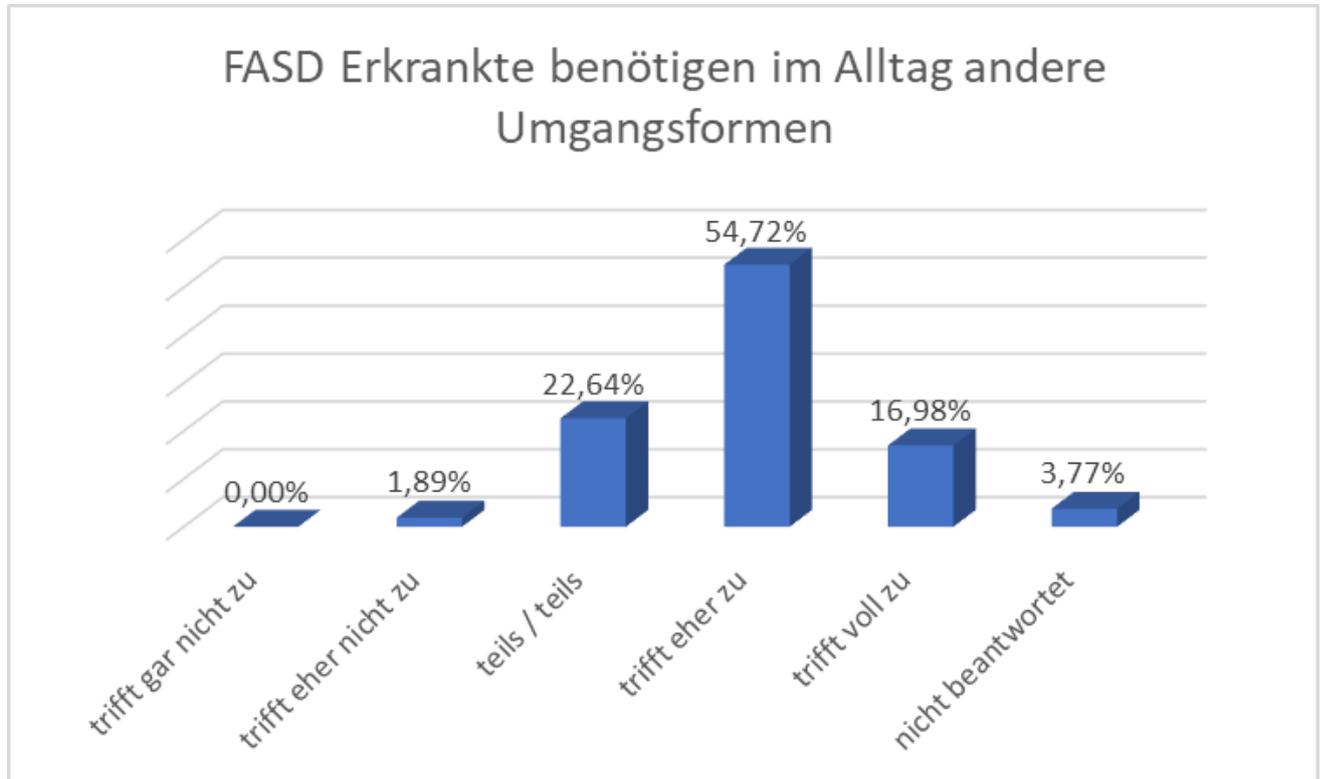


Unbekannt

Frage wurde nur von 12 % teilweise beantwortet. Nicht beantwortet haben 88%. Hierdurch zeigt sich eine Unkenntnis über die Merkmale. Die Frage ist nicht auswertbar, da nur 3 Antworten gegeben wurden

AR04 01 Umgangsformen

FASD- Erkrankte brauchen im Allgemeinen eher anderen Umgangsformen im Alltag als Menschen ohne FASD



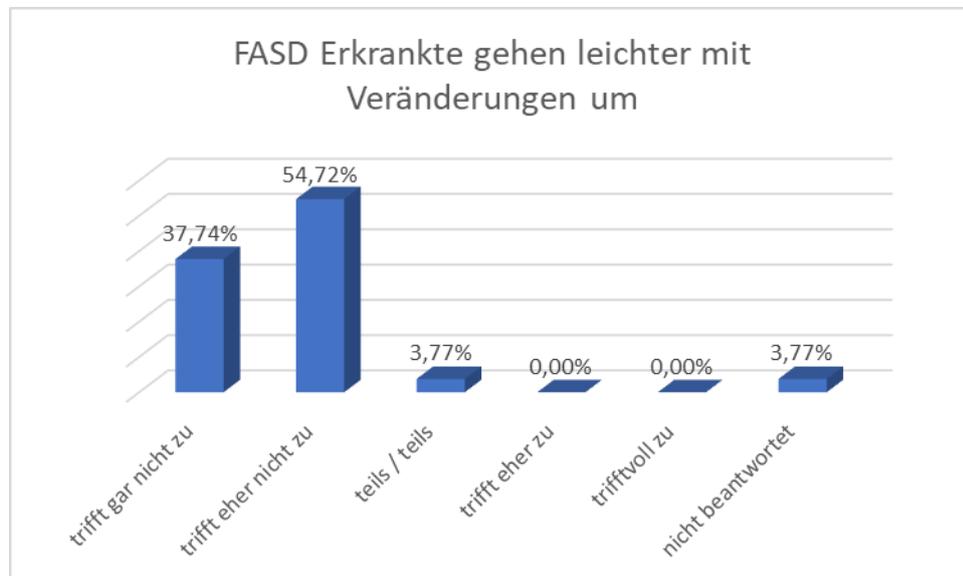
Richtig: trifft eher zu und trifft voll zu

- FASD- Erkrankte brauchen im Allgemeinen eher anderen Umgangsformen im Alltag als Menschen ohne FASD
- 72%

Bekannt

AR06_01 Veränderungen

FASD-Erkrankte sind flexibel und können mit Veränderungen leichter umgehen als gesunde Menschen



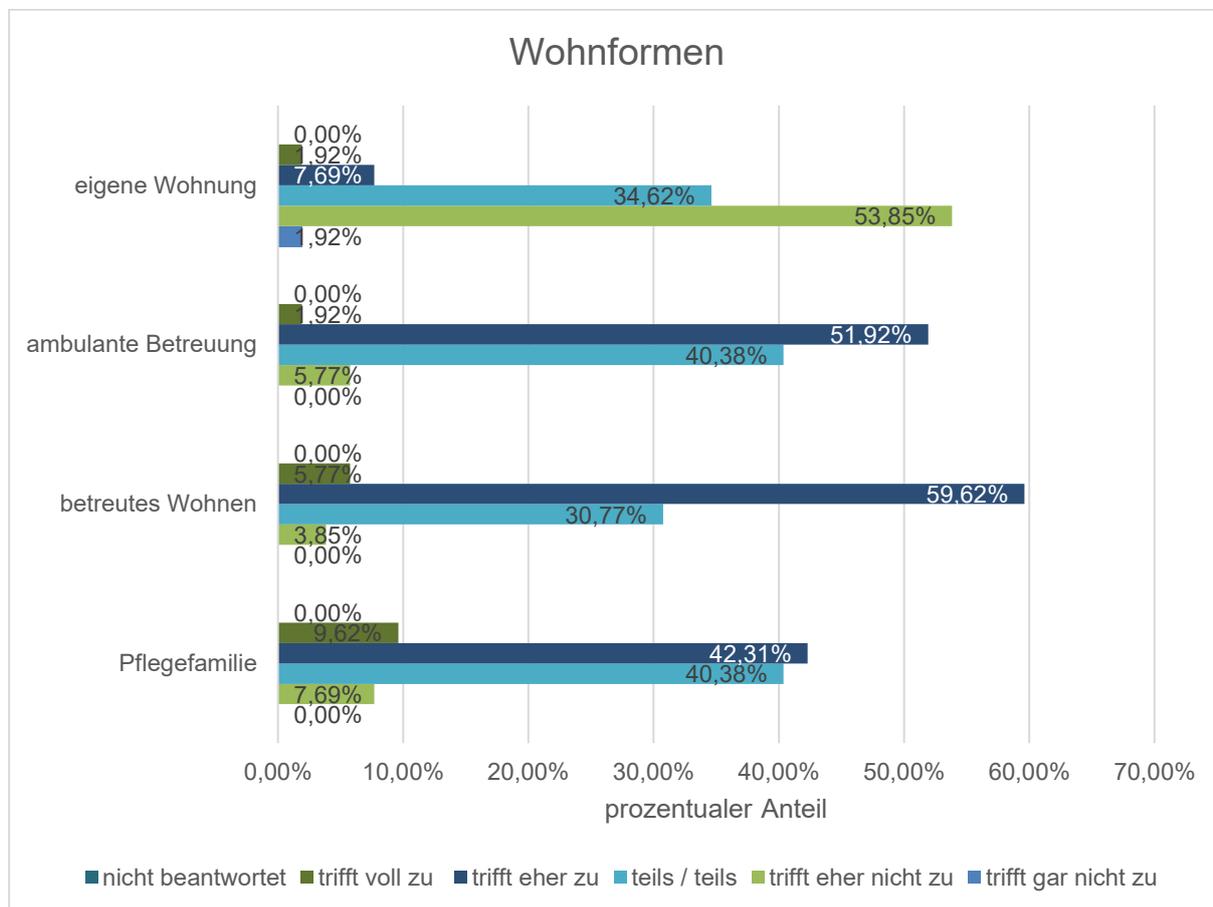
Richtig: trifft gar nicht zu und trifft eher nicht zu

- FASD-Erkrankte sind nicht flexibel und können mit Veränderungen nicht leichter umgehen als gesunde Menschen
- 92%

Bekannt

LF01 Wohnformen

Gesamt: Wo oder mit welcher Hilfe leben über die Hälfte der Erkrankten jungen Erwachsenen mit FASD am häufigsten?



Bekannt

Eigene Wohnung:

Richtig: trifft eher nicht zu und trifft gar nicht zu

56%: **Bekannt**

Ambulante Betreuung:

Richtig: trifft eher nicht zu und trifft gar nicht zu

6%: **Unbekannt**

Betreutes Wohnen:

Richtig: trifft eher nicht zu und trifft gar nicht zu

4%: **Unbekannt**

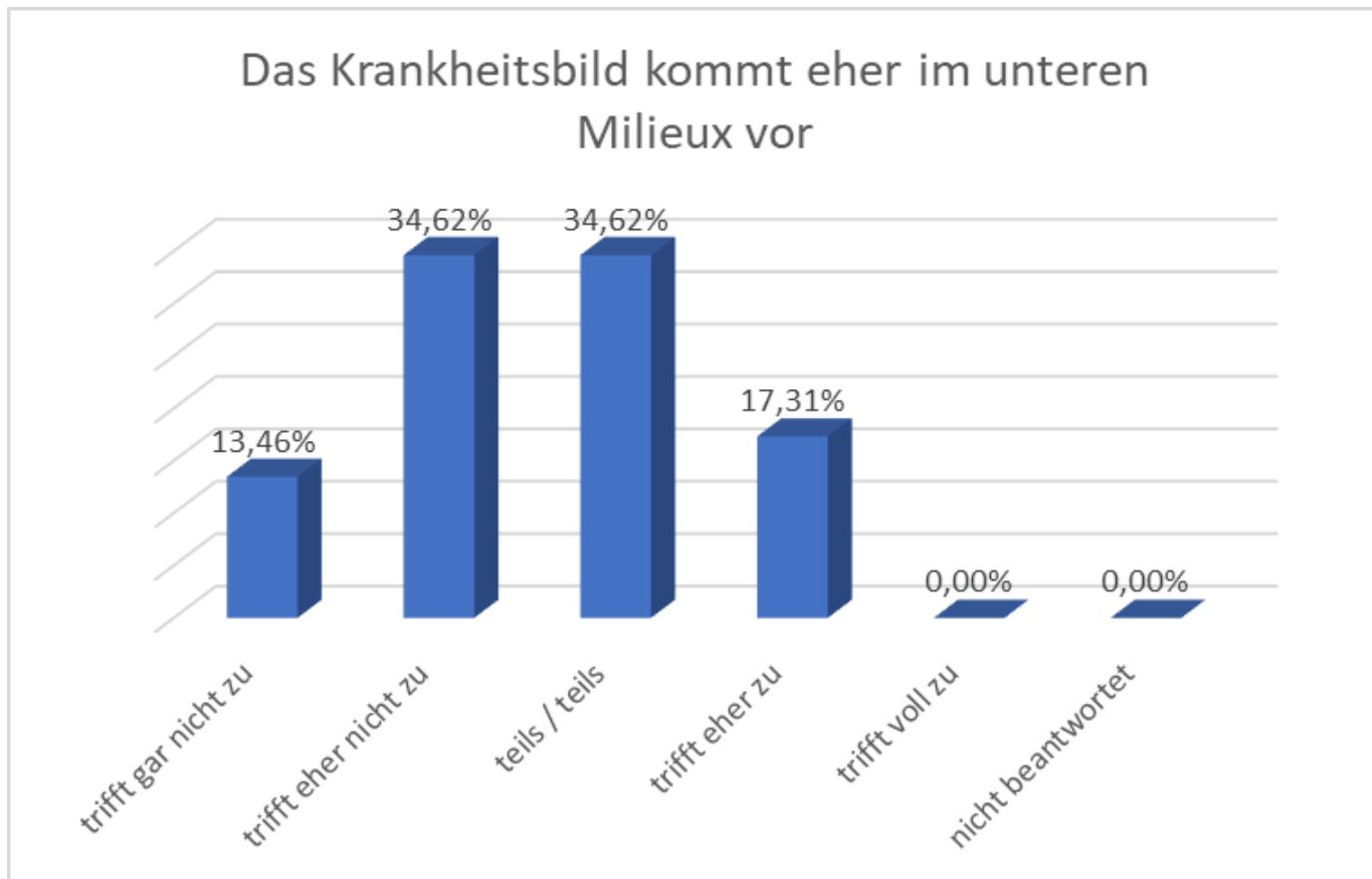
Pflegefamilie:

Richtig: trifft eher zu und trifft voll zu

52%: **Bekannt**

LF5_01 Vorkommen Krankheitsbild

Das Krankheitsbild kommt eher im "unterem Milieu" vor, da hier mehr getrunken wird und der Bildungsstand geringer ist



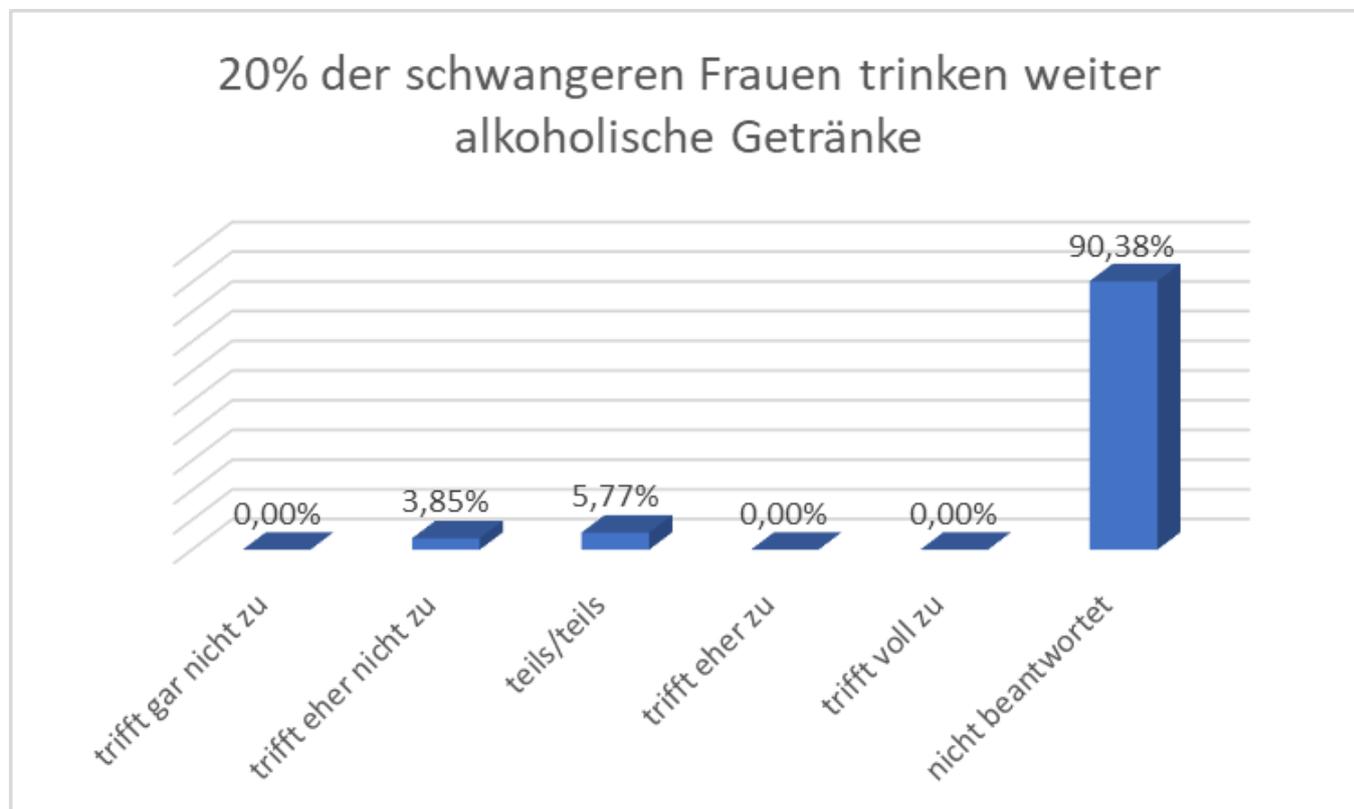
Richtig: trifft gar nicht zu und trifft eher nicht zu

- Das Krankheitsbild kommt eher im "unterem Milieu" vor, da hier mehr getrunken wird und der Bildungsstand geringer ist
- 48%

Unbekannt

UG01

Ca. 20% der schwangeren Frauen trinken während der Schwangerschaft weiter alkoholische Getränke



Richtig: trifft eher zu und trifft voll zu

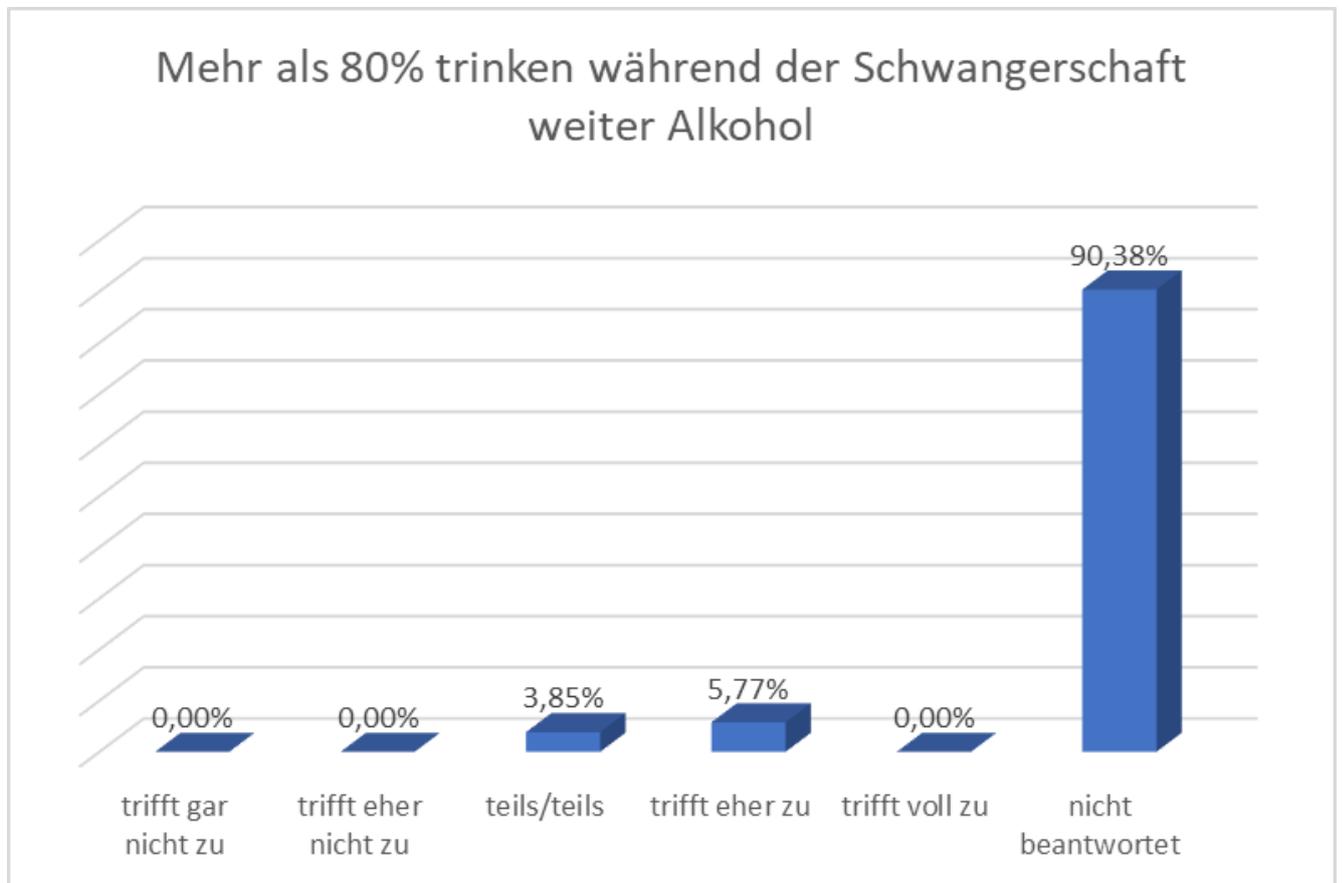
- Ca. 20 % der schwangeren Frauen trinken während der Schwangerschaft weiter. (Journal of American Medical Association)

Die Frage wurde von 91% nicht beantwortet

Unbekannt

UG03

Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren trinken mehr als 80% der Mütter in der Schwangerschaft Alkohol.



