



Thesis zur Erlangung des Bachelor-Grades
Bachelor of Arts im Studiengang Soziale Arbeit
an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften
der Technischen Hochschule Köln
vorgelegt von Karolin Kintzel am 26.07.2021

Ein Glas geht doch, oder? – Fetales Alkoholsyndrom im
Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	II
Einleitung	1
1. Fetale Alkoholspektrum-Störungen	3
1.1 Definitionen.....	3
1.2 FASD-Diagnostik	5
1.2.1 S3-Leitlinie zur Diagnose der fetalen Alkoholspektrum-Störungen	6
1.2.2 Diagnosekriterien der unterschiedlichen Ausprägungsformen	8
1.3 Sonstige Auswirkungen der hirnrorganischen Schädigung	9
1.4 Moderater Alkoholkonsum und Epidemiologie.....	11
1.4.1 Moderater Alkoholkonsum in der Schwangerschaft.....	11
1.4.2 Epidemiologie in Deutschland	13
2. Kinder- und Jugendhilfe als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit	14
2.1 Rechtliche Grundlage.....	15
2.2 Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe	16
3. Fetale Alkoholspektrum-Störungen in der Kinder- und Jugendhilfe	20
3.1 Zuständigkeitsklärung der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII	21
3.2 Eingliederungshilfe in der Kinder- und Jugendhilfe.....	25
3.2.1 Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfen zur Erziehung.....	25
3.2.2 FASD im schulischen Kontext	29
3.2.3 FASD im Arbeitsfeld der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung	34
3.3 Allgemeine Fördermöglichkeiten	37
3.4 Schlüsselfaktoren für den pädagogischen Umgang mit FASDlern.....	38
3.4.1 FASD-gerechte Pädagogik und Alltagsstruktur	39
3.4.2 Das sichtbare Verhalten deuten	42
3.4.3 Voraussetzungen der pädagogischen Fachkräfte.....	44
4. Schlussfolgerung	48
Literaturverzeichnis	50
Eidesstattliche Erklärung	56

Abkürzungsverzeichnis

AAMR	American Association On Mental Retardation
ARBD	Alkoholbedingte Geburtsdefekte
ARND	Alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störungen
BMI	Body-Mass-Index
FAS	Fetales Alkoholsyndrom
FASD	Fetale Alkoholspektrum-Störung
HzE	Hilfen zur Erziehung
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
IQ	Intelligenzquotient
pFAS	Partielles Fetales Alkoholsyndrom
SGB VIII	Achtes Buch Sozialgesetzbuch
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XII	Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe
ZNS	Zentralnervensystem

Einleitung

Ausgehend von einer Vielzahl geschlechtlicher Identitäten wird in dieser Arbeit mit dem Gendersternchen gearbeitet. Zur Vereinfachung des Textflusses werden „FASD-Kinder und Jugendliche“ durch das Wort „FASDler“ zusammengefasst.

Alkohol stellt derzeit in einigen Ländern ein Genussmittel dar, welches in der Gesellschaft als solches akzeptiert ist und nicht im Kontext des Drogenkonsums betrachtet wird. Zu bestimmten Anlässen oder Interaktionsformen wird ein übermäßiger Alkoholkonsum bis zum Rauschzustand sogar gefordert und erst dann gesellschaftlich nicht toleriert, wenn unerwünschte Verhaltensformen oder Folgen durch den Konsum eintreten (vgl. Groenemeyer/Laging 2012, S. 219). Während einer Schwangerschaft soll auf Alkohol verzichtet werden und viele Menschen sind sich dessen bewusst. Jedoch fehlt es an Bewusstsein darüber, welche erheblichen Schädigungen bereits geringe Mengen Alkohol auf die Entwicklung des ungeborenen Kindes haben (vgl. Thäle/Schlitt 2011, S. 1185). Die fetalen Alkoholspektrum-Störungen (FASD) stellen eine nach außen hin nicht direkt erkennbare Behinderung dar. Sie werden bisher oftmals noch auf das fetale Alkoholsyndrom (FAS) – die bekannteste Ausprägungsform – reduziert, da das Vollbild körperliche Ausprägungen aufweist, aber nur die Spitze des Eisberges darstellt (vgl. Becker 2013, S. 123). Diese Arbeit fokussiert sich auf die Barrieren und Herausforderungen, vor denen Menschen mit FAS(D) stehen und betrachtet die Behinderung im Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe. Mit der steigenden Anerkennung dieser Behinderung sowie den wachsenden Zahlen an FASDlern nimmt dieses Thema eine immer größer werdende Bedeutung in dem Handlungsfeld ein. Auf der Grundlage des Doppelmandats, dass sich die Soziale Arbeit zwischen den Ansprüchen von Staat und Klient*in, also Kontrolle und Hilfe bewegt, ergänzt Staub-Bernasconi das Verständnis von Sozialer Arbeit als Profession zum Tripelmandat. Dabei gibt der Staat die gesetzlichen Rahmen und damit die Leistungen vor (vgl. Aboelwafa/Schulte-Holtey 2020, S. 314f.). Diese Arbeit befasst sich überwiegend mit der institutionellen und gesetzlichen Ebene und beantwortet die Leitfrage, inwieweit die Kinder- und Jugendhilfe auf die fetalen Alkoholspektrum-Störungen vorbereitet ist. Dazu wird ein weiterer Fokus auf die Akteursebene gesetzt, indem auf den besonderen Hilfebedarf der jungen FASDler eingegangen wird. Deutlich geht hervor, dass die Sichtweise der Adressat*innen kaum Gewichtung in der Forschung findet und auch auf der Professionsebene eine große Wissenslücke besteht. Ein besonderer Blick richtet sich dabei auf die Hilfsmöglichkeiten, die in Anspruch genommen werden können. Ein weiterer darauf, vor welchen Herausforderungen die Familie und vor allem die jungen FASDler in diesem Spannungsfeld stehen.

Da die Schädigungen schon vor der Geburt des Kindes entstehen und lebenslange Folgeschäden verursachen, ist es grundlegend wichtig die fetalen Alkoholspektrum-Störungen

in ihrem vollen Ausmaß zu erfassen und zu verstehen. Diese Arbeit beginnt daher mit der Hinführung zu dem Thema FASD. Nach einer kurzen Einleitung werden zunächst die Ausprägungsformen von FASD näher erläutert, um im Anschluss auf die Diagnostik einzugehen. Die Historie und Entwicklung der S3-Leitlinie sowie der Diagnoseverlauf werden ausführlich beschrieben, um zunächst das wichtigste Problem zu verdeutlichen, und zwar, wie komplex und schwierig die Feststellung von FASD ist. Die Diagnose gibt nicht nur Auskunft darüber, in welchem Maße die Personen geschädigt sind, sie dient als Voraussetzung für die Beanspruchung von Unterstützungsleistungen. Für ein umfassendes Verständnis von FASD werden im ersten Kapitel zusätzlich die sonstigen Auswirkungen erklärt und Ergebnisse unterschiedlicher Studien erläutert, zum einen für das Thema des moderaten Alkoholkonsum und zum anderen über die Häufigkeit von FASD in Deutschland. Der Begriff des Alkoholkonsums muss hier allerdings differenziert verstanden werden und beschränkt sich in dieser Arbeit auf den trinkbaren Alkohol und nicht bspw. auf den Alkoholgebrauch in Lebensmitteln.

Nachdem im 1. Kapitel ein Basiswissen über FASD vermittelt wird, fasst das 2. Kapitel das Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe zusammen. Dabei werden aktuelle Diskurse verkürzt dargestellt, die rechtliche Grundlage wird erläutert, sodass umfangreich auf die fünf Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe eingegangen werden kann.

Aufbauend auf dem Wissen über FASD und das Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe befasst sich das 3. Kapitel kritisch mit FASD im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe. Schon bei der Zuständigkeitsklärung geraten junge Menschen mit FASD oft an ihre Grenzen und bei der Klärung der rechtlichen Ansprüche wird noch einmal deutlich, wie wichtig die Diagnose ist, um unterstützende Leistungen zu erhalten. Zugleich bestehen trotz der Diagnose erhebliche Schwierigkeiten bei der Feststellung, ob die Kinder- und Jugendhilfe oder die Sozialhilfe vorrangig zuständig. Des Weiteren werden allgemeine Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen im Kontext der Schule und der Kindertageseinrichtungen aufgeführt und kritisch betrachtet. Im Zuge dessen wird nicht nur darauf geachtet, was besser laufen könnte, sondern welche Veränderungen notwendig sind, damit die Leistungen und Einrichtungen entsprechend dem individuellen Hilfebedarf der jungen Menschen mit FASD gewährleistet und gefördert werden können.

Abschließend werden im 3. Kapitel Schlüsselfaktoren herausgearbeitet, die in der Zusammenarbeit als Voraussetzungen gelten und in jedem Kontext mit FASDlern anwendbar sind. So gehört das Umdenken von einer modernen zu einer FASD-gerechten Pädagogik in jeden Umgang. Auch im professionellen Bereich müssen die pädagogischen Fachkräfte bestimmte Voraussetzungen mitbringen, um FASDler entsprechend fördern zu können. Neben dem Wissen und dem Verständnis über FASD, dem Aufbauen einer sicheren Bindung, bis hin zur Ressourcenförderung werden sowohl die Stärken als auch Defizite herausgearbeitet.

1. Fetale Alkoholspektrum-Störungen

Die fetalen Alkoholspektrum-Störungen, auch bekannt als „Fetal Alcohol Spectrum Disorder“ (FASD), beschreiben die dauerhafte Schädigung eines Menschen, welche auf den maternalen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zurückzuführen ist (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017a, S. 4). Sie ist die häufigste angeborene Behinderung, die bisher noch nicht als solche berücksichtigt wird (vgl. Landgraf/Heinen 2012, S. 17). Charakteristisch für FASD sind irreparable körperliche und geistige Schädigungen sowie Verhaltens- und Lernauffälligkeiten (vgl. Spohr 2016, S. 10). Obwohl die Erkrankung vollständig vermeidbar ist (vgl. Landgraf/Heinen 2015, S. 43), können weder therapeutische Behandlungen oder pädagogische Maßnahmen noch sichere Bindungen diese Schädigungen revidierbar machen (vgl. Falke/Stein 2021, S. 9). Wird FAS(D) früher noch als ein reines Dismorphie-Syndrom beschrieben so ist es heutzutage ein komplexes neurologisches und psychiatrisches Krankheitsbild (vgl. Spohr 2016, S. 7). Die unterschiedlichen Ausprägungen der angeborenen Alkoholschädigung sind sehr individuell und nicht zwingend durch äußerliche Merkmale erkennbar, wodurch die Diagnose erschwert wird (vgl. ebd., S. 19). Die FASD-Ausprägungen hängen entscheidend von der Menge, der Häufigkeit und dem Zeitpunkt des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft ab, da die Organe und Organsysteme sich innerhalb der neunmonatigen Schwangerschaft zeitversetzt entwickeln. Ein Organ reagiert nicht immer gleich auf äußere Störungen, bspw. auf Alkohol. So kann es vorkommen, dass ein Organ zu einer bestimmten Zeit sehr empfindlich auf diese Störungen reagiert und im späteren Verlauf deutlich unempfindlicher ist. Im ersten Trimenon (die ersten drei Monate der Schwangerschaft betreffend) sind vor allem die Organe, wie das Herz, und die Extremitäten, wie die Arme und Beine, betroffen, wobei schwere physische und psychische Störungen nicht auszuschließen sind. Das Gehirn wächst von allen kindlichen Organen in der gesamten embryofetalen Entwicklung am stärksten und ist über den gesamten Zeitraum empfänglich für Störungen (vgl. ebd., S. 124f.). Das Frontalhirn ist bei allen Formen der fetalen Alkoholspektrum-Störungen betroffen, was in jedem Fall zu einer „realen Behinderung“ führt (vgl. Falke/Stein 2021, S. 9).

1.1 Definitionen

Die Bezeichnung „fetale Alkoholspektrum-Störungen“ wird mittlerweile national und international als Oberbegriff verwendet (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 19) und umfasst alle lebenslangen Symptomausprägungen, die auf den pränatalen Alkoholkonsum der Mutter zurückzuführen sind (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017a, S. 4). Dazu gehören die alkoholbedingten Geburtsdefekte, die alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung, das partielle fetale Alkoholsyndrom und das fetale Alkoholsyndrom (vgl. Landgraf/Heinen 2015, S. 43). Aufgrund der Tatsache, dass die Begriffe FASD und FAS nicht eindeutig definiert sind, werden diese vor allem in den USA häufig als Synonym gebraucht

(vgl. Spohr 2016, S. 18). Im Folgenden werden die Abstufungen der fetalen Alkoholspektrum-Störungen beschrieben, angefangen mit der geringsten Ausprägungsform und endend mit dem Vollbild des Syndroms.

Bei den „*Alcohol-Related Birth Defects*“ (ARBD), oder auch alkoholbedingten Geburtsschäden genannt, kommt es zu Fehlbildungen an den Organen und/oder dem Skelett; das Zentralnervensystem (ZNS) weist hier jedoch keine Störung auf (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2019, S. 66). Die Bezeichnung der alkoholbedingten Geburtsschäden wird zwar immer noch genutzt (vgl. ebd. 2017a, S. 4) spielt laut Spohr (2016, S. 12) jedoch in der heutigen diagnostischen Beurteilung keine wesentliche Rolle mehr.

Bei Betroffenen einer „*Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder*“ (ARND) sind keine körperlichen Defekte vorzufinden, jedoch liegt eine Störung des Zentralnervensystems vor (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2019, S. 66). Aufgrund der fehlenden äußerlichen Merkmale ist es für die Diagnose der alkoholbedingten entwicklungsneurologischen Störung notwendig, in Erfahrung zu bringen, ob die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol getrunken hat (vgl. ebd. 2017b, S. 10). Die Entwicklung der Betroffenen ist nicht altersgemäß, sie weisen sowohl Verhaltensauffälligkeiten als auch kognitive Störungen auf, die nicht durch genetische Vererbung oder den psychosozialen Hintergrund und damit verbundene Belastungen erklärt werden können.

Ausgehend von einem gesicherten Alkoholkonsum in der Schwangerschaft muss das Kind nicht alle typischen äußerlichen Gesichtsmarkmale wie bei dem fetalen Alkoholsyndrom aufweisen und fällt dennoch besonders durch kognitive, soziale und emotionale Störungen auf. Das „*partial Fetal Alcohol Syndrome*“ (pFAS) stellt keine abgeschwächte Form des FAS dar, da die Betroffenen den gleichen Herausforderungen im Alltag ausgesetzt sind und hier oftmals das größere Problem besteht, dass die Diagnose unentdeckt bleibt (vgl. Spohr 2016, S. 11f.).

Majewski, ein in Düsseldorf arbeitender Humangenetiker, führt 1976 für das *fetale Alkoholsyndrom* (FAS) den Begriff „Alkoholembryopathie“ in Deutschland ein (vgl. ebd., S. 5), welcher mittlerweile jedoch keine Verwendung mehr findet (vgl. ebd., S. 16). Das fetale Alkoholsyndrom beschreibt das Vollbild der Störung (vgl. Landgraf/Heinen 2015, S. 43) und äußert sich durch die typischen Charakteristika wie Minderwuchs, Dystrophie, Mikrozephalie, typische fasziale Dysmorphiezeichen, mentale Retardierung, psychiatrische, kognitive und soziale Auffälligkeiten (vgl. Spohr 2016, S. 10). Ist die Diagnose der ARND und des pFAS abhängig von der Information über den maternalen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017b, S. 10), kann das FAS aufgrund der typischen sichtbaren Gesichtsmarkmale in der Regel ohne diese Information auf den ersten Blick („Prima vista“ - Diagnose) diagnostiziert werden (vgl. Spohr 2016, S. 24f.).

S. Astley und S. Clarren verwenden den Begriff der *FAS-Phänokopie* für Fälle, bei denen Kinder die charakteristischen Merkmale eines fetalen Alkoholsyndroms aufweisen, die Mütter aber glaubhaft versichern, während der Schwangerschaft keinen Alkohol konsumiert zu haben (vgl. Astley/Clarren 2000, S. 403). Solche Fälle sind bisher selten aufgetreten (vgl. Spohr 2016, S. 46), sodass Spohr (ebd., S. 48) von einem noch nicht diagnostizierten molekulargenetischen Syndrom ausgeht und bei unklarer Diagnosestellung eine humangenetische Untersuchung empfiehlt.

1.2 FASD-Diagnostik

Trotz der medizinischen Fortschritte und der steigenden Wahrnehmung des Syndroms sind die fetalen Alkoholspektrum-Störungen schwer zu diagnostizieren, weil erstens nur 20 bis 30 Prozent der Fälle das erkennbare Vollbild der Störung ausgebildet haben und somit 70 bis 80 Prozent keine oder nur diskrete Dysmorphiezeichen zeigen (vgl. ebd., S. 19). Zweitens schließen fetale Alkoholspektrum-Störungen andere genetische Syndrome, wie z. B. das Down-Syndrom oder das Turner-Syndrom, nicht aus, sondern können parallel auftreten (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 12) und durch die Begleitdiagnosen zu stationären Einweisungen führen (vgl. ebd., S. 42). Drittens verschiebt eine Nikotin- und Drogenabhängigkeit den Fokus der Diagnose (vgl. Spohr 2016, S. 20), da durch den Konsum von Nikotin und/oder Drogen bestimmte Symptome auftreten, die auch beim fetalen Alkoholsyndrom vorzufinden sind (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 69) und somit weitere alkoholbedingte Symptome unentdeckt bleiben können (vgl. Spohr 2016, S. 20). Die Diagnose ist zu Beginn allein von dem Gutachten und der Erfahrung des zu behandelnden Arztes abhängig und wird erschwert, wenn Fachpersonal bei der Anamnese nicht nach dem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft fragt, Mütter falsche Angaben machen (vgl. ebd., S. 19f.) oder die Alkoholanamnese aufgrund mangelnder Informationsübergabe an Pflege- oder Adoptiveltern unklar ist (vgl. ebd., S. 15). Konnte eine FASD-Diagnose gestellt werden, empfiehlt Thomsen et al. (2018, S. 12) mindestens einmal eine kinder-kardiologische Diagnostik durchführen zu lassen.

Bevor ein Facharzttermin vereinbart wird, kann die fehlende Einsicht der Sorgeberechtigten oder eine zu lange Warte- und Anreisezeit für Besuche im sozialpädiatrischen Zentrum eine mögliche Diagnose verhindern. Auch die Ungewissheit über das Syndrom bei Ärzten, zurückzuführen auf die unzureichende Thematisierung des Krankheitsbildes im Studium und der Weiterbildung (vgl. Landgraf et al. 2013, S. 708), verhindert womöglich, dass eine Diagnose gestellt werden kann (vgl. Kröling 2015, S. 130). Die Berufsorganisation der Kinderärzte „American Academy of Pediatrics“ hat 2006 in den USA eine Umfrage mit 900 Kinderärzten zum Thema FAS durchgeführt. Im Ergebnis zeigt sich, dass ein großer Teil der Befragten über das Thema fetales Alkoholsyndrom informiert ist und das Syndrom identifizieren kann. Die Hälfte der Befragten fühlt sich sicher genug FAS zu diagnostizieren,

aber nur 34 Prozent sehen sich in der Lage, FASDler zu behandeln bzw. therapeutische Maßnahmen zu koordinieren. Obwohl die fetalen Alkoholspektrum-Störungen unter den Ärzten und in der Allgemeinbevölkerung an Anerkennung gewinnen (vgl. Spohr 2016, S. 21), ist der Wissensstand über die Behinderung derzeit immer noch zu gering (vgl. Nordhues/Weischenberg/Feldmann 2015, S. 24), und es werden im klinischen Alltag zu wenig sichere Diagnosen gestellt (vgl. Spohr 2016, S. 21). Mit der Diagnosestellung würde eine Entlastung der Familie einhergehen und falsche Ursachenzuweisungen könnten vermieden werden (vgl. Landgraf et al. 2013, S. 704).

1.2.1 S3-Leitlinie zur Diagnose der fetalen Alkoholspektrum-Störungen

Nachdem das Syndrom 1973 entdeckt wird, entwickelt Majewski 1981 in Deutschland einen Symptome-Katalog mit insgesamt 25 Einzelsymptomen, welcher durch eine Punktebewertung die Alkohol-Embryopathie in drei Schweregrade einteilt. Der sogenannte Majewski-Score wird eine lange Zeit in Deutschland genutzt, findet aber mittlerweile, wie der Begriff „Alkohol-Embryopathie“, keine Verwendung mehr (vgl. Spohr 2016, S. 16). Der Score ist zu grob gefasst, die Übergänge zwischen den Schweregraden sind nicht genau definiert und die Punktebewertung ist subjektiv. Zusätzlich gehen Ärzte davon aus, dass sich die Erkrankung des Schweregrad I im Alter herauswachsen würde, was nach neuen Studien nicht möglich ist (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 8f.). In den USA bauen Sokol und Clarren 1989 verbindliche Diagnosekriterien für das fetale Alkoholsyndrom aus, die auf den Nachweis des maternalen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft angewiesen sind, außer bei FAS-Betroffenen, bei denen eine prima vista - Diagnose möglich ist (vgl. Spohr 2016, S. 15). 1996 erfolgt schließlich eine ausführliche Beschreibung der unterschiedlichen Ausprägungen durch das Institute of Medicine mit dem Oberbegriff FASD und den Einzeldiagnosen FAS, pFAS, ARND und ARBD (vgl. ebd., S. 16).

Eine deutlich sichere Diagnose gibt es erst seit 2004 durch den von Astley entwickelten internationalen 4-Digit Diagnostic Code (3. Edition) (vgl. ebd., S. 19). Der 4-Digit Diagnostic Code stellt 2012 die Grundlage der S3-Leitlinie zur Diagnostik dar (vgl. ebd., S. 25), beschränkt sich zunächst aber nur auf das Vollbild FAS und schließt noch nicht die anderen Ausprägungsformen mit ein. Aufgrund der fehlenden eindeutigen Evidenzbasierung und der Komplexität kann sich der 4-Digit Diagnostic Code in Deutschland nicht etablieren (vgl. Landgraf/Heinen 2017a, S. 11f.). Zudem besteht nach Landgraf und Heinen (ebd., S. 12) in Deutschland die Notwendigkeit von standardisierten und unmissverständlichen Kriterien. Die Überarbeitung im Jahr 2016 der S3-Leitlinie für den deutschsprachigen Raum schließt nun Kriterien mit ein, die eine Diagnosemöglichkeit eröffnet, Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahren auf fetale Alkoholspektrum-Störungen zu untersuchen (vgl. ebd., S. 11). Der 4-Digit Diagnostic Code und die S3-Leitlinie untersuchen für die Diagnose die Bereiche der

kraniofaszialen Dysmorphien, der Wachstumsstörungen, der strukturellen und funktionellen ZNS-Schädigung und der intrauterinen Alkoholexposition (vgl. Spohr 2016, S. 25).