Richtig: trifft eher zu und trifft voll zu

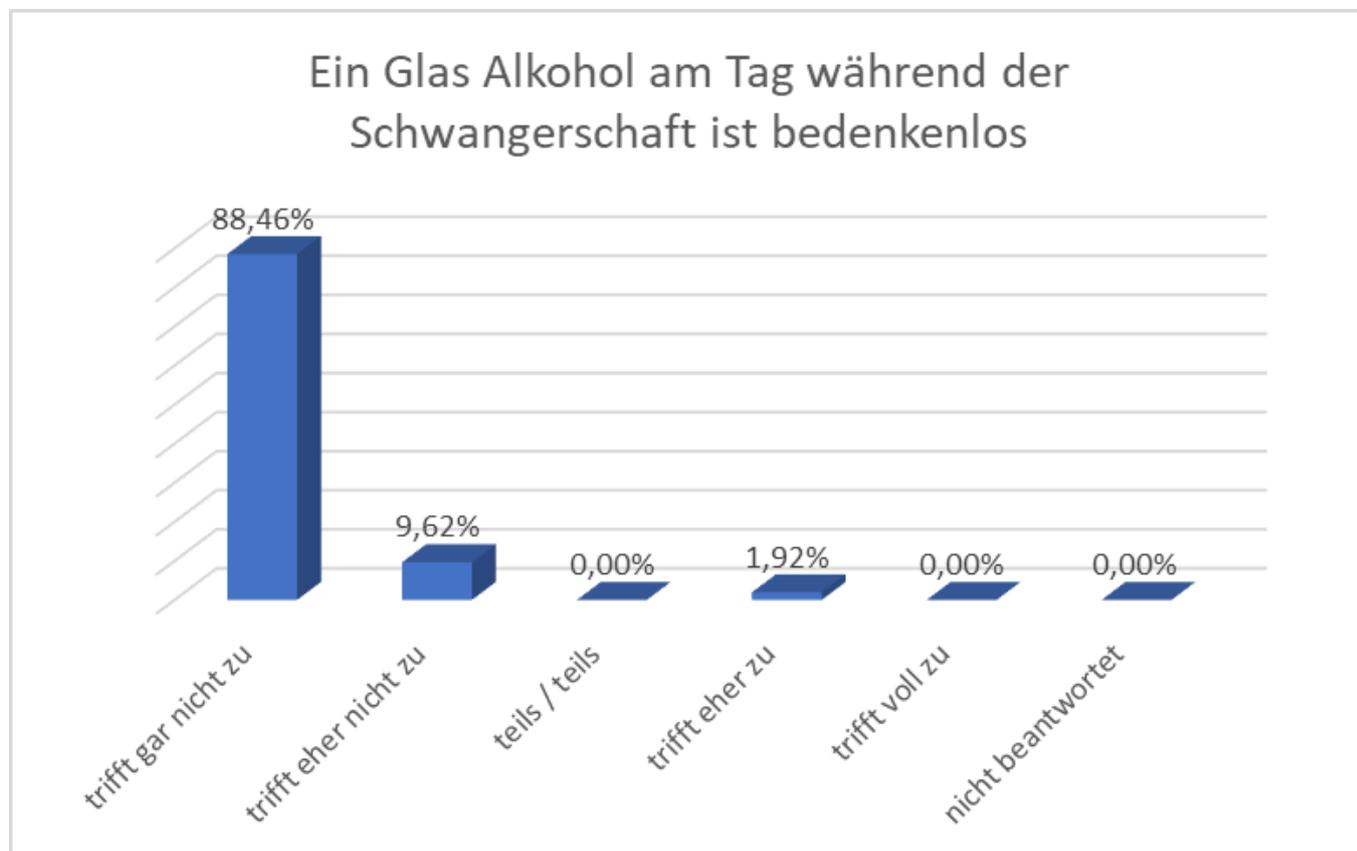
- Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren trinken mehr als 80% der Mütter in der Schwangerschaft Alkohol
- 6%

90% haben die Frage nicht beantwortet

Unbekannt

UG02_01 Ein Glas am Tag....

Sind Sie der Meinung, dass ein Glas Alkohol am Tag während der Schwangerschaft bedenkenlos ist?



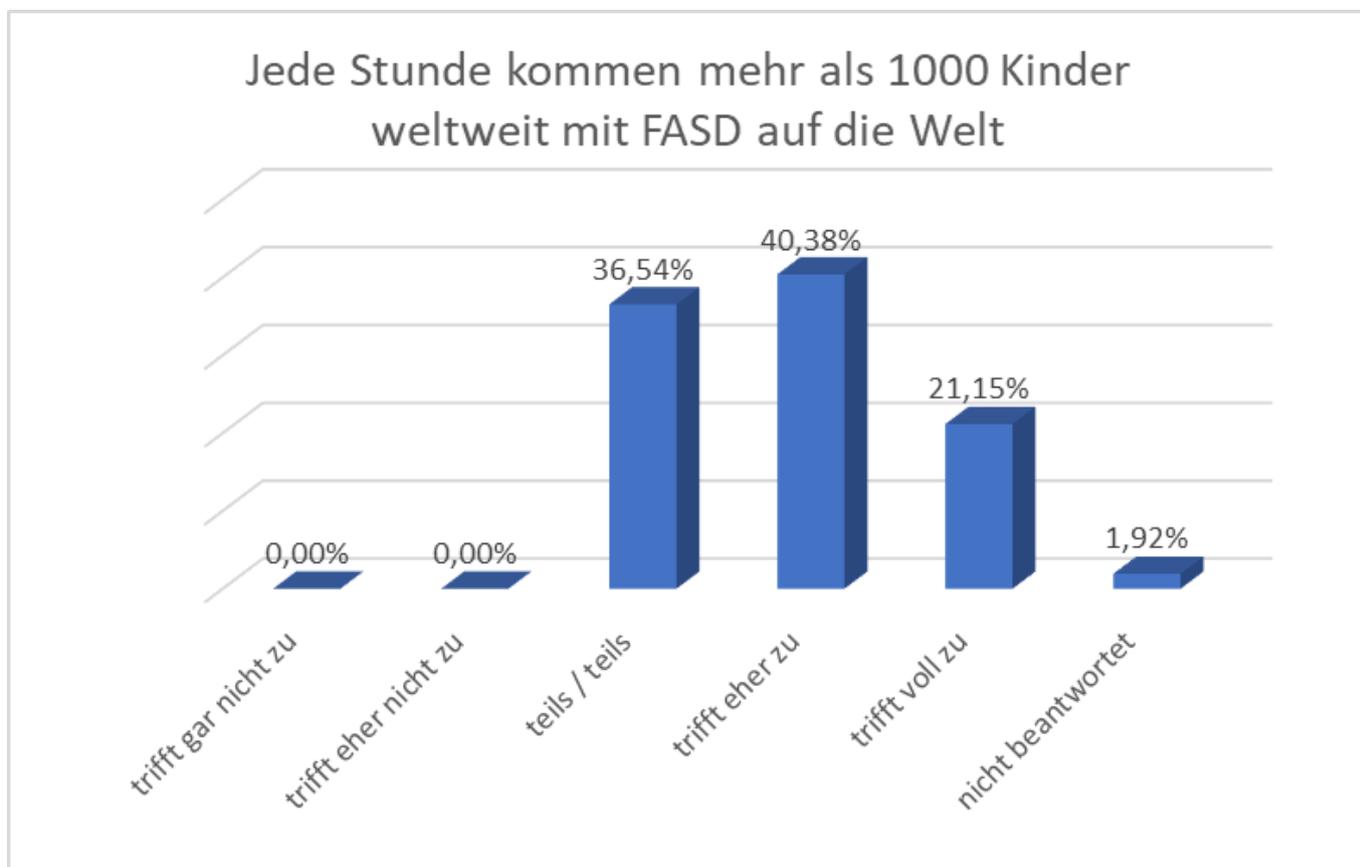
Richtig: trifft gar nicht zu und trifft eher nicht zu

- ein Glas Alkohol am Tag während der Schwangerschaft ist nicht bedenken
- 98%

Bekannt

UG04 01Geburten

Laut der Studie JAMA Pediatrics kommen jede Stunde mehr als 1.000 Kinder weltweit mit einem fetalen Alkoholsyndrom zur Welt



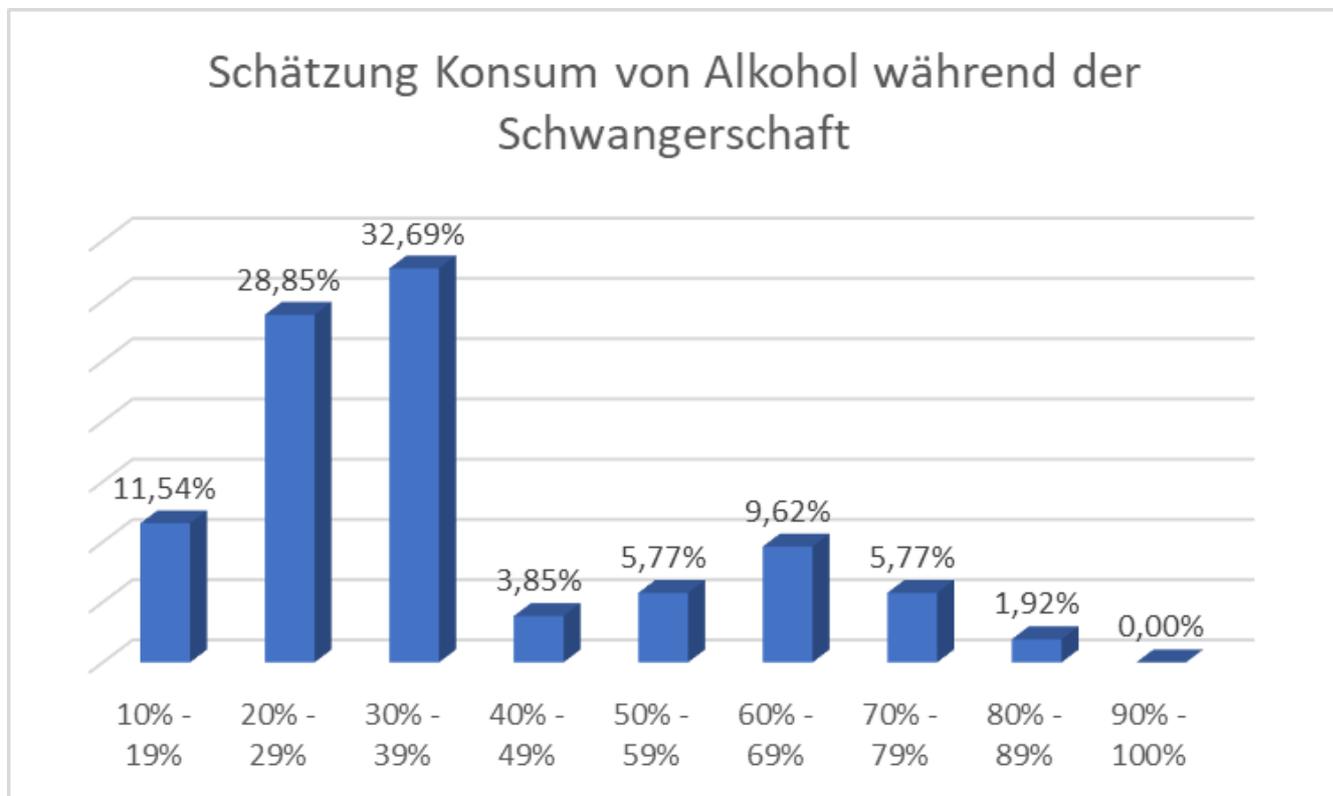
Richtig: trifft eher zu und trifft voll zu

- Laut der Studie JAMA Pediatrics kommen jede Stunde 1.700 Kinder mit einem Fetalem Alkoholsyndrom zur Welt. „Von den WHO-Regionen ist Europa am stärksten betroffen“ (Ärzteblatt 2017).
- 61%

Bekannt

UG05 Konsum

Schätzen Sie wie viele Frauen während der Schwangerschaft Alkohol konsumieren



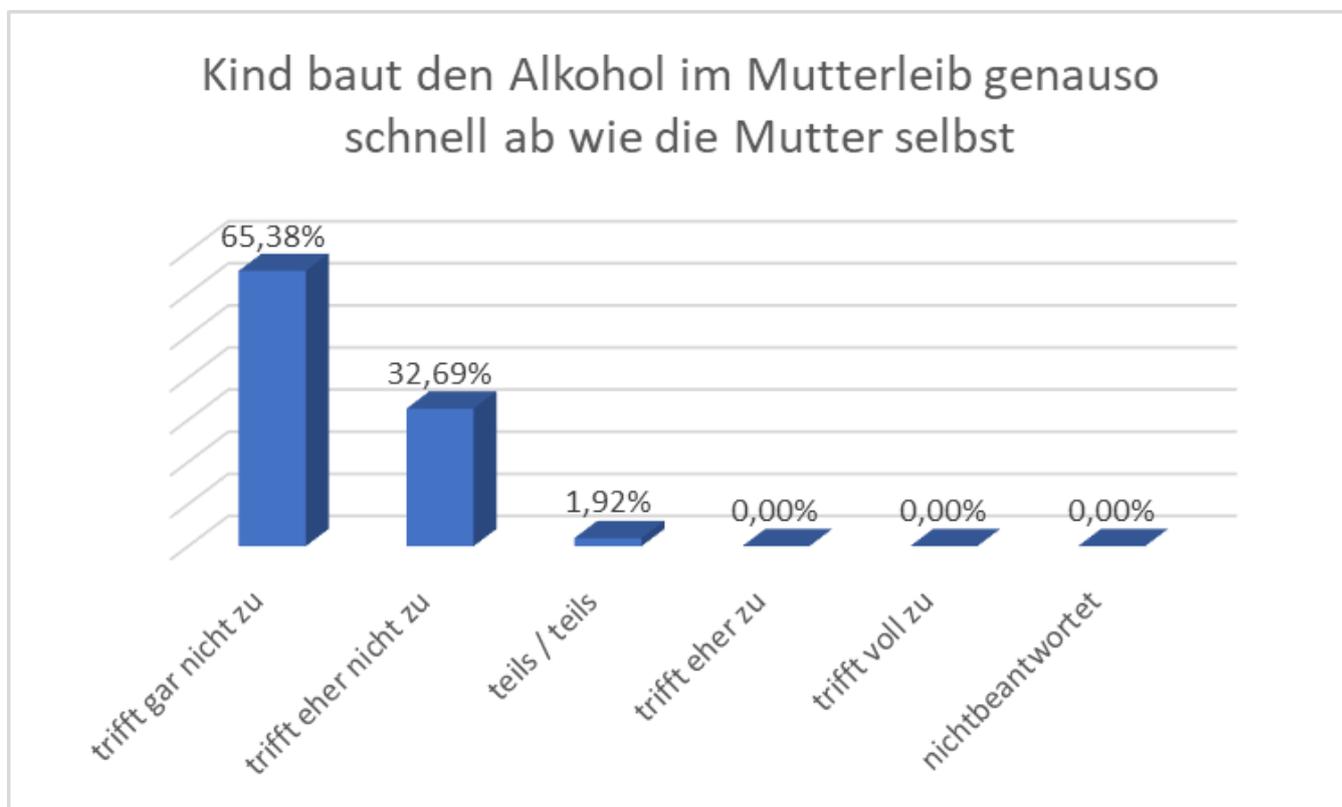
Richtig: 80-89%

- Trinken während der Schwangerschaft Alkohol
- 2%

Unbekannt

UG06_01 Abbau

Das Kind baut im Mutterleib den Alkohol genauso schnell ab wie die Mutter



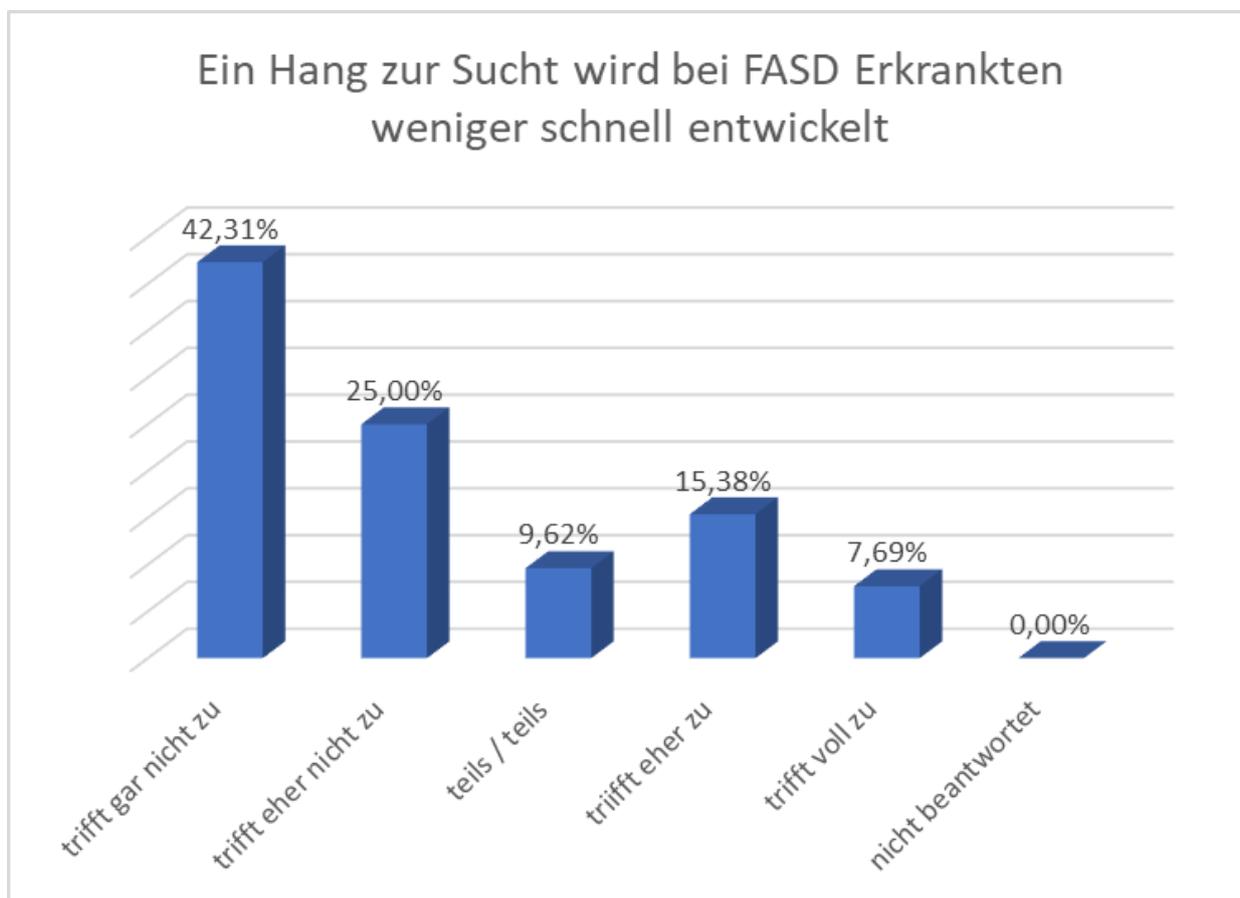
Richtig: trifft gar nicht zu und trifft eher nicht zu

- Die Mutter baut den Alkohol schneller ab
- 98%

Bekannt

KB01_01 und KB02_01 niederschwelligerer Hang zur...

FAS-Kinder haben einen niedrigeren Hang.....



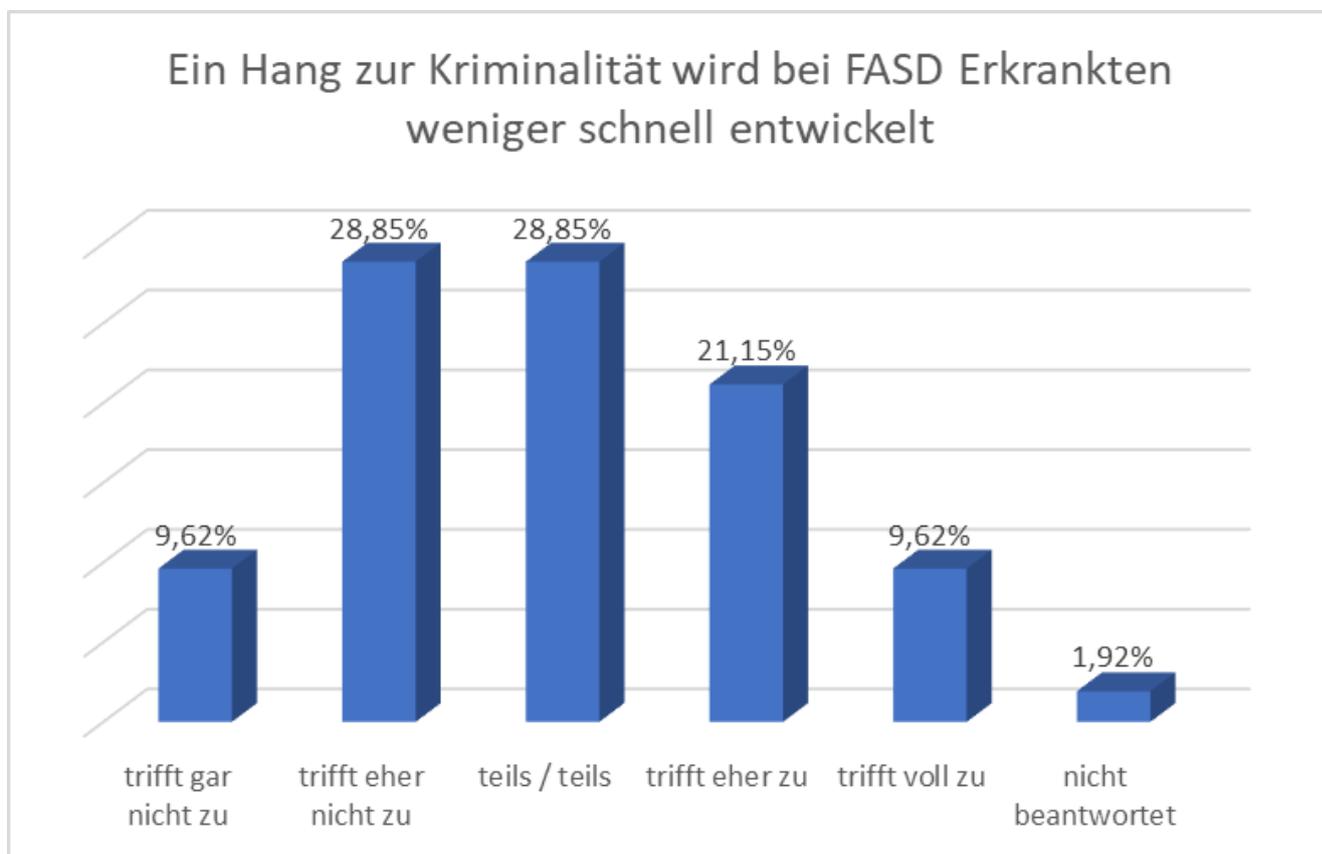
Richtig: trifft gar nicht zu und trifft eher nicht zu

- Sie haben einen erhöhten Hang zur Sucht
- 67%

Bekannt

KB01_01 und KB02_01 niederschwelligerer Hang zur...

FAS-Kinder haben einen niedrigeren Hang.....



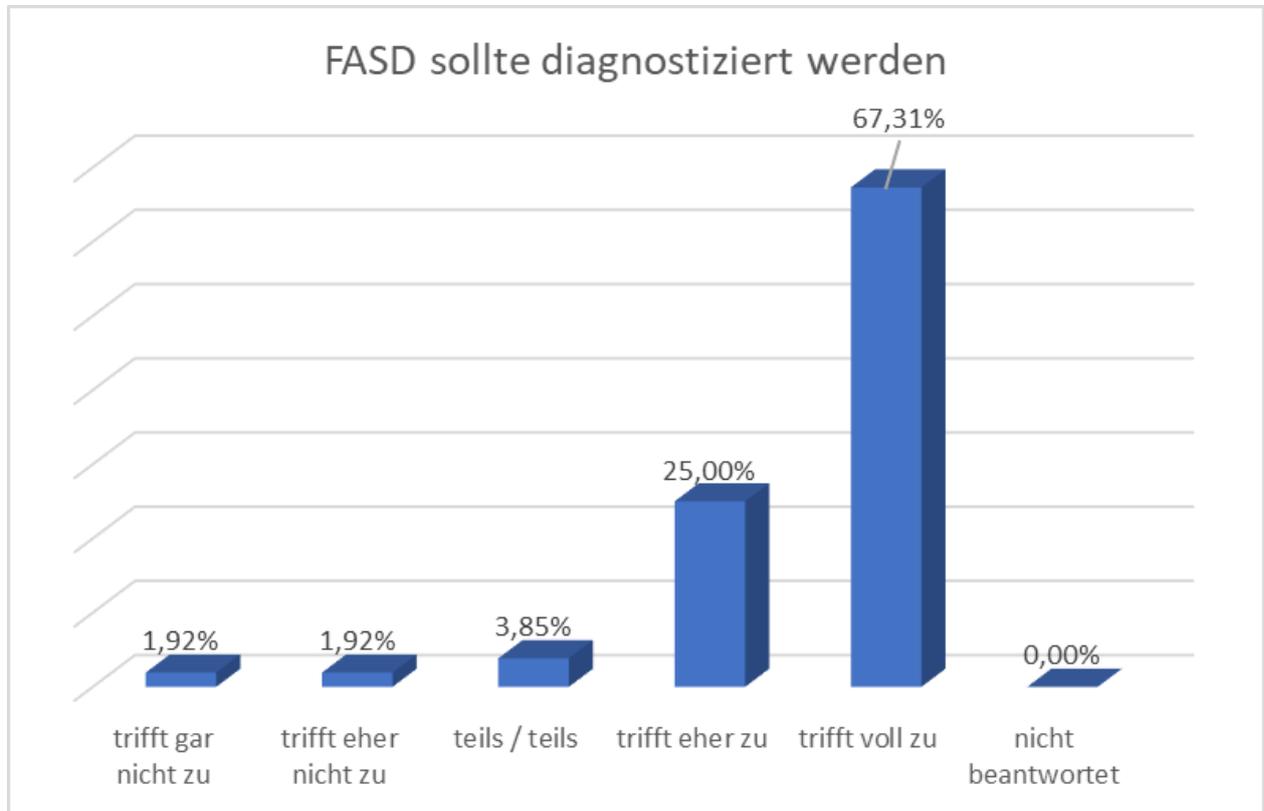
Richtig: trifft gar nicht zu und trifft eher nicht zu

- Sie haben einen erhöhten Hang zur Kriminalität
- 38%

Unbekannt

KB03 01 Diagnose

Sind Sie der Meinung, dass FASD diagnostiziert werden sollte?



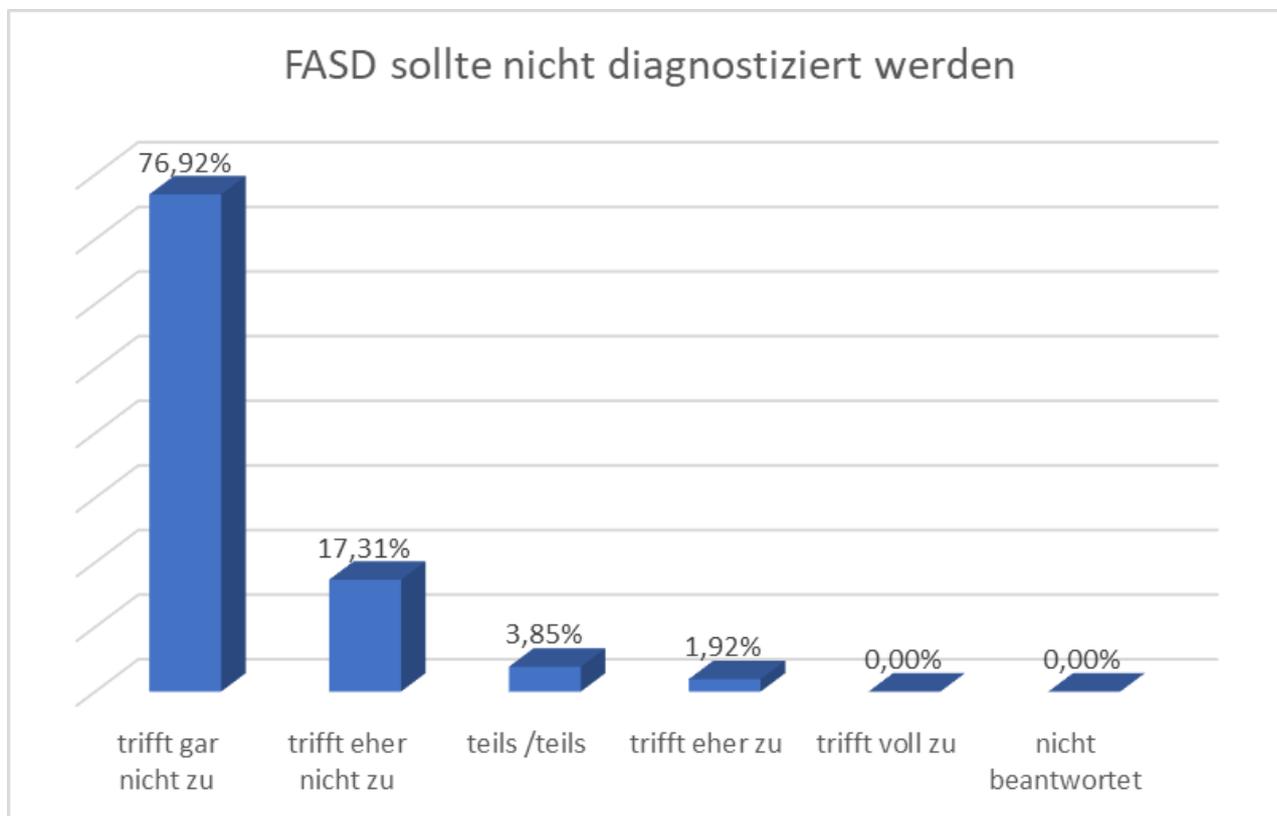
Richtig: trifft eher zu und trifft voll zu

- FASD sollte möglichst diagnostiziert werden
- 92%

Bekannt

KB04_01 Diagnose nicht ratsam

Viele Menschen meinen, dass die Diagnose der Krankheit nicht ratsam sei. Sind Sie gleicher Meinung?



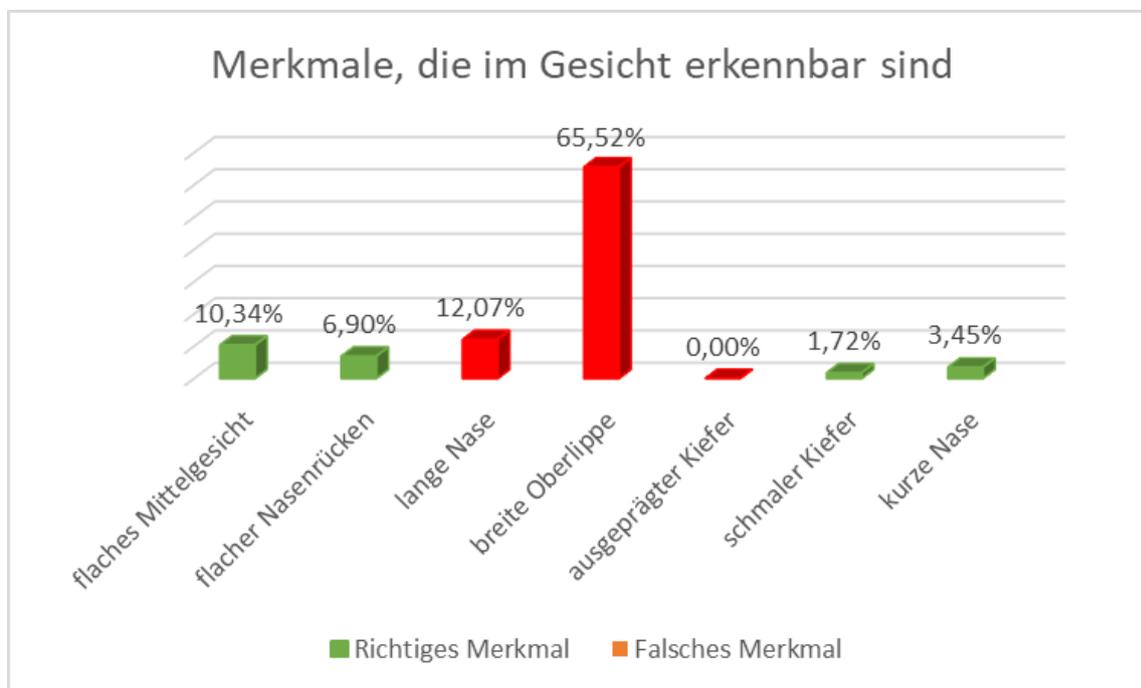
Richtig: Trifft gar nicht zu und trifft eher nicht zu

- Eine Diagnose ist ratsam
- 94%

Bekannt

KB05 Kennbar

Welche Merkmale eines FASD Erkrankten sind im Gesicht erkennbar? Bitte kreuzen Sie alle 4 zutreffenden Merkmale an



Richtig:

Flaches Mittelgesicht: 3% **Unbekannt**

Flacher Nasenrücken: 7% **Unbekannt**

Kurze Nase: 2% **Unbekannt**

Schmaler Kiefer: 2% **Unbekannt**

Falsch:

Lange Nase: 88% haben richtig geantwortet **Bekannt**

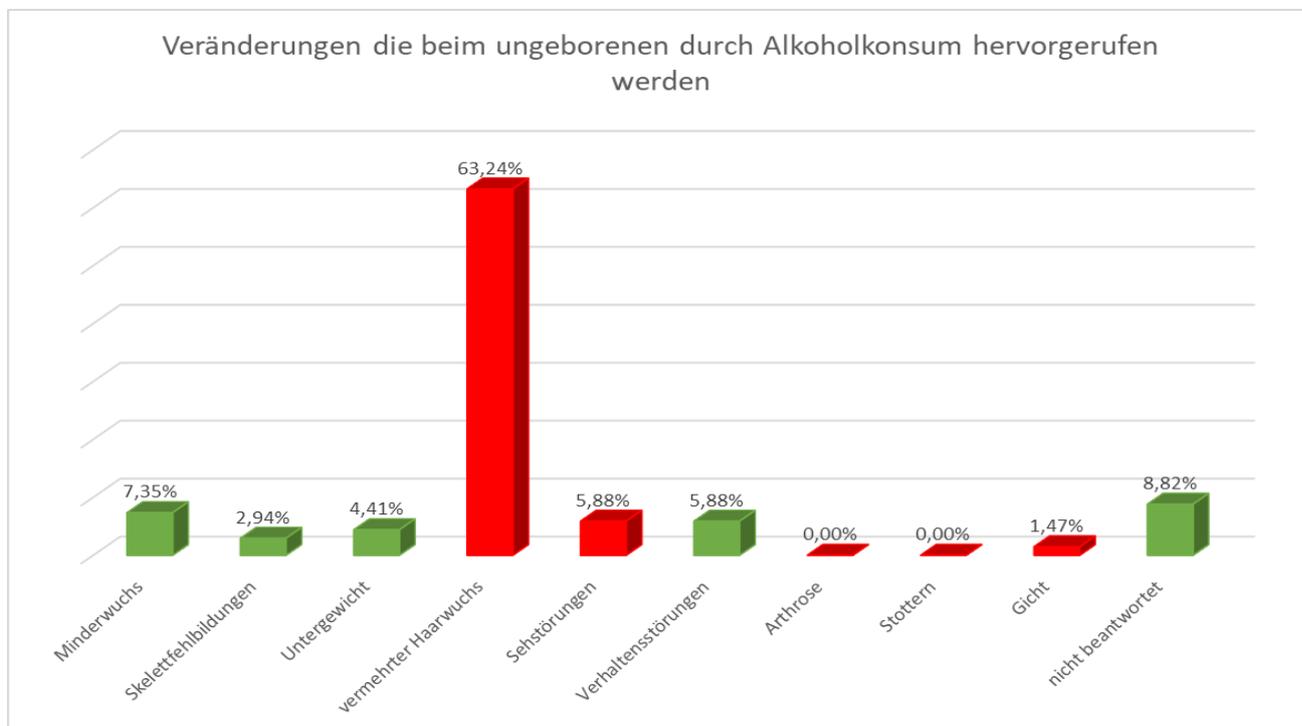
Breite Oberlippe: 34% haben richtig geantwortet **Unbekannt**

Ausgeprägter Kiefer: 100% haben richtig geantwortet **Bekannt**

und KB06

Welche Veränderungen kann Alkohol während der Schwangerschaft beim Kind auslösen?