Kraniofasziale Dysmorphien beschreiben das typische Gesicht, welches bei dem fetalen Alkoholsyndrom auftritt, erkennbar durch die kurzen Lidspalten, dem verstrichenen Philtrum und der schmalen Oberlippe (vgl. Landgraf/Heinen 2017a, S. 42). Die kurze Lidspalte lässt sich schon anhand eines durchsichtigen Lineals und der dazugehörigen Perzentilenkurve bestimmen (vgl. ebd., S. 43f.). Für die Oberlippe und das Philtrum gibt es einen fünfstufigen photographischen Lip-Philtrum-Guide (vgl. ebd., S. 43). Es kann vorkommen, dass die FAS-typischen Gesichtsmerkmale mit dem Alter nicht mehr klar diagnostizierbar sind, sodass die eindeutige Bestimmung anhand von alten Kinderfotos der Betroffenen erfolgen soll (vgl. ebd., S. 47).

Trinken Frauen während der Schwangerschaft Alkohol, kommt es statistisch häufiger zu *Wachstumsstörungen*, was bedeutet, dass Kinder oftmals untergewichtig und/oder zu klein sind und/oder einen geringeren Body-Mass-Index (BMI) aufweisen. Das kann unmittelbar bei der Geburt auftreten, kann sich aber auch erst später im Leben entwickeln (vgl. ebd., S. 40), muss jedoch nicht dauerhaft fortbestehen. So kann es auch vorkommen, dass Kinder, die bei der Geburt untergewichtig sind, im späteren Leben an Gewicht zunehmen und/oder übergewichtig werden. Eine Besonderheit bei der verminderten Körpergröße ist, dass der Wachstumsschub in den späteren Jahren ausbleibt (vgl. Spohr 2016, S. 29). Bei der Diagnose ist es wichtig, andere mögliche Ursachen für die Wachstumsauffälligkeiten ausschließen zu können (vgl. Landgraf/Heinen 2017a, S. 40).

Das einzige diagnostische Kriterium bei den *strukturellen ZNS-Auffälligkeiten* ist erfüllt, wenn das Kind einen geringeren Kopfumfang aufweist (Mikrocephalie), stellt aber kein spezifisches Merkmal für die Diagnose der FASD dar. Vorab müssen mögliche Ursachen, wie eine genetische Vererbung oder andere Umwelteinflüsse, für eine Mikrocephalie ausgeschlossen werden (vgl. ebd., S. 53f.). Die Diagnose der *funktionellen ZNS-Auffälligkeiten* soll durch standardisierte psychologische Tests und eine psychologische oder ärztliche Verhaltenseinschätzung des Kindes erfolgen (vgl. ebd., S. 50). Es gilt zu beachten, dass das psychologische Testverfahren erst ab einem bestimmten Alter verwendet werden kann, sodass eine globale Entwicklungsverzögerung bis zum zweiten Lebensjahr mit einer globalen Intelligenzminderung ab dem Alter von zwei Jahren gleichzusetzen ist. Die funktionellen ZNS-Auffälligkeiten lassen sich in zwei Kriterien unterteilen: Das erste Kriterium ist erfüllt, wenn bis zum Alter von zwei Jahren eine signifikante Entwicklungsverzögerung oder ab dem Alter von zwei Jahren eine globale Intelligenzminderung vorliegt. Bei sehr jungen Kindern soll auf standardisierte Entwicklungstest zurückgegriffen werden (vgl. ebd., S. 51). Das zweite Kriterium untersucht acht Leistungen der Teilbereiche der neuropsychologischen Funktionsstörungen, wie Sprache, Motorik, Wahrnehmung, räumlich-konstruktive Fähigkeiten,

Lern- oder Merkfähigkeiten, exekutive Funktionen, Rechenfertigkeiten, Aufmerksamkeit und soziale Fertigkeiten und Verhalten (vgl. Landgraf/Heinen 2017a, S. 48f.).

Um eine eindeutige Diagnose stellen zu können, bedarf es an Informationen über einen möglichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft, auch *intrauterine Alkoholexposition* genannt. Die einzige Ausnahme besteht bei dem Vollbild des FAS, wenn bestimmte Kriterien in den zuvor genannten Bereichen als erfüllt gelten (vgl. ebd., S. 55).

1.2.2 Diagnosekriterien der unterschiedlichen Ausprägungsformen

Im Folgenden werden die Diagnosen der einzelnen fetalen Alkoholspektrum-Störungen genauer beschrieben, indem erklärt wird, welche Kriterien der S3-Leitlinie erfüllt sein müssen, damit ein bestimmtes Syndrom vorliegt. Angefangen wird mit der Diagnose des fetalen Alkoholsyndroms über das partielle fetale Alkoholsyndrom bis hin zur alkoholbedingten entwicklungsneurologischen Störung und den alkoholbedingten angeborenen Fehlbildungen.

Für die Diagnose eines fetalen Alkoholsyndroms (S. 4) muss mindestens eine Wachstumsauffälligkeit (geringeres Geburts- oder Körpergewicht, geringere Geburts- oder Körperlänge oder geringerer BMI) gegeben sein. Zudem müssen alle drei typischen facialen Auffälligkeiten und mindestens eine ZNS-Auffälligkeit (Mikrocephalie, globale Intelligenzminderung/Entwicklungsverzögerung, Beeinträchtigungen in drei bzw. zwei Bereichen mit Epilepsie) auftreten. Sind alle Kriterien in den drei Bereichen erfüllt, muss keine Information über einen möglichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft eingeholt werden, um diese Diagnose stellen zu können (vgl. ebd., S. 37).

Um ein partielles fetales Alkoholsyndrom (S. 4) diagnostizieren zu können, muss der Verdacht einer intrauterinen Alkoholexposition vorliegen oder bestätigt sein. Auf Grundlage dieser Information müssen mindestens zwei der drei facialen Auffälligkeiten vorliegen und es müssen mindestens drei ZNS-Auffälligkeiten zutreffen (vgl. ebd., S. 57). Um an Informationen über den Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zu gelangen, werden auch mündliche oder schriftliche Angaben Dritter im Sinne einer Fremdanamnese mit einbezogen (vgl. ebd., S. 63). Bei fehlender Datengrundlage in diesem Bereich muss auf eine fachliche Einschätzung zurückgegriffen werden (vgl. ebd., S. 67).

Während die Diagnose der alkoholbedingten entwicklungsneurologischen Störung (S. 4) gestellt wird, wenn mindestens drei ZNS-Auffälligkeiten auftreten und beim Nachweis dieser Auffälligkeiten die intrauterine Alkoholexposition bestätigt wird (vgl. ebd., S. 69), gibt es für die Diagnose der alkoholbedingten angeborenen Fehlbildungen (S. 4) für Deutschland lediglich eine Empfehlung, da wegen fehlender Spezifität der Fehlbildungen und der fehlenden Evidenz keine eindeutige Diagnose gestellt werden kann (vgl. ebd., S. 72).

1.3 Sonstige Auswirkungen der hirnorganischen Schädigung

Die teratogene Wirkung des Alkohols führt zu dauerhaften Hirnschädigungen, die sich vor allem durch Störungen im Sozialverhalten, in den sozialen Funktionen und im psychischen Bereich äußern (vgl. Falke/Stein 2021, S. 24) und nicht durch genetische oder andere äußere Einflüsse erklärbar sind (vgl. Spohr 2016, S. 37). In bestimmten Fähigkeiten treten Defizite auf, die das Einbringen in die Gesellschaft erschweren, wobei die Ausprägungen individuell und unvorhersehbar sind, wie die Menschen mit FASD selbst (vgl. Falke/Stein 2021, S. 24).

Wahrnehmung ist die Aufnahmefähigkeit von Reizen oder Informationen und die Weiterverarbeitung an das Gehirn, die individuell und subjektiv erfolgt. Über die Reizaufnahme durch die klassischen fünf Sinne (Seh-, Hör-, Tast-, Geruchs- und Geschmackssinn) hinaus, können Störungen zusätzlich im Bewegungs-, Kraft- und Stellungssinn sowie im Gleichgewichtssinn auftreten (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 18). Der komplexe Prozess einer funktionierenden Bearbeitung von Informationen ermöglicht nicht nur die Handlungsfähigkeit in bestimmten Situationen, sondern stellt die Grundlage für den Erwerb von koordinierten Bewegungen, Kraftdosierung, sozialer Interaktion, angemessenem Sozialverhalten und Sprache dar. Bei FASD-Betroffenen sind die Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung gestört, sodass Reize nicht angemessen selektiert, geordnet und interpretiert werden können (vgl. Falke/Stein 2021, S. 26). Mögliche Folgen sind gestörte Schmerzwahrnehmungen, bspw. bei Hitze und Kälte, bis hin zur vollständigen Schmerzunempfindlichkeit, eine Fehlinterpretation von Gestik, Mimik und Körperhaltung (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 20f.) und das Fehlen von Hunger- und Sättigungsgefühl (vgl. Schlachtberger 2020, S. 24). Durch die Wahrnehmungsstörung werden räumliche Reize fehlinterpretiert, was zu Orientierungsschwierigkeiten in Zeit und Raum führt. Das *Arbeitsgedächtnis* ist nicht in der Lage neue Informationen mit Informationen aus dem Langzeitgedächtnis abzugleichen und ein Abrufen von gespeichertem Wissen ist nicht dauerhaft gegeben. So können FASD-Betroffene an einem Tag bestimmte Informationen nicht mehr abrufen, obwohl sie diese gestern noch wiedergeben können (vgl. Falke/Stein 2021, S. 32). Bei der *sprachlichen Entwicklung* können Kinder im jungen Alter eine verzögerte Sprechweise oder nonverbale Kommunikation aufweisen (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 21), die sich im späteren Verlauf zu einem starken Wortschatz (vgl. Schlachtberger 2020, S. 24) und einer guten sprachlichen Fähigkeit entwickeln kann. Verbale Anweisungen Dritter können zwar wiedergegeben aber nicht umgesetzt werden, und so scheint es, als würden die FASDler diese ignorieren (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 21). Obwohl die *Grobmotorik* meist gut ausgeprägt ist (vgl. Schlachtberger 2020, S. 24), kann dennoch eine Störung der Augen-Hand-Koordination vorliegen, wodurch bspw. Schwierigkeiten beim Werfen, Fangen oder Treten eines Balls auftreten (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 23). Die erheblicheren Schwierigkeiten zeigen sich oftmals in der *Feinmotorik* (vgl. Schlachtberger 2020, S. 24), wie beim Malen oder Basteln (vgl.

Thomsen et al. 2018, S. 23). Viele Menschen mit FASD fallen durch ihre *sozialen und emotionalen Störungen* auf, die gekennzeichnet sind durch Impulsivität, Distanzlosigkeit, einer geringen Frustrationsgrenze und Aufmerksamkeitsproblemen (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 22). Eine Störung der *Impulskontrolle* liegt vor, wenn eine Situation der Anspannung durch impulsives und dranghaftes Verhalten wahrgenommen wird, aber nicht eigenständig kontrolliert oder unterbrochen werden kann. Das Zusammenwirken von Denken, Emotionalität und Verhalten ist nachhaltig gestört. Der Impulskontrollverlust äußert sich in Wutausbrüchen, aggressivem Verhalten oder verbal-aggressiven Ausbrüchen, die die soziale Interaktion zunehmend belastet. Menschen mit FASD sind sehr ungeduldig und können Handlungen nicht realitätsgerecht planen oder überdenken (vgl. Falke/Stein 2021, S. 27). Probleme bei der *Nähe-/Distanzregulation* können dazu führen, dass sich die Menschen mit FASD bestimmten Gruppen anschließen, in denen sie aufgrund ihres mangelnden Urteilsvermögens, ihres mangelnden Unrechtsbewusstseins und ihrer Beeinflussbarkeit zu kriminellen Aktivitäten verleitet werden. Sie können Gefahren nicht richtig einschätzen und haben nicht die Fähigkeit aus Fehlern zu lernen (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 34). Aufgrund der hirnanorganischen Schädigung können Menschen mit FASD Gelerntes oft nicht abrufen, können Regeln nicht übertragen und anwenden, verstehen soziale Kontexte nicht und können Reize oftmals nicht verarbeiten und auswerten. Dies hat zur Folge, dass FASD-Betroffene bereits im jungen Alter geprägt sind von Misserfolgen und Missverständnissen, die im Alter dazu führen, dass sie sich als fehlerhaft wahrnehmen (vgl. Falke/Stein 2021, S. 21). Leistungsdruck von außen fördert dieses Problem (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 21) und führt meistens zu großem *Frust* und einer geringeren Toleranz gegenüber negativen Erfahrungen. Wutausbrüche und unkontrollierbare Impulsausbrüche sind mögliche Reaktionen auf die Misserfolge, die zu weiteren Problemen führen. Eine Frustrationsspirale kann entstehen, die nur durch Unterstützung Dritter zu durchbrechen ist (vgl. Falke/Stein 2021, S. 29).

Selbstregulation ist die Selbstbeobachtung, -bewertung und -verstärkung, die zum Erreichen eines Zieles notwendig sind. Grundlegende Fähigkeiten zur Selbstregulation sind Kompetenzen der Wahrnehmung, Impulskontrolle, soziale Interaktion, Frustrationstoleranz und die Möglichkeit der Handlungsplanung und setzt somit funktionierende Exekutivfunktionen voraus (vgl. ebd., S. 30). Exekutivfunktion wird als Oberbegriff für die Fähigkeiten der Vorausschau, Planung und Ausführung einer Handlung und der Selbstbeobachtung verstanden (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 15). Alle grundlegenden Kompetenzen sind bei Menschen mit FASD entweder beeinträchtigt oder lückenhaft, sodass der Erwerb von selbstständigem und realitätsnahem Denken, Planen und Handeln nur eingeschränkt bis gar nicht möglich ist und sie so ein Leben lang auf die Unterstützung Dritter angewiesen sind (vgl. Falke/Stein 2021, S. 30).

1.4 Moderater Alkoholkonsum und Epidemiologie

Damit epidemiologische Studien realistische Aussagen über eine Allgemeinbevölkerung treffen können, muss diese an einer großen Studienpopulation durchgeführt werden, die aber meistens sehr kosten- und zeitaufwendig sind. Zusätzlich wird dieser Prozess durch die unterschiedlichen Ausprägungsformen erschwert, da die Diagnosen (S. 8) außer bei dem FAS nicht einfach zu stellen sind und es somit keine verlässlichen Daten über FASD gibt. Aus diesem Grund spezialisieren sich viele Studien auf das Vollbild und lassen andere Ausprägungsformen außer Acht. Dies sind mögliche Ursachen dafür, dass trotz einer guten Informationsgrundlage über die fetalen Alkoholspektrum-Störungen die Datenlage über die Inzidenz und Prävalenz sehr gering sind. Teilweise existieren auch keine eigenen Zahlen, sondern nur Schätzungen, die aus anderen Ländern übertragen werden. Solche Übertragungen sind durch unterschiedliche Trinkgewohnheiten und Bevölkerungsstrukturen jedoch nicht sinnvoll (vgl. Nordhues/Weischenberg/Feldmann 2015, S. 18).

1.4.1 Moderater Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Alkohol als teratogene Substanz gelangt zunächst in den mütterlichen Organismus und von dort über die Nabelschnur und die Plazenta ungehindert in den fetalen Blutkreislauf (vgl. Spohr 2016, S. 122), sodass das ungeborene Kind innerhalb kürzester Zeit den gleichen Blutalkoholspiegel aufweist wie die Mutter (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 12). Aufgrund des eingeschränkten Metabolismus des ungeborenen Kindes ist der fetale Alkoholabbau abhängig von der Mutter und im Gegensatz zum mütterlichen Alkoholabbau verzögert (vgl. Spohr 2016, S. 122f.). Der kindliche Organismus ist nicht in der Lage Alkohol selbstständig abzubauen und muss darauf warten, dass durch das Konzentrationsgefälle zwischen dem niedrigeren Alkoholspiegel der Mutter und dem hohen Alkoholspiegel des Kindes der Alkohol zurück in den mütterlichen Kreislauf übergeht. Somit ist der Embryo bzw. Fötus den schädlichen Folgen des Alkohols länger ausgesetzt (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 12).

Laut einer Studie der ‚Gesundheit in Deutschland aktuell‘ trinken 72,4 Prozent der schwangeren Frauen keinen Alkohol, 19,8 Prozent weisen einen moderaten Alkoholkonsum auf und 7,8 Prozent nehmen eine riskante Menge an Alkohol zu sich (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2016, S. 11f.). „Moderater“ Alkoholkonsum bedeutet im Kontext der Medizin ein nicht schädlicher Konsum oder eine Zufuhrmenge mit dem geringsten Morbiditäts- bzw. Mortalitätsrisiko (vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2009, S. 4). Der Rauschkonsum, definiert als fünf oder mehr alkoholische Getränke pro Gelegenheit (vgl. Landgraf/Heinen 2017b, S. 786), kommt bei 84 Prozent der Befragten nie vor. 12,1 Prozent geben an, seltener als einmal pro Monat, 3,8 Prozent jeden Monat und 0,1 Prozent mindestens jede Woche zum Rauschkonsum zu neigen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2016, S. 12). Welche Alkoholmenge in einem „Drink“ enthalten ist und als moderat gilt, ist länderabhängig und nicht

einheitlich geregelt. Ein internationaler Vergleich aus dem Jahr 2012 verdeutlicht die länderspezifische Ungleichheit der empfohlenen täglichen maximalen Zufuhr von Alkohol. Die tägliche Obergrenze für den weiblichen Alkoholkonsum schwankt von 42 Gramm Alkohol/Tag in den USA bis 10 Gramm Alkohol/Tag in Finnland und Hongkong. Deutschland mit einer Empfehlung von maximal 12 Gramm Alkohol/Tag, liegt damit im internationalen Vergleich im unteren Bereich. Einheitlich ist die Bezeichnung der aktuell geltenden Trinkeinheit „Unit“, die jedoch in den einzelnen Ländern wieder unterschiedlich definiert werden. Gilt ein „Unit“ in den USA als 14 Gramm reiner Alkohol, so ist es in Deutschland 12 Gramm und in Australien 10 Gramm Reinalkohol. Die amerikanische Empfehlung für einen moderaten Alkoholkonsum besagt, dass Frauen, die nicht schwanger sind, einen Drink pro Tag zu sich nehmen dürfen. Deutschland geht von einem risikoarmen Konsum aus, bei Frauen von bis zu 10 Gramm und bei Männern bis zu 20 Gramm reinem Alkohol. Riskant wird der Alkoholkonsum bei Frauen, wenn sie mehr als 10 Gramm reinen Alkohol/Tag trinken. Ausgehend von einem „Unit“ mit 12 Gramm reinem Alkohol, dürften Frauen in Deutschland nicht mal ein Glas Wein mit 125 ml und 9 Prozent Alkoholgehalt trinken, da das Glas 1,1 Units und somit etwas mehr als 12 Gramm reinen Alkohol enthält (vgl. Spohr 2016, S. 115f.).

Ob (moderater) Alkoholkonsum schädlich für das ungeborene Kind ist, ist ein sehr umstrittenes Thema (vgl. ebd., S. 117ff.). 2007 veröffentlichten Henderson, Gray und Brocklehurst (2007, S. 243) eine systematische Recherche über die Auswirkungen von niedrigem bis moderatem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft auf das ungeborene Kind, dabei gehen sie von einer Alkoholmenge von weniger als 84 Gramm Alkohol pro Woche aus. Sie können keine überzeugenden Beweise finden, dass bereits ein niedriger Alkoholkonsum während der Schwangerschaft schädigende Auswirkungen auf das ungeborene Kind hat (vgl. ebd., S. 247). Auch neuere Studien aus England und Dänemark sind zu dem Ergebnis gekommen, dass es zu keinen Schäden beim Kind kommt, wenn während der Schwangerschaft gemäßigt Alkohol konsumiert wird. Eine Studie aus den Jahren 2008 und 2012 kann keine relevanten Verhaltensauffälligkeiten oder kognitiven Defizite bei Kindern feststellen, bei denen die Mütter zwei Drinks pro Woche getrunken haben, im Vergleich zu den Kontrollkindern (vgl. Spohr 2016, S. 117). Im Gegensatz dazu gibt es klinische Untersuchungen, dass Kinder, bei denen die Mütter bereits geringe Mengen an Alkohol während der Schwangerschaft konsumieren, Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. So zeigt eine Langzeit-Studie, ausgehend von einem Alkoholkonsum von einem Drink pro Woche während der Schwangerschaft, ein erhöhtes aggressives und delinquentes Verhalten bei Kindern im Alter von sechs bis sieben Jahren. In neueren Studien kann ein erhöhtes Risiko für psychomotorische Defizite festgestellt werden und anhand von verschiedenen Tierexperimenten können nachweislich verschiedene Schädigungen dokumentiert werden, die auf einen niedrigen Alkoholkonsum zurückzuführen sind. Trotz der unterschiedlichen Studienergebnisse weisen alle daraufhin, dass es keinen

sicheren Schwellenwert für Alkohol in der Schwangerschaft gibt (vgl. Spohr 2016, S. 118f.). Wie bereits oben beschrieben, haben andere Länder andere Definitionen in Bezug auf den Alkoholkonsum und deren Konsummuster, wodurch es ungewiss ist, inwieweit die bestehenden Studien auf andere Länder zu übertragen oder zu generalisieren sind (vgl. Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2009, S. 16). Aus Sicherheitsgründen soll auf Alkohol während der Schwangerschaft verzichtet werden (vgl. ebd., S. 3) und viele neue Studien unterstreichen die völlige Alkoholabstinenz. Wird der Embryo innerhalb der ersten Tage dennoch dem Alkohol ausgesetzt, in Anbetracht der Tatsache, dass die werdende Mutter nichts von ihrer Schwangerschaft weiß (vgl. Spohr 2016, S. 120), besteht die Möglichkeit, dass die geschädigten Zellen ersetzt werden können. Im schlimmsten Fall einer erhöhten toxischen Schädigung kann es zu einer frühen Fehlgeburt kommen (vgl. ebd., S. 125). Selbst wenn die schwangere Frau erst nach ein bis zwei Monaten von ihrer Schwangerschaft erfährt, wird das Kind durch eine sofort einsetzende Alkoholabstinenz vor weiteren Schädigungen geschützt (vgl. ebd., S. 120).

1.4.2 Epidemiologie in Deutschland

Neben der Inzidenz, welche die Anzahl neuer Erkrankungsfälle in einer bestimmten Zeitspanne einer bestimmten Bevölkerungsgruppe angibt, führt die Prävalenz die bestehenden Erkrankungsfälle zu einem bestimmten Zeitpunkt einer bestimmten Gruppe auf. Die Inzidenz wird in der Regel auf 1.000 Lebendgeburten pro Jahr gerechnet, wohingegen die Prävalenz auf 1.000 Menschen in einer definierten Bevölkerungsgruppe berechnet wird (vgl. ebd., S. 7f.).