Bitte wählen Sie die 4 zutreffenden Veränderungen aus



In Abbildung zu sehen, was NICHT ausgewählt wurde

Richtig:

Minderwuchs: 8% haben richtig geantwortet **Unbekannt**

Verhaltensstörungen: 6% haben richtig geantwortet **Unbekannt**

Skelettfehlbildungen: 3% haben richtig geantwortet **Unbekannt**

Untergewicht: 5% haben richtig geantwortet **Unbekannt**

Falsch:

Vermehrter Haarwuchs: 37% haben richtig geantwortet **Bekannt**

Arthrose: 100% haben richtig geantwortet **Bekannt**

Stottern: 100% haben richtig geantwortet **Bekannt**

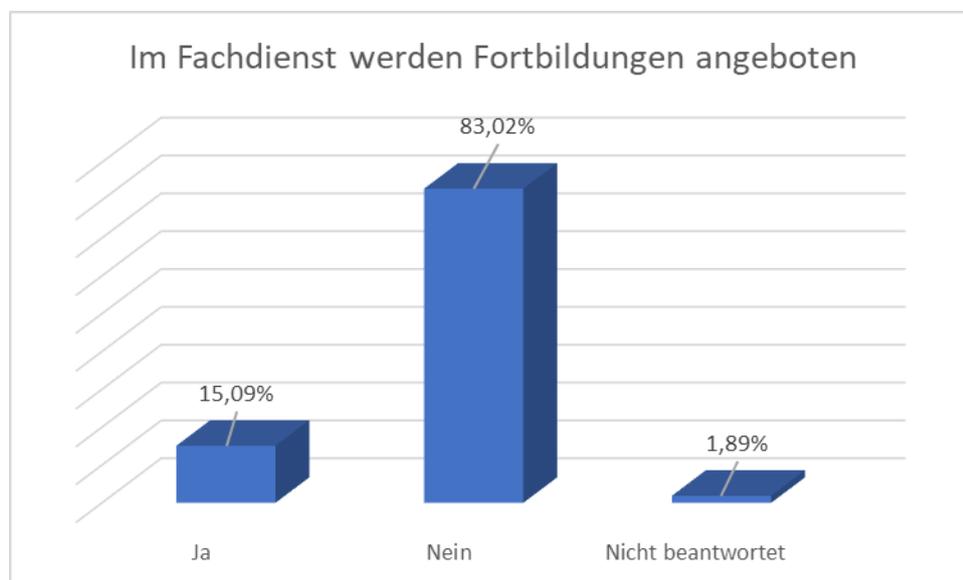
Gicht: 98% haben richtig geantwortet **Bekannt**

Sehstörungen: 6% haben richtig geantwortet **Bekannt**

Bedürfnis

AR03 Fortbildungen

Werden in Ihrem Fachdienst Fortbildungen zu diesem Thema angeboten?

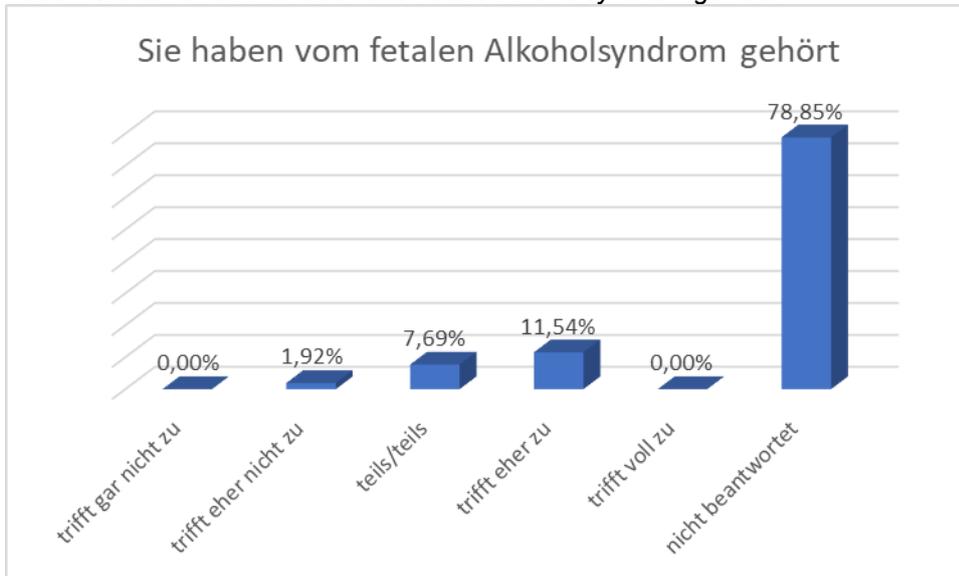


Bisher wurden nur 15% der Befragten eine Fortbildung zum Thema FASD angeboten-

Über 50% wurde keine Fortbildung angeboten

ES01 Gehört

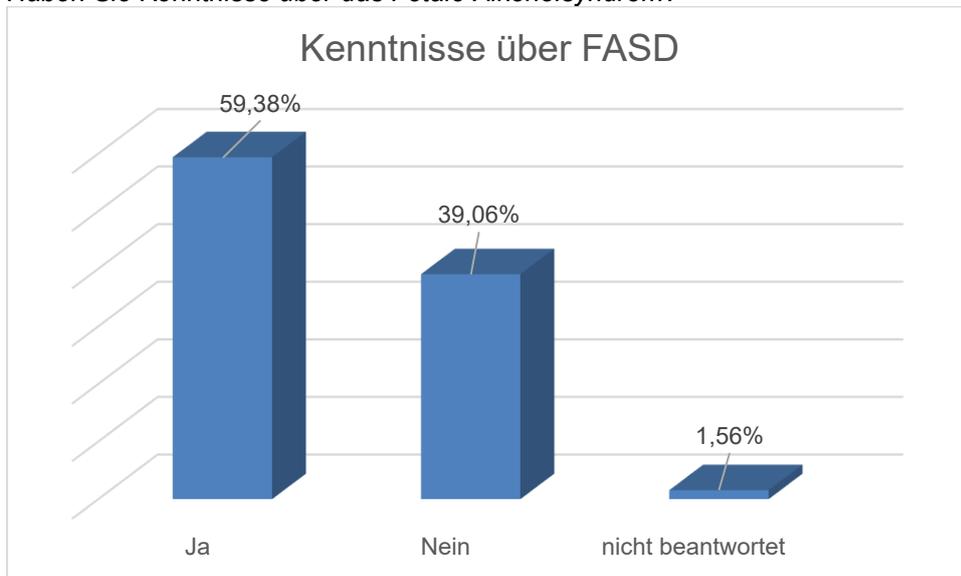
Haben Sie schon einmal über das Fetale Alkoholsyndrom gehört?



67% haben von FASD gehört. Über 50% haben bereits von dem Krankheitsbild gehört

ES02 Kenntnisse

Haben Sie Kenntnisse über das Fetale Alkoholsyndrom?

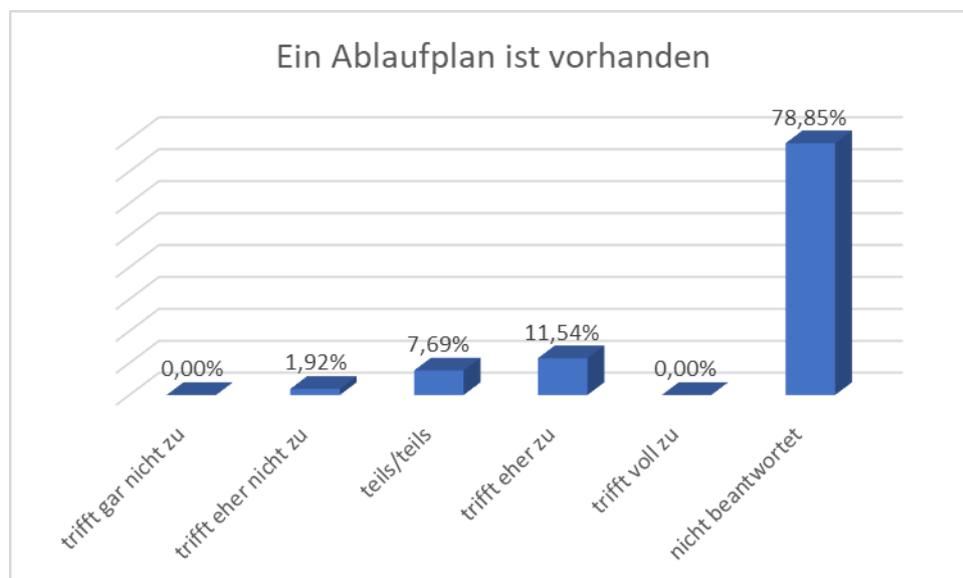


59% geben an Kenntnisse über FASD zu haben. 39% haben keine Kenntnisse.

Über 50% der Befragten haben Kenntnisse zum Thema FASD

AR_02

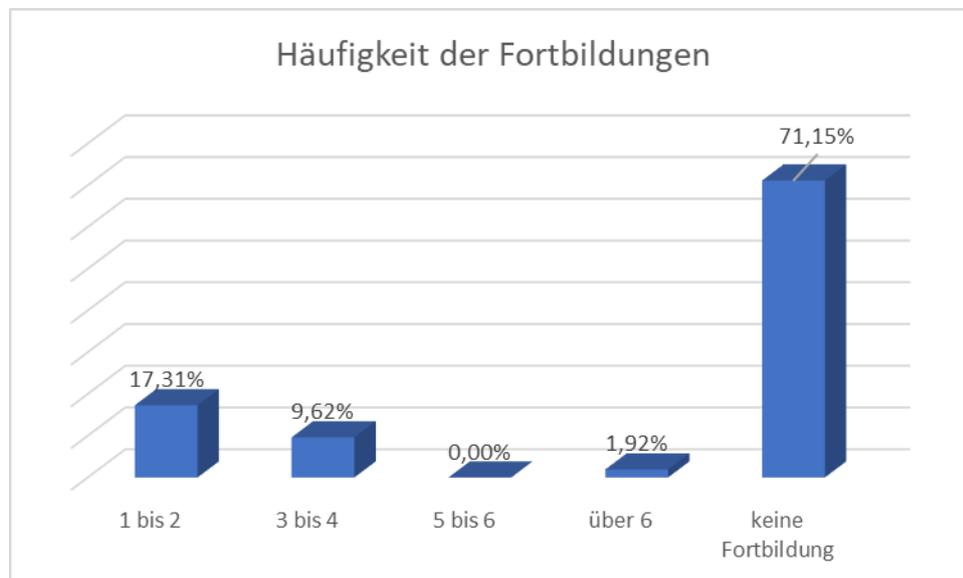
Gibt es einen Ablaufplan auf Ihrer Arbeitsstelle in Bezug auf den Umgang mit FASD- Erkrankten?



55% geben an einen Ablaufplan auf der Arbeitsstelle zu haben.

AR05_01 Fortbildungen im Jahr

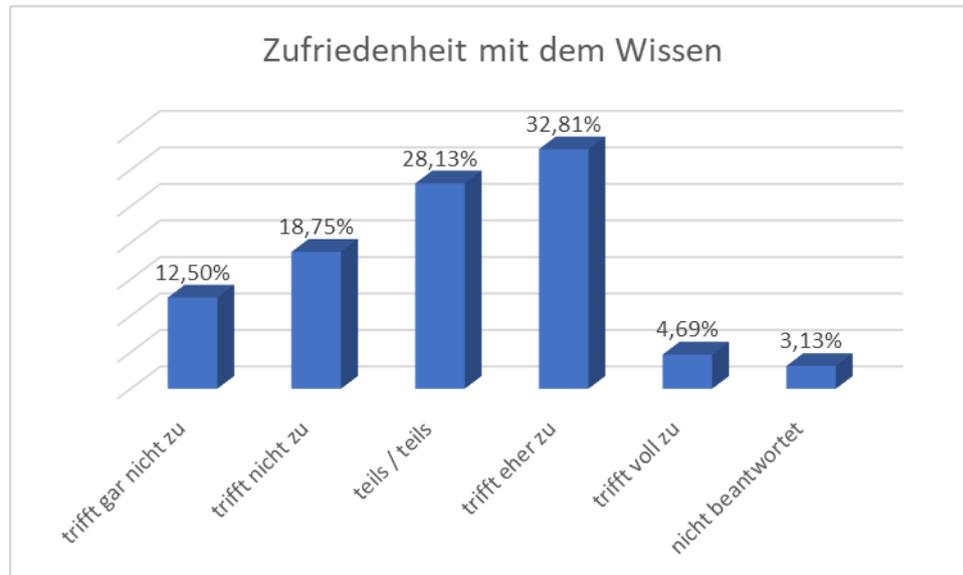
Von denen die eine Fortbildung gemacht haben, haben X Leute X viele Fortbildungen besucht



71% haben keine Fortbildung besucht

ES03 1 Zufriedenheit

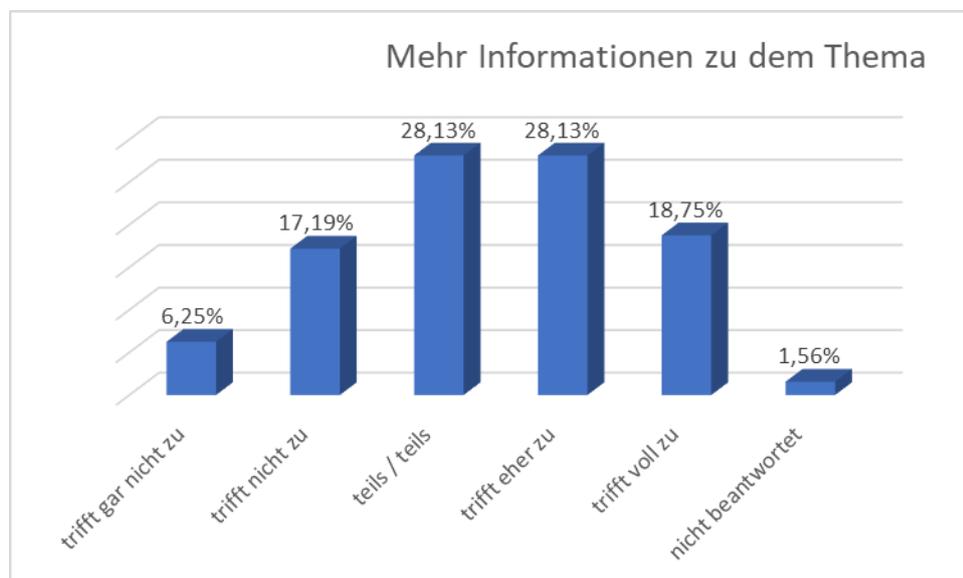
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Wissen bzgl. FASD?



38% sind zufrieden mit ihrem Wissen. Das sind unter 50

ES04 1 mehr Informationen

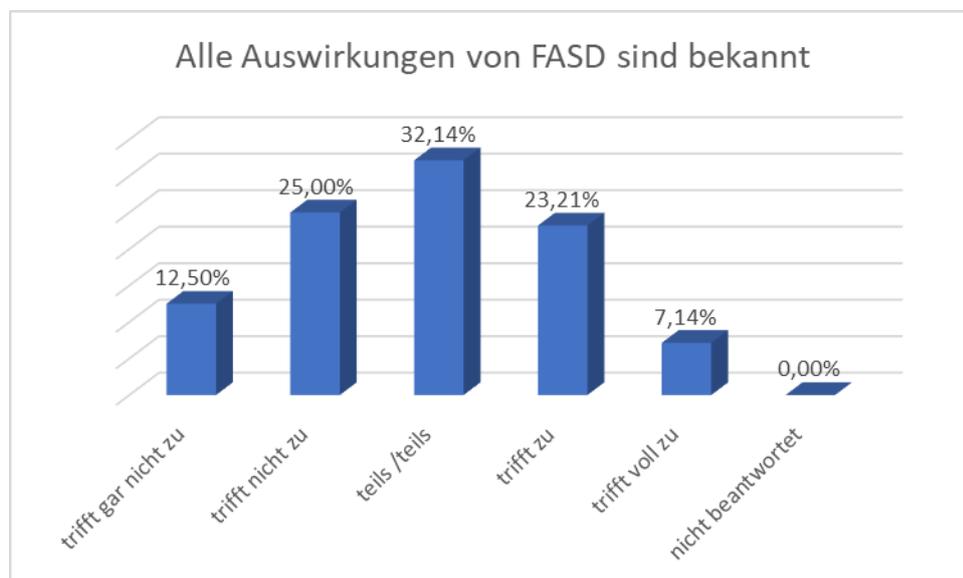
Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie mehr Informationen zum Thema brauchen?



47% brauchen höchstwahrscheinlich mehr Informationen zum Thema FASD. 23% benötigen keine Informationen mehr. 28% ist sich nicht sicher.

AL04_01 Auswirkungen

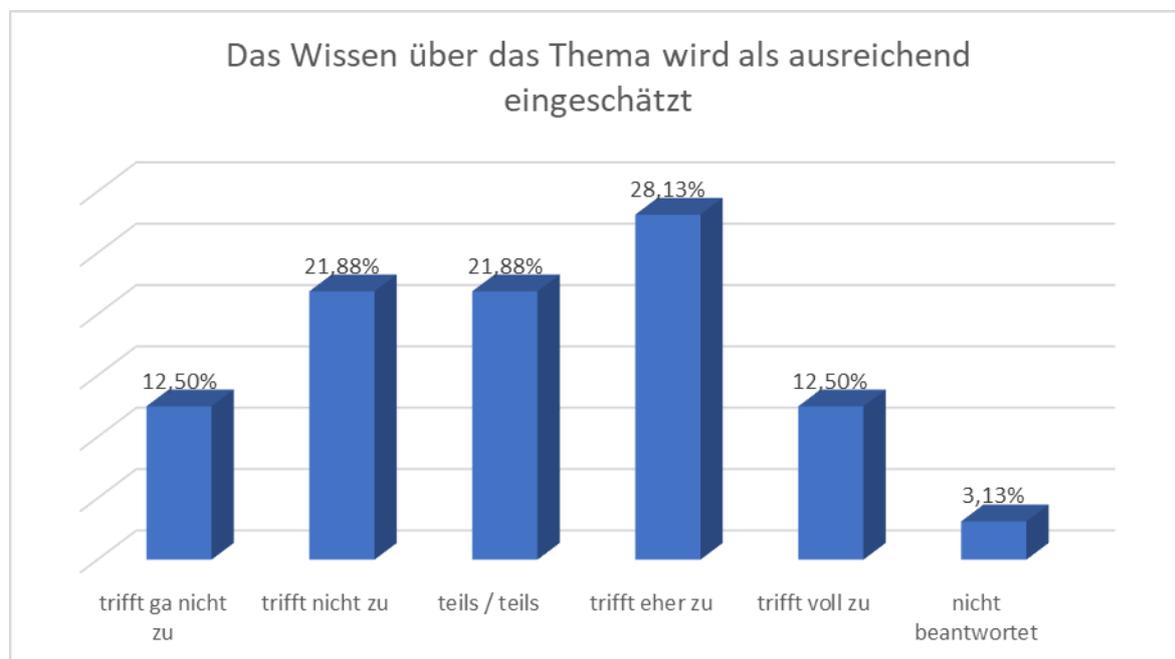
Kennen Sie alle Auswirkungen des Fetalen Alkoholsyndroms?



30% kennen alle Auswirkungen von FASD. 38% kennen nicht alle Auswirkungen. 32% ist sich nicht sicher.

ES05 1 Selbsteinschätzung

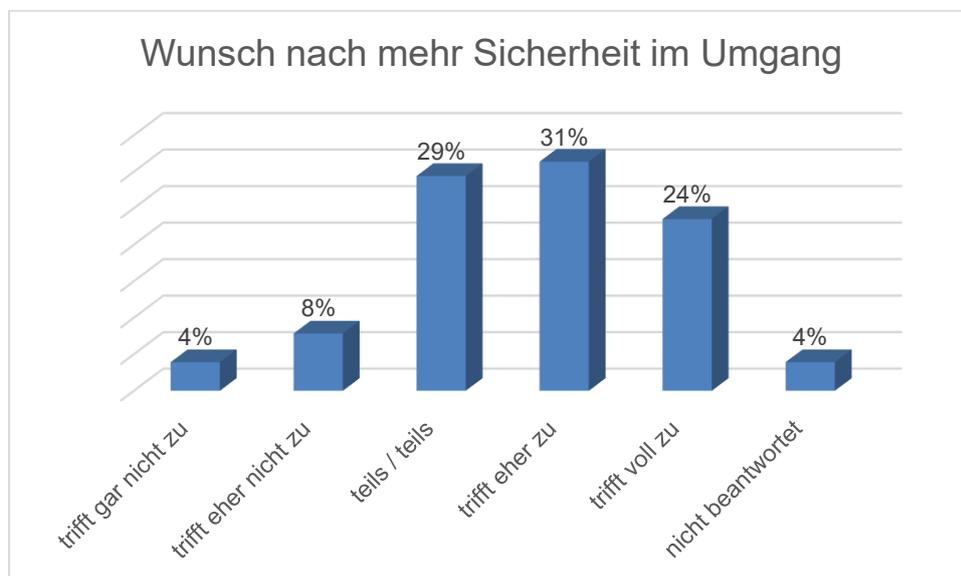
Schätzen Sie selbst Ihr Wissen bzgl. des Themas als ausreichend für Ihre Arbeit ein?



34% schätzen ihr Wissen als nicht ausreichend für die Arbeit ein. 41% schätzen es als ausreichend ein und 22% ist sich nicht sicher.

SC02_01 Sicherheit

Wünschen Sie sich mehr Sicherheit im Umgang mit dem Krankheitsbild?

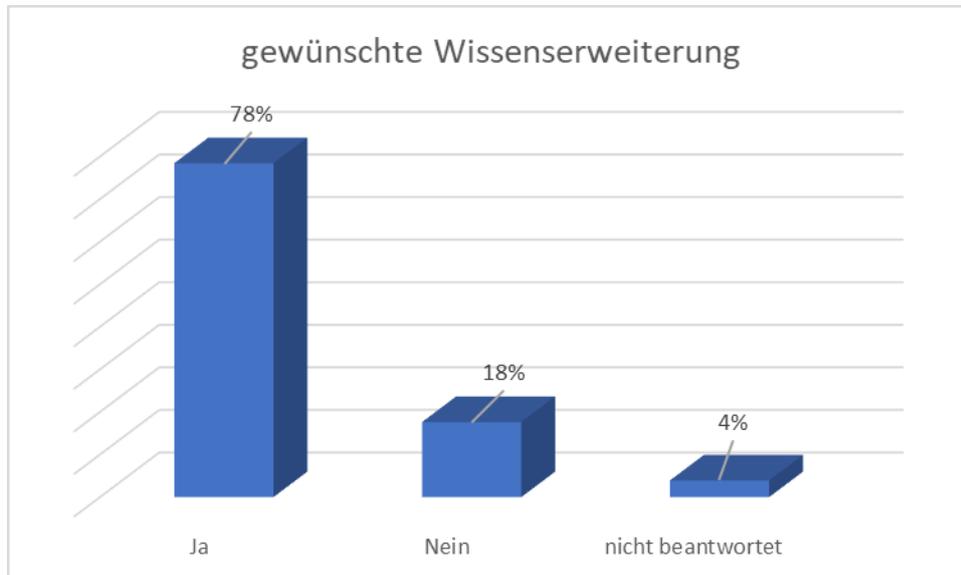


55% wünschen sich mehr Sicherheit im Umgang mit dem Krankheitsbild.

12% fühlt sich sicher und 29% ist sich nicht sicher

SC03 Wissenserweiterung

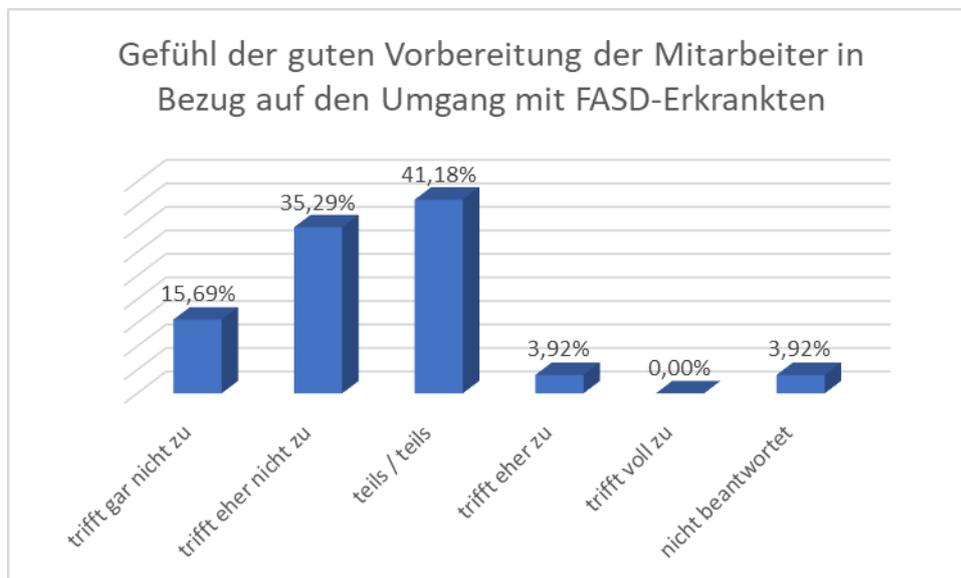
Würden Sie Ihr Wissen in Bezug auf das Thema erweitern wollen?



78% wünschen sich eine Wissenserweiterung

SC04 01 Vorbereitung

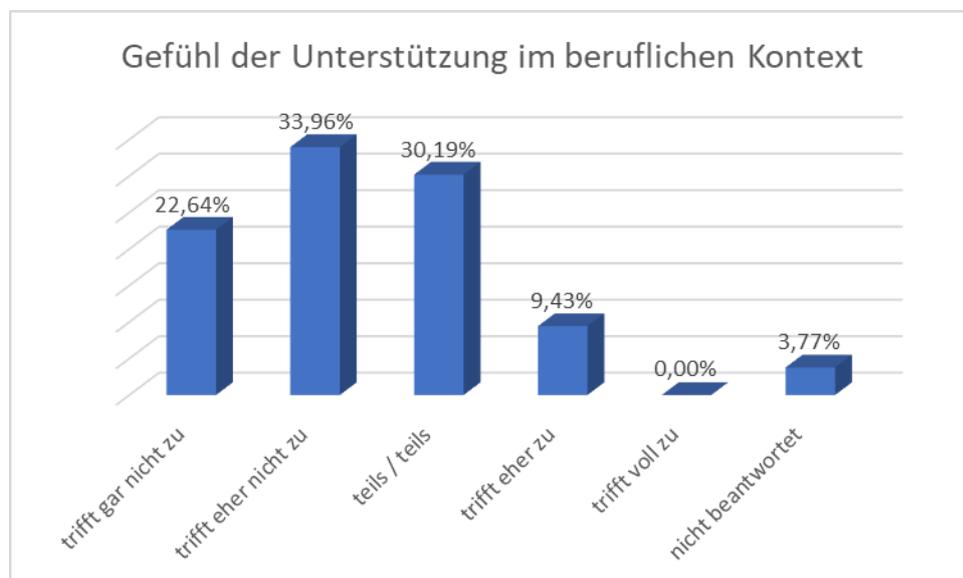
Fühlen Sie sich gut vorbereitet auf den Umgang mit FASD- Erkrankten?



53% fühlen sich nicht gut vorbereitet. 43% ist sich nicht sicher und 4% fühlt sich gut vorbereitet.

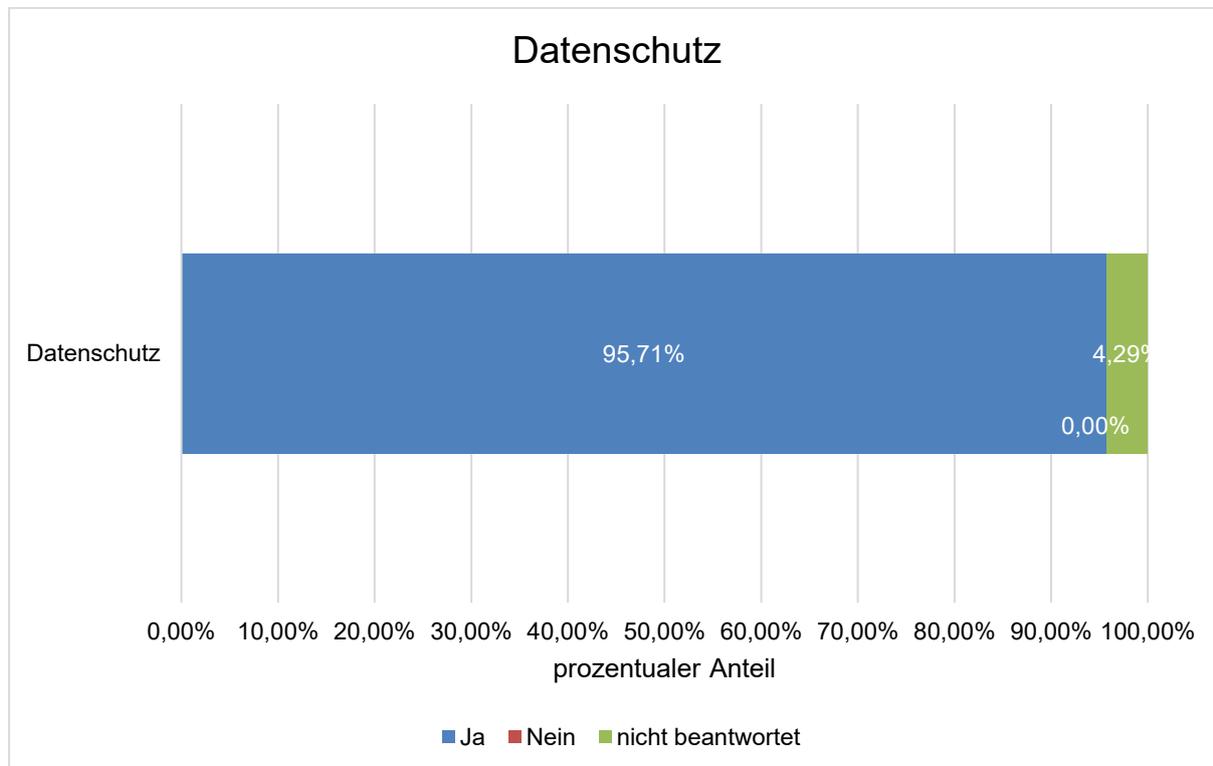
AR01_01 Unterstützung

Fühlen Sie sich in Ihrem beruflichen Kontext für den Umgang mit FASD- Erkrankten unterstützt?



57% fühlen sich im beruflichen Kontext nicht unterstützt. 30% ist sich nicht sicher und 9% fühlt sich unterstützt.

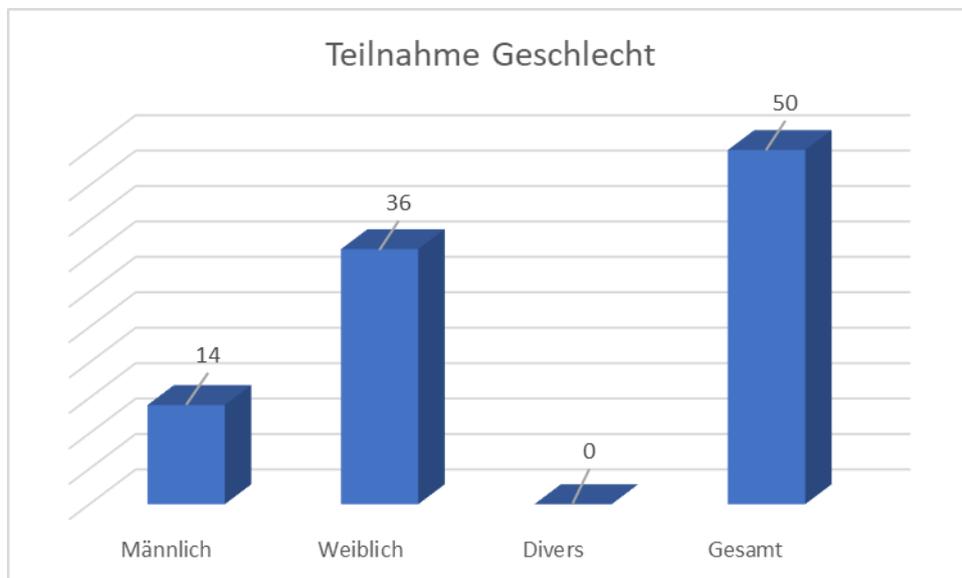
Einstieg



Die Frage musste mit Ja beantwortet werden, um am Fragebogen teilnehmen zu können.

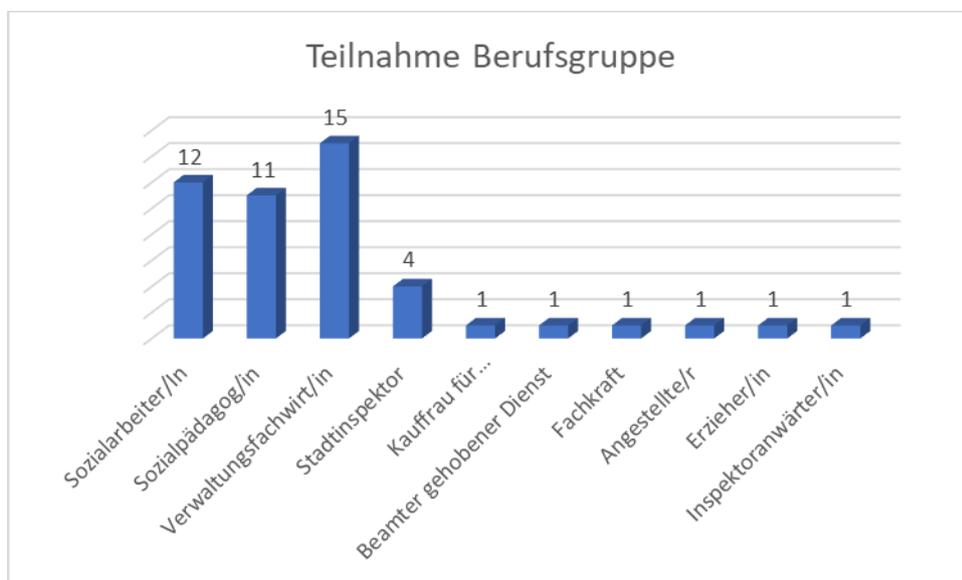
SD01 01-01 03 Geschlechterteilnahme

Welches Geschlecht haben Sie?



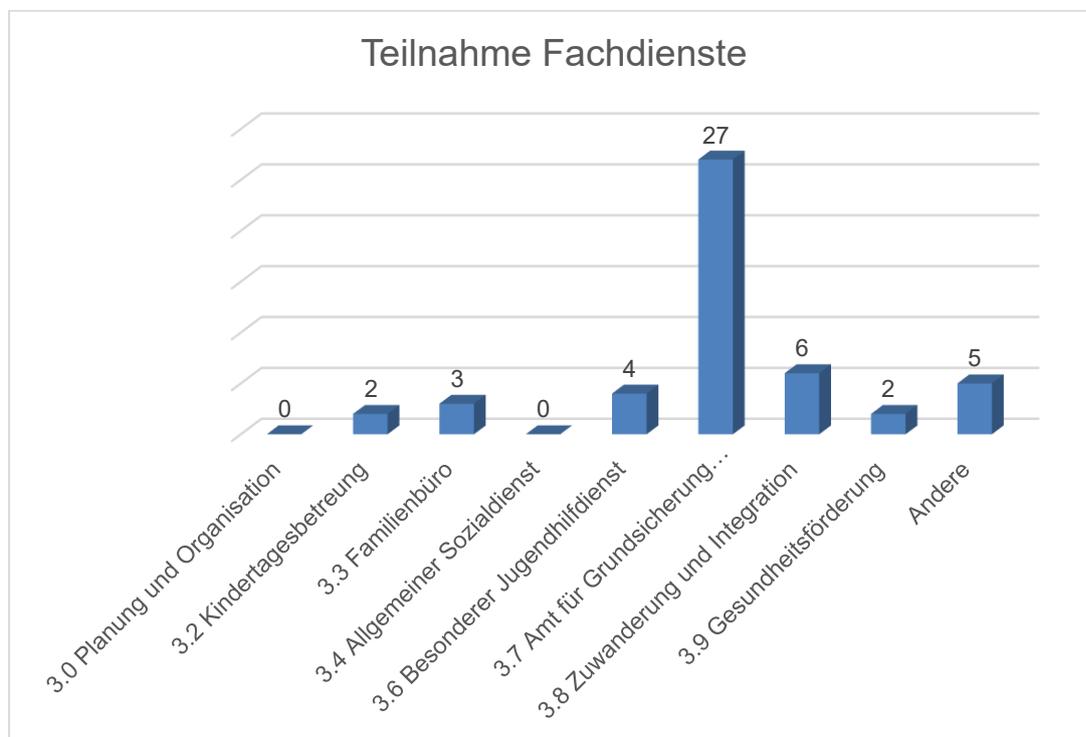
SD02 01-02 Beruf

Welchen Beruf haben Sie erlernt



SD04 Teilnahme Fachdienste

In welchem Fachdienst arbeiten Sie?