Eine Schätzung aus dem Jahr 2008 geht davon aus, dass 0,4 bis 0,6 Prozent der gesamten Bevölkerung in Deutschland mit einer fetalen Alkoholspektrum-Störung geboren wird, die Dunkelziffer aber deutlich höher liegt (vgl. Häßler/Weirich/Reis 2017, S. 342). Eine Studie zur Häufigkeit des fetalen Alkoholsyndroms, durchgeführt 1991 in der Berliner Frauenklinik, ergibt eine geschätzte FASD-Inzidenz von 6 pro 1000 Neugeborenen (darunter ein Kind mit FAS und fünf Kinder mit pFAS). Ausgehend von einer Geburtenrate von 662.712 Geburten im Jahr 2011, errechnet sich für Deutschland eine jährliche Rate von 3.000 bis 4.000 FASD-Betroffenen. Spohr (2016, S. 8) sieht es problematisch, das gesamte Spektrum alkoholgeschädigter Kinder zu schätzen, da lediglich ein Bruchteil diagnostiziert sei. Neuere Schätzungen für das fetale Alkoholsyndrom gehen von einer Prävalenz von ca. 8 pro 1000 Neugeborenen aus, sodass bei einer Geburtenrate aus dem Jahr 2013 von 682.100 Lebendgeburten in Deutschland 5.457 Kinder mit einem fetalen Alkoholsyndrom zur Welt gekommen sind (vgl. Ter Horst 2015, S. 113). Während die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2019, S. 66) davon ausgeht, dass in Deutschland ca. 10.000 Kinder pro Jahr mit FASD geboren werden, darunter 2.000 mit schweren Beeinträchtigungen, konnte

2014 auf Basis einer anderen Methodik ein jährlicher Anstieg bis zu 16.000 FAS(D)-Kinder ermittelt werden. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass 80 Prozent der gesamten Kinder mit FAS außerhalb der Herkunftsfamilie leben (vgl. Nordhues/Weischenberg/Feldmann 2015, S. 28). Im Umkehrschluss besagt eine Studie von Nordhues, Weischenberg und Feldmann (ebd., S. 27), dass 22,9 Prozent aller Kinder und Jugendlichen das fetale Alkoholsyndrom aufweisen. Eine Statistik aus dem Jahr 2010 des statistischen Bundesamts berichtet von 140.890 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 18 Jahren, die zu diesem Zeitpunkt in Obhut leben (davon 38 Prozent im Heim, 22 Prozent als Adoptivkinder und 40 Prozent bei Pflegefamilien). Entsprechend dem in der Studie von Nordhues, Weischenberg und Feldmann (ebd.) ermittelten Prozentwert von 22,9 Prozent ergibt sich, dass im Jahr 2010 32.264 in Obhut lebenden Kinder und Jugendlichen an FASD leiden. Während ein Großteil der Adoptivkinder von einem Stiefelternteil übernommen wird (vgl. ebd., S. 27f.), ist bei den Übrigen eine Unterbringung in einer Pflegefamilie einer Heimunterbringung vorzuziehen (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017a, S. 35). Gründe für eine Inobhutnahme können eine unzureichende Förderung, eine Gefährdung des Kindeswohls oder die eingeschränkte erzieherische Kompetenz der Eltern sein (vgl. Nordhues/Weischenberg/Feldmann 2015, S. 27). FASD ist auf keine soziale Schicht begrenzt, wird aber häufiger in der unteren sozialen Schicht entdeckt, da die desolaten Familienverhältnisse oftmals zu einer Inobhutnahme der Kinder führt (vgl. Spohr 2016, S. 20).

2. Kinder- und Jugendhilfe als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit

Das Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe ist quantitativ betrachtet das größte Arbeitsgebiet der Sozialen Arbeit und neben dem schulischen Kontext auch für das institutionelle Aufwachsen und das Ergänzen, Unterstützen oder auch Ersetzen des Aufwachsens in der Familie zuständig. Wie der Name bereits sagt, befasst sich die Kinder- und Jugendhilfe hauptsächlich mit den Lebensaltern Kindheit und Jugend und setzt sich mit zeitgenössischen gesellschaftlichen Bedingungen, Normen, Entwicklungen und Entwürfen auseinander. Leistungsempfänger, auch Adressaten genannt, dieser Hilfen sind junge Menschen, darunter zählen Kinder, Jugendliche und junge Volljährige von unter 27 Jahren, Personensorge- und sonstige Erziehungsberechtigte (vgl. Farrenberg/Schulz 2021, S. 11ff.). In der Kinder- und Jugendhilfe ist ein Zusammenwirken verschiedener Akteure auch aus anderen Professionen und Disziplinen unabdingbar (vgl. ebd., S. 18).

Mittlerweile findet das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen vermehrt unter öffentlicher Verantwortung statt, sodass die *Institutionalisierung von Kindheit und Jugend* in verschiedenen Arbeits- und Tätigkeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe vorzufinden ist. Aus bildungsökonomischer Perspektive wirkt sich ein früher Besuch eines Kindes in einer elementarpädagogischen Einrichtung positiv auf den späteren Bildungsweg aus, wobei die

wohlfahrtsstaatstheoretische Perspektive dies kritisch betrachtet und dadurch eine Verschiebung von einer Familienkindheit zu einer Bildungskindheit befürchtet. Das Verständnis von Bildung als lebenslanges Lernen ist auch ein diskutierter Bildungsauftrag der Kinder- und Jugendhilfe geworden und unterteilt die Leistungen in formale, nonformale und informelle Bildungsorte. Formale Bildungsorte sind Teil des Bildungssystems, wie die Schule, nonformale Bildungsorte sind vorwiegend angeleitete (Freizeit-)Aktivitäten und informelle Bildungsorte sind größtenteils offen strukturiert und gestalten sich individuell und situativ (vgl. Farrenberg/Schulz 2021, S. 27-30). Die Kinder- und Jugendhilfe stellt vielfältige Leistungen zur Verfügung, die rechtlich auf Partizipation abzielen und sich konzeptionell an der Lebenswelt der Adressat*innen orientieren (*Pluralisierung und Individualisierung*). So kann auf den individuellen Hilfebedarf eingegangen und eine passende Unterstützung angeboten werden. Durch Flexibilisierung und einer bedarfsgerechten Vermischung, sollen neue Angebote geschaffen werden, um mögliche Angebotslücken zu füllen (vgl. ebd., S. 31f.). Die Diskurse der Kinder- und Jugendhilfe betonen Differenz- bzw. Ungleichheitskategorien und versuchen häufig mit projektförmigen Angeboten die „besondere“ *Benachteiligung* zu reduzieren. Es bestehen unterschiedliche Gruppen in verschiedenen Kontexten: Im Kontext des Bildungssystems sind es oftmals die Jungen, die benachteiligt werden, im materiellen Kontext sind es die „armen“ Kinder, im Gesundheitssystem die „dicken“ Kinder und im Kontext von Flucht, Migration und Integration durch bspw. Sprachbarrieren sind es junge Menschen mit Fluchterfahrung, die als „unbegleitete minderjährige Ausländer*innen“ nach Deutschland kommen (vgl. ebd., S. 33ff.). Kinder- und Jugendhilfe bewegt sich immer im Spannungsfeld von *Hilfe und Kontrolle* (vgl. ebd., S. 37). Parallel neben der *Integration*, welche das Anpassen eines Menschen an die Normen, um der normalen Mehrheitsgesellschaft anzugehören bedeutet, versucht *Inklusion* jeden Menschen miteinzubeziehen, um das Ausschließen jener zu verhindern. Verfolgt die Kinder- und Jugendhilfe das Ziel der Inklusion, so ist der Auftrag der Kontrolle nicht mehr einzuhalten, der eine integrative Form der Bearbeitung von Heterogenität darstellt (vgl. ebd., S. 38). Neben der Herausforderung „Integration und Inklusion“ bestehen zwei Schwierigkeiten: Zum einen die Frage der (Nicht-)Zuständigkeit für Klientelgruppen, da neben den Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe für Menschen mit Behinderung auch Unterstützungsangebote der ‚Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen‘ im neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) existieren und zum anderen die Frage, ab wann ein Kind zu einem (sozial-)pädagogischen Arbeitsgegenstand wird (vgl. ebd., S. 36f.).

2.1 Rechtliche Grundlage

Die heutige Kinder- und Jugendhilfe setzt sich aus den Aufgabengebieten der Kinder- und Jugendfürsorge, welche vor allem für die Vermeidung einer Kindeswohlgefährdung verantwortlich ist, der Kinder- und Jugendpflege, bestehend aus allgemeinen Angeboten, und

der Kleinkindpädagogik zusammen (vgl. Farrenberg/Schulz 2021, S. 51f.). Die im achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) geregelte Kinder- und Jugendhilfe, definiert in den „Allgemeinen Vorschriften“ im §1 SGB VIII das Leitmotiv und die Ziele. So lautet das Leitmotiv nach §1 Abs.1 SGB VIII: „Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“. Dabei liegt der sozialpädagogische Fokus vor allem auf den Begriffen „Entwicklung“ und „Erziehung“ (vgl. Rätz/Schröer/Wolff 2014, S. 59). Die in §1 Abs.3 Nr.1-4 SGB VIII aufgeführten Ziele beschreiben die Förderung und Vermeidung bzw. den Abbau von Benachteiligung junger Menschen, die Beratung und Unterstützung der Eltern und Erziehungsberechtigten, das Schützen des Kindes-/Jugendwohls und der Erhaltung oder Schaffung einer kinder- und familienfreundlichen Umwelt sowie das Herstellen positiver Lebensbedingungen für junge Menschen und deren Familien. Wird im Sinne des SGB VIII von einem Kind gesprochen, so sind junge Menschen gemeint, die das 14. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Jugendliche gehören der Altersspanne zwischen 14 und 18 Jahren an und ein junger Volljähriger ist bereits 18 Jahre alt, hat aber das 27. Lebensjahr noch nicht überschritten. Der Begriff „junger Mensch“ umfasst alle Personen, die noch keine 27 Jahre alt sind (§7 SGB VIII). Die im §2 SGB VIII aufgeführten Leistungsbereiche lassen sich nach Farrenberg und Schulz (2021, S. 62) in fünf Arbeitsfelder einteilen: 1. Jugendarbeit und Jugendverbände, 2. Jugendsozialarbeit, 3. Förderung der Erziehung in der Familie, 4. Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege und 5. Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche und Hilfe für junge Volljährige. Zusätzlich gibt es noch ‚andere Aufgaben‘ der Jugendhilfe, welche in der Regel als hoheitliche Aufgaben des Sozialen Dienstes den örtlichen Jugendämtern vorbehalten sind (vgl. ebd.). Allgemein gilt das Subsidiaritätsprinzip, d. h. freie Träger haben Vorrang vor öffentlichen Jugendhilfeträgern (vgl. ebd., S. 63).

2.2 Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe

Angebote der Kinder- und Jugendhilfe werden durch Zeitumfang, Zeitdauer und Lebenswelt- und Alltagsnähe strukturiert (vgl. ebd., S. 76). Auf der Basis unterschiedlicher Lebensphasen ergeben sich zwei Modelle: Das erste Modell ergänzt, unterstützt oder ersetzt die Lebenswelt der Adressatin*innen. Dabei greift die ergänzende Begleitstruktur weniger in die Lebenswelt ein, während das Ersetzen in die Lebenswelt eindringt. Das zweite Modell stellt die gesellschaftliche Funktion der jeweiligen Intervention in den Fokus (vgl. ebd., S. 78f.). So sollen die Adressat*innen weitestgehend die Problembearbeitung und -bewältigung selbstständig bzw. eigenständig schaffen (vgl. ebd., S. 81).

Das erste Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendhilfe ist die *Jugendarbeit* und historisch betrachtet in der Kinder- und Jugendpflege verortet. Der Sozialstaat der Bundesregierung verpflichtet

sich auf der Grundlage der §§11 und 12 des SGB VIII dazu, Angebote bereitzustellen, welche zur Förderung der Entwicklung junger Menschen erforderlich sind (vgl. Farrenberg/Schulz 2021, S. 84). Charakteristisch für die Jugendarbeit, welche sich zentral an der Lebenswelt der Adressat*innen orientiert (vgl. ebd., S. 88), ist die strukturelle Offenheit und Freiwilligkeit der Teilnahme, sodass hier von einem Angebotscharakter die Rede ist. Befähigung zur Selbstbestimmung und zu gesellschaftlicher Verantwortung sowie das Anregen und Hinführen zu gesellschaftlichem Engagement sind drei Ziele der Jugendarbeit, welche im §11 Abs.1 SGB VIII festgehalten werden. Das Arbeitsfeld lässt sich in zwei Tätigkeitsfelder unterteilen: die Jugendverbandschaft und die offene Kinder- und Jugendarbeit (vgl. ebd., S. 85f.). Sie unterscheiden sich hauptsächlich darin, dass die Jugendverbandsarbeit überwiegend durch die Kinder oder Jugendlichen und durch Ehrenamtliche organisiert und die offene Kinder- und Jugendarbeit größtenteils von Professionellen verwaltet wird (vgl. ebd., S. 87f.). Vor allem die offene Kinder- und Jugendarbeit soll die Bildungsbenachteiligung abbauen und zur gesellschaftlichen Mit- und Selbstbestimmung befähigen (vgl. ebd., S. 89). Die Angebote der Jugendarbeit sind für alle Kinder zugänglich und dennoch primär für benachteiligte ältere Kinder konzipiert (vgl. ebd., S. 88).

Zurückzuführen auf die Kinder- und Jugendfürsorge zielt die *Jugendsozialarbeit* (§13 SGB VIII) als zweites Arbeitsfeld darauf ab, die Benachteiligung junger Menschen abzubauen oder auszugleichen und diese gesellschaftlich zu integrieren, mit dem Hauptfokus auf den gesellschaftlichen Teilsystemen „Schule“ und „Arbeitsmarkt“ (vgl. ebd., S. 90). Im Gegensatz zur strukturellen Offenheit in der Jugendarbeit besteht in der Jugendsozialarbeit eine gestufte Angebotsstruktur, d. h. Angebote der Jugendsozialarbeit sind dadurch gekennzeichnet, dass entweder die Adressat*innen eine Einrichtung oder einen Sozialen Dienst aufsuchen („Komm-Struktur“) oder die pädagogischen Fachkräfte die Adressat*innen in ihrem Lebensumfeld aufsuchen („Geh-Struktur“). Dieses Arbeitsfeld umfasst vier Tätigkeitsfelder: arbeitsweltbezogene Jugendsozialarbeit, Schulsozialarbeit, mobile Jugendsozialarbeit und das Jugendwohnen. (vgl. ebd., S. 91f.). Die arbeitsweltbezogene Jugendsozialarbeit unterstützt bei der Berufsorientierung und der Ausbildung und wird oftmals auch ausbildungsbezogene Jugendsozialarbeit genannt. Die Angebote finden sowohl ambulant statt, bspw. in einem Beratungssetting, als auch teilstationär in Form von Jugendwerkstätten oder Produktionsschulen (vgl. ebd., S. 92f.). Anders als die Schulsozialarbeit, die sowohl ambulante Beratungsangebote bei akuten Krisensituationen als auch teilstationäre Angebote, wie lern- und schulbezogene Förderprogramme und Hilfen anbietet (vgl. ebd., S. 93), findet die mobile Jugendsozialarbeit nur ambulant statt. Sogenannte Streetwork-Angebote suchen die Adressat*innen auf, die z. B. den Schulbesuch verweigern oder wohnungslos sind. Das Jugendwohnen findet überwiegend stationär statt und bietet Jugendlichen, welche aus sozialen Gründen nicht mehr in der Herkunftsfamilie wohnen können, eine sozialpädagogisch

begleitete Unterkunft, die bei der Ausbildungssuche und -bewältigung unterstützen (vgl. Farrenberg/Schulz 2021, S. 94f.). Können Leistungen der Agentur für Arbeit oder des Grundsicherungsträgers in Anspruch genommen werden, so haben diese vor den Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe Vorrang (vgl. ebd., S. 96).

Das dritte Arbeitsfeld der *Förderung der Erziehung in der Familie und die Frühen Hilfen* (gesetzlich verankert in den §§16-21 SGB VIII) bietet für die Eltern oder die Familie Angebote von der Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz über Beratungsangebote in Belastungssituationen bis hin zu stationären Maßnahmen (vgl. ebd., S. 96f.) und lässt sich in die Tätigkeitsfelder Förderung der Erziehungskompetenzen (§16 SGB VIII), Beratungen in konkreten Belastungssituationen (§§17 und 18 SGB VIII), stationäre Hilfen in spezifischen Lebenssituationen (§§19-21 SGB VIII) und Frühen Hilfen unterteilen (vgl. ebd., S. 98). Angebote der Familienbildung, Elternkurse oder der Familienfreizeit/-erholung gehören zum Tätigkeitsfeld Förderung der Erziehungskompetenz und sind für jede Familie frei zugänglich. Die Angebote finden überwiegend ambulant statt und können wiederholt oder im Turnus angeboten werden (vgl. ebd., S. 99). Beratungen in konkreten Belastungssituationen, wie Partnerschaft, Trennung und Scheidung sowie Personensorge oder Umgangsrecht, finden mehrheitlich ambulant statt und werden oft in Anspruch genommen, wenn eine akute Krise bereits vorliegt. Im Vergleich zu den anderen Tätigkeitsfeldern ist hier die Rede von einem Regelangebot, da es neben den Angeboten bei bereits bestehenden akuten Krisen auch präventive Leistungen anbietet. Stationäre Hilfen in spezifischen Lebenssituationen finden, wie der Name schon sagt, nur stationär statt und umfassen Vater-/Mutter-Kind-Einrichtungen (§19 SGB VIII), die Betreuung und Versorgung eines Kindes in Notsituationen (§20 SGB VIII) und die Unterstützung bei notwendiger Unterbringung zur Erfüllung der Schulpflicht (§21 SGB VIII). Während allerdings die Vater-/Mutter-Kind-Einrichtung und die Unterbringung zur Erfüllung der Schulpflicht einen alternativen Lebensort zur Herkunftsfamilie darstellen, erfolgt die Unterbringung eines Kindes in Notsituationen zwar stationär, aber in Form einer 24/7 Betreuung als Geh-Struktur (vgl. ebd., S. 100f.). Die Frühen Hilfen stellen von Beginn der Schwangerschaft bis zum 3. Lebensjahr des Kindes regionale Unterstützungssysteme mit Hilfsangeboten zur Verfügung und zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten der Adressat*innen in der Familie selbst, aber auch in der Gesellschaft frühzeitig zu erkennen und nachhaltig zu verbessern. Sie tragen zum gesunden Aufwachsen der Kinder bei, sodass sie eine Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen darstellen (vgl. ebd., S. 102).

Das vierte Arbeitsfeld „*Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung*“ ist gesetzlich geregelt in den §§22-26 SGB VIII und wird in zwei Tätigkeitsfelder gefasst: Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege (vgl. ebd., S. 107). Die Hauptaufgabe dieses Arbeitsfeldes stellt die Förderung von individuellen Bildungs-, Entwicklungs- und Lernprozessen des Kindes dar und

soll zusätzlich auf den individuellen Bedarf der Eltern angepasst sein (vgl. Farrenberg/Schulz 2021, S. 109). Kindertageseinrichtungen stellen einen wichtigen Akteur im Netzwerk zu den Frühen Hilfen dar, sodass sie über die individuelle Förderung der Kinder auch einen Schutzauftrag gegenüber diesen haben. Besteht ein begründeter Verdacht einer Kindeswohlgefährdung ist das pädagogische Personal dazu verpflichtet diesem Verdacht nachzugehen (vgl. Kröling 2015, S. 123).

Die *Hilfen zur Erziehung* (kurz: HzE) als Teil des fünften Arbeitsfeldes bieten unterschiedliche Angebote und Maßnahmen und sind rechtlich verankert in den §§27-35 SGB VIII. Leistungsanspruch nach §27 Abs.1 SGB VIII besteht, „wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“ und adressiert hiermit die Personenberechtigten, welche einen individuellen Rechtsanspruch haben (vgl. Farrenberg/Schulz 2021, S. 110). Die HzE umfasst ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote, wobei in den ambulanten und teilstationären Hilfen der Lebensmittelpunkt in der Familie und bei den stationären Hilfen außerhalb des familiären Kontextes liegt (vgl. ebd., S. 112). Die Erziehungsberatung (§28 SGB VIII) als ein ambulantes Angebot mit einer Komm-Struktur, welche die Aufgabe der aufsuchenden Erziehungshilfe übernimmt und ohne Bewilligung des zuständigen Jugendamtes genutzt werden kann, steht jeder Person zur Verfügung. Um bei der Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen zu helfen, bietet die Soziale Gruppenarbeit (§29 SGB VIII) ein gruppenpädagogisches Angebot, welches auf soziales Lernen in einer gleichaltrigen Gruppe abzielt. Obwohl die Teilnahme freiwillig ist, ist sie abhängig von einer Bewilligung und einer fallzuständigen Begleitung angeordnet durch das zuständige Jugendamt. Zwei weitere ambulante Angebote der erzieherischen Hilfen sind der Erziehungsbeistand (§30 SGB VIII) und die sozialpädagogische Familienhilfe, kurz: SPFH (§31 SGB VIII), die durch ihre Geh-Struktur gekennzeichnet sind. Während der Erziehungsbeistand auch ohne die Einwilligung der Adressat*innen bewilligt und eingesetzt werden kann, ist die SPFH abhängig von der Einwilligung der Adressat*innen für die Hilfe (vgl. ebd., S. 112ff.). Erziehung in einer Tagesgruppe (§32 SGB VIII) ist die einzige teilstationäre Hilfe dieses Arbeitsfeldes und widerspricht sich, indem sie den Heranwachsenden den Verbleib in der Familie sichern soll, diese aber jeden (Werk-)Tag aus der Familie geholt werden (vgl. ebd., S. 115f.). Die stationären Hilfen orientieren sich am Kinderschutz auftrag und stellen den stärksten Eingriff in die elterliche Sorge dar. Neben dem Angebot der Vollzeitpflege (§33 SGB VIII) gibt es noch die Heimerziehung (§34 SGB VIII) und die Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§35 SGB VIII) und obwohl das Hauptziel der drei Angebotsformen die Rückkehr in die Familie ist, zeigen Studien, dass dies kaum realisiert wird (vgl. ebd., S. 116f.). Ein weiterer Teil stellt die *Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche* dar, die gesetzlich im §35a SGB VIII verankert ist und die Teilhabe in

den Vordergrund stellt (vgl. Rätz/Schröer/Wolff 2014, S. 153). Die dort enthaltenen Hilfen können, wie bei den HzE ambulant, teilstationär oder stationär geleistet werden, wobei der Großteil durch ambulante Hilfe (88 Prozent) erbracht wird, wenn die Frühförderung nicht mitgezählt wird (vgl. Moos 2008, S. 156). Wie bereits im Kapitel 1.4.2 erwähnt, leben 80 Prozent der FASDler außerhalb der Ursprungsfamilie (S. 14), wodurch anzunehmen ist, dass junge Menschen mit FASD hauptsächlich durch stationäre Hilfen betreut werden. Der Leistungsanspruch nach §35a SGB VIII enthält zwei Leistungstatbestände und wird denjenigen gewährt, erstens deren seelische Gesundheit höchstwahrscheinlich länger als sechs Monate des altersentsprechenden Zustands abweicht und zweitens dadurch die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (vgl. ebd., S. 157f.). Können beide Leistungstatbestände nicht festgestellt werden, besteht je nach Problemstellung und bei bestehenden Voraussetzungen die Möglichkeit HzE im Rahmen des §27 SGB VIII in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd., S. 161). Wie bei den HzE gelten bei der Eingliederungshilfe die gleichen Qualitätsstandards der Hilfeplanung (vgl. ebd., S. 163), wozu Partizipation, Zielorientierung und Transparenz gehören (vgl. Freigang 2009, S. 109). Bei der Hilfeplanung, gesetzlich verankert im §36 SGB VIII, soll ein aktueller Ist-Zustand zu einem gewünschten Soll-Zustand verändert und die bestehenden Differenzen reduziert oder aufgehoben werden. Der kontinuierliche Prozess (vgl. ebd., S. 105) zur Sicherung der Qualität in der Fallarbeit (vgl. ebd., S. 109) ist zielgerichtet und erfolgsorientiert und baut auf stetigen Verbesserungen auf (vgl. Ter Horst 2015, S. 114). Zuletzt kommt die *Hilfe für junge Erwachsene* nach §41 SGB VIII, die häufig als ambulante erzieherische Anschlusshilfe von stationären Unterbringungen, z. B. Heimen oder Pflegestellen, erbracht wird. Ziel dieser Maßnahme ist die Befähigung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und/oder der Arbeitswelt und soll durch altersgemäße Persönlichkeitsentwicklung, der Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Lebensführung und durch soziale Kompetenzen erreicht werden. Zentralen Stellenwert nehmen hier vor allem die Bildung und die (Berufs-)Ausbildung ein und sollen bspw. junge Erwachsene unterstützen, die keine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen können, eine Grundlage zu entwickeln, um in den zweiten Arbeitsmarkt einsteigen zu können (vgl. Hüning 2018, S. 419f.).