Anlage 3: Handlungsforschungsprojekt

**HOCHSCHULE FULDA - MASTERSTUDIENGANG SOZIALE ARBEIT
MIT DEM SCHWERPUNKT GEMEINDEPSYCHIATRIE**

Beschreibung und Auswertung des durchgeführten Handlungsforschungsprojektes

„Studie zur Erhebung der Bekanntheit des Fetalen Alkoholsyndroms in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsherg“

MELINA KUPITZ

13.06.2021

STUDENTENNUMMER: 1245507

GP19

SS 2021

PROF. DR. MATTHIAS OCHS

1.0 Das Handlungsforschungsprojekt

Im April 2020 startete mit einem ersten Forschungsdesign die Vorbereitungs- und Durchführungsphase des Handlungsforschungsprojektes. Diese Ausarbeitung befasst sich mit der Aufbereitung des durchgeführten Handlungsforschungsprojektes „der Studie zur Erhebung der Bekanntheit des Fetalen Alkoholsyndroms in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg“. In diesem Bericht wird daher Bezug zur Durchführung genommen, aber besonderes Augenmerk auf die Beschreibung der erlangten Ergebnisse gelegt. Zunächst wird das grundlegende Forschungsinteresse beschrieben und weiter, wie sich dies aus dem theoretischen Zugang ergibt. Aufbauend wird die Forschungshypothese sowie die Forschungsfrage dargestellt. Durch das beschriebene methodische Vorgehen kann zum Ende hin die Forschungsfrage beantwortet und die Hypothese verifiziert/falsifiziert werden. Eine Diskussion sowie Ergebnisinterpretationen werden zum Schluss angestellt, wobei hier auch ein Ausblick auf eventuelle weitere Schritte nach dem Handlungsforschungsprojekt beschrieben werden.

Aus welchem Kontext sich das Thema der Forschungsstudie ergab, beschreibt der folgende Abschnitt.

2.0 Kontextklärung

Mit Hilfe des Handlungsforschungsprojektes wurde das Thema des Fetalen Alkoholsyndroms (FASD) in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg näher beleuchtet. Genauer wurde hierzu die Bekanntheit des Krankheitsbildes erhoben verbunden mit einem Überblick über Weiterbildungsbedarf- und auch Weiterbildungswünschen zu diesem Thema. Das Thema erhielt zunächst im Unter- 25 Jährigen Team des Jobcenters seinen Anklang. Das benannte Team besuchte einen Vortrag über das Krankheitsbild in der Stadthalle Soest. Durchgeführt wurde der Vortrag von FASD-Deutschland e.V.. Durch eine Reflektion im Team bzgl. des Themas fiel auf, dass höchstwahrscheinlich mehrere Jobcenterkunden¹⁷, das Krankheitsbild erfüllen könnten, eine Diagnose aber nicht vorliegt oder die Kunden sich selbst dessen nicht bewusst sind. Durch eine fast voll besetzte Soester Stadthalle wurde die Vermutung aufgestellt, dass ein sehr hohes Interesse an dem Thema vorliegt, was wiederum auch bedeuten könnte, dass es in Bezug auf das Krankheitsbild noch sehr viele Wissenslücken bei vielen Menschen gibt, welche geschlossen werden möchten.

Mit Hilfe einer kurzen Vertiefung zum Krankheitsbild, soll ein Einblick in mögliche Einschränkungen durch das Krankheitsbild gegeben werden.

¹⁷ Leistungsbezieherim Jobcenter (SGBII Leistungen)

2.1 Das Fetale Alkoholsyndrom

Das Fetale Alkoholsyndrom wird fortlaufend im Text unter der Abkürzung FASD beschrieben. Der Begriff des Fetalen Alkoholsyndroms beschreibt eine der bekanntesten Folgeerscheinungen, die auf den mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zurückzuführen sind. Über den Begriff der Fetalen Alkoholspektrum-Störung (**Fetal Alcohol Spectrum Disorders, FASD**) wird eine Gruppe irreversibler physischer und psychischer Geburtsdefekte beschrieben, welche bei Kindern auftreten können, deren Mütter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert haben (vgl. fasd-fachzentrum o.J.). Es handelt sich hierbei um Schädigungen, die durch intrauterine Alkoholexposition hervorgerufen werden. „Zu den Fetalen Alkoholspektrumstörungen gehören:

- Das Vollbild Fetales Alkoholsyndrom (FAS – fetal alcohol syndrome)
- Das partielle Fetale Alkoholsyndrom (pFAS – partial fetal alcohol syndrome)
- Die alkoholbedingte Entwicklung
- Neurologische Störung (ARND – alcohol related neurodevelopmental disorder)“

(Landgraf 2017: 336).

3.0 Exploratives Forschungsinteresse

Das Forschungsinteresse wurde nach dem Vortrag dadurch vertieft, dass durch Teamgespräche festgestellt wurde, dass höchstwahrscheinlich mehrere Kunden das Krankheitsbild erfüllen, keine Diagnose vorliegt und der jeweilige Berater des Jobcenters aufgrund von Unkenntnis über das Krankheitsbild, den Kunden oder die Kundin falsch berät. Auch wurde die Hypothese aufgestellt, dass die betroffenen Kunden zu Unrecht sanktioniert werden. Aus diesen Überlegungen entstanden die Gedanken des Präventiven Umgangs mit dem Krankheitsbild und der Wunsch mehr Menschen über das Krankheitsbild zu informieren. Schon durch eine generelle Sensibilisierung für das Krankheitsbild, würden Menschen eventuell ihren Umgang mit Betroffenen ändern. In diesem Zusammenhang war es interessant zu wissen, ob auch weitere Berater im Jobcenter keine oder nur teilweise Kenntnisse über das Krankheitsbild haben.

Die Notwendigkeit der Aufklärung über dieses Krankheitsbild wurde sichtbar und es konnten mögliche Rückschlüsse auf die Arbeit mit FASD-Erkrankten gezogen werden. Nach genauer Betrachtung des Erkenntniszusammenhangs und der Kontextklärung wurde eine vertiefende Literaturrecherche vorgenommen, um das Forschungsinteresse auszubauen.

Als Grundlage für die Hypothesenbildung ist eine Literaturanalyse notwendig, um einen Überblick über den aktuellen Wissens- und Forschungsstand zu erlangen (vgl. Raithel 2008: 33). An dieser Stelle war es zunächst wichtig zu erfahren, ob bereits Studien zur

Erhebung der Bekanntheit des Krankheitsbildes in Kommunen, vorliegen. Diesbezüglich konnte keine Literatur generiert werden. *Es gibt keine Anhaltspunkte für eine Studie zur Bekanntheit vom Krankheitsbild FASD in einer bestimmten Region. Auch die Stadt Arnsherg hat diesbezüglich noch keine Daten erhoben.*

3.1 Literaturrecherche

Es konnten Zahlen ausfindig gemacht werden, welche in Bezug auf werdende Mütter und deren Alkoholkonsum nehmen. Dazu hier ein Ausschnitt aus der Literatur:

Der FASD Deutschland e.V. ist ein Verein, welcher es sich unter anderem zur Aufgabe gemacht hat, die Öffentlichkeit über die Auswirkungen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft und Stillzeit aufzuklären (vgl. FASD Deutschland e.V. 2019a): Die vom Verein ausgewerteten nachstehenden Zahlen zeigen die Notwendigkeit des Themas und lassen auch auf eine Dringlichkeit der Behandlung im Stadtgebiet Arnsherg zielen.

„1) FASD ist die häufigste Ursache einer geistigen Behinderung in der westlichen Welt (WHO)

2) Alkohol verursacht bei weitem mehr neurologische Schäden als Heroin, Kokain und Marihuana. (Institute of Medical Report to Congress)

3) Über 50 % der gebärfähigen Frauen trinken Alkohol (American medical Association) und nur 39 % der gebärfähigen Frauen wissen was FASD ist. (National Institute of health)

4) Ca. 20 % der schwangeren Frauen trinken während der Schwangerschaft weiter. (Journal of American Medical Association). Die Häufigkeit von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft hat sich in den vergangenen Jahren erhöht wahrscheinlich wegen irreführender Medienartikel, die behaupten, dass ein Glas am Tag bedenkenlos sei (Centre for Disease Control and Prevention)“ (FASD Deutschland e.V. 2019b).

"In Deutschland besteht die Notwendigkeit, standardisierte und transdisziplinäre diagnostische Kriterien für das Fetale Alkoholsyndrom zu definieren, die in der Praxis effektiv und unmissverständlich genutzt werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit hat daher ein Projekt (STOP-FAS) zur Erstellung einer diagnostischen Leitlinie des Fetalen Alkoholsyndroms für Deutschland initiiert, das von der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin angenommen und der Gesellschaft für Neuropädiatrie übertragen wurde." (FASD Deutschland e.V. 2019c).

„Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren trinken mehr als 80 Prozent der Mütter in der Schwangerschaft mehr oder weniger Alkohol und nur sechs Prozent der

Frauen leben vollständig abstinenz. Eine schwedische Studie zeigte anhand eines standardisierten Fragebogens, dass etwa 30 Prozent der Schwangeren im Schwangerschaftsverlauf regelmäßig und sechs Prozent der Schwangeren mehr als zweimal im Monat Alkohol konsumieren“ (FASD Deutschland e.V. 2019d).

So beschreibt auch das Ärzteblatt eine hohe Prävalenz des Fetalen Alkoholsyndroms in Europa. Laut der Studie JAMA Pediatrics kommen jede Stunde 1.700 Kinder mit einem Fetalen Alkoholsyndrom zur Welt. „Von den WHO-Regionen ist Europa am stärksten betroffen“ (Ärzteblatt 2017).

„Studien zur Prävalenz sind schwer durchzuführen und ein Überblick über das Ausmaß des Problems ist kaum zu erhalten. Ein Team um Svetlana Popova vom Centre for Addiction and Mental Health in Toronto hat jetzt den Versuch einer globalen Analyse unternommen. Grundlage waren die Ergebnisse aus 24 Studien mit 1.416 Kindern. Das ist eine vergleichsweise magere Zahlenbasis und die Ergebnisse dürften vor dem Hintergrund der schwierigen Diagnose nur eine erste Annäherung sein, die jedoch kein schmeichelhaftes Licht auf Europa wirft. Die globale Prävalenz der FASD bei Kindern und Jugendlichen liegt danach bei 7,7 Erkrankungen pro 1.000 Einwohner (95-Prozent-Konfidenzintervall 4,9–11,7 pro 1.000 Einwohner). Die Weltregion der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit der höchsten Prävalenzrate von 19,8 auf 1.000 Einwohner (14,1–28,0) war Europa. Am seltensten ist das FASD in der östlichen Mittelmeerregion (mit einem hohen Anteil von Muslimen). Dort liegt die Prävalenz nach den Berechnungen von Popova nur bei 0,1 pro 1.000 Einwohner (0,1–0,5). Innerhalb der einzelnen Länder schwankt die Häufigkeit sehr stark. Die höchste Prävalenz wurde mit 521 auf 1.000 Personen bei Kindern gefunden, die aus Osteuropa nach Schweden adoptiert wurden. Hier war mit anderen Worten mehr als jedes zweite Kind betroffen. In einer Kohorte von adoptierten Kindern und Heimkindern in den USA lag die Prävalenz bei 285 pro 1.000 Personen, bei Gefängnisinsassen in Kanada bei 233 pro 1.000 Personen und bei Ureinwohnern in Kanada bei 190 pro 1.000 Personen. Zu den Einschränkungen der Studie gehört nicht nur die geringe Zahl von Studien. Auch die Diagnose des FASD ist von Studie zu Studie und von Land zu Land verschieden“ (ebd.).

„Alkoholpräventionsprogramme werden in Deutschland (wie alle Präventionsprogramme) auf zentraler Ebene unter anderem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die Allgemeinbevölkerung und für einzelne Zielgruppen durchgeführt, wie z. B. Jugendliche. Es gibt jedoch auch auf föderaler Ebene zahlreiche Ansätze. Prävention und Gesundheitsförderung sollen in Deutschland (laut Vereinbarung des Koalitionsvertrags von 2005) zu einer eigenständigen Säule des Gesundheitswesens mit einem Präventionsgesetz ausgebaut werden, das jedoch nicht umgesetzt wurde. Obwohl eine steigende Anzahl an

Menschen die Präventionsangebote (insbesondere der gesetzlichen Krankenkassen) in Anspruch nimmt, werden nach wie vor wesentliche Zielgruppen (z. B sozial benachteiligte Gruppen) selten bis kaum erreicht. Die Frage, inwieweit Prävention und Gesundheitsförderung zu Einsparungen im Gesundheitswesen allgemein beitragen können, wird kontrovers diskutiert. Insbesondere bestehen Defizite in der Präventionsforschung zu Wirksamkeit und Effizienz“ (Fröschl/ Brunner-Ziegler/ Wirl 2013:3).

„Entweder liegen für einen bestimmten Gegenstandsbereich bereits ausgearbeitete Theorien in der Literatur vor, oder eine neue Theorie zur Erklärung des ausgewählten Gegenstandsbereich muss entwickelt werden“ (Raithel 2008:33). Da in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand keine Theorie finden lässt, kann eine Übertragung von Theorien verwandter Gegenstandsbereiche neu entwickelt werden (vgl. Raithel 2008:33). Diesbezüglich wurde der Hinweis verwendet, dass bei den Vermittlern im Jobcenter Kenntnis über bestehende Handicaps als Grundlage der Vermittlungsbemühungen in eine Beschäftigung, angesehen werden (vgl. FASD Deutschland e.V.2020: 23). Die Notwendigkeit des Wissens über das Krankheitsbild wird durch die Aussage gestützt, dass FASD nicht allgemein bekannt ist, was bedeutet, dass Jobcentermitarbeiter selten die erforderlichen Kenntnisse haben, welche überhaupt zu dem Verdacht auf FASD führen könnten.

Aufbauend auf Kontextklärung, Forschungsinteresse und der Literaturrecherche, wurden diese im nächsten Schritt auf Basis des Theoriemodells eine spezifische **Hypothese** und Fragestellung ausgearbeitet (vgl. Raithel 2008:33). „Hierbei handelt es sich nicht um allgemeine theoretische Aussagen, sondern um eine Spezifizierung was erforscht werden soll“ (Raithel 2008:33).

Das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms ist in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg unbekannt.

Ziel war es die aufgestellte Hypothese zu bestätigen oder zu verwerfen. Dieses Vorgehen beschreibt auch Schaffer (2014) als Ziel empirischen Vorgehens (vgl. Schaffer 2014: 34). Aus diesem Grund wurde auf Grundlage der Literaturrecherche und aus dem Erkenntnisinteresse folgende Forschungsfrage ausgearbeitet:

„Inwieweit ist den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms bekannt?“

Durch eine Erläuterung des methodischen Vorgehens wird der Umgang während der Forschung mit der Hypothese und der Forschungsfrage, beschrieben.

4.0 methodisches Vorgehen

Um die Forschungsfrage zu beantworten wurde ein quantitatives Forschungsdesign gewählt. „Quantitative Forschung zeichnet sich dadurch aus, dass sie theoriegeleitet mit in Zahlen darstellbaren Inhalten arbeitet und Komplexität reduziert, um generalisierende - also für viele Fälle gültige - Aussagen zu treffen“ (Uhlendorff/Prenzel 2013:137). Für die Durchführung des Forschungsvorhaben und somit für die Untersuchung der Hypothese sowie Untersuchung des Sachverhaltes bzw. der Problemstellung, wurde an dieser Stelle zunächst eine Zielgruppe definiert (vgl. Raithel 2008:54). Die zu erforschende Zielgruppe ergibt sich aus den Mitarbeitern der sozialen Fachdienste der Stadt Arnsberg. Es wird bei diesen Probanden davon ausgegangen, dass sie mit dem Krankheitsbild konfrontiert sind und im beruflichen Alltag damit umgehen müssen:

Zu den sozialen Fachdiensten gehören:

- ▶ 3.0 Planung und Organisation
- ▶ 3.2 Kindertagesbetreuung
- ▶ 3.3 Familienbüro
- ▶ 3.4 Allgemeiner Sozialer Dienst
- ▶ 3.5 Wirtschaftliche Jugendhilfe
- ▶ 3.6 Besonderer Jugendhilfdienst
- ▶ 3.7 Amt für Grundsicherung/ Jobcenter/ Wohngeldstelle

Die wirtschaftliche Jugendhilfe entschloss sich nach dem Erhalt des Fragebogens, nicht an diesem teilzunehmen. Eine Begründung hierfür war Zeitmangel und die Arbeit mit finanziellen Angelegenheiten und nicht am bzw. mit dem Menschen orientiert.

4.1 Fragebogengenerierung

Nachdem eine Zielgruppe generiert werden konnte, wurde der Online-Fragebogen ausgearbeitet. Hierzu wird das Programm Sosci Survey verwendet. Mit Hilfe eines Online-Fragebogens kann eine große Zielgruppe erreicht werden, es entsteht kein großer Zeitaufwand für die Beteiligten und der Arbeitgeber muss keine Mehrkosten auf sich nehmen. Generell wurde bei der Fragebogenkonstruktion darauf geachtet, dass dieser leicht auszufüllen ist und dass die Befragung generell auch von anderen Forschern zu einem späteren Zeitpunkt repliziert und nachvollzogen werden kann (vgl. Raithel 2008: 67).

Im Fragebogen sollte mit offenen und geschlossenen Fragen sowie geschlossenen Intervallskalen gearbeitet werden. Die offenen Fragen sollten für die Problemfeldexplorierung verwendet werden und die geschlossenen Fragen für die Hypothesenprüfung. Nach Durchführung des Pretests (Kap. 4.3), wurden die offenen Fragen zu halboffenen Fragen (Hybridfragen) umgeschrieben, da sich die offenen Fragen als zu schwer zu beantworten

herausstellten. So schreibt auch Raithel, dass sich aus offenen Fragen oft Antwortverweigerungen ergeben (vgl. Raithel 2008: 68). Bei den Intervallskalen wurde sich für eine ungerade Skala entschieden um das Erzwingen einer Festlegung hin zu einer Richtung zu vermeiden. Ein Richtig oder Falsch bzgl. der Endgültigen Empfehlung, ob ungerade oder gerade Skalenfragen, kann generell nur schwer gegeben werden (vgl. Raithel 2008:69).

Ebenso wurde der Fragebogen in verschiedene Kategorien unterteilt, damit eine Struktur die Auswertung erleichtert und der Proband einen roten Faden bei der Beantwortung der Fragen vorgegeben bekommt. Die Einteilung in Kategorien ist im Anhang zu finden (Anlage 1).

Bevor der Fragebogen weiter ausgearbeitet werden kann, muss der Begriff der „Bekanntheit“ operationalisiert werden. „Das Ziel quantitativen Paradigmas ist das „Erklären“ der kulturellen/sozial geschaffenen Wirklichkeit. Mit Hilfe quantifizierender Methoden werden Strukturen über individuelle Zusammenhänge und Regeln zwischen Begebenheiten aufgedeckt, indem soziale Gegebenheiten über einen Operationalisierungsvorgang messbar gemacht werden, um dann statistische Analysen anzuwenden“ (Raithel 2008: 13).

4.2 Operationalisierung

„Mit Operationalisierung wird die Überführung von theoretischen Begriffen in messbare Merkmale (Objekte mit Eigenschaften) gemeint“ (Raithel 2008:36). Ebenso haben nach Uhlendorf und Prengel (2013) andere Forscher durch die Operationalisierung die Möglichkeit, die Studie zu replizieren oder auch zu erweitern (vgl. Uhlendorff/Prengel 2013:139). Der Begriff „Bekanntheit“ wurde messbar gemacht, indem verschiedene Merkmalsausprägungen des Begriffes erhoben wurden. Diesbezüglich wurden abhängige und unabhängige Variablen aufgestellt. *„Abhängige Variable sind jene, die untersucht bzw. erklärt werden sollen. Von welchen Einflussfaktoren diese abhängig sind, wird mit Hilfe von unabhängigen Variablen erklärt, die die Randbedingungen beschreiben“ (Raithel 2008: 33). Für die Messbarkeit der Bekanntheit wurde sich am deutschen Benotungssystem orientiert. Dies bedeutet, dass ein richtiges Beantworten von über 50% der Gesamtheit, eine ausreichende Kenntnis über das Thema darstellt.*

Nach dem Operationalisierungsvorgang wurden die Fragen des Fragebogens nochmal in „Bekanntheitsfragen“ und „Bedürfnisfragen“ eingeteilt. Die Bekanntheitsfragen beliefen sich in dem Fall auf die Hypothesenprüfung und die Bedürfnisfragen auf die Problemfeldexplorierung. Auch wurden Fragen den „Einstiegsfragen“ zugeordnet, durch welche ein Einstieg ins Thema durchlaufen wurde. Diese Fragen dienen weder der Problemfeldexplorierung, noch der Hypothesenprüfung. Damit der Fragebogen unter anderem eine Reliabilität erhielt, wurde er einem Pretest unterzogen.

4.3 Pretest

Der Pretest hat die Aufgabe das vorläufige Instrument auf seine Anwendbarkeit, Vollständigkeit, Verstehbarkeit und Qualität (Einhaltung der Gütekriterien), die Erhebungssituation und eventuell auch die Interviewer zu prüfen (vgl. Raithel 2008: 63). Aus diesem Grund wurde der Pretest mit fünf Probanden durchgeführt. Drei Personen aus dem U-25 Team und zwei Personen aus einem anderen Team im Jobcenter. Das U-25 Team wurde gewählt, da hier bereits Vorkenntnisse über das Krankheitsbild vorhanden sind. Zur Unterscheidung wurden zwei weitere Probanden ohne Vorerfahrung zum Thema um die Teilnahme am Pretest gewonnen. Die Probanden hatten eine Woche Zeit für den Pretest. Danach wurden diese in einem persönlichen Gespräch um Feedback gebeten. Nachfolgend wurde der Fragebogen auf das Feedback hin modifiziert. Fragen wurden verständlicher gestellt oder auch an andere Stellen im Fragebogen angebracht. Auch wurden Verständnissätze hinzugefügt und Fragen ganz gelöscht.

4.4 Gütekriterien

„Messungen sollen möglichst objektiv, zuverlässig und gültig sowie des Weiteren für die praktische Durchführung ökonomisch, vergleichbar und nützlich sein“ (Raithel 2008:44). Um diesen Zustand herzuführen, wird der Fragebogen auf Reliabilität, Validität und Objektivität geprüft.

Reliabilität: Meint die Zuverlässigkeit oder Verlässlichkeit, mit welcher das Ausmaß bezeichnet wird, in dem wiederholte Messungen eines Objekts mit einem Messinstrument die gleichen Werte liefern (vgl. Raithel 2008: 46). Um die Reliabilität zu schätzen wurde der Pretest der Itemkonsistenzanalyse anhand Cronbachs Alpha- Koeffizienten geschätzt (Meint die Zuverlässigkeit oder Verlässlichkeit, mit welcher das Ausmaß bezeichnet wird, in dem wiederholte Messungen eines Objekts mit einem Messinstrument die gleichen Werte liefern (vgl. a.a.O.:47). Mit Hilfe von Cronbachs Alpha wird die interne Konsistenz gemessen, und hilft somit die Reliabilität einer Untersuchung zu gewährleisten (vgl. studyflix: o.A.). So ist es auch die Aufgabe des Pretests, bestimmte Frageblöcke vor ihrem Einsatz in kleinem Umfang auf die interne Konsistenz zu prüfen (vgl. studyflix: o.A.). Die Messung von Cronbachs Alpha anhand des Pretests ergab eine hohe Reliabilität mit einem Wert von 0,9 (Anlage 3).

Validität: „Unter Validität eines Messinstruments ist das Maß zu verstehen, in dem das Messinstrument tatsächlich das misst, was es messen soll“ (Raithel 2008:46). Durch die Operationalisierung wurde der Begriff der „Bekanntheit“ messbar gemacht, was bedeutet, dass der Begriff messbar ist. Hierzu wurde sich am deutschen Benotungssystem orientiert. Hierdurch könnten auch andere Kommunen auf den Fragebogen zurückgreifen, da die

Messung stets gleich ist. Auch konnte eine Validität hergestellt werden, da eine große Stichprobe ausgewählt wurde. Dies meint, dass trotz möglicher großer Abbrüche, ein aussagekräftiges Ergebnis erzielt werden kann.

Objektivität: „Der Grad der Objektivität eines Messinstruments bringt zum Ausdruck, in welchem Ausmaß die Befunde intersubjektiv sind, also unabhängig von der jeweiligen Person. Die das Messinstrument anwendet“ (Raithel 2008:45). Die Durchführungsobjektivität wird dadurch gewährleistet, dass der Fragebogen für jeden gleich ist. Eine Auswertungsobjektivität besteht, da die entstandenen Ergebnisse bestehen bleiben und für jede andere Person die in gleicher Form vorhanden sind. Außerdem werden die erhobenen Daten sicher auf einer externen Festplatte dokumentiert und aufbewahrt. Die Interpretationen unterliegen natürlich subjektiven Bewertungen, jedoch bleiben die Ergebnisse gleich.

5.0 Ethische Bezüge

Als ethischer Aspekt ist vor allem der Respekt vor den befragten Personen, der Schutz ihrer Privatsphäre und die Minimierung der potentiellen Schädigung durch das Forschungsvorhaben zu beachten (vgl. Miethe/ Gahleiter o.a.:575). Der Umsetzungsweg sollte hier über das Prinzip der informierten Einwilligung und über das Prinzip der Nicht-Schädigung laufen (vgl. a.a.O.). Aus diesem Grund werden die personenbezogenen Daten nur mit Einwilligung der Probanden erhoben, nachdem sie angemessen über den Zweck der Erhebung informiert wurden (s. Anlage 2). An dieser Stelle wurde auch das Ziel der Befragung offengelegt, die Dauer der Befragung preisgegeben und auf die Freiwilligkeit hingewiesen. Auch wurde darauf hingewiesen, dass die Befragung jederzeit abgebrochen werden kann, bzw. dass die gegebenen Informationen jederzeit zurückgezogen werden können.

Prinzip der Nichtschädigung: Hierzu müssen nicht nur die konkret untersuchten Personen in den Blick genommen werden, sondern auch, die nur indirekt Teil der Untersuchung sind (vgl. a.a.O.:576). An dieser Stelle wurde darauf geachtet der Organisation nicht zu Schaden. So wurden Hierarchien in der Stadtverwaltung eingehalten, sodass sich niemand übergangen fühlt und erklärt, dass die erhobenen Daten sicher aufbewahrt werden. Informiert wurden die jeweiligen Fachdienstleitungen, der Bereichsleiter, sowie der Bürgermeister, welche alle die Zustimmung für das Projekt gaben.

6.0 Datenaufbereitung

Alle erhobenen Daten wurden durch das Programm der Fragebogengenerierung Soci Survey erhoben und konnten hierüber in einer Exceltabelle heruntergeladen werden. Die gesammelten Daten wurden in der Exceltabelle umgeschrieben und gezählt. Dies bedeutet,

dass jegliche Daten nicht in Zahlenformen abgebildet wurden, sondern in die Bereiche: Trifft gar nicht zu, trifft eher nicht zu, teils/ teils, trifft eher zu, trifft voll zu, eingeteilt wurden.

7.0 Zeitschiene

Folgender Zeitplan wurde bei der Durchführung des Handlungsforschungsprojektes eingehalten:

30.04.2020: Rücksprache mit der Hausleitung bzgl. des Themas

01.05.20 - 31.07.20 (3 Monate): Erstellen des Fragebogens. Zuzüglich Austausch mit den Dozenten und Überführung in das Onlineformat

03.08.2020 - 23.08.2020: Pretest mit fünf Kollegen/ Kolleginnen

24.08.2020 - 13.09.2020: Pretest Auswertung

14.09.2020 - 25.10.2020: Korrekturen anhand des Pretests und Rücksprache mit der Hausleitung und den Dozenten

10.11.2020 – 24.11.2020: Online Fragebogen wird verschickt

24.11.2020: letzter möglicher Bearbeitungstag des Fragebogens

25.11.2020 – 27.06.2021: Auswertung der Ergebnisse

28.06.2021: Vorstellung der Ergebnisse

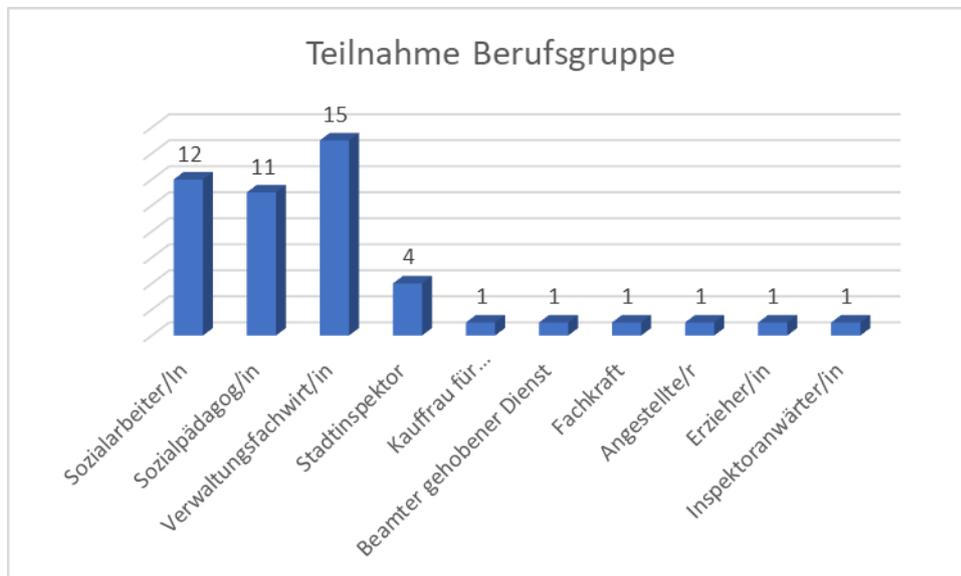
Der Fragebogen wurde aufgrund einer Neustrukturierung der Fachdienste nicht wie ursprünglich geplant am 28.10.20 losgeschickt, sondern erst am 10.11.20. Die sozialen Fachdienste erhielten eine neue Struktur und wurden mit den Ziffern 3.0 bis 3.7 versehen.

8.0 Vorstellung der Ergebnisse

In diesem Teil der Auswertung wird sich an der von Raithel (2008) beschriebenen Auswertung der Befunde orientiert (vgl. Raithel 2008: 190). Die relevanten Ergebnisse die zur Beantwortung der Frage notwendig sind, werden an dieser Stelle zusammengefasst und beschrieben, wobei diese erst im nächsten Teil der Diskussion, interpretiert werden (vgl. Raithel 2008: 190). Nach Raithel sollte das Kapitel mit den Befunden entsprechend dem Anspruchsniveau der statistischen Analyseverfahren aufgebaut sein; d.h. es beginnt mit unvariierten Daten (meist Häufigkeiten), dann werden bivariate und möglicherweise abschließend multivariate Zusammenhangsanalysen dargestellt (vgl. Raithel 2008: 190). Da die Befragung jedoch in Bekanntheits- und Bedürfnisfragen eingeteilt wurde, werden nachstehend die wichtigsten Ergebnisse in verschiedenen Diagrammformen, unter dieser

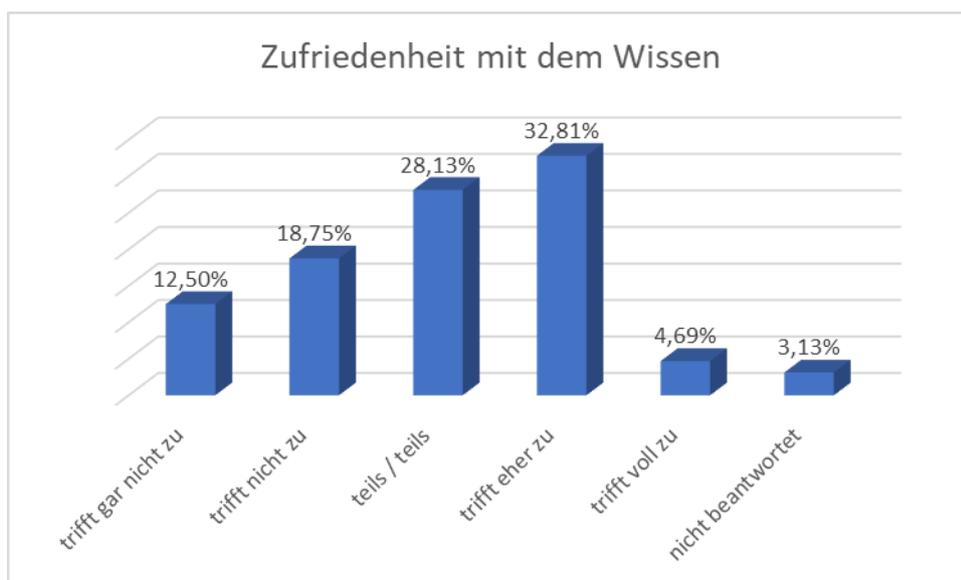
Aufteilung dargestellt. Die kompletten Ergebnisdarstellungen sind im Anhang (Anlage 4) zu finden.

Zunächst wird an dieser Stelle die Gesamtteilnahme dargestellt:



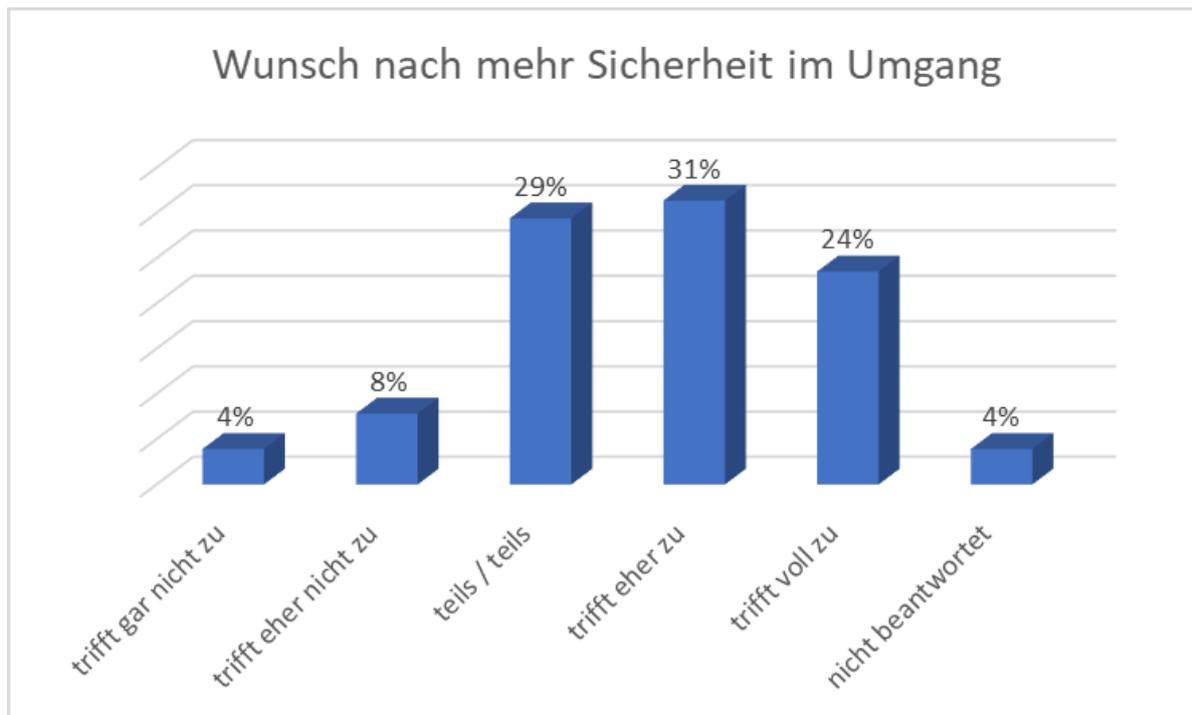
Bedürfnisfragen:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Wissen bzgl. FASD?



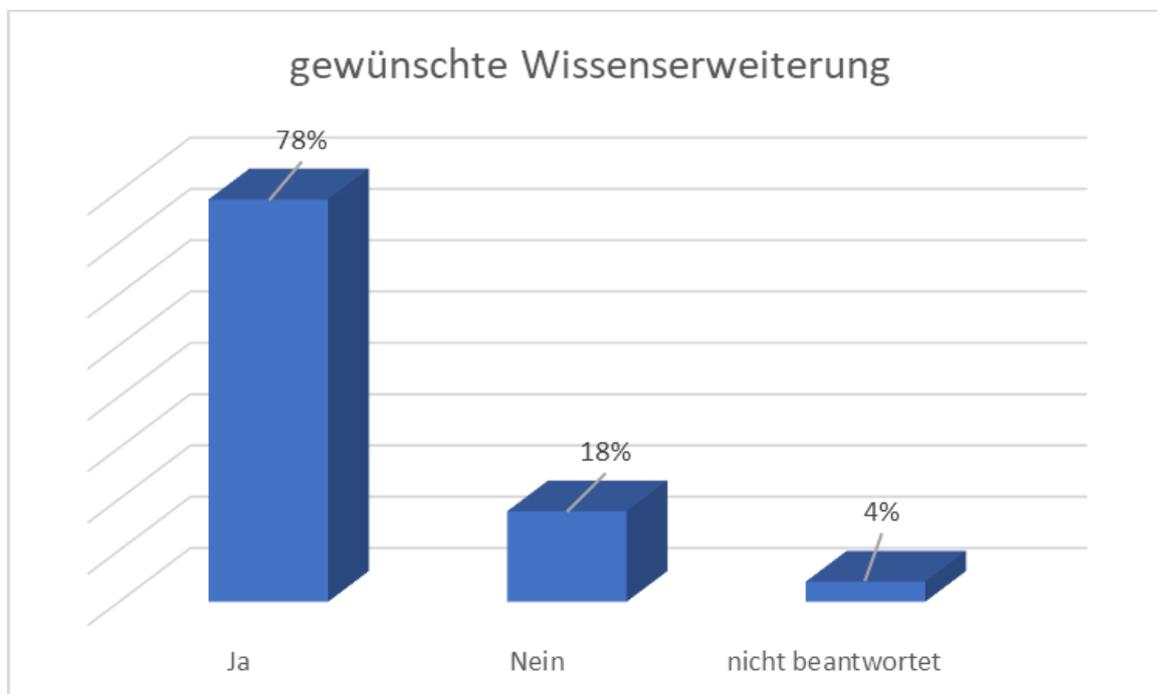
38% sind zufrieden mit ihrem Wissen.