3. Fetale Alkoholspektrum-Störungen in der Kinder- und Jugendhilfe

Damit eine dem individuellen Hilfebedarf angepasste Maßnahme zur Teilnahme an der Gesellschaft sichergestellt werden kann, muss bei den betroffenen Menschen eine entsprechende Diagnose gestellt werden, die sich bei FASD immer noch als ein großes Problem (S. 5f.) darstellt (vgl. Ter Horst 2015, S. 117). Je früher die Diagnose bei FASDlern festgestellt werden kann, desto früher können Maßnahmen und Unterstützungssysteme eingeleitet werden und mögliche Probleme, wie Missverständnisse oder Fehlentscheidungen, vermieden werden (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 8). Dabei geht es nicht um das Einsetzen möglichst vieler Maßnahmen, sondern vielmehr um das Einsetzen passgenauer

Hilfen und Förderungen für das Kind oder den Jugendlichen (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 24). Allein die Diagnose reicht aber nicht aus, um FASD vollständig zu erfassen, sondern gewährleistet zunächst die sozialrechtliche Absicherung (vgl. Becker 2013, S. 126). Bevor Leistungen der Teilhabe in Anspruch genommen werden können, muss in der Hilfeplanung zuvor der Bedarf erkannt und die Zuständigkeit geklärt werden, um im nächsten Schritt die Teilhabe zu planen oder eine Gesamtplanung durchzuführen. Erst dann wird die Leistung entschieden und durchgeführt (vgl. Schindler 2020, S. 30).

3.1 Zuständigkeitsklärung der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII

Das in Deutschland stufenweise aufbauende Behindertenrecht ist heutzutage keinem bestimmten Sozialleistungsbereich zuzuordnen. Im SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ sind allgemeine Vorschriften enthalten, die zusätzlich die Zuordnung der Leistungen zur Teilhabe an die unterschiedlichen Sozialleistungsträger regelt (vgl. Wiesner 2014, S. 56). Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben werden vorrangig von der Krankenkasse und der Bundesagentur für Arbeit übernommen. Obwohl diese Leistungen auch von der Rentenversicherung durchgeführt werden können, sind sie eher selten bei FASD zuständig. Gleiches gilt für die Unfallversicherung und die Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge. Bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (soziale Teilhabe und Teilhabe an Bildung) ist entweder die Sozialhilfe oder die Kinder- und Jugendhilfe zuständig (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017a, S. 28), die den Fokus der Leistungen, der Erziehung oder der Eingliederungshilfe auf die Kompetenzerwerbung legen und die Teilhabe am Sozialen Leben sicherstellen soll (vgl. ebd., S. 23).

Der Begriff der Behinderung wird im SGB IX definiert und umfasst Menschen, die über einen längeren Zeitraum von mehr als sechs Monaten eine körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigung aufweisen, die in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der Teilhabe der Gesellschaft hindert. Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem eines altersgemäßen Zustands abweicht. Daraus resultieren zwei Prüfungsschritte: Zum einen die der medizinischen Diagnose der Behinderung und zum anderen die der Teilhabebeeinträchtigung. Damit eine Behinderung formal festgestellt wird und Nachteilsausgleiche anerkannt werden, müssen die Betroffenen einen Antrag stellen, das Versorgungsamt prüft diesen und stellt fest, ob und in welchem Grad eine Behinderung vorliegt. Die formale Feststellung ist für bestimmte Leistungsträger, wie z. B. für die Kranken- und Pflegeversicherung, nicht zwingend erforderlich (vgl. ebd., S. 7f.). Obwohl die Diagnose für die Eingliederungshilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) nicht gesetzlich vorgeschrieben ist, wird sie dennoch verlangt. Anders sieht es bei der Eingliederungshilfe (S. 19f.) aus, die von der Kinder- und Jugendhilfe

erbracht wird. Hier fordert das Gesetz eine Diagnose durch einen Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, einem Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder einen Arzt bzw. psychologischen Psychotherapeuten, welcher besondere Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen verfügt (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017a, S. 31). Deutsche Ärzt*innen können medizinische Diagnosen nur auf Grundlage des internationalen Klassifikationssystems nach der 10. Revision (ICD-10) stellen. Im ICD-10 gibt es für FASD allerdings nur die Diagnose ‚Alkoholembryopathie (mit Dysmorphien)‘ unter der Verschlüsselung Q86.0 (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 19) und erfasst nicht ausreichend die Komplexität des Krankheitsbildes (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017a, S. 4). Ganz gleich welche Ausprägungsform vorliegt, erhalten alle FASD-Betroffenen offiziell die Diagnose Q86.0 und werden mit dem Vollbild FAS und den auftretenden Dysmorphien (S. 4) gleichgestellt (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 19). Leipholz und Hamphausen (ebd.) hoffen auf eine Erneuerung der Diagnose-Verschlüsselung und die Aufnahme aller Ausprägungsformen der fetalen Alkoholspektrum-Störungen in der neuen Fassung, ICD-11, die im Januar 2022 in Kraft treten soll. Mit der Diagnose geht die Feststellung einher, ob eine Teilhabebeeinträchtigung vorliegt, die aber nicht vom Arzt getroffen wird, sondern als sozialpädagogische Aufgabe gilt. In der Kinder- und Jugendhilfe wird diese Aufgabe durch die Fachkräfte des öffentlichen Trägers übernommen (vgl. ebd., S. 31), wobei es zu beachten gilt, dass im Einzelfall geprüft werden muss (vgl. ebd., S. 8). Die schlussendliche Feststellung wird allerdings im Rahmen der Hilfeplanung (S. 20) durch das Jugendamt beschlossen (vgl. Moos 2008, S. 157f.).

Die vier unterschiedlichen Behinderungsarten (körperlich, seelisch, geistig und Sinnesbeeinträchtigungen) sind nicht klar voneinander abzugrenzen und dienen lediglich dazu, nicht von einem rein körperlichen Gesundheitsbegriff auszugehen. Für bestimmte Leistungsträger weist diese Abgrenzung eine hohe Relevanz auf, da von der Form der Behinderung abhängig ist, welcher Träger die Teilhabeleistungen gewähren muss (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017a, S. 8). Obwohl nach §1 SGB VIII jeder junge Mensch ein Recht auf Förderung und auf Erziehung hat (S. 16) regelt der §35a SGB VIII den Anspruch auf Teilhabeleistungen für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung. Junge Menschen die von einer geistigen oder körperlichen Behinderung betroffen oder bedroht sind, erhalten Leistungen aus dem SGB XII. Bei einer Mehrfachbehinderung/Kombination einer seelischen Behinderung mit einer körperlichen und/oder geistigen Behinderung ist ebenfalls die Eingliederungshilfe des Sozialhilfeträgers nach SGB XII vorrangig zuständig (vgl. Schindler/Hoff-Emden 2011, S. 58). Die rechtliche Zuständigkeitsbestimmung erfolgt weder nach dem Anlass der konkreten Hilfe noch nach dem Schwerpunkt der Behinderung (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017a, S. 29) und hat somit keinen hilfebezogenen Wert (vgl. Schindler/Hoff-Emden 2011, S. 58). Trotz

der Tatsache, dass die Hilfen für das gesamte Leben eingerichtet werden müssen (vgl. Ter Horst 2015, S. 119) hat sich in der Praxis gezeigt, dass der Träger der Sozialhilfe nicht selten die Kritik äußert, dass die erforderlichen Maßnahmen den erzieherischen Hilfen zuzuordnen sind und nicht den Teilhabeleistungen. Die zuständigen Leistungsträger sehen eine Trennung von Erziehung und Teilhabe, doch die Bundesverwaltung sieht Erziehung als einen Teil von sozialhilferechtlicher Eingliederungshilfe (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017a, S. 29). Bei der Beurteilung der jeweiligen Behinderungsform ist ausschlaggebend, in welchem Bereich sich die Schädigungen ausprägen und welche Teilhabebeeinträchtigung vorliegt (vgl. Schindler/Hoff-Emden 2011, S. 59). Das Besondere der fetalen Alkoholspektrum-Störungen liegt darin, dass diese Behinderung keiner eindeutigen Behinderungsart zuzuordnen ist (vgl. Schindler 2020, S. 30), da die vielfältigen Ausprägungsformen keine Pauschalisierung zulassen und somit eine Einzelfallprüfung zwingend notwendig ist (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017a, S. 9). Sind körperliche Schädigungen erkennbar, bspw. Minderwuchs, kann die Hauptursache der Beeinträchtigung auf eine seelische Störung zurückzuführen sein, gilt aber aufgrund der seelischen und körperlichen Beeinträchtigung als Mehrfachbehinderung. In diesem Fall wäre die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII vorrangig zuständig.

Doch so einfach die Feststellung der körperlichen Behinderung ist, so problematisch gestaltet sich die Unterscheidung zwischen seelischer und geistiger Behinderung (vgl. Schindler/Hoff-Emden 2011, S. 60). Störungen, die in Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden, von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen bedingt auftreten, sind laut der Eingliederungshilfeverordnung als seelische und nicht als geistige Behinderungen anzuerkennen. Dieses Kriterium ist für FASDler insoweit nur dann relevant, wenn die Symptome sich nur im Bereich der seelischen Störungen und der Verhaltensauffälligkeiten äußern (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017a, S. 9). In der Regel wird eine geistige Behinderung angenommen, wenn der Intelligenzquotient (IQ) der betroffenen Person unter 70 liegt, sodass die Zuständigkeit vorrangig beim Träger der Sozialhilfe liegt. Bei einem IQ über 70 werden die Defizite der Exekutivfunktionen eher den Verhaltensauffälligkeiten zugeschrieben und die Kinder- und Jugendhilfe ist für die Teilhabeleistungen zuständig (vgl. ebd., S. 29). Die Zuordnung durch die Intelligenzmessung ist kritisch zu betrachten, da die Ergebnisse solcher Tests sowohl von der Art der Testung als auch von der Tagesform der Betroffenen abhängig sind, weshalb die nonverbalen Defizite nicht erkannt werden und die daraus resultierenden Maßnahmen keine ausreichende Hilfe bieten (vgl. ebd., S. 9f.). Ein weiterer Aspekt die Unterscheidung nicht auf die Intelligenzmessung zu reduzieren, geht aus der Definition der American Association On Mental Retardation (kurz: AAMR) hervor, die über die Intelligenzmessung hinausgehen und in Beziehung zu konzeptionellen, praktischen und sozialen Funktionen setzen. Ausgehend von

der Definition der AAMR, der Beeinträchtigung geistiger Funktionen und deren Folge, sollte in Betracht gezogen werden, dass auch bei einem Intelligenzquotienten von über 70 eine geistige Behinderung vorliegen kann. Daraus resultiert jedoch die Problematik, dass unterschieden werden muss, welche Symptome zu den seelischen und welche zu den geistigen Funktionsbeeinträchtigungen gehören. Bislang werden die Symptome der mangelnden Konzentrationsfähigkeit und der mangelnden Impulskontrolle den seelischen Beeinträchtigungen zugeteilt. Sollte sich das mit der Zeit ändern, hätte das für die FASD-Betroffenen zur Folge, dass unabhängig von ihrem Alter die Gesamtzuständigkeit der Sozialhilfe als Träger der Eingliederungshilfe zugeteilt wird. In Anbetracht der Bedeutsamkeit der Feststellung der geistigen oder seelischen Behinderung, ist die Zuordnung über den IQ zwar kritisch zu betrachten, bietet aber für die Praxis einen klaren Maßstab (vgl. Schindler/Hoff-Emden 2011, S. 60f.). Nach Schindler und Hoff-Emden (ebd., S. 61) liegt die häufige Zuständigkeit allerdings bei der Kinder- und Jugendhilfe, da FASDler zumeist keinen IQ-Wert von unter 70 erzielen.

Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe streben nach dem Erreichen der Volljährigkeit die Beendigung der Leistungspflicht an, weshalb volljährige FASD-Betroffene, die bis zu diesem Zeitpunkt Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe beansprucht haben, nun vor einer besonderen Herausforderung stehen. Wird der Leistungsanspruch nach §41 SGB VIII „Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung“ (S. 20) nicht anerkannt oder verkannt, so steht den jungen Menschen ein schwieriger Übergang von der Kinder- und Jugendhilfe zur Sozialhilfe bevor (vgl. ebd., S. 64). Der Träger der öffentlichen Jugendhilfe begründet in Bezug auf §41 SGB VIII ihre Unzuständigkeit damit, dass von der erforderlichen Erfolgsaussicht nicht auszugehen ist. So muss herausgearbeitet werden, ob während der Zuständigkeit bestimmte Ziele erreicht werden können. Parallel muss FASD als eine Störung anerkannt werden, die lebenslang bestehen bleibt (vgl. ebd., S. 65), da bereits 80 Prozent der FASD-Betroffenen große Schwierigkeiten mit der Erwerbstätigkeit haben und 70 Prozent der Menschen nicht in der Lage sind ein selbstständiges Leben zu führen (vgl. Spohr/Steinhausen 2008, S. 696). In der Theorie ist es das Ziel, nach Beendigung der Maßnahme der Kinder- und Jugendhilfe einen guten Übergang zum Sozialhilfeträger zu ermöglichen. In der Praxis hingegen wird den Betroffenen oft eine persönliche Unzulänglichkeit und Verweigerung vorgeworfen, ihre seelische Behinderung wird nicht anerkannt und auf dieser Grundlage werden weiterführende Leistungen nach dem SGB XII abgelehnt (vgl. Schindler/Hoff-Emden 2011, S. 65). Die Aufteilung der Zuständigkeit führt in diesem Fall zu Nachteilen für die jungen Menschen (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017a, S. 29). In der Lebensphase des Erwachsenwerdens benötigen FASD-Menschen eine intensivere Betreuung als zuvor und gerade in diesem Stadium fallen sie oftmals aus den Hilfebezügen heraus (vgl. Schindler/Hoff-Emden 2011, S. 65). Die meisten Hilfeverläufe scheitern zurzeit aufgrund der fehlenden

Koordinierung zwischen Jugendhilfe, Eingliederungshilfe und Arbeitsagentur und der Außerachtlassung von Sozialpsychiatrischen Diensten oder Sozialpädiatrischen Zentren (vgl. Ter Horst 2015, S. 119), welche zukünftig eine bedeutende Rolle in der Diagnose und der damit verbundenen aufwendigen Betreuung und Behandlung spielen werden (vgl. Spohr 2016, S. 220).

Neben dem Vorschlag von Schindler und Hoff-Emden (2011, S. 81) eine gesetzliche Änderung in der Teilhabeplanung nach §58 SGB XII vorzunehmen, äußern Moos und Müller (2007, S. 11), dass unabhängig von den Abgrenzungsschwierigkeiten der Zuständigkeitsklärung die Jugendhilfe im Kontext der Eingliederungshilfe auf die Zusammenarbeit mit anderen Professionen angewiesen ist. Die Kinder- und Jugendhilfe muss Schnittstellen zu anderen Leitungsträgern, wie der Sozialhilfe, der Krankenkassen oder der Schule, aufbauen, um auf verschiedenen Kooperationsebenen die Arbeit mit den FASDlern durch bestimmte Rahmenbedingungen und fachlicher Kompetenzen zu erleichtern (vgl. Moos/Müller 2007, S. 11). Zudem ist im Hinblick auf die Betreuung der FASDler eine langjährige Förderung und Therapie aus den Fachdisziplinen Medizin und Pädagogik erforderlich (vgl. Lohr 2015, S. 74).

3.2 Eingliederungshilfe in der Kinder- und Jugendhilfe

Um FASDler bestmöglich fördern und unterstützen zu können, bedarf es drei Voraussetzungen: Angefangen bei der Diagnose, über das Wissen über FASD bei pädagogischen Fachkräften, bis hin zur Schaffung bestimmter Rahmenbedingungen (vgl. Kröling 2015, S. 123). Dass die Fachkräfte über FASD und ihre Symptomatik Bescheid wissen ist die wichtigste Voraussetzung. Sie sind allerdings nicht dazu berechtigt gegenüber den (Pflege-)Eltern eine mögliche Verdachtsdiagnose einer fetalen Alkoholspektrum-Störung zu äußern (vgl. ebd., S. 124).

3.2.1 Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfen zur Erziehung

Kinder und Jugendliche haben bislang nicht das Recht Anträge auf Leistungen nach dem SGB VIII zu stellen, sodass der Antrag auf Eingliederungshilfe durch die Personensorgeberechtigten (vgl. Richter 2018, S. 829) an das zuständige Jugendamt zu stellen ist (vgl. Moos/Müller 2007, S. 35). Die jungen Menschen haben aber das Recht auf Beratung durch die Jugendämter, ohne die Kenntnis der Personensorgeberechtigten. Daraus ergibt sich, dass die Leistungsansprüche nicht als Rechtsanspruch des Kindes auf Erziehung gesehen werden, sondern sich auf die Personensorgeberechtigten beziehen und die Erziehungshilfen nachrangig zu der elterlichen Erziehung sind (vgl. Richter 2018, S. 829). In Bezug auf die Eingliederungshilfe sind allerdings die Kinder und Jugendlichen selbst anspruchsberechtigt (vgl. Moos/Müller 2007, S. 35). Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII können durch die HzE ergänzt werden und dadurch getrennt voneinander beantragt oder zusammen eingereicht werden (vgl. Moos 2008, S. 161). 80 Prozent der von

FASDler leben nicht mehr in ihrer Ursprungsfamilie (S. 14) und sind größtenteils stationär in Pflegefamilien, Heimen oder anderen stationären Unterkünften untergebracht (vgl. Becker 2013, S. 121). Der Hilfebedarf der FASDler muss im Einzelfall aufgrund der unterschiedlichen Ausprägungsformen geprüft werden (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017a, S. 9) und soll durch die Hilfe Ressourcen ausbauen und erschließen, um im Wechselspiel mit Personen und Umwelt handlungsfähig zu werden und Bewältigungsstrategien zu entwickeln (vgl. Moos/Müller 2007, S. 12). Die Eingliederungshilfe und die Erziehungshilfen unterscheiden sich nicht nur darin, wer als Anspruchsberechtigte*r gilt, sondern gehen auch von unterschiedlichen Ursachen aus, die den Fokus der jeweiligen Hilfe verändert. Der Hauptfokus der Eingliederungshilfe liegt hauptsächlich auf der Einschränkung der seelischen Gesundheit und der Teilhabebeeinträchtigung der jungen Menschen und betrachtet in diesem Kontext nicht die erzieherischen Fähigkeiten oder den Umgang der (Pflege-)Eltern zu den Kindern oder Jugendlichen (vgl. Moos 2008, S. 161). Dennoch richtet sich die Hilfe nie ausschließlich nur an den jungen Menschen, der von einer (drohenden) seelischen Behinderung betroffen ist, sondern versucht das Selbstbild und das soziale Umfeld wieder ins Gleichgewicht zu bringen (vgl. Moos/Müller 2007, S. 12). Anders sieht es bei den HzE aus, die den Hilfebedarf im sozialen Umfeld der jungen Menschen wahrnehmen und somit die Hauptursache in den mangelnden Erziehungskompetenzen der Familie sehen. Das Sozialisationsfeld, bestehend aus den (Pflege-)Eltern, Verwandten, Nachbarn, der Schule etc., ist nicht in der Lage, die Mangel- und Defizitsituation eigenständig zu bewältigen, sodass eine dem Kindeswohl entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist. Die in beiden Hilfen vorliegende Hilfeplanung (S. 20) ist für junge Menschen mit FASD kritisch zu betrachten, da diese keine kontinuierlichen Verbesserungen aufweisen, sondern durch ihre Wechselhaftigkeit geprägt sind und daher eine Veränderung der Hilfeplanstruktur erfordern (vgl. Ter Horst 2015, S. 114).

Unabhängig von der Eingliederungshilfe dient die Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII (S. 19) als erste niedrigschwellige Anlaufstelle (vgl. Menne 2017, S. 284) und übernimmt neben Grundaufgaben und speziellen Aufgaben der Beratung auch präventive und fachdienstliche Vernetzungs- und Leistungsaufgaben (vgl. ebd., S. 282). Oftmals haben sich diese Beratungsstellen im Kontext der Frühen Hilfen (S. 18) auf Säuglinge und Kleinkinder speziell qualifiziert, um bereits im Kleinkinderalter eine Kindeswohlgefährdung vorzubeugen. Voraussetzung dieser Hilfe sind Vereinbarungen zwischen dem Jugendamt und den Leistungserbringern über die Leistungsgestaltung und die Übernahme der Kosten (vgl. Menne 2017, S. 284). Die Hilfe ist für Leistungsempfänger frei zugänglich (vgl. Farrenberg/Schulz 2021, S. 112) und in diesem Kontext entfällt die allgemeine Hilfeplanung, wie sie in anderen Hilfeleistungen vorzufinden ist (vgl. Menne 2017, S. 284). Eltern und andere Erziehungsberechtigte können sich über die Erziehungsberatung informativ beraten lassen,

eine diagnostische Abklärung der jungen Menschen vereinbaren und sich einen Überblick über das Spektrum der möglichen Hilfen verschaffen (vgl. Menne 2017, S. 283).

Hauptbestandteil der Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII und dem SGB XII nach §6 SGB IX sind Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§§ 75 und 112 SGB IX) und der sozialen Teilhabe (§§ 77ff. und 113ff. SGB IX). Die Leistungen der sozialen Teilhabe umfassen Leistungen für Wohnraum, zur Betreuung in einer Pflegefamilie, zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, Förderung der Verständigung, zur Mobilität, logopädische Leistungen, Hilfsmittel und Besuchsbeihilfen und Leistungen zur Bildungsteilhabe, die sich hauptsächlich auf die schulische Bildung und später auf die Weiterbildung beziehen. Obwohl die Hilfen zur sozialen Teilhabe anfangs hauptsächlich ambulant, teilweise auch teilstationär erfolgen (vgl. Moos 2008, S. 156) kommt es nicht selten zu einem Übergang in einen stationären Aufenthalt, welcher eine längerfristige Betreuung und Erziehung ermöglichen soll (vgl. Ter Horst 2015, S. 116). Zu der Vollzeitpflege (§ 33 SGB VIII) gehören Pflegefamilien, die die familiäre Erziehung übernehmen (vgl. Ristau-Grzebelko 2018, S. 845) und die soziale Elternschaft kurz-, mittel oder längerfristig übernehmen. Die Vollzeitpflege kann sowohl durch fremde Personen als auch durch Verwandte erfolgen (vgl. ebd., S. 841f.). Kurzfristig eingesetzte Pflegeverhältnisse werden genutzt, um bspw. eine kurzzeitige Heimunterbringung bei kleinen Kindern zu verhindern. Vorwiegend werden dauerhafte Pflegeverhältnisse angestrebt (vgl. Brenzen/Bruder 2018, S. 145), die als eine Art Ersatzfamilie wahrgenommen werden (vgl. Ristau-Grzebelko 2018, S. 847) und ergänzt werden durch Sonderpflegestellen, bei denen mindestens ein Pflegeelternanteil über eine besondere qualifizierte Ausbildung verfügt und genau dann gefordert ist, wenn besondere Probleme, z. B. bei Kindern mit Behinderungen, über die Kompetenz von normalen Pflegestellen hinauswachsen (vgl. Brenzen/Bruder 2018, S. 145).