Wünschen Sie sich mehr Sicherheit im Umgang mit dem Krankheitsbild?



55% wünschen sich mehr Sicherheit im Umgang.

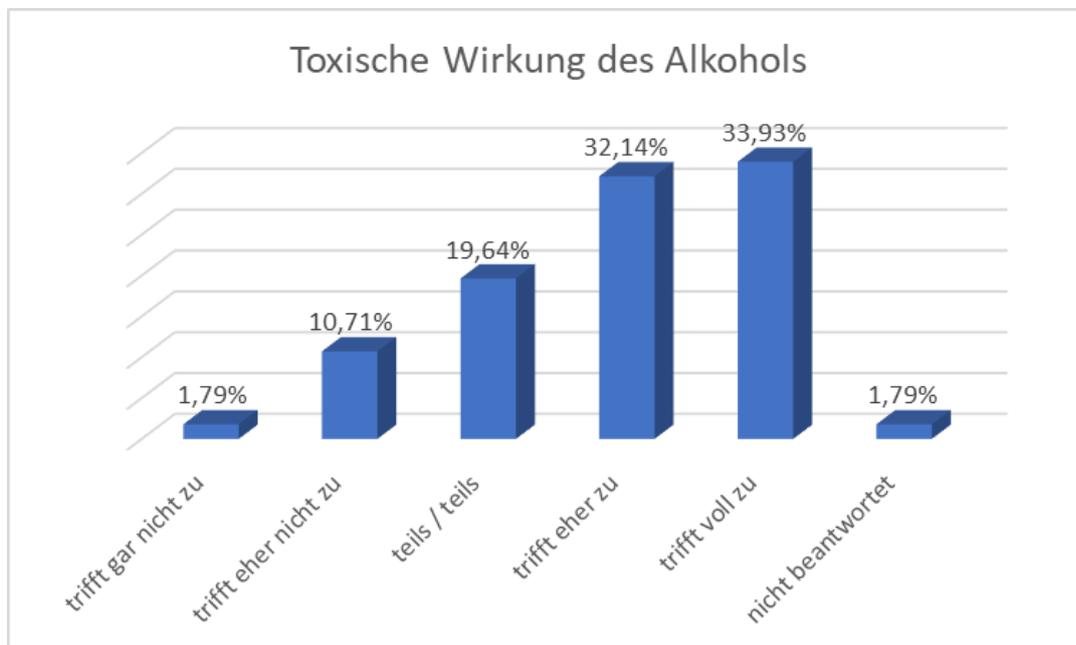
Würden Sie Ihr Wissen in Bezug auf das Thema erweitern wollen?



78% wünschen sich eine Wissenserweiterung

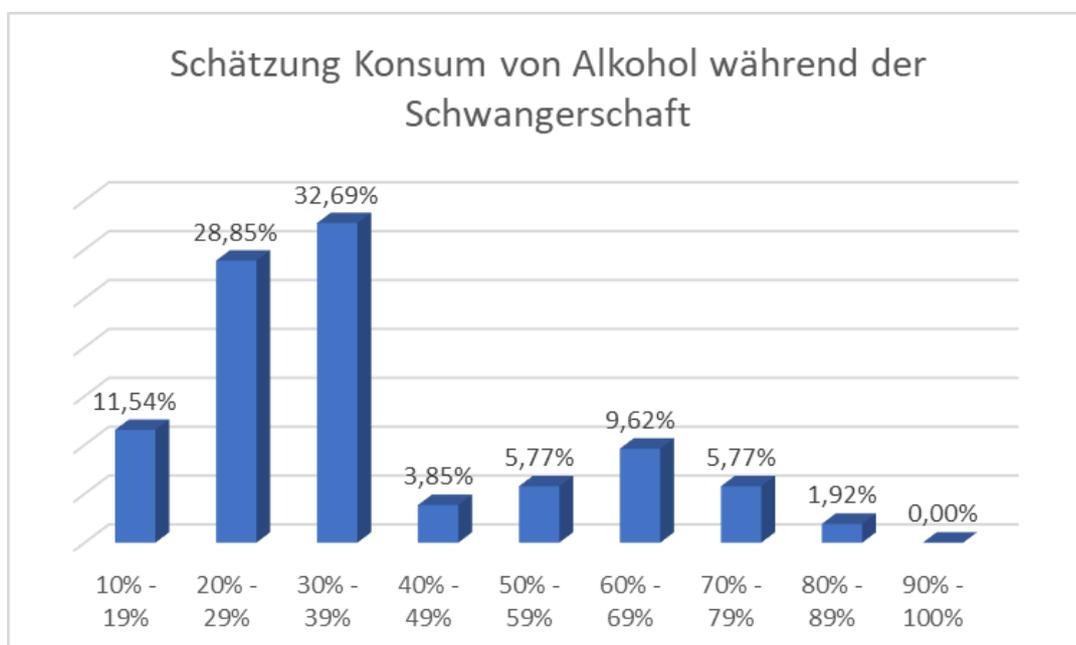
Bekanntheit:

Alkohol wirkt wesentlich toxischer als z.B. Nikotin und kann schon bei einmaligem geringem Konsum eine Missbildung oder Schädigung beim Embryo hervorrufen



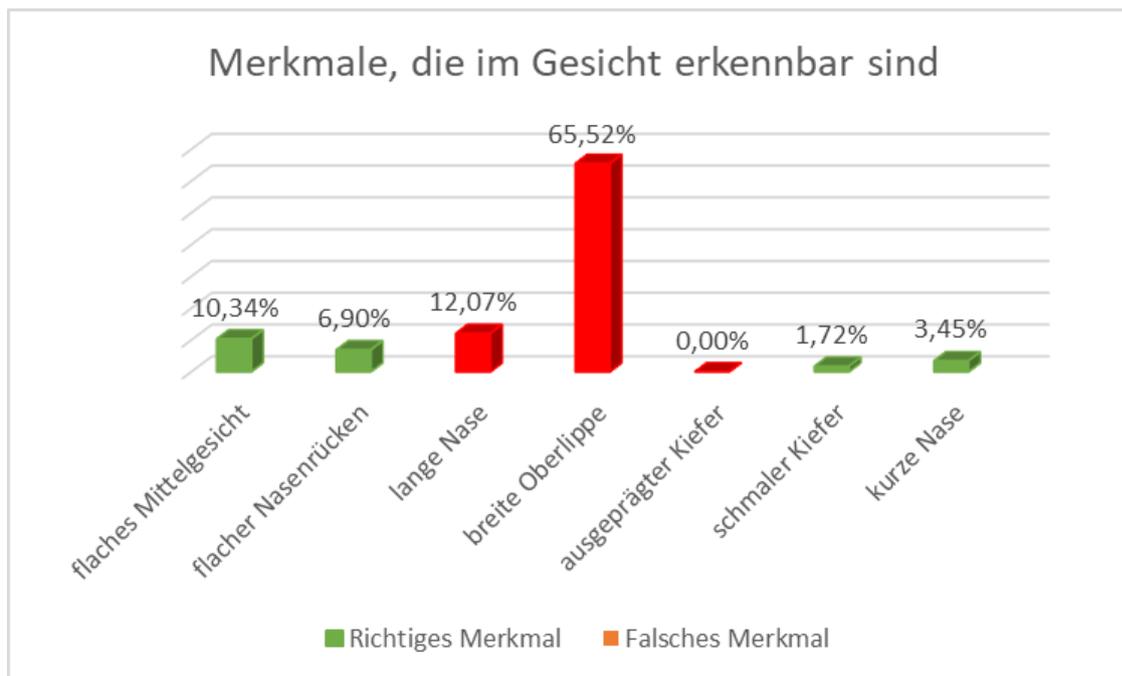
66% liegen richtig (Alkohol wirkt wesentlich toxischer)

Schätzen Sie wie viele Frauen während der Schwangerschaft Alkohol konsumieren



Unbekannt 2%

Welche Merkmale eines FASD Erkrankten sind im Gesicht erkennbar? Bitte kreuzen Sie alle 4 zutreffenden Merkmale an



Es konnten nicht von allen 4 Merkmale angekreuzt werden.

Richtig:

Flaches Mittelgesicht: 3% **Unbekannt**

Flacher Nasenrücken: 7% **Unbekannt**

Kurze Nase: 2% **Unbekannt**

Schmaler Kiefer: 2% **Unbekannt**

Falsch:

Lange Nase: 88% haben richtig geantwortet **Bekannt**

Breite Oberlippe: 44% haben richtig geantwortet **Unbekannt**

Ausgeprägter Kiefer: 90% haben richtig geantwortet **Bekannt**

9.0 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Im Mittelpunkt dieses Abschnitts steht die Diskussion der Befunde vor dem Hintergrund der Fragestellung bzw. der aufgestellten Hypothese (vgl. Raithel 2008: 194).

Eine Bekanntheit des Fetalen Alkoholsyndroms in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg liegt vor, wenn mindestens 50% im Durchschnitt der Bekanntheitsfragen, richtig

beantwortet werden. Nach Auswertung der Ergebnisse liegt der Durchschnitt der Bekanntheitsfragen bei 41,07%. Somit ist eine Bekanntheit des Fetalen Alkoholsyndroms in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg nicht gegeben. Die zuvor aufgestellte Hypothese „Das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms ist in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg unbekannt“, konnte somit durch die quantitative Befragung bestätigt werden.

Die Forschungsfrage diesbezüglich lautete: „**Inwieweit ist den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnsberg das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms bekannt?**“. Diese kann somit wie folgt beantwortet werden: Anhand der Bekanntheitsfragen kann abgelesen werden, welche Fragen nicht überdurchschnittlich beantwortet wurden. Diese zeigen somit Wissenslücken auf, welche ausgebessert werden sollten. Eine Bekanntheit von durchschnittlich 41,07% reicht nichts aus, um im Arbeitsalltag mit dem Krankheitsbild umgehen zu können.

Berücksichtigt werden muss, dass der größte Anteil an der Befragung mit 27 Personen beim Fachdienst 3.7 Jobcenter/Wohngeldstelle, liegt. Dies ist zum einen der Größe des Fachdienstes zuzuschreiben, aber auch die Literatur besagt an dieser Stelle, wie in oben beschrieben, dass in diesen Bereichen mehr Aufklärung über das Thema betrieben werden muss.

Eine geringe Anteilnahme des Jugendamtes kann mit fehlender Zeit beantwortet werden. Gerade in der Coronapandemie kam es zu vielen Krisensituationen und der Fragebogen konnte hierdurch nicht immer am Stück vollständig beantwortet werden. Hierdurch könnten sich die Abbrüche erklären lassen. Durch einen Fachdienstwechsel vom Jobcenter zum Pflegekinderdienst/ Jugendamt, kann ich dies aus eigener Erfahrung bestätigen. Auch kann dazu beschrieben werden, dass grundsätzlich im Jugendamt das Thema des Fetalen Alkoholsyndroms bekannter ist. Eventuell könnte der Fragebogen ein unangenehmes Gefühl der Befragten im Jugendamt ausgelöst haben. Sie könnten sich in ihrem Wissen abgefragt gefühlt haben und sind somit den Fragebogen nicht angegangen. An dieser Stelle könnte eine Vergleichsstudie helfen, um zu erheben, inwiefern Unterschiede vom Jobcenter und zum Jugendamt bekannt sind. Um die erhobenen Daten der Wissenslücken zu kräftigen und zu stützen bzw. noch näher auf die Bedarfe der einzelnen Fachdienste einzugehen, wäre es auch möglich vereinzelte Interviews zu führen. Hierdurch könnten konkrete Fragestellungen der Fachdienste in Bezug auf das Thema ausgearbeitet werden. Durch eine erste quantitative Befragung mit anschließenden qualitativen Interviews, würde die Gesamtstudie mehr reliabel werden. Mit Hilfe eines Interviewleitfadens, welcher auch auf andere Kommunen übertragen werden könnte, würden somit tiefgreifende

Unterstützungsfragen für die Beratung FASD Erkrankter offengelegt werden. Konkrete Unterstützungsangeboten könnten hierdurch von der jeweiligen Kommune ausgearbeitet werden.

Aufgegriffen wird an dieser Stelle die Frage nach dem Bedürfnis der Wissenserweiterung auf das Thema. Diese beantworteten 78% mit „Ja“. Ein Ergebnis welches weit über dem Durchschnitt liegt und an dieser Stelle Anklang finden sollte. Nachzuvollziehen ist an dieser Stelle nur schwer, wer eine Wissenserweiterung wünscht. Es kann nur davon ausgegangen werden, dass auch hier der größte Teil im Fachbereich 3.7 anzusiedeln ist. Die Fachdienstleitungen sollten auf dieses Ergebnis reagieren. Generell werden die Ergebnisse an alle Fachdienstleitungen, sowie den Fachbereichsleiter und den Bürgermeister zurückgemeldet, um die Bedarfe aufzuzeigen.

Dass im ersten Abschnitt beschriebene Erkenntnisinteresse konnte durch die Erhebung der Bekanntheit bestärkt werden. Wenn keine Bekanntheit des Krankheitsbildes vorliegt, können die Kunden im Jobcenter nicht richtig beraten werden. Da die Teilnahme der Jobcentermitarbeiter am höchsten liegt, wird hier davon ausgegangen, dass Lücken in der Beratung von betroffenen Kunden vorzufinden sind. Der Gedanke, dass eventuell Kunden mit FASD eventuell unrechtmäßig sanktioniert werden, könnte demnach stimmen. Eine erste Sensibilisierung für das Krankheitsbild, konnte in jedem Fall durch die Teilnahme an der Befragung generiert werden. Somit könnte es sein, dass sich in der Zwischenzeit schon Mitarbeiter eigenständig tiefer mit der Materien FASD beschäftigt haben, weil sie auf das Thema aufmerksam gemacht wurden. Ein nächster Schritt nach Auswertung des Handlungsforschungsprojektes könnte eine Ausarbeitung einer Fortbildung, zugeschnitten auf Jobcentermitarbeiter sein. Eine andere Möglichkeit, um das Personal tiefer mit der Materie des Krankheitsbildes vertraut zu machen und ein Bewusstsein hierfür zu schaffen, wäre weiterhin ein Fachartikel in der Mitarbeiterzeitung.

Bei der Auswertung der Ergebnisse muss beachtet werden, dass eine Hypothese aufgestellt wurde, welche aus Literaturrecherche, Erkenntnisinteresse, Problemformulierung und nicht zu guter Letzt auf Basis einer bereits bestehenden Theorie/ Aussage aufgestellt wurde. Um einen statistischen Test durchzuführen, braucht es mindestens zwei Hypothesen, welche aufgestellt werden. Eine Null (H0)- und eine Alternativhypothese (H1). Dies bedeutet, dass der Hypothesentest dazu dient anhand der Ergebnisse einer Stichprobe zu einer Entscheidung darüber zu kommen, welche der beiden Hypothesen angenommen bzw. welche verworfen werden kann. Eine H0 und eine H1 Hypothese hätte somit wie folgt lauten können:

H0: Das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms ist in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnberg bekannt

H1: Das Krankheitsbild des Fetalen Alkoholsyndroms ist in den sozialen Fachdiensten der Stadt Arnberg unbekannt.

Ebenso ist die Überlegung anzustellen, ob generell eine Hypothese hätte aufgestellt werden müssen, um die Bekanntheit des Fetalen Alkoholsyndroms zu ergründen. Anhand der Forschungsfrage könnte davon ausgegangen werden, dass es sich um eine qualitative Forschung handelt. Hierdurch könnten genaue Ergebnisse erzielt werden in Hinblick darauf, was die MitarbeiterInnen benötigen, um mit dem Fetalen Alkohol Syndrom umgehen zu können. Durch die quantitative Forschung vorab, welche die Bekanntheit erhebt, konnte jedoch vorgebeugt werden, dass etwas erforscht wird, was eventuell bekannt ist. Eine weitergehende Studie könnte somit Interviews beinhalten, welche die genauen Bedarfe von JobcentermitarbeiterInnen, erhebt. Diese Methode würde demnach Mixed Methods genannt und beinhaltet die Kombination qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden (vgl. Baur/ Blasius 2014: .159)

Literaturverzeichnis

Baur, Nina/ Blasius, Jörg (2014): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS

Fröschl, Barbara/ Brunner-Ziegler, Sophie/Wirl, Charlotte (2013): Prävention des Fetalen Alkoholsyndroms (1. Auflage). Köln: DIMDI

Raithel, Jürgen (2008): Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Schaffer, Hanne (2014): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung (3. überarb. Aufl.). Ettenheim: Lambertus

Schindler, Gila/ Hoff-Emden, Heike (2011): Fetale Alkohol-Spektrum- Störungen (FASD) in der sozialrechtlichen Praxis. O.A: Erstellt im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung

Uhlendorff, Uwe/Prenzel, Annedore (2013): Forschungsperspektiven quantitativer Methoden im Verhältnis zu qualitativen Methoden. In: Friebertshäuser, Barbara/Langer, Antje/Prenzel, Annedore (Hg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft (4. durchges. Auflage). Weinheim u. Basel: Juventa, S. 137-149

Online Quellen:

Ärzteblatt (2017). Hohe Prävalenz des Fetalen Alkoholsyndroms in Europa. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/77751/Hohe-Prävalenz-des-fetalen-Alkoholsyndroms-in-Europa>. Zugriff am: 12.04.2020

FASD Deutschland e.V (2019a): Unsere Ziele. Verfügbar unter: <http://www.fasddeutschland.de/ueber-uns/ziele.html>. Zugriff am: 11.04.2020

FASD Deutschland e.V (2019b): FAS Tatsachen und Quellen. Verfügbar unter: http://www.fasd-deutschland.de/images/PDF_FAS_Tatsachen_und_Quellen_.pdf. Zugriff am: 11.04.2020

FASD Deutschland e.V (2019c): Diagnostik von FASD. Verfügbar unter: <http://www.fasd-deutschland.de/fasd/diagnostik.html>. Zugriff am: 11.04.2020

FASD Deutschland e.V (2019d): FAQ. Verfügbar unter: <http://www.fasd-deutschland.de/lebenmit-fasd/was-ist-fasd.html>. Zugriff am: 11.04.2020

Miethe, Ingrid / Gahleitner, Birgitta (2010): Forschungsethik in der Sozialen Arbeit. In: Bock, Karin/Miethe, Ingrid (Hg.): Handbuch qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich Verlag, S. 273-281

Studyflix (o.A.). Cronbachs Alpha. Verfügbar unter: <https://studyflix.de/statistik/cronbachs-alpha-1799>. Zugriff am: 06.06.2021

Fachzeitschriften:

Confugium (o.A.): FASD und Pflegefamilie. Kinder mit Fetalem Alkoholsyndrom besser verstehen

FASD Deutschland e.V.(2020): Lebenslang durch Alkohol

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende schriftliche Prüfungsleistung selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe und die Stellen, die anderen Werken im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, im Text jeweils mit Quellenbelegen kenntlich gemacht habe. Die Arbeit ist noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt worden.

Arnsberg, 19.08.2021

Ort, Datum

Melina Kupik

Unterschrift