Neben den Pflegefamilien als stationäre Unterbringung können ambulante HzE in Anspruch genommen werden, die an die Pflegeeltern gerichtet sind. Durch Anleitung und Begleitung der pädagogischen Fachkräfte, die sich mit FASD auseinandergesetzt haben, erleben Pflegeeltern in der Regel einen stressfreieren und direkteren Einstieg in das Thema. Die weitere Begleitung der (Pflege-)Eltern ermöglicht es zudem, das Wissen über FASD zu erweitern und durch die Anleitung den pädagogischen Umgang zu erlernen (vgl. Leipholtz/Kamphausen 2020, S. 12). Eine mögliche ambulante Hilfe stellt die SPFH dar, die an die gesamte Familie gerichtet ist und mehrere Aufgabenbereiche abdeckt. Sie fördert nicht nur die Kinder oder Jugendlichen, unterstützt in finanziellen Fragen oder bei der Sicherstellung der sozialrechtlichen Ansprüche, sondern stärkt auch die Erziehungskompetenzen der Eltern (vgl. Borkowitz/Godenschwager/Kusch 2001, S. 105). Obwohl die Pflegefamilie einer Heimunterbringung (§ 34 SGB VIII) vorzuziehen ist (S. 14), kann es passieren, dass die Kinder mit FASD die Familien verlassen müssen und einen Platz in einer Heimunterkunft suchen (vgl.

Ter Horst 2015, S. 115). Auch fehlende HzE können eine Heimunterbringung erforderlich machen (vgl. Brenzen/Bruder 2018, S. 146). Bisher gibt es jedoch keine ausreichenden Unterbringungsformen für FASDler und für Erwachsene noch weniger.

Die stationäre Jugendhilfe, als teure Hilfe des zuständigen Jugendamtes, strebt nach der bestmöglichen Unterstützung angepasst an den Bedarf des Kindes. Neben der Unattraktivität ein Kind mit unbeständigen Entwicklungsverläufen aufzunehmen, führen angenommene Rückschritte, die vor allem während der Pubertät von FASD-Betroffenen normal sind, zum Scheitern der Hilfe (vgl. Ter Horst 2015, S. 116), Störungen werden chronifiziert, Ressourcen gehen verloren (vgl. ebd., S. 114) und es kommt zu wiederkehrenden Einrichtungswechseln. Die stetigen Beziehungsabbrüche erhöhen das Risiko der Abhängigkeitserkrankung oder des Suizids bei FASDlern. Eine fehlende oder falsche Diagnose führt in diesem Kontext nicht nur zu weiteren Schädigungen und einem geschädigten Ansehen der Einrichtung (vgl. ebd., S. 115f.), sondern oftmals auch zur Entlassung aus den Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Die Entlassung kann zur Obdachlosigkeit, in das Gefängnis oder in die Psychiatrie führen, sodass die Betroffenen für eine angeborene Behinderung zur Rechenschaft gezogen werden, auf die sie keinen Einfluss haben (vgl. Becker 2013, S. 127). Um eine Entlassung der FASDler vorzubeugen, müssen Jugendhilfeeinrichtungen ihre Grundhaltung und ihre pädagogische Struktur verändern (vgl. Ter Horst 2015, S. 114). Weg von pädagogischen Konzepten, wie dem Erfahrungslernen, der Reflexion des Alltags, verbal ausgerichteten therapeutischen Hilfen oder dem Lernen am Modell, und hin zur Akzeptanz von klaren Regeln, viel Aufsicht, Struktur und Kontrolle (vgl. ebd., S. 117). Neben der Vollzeitpflege und der Heimunterbringung besteht die Möglichkeit der intensiven sozialpädagogischen Einzelbetreuung (§ 35 SGB VIII), welche in Form einer Intensivgruppe angeboten werden kann. Neben den besonderen Rahmenbedingungen, die sich an den Bedingungen der Intensivgruppe orientieren müssen, ist eine Trennung von Kindern mit und ohne FASD nicht erstrebenswert. Als effektiv haben sich Intensivgruppen gezeigt, die einen Teil ihrer Plätze speziell für FASDler konzipiert haben (vgl. ebd., S. 118).

Allgemein lässt sich sagen, dass die HzE trotz der Pluralisierung und Individualisierung (S. 15) eine differenziertere Hilfeplanung benötigen, die anhand des neuropsychologischen Profils des Kindes die vorliegenden Einschränkungen erfasst und durch die Entwicklung behinderungsspezifischer Hilfen sowohl die Kinder und Jugendlichen als auch die (Pflege-) Eltern dauerhaft unterstützt werden. Handlungsleitlinien für die HzE sind hochstrukturierte stabile Kleingruppen, Betreuungskontinuität, geschulte Fachkräfte, Weiterbildungen und kompensatorische Hilfen. Hilfreich dafür wäre eine Diagnosestellung, die vor dem sechsten Lebensjahr gestellt wird (vgl. Becker 2013, S. 126f.). Unterstützungs- und Entlastungssysteme sollten nicht erst dann installiert werden, wenn die Krise bereits eingetroffen ist, sondern fallbegleitend erfolgen. Einrichtungen wie die Intensivgruppen, die sich teilweise auf FASDler

spezialisieren, müssen sich von der Grundhaltung lösen, kurzfristig und erfolgsorientiert zu arbeiten und anfangen zu begleiten, zu schützen, zu fördern und zu trainieren (vgl. Ter Horst 2015, S. 118). Neben der Eingliederungshilfe für die Kinder und Jugendlichen, sollte die Unterstützung durch ambulante Hilfen für die (Pflege-)Eltern erfolgen, um den Einstieg in das Thema FASD und das Zusammenleben mit den Kindern und Jugendlichen zu begleiten und zu unterstützen (vgl. Leipholtz/Kamphausen 2020, S. 12). Dafür müssen die pädagogischen Fachkräfte allerdings über das Thema und die FASD-gerechte Pädagogik informiert sein (vgl. ebd., S. 103), wobei aktuell noch ein großer Informationsbedarf besteht (vgl. Ter Horst 2015, S. 113). In jedem Fall sollten Wechsel, insbesondere der Übergang von der Kinder- und Jugendhilfe zur Sozialhilfe unter Einbeziehung der Arbeitsagenturen (vgl. ebd., S. 118), gut vorbereitet und betreut werden und vor Erreichen der Volljährigkeit sichergestellt werden (vgl. Becker 2013, S. 127).

3.2.2 FASD im schulischen Kontext

Neben der in Deutschland bestehenden Schulpflicht (vgl. Südmeyer 2021, S. 15), soll es Kindern und Jugendlichen mit einer Behinderung ermöglicht werden auf Grundlage des Art.3 Abs.3 S.2 des Grundgesetzes eine Regelschule besuchen zu können. Unterstützt wird die Rechtsprechung mit den Argumenten, dass ein sonderpädagogischer Förderbedarf nicht an eine Sonderschule gebunden sein muss (vgl. Mrozynski 2003, S. 121) und jedes Kind/ jeder Jugendliche einen Anspruch auf gleichberechtigte Teilhabe am Schulbetrieb haben soll (vgl. ebd., S. 125). Seitdem zusätzlich die UN-Behindertenrechtskonvention 2009 in Kraft getreten ist, werden zwar mehr Kinder mit und ohne Behinderung gemeinsam unterrichtet, der Anteil der Kinder und Jugendlichen in Förderschulen ist jedoch gleichgeblieben und nicht wie erwartet zurückgegangen (vgl. Rock 2016, S. 10). Da es sich um eine Anspruchsleistung handelt, gibt es keine Garantie für den Zugang zu einer Regelschule (vgl. Wrase 2016, S. 4). So kann auch vom Bestimmungsrecht der (Pflege-)Eltern über die Schulwahl (vgl. Mrozynski 2003, S. 121) bei fehlenden Voraussetzungen seitens der ausgesuchten Schule abgewichen werden (vgl. ebd., S. 126). Als fehlende Voraussetzung gilt die nicht ausreichende Strukturveränderung der Schulen (vgl. Rock 2016, S. 10), sodass diese durch fehlende pädagogische Lehrkräfte in Überforderungssituationen gelangen, die sie nicht selbstständig bewältigen können und Unterstützungssysteme beanspruchen müssen (vgl. Herz/Meyer/Liesebach 2018, S. 2). Während die Kinder- und Jugendhilfe dazu aufgefordert ist nach § 6 SGB IX Leistungen zur Teilhabe an Bildung zu erbringen hat die Schule einen eigenständigen Bildungs- und Erziehungsauftrag. Diese muss für alle Kinder und Jugendliche geeignete lernspezifische Angebote bereitstellen und auf Lern- und Leistungsprobleme, zurückzuführen auf Teilleistungsstörungen, eingehen (vgl. Moos/Müller 2007, S. 30f.). Dazu gehören zusätzliche Lehrerstunden, die Kooperation von Förder- und Regelschullehrer*innen im Rahmen der mobilen sonderpädagogischen Dienste oder Lehretandem in der Klasse (vgl.

Dworschak 2014, S. 214). Die personelle und sachliche Förderung der Ressourcen obliegt somit vorrangig der Schule. Das Jugendamt wird erst dann in Kenntnis gesetzt, wenn trotz der Förderung sekundäre psychische Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme auftreten und eine Abklärung einer (drohenden) seelischen Behinderung notwendig ist. Nach 35a SGB VIII wäre dann das Jugendamt für unterstützende Maßnahmen zuständig (vgl. Moos/Müller 2007, S. 30f.), die den Schulerfolg sicherstellen und die schulische Integration fördern sollen (vgl. Moos 2008, S. 157).

Die Schulbegleitung, als Maßnahme der schulischen Erziehungshilfe, wird von den (Pflege-) Eltern beantragt (vgl. Dworschak 2014, S. 214) und kann für eine bestimmte Zeitspanne oder für die gesamte Schulzeit inklusive des Schulweges eingesetzt werden. Die Schule kann die Schulbegleitung, die oft als Synonym für Integrationshilfe oder Schulassistenz verwendet wird (vgl. Herz/Meyer/Liesebach 2018, S. 2), nicht eigenständig beantragen, sondern lediglich die (Pflege-)Eltern auf diese Maßnahme aufmerksam machen. Sie wird als Sozialleistung der Eingliederungshilfe gewährt und durch Angestellte von freien Trägern oder durch Honorarkräfte durchgeführt (vgl. Rock 2016, S. 11). Durch lebenspraktische Hilfestellungen, Unterstützungen im sozial- und emotionalen Bereich oder bei der Kommunikation sollen Schüler*innen gefördert werden ihren Schulalltag zu verbessern oder selbstständiger bewältigen zu können (vgl. Dworschak 2014, S. 215). Der Schulbesuch einer allgemeinen Schule muss zwar vorrangig von der Schule im Sinne des Bildungsauftrags übernommen werden, ist häufig aber erst durch den Einsatz von Schulbegleiter*innen möglich (vgl. Rock 2016, S. 10), da diese auf den individuellen Hilfebedarf eingehen und den besonderen Betreuungsbedarf ermöglichen können (vgl. ebd., S. 11). Während die Soziale Arbeit im aktuellen Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle und somit auch zwischen Integration und Inklusion (S. 15) steht, strebt das deutsche Bildungssystem eine inklusive Bildung an (vgl. ebd., S. 10), die bei zahlreichen Schulen zu einem starken Inklusionsdruck führt (vgl. Südmeyer 2021, S. 18). Die dazu erbrachten inklusiven Angebote nehmen mit zunehmendem Alter in der Schule ab (vgl. Rock 2016, S. 10) und vor allem für FASDler kann Inklusion zu immer größer werdenden Krisen (vgl. Ter Horst 2015, S. 118), bis hin zum frühen Schulversagen führen (vgl. Spohr 2016, S. 73). Zurückzuführen auf den inklusiven Bildungsauftrag und dem Anstieg von Schüler*innen mit Förderbedarf an Regelschulen, werden immer mehr Schulbegleiter*innen eingesetzt (vgl. Herz/Meyer/Liesebach 2018, S. 1), bei denen es sich weder um eine Berufsbezeichnung handelt noch Weiterbildungsmöglichkeiten (vgl. ebd., S. 2), gesetzliche/fachliche Richtlinien oder Standards existieren (vgl. Rock 2016, S. 11). Die Qualifikation und die Einarbeitung durch unterschiedliche Weiterbildungen oder Kurse sollen die Basis bilden, damit auch in pädagogischen Situationen der 1:1-Betreuung angemessen gehandelt werden kann (vgl. Dworschak 2014, S. 216). Dworschak (ebd., S. 215f.) sieht das bisherige Konzept deshalb als

verbesserungswürdig an, weil die eingesetzten Schulbegleiter*innen oftmals keine fachliche Qualifikation vorweisen, da diese von der allgemeinen Schule formal nicht gefordert ist. Begründet wird dies mit der Aussage, dass Schulbegleiter*innen keine Assistierenden der Lehrkräfte darstellen und somit nicht die Aufgabe des Lehrens oder der Nachhilfe/Hausaufgabenbetreuung übernehmen müssen (vgl. Dworschak 2014, S. 215). Zusätzlich zu der fehlenden Qualifikation stellen sich die Verantwortungsbereiche als problematisch dar, da nicht genau definiert ist, wofür Schulbegleiter*innen im Schulalltag genau zuständig sind und wo die Grenze gezogen wird (vgl. Rock 2016, S. 11). Trotz der unzureichenden Ausarbeitung des Unterstützungssystems zeigt eine Untersuchung aus dem Jahr 2013, dass in Baden-Württemberg fast drei Viertel aller Schulbegleiter*innen Kinder/Jugendliche mit seelischen Behinderungen unterstützen. Solange ein inklusives Bildungssystem angestrebt wird, kann auf Integrationshelfer*innen nicht mehr verzichtet werden. Wie Schüler*innen die Schulbegleitung selbst wahrnehmen und welche Auswirkungen die 1:1-Betreuung auf ihr Selbstkonzept hat, ist gegenwärtig kein Bestandteil der Forschungsarbeiten und weist somit eine fehlende Grundlagenforschung der Adressat*innen auf (vgl. Herz/Meyer/Liesebach 2018, S. 11).

Die Integrationshilfe als Unterstützungssystem weist nicht nur selbst Lücken im Konzept auf, sondern führt im Bildungssystem zu Veränderungen. Lehrkräfte tragen die pädagogische Verantwortung für ihre gesamte Schulklasse und wird nun ein Kind durch eine externe Person 1:1 betreut, können Lehrkräfte dazu neigen, die Verantwortung für einzelne Kinder nicht mehr ausreichend wahrzunehmen. Dies kann zu einer Spaltung der Zuständigkeitsbereiche führen, aber auch Exklusionsprozesse hervorrufen (vgl. ebd., S. 12). Jede Klasse weist eine klasseninterne Struktur auf, die durch Rituale und Regeln einen sozialen Ort der Verbindlichkeit und Sicherheit schafft. Die 1:1-Betreuung einzelner Schüler*innen kann die integrative Gruppenfunktion behindern und dadurch das pädagogische Handeln der Lehrkräfte verhindern (vgl. ebd., S. 13). Mrozynski (2003, S. 126) hält fest, dass sich diese Art von Hilfen für behinderte Kinder in den Schulalltag integrieren lassen müssen. Den Schüler*innen wird durch die Schulbegleitung jeden Tag deutlich gemacht, dass sie einen besonderen Betreuungsbedarf aufweisen und geraten dadurch schneller in einen Dauerstress-Zustand. Die Schulbegleitung weist zwar einige Defizite auf, bietet den Schüler*innen dennoch Stabilität und Sicherheit im Schulalltag und im Unterricht. Sie ermöglichen es, auf den individuellen Hilfebedarf einzugehen und den benötigten Betreuungsbedarf einzuräumen (vgl. Herz/Meyer/Liesebach 2018, S. 14).

Obwohl die (Pflege-)Eltern selbst entscheiden können auf welche Schule ihr Kind geht (S. 29), wünschen diese sogar häufig, dass ihr Kind mit FASD eine Förderschule besuchen soll. Nicht weil sie den Kindern nicht genug zutrauen, sondern weil sie sich der Auswirkungen der Schädigung bewusst sind und wissen, wie schnell einfache Alltagssituation die Kinder

überfordern können (vgl. Südmeyer 2021, S. 18). Es ist demnach nicht untypisch, dass Schüler*innen mit FASD eine Förderschule besuchen, die den Schwerpunkt auf das Lernen oder auf emotionale und soziale Entwicklung setzt und ein Maximum an pädagogischer Professionalität erfordern (vgl. Herz/Meyer/Liesebach 2018, S. 3). Bei Förderschulen mit dem Schwerpunkt auf der geistigen Entwicklung wird der Zugang über den IQ gewährt. Wie bei der Unterscheidung zwischen seelischer und geistiger Behinderung (S. 23f.) werden nur Schüler*innen mit einem IQ von unter 70 aufgenommen, da erst dann eine geistige Behinderung vorliegt und der entsprechende Förderbedarf der „geistigen Entwicklung“ gewährleistet ist. FASDler mit einem IQ von über 70 wird der Zugang meist erschwert oder verweigert, obwohl sie aufgrund ihrer alltagspraktischen Fähigkeiten, die der einer geistigen Behinderung ähnlich sind, auf solch einer Schule gut gefördert werden könnten (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 105). Allgemeine Schulen, integrative Schulen und Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt der körperlichen Entwicklung werden eher seltener besucht (vgl. Schlachtberger 2020, S. 28). Da es aber nicht die eine Ausprägungsform von FASD gibt, gibt es derzeit auch keine optimale Schulform (vgl. Südmeyer 2021, S. 15), lediglich für sinnvoll eingeschätzte Empfehlungen (vgl. Schlachtberger 2020, S. 28).

FASDler zeigen die häufigsten Auffälligkeiten in motorischen Unruhen, Impulsivität, Aufmerksamkeitsproblemen und Leistungsschwierigkeiten (vgl. ebd., S. 30). Sie können sich nicht für lange Zeit konzentrieren und lassen sich schnell ablenken oder stören. Die Beeinträchtigung des Arbeitsgedächtnisses (S. 9) erschwert es (Haus-)Aufgaben voll zu erfassen (vgl. Spohr 2016, S. 70). Bereits Gelerntes ist entweder schnell wieder vergessen oder nicht sofort abrufbar (vgl. Schlachtberger 2020, S. 30) und einfache Abläufe, auch im Schulalltag, können nicht erlernt werden (vgl. Spohr 2016, S. 73). Eine fehlende innere Struktur muss durch Dritte gegeben werden, sodass sich die FASDler mit offenen Unterrichtsformen schwer tun und enge Vorgaben zum Lernen brauchen (vgl. Schlachtberger 2020, S. 30). Die bestehenden verbalen Fähigkeiten und die oft auftretende Selbstüberschätzung lassen die Anforderungen und Erwartungen steigen, die beim Ausbleiben oder Misserfolg zu Überforderung oder Frust führen. Impulsivität, plötzliche Wutausbrüche, Aggressivität und Lernverweigerung sind mögliche Reaktionen, die im Zusammenhang auftreten können. Selbst bei ausreichenden kognitiven Leistungen sind FASDler, wegen der Defizite in den Exekutivfunktionen und den auftretenden Verhaltensauffälligkeiten, in einer Regelschule oftmals überfordert (vgl. ebd., S. 31). Um den Schulalltag für FASDler zu erleichtern, braucht es häufig eine 1:1-Betreuung oder kleine Gruppen von Kindern (vgl. Südmeyer 2021, S. 16). Es gibt zwei wesentliche Komponenten, die in der Arbeit mit FASDlern gegeben sein müssen. Zum einen das Wissen über FASD im Kollegium aller Schulformen, welches bisher noch nicht ausreichend vorliegt, und zum anderen eine äußere Struktur. Die Kinder brauchen eine verlässliche Routine, damit sie zu

jeder Zeit wissen, was sie wo und wie zu tun haben. Unterstützt werden kann dies durch visuelle Materialien, bspw. durch Zeitleisten oder einen Foto-Tagesablauf (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 24). Sitzt ein FASDler z. B. nicht auf seinem regulären Platz, kann es die Verknüpfung nicht mehr herstellen, dass vor der Aufgabenbearbeitung die benötigten Materialien aus der Tasche geräumt werden müssen (vgl. Lüders/Feldmann/Jungbauer 2020, S. 28). Der Klassenraum sollte wenig visuelle Reize, wie offene Regale oder viele Dinge an der Wand, enthalten und ein angenehmes akustisches Klima aufweisen, um überreizende Geräuschpegel zu reduzieren (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 25). Klare Regeln und Grenzen sollen mögliche Gefahrensituationen, wie ein offenes Fenster im dritten Stock, vermeiden, da FASDler diese nicht richtig einschätzen können. In der Praxis können Regeln oder Abläufe zumeist nicht erlernt werden, weshalb immer wieder klare Anweisungen erfolgen müssen (vgl. Lüders/Feldmann/Jungbauer 2020, S. 29). Auch bei der Aufgabenbearbeitung brauchen sie enge Vorgaben und können diese besser lösen, wenn vorgegeben ist, welche Aufgaben in welcher Reihenfolge zu bearbeiten sind. Freiräume bei der Aufgabenbearbeitung führen oftmals zu einer Überforderung (vgl. ebd., S. 30). In Testsituationen hingegen schneiden die Schüler*innen mit FASD meist durchschnittlich ab, was durch die starke Struktur der Tests und der dazu ablenkungsfreien Umgebung zu erklären ist und die Tests dadurch in Bezug auf die Leistungsfähigkeit nicht aussagekräftig sind. Die Schwierigkeiten treten erst in den unstrukturierten Alltagssituationen auf (vgl. Schlachtberger 2020, S. 33). Übergänge, sei es in den Räumen, in der Unterrichtsmethode oder innerhalb der Unterrichtsstruktur, müssen frühzeitig eingeleitet und begleitet werden. Akustische Signale, wie ein immer gleichbleibendes leises Lied oder ein leiser Ton, können angewendet werden, damit die FASDler sich auf den Übergang vorbereiten können. Um eine Überforderungssituation in der Pausenzeit zu vermeiden, können diese früher als die anderen in die Pause gehen und später wieder zurückkommen (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 25). Die fehlende innere Struktur, ausgelöst durch die Wahrnehmungsstörung (S. 9), führt oftmals zu einer Überforderung oder Erschöpfung, da angemessene Pausenzeiten nicht geplant werden und sich viele beim Sportunterricht bis zum Maximum auspowern. So muss ein Dritter die entsprechenden Pausenzeiten einplanen und vorgeben und wie im Beispiel beim Sportunterricht, die FASDler auch ggf. ausbremsen. Teilweise müssen sie ans Essen erinnert werden, da sie selbst kein Hunger- und Sättigungsgefühl verspüren. Während andere Kinder und Jugendliche merken, wenn ihnen kalt oder warm ist, haben FASDler kein Kälte- und Wärmeempfinden und so muss der Anreiz von außen durch einen Dritten gegeben werden (vgl. Lüders/Feldmann/Jungbauer 2020, S. 26). Um das Lernen bei FASDlern zu fördern, kann auf Computerspiele zurückgegriffen werden. Computer sind geduldig und wiederholen die Aufgaben auf die immer gleiche Art und Weise. Dabei ist zu beachten, dass die Spiele keine gewalttätigen Inhalte bearbeiten und nach kurzer Zeit Erfolge erzielt werden können. Die Spiele sind so zu wählen,

dass die FASDler keinen visuellen oder akustischen Reizüberflutungen ausgesetzt sind und sie auch nicht länger als eine Stunde daran arbeiten (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 30).

Zwar sollte die Schulbegleitung noch verbessert und ausgebaut werden, dient aber für FASDler als eine gute Unterstützung, um eine enge Aufsicht bieten zu können. Die Lehrkräfte müssen eine klare Struktur und Beständigkeit in Alltagssituationen bieten, die durch Routinen geschaffen werden können. Die Schule, aber vor allem der Klassenraum sollte reizarm gestaltet sein und Übergänge müssen gut vorbereitet und begleitet werden. Aufgaben sollen fest vorgegeben werden und können besser strukturiert sein, indem die gesamte Aufgabe in ihre Teilaufgaben gegliedert wird. Die Kommunikation zwischen den Lehrkräften und den Schüler*innen mit FASD beruht auf Deutlichkeit und ist geprägt durch viele Wiederholungen (vgl. Schlachtberger 2020, S. 32). Am relevantesten ist jedoch die Diagnose und das Wissen über FASD (vgl. Kröling 2015, S. 123), welches bei den Lehrkräften noch nicht ausreichend vertreten ist (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 24), um auf das Krankheitsbild entsprechend eingehen zu können (vgl. Kröling 2015, S. 123). Vor allem die allgemeinen Schulen stehen neben dem Inklusionsdruck auch einer Veränderung der Rahmenbedingungen gegenüber FASDlern, aber auch in Bezug auf die immer mehr einsetzende Schulbegleitung (S. 30f.).

3.2.3 FASD im Arbeitsfeld der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung

Einerseits soll ein früher Besuch einer elementarpädagogischen Einrichtung sich positiv auf den späteren Bildungsweg auswirken, andererseits verschiebt sich der Fokus von einer Familienkindheit zu einer Bildungskindheit und so befasst sich auch das vierte Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendhilfe mit der Institutionalisierung von Kindheit und Jugend (S. 14f.). Aus rechtlicher Perspektive ist die gemeinsame Betreuung behinderter und nichtbehinderter Kinder am weitesten entwickelt, sodass der Anspruch aus §24 SGB VIII jedem Kind unabhängig von einer Behinderung zusteht. Der Anspruch beläuft sich aber lediglich auf den Zugang einer Tagesbetreuung und gewährleistet keinen Platz in einem Regelkindergarten. In §35a Abs.4 S.2 SGB VIII existiert die vorrangige Belegung, ohne die Festlegung einer Altersgrenze, einer integrierenden Einrichtung, wird aber nach dem SGB IX gegenwärtig nur angestrebt. Sollte dem jedoch nicht nachgekommen werden, bestehen keinerlei Konsequenzen für die Verletzung der Rechtsprechung. Daraus ergibt sich, dass die gemeinsame Betreuung behinderter und nicht behinderter Kinder nicht zwingend vorgesehen, aber auch nicht ausgeschlossen ist. Es kann auf Sonderkindergärten zurückgegriffen werden, es ist aber nicht erlaubt, Kindern mit einer Behinderung einen Kindergartenplatz zu verweigern und anstelle dessen auf Angebote der Eingliederungshilfe, wie einer heilpädagogischen Tagesstätte, hinzuweisen (vgl. Mroczynski 2003, S. 122). Weil der Anspruch nicht durch einen besonderen Hilfebedarf begrenzt ist, stellt eine Behinderung keinen geeigneten Grund dar, um behinderte Kinder aus der Kindergartenbetreuung auszuschließen (vgl. ebd., S. 123). Die

Eingliederungshilfe sichert die Betreuung und Unterstützung von Kindern mit einem speziellen Förderbedarf (vgl. Kron/Papke 2006, S. 19) durch heilpädagogische Tageseinrichtungen, Schwerpunkteinrichtungen, additive Einrichtungen und die Einzelintegration in Regeleinrichtungen (vgl. ebd., S. 19f.). Heilpädagogische Einrichtungen sind für meistens acht Kinder mit einer (drohenden) Behinderung, die in einer 1:4-Betreuung über sechs Stunden hinweg betreut werden. Neben den regulären Fachkräften, wie Erzieher*innen und Sozialpädagog*innen, arbeiten auch Therapeut*innen in der Einrichtung, die auf die besonderen (Förder-)Bedürfnisse der Kinder ausgerichtet sind. Schwerpunkteinrichtungen hingegen sind für Kinder mit und ohne Behinderung und setzen sich im Regelfall aus fünf Kindern mit Behinderung und maximal 15 Kinder ohne Behinderung zusammen. Auch in diesen Einrichtungen können therapeutische Maßnahmen in Anspruch genommen werden, allerdings liegt der Personalschlüssel bei diesen Gruppen bei einer 2:15-Betreuung (vgl. ebd., S. 19). Ebenso wie die Schwerpunkteinrichtungen werden auch in den additiven Einrichtungen behinderte und nichtbehinderte Kinder gemeinsam 2:14 bis 2:17 betreut. Sie setzen sich aus heilpädagogischen Gruppen und Regelgruppen zusammen, wobei der Großteil der Kinder in diesen Einrichtungen keine Behinderung aufweist. Die Einzelintegration in Regelgruppen, wobei 25 Kinder in Kindergärten und 20 Kinder in Tagesstätten regulär betreut werden, wird durch eine qualifizierte Betreuung ergänzt. Eine (heil-)pädagogische Fachkraft dient als Inklusionskraft und soll für ein bis drei Kinder mit Behinderung zuständig sein, wobei der Stundenumfang je nach Anzahl der zu betreuenden Kinder variiert. Die Einzelintegration ermöglicht es zumeist Kindern mit einer Behinderung in ortsnahen Einrichtungen unterzubringen (vgl. ebd., S. 20). In Regeleinrichtungen ist darauf zu achten, dass bei gemeinsamer Betreuung die Rahmenbedingungen der Bedürfnisse sowohl an die Kinder mit Behinderung als auch an die ohne Behinderung angepasst sind (vgl. Kröling 2015, S. 124). So wie es nicht die optimale Schulform für FASDLer gibt (S. 32), so gibt es auch nicht die passenden Rahmenbedingungen der Kindertageseinrichtung, aufgrund der Individualität und der unterschiedlichen Ausprägungsformen (vgl. ebd., S. 125). Im besten Fall haben Kinder mit FASD vor Eintritt in den Kindergarten eine Diagnose erhalten (vgl. ebd., S. 124), da vor allem in dieser Zeit die Verhaltensauffälligkeiten und Defizite erstmalig außerhalb des familiären Rahmens beobachtet werden können. Der direkte Vergleich zu gleichaltrigen Kindern hebt den allgemeinen Entwicklungsrückstand hervor und äußerliche Merkmale, wie eine allgemeine Wachstumsverzögerung, werden deutlich (vgl. Spohr 2016, S. 64f.). Um Kinder mit FASD nicht täglich in Situationen der Überforderung zu bringen, ist es notwendig möglichst kleine Gruppen von Kindern zu betreuen. Es gibt keine Richtlinien für eine optimale Gruppengröße, es lässt sich allerdings festhalten, dass je kleiner die Gruppen sind, die FASD-Kinder davon profitieren. Innerhalb der einzelnen Bundesländer ist die Gruppengröße der Kindertageseinrichtungen gesetzlich geregelt und so hat die Leitung dieser Einrichtungen selbst keine

Entscheidungsfreiheit darüber. Um dennoch eine kleine Gruppe zu ermöglichen, kann bei einer bestehenden Diagnose, ein Hilfestellungsantrag für Kinder mit besonderem Förderbedarf gestellt werden. Nach der Genehmigung des Antrages durch einen Träger der Eingliederungshilfe, können bspw. Kindertageseinrichtungen in Niedersachsen oder Nordrhein-Westfalen die Gruppengröße in ihrem Ermessen reduzieren. Besteht dennoch eine große Gruppe ist eine Gruppenaufteilung während einer bestimmten Zeitspanne eine mögliche Alternative und eine Chance für die pädagogischen Fachkräfte, um eine intensivere Betreuung zu gewährleisten und auf die Bedürfnisse der FASD-Kinder einzugehen.

Die Struktur die später in der Schulzeit von Relevanz ist, ist auch schon in dem Kindergarten gefragt. Das Austesten von Grenzen und das Einfordern von Regeln sollen ergänzt werden durch einen stark strukturierten Kindergartenalltag. Abläufe sollen immer zur gleichen Zeit und am gleichen Ort erfolgen. Auch hier sollen die Räume, wie die Klassenräume in der Schule, reizarm gestaltet sein und möglichst unverändert bleiben (vgl. Kröling 2015, S. 127f.). Je strukturierter der Alltag für FASD-Kinder ist, auch beim Spielen oder beim Treffen von Entscheidungen, desto einfacher und stressfreier erleben die Kinder den Kindergartenalltag. Vorhandene Spiele sollen so verändert werden, dass die Kinder schneller Erfolge erzielen und sich nicht zu lange konzentrieren müssen. Visuelle Hilfsmittel, wie eine Fotoreihe fürs Zähneputzen, sollen einen Ablauf in ihre Einzelschritte unterteilen und den Kindern als Orientierung dienen. Der Schlaf von FASD-Kindern ist zeitlich begrenzt und sie lassen sich zudem schnell aus dem Schlaf reißen. Aufgrund dessen sollen die Kinder in einem ruhigen, reizarmen und dunklen Raum schlafen gelegt werden, unter Berücksichtigung, dass keiner den Raum während der Schlafenszeit betritt oder verlässt (vgl. ebd., S. 128f.). Die Kinder sollen nicht getrennt von anderen Kindern betreut werden, sondern es bedarf lediglich eines zusätzlichen Raumes, indem sich die Kinder mit FASD den Reizen entziehen können. In Bezug auf die Hyperaktivität braucht die Kindertageseinrichtung eine große Fläche, um den Bewegungsdrang zu gewährleisten (vgl. ebd., S. 129).

Zusätzlich zur Kindertageseinrichtung kann im Sinne der Eingliederungshilfe eine Zusatzkraft als Einzelintegration mit einbezogen werden. Ein guter Betreuungsschlüssel kann bei Problemen der Konzentration, in Konfliktsituationen, ausgelöst durch das Fehlinterpretieren von fremdem Verhalten, und bei dem Verstehen nonverbaler Kommunikation unterstützen. Eine Zusatzkraft, bspw. eine Inklusionskraft, sollte eine heilpädagogische Ausbildung oder Grundkenntnisse vorweisen können, ist aber nicht zwingend erforderlich. Die individuellen Bedürfnisse und die gesamte Persönlichkeit des Kindes sollen erfasst werden und sich nicht auf die Defizite und Probleme fokussieren. Anders als bei der Schulbegleitung, deren Verantwortungsbereiche nicht genau definiert sind (S. 31), liegt die Hauptaufgabe der Inklusionskraft bei der Begleitung des Kindes im Kindergartenalltag. Es soll schon vorher in Konflikte eingegriffen werden, um eine mögliche Eskalation zu verhindern und so das Risiko

senken, aus der Gruppe ausgeschlossen zu werden. In Situationen der Reizüberflutung greift die Inklusionskraft ein und entzieht das Kind diesen Reizen, um einer Überforderung vorzubeugen. Der individuelle Hilfebedarf und der Betreuungsbedarf der Kinder mit FASD würde die pädagogischen Fachkräfte der Kindertageseinrichtungen ohne eine Inklusionskraft schnell an ihre Grenzen bringen. Dabei integriert sich die Zusatzkraft so in die Gruppe, dass sie nicht besonders auffällt, obwohl sie das Kind stetig begleitet. So ist eine Teilaufgabe der Zusatzkraft den anderen Kindern zu erklären, warum das FASD-Kind in bestimmten Situation Unterstützung benötigt (vgl. Kröling 2015, S. 125f.).

In Bezug auf die Kindertageseinrichtungen lässt sich festhalten, dass jedem Kind eine Tagesbetreuung zur Verfügung stehen muss, es aber keine Regelung über die gemeinsame Betreuung von Kindern mit und ohne Behinderung gibt (vgl. Mrozyński 2003, S. 122). Kinder mit FASD benötigen besondere und vor allem individuelle Rahmenbedingungen, welche in der Einrichtung auch an den Bedürfnissen der anderen Kinder gerichtet sein muss (vgl. Kröling 2015, S. 124). Bei der Unterbringung in einer Regeleinrichtung haben Kinder mit einer Behinderung nach der Eingliederungshilfe den Anspruch auf eine Inklusionskraft (Einzelintegration in eine Regeleinrichtung), können aber auch auf andere Möglichkeiten der Betreuung (S. 35) für Kinder mit Behinderung zurückgreifen. Es gilt weiterhin kritisch zu betrachten, dass die Maßnahmen und Unterstützungsmöglichkeiten, bspw. einer Inklusionskraft, die Veränderung der Rahmenbedingungen sowie die Reduzierung der Kindergartengruppengröße mit der Diagnose verbunden sind und bei fehlender Diagnose Anträge auf Eingliederungshilfe abgelehnt werden (vgl. ebd., S. 130). Dabei dient die einsetzbare Inklusionskraft in diesem Kontext als eine stabilisierende und strukturgebende Unterstützung und erleichtert den Kindergartenalltag für FASD-Kinder (vgl. ebd., S. 125f.).

3.3 Allgemeine Fördermöglichkeiten

Wie bereits erwähnt, ist das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure aus anderen Professionen in der Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe unabdingbar (S. 14) und auch in diesem Kontext relevant. Die Behinderung ist nicht therapierbar und bleibt dauerhaft bestehen. Allerdings gibt es Fördermöglichkeiten, um bestehende Defizite bestimmter Fähigkeiten, bspw. der Sprache oder dem Verhalten, zu verbessern und vorhandenes Potenzial auszuschöpfen. Eingesetzte Therapien können bei FASDlern anfangs positive Ergebnisse erzielen (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 30f.), geprägt durch ihre Unbeständigkeit (vgl. Ter Horst 2015, S. 114) sind Rückschritte oder das Verweigern der Mitarbeit zu erwarten. In solch einer Situation ist es ratsam, eine Therapiepause einzulegen oder einen Wechsel der Therapieform einzuleiten (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 31). Voraussetzung für eine dennoch effektive Arbeit ist das Wissen über FASD und den damit einhergehenden Besonderheiten bei den zuständigen Therapeut*innen. Die Therapieform muss im Einzelfall gewählt werden und muss

die Wirksamkeit, wie die eingeschränkte Merkfähigkeit, und mögliche Nebenwirkungen, wie der entstehende Zeitaufwand, miteinbeziehen (vgl. Schlachtberger 2020, S. 29). Die Physiotherapie dient zur Förderung der Bewegungs- und Funktionsfähigkeit des Körpers und kann für grundlegende Bewegungen eingesetzt werden. Die Frühförderung ist dabei nur bis zum Kindergartenalter einsetzbar und arbeitet an der Entwicklungsförderung. Während die Ergotherapie auf das Erlernen von Alltagsabläufen abzielt und die Förderung der Konzentration und Motorik fördern soll, fokussiert sich die Logopädie nur auf die Sprachentwicklung (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 31). Neben den klassischen Therapieformen (vgl. Schlachtberger 2020, S. 29) gibt es noch zahlreiche Maßnahmen und Therapiemöglichkeiten für unterschiedliche Bereiche. So gibt es die Motopädie, die zur Förderung und Integration der Wahrnehmungsbereiche eingesetzt wird. Die Musiktherapie soll durch eigenständiges Musizieren die Konzentration fördern und die Hippotherapie ist zur Stabilisierung der Muskulatur hilfreich. Eine Verhaltenstherapie fokussiert sich auf die Selbstregulation, das Neurofeedback auf das Steuern des eigenen Verhaltens durch sofortiges Feedback und die konzentrierte Bewegungstherapie soll alte Verhaltensmuster durch neue, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Fähigkeiten der FASDler, ersetzen. Für die bessere Verarbeitung von Reizüberflutungen kann auf eine sensorische Integrationstherapie zurückgegriffen werden. Eine Option ist auch die medikamentöse oder homöopathische Einstellung, um z. B. die Konzentration zu steigern (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 32f.). Es zeigt sich ein großes Spektrum an unterstützenden Maßnahmen, die aber nicht alle eingesetzt werden sollen. Für FASDler ist es von großer Bedeutung die Therapieformen herauszusuchen, die am effektivsten erscheinen und am notwendigsten sind (vgl. ebd., S. 31).

3.4 Schlüsselfaktoren für den pädagogischen Umgang mit FASDlern

Neben den Voraussetzungen der Diagnose, des Wissensstands über FASD und den individuellen Rahmenbedingungen (vgl. Kröling 2015, S. 123), bedarf es einer FASD-gerechten Pädagogik und einer FASD-gerechten Struktur und Hilfe im Alltag (vgl. Leipholtz/Kamphausen 2020, S. 103). Unterstützt und gestärkt werden können die (Pflege-)Eltern durch die SPFH, vor allem bei der Stärkung der Erziehungskompetenz (S. 27). Dabei müssen die pädagogischen Fachkräfte und die (Pflege-)Eltern die vorliegenden Defizite verstehen, um die Pädagogik und die Alltagsstrukturen den Erfordernissen anzupassen und dadurch die Ressourcen der FASDler zu fördern (vgl. ebd., S. 67). Um ein entsprechendes Verständnis für Menschen mit FASD entgegenzubringen und die Handlungsfähigkeit wiederherzustellen, müssen die Gründe und Auslöser des problematischen Verhaltens wahrgenommen werden (vgl. Falke/Stein 2021, S. 33). Im Folgenden werden Schlüsselfaktoren erarbeitet, die für die Arbeit mit jungen Menschen mit FASD notwendig sind. Dabei wird zu Beginn auf die FASD-gerechte Pädagogik und Alltagsstruktur eingegangen, die auf verschiedene Kontexte außerhalb des familiären Rahmens, wie die Schule oder die

Kindertageseinrichtung, übertragbar sind. Im Anschluss wird das Verhalten gedeutet, es werden Bewältigungsstrategien für bestimmte alltägliche Herausforderungen erarbeitet, um zum Schluss die Voraussetzungen der pädagogischen Fachkräfte für den Umgang mit FASDlern widerzugeben.

3.4.1 FASD-gerechte Pädagogik und Alltagsstruktur

Wichtig für die Entwicklung und die Entfaltung der Fähigkeiten von FASDlern ist sowohl ein liebevolles und stabiles Zuhause als auch eine verständnisvolle Umwelt (vgl. Thomsen et al. 2018, S. 24). Die moderne Pädagogik, die einen Schwerpunkt auf dem Erziehungsdreisatz Regeln, Grenzen und Konsequenzen setzt, ist aber nicht anzuwenden, da sie bei den jungen Menschen mit FASD zu Überforderung, Stress und Scheitern führt. Wenden die (Pflege-)Eltern diese an, erfahren sie schnell, dass die gewünschten Erfolge nicht erzielt werden können und geraten so in Situationen der Frustration. Infolgedessen kann das Familienklima so darunter leiden, dass sich keiner mehr wohlfühlt (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 67). Der Erziehungsdreisatz kann bei FASDlern nicht angewendet werden, da die Voraussetzungen für die Erziehung nicht gegeben sind. Die Kinder haben nicht die Fähigkeit sich Regeln über Tage zu merken und sind auch nicht in der Lage Fehlverhalten zu reflektieren und mit Konsequenzen in Verbindung zu bringen (vgl. ebd., S. 67f.). Es erfordert das Umdenken von einer gängigen zu einer FASD-gerechten Pädagogik, da sonst das System früher oder später zusammenbricht.

Eine FASD-gerechte Pädagogik ermöglicht die Erziehung eines FASDlers, wobei einige (Pflege-)Eltern bereits intuitiv ihre Erziehungsweise umstrukturieren und damit Erfolge erzielen (vgl. ebd., S. 69f.). Wird die einfache Basispädagogik, bestehend aus dem situativen Ansatz, klaren Regeln und dem Stoppen von unerwünschten Verhalten, jahrelang wiederholt, lernen FASDler vielmehr und Überforderungs- und Frustsituationen werden reduziert. Auch die (Pflege-)Eltern haben nicht das Gefühl zu scheitern, sondern sehen Erfolge und werden in ihrer Erziehung gestärkt (vgl. ebd., S. 74). Ein situativer Ansatz bietet dem FASDler täglich Sicherheit und Orientierung, ohne das Gefühl der Überforderung zu erleben, weil in der Gegenwart erzogen wird und weder an dem anknüpft, was gestern passiert ist, noch was zukünftig kommen kann. Das Kind oder der Jugendliche kann keinen Zusammenhang herstellen, ist zu Transferleistungen nicht in der Lage und kann jederzeit Sachen wieder vergessen. Aus diesem Grund wird jeder Augenblick für sich wahrgenommen und Negatives, wie „Konsequenzen“, oder Positives, bspw. Lob, erfolgen sofort und nicht erst zu einem späteren Zeitpunkt (vgl. ebd., S. 70). Auf der Erwachsenenenebene werden Entscheidungen und Regeln festgelegt. Nur wenn die Situation es zulässt und es erwünscht ist, werden die FASDler in die Entscheidungsprozesse mit einbezogen. Ansonsten sollen klare Ansagen und Regeln festgelegt werden, wobei diese klar, kurz und verständlich geäußert werden und nur durch

kurze Erklärungen ergänzt werden. Zu viele Erklärungen können beim FASDler zur Reizüberflutung führen. Festgelegte Regeln sollen täglich durchgesetzt werden, auch wenn der FASDler diese bereits vergessen hat, und nur auf das Wichtigste reduziert werden. Es ist also abzuwägen, ob bestimmte Regeln durchgesetzt werden müssen oder ob die Zeit und Kraft anders genutzt werden kann (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 71f.). Bei unerwünschtem Verhalten ist auch mit dem situativen Ansatz zu arbeiten, da der FASDler in der konkreten Situation gestoppt werden soll. Aufgrund der Tatsache, dass FASDler aus Fehlern nicht lernen, soll von Konsequenzen abgesehen werden, da ein einfaches Stoppen bereits ausreicht. Um ein unerwünschtes Verhalten zu stoppen, reichen bei kleinen Kindern bereits einfache Mittel, wie klare und kurze Aussagen z. B. „Stopp“ oder „Hör auf“, aus. Bei älteren Kindern bzw. Jugendlichen ist es möglich darüber hinaus auch strikte Maßnahmen anzuwenden. Fährt zum Beispiel ein FASDler im Haus Inliner, ist die strikte Maßnahme das Wegräumen der Inliner. Die (Pflege-)Eltern entscheiden für sich, ob und wann sie die Inliner zurückgeben. Bei erneutem Inliner fahren im Haus werden diese ohne Debatten oder Vorwürfe wieder weggeräumt (vgl. ebd., S. 72f.).

Die Basispädagogik kann durch weitere Maßnahmen ergänzt werden, ist aber für das Erreichen von Erfolgen bereits ausreichend (vgl. ebd., S. 74). Die Anwendung aller Schritte lässt den Stress sinken und die FASDler fühlen sich verstanden und werden entlastet (vgl. ebd., S. 77). Junge Menschen mit FASD können gute sprachliche Fähigkeiten (S. 9) aufweisen, sind im Sprachverständnis allerdings eingeschränkt. Verallgemeinerungen werden nicht verstanden, Ironie und Scherze werden wörtlich genommen und Transferleistungen sind nicht gegeben. Bei der Kommunikation mit FASDlern ist es wichtig, dass diese einfach, eindeutig (vgl. ebd., S. 74) und das Sprechtempo nicht zu schnell ist (vgl. Lüders/Feldmann/Jungbauer 2020, S. 43). Erzielt wird dies durch die direkte Ansprache des FASDlers, ggf. auch durch Nennung des Namens, und das Halten von Augenkontakt. Kurze Sätze, klare Ansagen und das Vermeiden von Ironie erhöhen die Chance, dass die Anweisung vollständig vermittelt wird. Als Sicherstellung kann beim FASDler nach der Anweisung gefragt werden, um herauszufinden, was angekommen ist und was eventuell verloren gegangen ist. Aufgaben müssen eindeutig gestellt werden und zu schaffen sein. Das bedeutet, es kann nur eine Aufgabe gestellt werden, sodass komplexe Aufgaben sequenziert werden müssen, also in viele kleine Schritte unterteilt werden, die dann nacheinander gestellt werden (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 74f.). Geprägt durch Scheitern und Misserfolge, müssen die (Pflege-)Eltern verstehen, wie anstrengend die Alltagsbewältigung für FASDler ist (vgl. ebd., S. 76) und wie wichtig es ist, diese für jeden kleinen Schritt und für erfolgreiche Dinge im Alltag zu loben. Dabei ist die Tonlage entscheidend, dabei kann bei manchen deutlich übertrieben werden, damit das Lob und die Anerkennung auch als solche vom FASDler wahrgenommen werden (vgl. ebd., S. 75). In Situationen, in denen der FASDler aggressiv oder wütend reagiert,

ist das Verhalten der (Pflege-)Eltern entscheidend. Zur Deeskalation muss der Erwachsene selbst ruhig bleiben, da sich das auf den FASDler überträgt. Wird der Erwachsene ebenfalls wütend, kann sich auch die Aggression beim FASDler steigern. Grenzen setzen, unerwünschtes Verhalten stoppen und Deutlichkeit sind in solchen Situationen relevant. Sehen die (Pflege-)Eltern es als notwendig an mit dem FASDler zu schimpfen, sollte in Bezug auf den situativen Ansatz im Hier und Jetzt geschimpft werden. Belehrungen über die Vergangenheit oder unfaire Aussagen, bspw. „Das habe ich dir schon 1000-mal gesagt“, müssen vermieden werden. Es muss deutlich hervor gehen, was der FASDler als nächstes zu tun hat, weshalb geschimpft wird und das am besten durch kurze, präzise und deutliche Sätze ohne Ironie oder Sarkasmus. Wie beim Lob und der Anerkennung ist auf die Tonlage zu achten, die so zu wählen ist, dass der FASDler merkt, dass gerade geschimpft wird. Gelingt es den (Pflege-)Eltern fair zu schimpfen, dienen sie gleichzeitig als Vorbild, wie mit Ärger und Wut umzugehen ist. Es stellt also ein wichtiges Training für das Sozialverhalten dar (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 76f.).

FASDler streben, so wie alle anderen Kinder und Jugendlichen auch, Autonomie an. Die Unterstützungsmaßnahmen sind dementsprechend so zu wählen, dass sie Hilfe bekommen es selbst zu tun (Hilfe zur Selbsthilfe) (vgl. ebd., S. 82). Damit dies ermöglicht werden kann, müssen bestimmte Voraussetzungen im Alltag zu Hause gegeben sein. Dazu gehört eine feste Tagesstruktur, die charakterisiert ist durch feste Zeiten, Abläufe und Rituale (vgl. ebd., S. 77). Sowohl die Werktage als auch die Wochenendtage müssen für FASDler strukturiert und fest vorgegeben sein, um Stress und Überforderung zu verhindern. Jede Abweichung von der Tagesstruktur bedeutet für den FASDler Stress und einmalige Ausnahmen, können fortan eingefordert werden. Selbst schöne Abweichungen, wie z. B. Ausflüge, verändern die Tagesstruktur und fördern das Stresslevel. Eine feste Tagesstruktur ist für FASDler von großer Bedeutung, da sie dadurch Halt, Sicherheit und Orientierung bekommen, weshalb auch das Wochenende, der Urlaub oder die Ferien klar strukturiert sein müssen (vgl. ebd., S. 78). Übergänge, wie bspw. der Übergang ins Wochenende oder im schulischen Kontext die Pausen (S. 33), sind Momente, in denen die FASDler die Sicherheit und Orientierung verlieren und durch einen Dritten begleitet oder vorbereitet werden müssen (vgl. ebd., S. 79). Die Erwachsenen dürfen das Vergessen nicht außer Acht lassen und durch Bildmaterial die FASDler unterstützen. Im Sinne der Autonomie helfen Piktogramme, bspw. beim Anziehen oder für den Tagesablauf, damit diese selbstständig Handeln können. Die Vorarbeit, wie das Herauslegen der Kleidung oder das Überprüfen aus sicherer Entfernung, damit der FASDler keine Wege findet, die anstrengende Aufgabe zu verkürzen, obliegt den Erwachsenen (vgl. ebd., S. 80). Abgesehen von Piktogrammen können auch Listen dabei helfen, systemisch Aufgaben zu erledigen (vgl. ebd., S. 81). So wie in unterschiedlichen Kontexten soll das Haus oder der Raum kindersicher sein, um mögliche Gefahrensituationen zu vermeiden. Können

bestimmte Gegenstände nicht sicher verstaut werden, muss der gesamte Raum abgeschlossen werden. Die Personen, die diesen Raum nutzen müssen, bekommen dann die passenden Schlüssel dafür. Die Räume selbst und vor allem das Kinderzimmer müssen reizarm gestaltet sein: weiße Tapete, geschlossene Schränke oder Regale, wenig Spielsachen und für alles einen festen Platz, um einer Reizüberflutung vorzubeugen (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 83f.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass FASDler viel Sicherheit und Orientierung benötigen, die sie durch klare Vorgaben und einer Veränderung der bisherigen Struktur erhalten. Es erfordert das Umdenken zu einer FASD-gerechten Pädagogik, die aber zu mehr Entlastung und Erholung seitens der FASDler, aber auch seitens der Eltern und Geschwister führt. FASDler kommen weniger in Situationen der Überforderung, erleben weniger Stress und geraten so weniger in die Abwärtsspirale. Die Grundvoraussetzungen für einen gelingenden Alltag sind frühzeitige pädagogische Interventionen und eng gehaltene Rahmenbedingungen. Der nächste Schritt im sicheren Umgang ist das Deuten des sichtbaren Verhaltens und der nicht sichtbaren Ursachen.

3.4.2 Das sichtbare Verhalten deuten

Ist die Informationsgrundlage über FASD vorhanden, fällt es leichter die FASDler zu verstehen und das Verhalten zu deuten. Darauf aufbauend kann die Umgebung angepasst und ein sicherer Umgang gewährleistet werden (vgl. Lüders/Feldmann/Jungbauer 2020, S. 39). Jedes Kind und jeder Jugendliche möchte von den eigenen (Pflege-)Eltern gelobt, geliebt und verstanden werden, dabei müssen diese sich besonders in das Kind oder den Jugendlichen und in die Behinderung FASD einfühlen (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 63). Wenngleich die Behinderung nicht immer sichtbar ist, äußert sie sich indirekt vor allem durch Verhaltensauffälligkeiten. Das sichtbare Verhalten und die auftretenden Auffälligkeiten werden häufig fehlinterpretiert (vgl. Lüders/Feldmann/ Jungbauer 2020, S. 39), ohne dass der FASDler sich absichtlich so verhält (vgl. Leipholz/ Kamphausen 2020, S. 63). Allgemein müssen Einschätzungen in Bezug auf ‚Das Kind will nicht‘ ersetzt werden durch den Satz ‚Das Kind kann nicht‘, da das Verhalten durch eine neurologische Schädigung hervorgerufen wird. Ihr Verhalten ist nicht absichtlich, sie können es nicht verändern und es liegt auch nicht an einer fehlerhaften Erziehung der (Pflege-)Eltern (vgl. ebd., S. 65). Im Nachfolgenden werden vier alltägliche Herausforderungen (Wut, Trauer, Frustration und Lügen), ihre Ursachen und empfohlene Bewältigungsstrategien in den Blick genommen. Dabei handelt es sich lediglich um einen Ausschnitt der bestehenden Herausforderungen und mögliche präventive und interventive Handlungsmöglichkeiten. Die aufgeführten Lösungsansätze sind nicht universell anwendbar, sondern situationsabhängig zu wählen und müssen individuell an den FASDler angepasst werden (vgl. Falke/Stein 2021, S. 36).

Aggressives Verhalten und das Gefühl von Wut können sich in vielerlei Weisen äußern. So können FASDler verbale Ausbrüche, wie das (Be-)Schimpfen, oder körperliche Auseinandersetzungen haben. Die Wut und die Aggression können sich gegen Gegenstände richten, zum Herumwerfen oder Zerstören dieser führen, aber auch gegen andere Personen oder Tiere bis hin zur Autoaggression (Gewalt gegen sich selbst) oder Wut auf sich selbst (vgl. Falke/Stein 2021, S. 39). Aggressives, freches oder widerständiges Verhalten wird oftmals als Provokation, als Aufmerksamkeitssuche oder als Ärgern wahrgenommen. Dabei sind die Kinder in den meisten Fällen überreizt, überfordert, verstehen die Situation falsch oder fühlen sich angegriffen (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 64). Schuldgefühle, Trauer, Angst, Überforderung, Ohnmacht und Ablehnung sind mögliche Auslöser für ein aggressives Verhalten oder das Gefühl von Wut. Es gibt mehr präventive Möglichkeiten, als das Gefühl bereits besteht. Nebenräume, als Wut- oder Ruheraum, dienen bei einer Eskalation als Sicherstellen des FASDlers, auch gegenüber anderen und das Ausleben lassen der Aggression. Auch das Vorausdenken, Bewegung oder Entspannungstechniken können deeskalierend wirken. Der verbale Austausch mit dem FASDler, z. B. durch verbales Spiegeln, ermöglicht den Erwachsenen die Situation zu verstehen und entsprechend handeln zu können. In der Situation selbst kann ein frühzeitiges Stoppen bereits aushelfen, es kann aber manchmal auch hilfreich sein, wenn der FASDler die Gefühle und Aggressionen in einem separaten Raum ausleben kann und andere Kinder oder Jugendliche durch das Herausnehmen aus der Gruppe geschützt werden können. Ein Gegenreiz, bspw. Hände unter kaltes Wasser halten, kann den FASDler in der Situation beruhigen. Nach der Bewältigung kann durch Körperkontakt, bspw. in den Arm nehmen und Trost spenden, oder durch das Entschuldigen bei denjenigen, die Schaden genommen haben, die Situation gut abgeschlossen werden (vgl. Falke/Stein 2021, S. 39f.).

Fängt ein FASDler an zu weinen, sind Außenstehende der Meinung, dass diese nur Aufmerksamkeit möchten oder ggf. sich anstellen. Unentdeckt bleibt die Ursache der Überforderung oder das falsche Einordnen einer Situation (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 64). Trauer ist ein tägliches Gefühl, ausgelöst durch die Unzufriedenheit mit sich selbst, durch Ablehnung und Einsamkeit. Geprägt sind solche Situationen durch den Rückzug und die Antriebslosigkeit der FASDler, dies kann bis zu depressiven Verstimmungen oder Suizidgedanken führen. Es ist wichtig, die Gefühle wahrzunehmen, anzunehmen und Verständnis zu zeigen. Ablenkung, das Erlernen von positiven Gedanken oder das Ausleben der Trauer, bspw. durch Malen oder durch Schreien, sind mögliche Handlungsoptionen. Körperkontakt und das Aufzeigen unterschiedlicher Perspektiven können den Betroffenen helfen. Nach solchen Momenten sollen Gegenstände, die in der Situation zerstört wurden, weggeräumt oder repariert werden und für Beleidigungen soll sich entschuldigt werden (vgl. Falke/Stein 2021, S. 44f.).

Wutausbrüche, (auto-)aggressives Verhalten und Trauer sind mögliche Reaktionen auf Frustrationen, die aus dem Gefühl der Überforderung, aus mangelndem Können, Wissen oder Verständnis oder durch die Differenz der eigenen und der fremden Erwartungen entstehen können. Hier findet die bereits beschriebene FASD-gerechte Pädagogik (S. 39-42) Anwendung, indem den FASDlern durch klare Regeln und Strukturen Sicherheit geboten wird. Piktogramme, eine reizarme Umgebung und klare Anweisungen, sowie die Sequenzierung von komplexen Aufgaben reduzieren die Gefahr der Frustration. Sollte der FASDler dennoch Wutausbrüche bekommen, soll es die Wut herauslassen (z.B. in ein Kissen schlagen) oder räumlich getrennt werden. Im Anschluss soll ein Gespräch gesucht werden und/oder getröstet werden (vgl. Falke/Stein 2021, S. 49ff.).

Menschen mit FASD neigen zu der Tendenz Begebenheiten, Erlebnisse oder Situationen zu erfinden, gestohlene Gegenstände zu verstecken oder sich Ausreden auszudenken (vgl. ebd., S. 114), nicht weil sie psychische Probleme haben oder gezielt lügen, sondern aufgrund der Gedächtnisprobleme (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 64). Aufmerksamkeit gegenüber dem FASDler und Aufklärung gegenüber dem Umfeld kann solch eine Situation deeskalieren. Die Aufforderung, die Geschichte erneut zu erzählen kann dazu beitragen falsche Informationen zu erfassen, um dem FASDler deutlich zu machen, wie das eigene Gefühl ist, angelogen zu werden. Die Außenstehenden müssen sich allerdings bewusst machen, dass die Lügen nicht persönlich zunehmen sind (vgl. Falke/Stein 2021, S. 114).

Es lässt sich festhalten, dass das Verhalten der FASDler durch eine neurologische Schädigung hervorgerufen wird und sie selbst nichts am Verhalten ändern können und die Schwierigkeiten somit auch keine Erziehungsfehler der (Pflege-)Eltern sind. Anhand der alltäglichen Herausforderungen Wut, Trauer, Frustration und Lügen sollte beispielhaft dargestellt werden, dass es für jede Situation präventive Maßnahmen gibt. Auch beim Eintreten der Ausbrüche oder der Situationen können die Erwachsenen durch einfache Handlungsmöglichkeiten Abhilfe verschaffen, um die Situation am Ende zu „bereinigen“. Trotz der vielen Bewältigungsstrategien sollen diese auf den FASDler angepasst sein und situativ entschieden werden, welchen Bedarf dieser gerade aufweist. Das Verhalten kann allerdings erst dann entsprechend gedeutet werden, wenn beim Umfeld und bei den pädagogischen Fachkräften das Wissen über FASD vorhanden ist.

3.4.3 Voraussetzungen der pädagogischen Fachkräfte

Neben dem Wissen über FASD (vgl. Kröling 2015, S. 130) sollten pädagogische Fachkräfte Verständnis für die FASDler haben, sie sollten eine sichere Bindung aufbauen können (vgl. ebd., S. 125), müssen mit der FASD-gerechten Pädagogik vertraut sein, ressourcenorientiert fördern können (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 67) und bestimmte Eigenschaften, bspw.

Flexibilität, Geduld und gute Kommunikationsfähigkeiten, mitbringen (vgl. Falke/Stein 2021, S.17).

Nicht nur in der Allgemeinbevölkerung besteht eine zu große Ungewissheit über die Behinderung FASD (vgl. Nordhues/Weischenberg/Feldmann 2015, S. 24), sondern auch auf fachlicher Ebene existiert ein großer Informationsbedarf (vgl. Ter Horst 2015, S. 113). In den einzelnen Institutionsgruppen lassen sich Unterschiede über den Wissensstand zum FAS festhalten. So hängt das Wissen von der Institutionszugehörigkeit, der institutionellen Vernetzung und dem Alter der Fachkraft ab (vgl. Feldmann/Girke 2015, S. 100). Im Gegensatz zum Gesundheitswesen, in dem das Fachpersonal einen hohen Wissensstand aufweist, fehlt den Fachkräften der Schwangerschaftsberatung, Frühförderung, Erziehungsberatung, Förderschule und des Jugendamtes eine entsprechende Informationsgrundlage, sodass für diese Institutionsart nicht von einem einheitlichen Wissensniveau die Rede sein kann. Die einzige Ausnahme in diesem Bereich sind die Hebammen, die ein gleichmäßig hohes Wissen besitzen. Es bestehen große Wissensdefizite über die Schädigungen, die durch den Alkohol verursacht werden, über den durchschnittlichen IQ und die typischen Verhaltensweisen von FASDlern. Daraus resultiert auch die Unklarheit, welche sozial-rechtlichen Unterstützungen in Anspruch genommen werden können und welche Therapiemöglichkeiten es gibt. Auch im Umgang mit FASD-Betroffenen ist sich der Großteil der Fachkräfte zu unsicher (vgl. ebd., S. 101). Eine Studie von Feldmann und Girke (ebd.) legt die Vermutung nahe, dass die Wissensdefizite bereits in der beruflichen Aus- oder Weiterbildung entstehen, da nur jede dritte Fachkraft im Studium, in der Ausbildung oder bei Weiterbildungen von FASD gehört haben. Die pädagogischen Fachkräfte wünschen sich Unterstützung in der Arbeit mit FASDlern, bevorzugen daher Broschüren, als ein dauerhaftes Medium für die Arbeit (vgl. ebd., S. 102), nutzen aber auch Kolleg*innen oder Alltagserfahrungen als Informationsquelle (vgl. ebd., S. 101). Für Fachkräfte im medizinisch-psychologischen und/oder soziologisch-pädagogischen Bereich gibt es Seminare und Weiterbildungen über das Thema FASD, um mit den Betroffenen und ihren Familien arbeiten zu können (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017b, S. 9). Untersuchungen haben ergeben, dass (Online-)FASD-Fortbildungen eine wichtige Grundlage für die Diagnose und für die Arbeit mit FASD-Betroffenen darstellen (vgl. Grant/Brown/Dubovsky 2020, S. 144). Kröling (2015, S. 130) äußert in diesem Zusammenhang, dass FASD nicht nur in heilpädagogischen Ausbildungen, sondern auch in jeder pädagogischen Fach- und Hochschulausbildung thematisiert werden muss. Nur so ist es den Fachkräften möglich, Verständnis gegenüber den FASDlern zu schaffen und zu wissen, dass diese erstens keinen Einfluss auf ihre Beeinträchtigungen haben und zweitens nicht willentlich so handeln, wie sie handeln.

Pädagogische Fachkräfte müssen lernen, dass bestimmte Grenzen bestehen, bei denen Bildung und Erziehungsmaßnahmen versagen (vgl. Kröling 2015, S. 125). Im Zuge dessen ist

die FASD-gerechte Pädagogik relevant, um die FASDler dennoch fördern zu können und Überforderungen, Stress und das Erleben des Scheiterns zu reduzieren oder zu vermeiden (vgl. Leipholz/Kamphausen 2020, S. 69f.). Der Hauptfokus der pädagogischen Arbeit liegt aus diesem Grund auf den Stärken und Ressourcen der FASDler, um das Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein zu stärken und zu fördern. (vgl. Kröling 2015, S. 125). Voraussetzung für die pädagogische Arbeit ist die Beziehungsarbeit, die als Herstellung und Aufrechterhaltung eines personalen Kontakts zu verstehen ist (vgl. Schröder 2013, S. 427). Professionelle Beziehungen charakterisieren sich durch die Fachlichkeit und den fachlichen Absprachen auf der einen Seite und den Erwartungen und Wünschen der beteiligten Personen auf der anderen Seite (vgl. ebd., S. 430). Die effektivste Förderung findet statt, wenn eine feste Bindung zwischen pädagogischer Fachkraft und FASDler besteht und ermöglicht in Einrichtungen, bspw. der Kindertageseinrichtung, eine selbstständigere Entwicklung der Betroffenen (vgl. Kröling 2015, S. 125). Die zwei wichtigsten Ressourcen für die Familie sind eine frühzeitige Diagnose und ein stabiles Bezugssystem für den FASDler (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2017b, S. 40).

Damit allerdings der FASDler gefördert wird orientieren sich die pädagogischen Fachkräfte an den Stärken des Adressaten. In einem Elternseminar haben Pflege- und Adoptiveltern Stärken und Ressourcen der eigenen FASDler gesammelt und konnten feststellen, dass sie einige Stärken wahrnehmen und benennen können. FASDler weisen einige soziale und körperliche Kompetenzen auf und werden von ihren (Pflege-)Eltern als hilfsbereit, direkt, lustig, offen, empathisch, sportlich, fröhlich, neugierig, motiviert, kreativ, gut im Umgang mit jüngeren Kindern, phantasievoll, fürsorglich, aufgeschlossen, musisch begabt, pflichtbewusst, intelligent und als nicht nachtragend beschrieben, um ein paar Beispiele zu nennen, die in der pädagogischen Arbeit relevant sein können (vgl. Falke/Stein 2021, S. 126).

Sowie die pädagogische Arbeit ressourcenorientiert gestaltet ist, ist eine neue Ausrichtung der Haltung, Einstellung und Motivation der pädagogischen Betreuungsperson notwendig. Die professionelle Begleitung eröffnet dem FASDler mit seiner eigenen Problematik umzugehen und diese zu bewältigen. Die Entwicklung neuer Wege basiert auf einer positiven pädagogischen Grundhaltung, Kreativität und Reflexion. Die pädagogische Fachkraft muss flexibel und geduldig im Denken und Handeln sein, da sie sich immer wieder neu auf die Gefühle des Kindes bzw. des Jugendlichen einstellen muss und nicht von einer altersentsprechenden Entwicklung ausgehen darf (vgl. ebd., S. 17). Die Fachkraft muss eine Atmosphäre des Angenommenseins schaffen und das Ziel verfolgen, dass die FASDler die eigenen Potentiale in ihrem Tempo und aus eigener Kraft entfalten können. Die Arbeit mit den Stärken, stetiges Loben und das in den Vordergrundstellen der Ressourcen ist erforderlich, um positive Wertschätzung gegenüber den FASDlern zu entwickeln. Aus dem respektvollen Umgang mit Wertschätzung können das Selbstvertrauen gefestigt und Ressourcen gestärkt

werden. Die Selbstreflexion eigener und fremder Erwartungen dient dazu, andere Wege der Pädagogik auszuprobieren und soll durch das Einfühlen und Annehmen des FASDLers mit seinen/ihren Stärken und Schwächen individuell angepasst werden (vgl. Falke/Stein 2021, S. 18). Im pädagogischen Umgang ist es für die FASDLer wichtig, Botschaften auszusprechen und deutlich zu vermitteln, damit die Aussagen mit dem Verhalten übereinstimmen. Ist die Fachkraft authentisch, kann sie in den verbalen Austausch gehen und äußern, wenn sie sich ärgert oder ein bestimmtes Verhalten des FASDLers nicht versteht. Diese Umgangsweise ermöglicht die einfachere Bewältigung einer Situation und dient zudem als Lernmodell für den FASDLer für das Wahrnehmen und Verbalisieren der eigenen Bedürfnisse (vgl. ebd., S. 19). So wie die meisten FASDLer nicht nachtragend sind (vgl. ebd., S. 126), so sollten auch die Erwachsenen das Verhalten nicht persönlich nehmen. Auch wenn eine große Herausforderung darin besteht, das Verhalten auszuhalten oder in solch einer Situation einen Lösungsweg zu finden, kann der FASDLer durch ein späteres Gespräch lernen, Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen (vgl. ebd., S. 19). Auch wenn die Reduktion von Stress und Überforderung das Ziel ist, müssen diese lernen mit Frustration, Niederlagen und Schwierigkeiten umzugehen. Um solche Erfahrungen zu ermöglichen und dennoch Situationen der Überforderung zu vermeiden, müssen die Situationen vorgedacht und strukturiert sein und die Informationen Stück für Stück an den FASDLer weitergegeben werden. Die Erwachsenen bzw. die pädagogischen Fachkräfte stehen somit als Vermittler*innen zwischen den Menschen mit FASD und ihrer Umgebung. Sie „übersetzen“ die Situation zum einen den Menschen mit FASD und zum anderen „übersetzen“ sie das Verhalten der FASDLer der Umwelt (vgl. ebd., S. 22). Fordern FASDLer viel Aufmerksamkeit und benötigen eine intensivere Betreuung, darf dennoch der Fokus nicht nur auf das eine Kind oder den einen Jugendlichen gerichtet sein. Das bedeutet im institutionellen Kontext, dass der Fokus auch auf dem anderen Umfeld, den (Pflege-)Eltern oder den Arbeitskolleg*innen liegen soll und im familiären Kontext, in Bezug auf die (Pflege-)Eltern, die Geschwisterkinder, den Partner oder die Partnerin und das eigene Wohl Beachtung finden müssen (vgl. ebd., S. 22f.).

Es zeigen sich große Defizite im Wissen über FASD und über den pädagogischen Umgang mit FASDLern sowohl bei der Allgemeinbevölkerung als auch im professionellen Bereich, sodass die Aufnahme der Thematik in die berufliche Ausbildung einen wichtigen Schritt darstellt. Trotz der vielen Verhaltensauffälligkeiten und Schwierigkeiten, die die Behinderung mit sich bringt, haben FASDLer viele Ressourcen und Stärken, die in jedem Fall im Hauptfokus der Arbeit stehen müssen. Allerdings sind die Zusammenarbeit und die Beziehungsarbeit abhängig von der pädagogischen Fachkraft, die neben unbedingter Wertschätzung, einfühelndem Verstehen, Authentizität und liebevoll akzeptierendem Aushalten eine wichtige Rolle als Vermittler*in übernimmt.

4. Schlussfolgerung

Die Auseinandersetzung mit den fetalen Alkoholspektrum-Störungen im Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe hat gezeigt, dass es Maßnahmen und Unterstützungsoptionen gibt, die die jungen Menschen vom Beginn der Diagnose, über die Zuständigkeitsklärung, bis hin zur Leistungsgewährung an vielen Stellen vor Barrieren und Herausforderungen stellt. Somit ist die Kinder- und Jugendhilfe in Bezug auf die Besonderheiten der fetalen Alkoholspektrum-Störungen nicht ausreichend vorbereitet. Welche Alkoholmenge schädlich für das ungeborene Kind ist, ist ein strittiges Thema, wobei dennoch Einigkeit darüber besteht, dass, sobald die Schwangerschaft bekannt ist, auf Alkoholkonsum vollständig verzichtet werden muss. Deutlich hervor geht das Problem der Diagnosestellung, die allerdings zwingend notwendig ist, um passende Maßnahmen, Therapien und Unterstützungssysteme einzuleiten und die Familie zu entlasten und falsche Ursachenzuweisungen zu verhindern. Selbst im ICD-10 sind bisher die unterschiedlichen Ausprägungsformen der FASD nicht erfasst und beschränken sich nur auf das Vollbild FAS, sodass von einer entsprechenden Diagnose nicht die Rede sein kann.

Der Blick auf die Zuständigkeitsklärung zeigt, dass FASD aufgrund der unterschiedlichen Ausprägungsformen keiner eindeutigen Behinderungsart zuzuordnen ist, es aber eben davon abhängig ist, ob die Kinder- und Jugendhilfe oder die Sozialhilfe vorrangig zuständig ist. Der IQ gilt derzeit als Maßstab, um eine seelische von einer geistigen Behinderung zu unterscheiden und in der Praxis hat sich gezeigt, dass FASDler oftmals vorrangig Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe gewährt werden. Erreichen diese jedoch die Volljährigkeit, stehen sie vor der Hürde des Übergangs in die Sozialhilfe. Zurückzuführen auf eine fehlende Koordinierung zwischen Jugendhilfe, Sozialhilfe und der Arbeitsagentur, fallen diese oftmals aus den Hilfebezügen heraus, obwohl die Betroffenen von einer lebenslangen Unterstützung abhängig sind.

Leistungen der Eingliederungshilfe und Unterstützungsmaßnahmen im schulischen Kontext und in Kindertageseinrichtungen für FASDler entlasten nicht nur diese selbst, sondern auch das Umfeld und ermöglichen einen stressfreieren Umgang. Durchaus bestehen Leistungen, wie einer Inklusionskraft für die Schule oder die Kindertageseinrichtungen, um eine intensive Betreuung zu gewährleisten und um auf den individuellen Hilfebedarf einzugehen, allerdings werden noch nicht alle Voraussetzungen für FASDler erfüllt. Genauso erfüllen diese nicht alle Voraussetzungen, um FASDler entsprechend zu fördern. Die einsetzbaren Hilfemaßnahmen wie bspw. die Schulbegleitung stellen eine Veränderung der bekannten Strukturen der Schule dar, sodass nicht nur das Konzept der Schulbegleitung weiter ausgearbeitet werden, sondern die Schulbegleitung bzw. Integrationskraft als fester Bestandteil eingeplant werden muss. Es hat sich gezeigt, dass das Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe einer Öffnung bedarf und noch nicht ausreichend auf FASDler vorbereitet ist. Eine Änderung der Grundhaltung und

der pädagogischen Struktur ist zwingend notwendig, um eine Entlassung der FASDler zu verhindern. Die in der Eingliederungshilfe enthaltene Hilfeplanung muss auf den individuellen Hilfebedarf und die Wechselhaftigkeit der Betroffenen angepasst werden. Zusätzlich zu den Leistungen der Eingliederungshilfe kann auf andere Therapiemöglichkeiten zurückgegriffen werden, wobei nicht alle Therapieformen gleichzeitig eingesetzt werden sollen.

Neben der erschwerten Diagnose, der Zuständigkeitsklärung und der derzeitigen unzureichenden Schaffung bestimmter Rahmenbedingungen, fehlt es an Wissen über FASD und einem gesellschaftlichen Bewusstsein. Es konnten die wichtigsten Punkte einer FASD-gerechten Pädagogik herausgearbeitet und anhand von Beispielen präventive und interventive Lösungsansätze für bestimmte Verhaltensauffälligkeiten dargestellt werden. Dabei gilt, dass die Erziehung und somit die Handlungsmöglichkeiten und Therapieformen situationsabhängig sind und individuell an das Kind oder den Jugendlichen angepasst werden müssen. Bei der pädagogischen Arbeit mit FASDlern kommt es nicht nur auf eine FASD-gerechte Pädagogik an, sondern die pädagogischen Fachkräfte müssen über das Thema informiert sein, sie müssen ressourcenorientiert fördern können und müssen bestimmte Eigenschaften mitbringen. Die Wissensdefizite über FASD stellen dabei die größte Herausforderung dar. Bereits in der pädagogischen Fach- und Hochschulausbildung, sowie im Berufsalltag und bei Fort- und Weiterbildung muss die Behinderung und die FASD-gerechte Pädagogik thematisiert werden, die in diesem Kontext gegenwärtig noch nicht ausreichend Beachtung findet. Auch wenn die Behinderung immer mehr an Anerkennung gewinnt und sich Menschen über dieses Thema informieren, ist das Wissen über FASD noch nicht repräsentativ. So ist darüber hinaus zu überlegen, wie die Allgemeinbevölkerung auf die Behinderung und den damit verbundenen Schadensausmaß sensibilisiert werden kann. Eine aktivere und weitreichendere Öffentlichkeitsarbeit wäre ein erster Schritt dahingehend.

Nimmt die Kinder- und Jugendhilfe ihr Leitmotiv ernst, jeden jungen Menschen in seiner Entwicklung und Erziehung entsprechend zu fördern, dann kommt das Handlungsfeld nicht umhin, sich mit den Herausforderungen und Veränderungen zu beschäftigen, die die fetalen Alkoholspektrum-Störungen mit sich bringen. Es braucht eine grundlegende Veränderung der pädagogischen Grundhaltung und Struktur und es muss auf den individuellen Hilfebedarf eingegangen und bestimmte Voraussetzungen für FASDler erfüllt werden. Um das Tripelmandat ins Gleichgewicht zu bringen, ist es notwendig die Sichtweise der Adressat*innen aufzunehmen und zu berücksichtigen und auf der Professionsebene die Grundlagen über das Wissen über die Behinderung zu schaffen. Es ist an der Zeit, FASD wahrzunehmen und sich mit den Schwierigkeiten, denen FASD-Betroffenen ausgesetzt sind, zu befassen, damit sich die allgemeine und pädagogische Grundhaltung dauerhaft verändert. Diese Arbeit hat gezeigt, dass bereits ein Glas Alkohol folgenschwere Auswirkungen auf das ungeborene Kind haben und somit bereits ein Glas Alkohol zu viel sein kann.

Literaturverzeichnis

- Aboelwafa, Mohamed; Schulte-Holtey, Miriam (2020): Soziale Arbeit im Spannungsfeld von Individuum, Profession und Politik. Herausforderungen, Konzepte und theoretische Überlegungen zu Integrationsarbeit in Wien. In: Kaufmann, Margrit E.; Otto, Laura; Nimführ, Sarah; Schütte, Dominik (Hrsg.): Forschen und Arbeiten im Kontext von Flucht. Reflexionslücken, Repräsentations- und Ethikfragen. Wiesbaden: Springer VS Verlag, S. 311-329.
- Astley, Susan J.; Clarren, Sterling K. (2000): Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol exposed individuals: introducing the 4-Digit Diagnostic Code. In: Alcohol & Alcoholism. Vol. 35, No. 4, S. 400-410.
- Becker, Gela (2013): Fetale Alkoholspektrum-Störungen: ein Thema für die Kinder- und Jugendhilfe?. Oder die »Entdeckung« einer Behinderung, die schon da ist!. In: Evangelische Jugendhilfe. Jg. 90, Heft 3, S. 119-131.
- Borkowitz, Konrad; Godenschwager, Gisela; Kusch, Liane (2001): Ambulante Hilfen zur Erziehung. In: Stadt Dormagen (Hrsg.): Dormagener Qualitätskatalog der Jugendhilfe. Ein Modell kooperativer Qualitätsentwicklung. Opladen: Leske + Budrich Verlag, S. 104-113.
- Brenzen, Christian; Bruder, Anna-Maria (2018): Rechtliche Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe. In: Böllert, Karin (Hrsg.): Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden: Springer VS Verlag, S. 131-164.
- Bundesministerium für Gesundheit (2016): Belastung Dritter durch alkoholbedingte Schäden. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht_Schaeden_Dritter_durch_Alkohol.pdf [Zugriff: 27.06.2021]
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2009): Auswirkungen eines moderaten Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. <https://www.dge.de/fileadmin/public/doc/ws/stellungnahme/DGE-Stellungnahme-Alkoholkonsum-Schwangerschaft-2009-01.pdf> [Zugriff: 03.06.2021]
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017a): Die Fetale Alkoholspektrumstörung. Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/FASD_SozR-Fragen.pdf [Zugriff: 26.05.2021]
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017b): Stressreduktion bei FASD Betroffenen, deren Bezugspersonen und sozialer Umwelt durch Elterncoaching. Ein Handbuch zum Coaching von Bezugspersonen FASD Betroffener (Training für Trainer). [50](https://fasd-</p></div><div data-bbox=)

fachzentrum.de/wp-content/uploads/Manual_FASD-Elterncoaching_2017.pdf [Zugriff: 27.05.2021]

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2019): Drogen- und Suchtbericht. https://www.drogenbeauftragte.de/assets/Service/DSB_2019_mj_barr.pdf [Zugriff: 26.05.2021]

Dworschak, Wolfgang (2014): Schulbegleitung – Die richtige Unterstützungsmaßnahme für Schüler mit (geistiger) Behinderung zur Realisierung ihres Bildungsrechts an der allgemeinen Schule?. In: Kopp, Bäbel; Martschinke, Sabine; Munser-Kiefer, Meike; Haider, Michael; Kirschhock, Eva-Maria; Ranger, Gwendo; Renner, Günter (Hrsg.): Individuelle Förderung und Lernen in der Gemeinschaft. Wiesbaden: Springer VS Verlag, S. 214-217.

Falke, Susanne; Stein, Sabine (2021): Ein (Pflege-)Kind mit FASD – und glücklich!. Ein pädagogisch-therapeutischer Wegweiser. 3. gfg. überarb. Aufl., Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Farrenberg, Dominik; Schulz, Marc (2021): Kinder- und Jugendhilfe. Arbeitsfelder und ihre Rahmungen. Frankfurt/M.: Wochenschau Verlag.

Feldmann, Reinhold; Girke, Nora (2015): Das Fetale Alkoholsyndrom: Prävention und Hilfen. In: Michalowski, Gisela; Lepke, Katrin; FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): Leit(d)pfade durchs Leben. 16. FASD-Fachtagung in Dresden 26.-27.09.2014. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, S. 93-107.

Freigang, Werner (2009): Hilfeplanung. In: Michel-Schwartz, Brigitta (Hrsg.): Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis. 2. überarb. und erw. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 103-120.

Grant, Therese M.; Brown, Natalie Novick; Dubovsky, Dan (2020): Screening für Fetale Alkoholspektrumstörungen: ein entscheidender Schritt zur Verbesserung der Versorgung. In: Becker, Gela; Hennicke, Klaus; Klein, Michael; Landgraf, Mirjam N. (Hrsg.): Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening, Intervention, Suchtprävention. 2. Aufl., Berlin/Boston: De Gruyter Verlag, S. 133-145.

Groenemeyer, Axel; Laging Marion (2012): Alkohol, Alkoholkonsum und Alkoholprobleme. In: Albrecht, Günter; Groenemeyer, Axel (Hrsg.): Handbuch soziale Probleme. 2. überarb. Aufl., Wiesbaden: Springer VS Verlag, S. 219-278.

Häßler, Frank; Weirich, Steffen; Reis, Olaf (2017): Fetale Alkoholspektrumstörung und Delinquenz. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie. Jg. 11, Heft 4, S. 342-348.

- Henderson, Jane; Gray, Ron; Brocklehurst, Peter (2007): Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. In: BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. Jg. 114, Heft 3, S. 243-252.
- Herz, Birgit; Meyer, Matthias; Liesebach, Jochen (2018): Integrationshelferinnen und Integrationshelfer in der schulischen Erziehungshilfe. <http://dx.doi.org/10.2378/vhn2018.art18d> [Zugriff: 26.06.2021]
- Hüning, Johannes (2018): Junge Erwachsene. In: Böllert, Karin (Hrsg.): Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden: Springer VS Verlag, S. 403-424.
- Kröling, Johanna (2015): Frühe Hilfen für Kinder mit FASD in regelhaften Kindertageseinrichtungen. Aufgeklärte pädagogische Fachkräfte und optimale Rahmenbedingungen als Fördervoraussetzung. In: Feldmann, Reinhold/Michalowski, Gisela/Lepke, Katrin/FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD): Einblicke-Ausblicke 14. Fachtagung in Erfurt 28.-20.09.2012. 2. Aufl., Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, S. 123-131.
- Kron, Maria; Papke, Birgit (2006): Frühe Erziehung, Bildung und Betreuung von Kindern mit Behinderung. Eine Untersuchung integrativer und heilpädagogischer Betreuungsformen in Kindergärten und Kindertagesstätten. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag.
- Landgraf, Mirjam N.; Heinen, Florian (2012): S3-Leitlinie Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD. Kurzfassung. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/022-025k_S3_Fetale_Alkoholspektrumstoerung_Diagnostik_FASD_2016-06-abgelaufen.pdf [Zugriff: 01.06.2021]
- Landgraf, Mirjam N.; Heinen, Florian (2015): S3-Leitlinie Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms. In: Feldmann, Reinhold/Michalowski, Gisela/Lepke, Katrin/FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). Einblicke-Ausblicke 14. Fachtagung in Erfurt 28.-20.09.2012. 2. Aufl., Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, S. 43-49.
- Landgraf, Mirjam N.; Heinen, Florian (2017a): Fetale Alkoholspektrumstörungen: S3-Leitlinie zur Diagnostik. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Landgraf, Mirjam N.; Heinen, Florian (2017b): Diagnostik Fetaler Alkoholspektrumstörungen in der Kinder- und Jugendmedizin: Empfehlung für die Praxis gemäß der S3-Leitlinie. In: Monatsschrift Kinderheilkunde: Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin. Jg. 165, Heft 9, S. 786-793.
- Landgraf, Mirjam N.; Nothacker, Monika; Kopp, Ina B.; Heinen, Florian (2013): Diagnose des Fetalen Alkoholsyndroms. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 110, Heft 42, S. 703-710.

- Leipholz, Sabine; Kamphausen, Uwe (2020): Das FASD-Elternbuch. Hilfen und Strategien für Eltern und Kinder. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Lohr, Andreas (2015): Fetales Alkoholsyndrom: therapeutische und präventive Ansätze aus sozialpädiatrischer Sicht. In: Feldmann, Reinhold/Michalowski, Gisela/Lepke, Katrin/FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). Einblicke-Ausblicke 14. Fachtagung in Erfurt 28.-20.09.2012. 2. Aufl., Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, S. 71-74.
- Lüders, Laura; Feldmann, Reinhold; Jungbauer, Johannes (2020): Kinder mit FASD in der Schule. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Menne, Klaus (2017): Erziehungsberatung. In: Kreft, Dieter; Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 8. vollst. überarb. und aktual. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag, S. 282-286.
- Moos, Marion (2008): Aufgaben und Leistungen der Jugendhilfe im Kontext von seelischer Behinderung. In: Denner, Silvia (Hrsg.): Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 154-165.
- Moos, Marion; Müller, Heinz (2007): Einführung und Arbeitshilfe zur Eingliederung nach § 35a SGB VIII. Mainz: Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V..
- Mrozynski, Peter (2003): Sozialrechtliche Fragen der Betreuung von behinderten Kindern in Regeleinrichtungen. In: Recht der Jugend und des Bildungswesens. Jg. 51, Heft 1, S. 121-136.
- Nordhues, Philipp; Weischenberg, Marlit; Feldmann, Reinhold (2015): Das fetale Alkoholsyndrom: eine Studie zur Erfassung der Prävalenz bei Pflegekindern. In: Feldmann, Reinhold/Michalowski, Gisela/Lepke, Katrin/FASD Deutschland e.V. (Hrsg.): Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD). Einblicke-Ausblicke 14. Fachtagung in Erfurt 28.-20.09.2012. 2. Aufl., Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, S. 18-34.
- Rätz, Regina; Schröer, Wolfgang; Wolff, Mechthild (2014): Lehrbuch Kinder- und Jugendhilfe. Grundlagen, Handlungsfelder, Strukturen und Perspektiven. 2. überarb. Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Richter, Martina (2018): Handlungsfeld Hilfen zu Erziehung. In: Böllert, Karin (Hrsg.): Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden: Springer VS Verlag, S. 825-840.
- Ristau-Grzebelko (2018): Pflege und Adoption. In: Böllert, Karin (Hrsg.): Kompendium Kinder- und Jugendhilfe. Wiesbaden: Springer VS Verlag, S. 841-852.

- Rock, Kerstin (2016): Inklusive Bildung durch Integrationshilfe. Handlungs- und Strukturprobleme des Einsatzes von IntegrationshelferInnen im gemeinsamen Unterricht von Kindern mit und ohne Behinderung. In: Sozial Extra. Jg. 40, Heft 5, S. 10-13.
- Schindler, Gila (2020): Sozialrechtliche Leistungsansprüche (junger) Erwachsener mit einer Fetalen Alkoholspektrumstörung unter besonderer Berücksichtigung der Reform der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung. In: Becker, Gela; Hennicke, Klaus; Klein, Michael; Landgraf, Mirjam N. (Hrsg.): Erwachsene mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Diagnostik, Screening, Intervention, Suchtprävention. 2. Aufl., Berlin/Boston: De Gruyter Verlag, S. 20-44.
- Schindler, Gila; Hoff-Emden, Heike (2011): Fetale Alkoholspektrum-Störungen (FASD) in der sozialrechtlichen Praxis. Gutachten erstellt im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Berlin.
- Schlachtberger, Anne (2020): FASD und Schule. Eine Handreichung zum Umgang mit Schülern mit Fetaler Alkoholspektrumstörung. 3. gfg. überarb. Aufl., Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Schröder, Achim (2013): Beziehungsarbeit. In: Deinet, Ulrich; Sturzenhecker, Benedikt (Hrsg.): Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit. 4. überarb. und aktual. Aufl., Wiesbaden: Springer VS Verlag, S. 427-431.
- Spohr, Hans-Ludwig (2016): Das Fetale Alkoholsyndrom. Im Kindes- und Erwachsenenalter. 2. aktual. und erw. Aufl., Berlin/Boston: De Gruyter Verlag.
- Spohr, Hans-Ludwig; Steinhausen, Hans-Christoph (2008): Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen. Persistierende Folgen im Erwachsenenalter. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 105, Heft 41, S. 693-698.
- Südmeyer, Anne-Meike (2021): Schulkinder mit FASD. Fatale Katastrophe oder fantastische Herausforderung?. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Ter Horst, Klaus (2015): Kinder mit dem Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) in der stationären Jugendhilfe. In: Evangelische Jugendhilfe. Jg. 92, Heft 2, S. 113-119.
- Thäle, Volker; Schlitt, Axel (2011): Folgen von Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft. In: Der Internist. Jg. 52, Heft 10, S. 1185-1190.
- Thomsen, Annika; Michalowski, Gisela; Landeck, Gerhild; Lepka, 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.
- Wiesner, Reinhard (2014): Die große Lösung als eine Etappe auf dem Weg zur Inklusion. In: Soziale Passagen. Jg. 6, Heft 1, S. 55-68.

Wrase, Michael (2016): Auflösung der Förderschulen. Die UN-Behindertenkonvention verlangt die Inklusion von Kindern mit Behinderung an Regelschule. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201607078339> [Zugriff: 26.06.2021]

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, die von mir vorgelegte Arbeit selbstständig verfasst zu haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Arbeiten anderer oder der Verfasserin/des Verfassers selbst entnommen sind, habe ich als entnommen kenntlich gemacht. Sämtliche Quellen und Hilfsmittel, die ich für die Arbeit benutzt habe, sind angegeben. Die Arbeit hat mit gleichem Inhalt bzw. in wesentlichen Teilen noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift