

Riccarda Arm

Jaël Lenzinger



Kinder und Jugendliche mit FASD

Umgang und Förderung in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung

Bachelor-Thesis zum Erwerb des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Abstract

Die fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) sind ein aktuelles Thema mit hoher Prävalenz. Dennoch ist FASD im fachlichen Diskurs der Sozialen Arbeit wenig anzutreffen. FASD stellt sowohl für die Betroffenen als auch für die Familien und das weitere Umfeld eine grosse Herausforderung in der Lebens- und Alltagsbewältigung dar. Als aufsuchendes Angebot bietet die Sozialpädagogische Familienbegleitung (SPF) Unterstützung bei der Bearbeitung von unterschiedlichen familiären Problemlagen. Deshalb stellt sich diese Arbeit die Frage, inwiefern sich aus den Erkenntnissen der Literatur zu den betreffenden Themen Handlungsempfehlungen zum Umgang und zur Förderung von Kindern und Jugendlichen mit FASD im Feld der SPF generieren lassen. Zur Bearbeitung der Fragestellung werden aus verschiedenen Studien, Tools sowie Therapie- und Förderungsmöglichkeiten Faktoren zum Umgang und zur Förderung von FASD-Betroffenen ausgearbeitet. Diese Faktoren werden mit dem Auftrag, den Zielen und Handlungsprinzipien sowie der Ausgestaltung der SPF abgeglichen. Daraus werden gezielte Handlungsempfehlungen für die Praxis generiert. Um diese einsetzen zu können, muss FASD in der Praxis zuerst erkannt werden. Dementsprechend werden zusätzlich wichtige Merkmale zur Erkennung von FASD herausgearbeitet.

Kinder und Jugendliche mit FASD

Umgang und Förderung in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Riccarda Arm

Jaël Lenzinger

Bern, Dezember 2021

Gutachter: Christoph Tschanz

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	7
TABELLENVERZEICHNIS.....	7
EINLEITUNG.....	8
1 ALKOHOLKONSUM IN DER SCHWEIZ.....	11
1.1 GESCHICHTE UND ENTSTEHUNG.....	11
1.2 KONSUMMENGEN UND KONSUMFORMEN	12
1.3 AUSWIRKUNGEN VON ALKOHOLKONSUM.....	13
1.3.1 KÖRPERLICHE.....	13
1.3.2 SOZIALE.....	15
1.3.3 GESELLSCHAFTLICHE	16
1.4 RISIKOFAKTOREN.....	17
1.5 TRINKMOTIVE.....	17
1.6 VERBREITUNG.....	19
2 SCHWANGERSCHAFT UND PRÄNATALE ENTWICKLUNG.....	23
2.1 ENTWICKLUNGSPHASEN	23
2.1.1 PHASE DER ZYGOTE.....	23
2.1.2 EMBRYONALE PHASE	23
2.1.3 FETALE PHASE.....	24
2.2 SENSIBLE PHASEN	26
2.3 RISIKOFAKTOREN.....	28
2.3.1 TERATOGENE.....	28
2.3.2 MÜTTERSEITIGE FAKTOREN	29
2.4 PROTEKTIVE FAKTOREN	30
3 FETALE ALKOHOLSPEKTRUMSTÖRUNGEN (FASD).....	32
3.1 DEFINITIONEN FASD.....	32
3.2 HISTORISCHER KONTEXT	34
3.3 EPIDEMIOLOGIE.....	37
3.4 ENTSTEHUNG UND AUFFÄLLIGKEITEN.....	40
3.4.1 ZEITPUNKT DER ALKOHOLEXPOSITION.....	41
3.4.2 EINFLUSS DER KONSUMMENGE UND DER KONSUMDAUER.....	43
3.4.3 HIRNORGANISCHE AUFFÄLLIGKEITEN	43
3.4.4 WACHSTUMSVERZÖGERUNGEN UND ORGANFEHLBILDUNGEN	46
3.4.5 KRANIOFAZIALE DYSMORPHIEN.....	46
3.4.6 STÖRUNGEN IM SOZIALVERHALTEN	48
3.5 FOLGEN.....	49
3.5.1 KINDESALTER.....	49
3.5.2 JUGENDALTER.....	52
3.5.3 ERWACHSENENALTER.....	54

3.6	KOMORBIDE STÖRUNGEN UND BEGLEITERSCHEINUNGEN	56
3.7	SCHUTZ- UND RISIKOFAKTOREN	61
3.8	DIAGNOSTIK.....	64
3.8.1	ENTWICKLUNG DIAGNOSTIK.....	64
3.8.2	S3-LEITLINIE.....	65
3.8.3	ICD-11	67
3.8.4	HERAUSFORDERUNGEN IN DER DIAGNOSTIK.....	68
3.8.5	DISKUSSION.....	69
4	<u>UMGANG MIT KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT FASD</u>	<u>73</u>
4.1	HERAUSFORDERUNGEN IM UMFELD	73
4.2	BESTEHENDE THERAPIE UND FÖRDERUNGSANSÄTZE.....	76
4.2.1	THERAPIEMÖGLICHKEITEN UND WEITERE ANGEBOTE	78
4.2.2	STUDIEN ZU ERFOLGREICHEN INTERVENTIONEN.....	80
4.3	HILFREICHE TOOLS	84
4.4	KONKRETE INTERVENTIONEN UND ALLTAGSTIPPS.....	87
4.4.1	ROUTINE UND STRUKTUR.....	88
4.4.2	KOMMUNIKATION	89
4.4.3	GESTALTUNG DER WOHNUNG UND UMGEBUNG.....	90
4.4.4	REGELN UND KONSEQUENZEN.....	91
4.4.5	UMGANG UND REGULATION VON EMOTIONEN	92
4.4.6	LERNEN UND SCHULE.....	93
4.4.7	SOZIALES UMFELD	94
4.4.8	KONKRETE ALLTAGSSITUATIONEN.....	94
4.4.9	HALTUNG UND WOHLBEFINDEN BEZUGSPERSONEN.....	95
5	<u>SOZIALPÄDAGOGISCHE FAMILIENBEGLEITUNG (SPF).....</u>	<u>97</u>
5.1	GRUNDLAGEN UND VERORTUNG IN DER SOZIALEN ARBEIT	97
5.1.1	DEFINITION UND HISTORISCHER HINTERGRUND	97
5.1.2	KONTEXT UND VERORTUNG IN DER SOZIALEN ARBEIT	98
5.1.3	FINANZIERUNG UND RECHTLICHE GRUNDLAGEN.....	99
5.1.4	ZAHLEN UND FAKTEN	100
5.2	ANSPRUCHSGRUPPEN UND AUFTRAG	102
5.3	SPANNUNGSFELDER INNERHALB DES AUFTRAGS.....	104
5.4	ARBEITS- & HANDLUNGSPRINZIPIEN	105
5.5	DIE PRAXIS DER SPF.....	107
5.5.1	HAUSBESUCHE.....	108
5.5.2	UNTERSTÜTZUNGSRESSOURCEN	110
5.5.3	UNTERSTÜTZUNG DER ELTERN	110
5.5.4	UNTERSTÜTZUNG DER KINDER	111
5.5.5	ELTERN/ KIND-KONFLIKTE.....	111
5.5.6	TECHNIKEN UND INTERVENTIONSPRAKTIKEN	112
6	<u>RELEVANZ VON FASD IN DER SPF</u>	<u>114</u>
7	<u>ERKENNEN VON FASD IN DER SPF</u>	<u>117</u>

8	<u>HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE SPF</u>	120
8.1	GRUNDLAGEN UND HALTUNG DER FACHPERSON	120
8.2	FAMILIENINTERVENTIONEN	121
8.3	ELTERNBEZOGENE INTERVENTIONEN	123
8.3.1	GRUNDLEGENDE ASPEKTE	123
8.3.2	ERZIEHUNG	124
8.3.3	GRENZEN UND EIGENE KOMPETENZEN DER ELTERN	127
8.3.4	ENTLASTUNG	128
8.4	KINDERBEZOGENE INTERVENTIONEN	128
8.4.1	IM UMGANG MIT KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT FASD ZU BEACHTEN	128
8.4.2	VON DER FACHPERSON ABZUKLÄREN	129
8.4.3	DIREKTE FÖRDERUNG DER KINDER UND JUGENDLICHEN	129
8.4.4	UMWELT DER KINDER UND JUGENDLICHEN	132
8.4.5	EXPLIZIT FÜR JUGENDLICHEN	132
8.5	NETZWERK	133
8.5.1	PRIVATES FAMILIÄRES UMFELD	133
8.5.2	INSTITUTIONEN UND FACHPERSONEN	133
9	<u>FAZIT</u>	135
9.1	SCHLUSSFOLGERUNGEN	135
9.2	DISKUSSION UND AUSBLICK	137
10	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	140

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Standartgläser mit Gramangaben.....	12
<i>Abbildung 2.</i> Alkoholkonsum nach Alter in der Schweiz im Jahr 2017.....	20
<i>Abbildung 3.</i> Durchschnittliche tägliche Trinkmenge während der Schwangerschaft und Stillzeit.....	21
<i>Abbildung 4.</i> Häufigkeit des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft oder Stillzeit.....	21
<i>Abbildung 5.</i> Sensible Phasen der pränatalen Entwicklung.....	27
<i>Abbildung 6.</i> Prävalenz FAS bei in-school-studies.....	39
<i>Abbildung 7.</i> Prävalenz FASD bei in-school-studies.....	39
<i>Abbildung 8.</i> Faziale Auffälligkeiten.....	47
<i>Abbildung 9.</i> FAS, 13 Monate alter Junge.....	47
<i>Abbildung 10.</i> FAS, 3-jähriges Mädchen.....	47
<i>Abbildung 11.</i> FAS, 11-jähriges Mädchen.....	47
<i>Abbildung 12.</i> FAS, 16-jähriger Jugendlicher.....	48
<i>Abbildung 13.</i> FAS, 18-jährige Jugendliche.....	48
<i>Abbildung 14.</i> Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in der Schweiz.....	98
<i>Abbildung 15.</i> Familienstrukturen in der SPF.....	100
<i>Abbildung 16.</i> Alter der Kinder in SPF-Fällen.....	100
<i>Abbildung 17.</i> Problemstellungen in den vorhandenen SPF-Fällen, 2019.....	101

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1</i> Ähnlichkeiten und Besonderheiten von ADHS und FASD.....	57
<i>Tabelle 2</i> Kriterien zur Diagnose in der S3-Leitlinie.....	67

Einleitung

Der Konsum von Alkohol gilt in unserer Gesellschaft als legitim und für viele Erwachsene und Jugendliche gehört ein regelmässiger Alkoholkonsum zum alltäglichen Leben. Nicht erstaunlich ist daher, dass auch für viele schwangere und stillende Frauen Alkohol ein Thema ist. Vielen ist dabei nicht bewusst, dass das Einnehmen von Alkohol während der Schwangerschaft das Risiko für Tot-, Fehl- und Frühgeburten sowie weiteren Beeinträchtigungen stark erhöht (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2018, S. 1). Die Schäden, die durch den Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft entstehen, sind vielzählig und werden mit dem Begriff der "fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD)" zusammengefasst (Landgraf & Hoff, 2019, S. 13)

Gemäss dem BAG werden in westlichen Industrieländern schätzungsweise 20 auf 1000 Kinder mit FASD geboren (2018, S. 2). Somit handelt es sich hierbei um ein weit verbreitetes Krankheitsbild, das jedoch wegen den verschiedenen Symptomen nur schwer zu diagnostizieren ist und auch von Fachkräften oftmals nicht erkannt wird (Feldmann, Kampe & Graf, 2020, S. 12).

Die pränatale Alkoholexposition kann bei betroffenen Kindern und Jugendlichen zu verschiedensten Auswirkungen führen, so dass es sich bei FASD um ein facettenreiches Störungsbild mit vielen Folgen handelt. So treten häufig kognitive Einschränkungen, Verhaltensauffälligkeiten sowie auch Beeinträchtigungen im Sozialverhalten auf (Feldmann et al., 2020, S. 18). Weiter können Betroffene auch verschiedenste körperliche Merkmale und Einschränkungen aufweisen (vgl. Spohr, 2016). Dadurch entstehen viele Schwierigkeiten im Alltag und die Erziehung und Betreuung bringen folglich für Eltern von betroffenen Kindern und Jugendlichen grosse Herausforderungen mit sich. Hinzu kommt, dass auch die Instanzen des Sozial- und Gesundheitssystems nicht ausreichend Unterstützung bereitstellen, da diese nicht oder nur ungenügend über das Störungsbild FASD aufgeklärt sind (Landgraf & Hoff, 2019, S. 59).

Ein Problem, das sich somit identifizieren lässt, ist einerseits, dass FASD nicht ausreichend erkannt wird und andererseits Fachkräften die notwendigen FASD-Fachkompetenzen fehlen, um der Komplexität des Störungsbildes gerecht zu werden. Dadurch wird den Betroffenen und deren Familiensystemen nicht die notwendige Unterstützung zur Verfügung gestellt, um den aus dem Störungsbild resultierenden Herausforderungen adäquat zu begegnen.

In der Sozialen Arbeit treffen Fachpersonen in den verschiedensten Fachbereichen auf Menschen mit FASD. Da sich die Auswirkungen von FASD insbesondere beim Aufwachsen eines

Kindes zeigen und dies zu Erschwernissen in der Familie führen kann, sollten Fachpersonen in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung (SPF) Kenntnisse über FASD haben.

Die SPF als Arbeitsfeld der Professionellen Sozialen Arbeit hat den Auftrag, Familien bei der Bearbeitung von verschiedensten familiären Problemen zu unterstützen und somit die Lebensbedingungen der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu verbessern (Fachverband Sozialpädagogische Familienbegleitung Schweiz [FV SPF Schweiz¹], n.d.). Daraus lässt sich erschliessen, dass es für Sozialarbeitende im konkreten Feld der SPF wesentlich ist, die Merkmale und Auswirkungen von FASD zu kennen und Erkenntnisse über geeignete Interventionen und Massnahmen zum Umgang mit Betroffenen sowie deren Familiensysteme zu haben. Dadurch werden möglichst optimale Lebensbedingungen für betroffene Kinder und Jugendliche ermöglicht.

Im Bereich der FASD liegen zwar viele Studien und Literatur vor, die Gesamtbedeutung von FASD ist jedoch noch nicht erfasst. So besteht auch ein Mangel an Literatur beziehungsweise Aufklärungsmaterial in der Fachwelt. Es konnten keine Handlungsempfehlungen in Bezug auf FASD im Bereich der SPF gefunden werden. Aus dieser Lücke ergibt sich folgende Fragestellung:

Inwiefern können aus den Erkenntnissen der Forschung und der Literatur betreffend der fetalen Alkoholspektrumstörungen Handlungsempfehlungen zum Umgang und zur Förderung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Umfeld im Bereich der sozialpädagogischen Familienbegleitung abgeleitet werden?

Die Fragestellung soll mittels Literaturrecherche beantwortet werden. Methodisch wird dabei so vorgegangen, dass Erkenntnisse von internationalen Studien und Fachliteratur zusammengetragen werden. Dabei wird bezüglich FASD insbesondere auf Forschungsergebnisse aus der USA, Deutschland und Südafrika zurückgegriffen, da die meisten Studien zum Thema FASD in diesen Ländern gemacht wurden. Aus der Schweiz hingegen liegen nur sehr wenige Erkenntnisse vor.

Zuerst soll auf den Alkoholkonsum in der Schweiz und dessen Auswirkungen eingegangen werden, um die Relevanz des Themas zu beleuchten. Im darauffolgenden Kapitel wird die Schwangerschaft und die pränatale Entwicklung thematisiert, so dass ein besseres Verständnis

¹ Eigene Abkürzung, wird fortan so in der Arbeit verwendet

einer physiologischen Entwicklung von ungeborenen Kindern entsteht und zugleich verstanden wird, welche Faktoren diese beeinflusst. Anschliessend an dieses Kapitel folgt die Auseinandersetzung mit FASD. Dabei wird auf verschiedene Themen eingegangen, um die Störungsbilder und deren Entstehung sowie Folgen besser zu verstehen. Ausserdem wird darin auch die Diagnostik aufgegriffen. In einem nächsten Schritt werden Herausforderungen im Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen beleuchtet und zudem wird auf Therapie- und Förderungsansätze sowie konkrete Interventionen eingegangen. Darauf folgt ein Kapitel zur SPF, wodurch ermöglicht wird, ein Bild über die Arbeitsbedingungen, den Auftrag und konkrete Arbeitsweisen zu erlangen. Im anschliessenden Kapitel wird dann der Zusammenhang von SPF und FASD aufgezeigt.

Am Ende der Arbeit wird eine Arbeitshilfe zum Erkennen von FASD in der SPF als auch Handlungsempfehlungen zum Umgang und zur Förderung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Umfeld im Bereich der SPF vorgestellt und aus der Arbeit resultierende Erkenntnisse sowie ein Ausblick dargelegt.

1 Alkoholkonsum in der Schweiz

Ein Bier nach dem Feierabend, ein Glas Wein zum Essen, ein wenig Champagner zum Anstossen oder ein Cocktail im Ausgang. Alkohol ist ein fester wie auch traditioneller Bestandteil der westlichen Kultur und kaum wegzudenken. Doch so selbstverständlich der Alkohol auch gilt, kann er trotzdem nicht als ein normales Konsumgut betrachtet werden. Alkohol ist eine psychoaktive Substanz, welche viele Schäden verursachen kann (Sucht Schweiz, 2018, S. 1). Aus pharmakologischer Sicht wird Alkohol sogar als eine der schädlichsten psychoaktiven Substanzen bezeichnet (Bundesamt für Statistik [BFS], 2019, S. 1). Gemäss BFS sind die Schäden dabei nicht nur körperlich, sondern betreffen oftmals auch die soziale und gesellschaftliche Ebene. Heute steht unbestritten fest, dass auch eine geringe Menge Alkohol, welche täglich konsumiert wird, nicht unbedenklich ist. Weiter ist ein übermässiger Alkoholkonsum eine häufige Ursache für vorzeitige Sterblichkeit (2019, S. 1). Zudem kann bei mütterlichem Alkoholkonsum auch das ungeborene Kind Schäden davontragen. Um den Alkohol und seine Wirkung besser zu verstehen und um aufzuzeigen, wieso Trinken in der Schwangerschaft ein hoch relevantes Thema ist, soll in diesem ersten Kapitel auf den Alkoholkonsum eingegangen werden.

1.1 Geschichte und Entstehung

Alkohol ist bereits seit langer Zeit in der Schweizer Geschichte anzutreffen. Sucht Schweiz (2018) zeigt auf, wie bereits in der Römerzeit Weinbau betrieben, im Mittelalter Bier gebraut und in der Neuzeit industriell Schnaps gebrannt wurde. Auch eine Antialkoholbewegung ging im 19. Jahrhundert durch die Schweiz, welche das Wissen über die Schädlichkeit von Alkoholkonsum brauchte, um ihre Kampagnen durchzuführen. Zudem kam im 19. Jahrhundert erstmals das Konzept des "Alkoholismus" als Krankheit auf. Im Jahr 1887 wurde das erste Alkoholgesetz in der Schweiz eingeführt. Weiter wurden dann Steuern auf Alkoholgüter erhoben und man wollte damit neben dem ökonomischen Interesse in der schweizerischen Alkoholpolitik auch das Gesundheitsinteresse verfolgen. Dies gelang jedoch immer weniger und heutzutage wird Alkohol sowohl politisch als auch ökonomisch immer mehr als normales Konsumgut behandelt (S. 2). Die Stellung, welche Alkohol in der Gesellschaft hat, ist je nach Land verschieden. Die Schweiz wird der Permissivkultur zugeschrieben, in welcher das Trinken von Alkohol zum Essen als normal angesehen wird, die Trunkenheit oder das Lenken von Fahrzeugen unter Alkoholeinfluss jedoch als unangebracht. (Sucht Schweiz, 2011, S. 4) Gemäss Sucht Schweiz sei jedoch auch zu berücksichtigen, dass sich keine idealtypische Alkoholkultur in einer Gesellschaft abbilden lässt und bei gewissen Anlässen wie beispielsweise der Fasnacht

grössere Mengen an Alkohol toleriert werden (2011, S. 4). In der Schweiz wird Alkoholkonsum also toleriert oder sogar gutgeheissen.

1.2 Konsummengen und Konsumformen

Nach Sucht Schweiz (2018) wird in der Alkoholforschung die Menge von Alkohol, welche zu sich genommen wird, meistens in Gramm Reinalkohol angegeben. Ansonsten wird auch von sogenannten Standardgläsern gesprochen. Bei Standardgläsern wird von einer eingenommenen Alkoholmenge von 10 bis 12 Gramm Reinalkohol ausgegangen (S. 3). In der Abbildung 1 werden verschiedene Getränke wie Bier, Wein oder Spirituosen in ihrer Menge aufgeführt und es wird jeweils die Grammmenge des Reinalkohols für dasjenige Getränk ersichtlich. Dies soll für das Verständnis dienen, wenn in nachfolgender Arbeit Grammangaben betreffend des Alkoholkonsums gemacht werden oder von Standardgläser die Rede ist.

3 dl Bier mit 5% Vol. 12 Gramm reiner Alkohol	1 dl Wein mit 13% Vol. 12,4 Gramm reiner Alkohol	4 cl Spirituosen (Wodka, Rum, Whisky, Cognac etc.) mit 40% Vol. 12,8 Gramm reiner Alkohol
1 dl Sekt mit 12% Vol. 9,6 Gramm reiner Alkohol	4 cl Portwein mit 20% Vol. 6,4 Gramm reiner Alkohol	4 cl Pastis mit 45% Vol. 14,4 Gramm reiner Alkohol
4 cl Martini mit 15% Vol. 4,8 Gramm reiner Alkohol		

Abbildung 1. Standardgläser mit Grammangaben. Nach Sucht Schweiz, 2018, S. 3.

Weiter kann gemäss Sucht Schweiz der Alkoholkonsum generell in drei Gruppen eingeteilt werden: risikoarmer, problematischer und abhängiger Alkoholkonsum. Als risikoarm gilt, wenn im Mass und angepasst an die jeweilige Situation getrunken wird. Dabei gelten verschiedene Faktoren wie das Alter, Geschlecht, Alkoholmenge und das Umfeld als bedeutend für die Einschätzung, ob der Konsum als risikoarm gilt. Der problematische Konsum wird wiederum in zwei verschiedene Konsummuster unterteilt. Der chronisch risikoreiche Alkoholkonsum besteht dann, wenn bei Frauen 20 Gramm oder mehr bzw. bei Männern 40 Gramm oder mehr täglich getrunken wird (2018, S. 3). Andere Quellen wie Praxis Suchtmedizin benennen, dass bei Männern bereits ab 30 Gramm pro Tag ein chronisch risikoreicher Konsum besteht (2020). Sucht Schweiz betont jedoch, dass bereits ein geringerer Konsum gesundheitsschädlich sein kann. Von episodisch risikoreichem Konsum (2018, S.3) oder auch Rauschtrinken oder binge drinking (Praxis Suchtmedizin, 2020) wird dann gesprochen, wenn Frauen 40 Gramm oder mehr bzw. Männer 50 Gramm oder mehr Reinalkohol bei einer Gelegenheit trinken (Sucht Schweiz, 2018, S. 3). Dies entspricht also ungefähr vier Standardgläsern bei Frauen bzw. fünf bei

Männern (Praxis Suchtmedizin, 2020). Gemäss Praxis Suchtmedizin gibt es noch eine weitere Kategorie, welche unter das problematische Trinken fällt, nämlich der situationsunangepasste Konsum. Dies ist dann der Fall, wenn in Situationen konsumiert wird, in denen bereits eine kleine Menge Alkohol erhebliche Risiken mit sich bringt. Beispielsweise ist dies beim Trinken als Strassenverkehrsteilnehmer, beim Bedienen von Maschinen, bei Aktivsport, bei Medikamenteneinnahme oder während der Schwangerschaft der Fall (2020). Bei einer Alkoholabhängigkeit ist die Menge des konsumierten Alkohols nicht ausschlaggebend. Diese wird anhand verschiedener Kriterien diagnostiziert (S. 3), welche im nächsten Kapitel aufgezeigt werden. Der Übergang von einem problematischen zu einem abhängigen Konsum ist dabei fließend. (Sucht Schweiz, S. 3).

1.3 Auswirkungen von Alkoholkonsum

Jeglicher Konsum von Alkohol führt zu gewissen Auswirkungen im Körper. Wird Alkohol in problematischer oder abhängiger Form konsumiert, hat er zudem noch Einfluss auf sozialer und gesellschaftlicher Ebene. Wie diese Auswirkungen aussehen und inwiefern die Konsummenge und -form die Auswirkungen beeinflusst, soll in diesem Kapitel beleuchtet werden.

1.3.1 Körperliche

Alkohol ist psychotrop wirksam und wird oral eingenommen. Der Alkohol wird grösstenteils im Dünndarm und teilweise auch im Magen absorbiert. (Grosshans, Thoms & Mann, 2016, S. 94) Zudem werden Teile des Alkohols bereits von Mund bis Magen ohne Verdauungsvorgänge direkt absorbiert (Praxis Suchtmedizin, 2020). Grosshans et al. erklären, wie er sich von dort aus im ganzen Körperwasser verteilt, dabei besteht keine Blut-Hirnschranke für Alkohol. Der Alkohol aktiviert und hemmt im Körper verschiedene Rezeptoren und Systeme, was auf den Körper je nach Dosis angstlösende und sedierende Effekte hat (2016, S. 94). Laut Praxis Suchtmedizin wird zudem der Neurotransmitterabbau gestört, was zu Stimmungsschwankungen führt. Weiter entstehen, spätestens bei 0.8 Promille Alkohol, Aminosäuren namens Tryptophanderivate, welche eine schlaffördernde Wirkung haben. Die Promille geben hierbei den Blutalkoholspiegel in Gramm Alkohol pro Kilogramm Blut an. Auch die Durchblutung wird durch den Alkoholkonsum verändert und oberflächliche Gefässe werden erweitert. Die akuten körperlichen Wirkungen des Alkohols sind zudem biphasisch. Das heisst, dass bei einer niederen Dosis eine Anregung, gehobene Stimmung sowie Entspannung entsteht. Bei einer hohen Dosis hingegen entstehen Stressreaktionen durch einen erhöhten Adrenalinpiegel, gestörte Reaktionen, Verlangsamung, Koordinationsstörungen, erhöhte Risikobereitschaft, aggressives Verhalten, Müdigkeit, Rausch bis hin zur Bewusstlosigkeit, was letztlich zum Tod führen kann

(2020). Der Rausch kann gemäss Grosshans et al. in drei unterschiedliche Stadien eingeteilt werden:

- Leichter Rausch (0.5-1.5‰): verminderte psychomotorische Leistungsfähigkeit, Enthemmung, vermehrter Rede- und Tätigkeitsdrang
- Mittelschwerer Rausch (1.5-2.0‰): Euphorie oder aggressive Gereiztheit, verminderte Selbstkritik, explosive Reaktionsweisen
- Schwerer Rausch (2.0-3.5‰): Bewusstseinsstörung, Desorientiertheit, Angst, Erregung, Ataxie, Schwindel, Dysarthrie, Nystagmus

(2016, S. 95)

Je nach Toleranz kann es ab 4‰ zu einem alkoholischen Koma kommen und ab 5‰ liegt die Wahrscheinlichkeit an dem Alkoholkonsum zu sterben bei 50% (Grosshans et al., 2016, S. 95).

Bei einem chronischen Alkoholkonsum treten meist viele negative Folgeerscheinungen in verschiedenen Organsystemen auf. Praxis Suchtmedizin betont ausserdem, dass Alkohol die Fruchtbarkeit verringert. Zudem besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und der Wahrscheinlichkeit einer Empfängnis.

Durch Alkoholkonsum nimmt die Empfängniswahrscheinlichkeit ab und das Risiko einer Fehlgeburt zu. Es wird deswegen von ihnen empfohlen, dass Frauen, welche schwanger werden möchten, am besten auf Alkohol verzichten (2020).

Ein langzeitiger Alkoholkonsum kann zudem weitere Folgen haben, auch wenn keine Abhängigkeit vorliegt. Gemäss Grosshans et al. (2016) kann bei Männern ein sogenannter alkoholischer Eifersuchtswahn entstehen. Dabei wird oft wahnhaft davon ausgegangen, dass die Partnerin/der Partner untreu ist und es wird fremdaggressives Verhalten gezeigt. Dieses wahnhafte Störungsbild ist substanzinduziert und schwer behandelbar. Nebst dem Eifersuchtswahn kann eine sogenannte Alkoholhalluzinose entstehen. Dabei treten akustische Halluzinationen auf, welche oft einen imperativen oder kommentierenden Charakter haben. Dazu kommen psychomotorische Erregtheit und Angst. Der Beginn dieser Krankheit ist meistens schleichend und findet in höherem Alter nach langjährigem Alkoholkonsum statt. Beide dieser Krankheitsbilder treten jedoch sehr selten auf (S. 95).

Weiter kann ein langzeitiger schädlicher Alkoholkonsum zu einer Vielzahl von neuropsychologischen Defiziten, Verhaltensauffälligkeiten und zu organisch bedingten Wesens- bzw. Persönlichkeitsänderungen führen (Singer, Batra & Mann, 2011, S. 206). Gemäss Singer et al. finden sich neuropsychologische Defizite häufig in den Bereichen Aufmerksamkeit und

Konzentration, kognitive Leistungsgeschwindigkeit und Flexibilität, Problemlösestrategien und Abstraktionsvermögen. Das sogenannte Korsakow-Syndrom, welches sich durch Gedächtnisverlust auszeichnet, kann ebenfalls Folge des Alkoholkonsums sein. Weiter können sich in den Gebieten des verbalen und räumlichen Gedächtnisses, verbalen Lernens und visuell räumliche Wahrnehmung differenzielle kognitive Störungen zeigen. Ausserdem können auch Dyspraxien und Dysarthrien entstehen (S. 206).

Als weiterer körperlicher Effekt kann die Abhängigkeitsentwicklung genannt werden. Dabei spielt die konsumierte Menge an Alkohol keine Rolle und kann von Individuum zu Individuum stark variieren (Grosshans et al., 2016, S. 102). Nach Grosshans et al. sind hingegen vielmehr biologische Faktoren wie genetische Belastung, das soziale Umfeld, die Lerngeschichte und Lebensereignisse ausschlaggebend. Die Abhängigkeit besteht sowohl physisch als auch psychisch. Weiter bildet sich eine Toleranzentwicklung. Massgebend für den Erhalt der Abhängigkeit ist das Craving sprich das starke, unkontrollierbare Suchtverhalten, welches oft durch Konditionierung erklärt wird (2016, S. 102). Gemäss der 10. Version des International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) besteht bei dem Abhängigkeitssyndrom typischerweise ein starker Wunsch nach Substanzkonsum, Schwierigkeiten den Konsum zu kontrollieren, anhaltender Konsum trotz schädlichen Folgen, Vernachlässigung von anderen Interessen, Verpflichtungen und Aktivitäten sowie die genannte Toleranzentwicklung (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2020). Schätzungsweise leiden in der Schweiz 250'000 Personen an einer Alkoholabhängigkeit, was 5% der Erwachsenen Bevölkerung ausmachen würde (Praxis Suchtmedizin, 2020).

Weiter gibt es diverse komorbide Störungen, die mit einem Alkoholabhängigkeitssyndrom einhergehen. Insbesondere begünstigt Alkoholkonsum die Entstehung von Depressionen und Angsterkrankungen (Singer et al., 2011, S. 206). Weiter treten oft Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS) und Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrome (ADS), Persönlichkeitsstörungen, psychotische Symptome, amnestische Syndrome und Suizidalität auf (Praxis Suchtmedizin, 2020).

Dass Alkoholkonsum zum Tod führen kann, wurde aufgezeigt. In der Schweiz waren laut Gmel (2020) im Alter von 15 bis 74 Jahren 5.23% aller weiblichen und 10.24% aller männlichen Todesfälle durch Alkoholkonsum verursacht. Insgesamt sind 8.37% aller Todesfälle in der Schweiz in dieser Altersgruppe alkoholbedingt (S.7).

1.3.2 Soziale

Alkohol hat nicht nur gesundheitliche, sondern auch soziale Folgen. In Hinblick auf das bio-psycho-sozio-Modell ist es gerade bei einer Alkoholabhängigkeit wichtig auch die soziale Ebene

nicht zu vernachlässigen (Praxis Suchtmedizin, 2020). Nebst den negativen Auswirkungen für die konsumierende Person kann der Alkoholkonsum auch belastend für Personen aus dem Umfeld sein. Gerade nahe Familienmitglieder und insbesondere Kinder von problematisch konsumierenden Personen können stark unter dem Alkoholkonsum und den zusammenhängenden negativen Folgen leiden. (BAG, 2020)

Der problematische Konsum kann im Leben von den Konsumierenden den sozialen Bereich mehr oder weniger beeinflussen. Gemäss Praxis Suchtmedizin können insbesondere folgende negativen sozialen Folgen genannt werden:

- Nachlassen der Leistungsfähigkeit, unentschuldigtes Fernbleiben von der Arbeit, Ermahnungen, Arbeitsplatzverlust
- Arbeitsunfälle, Unfälle, Verletzungen unter Alkoholeinfluss
- Veränderungen des familiären und sozialen Umfeldes sowie der Freizeitgestaltung (z.B. Unzuverlässigkeit, Streitigkeiten mit Lebenspartnern, Trennung, Scheidung)
- Finanzielle Probleme, Schulden
- Verlust der Fahrereignung, Entzug der Fahrbewilligung
- Straftaten unter Alkoholeinfluss, Bewährungsauflagen

(2020)

Klingenmann (2001) weist darauf hin, dass Alkohol insbesondere im Bereich der Beziehungen einen starken Einfluss hat. Alkohol kann zu einem wichtigen Bestimmungsfaktor für den Freundeskreis werden. In diesem ausgewählten Kreis wird dann oft zusammen konsumiert. Dort können zwar intensive und stützende Beziehungen entstehen, diese werden aber oft durch die alkoholbedingte emotionale Instabilität gekennzeichnet.

Zudem geschehen viele unerwünschte sexuelle Annäherungen unter Alkoholeinfluss (S. 4). Auch häusliche Gewalt steht oft im Zusammenhang mit Alkohol (S. 5).

Insgesamt kann gesagt werden, dass die sozialen Folgen von problematischem Alkoholkonsum oder einer Alkoholabhängigkeit divers und komplex sind. Viele dieser negativen Folgen ziehen wiederum weitere mit sich, so dass ein Kreislauf entsteht, der schlussendlich Einfluss auf das Befinden des Konsumierenden hat. Somit wird der Schaden meist noch verstärkt.

1.3.3 Gesellschaftliche

Auch die Gesellschaft als Gesamtbild und in einem volkswirtschaftlichen Sinn ist von den Folgen von missbräuchlichem Alkoholkonsum betroffen. Die gesellschaftlichen Kosten aufgrund von Alkohol sind laut Klingenmann eindeutig teurer als die von illegaler Drogen. Dabei können die

Kosten in direkte und indirekte eingeteilt werden. Direkt entstehen Kosten in dem Gesundheits-, Rechts- und Sozialsystem und in Form von materiellen Schäden. Die indirekten Kosten werden durch Frühsterblichkeit, überhöhte Morbidität und Arbeitslosigkeit verursacht (2001, S. 11). In der Schweiz belaufen sich gemäss BAG die Kosten aufgrund von Alkoholmissbrauch auf rund 2.8 Milliarden Franken pro Jahr. Dabei ist der Grossteil dieser Zahl auf wirtschaftliche Kosten in Form von Produktivitätsverlusten zurückzuführen (2020). Wobei anzumerken ist, dass indirekte Kosten wie bspw. Kosten in Verbindung mit Schäden an einem ungeborenen Kind, nicht einbezogen wurden.

1.4 Risikofaktoren

Verschiedene Faktoren können einen erhöhten oder übermässigen Alkoholkonsum sowie die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit fördern. Nach Grosshans et al. ist ein grosser Risikofaktor eine elterliche Abhängigkeit. 30% der Kinder von Eltern, welche unter einer Alkoholabhängigkeit leiden, werden im Verlauf ihres Lebens selbst alkoholabhängig. Weitere 30% haben ein erhöhtes Risiko.

Ein weiterer Faktor ist eine erhöhte Stressbelastung, die zu einem erhöhten sowie problematischen Alkoholkonsum (vgl. Kap. 1.2) führen kann. Nebst der Stressbewältigung kann Experimentierfreudigkeit den Alkoholkonsum beeinflussen. Zudem kann Selbstunsicherheit als Risikofaktor genannt werden. Die enthemmende Wirkung kann von selbstunsicheren Menschen genutzt werden, um sich in Gruppen einzubringen. Auch stellen verschiedene Störungen wie beispielsweise Verhaltensstörungen, ADHS sowie Störungen des Sozialverhaltens einen Risikofaktor dar. Zudem können Angstzustände sowie Depressionen missbräuchlichen Alkoholkonsum begünstigen (2016, S. 101).

1.5 Trinkmotive

Das Alkohol viele Risiken mit sich bringt und viele negative Folgen haben kann, wurde ersichtlich. Auch konnte aufgezeigt werden, dass verschiedene Risikofaktoren einen Einfluss auf die Konsumerhöhung haben. Dennoch bleibt bis anhin die Frage offen, aus welchem Motiv Alkohol ansonsten noch getrunken wird. Nach Grosshans et al. kann bei Jugendlichen als häufigstes Motiv der Spassfaktor genannt werden. Gleich danach kommen die Motive schneller und besser mit anderen in Kontakt kommen zu können, Entspannungs- und Glücksgefühle zu verspüren sowie Probleme zu vergessen. Eine Tagebuchstudie konnte aufzeigen, dass für einen risikoreichen Konsum bei Jugendlichen insbesondere die internen Motive ausschlaggebend sind und der Alkohol hierbei eher als Bewältigungs- und Verstärkungsinstrument genutzt wird (2016, S. 98).

Nach Rist und Demmel (2005) kann gesagt werden, dass bei einem erhöhten Alkoholkonsum vermehrt persönliche Motive relevant sind. Es geht dabei also nicht mehr um das Trinken aufgrund von sozialen Motiven (S. 489).

Allgemein lassen sich unter anderem folgende Trinkmotive herausarbeiten:

- Essens- oder Feierabendrituale
- Soziale Normen und Werte
- Gewohnheit
- Freizeitgestaltung
- Spass
- Ferien
- Munterheit und Beschwingtheit
- Entspannung
- Bekämpfung von Nervosität
- Steigerung von Selbstvertrauen
- Vertreibung trüber Stimmungen
- Bewältigung von Ärger
- Ertragen von Belastungen
- Hinweghelfen über Niedergeschlagenheit und Depression

(Rist & Demmel, 2005, S.489)

Das Motiv des Trinkens von Alkohol zu Mahlzeiten nimmt gemäss Rist und Demmel insbesondere in höherem Alter zu (2005, S. 489).

Aus dieser Auflistung der Trinkmotive kann erkannt werden, dass die Motivation für den Alkoholkonsum in vielen verschiedenen Bereichen liegen kann. Die Motivationen können sowohl extrinsischer als auch intrinsischer Herkunft sein. Von aussen her beeinflusst die Gesellschaft und das Bild, welches die Gesellschaft in Bezug auf Alkohol hat, das Konsumverhalten. Gerade in der Jugend kann Gruppendruck hinzukommen. Dieser kann sich jedoch auch in der Arbeitswelt finden. Bei Feiern oder Geschäftsessen kann es als Norm gelten, mit Alkohol anzustossen. Auf der anderen Seite sind hingegen gerade innere psychische Vorgänge vielfach Auslöser für den Alkoholkonsum. Sei dies, um sich munter und beschwingt zu fühlen oder um mit inneren Belastungen und Emotionen klarzukommen. Es wird ersichtlich, dass Alkohol als Copingstrategie genutzt werden kann und somit für Konsumierende eine Art Problemlöseverhalten darstellen kann.

1.6 Verbreitung

Gemäss dem BFS hat der allgemeine Alkoholkonsum in der Schweiz in den letzten Jahrzehnten stetig abgenommen. Im Jahr 1992 konsumierten 20.4% der Bevölkerung täglich Alkohol, 10.5% drei bis sechs Mal pro Woche und 27.2% ein bis zwei Mal in der Woche. 16% der Bevölkerung gaben in diesem Jahr an, abstinent zu sein. In der letzten Befragung im Jahr 2017 sind es nur noch 10.9%, welche angeben, täglich Alkohol zu konsumieren. Diese Zahl hat sich seither also fast halbiert. 14.7% tranken im Jahr 2017 drei bis sechs Mal in der Woche und 33.1% ein bis zwei Mal. Auch die Abstinenzzahl hat sich etwas erhöht mit 18.1% der Bevölkerung (2017b).

Ebenfalls hat das Risiko eines chronischen Alkoholkonsums gemäss BFS abgenommen. 1997 hatten 6.2% der Schweizer Bevölkerung ein mittleres oder erhöhtes Risiko. Im Jahr 2017 waren es noch 4.7%. Bei einem mittleren oder erhöhtem Risiko wird bei Männern von mindestens vier Standardgläsern pro Tag ausgegangen und bei Frauen von mindestens zwei (2017a).

Hingegen hat das Rauschtrinken gemäss BFS in der Schweiz zugenommen. Die ersten Zahlen dazu wurden im Jahr 2007 festgehalten. Dort gaben 11% der Bevölkerung an, sich einmal oder mehr pro Monat in den Rausch zu trinken und 19.2% berichteten von weniger als einem Mal pro Monat. Im Jahr 2017 gaben 15.9% der Bevölkerung an, mindestens einmal im Monat und 31.3% weniger als einmal im Monat ein Rauschtrinken erlebt zu haben (2017c).

Laut dem BFS (2019) tranken im Jahr 2017 insgesamt 82% der ganzen Bevölkerung Alkohol, die Männer jedoch mit 87% mehr als die Frauen mit 77%. Zusammenfassend konnte das BFS ausserdem feststellen, dass mehr als die Hälfte aller Menschen (58%) in der Schweiz mindestens einmal in der Woche Alkohol konsumiert (S. 1). Dabei lässt sich erkennen, dass je älter die Personen werden, desto öfter wird wöchentlich oder sogar täglich getrunken (S. 2).

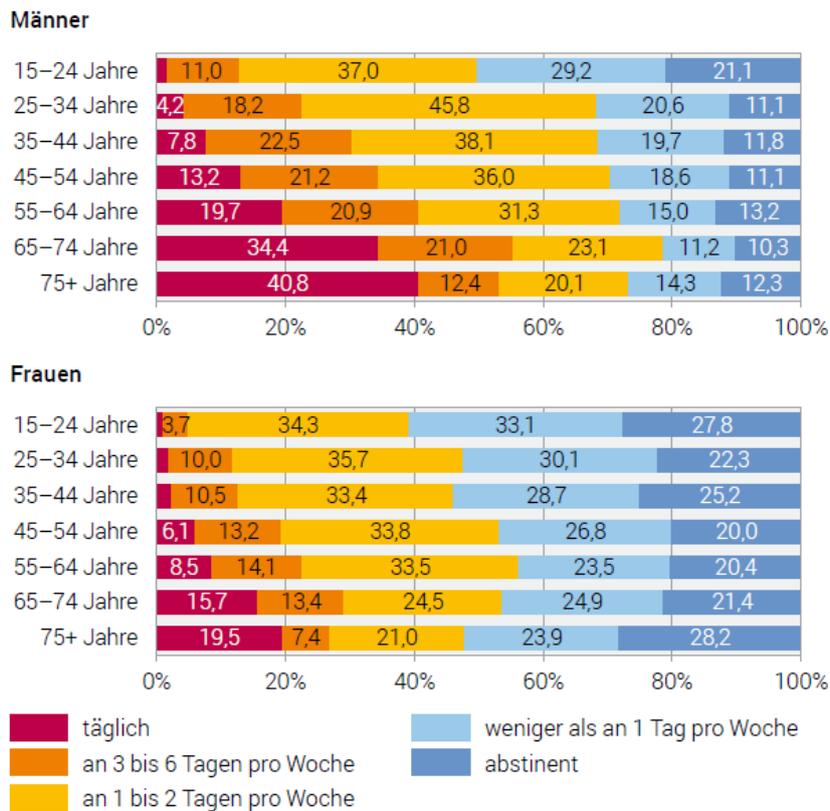


Abbildung 2. Alkoholkonsum nach Alter in der Schweiz im Jahr 2017.
 Nach BFS, 2019, S. 2.

In der Abbildung 2, in welcher die Trinkregelmässigkeit der Männer und Frauen im Jahr 2017 je Altersklasse aufgezeigt werden, wird dies deutlich ersichtlich. Zudem lässt sich anhand der Grafik erkennen, dass der tägliche Alkoholkonsum bei Frauen im gebärfähigen Alter im Vergleich zu älteren Frauen seltener vorkommt. Ebenfalls ersichtlich wird, dass hingegen ca. jede dritte Frau in diesem Alter wöchentlich Alkohol konsumiert.

Erstaunlich ist daher nicht, dass auch fast jede fünfte (17.7%) schwangere oder stillende Frau angibt, mindestens einmal pro Woche Alkohol zu konsumieren (BAG, 2018, S. 1). Zu dem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft wurden in den Jahren 2011 bis 2016 Befragungen vom Institut für Begleit- und Sozialforschung sowie Sucht Schweiz im Rahmen des Suchtmonitoring Schweiz durchgeführt und anschliessend von Gmel und Notari für das BAG ausgewertet (Gmel & Notari, 2018, S. 3). Die befragten Frauen befanden sich in einem Alter von 18 bis 44 Jahren und haben alle bereits Alkohol in ihrem Leben konsumiert (S. 2-3). Dementsprechend wurden lebenszeitabstinente Frauen nicht berücksichtigt (S. 3). Weiter muss bei den herausgearbeiteten Zahlen berücksichtigt werden, dass die schwangeren oder stillenden Frauen die Angaben zu ihrem Konsum selbständig angegeben haben, weswegen die Zahlen

aufgrund der sozialen Erwünschtheit verzerrt sein können und vermutlich eher ein geringerer Konsum als tatsächlich vorhanden, angegeben wurde (BAG, 2018, S. 2).

Gmel & Notari legen dar, dass von allen befragten schwangeren oder stillenden Frauen nur 32.7% angaben, gar keinen Alkohol während der Schwangerschaft und Stillzeit konsumiert zu haben (2018, S. 4). Feststellen lässt sich jedoch auch, dass die schwangeren und stillenden Frauen jedoch wesentlich häufiger keinen Alkohol trinken als nicht schwangere oder nicht stillende (S. 5). Dies lässt sich auf der Abbildung 3 deutlich erkennen. Weiter wird ersichtlich, dass immer noch 16.5% der schwangeren und stillenden Frauen wöchentlich und 1.2% täglich Alkohol konsumieren. Auf der Abbildung 4 wird zudem die durchschnittliche tägliche Trinkmenge, angegeben in Gramm Reinalkohol pro Tag, bei den befragten Frauen dargestellt. Es lässt sich erkennen, dass 4.3% durchschnittlich ein Standartglas Alkohol (ca. 10 Gramm) oder mehr pro Tag einnehmen (S. 5).

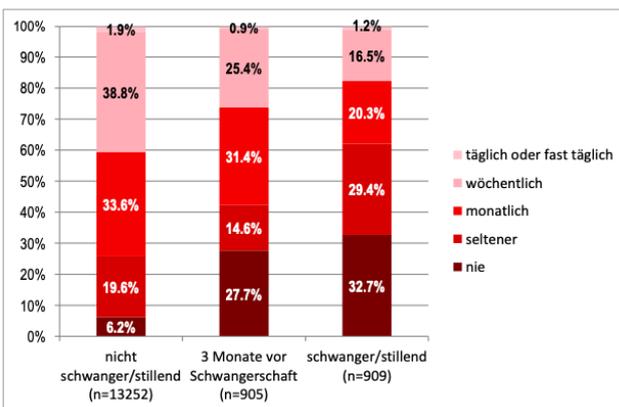


Abbildung 3. Häufigkeit des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft oder Stillzeit. Nach Gmel & Notari, 2018, S. 4.

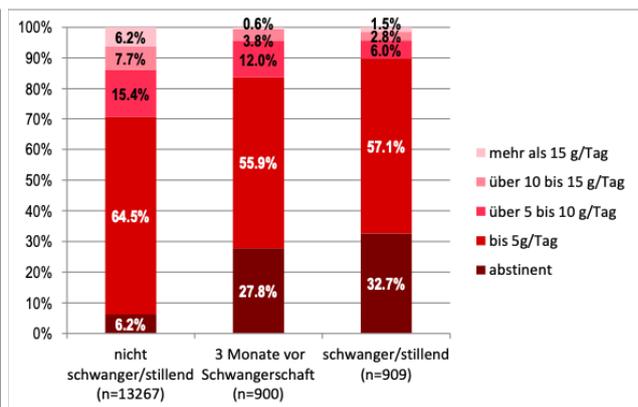


Abbildung 4. Durchschnittliche tägliche Trinkmenge während der Schwangerschaft und Stillzeit. Nach Gmel & Notari, 2018, S. 5.

Betreffend der Häufigkeit des Rauschtrinkens kam die Befragung auf das Ergebnis, dass dies bei 2.2% der Schwangeren oder Stillenden wöchentlich, bei 3.7% monatlich, bei 16.4% seltener und bei 77.7% gar nicht vorkommt (Gmel & Notari, 2018, S. 6). Auch wenn die Mehrheit der Frauen angibt, komplett auf das Rauschtrinken zu verzichten, wird durch dieses Ergebnis sichtbar, dass es dennoch bei einem ziemlich grossen Anteil der Frauen einmal oder mehr während der Schwangerschaft oder Stillzeit vorkommt.

Weiter haben Glem und Notari (2018) festgestellt, dass gerade junge Frauen im Alter von 18 bis 28 Jahren insbesondere in der Schwangerschafts- und Stillzeit abstinent leben (56.5%). Bei der mittleren Altersgruppe von 29 bis 34 Jahren sind mit 23.8% deutlich weniger in dieser Zeit abstinent und auch die dritte Altersgruppe von 35 bis 44 Jahren sind mit 27.5% tiefer in der Anzahl. Glem und Notari äussern, dass dies darauf zurückzuführen sein könnte, dass es sich bei

den Schwangerschaften der jüngsten Gruppe oftmals um die erste Schwangerschaft handeln könnte und somit die Vorsicht betreffend dem Alkoholkonsum dementsprechend noch höher ist als bei der mittleren Gruppe, wo es sich vermehrt bereits um die 2. Schwangerschaft handeln könnte.

Zudem zeigen die Ergebnisse, dass auch der hochrisikoreiche Alkoholkonsum während der Schwangerschaft oder Stillzeit insbesondere in der mittleren Altersgruppe mit 9.1% höher ist als in der Jüngeren mit 6.7% oder der Älteren mit 6.3%. Hochrisikoreicher Alkoholkonsum in diesem Zusammenhang von Glem und Notari so definiert, dass die Frauen mindestens einmal im Monat Rauschtrinken oder insgesamt einen Durchschnittskonsum von 20 Gramm Reinalkohol pro Tag haben, wobei es keine Rolle spielt, ob dies mit oder ohne Rauschtrinken geschieht (S. 8).

Insgesamt lässt sich aus diesen Zahlen und Statistiken erkennen, dass der Alkoholkonsum in der Schweiz weit verbreitet ist und auch während der Schwangerschaft und Stillzeit ein grosses Thema darstellt, sei dies bezüglich Gelegenheitskonsum, regelmässigem Konsum oder hochrisikoreichem Konsum. Erklären lässt sich dies dadurch, dass die Schwangerschaft und Stillzeit eine erhöhte Stressbelastung mit sich bringt, was als Risikofaktor für erhöhten sowie problematischen Alkoholkonsum gilt (vgl. Kap. 1.4). Der Alkohol kann also auch während der Schwangerschaft und Stillzeit als Copingstrategie genutzt werden (vgl. Kap. 1.5) Gleichzeitig lässt sich auch erahnen, dass nebst dem Stress auch weitere Faktoren wie fehlende Kenntnisse über die schädliche Wirkung einen grossen Einfluss nehmen. Zudem spielen sicherlich die sonstigen Trinkmotive auch in der Schwangerschaft eine wesentliche Rolle (vgl. Kap. 1.5). Welche Auswirkungen dies für ein Kind im Mutterleib haben kann, soll in den folgenden Kapiteln aufgegriffen werden. Um diese besser nachvollziehen zu können, wird jedoch zuerst noch darauf eingegangen, wie eine Schwangerschaft und die pränatale Entwicklung ohne schädliche Einflüsse abläuft.

2 Schwangerschaft und pränatale Entwicklung

2.1 Entwicklungsphasen

Von der befruchteten Eizelle bis zur Geburt durchläuft ein Kind verschiedenste Entwicklungsschritte, diese können in drei Entwicklungsphasen eingeteilt werden. Nachgehend werden diese einzeln vorgestellt sowie darin stattfindende bedeutende Entwicklungen benennt.

2.1.1 Phase der Zygote

Die Zygote Phase beginnt mit der Befruchtung der Eizelle. Gelingt es einem Spermium mit dem Kopf in die Eizelle einzudringen, wird diese durch eine chemische Reaktion versiegelt und die beiden Zellkerne beginnen, ineinander zu verschmelzen (Siegler, Eisenberg, DeLoache & Saffran, 2016, S. 41). Die befruchtete Eizelle, die Zygote, wandert anschliessend Richtung Gebärmutter, um sich dort zu implantieren, wobei sie sich wiederholt teilt (Brown, 2019).

Siegler et al. beschreiben, wie sich die Zygote am vierten Tag nach der Befruchtung in eine Hohlkugel verwandelt, die von einer Blastozystenwand umgeben ist und in dessen Inneren sich eine Zellmasse befindet, welche sich schlussendlich zum Embryo entwickeln wird. Daraufhin nistet sich die Zygote in die Gebärmutterschleimhaut ein, wodurch die Abhängigkeit zur Mutter bezüglich der Ernährung beginnt (S. 44).

Nach ungefähr zehn Tagen haben sich die Zellen weiter differenziert. Dabei wird die Zellmasse zum Embryo und die restlichen Zellen sind Vorläufer für die Fruchtblase und die Plazenta (Brown, 2019).

2.1.2 Embryonale Phase

Diese Phase beginnt damit, dass sich beim Embryo drei verschiedene Keimblätter bilden, welche zukünftig alle einen anderen Entwicklungsverlauf einnehmen werden und dadurch unterschiedliche Körperteile bilden (Brown, 2019). Siegler et al. erklären, wie sich paar Tage danach eine U-förmige Furche entwickelt, woraus das Neuralrohr entsteht. Das Ende des Neuralrohrs wird zum Hirn anschwellen und der Rest bildet die Vorläuferstruktur des restlichen zentralen Nervensystems (ZNS).

Zeitgleich zur Entwicklung des Embryos, entwickelt sich auch das Unterstützungssystem weiter. Dazu zählen sowohl die Fruchtblase als auch die Plazenta (2016, S. 44).

Gegen Ende der vierten Schwangerschaftswoche beginnen sich die Zellen weiter zu spezialisieren (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2020). Am 16. Tag bildet sich laut Brown ein Kanal, aus dem das Herz und grosse Gefässe entstehen und bereits am 20. Tag

beginnt das Herz Plasma zu pumpen. In den darauffolgenden Tagen bilden sich im ganzen Embryo viele verschiedene Blutgefäße, wozu auch die Nabelarterie und -vene gehören, welche die Plazenta und die embryonalen Blutgefäße miteinander verbinden (2019).

In der fünften bis sechsten Schwangerschaftswoche schreitet die Hirnentwicklung stark fort (Siegler et al., 2016, S. 45). Insbesondere autonome Reflexe wie auch der limbische Teil des Gehirns, der mit den emotional-affektiven Zuständen zusammenhängt, entfaltet sich (Roth & Strüber, 2014, S. 5). Durch diese Entwicklungen werden auch erste spontane Bewegungen möglich, wobei die fetale Aktivität des Embryos zur Weiterentwicklung des Körpers sowie zur Ausbildung von Organen und Muskeln beiträgt (Siegler et al., 2016, S. 45-46). Neben dem Gehirn sind jedoch auch sonstige Fortschritte erkennbar. So lassen sich beispielsweise Anfänge des Auges und der Nase erkennen (S. 45).

Im Laufe der sechsten Schwangerschaftswoche beginnen sich erste Organe zu formen, so dass der Kopf, Rumpf und Ansätze der Gliedmassen erkennbar werden (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2020). Bis zum Ende der achten Schwangerschaftswoche haben sich gemäss Brown die meisten Organe bereits gebildet, während sich hingegen das ZNS noch durch die ganze Schwangerschaft stark weiterentwickeln wird. Solange die Organe am Entstehen sind, ist die Anfälligkeit für Fehlbildungen durch teratogene Einflüsse besonders gross (2019).

Zu diesem Zeitpunkt beginnen auch die Nieren und der Magen bereits zu arbeiten und auch die Sinnesorgane entwickeln sich (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2020). Nachdem nun die meisten Organe und das Gewebe entstanden sind, endet die embryonale Phase nach der achten Woche und die fetale Phase beginnt (Roth & Strüber, 2014, S. 4).

2.1.3 Fetale Phase

In der fetalen Phase wird der Embryo nun als Fötus bezeichnet (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2020). Zu Beginn dieses Stadiums beginnt die Geschlechtsdifferenzierung. Zudem sind nun alle inneren Organe vorhanden, welche sich aber noch weiterentwickeln werden. (Siegler et al., 2016, S. 46) In der elften und zwölften Schwangerschaftswoche entwickelt sich das Nervensystem von Tag zu Tag stark, die bereits vorhandenen Organsysteme reifen zunehmend und die Plazenta übernimmt die Sauerstoff- und Nährstoffversorgung (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2020). Dies gelingt laut Siegler et al. dadurch, dass die beiden Blutkreisläufe in der Plazenta nur mit einer semipermeablen Membran voneinander getrennt sind. So vermischt sich zwar das Blut nicht, hingegen Sauerstoff, Nährstoffe, Mineralien und manche Antikörper können die Membran passieren, was für den Fötus überlebenswichtig ist. Umgekehrt werden Abfallstoffe vom Fötus in den Kreislauf der Mutter transportiert. Die

semipermeable Membran gilt zwar als Abwehrschranke für Giftstoffe und infektiöse Krankheiten, trotzdem gelangen auch schädliche Stoffe durch sie hindurch, was schlussendlich zu Schäden in der Entwicklung des Fötus führen kann (2016, S. 45).

Von der zwölften bis zur vierzehnten Woche findet die Myelisierung des Rückenmarks statt. Dies ermöglicht, dass Reize schnell und genau weitergeleitet werden können (Roth & Strüber, 2014, S. 5). Zu diesem Zeitpunkt haben sich gemäss dem öffentlichen Gesundheitsportal die Augenlieder gebildet, der weiche Knorpel des Fötus beginnt zu verknöchern und auf der nahezu ausgebildeten Haut entsteht die Lanugobehaarung.

In der 15. und 16. Schwangerschaftswoche ist der Fötus bereits in der Lage, Fruchtwasser zu schlucken und auch das Harnsystem funktioniert, so dass der Fötus anschliessend die Flüssigkeit auch wieder ausscheiden kann (2020). Siegler et al. erklären, wie der Fötus ausserdem zur Unterstützung der Lungenentwicklung Atembewegungen übt. Zu diesem Zeitpunkt sind für die Mutter zudem auch erste Tritte wahrnehmbar.

Die Sinne bilden sich während der 17. bis zur 20. Woche weiter aus, so dass der Fötus hell und dunkel unterscheiden und akustische Reize wahrnehmen kann (S. 46).

In den darauffolgenden Wochen wächst das Gehirn besonders stark und immer mehr Reflexe funktionieren. Ausserdem beginnt der Darm zu arbeiten, scheidet bei einem physiologischen Schwangerschaftsverlauf aber noch kein Stuhl aus. (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2020).

Im letzten Drittel bilden sich zahlreiche Synapsen, welche noch bis in die ersten Lebensjahre weitergebildet werden. Einige Synapsen werden anschliessend stabilisiert und andere eliminiert, was sowohl mit genetischen Prädispositionen als auch mit frühen Erfahrungen zusammenhängt und schlussendlich zu Unterschieden in der Struktur und Funktion des Gehirns führt. (Roth & Strüber, 2014, S. 5)

Der Fötus hat gemäss dem Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs ungefähr ab der 25. Woche einen Schlaf-Wach-Rhythmus gebildet und die Organe sind zum grössten Teil entwickelt. Regelmässiger Schluckauf unterstützt in dieser Phase die Entwicklung der Atemmuskulatur (2020). Das Gehirn und die Lunge haben ab der 28. Woche ohne medizinischen Eingriff eine Überlebenschance, insofern es zu einer Frühgeburt käme. So sind die Gehirnwellen des Fötus zu diesem Zeitpunkt ähnlich wie die eines Neugeborenen. (Siegler et al., 2016, S. 46)

Ab der 29. Woche steht insbesondere die Gewichtszunahme im Vordergrund, so dass sich das Gewicht des Fötus verdreifacht (Siegler et al., 2016, S. 46). Ansonsten entwickeln sich einzig das Gehirn und die Lungen noch weiter, bis auch die Atmung ab der 35. Schwangerschaftswoche

ohne Unterstützung möglich ist (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2020). Somit ist der Fötus bereit für die Geburt, worin auch das dritte Stadium der pränatalen Entwicklung endet.

2.2 Sensible Phasen

Im vorausgehenden Kapitel wurde ersichtlich, wie während des ganzen pränatalen Prozesses verschiedenste Entwicklungsschritte zu einem spezifischen Zeitpunkt durchlaufen werden. So hat jedes Organ einen eigenen Zeitplan, wann und wie genau es sich entwickelt.

Vom Zeitpunkt der Einnistung der Zygote in die Gebärmutterschleimhaut beginnt die Abhängigkeit gegenüber der Mutter (vgl. Kap. 2.1.1) und somit auch die Möglichkeit, dass die Entwicklung durch verschiedene Faktoren gestört werden kann.

So können nach Siegler et al. verschiedenste Substanzen einen negativen Einfluss auf die Entwicklung des ungeborenen Kindes haben. Umweltsubstanzen, welche eine stark schädigende Wirkung haben, werden als Teratogene bezeichnet. Die Teratogene können dabei zu harmlosen Problemen bis hin zum Tod des ungeborenen Kindes führen (2016, S. 51).

Nahezu alle Organsysteme befinden sich während der Schwangerschaft in einem vulnerablen Entwicklungszustand (Nüsken et al., 2017, S. 388). Siegler et al. zeigt jedoch auf, dass je nach Zeitpunkt der Einwirkung unterschiedliche Schäden auftreten. Viele Teratogene verursachen nur dann Schäden, wenn sie in einer sensiblen Phase der pränatalen Entwicklung auftreten (2016, S. 51). Dies bedeutet, während einer Zeit, in der ein Organ besonders vulnerabel ist. Diese sensiblen Phasen unterscheidet sich zwischen den unterschiedlichen Organen und Strukturen, was nachgehend in Abbildung 5 illustriert ist. Die blauen Balken zeigen die hochsensiblen Phasen, während die grünen Balken die weniger sensiblen Phasen gegenüber Teratogenen darlegen, wobei auch während dieser Zeitspanne Schäden verursacht werden können.

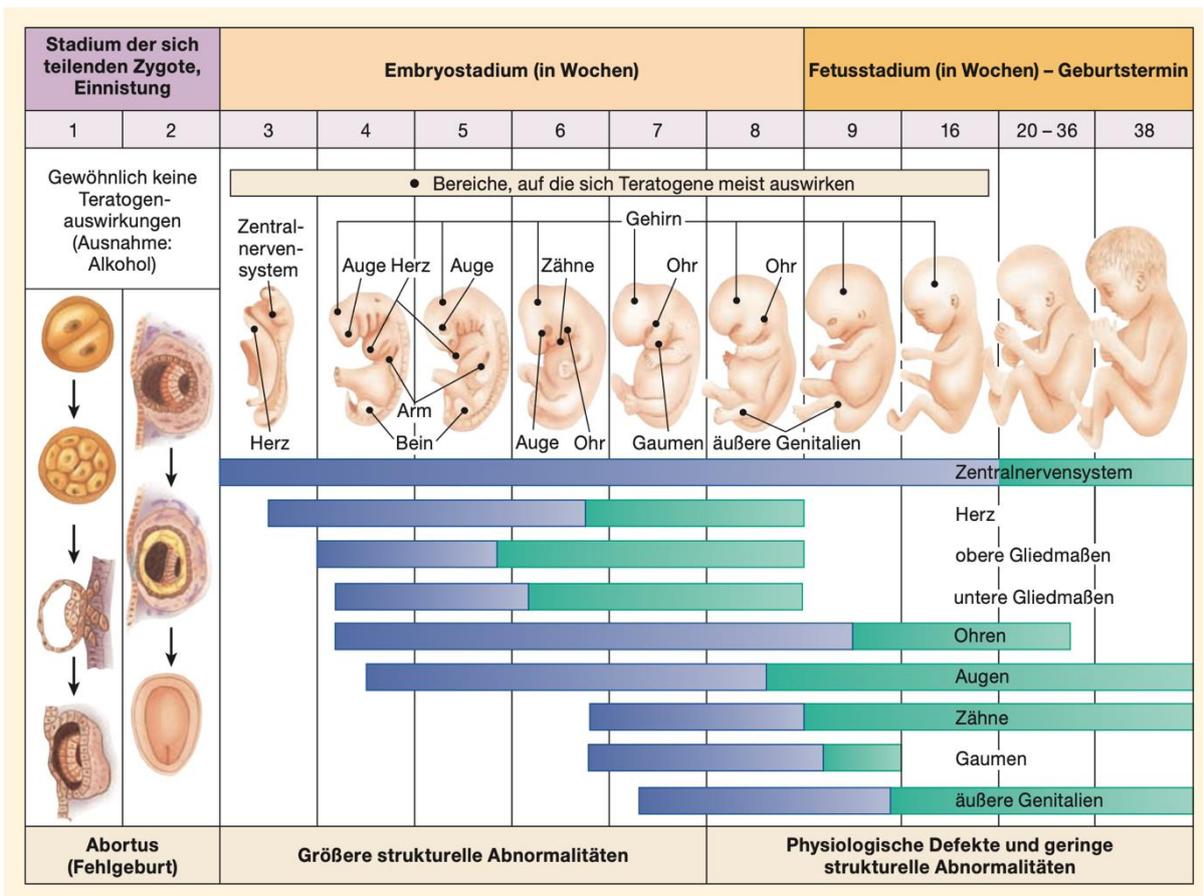


Abbildung 5. Sensible Phasen der pränatalen Entwicklung. Nach Moore & Persuad, 2007, S. 313.

Auf der Abbildung 5 wird ersichtlich, dass während den ersten zwei Schwangerschaftswochen die Teratogene keine schädigenden Auswirkungen haben. Alkohol ist hierbei jedoch eine Ausnahme. Wird dieser in den ersten zwei Wochen in schädigendem Ausmass konsumiert, kann es zu einem Abort kommen. Ist dies nicht der Fall, entstehen keine Schäden, welche die weitere Entwicklung beeinflussen. Zudem wird sichtbar, dass das Embryostadium bzw. die embryonale Phase die kritischste Phase mit den meisten hochsensiblen Phasen ist. Dies ist dadurch zu begründen, dass die meisten Organe während dieser Zeit entstehen (vgl. Kap. 2.1.2). Im letzten Stadium haben die Teratogene insbesondere Einfluss auf das ZNS und somit auf das Gehirn.

Gemäss Siegler et al. (2016) gelten nebst dem Zeitpunkt der Einwirkung, die Dauer und die Dosis des teratogenen Stoffes als entscheidende Faktoren für das Ausmass an der schädigenden Wirkung (S. 52).

Für eine optimale Entwicklung des Kindes während der Schwangerschaft sollten folglich diese Teratogene vermieden werden. Siegler et al. (2016) beschreiben jedoch, dass sich diese oftmals nicht unmittelbar identifizieren lassen, da sie oft kombiniert auftreten. Dadurch ist die Vermeidung dieser Umwelteinflüsse häufig sehr schwierig. «Zum Beispiel ist es bei Familien in

städtischen Armutsvierteln schwierig, die Einflüsse von schlechter Ernährung der werdenden Mutter, Schwermetalle in der Luft, unzureichende pränatale Vorsorge und psychischem Stress infolge von Arbeitslosigkeit, Partnerlosigkeit und kriminellen Wohnumfeld voneinander zu trennen» (2016, S. 52).

Dieses Beispiel impliziert, dass eine Vielzahl an Teratogene wie auch sonstige Faktoren Einfluss auf die pränatale Entwicklung haben können. Im folgenden Kapitel werden einzelne potenzielle teratogene Substanzen sowie sonstige Risikofaktoren der pränatalen Entwicklung erläutert.

2.3 Risikofaktoren

2.3.1 Teratogene

Zu den bekanntesten schädlichen Einflussfaktoren gehören Alkohol sowie auch Tabakrauch (Nüsken et al., 2017, S. 379). Durch das Rauchen bekommt die Mutter und dadurch auch das ungeborene Kind weniger Sauerstoff, zudem gelangen schädliche Stoffe in den Kreislauf des Fötus (Siegler et al., 2016, S. 53; vgl. Kap. 2.1.3). Dazu zählt auch Nikotin, das als Hauptfolge zu verlangsamtem Wachstum und geringem Geburtsgewicht führt (S. 54). Neben dem Nikotin werden gemäss Nüsken et al. (2017) beim Rauchen noch diverse andere schädliche Stoffe aufgenommen, wodurch das Risiko für eine Totgeburt oder eine Frühgeburt und somit auch für alle pulmonalen, neurologischen und renalen Folgen erhöht wird (S. 381). Sie betonen ausserdem, dass insbesondere E-Zigaretten und Wasserpfeifen von schwangeren Frauen bezüglich deren schädigenden Wirkung unterschätzt werden (S. 382).

Auch Alkohol gilt als weit verbreitetes Teratogen. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ist nach Siegler et al. (2016) der häufigste Grund für Fehlbildungen und geistige Beeinträchtigungen. Zudem gilt Alkohol als eine häufige Ursache für Schädigungen des Gehirns des Fötus (S. 55).

Weiter können Medikamente schädliche Wirkungen auf das sich entwickelnde Kind haben. So können bereits nicht rezeptpflichtige Medikamente schädigenden Einfluss haben (Siegler et al., 2016, S. 53), weshalb jegliche medikamentöse Therapie während der Schwangerschaft mit Vorsicht abzuwägen ist (Nüsken et al., 2017, S. 382).

Ein weiterer relevanter Risikofaktor für die pränatale Entwicklung ist der Konsum von illegalen Drogen. Insbesondere Cannabis wird laut Nüsken et al. (2017) häufig während einer Schwangerschaft konsumiert, was zu verzögerten und eingeschränkten kognitiven Leistungen beim werdenden Kind führen kann. Andere illegale Drogen erhöhen insbesondere das Risiko für neurokognitive Entwicklungsstörungen (S. 384).

Neben dem Konsum von Teratogenen gibt es aber auch teratogene Substanzen, denen eine schwangere Frau in ihrem Umfeld ausgesetzt sein kann. So führt beispielsweise Luftverschmutzung durch Feinstaub, Stickstoffoxide und Ozon zu vermehrten Frühgeburten und birgt das Risiko für eine Wachstumsrestriktion (Nüsken et al., 2017, S. 385). Gewisse Arbeitsplätze können hierzu ein besonderes Risiko enthalten und sollten daher vermieden werden (Siegler et al. 2016, S. 56). Ebenfalls eine Gefahr an manchen Arbeitsplätzen, aber auch an sonstigen Orten, sind Chemikalien in der Umwelt. Nüsken et al. (2017) betonen, dass Teratogene in Form von Chemikalien sich insbesondere negativ auf die Entwicklung des Nervensystems auswirken und das Risiko für chronische Lungenerkrankungen erhöhen (S. 385).

Weiter hat Strahlung einen negativen Einfluss, weshalb für Schwangere oft verschärfte Regeln im Hinblick auf ionisierende Strahlungen gelten (S. 385). Auch Handystrahlungen können schädlich sein. Es muss jedoch eine lange Exposition gegenüber den Strahlungen vorliegen, damit diese tatsächlich Auswirkungen auf den Fötus haben (S. 386).

2.3.2 Mütterseitige Faktoren

Neben den Teratogenen bestehen auch mütterseitige Faktoren, die das Risiko für gewisse pränatale Entwicklungsstörungen erhöhen.

Durch verschiedene Forschungsergebnisse konnte belegt werden, dass die Emotionen einer Frau sowie auch Stress den Fötus und dessen Entwicklung beeinflussen (vgl. DiPietro, 2012). Nüske et al. (2017) zeigen auf, dass sozioemotionaler Stress das Risiko für eine Frühgeburt erhöht und dass dieser zudem Einfluss auf die Plazentagröße hat (S. 386). O'Conner et al. (2002) belegten, je mehr Stress Frauen während der Schwangerschaft haben, desto mehr Verhaltens- und emotionale Probleme tauchen später beim Kind auf (zitiert nach Siegler et al., 2016, S. 58). Auch Oberlander (2012) weist einen Zusammenhang zwischen der pränatalen Hirnentwicklung und dem emotionalen Zustand der Mutter nach (zitiert nach Johnson & Blum, 2012, S. 1).

Weiter gilt eine Depression während der Schwangerschaft als einer der Hauptfaktoren für verspätete Entwicklungen innerhalb des ersten Lebensjahrs (McDonald, Kehler, Bayrampour, Fraser-Lee & Tough, 2016, S. 27).

Neben dem emotionalen und psychischen Befinden der Mutter hat auch das Alter einen Einfluss. Sadler (1970) legt dar, dass bei Frauen über 35 Jahren das Risiko für Fehlbildungen erhöht ist (S. 437). Insbesondere Trisomie 21 tritt vermehrt bei Kindern von Frauen über 35 Jahren auf (S. 138). Aber nicht nur höheres Alter bringt seine zusätzlichen Gefahren, sondern auch unterdurchschnittliches Alter.

Phipps, Blume und DeMonner (2002) belegten, dass Kinder von Müttern im Alter von 15-22 Jahren ein dreimal höheres Risiko für einen postnatalen Kindstod während dem ersten Lebensjahr, Untergewicht oder eine Frühgeburt haben als von Müttern im Alter zwischen 23-29 Jahren (S. 481).

Als weiterer Risikofaktor kann eine Mangelernährung und die damit verbundene unzureichende Versorgung des ungeborenen Kindes mit Nährstoffen genannt werden. Mangelercheinung beim Fötus können kleine Gehirne mit weniger Gehirnzellen zur Folge haben (Siegler et al., 2016, S. 57). Zudem kann der Mangel an Nährstoffen dazu führen, dass sich das Kind nach der Geburt nicht auf eine veränderte Ernährung einstellen kann, was zu Übergewicht und Fettleibigkeit bei dem Baby führen kann (S. 52).

2.4 Protektive Faktoren

Dargelegt wurden diverse Faktoren, die das Risiko für ungünstige pränatale Entwicklungen fördern. Neben diesen Risikofaktoren bestehen aber auch protektive Faktoren, welche die Entwicklung eines Kindes im Mutterleib schützen und begünstigen.

Grundsätzlich gilt als erster wichtiger protektiver Faktor das Vermeiden der bereits erwähnten teratogenen Substanzen, um sich vor den schädlichen Auswirkungen zu schützen. Daneben gibt es jedoch noch einige weitere Aspekte.

Ein gesunder Lebensstil in Form von ausgewogener Ernährung, genügend Bewegung und einer adäquaten Gewichtszunahme gilt gemäss der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung als wichtiger protektiver Faktor (2016, S. 7).

Im vorausgehenden Kapitel wurde psychoemotionaler Stress als Risikofaktor identifiziert. Forschungsergebnisse von der Universität Zürich haben ergeben, dass ein Enzym in der Plazenta das Kind vor zu vielen Stresshormonen schützt (La Marca-Ghaemmaghami & Ehlert, 2018a). Somit ist dieses Enzym ein weiterer Schutzfaktor für die pränatale Entwicklung. Gemäss La Marca-Ghaemmaghami und Ehlert wirkt auf Ebene der Mutter auch ein bewusster Umgang mit Stress und das Vertrauen in eigene Kompetenzen den Folgen von Stress entgegen. Zusätzlich nennen sie diesbezüglich Unterstützung und Beratung vom Umfeld als stressmindernd (2018b).

Konzentriert sich eine Mutter bewusst auf das Positive und weniger auf negative Dinge, ist dies ein weiterer Faktor, der die Entwicklung des Kindes positiv beeinflusst (Meier, La Marca-Ghaemmaghami & Ehlert, 2018). So beschreiben auch La Marca-Ghaemmaghami und Ehlert alltägliche positive Erlebnisse als Schutzfaktor, welche durch die Person selbst oder deren

Umfeld ermöglicht werden können. Als Beispiele nennen sie kleine Geschenke, Komplimente oder das Hören von Musik (2018b).

Koletzko nennt ausserdem als protektiven Faktor die Entscheidungssicherheit der Mutter. Ist sich eine Frau sicher in der Entscheidung, ein Kind zu bekommen, werden weniger vermeidende Bewältigungsstrategien angewandt und die Wahrscheinlichkeit für depressive Verstimmungen, erhöhten Stress und reduziertes Wohlbefinden ist geringer (2018). Dies hat somit indirekt eine protektive Wirkung.

Sowohl die Risiko- als auch die Schutzfaktoren können in dieser Auflistung nicht als vollständig betrachtet werden. Trotzdem lässt sich erkennen, wie viele verschiedenen Faktoren sich positiv oder negativ auf die pränatale Entwicklung auswirken können.

Insgesamt wurde ersichtlich, dass bereits vom Zeitpunkt der Zeugung für das ungeborene Kind ein wichtiger Prozess beginnt, welcher Einfluss auf das ganze restliche Leben der Person nehmen wird. Bereits ab dem vierten Tag nach der Befruchtung wird das Kind abhängig von der Mutter, so dass das mütterliche Verhalten die pränatale Entwicklung positiv oder negativ beeinflussen kann. Verschiedenste Teratogene und mütterliche Faktoren können zu Schäden beim ungeborenen Kind führen. Alkohol ist eines dieser Teratogene und gilt als häufiger Grund für Fehlbildungen, kognitive Beeinträchtigungen und Schädigungen am Gehirn des Fötus.

3 Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD)

Die Schädigungen, die durch die pränatale Alkoholexposition entstehen, sollen in diesem Kapitel aufgenommen werden. Dazu wird zum einen FASD definiert sowie veranschaulicht, welche einzelnen Störungen dazu zählen. Um den aktuellen Forschungsstand darzulegen, soll auf den historischen Kontext eingegangen werden. Weiter soll die Epidemiologie einen Überblick über die Verbreitung von FASD vermitteln. In den darauffolgenden Kapiteln wird erklärt, wie FASD entsteht sowie welche Auswirkungen, Folgen und komorbide Störungen FASD mit sich bringt. Die Schutz- und Risikofaktoren sollen aufzeigen, inwiefern die Entstehung von sekundären Störungen und die Folgen für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit FASD beeinflusst werden können. Zum Schluss des Kapitels wird ausserdem auf die Diagnostik eingegangen.

3.1 Definitionen FASD

Wie im vorausgehenden Kapitel dargelegt, gehört Alkohol zu den Teratogenen, die schädigende Wirkungen auf ein sich entwickelndes Kind im Mutterleib haben können, wobei die Schädigungen vom Zeitpunkt, der Dauer und dem Ausmass des Alkoholkonsums abhängen. Gemäss Landgraf und Heinen (2013) werden «Schädigungen, die durch mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft hervorgerufen werden, [...] unter dem Oberbegriff 'Fetale Alkoholspektrumstörung' zusammengefasst (S. 43)». Dieser Definition kann gemäss DocCheck Flexikon noch hinzugefügt werden, dass als Folge des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft irreversible physische und psychische Geburtsdefekte auftreten («Fetale Alkoholspektrumstörung», 2018). Somit handelt es sich um Auswirkungen, die das Kind und später auch die erwachsene Person stets beeinflussen wird. So beschreibt Spohr, dass auch Erwachsene noch unter den Einschränkungen leiden, obwohl viele der klinischen Symptome zurückgehen (2016, S. 167).

Ausserdem wird ersichtlich, dass der pränatale Alkoholkonsum für das betroffene Kind nicht nur physische Auswirkungen hat, sondern auch zu psychischen Schädigungen führt, wie dies auch grundsätzlich bei Alkoholkonsum der Fall ist (vgl. Kap. 1.3.1).

Spohr (2016) bestätigt dies in folgender Definition ebenfalls: «Die Fetalen Alkoholspektrumstörungen sind ein beschreibender Begriff, der eine Reihe verschiedener Symptomausprägungen zusammenfasst, die dadurch charakterisiert sind, dass physische und mentale Störungen sowie Verhaltens- und Lernauffälligkeiten auftreten, die ein Leben lang bestehen können und mit einer pränatalen Alkoholexposition in der Schwangerschaft assoziiert sind» (S. 10). In der Definition von Spohr werden neben den physischen und mentalen

Störungen somit auch noch Verhaltensauffälligkeiten und Lernauffälligkeiten als Folge eingeschlossen. Er macht ausserdem darauf aufmerksam, dass verschiedenste Symptome und Ausprägungen vorliegen können.

Deshalb wurde der Begriff der Alkoholembryopathie, welcher früher oft verwendet wurde, durch die Spektrumstörung ersetzt, welcher die verschiedenen Ausprägungen einschliesst (Landgraf & Hoff, 2019, S. 13).

FASD kann in vier unterschiedliche Syndromausprägungen eingeteilt werden. Dazu gehört das Vollbild Fetales Alkoholsyndrom (FAS), das partielle fetale Alkoholsyndrom (pFAS), die alkoholbedingte Entwicklungsneurologische Störung (ARND) und die alkoholbedingten Geburtsdefekte (ARBD) (Spohr, 2016, S. 10-12). Nachgehend werden FAS, pFAS und ARND noch etwas genauer erläutert. Auf ARBD wird nicht konkreter eingegangen, da dies in der Diagnostik aktuell keine wesentliche Rolle mehr spielt und beispielsweise in Deutschland die Verwendung des Begriffs nicht empfohlen wird (Spohr, 2016, S. 12; «Fetale Alkoholspektrumstörung», 2018).

Fetales Alkoholsyndrom

Bei FAS handelt es sich um die stärkste Ausprägung der Spektrumstörung mit den typischen Symptomen wie Minderwuchs, Ernährungsstörungen, Mikrozephalie (abnormaler kleiner Kopf), Gesichtsdysmorphien (Abweichung von der normalen Gesichtsanatomie), mentale Retardierung (am Altersdurchschnitt verzögerte Entwicklung) sowie kognitive, psychiatrische und soziale Auffälligkeiten. Ein Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft wird bei FAS entweder vermutet oder ist nachgewiesen. (Spohr, 2016, S. 10)

Partielles fetales Alkoholsyndrom

Im Unterschied zu FAS treten beim pFAS nicht alle häufigen Charakteristika auf. So bestehen beim pFAS von aussen nicht klar ersichtliche Gesichtsdysmorphien. Gemäss Spohr fallen betroffene Kinder insbesondere durch deren sozialen, emotionalen und kognitiven Störungen auf. Er macht ausserdem darauf aufmerksam, dass es sich beim pFAS nicht um eine weniger herausfordernde Form handelt. Im Alltag bestehen dieselben Schwierigkeiten, eine Diagnose wird aber oftmals auf Grund der weniger offensichtlichen Merkmalen viel seltener gestellt. Dies kann die Situation noch zusätzlich erschweren. (Spohr, 2016, S. 11)

Alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung

Bei von ARND Betroffenen handelt es sich um Personen, bei denen die Entwicklung nicht altersgemäss ist, kognitive Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bestehen, die aber keine körperlichen Symptome aufweisen. Ausserdem ist bei dieser Gruppe pränataler Alkoholkonsum der Mutter bestätigt. (Spohr, 2016, S. 11-12)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass FASD verschiedene Störungsbilder mit unterschiedlichen Ausprägungen beschreibt, welche alle durch eine pränatale Alkoholexposition des ungeborenen Kindes hervorgerufen wurden und zu langfristigen Einschränkungen für Betroffene führen.

In der Literatur wird teils auch der Begriff des fetalen Alkoholsyndroms verwendet, wenn nicht das Vollbild, sondern FASD beschrieben wird. In dieser Arbeit wird für den Oberbegriff stets FASD verwendet.

3.2 Historischer Kontext

Die Entdeckung von FAS und die damit in Verbindung stehende Forschung zu den schädlichen Wirkungen von Alkohol während der Schwangerschaft geht zurück in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts. Spohr (2016) weist allerdings darauf hin, dass bereits die Bibel im Buch der Richter (vgl. Kap. 13:3-4) über die schädigende Wirkung von Alkohol auf Nachkommen berichtet und dies somit historisch gesehen keine Neuigkeit war (S. 13). Erste wissenschaftliche Hinweise auf pränatale Alkoholschäden wies gemäss Spohr und Steinhausen (2008) der britische Gefängnisarzt William Sullivan im Jahr 1899 vor. Dieser stellte fest, dass Trinkerinnen, welche bislang nur geschädigte Kinder oder Totgeburten zur Welt brachten, durch die erzwungene Abstinenz im Gefängnis wieder gesunde Kinder gebären konnten (S. 693).

Als wohl erste Person berichtete die französische Medizinerin Jacqueline Roquette 1957 in ihrer Doktorarbeit über das Syndrom, jedoch ohne, dass dies Beachtung in der Fachwelt fand (Seidel, 2015, S. 6). Ebenfalls zuerst nicht wahrgenommen wurde eine Publikation in einer französischen Zeitschrift im Jahr 1968 von Paul Lemoine et al., in der er die Merkmale des Störungsbild beschrieben hat (Spohr, 2016, S. 3).

In den 1970er Jahren gewann FAS hingegen mehr Aufmerksamkeit und verschiedene Personen beschäftigten sich intensiver mit dem Syndrom. In diverser Literatur wird hierzu als wichtiger Meilenstein die Forschung von Jones und Smith genannt. So beschreiben auch Spohr und Steinhausen, wie Jones und Smith bei elf Kindern, deren Mütter alle chronisch alkoholkrank waren und während der Schwangerschaft getrunken haben, ein auffälliges Muster kraniofazialer Anomalien und Dysfunktionen im Bereich des ZNS entdeckten. Die Ergebnisse wurden in der Zeitschrift *Lancet* 1973 veröffentlicht, wodurch der Begriff "fetales Alkoholsyndrom" weltweit bekannt wurde und darauffolgend als wichtige Ursache für geistige Entwicklungsstörungen anerkannt wurde (S. 693). Unklar ist dabei, ob sich Jones und Smith an Roquette und Lemoine orientierten oder nicht, weshalb bis heute der Streit um die Entdeckung von FAS nicht abgeschlossen ist (Seidel, 2015, S. 6).

Gemäss Spohr (2016) wurde FAS im Anschluss an den Artikel weltweit als kongenitaler Geburtsfehler anerkannt und verschiedene tierexperimentelle Studien (vgl. Abel & Dintcheff 1978; Chernoff 1977; Randall et al. 1977) bestätigten die schädigende Wirkung von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft auf das Gehirn des ungeborenen Kindes (S.4). So erschienen in Europa verschiedene Veröffentlichungen über das Syndrom, insbesondere aber in Schweden, Finnland, England und Deutschland.

1976 beschreiben Bierisch und Majewski zusammen mit einer Arbeitsgruppe das klinische Bild von FAS und führten im deutschsprachigen Raum den Begriff der "Alkoholembryopathie" ein. Noch im selben Jahr beschrieb der Epidemiologe Kaminski den Zusammenhang von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und Wachstums- und Reifungsstörungen, kongenitale Anomalien sowie Entwicklungsstörungen (S. 5).

Die erste grosse Studie mit 65 betroffenen Kindern wurde von Clarren und Smith 1978 publiziert, welche auf die Variabilität des Syndroms bezüglich der vorhandenen Symptome aufmerksam machte. Bis dahin wurde FAS bei fehlenden Auffälligkeiten im Gesicht nicht erkannt oder diagnostiziert (S. 4).

1981 folgte die Mehrdimensionale Studie zu Folgen des Alkoholismus in der Schwangerschaft von Nestler, Spohr und Steinhausen, welche ausserdem zusammen mit Majewski ein Lehrbuch über das Syndrom publizierten (Spohr, 2013, S. 15). Ebenfalls in diesem Jahr wurde durch Sulik et al. eine experimentelle Studie an Mäusen veröffentlicht. Diese belegte, dass anhaltende Verhaltensstörungen auftreten können und wies die Störung der Embryogenese nach, welche zu den typischen fazialen Dismorphien führt (Spohr, 2016, S.4).

Nach Spohr (2016) machten Abel und Sokol 1987 die erste ausführliche Studie zu der Inzidenz von FAS. Dabei fassten sie alle bereits publizierten Studien von der USA und Europa zusammen und kamen auf eine Inzidenz von 1.9/ 1000 Lebendgeburten. Spohr macht jedoch darauf aufmerksam, dass es sich dabei um die Auffassung des klassischen FAS handle, weshalb die Inzidenz nicht höher sei. Dasselbe galt für die Berliner Frauenklinik Studie, welche die Inzidenz von 6/ 1000 Totgeburten schätzten (S. 7).

1992 machten sechs Länder mit je ungefähr 1000 schwangeren Frauen in einer Multicenterstudie mit, welche durch die Europäische Union initiiert wurde. Darin konnte belegt werden, dass bei einem Konsum von mehr als 120g Reinalkohol pro Woche bei den Neugeborenen erstmal ein statistisch signifikantes vermindertes Grössenwachstum auftrat. (Spohr, 2016, S. 6)

Während gemäss Spohr (2016) zu Beginn der Forschung zum FAS vor allem körperliche Leitsymptome betrachtet wurden, machte Steinhausen et al. 1993 mit der Studie zu den Langzeitverläufen auch auf psychopathologische Auffälligkeiten und kognitive Beeinträchtigungen aufmerksam und konnten ausserdem aufzeigen, dass diese Störungen bis in die Adoleszenz fortbestehen (S. 6). Anschliessend wurden 1996 die fetalen Schädigungen in die bereits dargelegten Einzeldiagnosen FAS, pFAS, ARND und ARBD unterteilt (S. 16).

Gemäss Spohr lieferte die Secondary Disability-Studie von Streissguth, Barr, Kogan und Bookstein (1996) ausführliche Ergebnisse über Langzeitfolgen von Jugendlichen und Erwachsenen mit FAS (2016, S. 169). Sie wiesen nach, dass viele psychische Probleme hatten, die Schule ab- oder unterbrachen, in den Konflikt mit dem Gesetz kamen, unangemessenes Sexualverhalten zeigten, Alkohol- und Drogenprobleme hatten, arbeitslos waren und personelle Unterstützung brauchten (Streissguth et al., 1996, S. 4). Laut Spohr bestätigte die Berliner FAS-Langzeitstudie von 1977-2003 diverse dieser Folgeerscheinungen und gewann ausserdem die Erkenntnis, dass Erwachsene viel schwerer zu diagnostizieren sind, da viel der für die Diagnose ausschlaggebenden Symptome im Erwachsenenalter zurück gehen (2016, S. 174- 176).

Ikonomidou et al. fanden in ihrer Studie im Jahr 2000 heraus, dass eine vorübergehende Ethanolexposition während der Synaptogenese, welche sich beim Menschen vom sechsten Monat der Schwangerschaft bis mehrere Jahre nach der Geburt erstreckt, im Gehirn Millionen von Neuronen abtöten kann (S. 1056). Das wiederum kann die fatalen Folgen von FASD erklären.

Durch die vielen Langzeitfolgen entsteht für Personen mit FAS eine immense soziale Belastung, was gemäss Spohr und Steinhausen (2008) die US-amerikanische Publikation vom Jahr 2005 belegen konnte. Diese zeigte, dass es neben individuellem Leid zu Verlust der Produktivität und teilweise hohen lebenslangen Ausgaben für medizinische Massnahmen kommt (S. 694).

Im Jahr 2011 fanden Warren et al. heraus, dass das jeweilige Genprofil der Mutter und des Fötus einen wesentlichen Einfluss darauf haben, wie hoch das Risiko für eine FASD Erkrankung ist (zitiert nach Blackburn, 2017, S. 12). Im selben Jahr führten Mattson, Crocker und Nguyen (2011) eine Studie zu den neuropsychologischen und verhaltensbezogenen Effekten von FASD durch. Sie stellten dabei folgende Defizite bei Menschen mit FASD fest: verringerte intellektuelle Funktion, schlechtes Lernen und Gedächtnis, beeinträchtigte visuell- räumliche Funktionen, verzögerte motorische Fähigkeiten und Sprachentwicklung sowie Aufmerksamkeitsstörungen. Darüber hinaus stellten sie in der Studie fest, dass die Betroffenen vermehrt internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme, schlechte schulische Leistungen und eine hohe Rate an komorbiden psychischen Störungen aufweisen (S. 95). Im Bereich der Komorbidität von

psychischen Störungen und FASD führten Pei, Denys, Hughes und Rasmussen (2011) eine Studie durch, welche aufzeigte, dass FASD-Betroffene ein höheres Risiko vor allem für Depressionen, Stimmungs- und Angststörungen, ADHS und Verhaltensstörungen haben. Zudem haben Menschen mit FASD ein höheres Risiko für Selbstmord und Suchterkrankungen (S. 439). Popova et al. führten im Jahr 2016 in diesem Bereich eine Metaanalyse durch, bei der sie feststellten, dass das Risiko bei gewissen komorbiden psychischen Störungen bei FASD-Betroffenen sogar hundertfach erhöht ist (S. 985).

Eine Studie von Portales-Casamar et al. im Jahr 2016 konnte zudem belegen, dass eine chemische Abänderung an Grundbausteinen der Erbsubstanz, eine sogenannte DNA-Methylierung, bei Menschen mit FASD stattfindet. Dies erhöht die Möglichkeit, FASD anhand eines epigenetischen Biomarkers festzustellen (S. 1). Dies bestärkt die Studie von Laufer et al. (2015), welche ebenfalls auf die einzigartigen DNA-Methylierungsdefekte gestossen sind und in Zukunft auf eine Diagnostik mittels Wangenabstrich hoffen (S. 1259).

Im Zusammenhang der Sozialen Arbeit und FASD erarbeiteten Kotrla und Martin (2009) Implikationen für die Praxis der Sozialen Arbeit. Dabei legten sie den Fokus vor allem auf die Prävention und die Erkennung, ob Mütter Alkohol konsumieren. Sie listen verschiedene Screening Tools auf, welche für Sozialarbeitende hilfreich sein können (S. 499-501) und gehen anschliessend auf mögliche Interventionen für betroffene Mütter und deren Familien ein (S. 501-503). Bertrand veröffentlichte ausserdem im Jahr 2009 einen Überblick über fünf innovative Projekte betreffend Interventionen für Kinder mit FASD.

Es ist festzustellen, dass FASD ein komplexes Krankheitsbild darstellt, welches vielschichtig erforscht wurde. Dennoch besteht weiterhin grosser Forschungsbedarf, gerade im Hinblick auf gezielte Interventionen und deren Langzeitwirkungen.

3.3 Epidemiologie

Gemäss dem BAG werden in westlichen Industrieländern schätzungsweise 20 auf 1'000 Kinder mit FASD geboren. Dabei handelt es sich bei rund zwei bis fünf Fällen um FAS. In der Schweiz würde dies ausgerechnet auf die 85'000 Lebendgeburten im Jahr 2017 schätzungsweise 1'700 Fälle von FASD und 170 bis 425 Fälle von FAS ergeben. Das BAG schreibt, dass die Schweiz global verglichen eine hohe FASD-Quote hat. Dies kann damit zusammenhängen, dass sie im internationalen Vergleich auch zu der Gruppe von Ländern mit dem höchsten Alkoholkonsum gehört (2018, S. 2; vgl. Kap. 1.6).

Diese Zahlen sind jedoch lediglich Schätzungen. Gemäss Landgraf und Hoff (2019) gibt es auch in unserem Nachbarland Deutschland bisher keine Studie betreffend der Prävalenz von FASD (S.

27). Spohr und Steinhausen verweisen jedoch auf zwei Studien, welche die Prävalenz in anderen Ländern untersuchen und auf welche sich dementsprechend andere Schätzungen beziehen (2006, S. 694).

Eine solche Studie wurde von Sampson et al. im Jahr 1997 durchgeführt. Diese konnte aufzeigen, dass drei Inzidenznachweise den Gütekriterien entsprachen. In Seattle konnte für FAS eine Inzidenz von 2.8 von 1'000 Lebendgeburten nachgewiesen werden. In Cleveland waren es 4.6 von 1'000 Lebendgeburten und in Rou-baix Frankreich zwischen 1.3 und 4.8 von 1'000 (S. 317). Eine weitere Literaturstudie von May und Gosage (2001) ergab, dass in der USA in den 1980er bis 1990er Jahren bei 0.5 bis 2 Fällen pro 1'000 FAS vorlag (S. 159). Bei beiden Studien muss jedoch beachtet werden, dass es sich rein um FAS-Fälle handelte, welche untersucht wurden. Gemäss Spohr und Steinhausen fallen die Zahlen für FASD wesentlich höher aus und lägen schätzungsweise bei 4 bis 6 Fällen auf 1'000 Lebendgeburten. (2008, S. 694)

In aktuelleren Literaturen betreffend der Epidemiologie von FASD wird geschrieben, dass FAS gemäss Hochrechnungen in 1:300 Fällen und FASD bei 1:100 Lebendgeburten auftritt (Schlachtberger, 2017, S. 27). Somit wird angenommen, dass bei einem Prozent aller Lebendgeburten FASD vorkommt. Auch Landgraf und Hoff sagen, dass gemäss Experteneinschätzungen die Prävalenz in Deutschland und den USA bei ca. 1% liegen. Bei Italien hingegen wird sogar von 2% ausgegangen (2019, S. 27). Schlachtberger zeigt auf, dass das Down-Syndrom, welches die häufigste genetisch verursachte Behinderung ist, nur bei etwa 0.1 bis 0.2 % der Lebendgeburten in Deutschland auftritt (S. 27). Dies bedeutet, dass FASD ungefähr zehnmal mehr vorkommt. Feick et al. benennen FASD als die "häufigste erklärbare Ursache für Entwicklungsverzögerungen im Kindesalter" und Kopera-Frye, Connor und Streissguth nennen FASD als "die häufigste Ursache einer geistigen Behinderung" (zitiert nach Schlachtberger, 2017, S. 27; vgl. Kap. 2.3.1).

Insgesamt wird ersichtlich, dass die Epidemiologie von FASD nicht einfach einzuschätzen ist. So sag auch May, dass die Prävalenz von FASD ein nicht leicht zu verstehendes Gebiet ist (2011, S. 17). Er führt aus, dass es momentan drei verschiedene Arten von Studien betreffend der Prävalenz von FASD gibt. Einerseits existieren die "surveillance and record collection systems", bei denen vorhandene Informationen beispielsweise aus Geburtszertifikaten oder Klinikaufzeichnungen ausgewertet werden. Davon wurden, Stand 2011, 15 durchgeführt und kamen im Durchschnitt auf eine Prävalenz von 0.85 pro 1'000 Kinder mit FAS. Betreffend dem Gesamtbild FASD wurden in diesem Bereich noch keine Studien durchgeführt. Dann gibt es die "clinic-based studies", bei denen Studien in Geburtskliniken durchgeführt werden. Die 50 so durchgeführten Studien kamen auf 1.8 pro 1'000 Kinder mit FAS und 6 pro 1'000 Kinder mit

FASD. Als dritte Variante gibt es die “active-case ascertainment systems”, die in spezifischen Bevölkerungsgruppen, Kliniken oder in Schulen durchgeführt werden. Ausgenommen von den sogenannten “In-School Studies”, welche in den Schulen durchgeführt wurden, kamen die acht Studien aus diesem Bereich auf eine durchschnittliche Rate von 15.6 pro 1’000 Kindern mit FAS und 38 pro 1’000 mit FASD. Die Zahlen der letzten Gruppe von Studien erscheinen hier vergleichsweise sehr hoch. Dies kann jedoch damit zusammenhängen, dass solche Studien oft in Hochrisikopopulationen durchgeführt werden (S. 20).

Betreffend den In-School Studies führten May et al. 2009 eine Review-Studie durch. Dabei wurden Daten von Südafrika, Italien, einer Westernstadt in den USA und einem ländlichen Gebiet der USA ausgewertet (vgl. May et al. 2009). In den Abbildungen 6 und 7 wird ersichtlich, was bei diesem Review für Resultate herausgekommen sind. In der Abbildung 6 sind die jeweiligen Raten von FAS-Fällen pro 1’000 Kinder ersichtlich und in der Abbildung 7 die jeweiligen FASD-Fälle pro 1’000 Kinder. In Italien und der Westernstadt wurden jeweils zwei Datenerhebungen durchgeführt, was an den zwei Balken erkennbar wird. Deutlich ersichtlich wird, dass Südafrika mit 50.1 FAS-Fällen und 72.3 FASD-Fällen pro 1’000 Kinder die höchsten Raten aufweist. Vergleichsweise sind die FAS-Raten der anderen Gebiete eher tief. Bei der FASD Auswertung nehmen jedoch auch dort die Fallzahlen erheblich zu. So weist Italien in der zweiten Erhebung eine Prävalenz von 4% auf. Beide Erhebungen in Italien wurden hierbei in der allgemeinen Mittelschicht durchgeführt (May, 2011, S. 22). Die USA weist rund 2% auf.

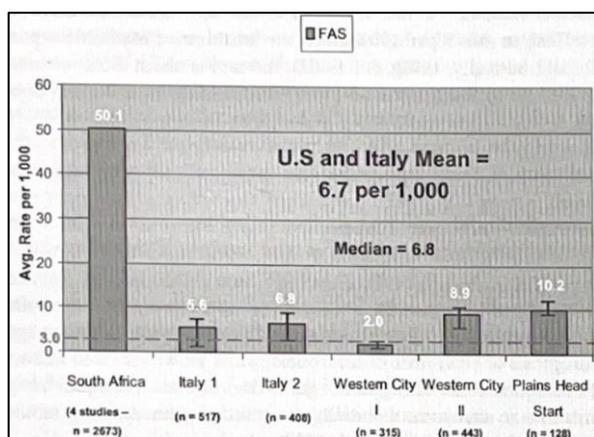


Abbildung 6. Prävalenz FAS bei in-school-studies.

Nach May et al., 2011, S. 22

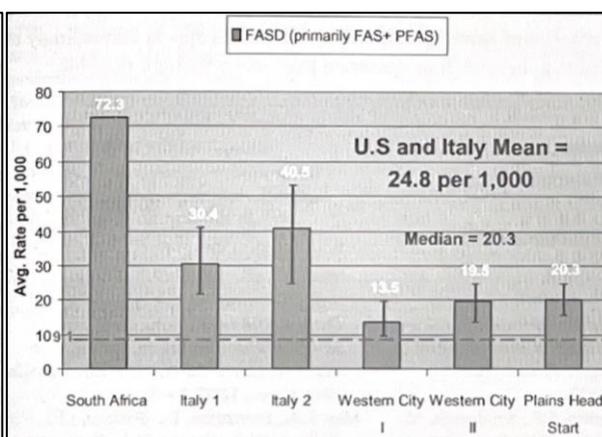


Abbildung 7. Prävalenz FASD bei in-school-studies.

Nach May et al., 2011, S. 23

Bei der Auswertung schreiben die Autoren May et al. “Regarding all levels of FASD, we currently estimate that the prevalence of FASD, using IOM recommended methodology in populations of younger school children, may be 2-5% in the US and many Western European countries. If this is true, then FASD presents a larger public health problem than most researchers have estimated in the past.” (2009, S. 176).

Lange et al. führten im Jahr 2017 einen systematischen Review und eine Metaanalyse zu der globalen Prävalenz von FASD bei Kindern und Jugendlichen durch. Dabei wurden 24 Studien ausgewertet. Sie kamen auf eine globale Prävalenz von 7.7 FASD-Fällen pro 1'000 Kinder und Jugendliche. Dabei fiel die Rate der "WHO European Region" mit 19.8 pro 1'000 am höchsten und die "WHO Eastern Mediterranean Region" mit 0.1 pro 1'000 am niedrigsten aus. Südafrika war von den 187 betrachteten Ländern mit einer Prävalenz von 111.1 pro 1'000 das Land mit der höchsten Rate, gefolgt von Kroatien mit 53.3 pro 1'000 und Irland mit 47.5 pro 1'000 Kinder und Jugendliche (S. 948).

Auch wenn die Zahlen stetig Unterschiede aufweisen, wird aus den Studien deutlich, dass FASD ein weit verbreitetes und globales Thema ist, welches dennoch wenig bekannt ist. So schreiben Lange et al. in ihrem Fazit:

Globally, FASD is a prevalent alcohol-related developmental disability that is largely preventable. The findings highlight the need to establish a universal public health message about the potential harm of prenatal alcohol exposure and a routine screening protocol. Brief interventions should be provided, where appropriate.

(2017, S. 948)

Dieses Zitat drückt den Bedarf nach globaler Aufklärung zum Thema FASD und den Auswirkungen von pränatalem Alkoholkonsum aus. Nur so können Betroffene angemessen unterstützt und behandelt werden. In der Schweiz liegen zwar keine konkreten Zahlen zu der Prävalenz von FASD vor, trotzdem kann davon ausgegangen werden, dass auch hier viele Personen betroffen sind. Insbesondere dadurch, dass in der Schweiz Alkohol als legitim gilt (vgl. Kap. 1.1) und Schwangere und Stillende vermehrt angeben Alkohol zu konsumieren (vgl. 1.6), wird diese These bestätigt. Insgesamt ist folglich die Auseinandersetzung mit dem Thema in der Fachwelt und der Gesellschaft von grosser Bedeutung.

3.4 Entstehung und Auffälligkeiten

Bereits beleuchtet wurde, dass der Konsum von Alkohol schon seit der Antike für viele Personen zum alltäglichen Leben gehört (vgl. Kap. 1.1). Ebenfalls wurde im ersten Kapitel veranschaulicht, dass der Alkoholkonsum auch während der Schwangerschaft und der Stillzeit für viele Frauen ein Thema ist und ca. jede fünfte Frau während dieser Zeit angibt, mindestens wöchentlich Alkohol zu konsumieren (Kap. 1.6). Dass dies jedoch nicht als harmlos betrachtet werden kann, wurde im darauffolgenden Kapitel ersichtlich. Alkohol zählt zu den Teratogen, die einen schädigenden Einfluss auf ein sich entwickelndes Kind im Mutterleib haben kann (vgl. Kap. 2.3.1). Während dieser Zeit durchläuft das ungeborene Kind viele verschiedene

Entwicklungsschritte und die einzelnen Organe und Organsysteme bilden sich (vgl. Kap. 2.1). So befinden sich die einzelnen Organe und Strukturen zu unterschiedlichen Zeitpunkten in sensiblen Phasen, in denen sie besonders anfällig für die schädigende Wirkung des Alkohols sind (vgl. Kap. 2.2).

Dies begründet, wieso bei FASD viele verschiedene Auffälligkeiten bestehen und somit Betroffene auch unterschiedliche Ausprägungen aufweisen (vgl. Kap. 3.1). Welche konkreten Auffälligkeiten häufig bei FASD vorliegen und wie diese entstehen, soll in diesem Kapitel beleuchtet werden. Zudem soll auf den Einfluss, der die Dosis und der Zeitpunkt der pränatalen Alkoholexposition für die Entstehung von FASD hat, eingegangen werden.

Wichtig gilt dabei zu bedenken, dass auch andere Faktoren einen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben (vgl. Kap. 2.3; Kap. 2.4) und nicht der Alkoholkonsum alleine ausschlaggebend ist.

Weiter ist wichtig zu wissen, dass der Alkohol dem Embryo beziehungsweise dem Fötus direkt oder indirekt schaden kann. Bei der direkten Schädigung gelangt der Alkohol durch den Dottersack beziehungsweise durch die Plazenta und die darin liegende semipermeable Membran zum ungeborenen Kind (vgl. Kap. 2.1.3), während die indirekte Schädigung die Blutgefässe der Plazenta so verändert, dass der Nährstoff- und Sauerstoffaustausch zum Fötus verringert ist. Dadurch wird indirekt das Wachstum und die Zellreifung beeinflusst. (Gail, 2011, S. 130)

3.4.1 Zeitpunkt der Alkoholexposition

In der Abbildung 5 wurde ersichtlich, wann sich welches Organ in einer sensiblen Phase der Entwicklung befindet. FASD als Folge von pränataler Alkoholexposition kann somit durch die ganze Schwangerschaft entstehen. Eine Ausnahme bilden die ersten Tage der Schwangerschaft. Gemäss Marthaler (2013) hinterlässt der Alkohol bis zum zehnten Tag keine irreversiblen Schäden (S. 8). Er erwähnt allerdings auch, dass darauf eine Phase von besonderer Vulnerabilität folgt, so dass in der Frühschwangerschaft bereits weniger als sieben Standardgläser pro Woche zu Beeinträchtigungen führt (S. 10). Von der Frühschwangerschaft spricht man im Zeitraum von der Zeugung bis zur vollendeten 12. Schwangerschaftswoche (Pregfit, 2018). Dies ist insofern von grosser Bedeutung, da insbesondere nach dem 10. Tag bis zu den ersten Wochen vielen Frauen noch nicht klar ist, dass sie schwanger sind. Während dieser Zeit beginnen sich bereits das Herz und das ZNS zu entwickeln, so dass durch Alkoholkonsum erste Beeinträchtigungen auch in diesen Bereichen entstehen (vgl. Kap. 2.1.2). Auch Marthaler (2013) betont, dass das Risiko für Hirnschäden in dieser Phase besonders hoch ist, insbesondere bei Rauschtrinken (S. 10). Nach dem Herz und dem ZNS beginnt die Entwicklung der Gliedmassen sowie der Augen,

der Ohren und der Zähne (vgl. Kap. 2.1.2). Dies bedeutet, dass auch bei diesen Organen relativ früh Schäden entstehen können.

Diverse Studien belegen, dass insbesondere bei Alkoholkonsum während dem ersten Trimester die stärksten Folgen entstehen (vgl. Maier et al., 2001; Conover & Jones, 2012). Die Studie von Conover und Jones (2012) stellt zudem fest, dass zwischen dem 43. und 84. Tag nach der menschlichen Zeugung die Auswirkungen der Alkoholexposition auf die Entwicklung des Gesichts sowie die Grösse und das Gewicht am stärksten sind (S. 572).

Auch Spohr (2016) bestätigt, dass während dieser Zeit das Längenwachstum besonders beeinflusst wird. Bezüglich der Auswirkungen auf das Gewicht widerspricht er allerdings, in dem er äussert, dass die Gewichtszunahme insbesondere im letzten Trimester geschädigt wird (S. 125). Es handelt sich dabei um den Zeitpunkt der pränatalen Entwicklung, in der vor allem die Gewichtszunahme im Vordergrund steht (vgl. Kap. 2.1.3).

Insgesamt konnte das erste Trimester als sehr bedeutend für die Entstehung von FASD und die einzelnen Auswirkungen identifiziert werden. Spohr (2016) bekräftigt dies folgendermassen: «Nach der Nidation kommt es im ersten Trimenon im Wesentlichen zu einer Störung der Organogenese, möglicherweise mit der Folge von schweren physischen und psychischen Störungen» (S. 125). Diese Aussage verdeutlicht, dass durch die bereits beschriebene Störung der Organogenese auch andere Schäden daraus resultieren. Wobei hierzu anzumerken gilt, dass die Studie von Ikonomidou et al. (2000) belegt, dass die Synaptogenese insbesondere ab dem sechsten Schwangerschaftsmonat durch den Alkohol beeinträchtigt wird (vgl. Kap. 3.2).

Marthaler (2013) beleuchtet zudem noch den Aspekt, dass sich das Risiko für Kinder von Frauen, die vereinzelt während des ersten Trimesters exzessiv Alkohol konsumiert haben, deutlich verringert, wenn diese für den weiteren Verlauf der Schwangerschaft keinen Alkohol mehr konsumieren (S. 8). Daraus resultierend kann gesagt werden, dass der Beginn der Schwangerschaft durchaus bedeutend ist bezüglich möglicher Schäden, dass aber auch das zweite und dritte Trimester einen Einfluss auf das Risiko und die Ausprägung von FASD hat. Da die Bildung des ZNS ein über die ganze Schwangerschaft und darüber hinaus fortlaufender Prozess ist, kann Alkoholkonsum der Mutter während des zweiten und dritten Trimesters gemäss Römer, Reinelt, Petermann und Teickner (2019) genauso Einfluss nehmen. Dadurch können auch Fehlbildungen des Gehirns und kognitive Einschränkungen entstehen. Alkoholexposition des Fötus während dieser Zeitspanne führt ebenfalls zu Wachstumsverzögerungen, welche oftmals auch in der weiteren Entwicklung nicht ausgeglichen werden (2019, S. 9).

3.4.2 Einfluss der Konsummenge und der Konsumdauer

Nebst dem Zeitpunkt der Einwirkung gelten auch die Dauer und die Dosis als entscheidende Faktoren für das Ausmass der Schädigungen (vgl. Kap. 2.2). Wird betrachtet, ab welcher Menge der Alkohol schädlich ist, lässt sich feststellen, dass sich die Literatur und gemachte Studien nicht einig sind.

So beschreibt Marthaler (2013) beispielsweise, dass die meisten Studien keine Evidenzen dafür aufweisen, dass das Risiko für negative Folgen durch leichten Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ansteigt. Wobei er auch erwähnt, dass der Begriff «leichter Konsum» von den unterschiedlichen Studien anders definiert wird (S. 8).

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2020) empfiehlt hingegen, während der Schwangerschaft vollständig auf Alkohol zu verzichten (S. 32). Mit der Begründung, dass keine Menge an Alkohol besteht, «die werdenden Müttern bedenkenlos empfohlen werden kann. Schädigungen des kindlichen Gehirns sind die ersten Folgen des Alkoholkonsums der Mutter und können auch bei geringem Konsum entstehen» (S. 33).

Eine tierexperimentelle Studie von Cartwright und Smith (1995) zeigte ebenfalls auf, dass eine einzige Alkoholexposition eine Reihe von Gesichtsanomalien hervorrufen konnte (zitiert nach Uban et al., 2011, S. 74). Um sicherzustellen, dass kein Schaden durch Alkohol entsteht und das Kind sich optimal entwickelt, sollte daher Alkohol vollständig vermieden werden (vgl. Kap. 2.2.).

Nebst der Dauer spielt auch die Konsumform eine Rolle. Conover und Jones (2012) wiesen nach, dass Rauschtrinken für das ungeborene Kind schädlicher ist als die gleiche Menge über einen längeren Zeitraum (S. 574). Aufgezeigt wurde bereits, dass Rauschtrinken während der Schwangerschaft und Stillzeit bei über einem Fünftel mindestens einmal vorkommt (vgl. Kap. 1.6). Das Rauschtrinken hat insbesondere negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Nervensystems (Marthaler, 2013, S. 7). Insofern Rauschtrinken selten vorkommt, muss dies nicht mit einem grösseren Risiko von einem geschädigten Kind einher gehen (S. 8).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sowohl die Dosis als auch die Konsumform eine Rolle spielen. Ab welcher Menge genau Alkohol für ein ungeborenes Kind irreversible Schäden hervorbringt und wie diese im Zusammenhang mit der Dauer des Konsums in Zusammenhang stehen, konnte bislang noch nicht abschliessend geklärt werden. Es handelt sich hierbei um einen komplexen Kausalzusammenhang.

3.4.3 Hirnorganische Auffälligkeiten

Der Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft kann viele verschiedene Schäden hervorrufen. Die häufigsten Auswirkungen sind kognitive Einschränkungen (Blackburn, 2017, S.

8), was in der Studie von Steinhausen et al. 1993 erstmals beobachtet wurde (vgl. Kap. 3.2). Dies kann dadurch begründet werden, dass das Gehirn sich während der ganzen Schwangerschaft entwickelt und so immer geschädigt werden kann (Spohr, 2016, S. 126; vgl. Kap. 2.1). Zudem wurde bereits dargelegt, dass äussere Faktoren die Gehirnentwicklung beeinflussen (vgl. Kap. 2.1.3). Feldmann et al. (2020) machen deutlich, dass es sich hierbei auch um eine Auffälligkeit handelt, die bei allen Personen mit FASD vorhanden ist. Sie begründen dies damit, dass der Alkohol die Zellteilung behindert, wodurch weniger Hirnzellen vorhanden sind. Ausserdem sterben ca. sechsmal mehr Hirnzellen ab, als dies bei der gewöhnlichen Eliminierung von Gehirnzellen der Fall ist. Deshalb haben Betroffene vielfach ein kleineres Gehirn als gesunde Kinder (S. 15). Hinzu kommt noch, dass grössere Gehirnareale für kognitive Aufgaben gebraucht werden, wodurch kognitive Leistungen für Betroffene anstrengender sind als für andere Personen (S. 15-16).

Obwohl alle hirnorganische Auffälligkeiten aufweisen, zeigt sich nach Holtkamp bei Betroffenen ein komplexes und variables neuropsychologisches und psychopathologisches Muster. Dies kommt davon, dass Alkohol pränatal auf unterschiedlicher Ebene schädigt, so dass es zu biochemischen Veränderungen kommt, welche die Produktion, die Verteilung und die Zusammensetzung der Neurotransmitter beeinflusst (2015, S. 43).

Nachgehend sollen häufige Auffälligkeiten beleuchtet werden, wobei festzuhalten ist, dass es sich dabei nur um eine Auswahl handelt, welche in der Literatur häufig angetroffen wurden.

Exekutive Funktionen

Basierend auf den bisherigen Forschungsergebnissen wurde die Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen bei FASD häufig als Kernbeeinträchtigung beschrieben (Feldmann, Michalowski, Lepke & FASD Deutschland e.V., 2013, S. 54). Dies wird in verschiedenen Studien bestätigt (vgl. Schneider, Moore & Adkins, 2011; Coles & Li, 2011; Kodituwakku, 2009). Unter exekutive Funktionen fallen gemäss Feldmann et al. (2013) Aspekte wie Planungsfähigkeit, Problemlösen, Konzeptbildung, Flexibilität, Arbeitsgedächtnis etc. (S. 50).

Smith und Jonides (1999) beschreiben die Exekutiven Funktionen als notwendig, damit Handlungen über mehrere Schritte geplant werden können und dabei die Aufmerksamkeit auf die dazu wichtigen Dinge zu lenken, so dass schlussendlich ein Ziel erreicht wird (zitiert nach Wagner, 2013, S. 50). Die Exekutiven Funktionen sind daher laut Feldmann et al. eine wichtige Funktion für den Alltag einer Person. Sind diese beeinträchtigt, kann dies zu deutlichen Problemen in verschiedenen Lebensbereichen führen (2013, S. 50).

Impulskontrolle und Emotionsregulierung

Laut Feldmann et al. wird die Impulskontrolle, wie auch die exekutiven Funktionen, im Frontallappen gesteuert. Nimmt dieser durch Alkohol Schaden, ist somit oftmals auch eine Störung der Impulskontrolle und der Emotionsregulierung festzustellen (2020, S. 16). Personen mit FASD gelingt es teils nicht, spontane Handlungen zum Abbau von Anspannungszuständen willentlich zu unterbrechen, so dass vermehrt Wutausbrüche oder aggressives Verhalten gezeigt wird (Falke & Stein, 2017, S. 27). Betroffene zeigen häufig auch emotionale Instabilität, schneller Stimmungswechsel und niedrige Frustrationstoleranz (Blackburn, 2017, S. 12).

Erfassen von Risiken

Weiter kann bei FASD Beeinträchtigungen im Vorhersehen von Risiken vorliegen. Konsequenzen können von Betroffenen oftmals nicht richtig eingeschätzt und gespeichert werden, so dass die gleichen Fehler immer wieder passieren, wobei auch Diskussionen und Erklärungen nicht greifen. (Feldmann et al., 2020, S. 17)

Gedächtnisfunktion und Lernen

Feldmann et al. erläutern, dass ähnlich wie bei Erfassen von Risiken, viele Personen mit FASD Mühe haben zu lernen, da sie vieles schnell wieder vergessen. Notwendig sind oftmals viele Wiederholungen, um neues Wissen zu generieren oder neue Handlungsmuster anzutrainieren (S. 16). Mitverantwortlich dafür ist die Veränderung des Corpus Collasum, der die beiden Hirnhälften miteinander verbindet und der oftmals durch die pränatale Alkoholexposition kleiner und räumlich versetzt ist (S. 17). Zudem ist die Reaktionszeit überdurchschnittlich lange, insbesondere beim abstrakten und logischen Denken sind Schwierigkeiten vorhanden (Falke & Stein, 2017, S. 11). Holtkamp (2015) äussert, dass Kinder mit FASD trotz vieler Wiederholungen oftmals nicht in der Lage sind, alltägliche Handlungen selbstständig auszuführen und brauche viel Unterstützung und Kontrolle (S. 45).

Wahrnehmung

Weiter kann bei FASD die Wahrnehmungsverarbeitung beeinträchtigt sein, so dass Sinneseindrücke nicht angemessen selektiert, geordnet und interpretiert werden. Durch die vielen Reize sind Kinder und Jugendliche mit FASD oft angespannt und unter Stress, weshalb es wichtig ist ihnen sehr klare Reize und Impulse zu geben. (Falke & Stein, 2017, S. 26)

Des Weiteren können Schäden am Hypothalamus dazu führen, dass das Schmerz-, Appetit- und Temperaturempfinden gestört ist (Falke & Stein, 2017, S. 12). Dies kann unter anderem dazu führen das Betroffene appetitlos sind oder ohne Mass essen, was wiederum zu Unter- und

Übergewicht führen kann (Blackburn, 2017, S. 12). Zudem kann die räumlich-visuelle Wahrnehmung beeinträchtigt sein (Feldmann et al., 2020, S. 13).

Sprachentwicklung

Ca. 90% der Kinder mit FASD haben eine gestörte Sprachentwicklung, welche sich allerdings oftmals bis ins Schulalter ausgleicht (Holtkamp, 2019, S. 44-45). Gemäss Landgraf und Hoff (2019) zeigen Betroffene oftmals mit zunehmendem Alter sprachgebundene Stärken (S. 50).

Sichtbar wird folglich, dass sehr viele unterschiedliche Einschränkungen bestehen können. Gehirnschädigungen sind allerdings nicht die einzigen Auffälligkeiten, sondern sind von Weiteren begleitet.

3.4.4 Wachstumsverzögerungen und Organfehlbildungen

Eine weitere Folge von mütterlichem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft sind Wachstumsverzögerungen des ungeborenen Kindes. Dies lässt sich gemäss Holtkamp sowohl prä- als auch postnatal feststellen. Zum Zeitpunkt der Geburt sind viele von FASD-Betroffene unterdurchschnittlich gross und schwer und haben einen kleineren Kopfumfang als die Norm (2015, S. 41). Spohr erwähnt zudem, dass diese Auffälligkeiten während der Kindheit oftmals noch fortbesteht (2016, S. 27).

Die Wachstumsverzögerungen betreffen nebst den bereits dargelegten Aspekten auch die Organe. Alkohol kann, wie bereits mehrfach dargelegt, grundsätzlich allen Organen und Organsystemen schaden. Am stärksten betroffen sind allerdings solche mit erhöhter Wachstums- und Stoffwechselrate (Holtkamp, 2015, S. 42). Die Folge davon können Herzfehler, Extremitätenfehlbildungen, Nierenfehlbildungen, Muskelschwäche sowie Fehlbildungen und Funktionsstörungen an weiteren Organen sein (Holtkamp, 2015, S. 42; Blackburn, 2017, S. 12).

Weiter treten auch regelmässig diskrete Urogenitaldefekte, Hernien und Hautveränderungen auf (Spohr, 2016, S. 94). Ein ebenfalls häufig betroffen von Fehlbildungen ist das Auge, wodurch es zu Kurz- und Weitsichtigkeit, Ptosis und Schielen kommen kann (S. 93).

3.4.5 Kraniofaziale Dismorphien

Kraniofaziale Dismorphien, also Abweichungen von der gewöhnlichen Gesichtsanatomie, gehören zu den typischen Merkmalen von FASD und insbesondere von FAS (Spohr, 2016, S. 73). Holtkamp (2015) erklärt, dass dies durch die Wachstumshemmung des Schädels, des Bindegewebes, der Gesichtsmuskeln und der Augen zu begründen ist (S. 39). Am stärksten lassen sich kraniofaziale Dismorphien im Säuglings- und Kleinkinderalter identifizieren, da sie mit zunehmendem Alter etwas verwachsen (S. 40).

Nachgehende Abbildung veranschaulicht häufige auftretende faziale Auffälligkeiten.

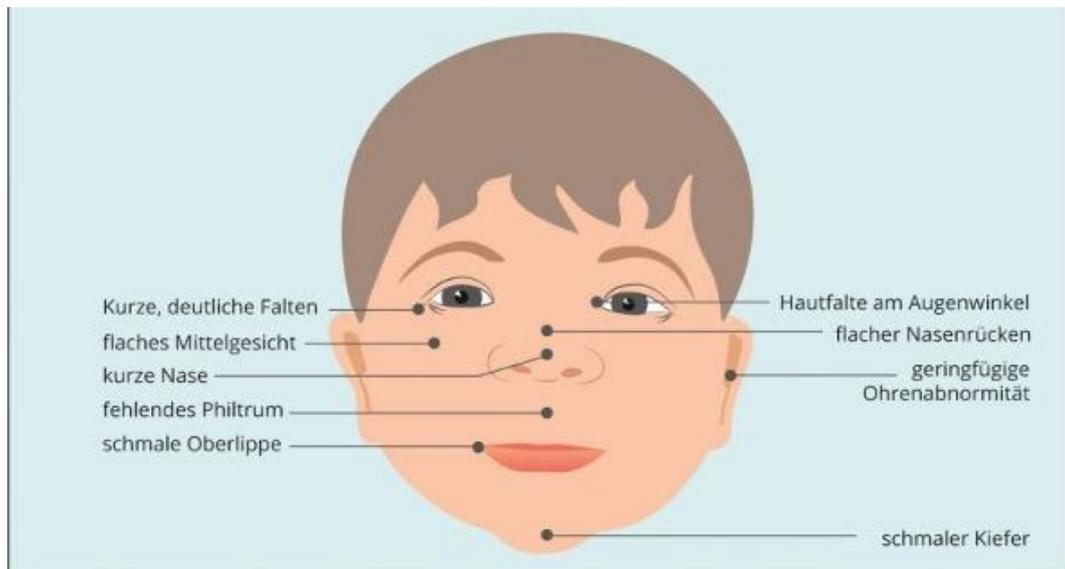


Abbildung 8. Faziale Auffälligkeiten. Nach Fachzentrum für Pflegekinder mit FASD Köln, n.d.

In der Literatur wird insbesondere die schmale Oberlippe, das verstrichene oder fehlende Philtrum und das flache Mittelgesicht fast immer zu den typischen Gesichtsdysmorphien gezählt. Die Abbildung verdeutlicht jedoch, dass es noch weitere Auffälligkeiten gibt, die auf FASD hinweisen können.

Um aufzuzeigen, wie sich die Gesichtsdysmorphien bei Kindern und Jugendlichen mit FASD zeigen, werden nachfolgend Fotos von betroffenen Kinder und Jugendlichen in verschiedenen Altersstufen auf den Abbildungen 9-13 aufgezeigt.

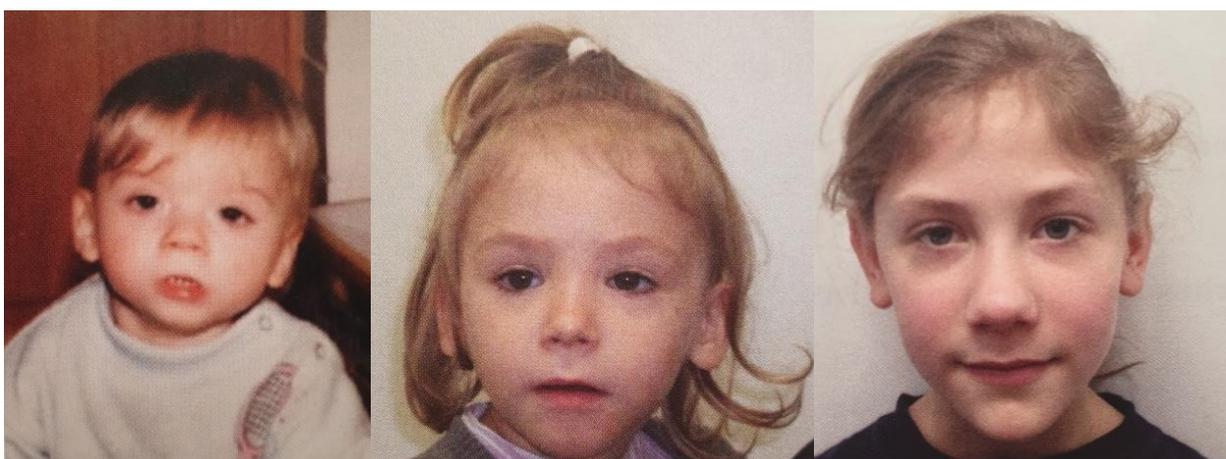


Abbildung 9. FAS, 13 Monate alter Junge. Nach Spohr, 2016, S. 60.

Abbildung 10. FAS, 3-jähriges Mädchen. Nach Spohr, 2016, S. 68.

Abbildung 11. FAS, 11-jähriges Mädchen. Nach Spohr, 2016, S. 72.



Abbildung 12. FAS, 16-jähriger Jugendlicher. Nach Spohr, 2016, S. 77.

Abbildung 13. FAS, 18-jährige Jugendliche. Nach Spohr, 2016, S. 78.

3.4.6 Störungen im Sozialverhalten

Bereits dargelegt wurde eine Reihe an körperlichen Merkmalen, die bei FASD auftreten können. Nebst der körperlichen Ebene bestehen aber oftmals auch ein auffälliges Sozialverhalten (Blackburn, 2017, S. 12; vgl. Kap. 3.4.6). Holtkamp (2015) beschreibt, wie diese bereits im jungen Alter auftauchen, ohne, dass dafür eine Erklärung besteht (S. 47). Diese Auffälligkeiten «können nicht einzig mit gestörter Hirnentwicklung erklärt werden, ebenso können genetische und frühe Kindeserlebnisse ausschlaggebend sein» (S. 48). Im Gegensatz zu den körperlichen Symptomen werden soziale Verhaltensstörungen mit zunehmendem Alter immer auffälliger (S. 48). Die Probleme im Sozialverhalten sind nach Spohr (2016) auch häufig der Grund, dass Betroffene nicht in der Regelschule eingeschult werden (S. 73).

Eine häufige Auffälligkeit im Sozialverhalten ist die Hyperaktivität, welche meistens bereits im Kindesalter auftritt (S. 69). Gemäss Holtkamp (2015) sind etwa 72 % davon betroffen (S. 48).

Spohr zeigt auf, wie es durch das fehlende Bewusstsein von möglichen Konsequenzen, insbesondere im Jugendalter oft zu Risikobereitschaft kommt, die teils auch zu kriminellen Entwicklungen führt. Dies kann einerseits durch Druck von anderen Personen (2016, S. 81) oder nach Holtkamp auch aus falschem Verständnis von Eigentumsverhältnissen geschehen, indem gewisse Dinge von betroffenen Jugendlichen lediglich als geborgt oder verloren betrachtet werden. Weiter besteht vielfach eine Distanzlosigkeit, die sich aus einem Mangel an Feingefühl ergibt (2015, S. 49).

Resümierend kann gesagt werden, dass die möglichen Auffälligkeiten und somit Folgen des Alkoholkonsums sehr zahlreich sind. Jede betroffene Person kann daher ein sehr unterschiedliches Störungsbild aufweisen, weshalb die Situation auch immer individuell betrachtet werden sollte. Auffällig ist dabei, dass der Alkohol beim ungeborenen Kind zu ähnlichen Schäden führt, wie dies bei der Mutter der Fall ist (vgl. Kap. 1.3.1).

Die vielen dargelegten Aspekte deuten ausserdem darauf hin, dass sich dadurch für betroffene Kinder und Jugendliche diverse Herausforderungen in den unterschiedlichen Lebensabschnitten stellen.

3.5 Folgen

Insgesamt konnte nun bereits aufgezeigt werden, dass FASD eine weit verbreitete Erkrankung ist, unter der viele Kinder leiden (vgl. Kap. 3.3). Im vorgehenden Kapitel wurde zudem aufgeführt, welche Auffälligkeiten und Einschränkungen durch die pränatale Alkoholexposition entstehen können. In diesem Kapitel soll nun darauf eingegangen werden, was diese Einschränkungen und Auffälligkeiten für das Leben der Betroffenen bedeutet und was für besondere Herausforderungen miteinhergehen. Die Folgen, welche FASD mit sich zieht, sind vielfältig und unterscheiden sich je nach Lebensabschnitt, in dem sich die Betroffenen befinden. Nachgehend werden einige dieser Folgen aufgeführt und erklärt.

3.5.1 Kindesalter

Zuerst soll auf das Kindesalter eingegangen werden. Gerade in diesem Alter erleben die betroffenen Kinder in ihrem Umfeld grosse Herausforderungen. Auch das Umfeld an sich erlebt grosse Herausforderungen. Darauf soll im Kapitel 4.1 näher eingegangen werden. Da das Kindesalter viele verschiedene Entwicklungsstadien beinhaltet wird diese Zeitspanne in weitere drei Kategorien unterteilt: frühe Kindheit, Kindheit & Vorschulalter und Schulalter.

Frühe Kindheit

Die Herausforderung für die Kinder beginnt bereits bei der Geburt. Vielfach handelt es sich bei FASD Kindern um eine Früh- oder Mangelgeburt (Spohr, 2016, S. 60). Zudem werden bereits nach der Geburt die erwähnten Auffälligkeiten im Bereich Wachstum und Organfunktion und Dismorphie ersichtlich (vgl. Kap. 3.4). Gemäss Spohr erleben die betroffenen FASD Säuglinge oftmals eine Irritabilität und ein Alkoholentzugssyndrom. Dies insbesondere dann, wenn bei der Mutter ein mehrfacher Drogenkonsum vorlag. Die Säuglinge sind durch Unruhe, Schwitzen, Zittern, Reizbarkeit und nervöse Schlafstörungen geplagt (S. 60). Bestand bei der Mutter eine Abhängigkeit von Alkohol oder geschah der Alkoholkonsum im Zusammenspiel mit einer anderen Drogenabhängigkeit, so sind die Neugeborenen oft behandlungsbedürftig und müssen bspw. intensiv mit Morphium behandelt werden. Häufig haben die Säuglinge auch grosse Mühe einzuschlafen oder durchzuschlafen (S. 61). Dazu kommen Regulationsstörungen, die oft zu Schreiphasen führen, welche Stunden anhalten können, ohne dass dabei Ärzte oder Psychologen Hilfe leisten könnten. Diese Schreiphasen können über Monate fortbestehen und können beim Kind zu chronischen Erschöpfungszuständen führen. Weiter kommt es vielfach zu einer

Prädisphagie. Durch den oft noch zu wenig ausgebauten Schluckakt können die Säuglinge nicht richtig schlucken und saugen. Es kann zur Nahrungsverweigerung und Erbrechen nach dem Nahrungsaufnahme kommen. Vielfach können nur kleine Trinkmengen auf einmal zu sich genommen werden (S. 62). Ausserdem kommt häufig eine Infektanfälligkeit vor, wobei die oberen Atemwege besonders anfällig sind. Weiter sind Mittelohrentzündungen, Paukenergüsse sowie Entzündungen der Nasennebenhöhlen häufig (S. 63-64).

Kindheit und Vorschulalter

FASD Kinder sind in ihrer motorischen, sprachlichen und kognitiven sowie in der emotional-sozialen Entwicklung rückständig (Spohr, 2016, S. 64; vgl. Kap. 3.4). Dieser Entwicklungsrückstand wird nach Spohr in diesem Alter erstmals sichtbar. Im Bereich der Sprache sind Kinder dabei meist nicht nur in der expressiven Sprache, sondern auch in der rezeptiven Sprache eingeschränkt. Dies bedeutet, dass sie oftmals nicht verstehen können, was ihnen gesagt wird (S. 64). Antworten werden dennoch meist durch eingeübte Muster gegeben. So fällt dieser Entwicklungsrückstand selten sofort auf. Es kann jedoch auch sein, dass die Sprachentwicklung gut ausgeprägt ist und andere Defizite so überdeckt werden. Insgesamt reden die Kinder jedoch sehr viel (S. 66). Auch die Wachstumsverzögerung wird weiter deutlich (vgl. Kap. 3.4.3) und die Kinder haben oft Dystrophie, sprich Mühe, an Gewicht zuzunehmen (S. 64).

Im Bereich der Motorik ist die Grobmotorik oftmals normal. Jedoch fallen den Kindern verschiedene Tätigkeiten aufgrund von Wahrnehmungsstörungen schwer. Beispielsweise können sie oftmals nicht richtig Fussball spielen oder Radfahren. Es zeigt sich eine Art Tollpatschigkeit und Ungeschicktheit. Auge-Hand-Koordinationen fallen schwer und die Feinmotorik ist oft nicht altersgemäss entwickelt, was sich bspw. in Zeichnungen zeigen kann. Dazu kommen in diesem Alter häufig motorische Unruhen und fehlende Gefahrenschätzungen, was zu vielen Risiken und Verletzungen beim Spielen und Klettern führen kann (S. 65). Diese Auswirkungen können dazu führen, dass das Kind viele Misserfolge erlebt und von anderen Kindern ausgeschlossen wird.

Auch die in Kapitel 3.4.3 aufgeführten Beeinträchtigungen der Gedächtnisfunktion wird in diesem Alter für die Kinder ein Problem. Gemäss Spohr (2016) können sich die Kinder einfachste regelmässige Abläufe wie Zähneputzen, Tischdecken usw. nicht merken und es mangelt ihnen an altersentsprechender Selbständigkeit oder Eigeninitiative. Dabei ist insbesondere die mangelnde Kompetenz, eine Verbindung zwischen Handeln und Folgen herstellen zu können, für die Kinder verheerend (S. 67). Ist die FASD nicht festgestellt, schätzen

viele Personen die Kinder falsch ein und schieben die "Vergesslichkeit" und "Begriffsstutzigkeit" auf Unwillen oder schlechte Erziehung (S. 68).

Gemäss Spohr nehmen die Kinder sich und ihre Umwelt anders wahr als ihre Altersgenossen. Diese Wahrnehmungsstörung lässt sich oft durch Distanzlosigkeit feststellen (vgl. Kap. 3.4.6). Zusammen mit häufig mangelhafter Impulskontrolle (vgl. Kap. 3.4.3) verhalten sich die Kinder gegenüber anderen dominant und rasch übergriffig und es kann zu selbst- und fremdgefährdendem Verhalten kommen. Dadurch kann schnell eine soziale Isolation entstehen, wobei sie vielfach nicht verstehen können und nicht merken warum (S. 68-69). Auch Freundschaften können FASD Kinder nicht einordnen. Alle kurzen Kontakte gelten für sie als Freundschaft (S. 68). Durch mangelndes Distanzgefühl und mangelnde Gefahreinschätzung kann es vorkommen, dass FASD Kinder arglos mit fremden Personen mitgehen, nur weil diese nett zu ihnen sind. Vor allem, wenn die Kinder zuvor Missbrauch erlebt haben, ist auch ein sexualisiertes Verhalten nicht selten. So greifen sie der Mutter an die Brust oder setzen sich als kleines Mädchen fremden Männern bspw. im öffentlichen Verkehr auf den Schoß (S. 69).

Vom Umfeld werden die Kinder nach Spohr auch anders wahrgenommen. Im Kindergarten oder mit anderen Kindern spielen sie oft den "Clown" und "mischen alles auf". Durch die heftigen Wutanfälle und Impulsprobleme ängstigen sie andere Kinder vielfach. Auch die Hyperaktivität (vgl. 3.4.6) zeigt sich oft bereits im Vorschulalter. Die Kinder mit FASD haben viel Energie, können oft unermüdlich herumrennen und herumtollen und sich nur schwer lange mit einem Spielzeug beschäftigen (S. 69).

Schulalter

Im Schulalter zeigen sich Wachstumsstörungen (vgl. Kap. 3.4.4) gemäss Spohr oft, indem die Kinder meist einen Kopf kleiner als ihre Mitschülerinnen und Mitschüler sind. Sie sehen vielfach schwächlich aus und lieben Sport und das Herumtoben. Häufig werden FASD Kinder von Gleichaltrigen nicht akzeptiert, was dazu führt, dass sie sich lieber mit kleineren Kindern abgeben (2016, S. 71). Insgesamt werden FASD Kinder jedoch von anderen Kindern häufig gemieden und gehänselt (Landgraf & Hoff, 2019, S. 51; Spohr, 2016, S. 75). Diese Ablehnung kann gemäss Spohr auch zum "Mobbing" führen oder es können auch "falsche" Freunde entstehen. Die Kinder versuchen nämlich oft, sich mit Geschenken beliebt zu machen. Dies, da sie einen intensiven Wunsch nach Beziehungen haben. In diesen "falschen" Freundschaften werden sie danach vielfach ausgenutzt oder benutzt. Dabei merken sie oft nicht, dass dies der Fall ist, da sie die Beweggründe der anderen nicht wirklich einschätzen können. Für die benötigten Geschenke stehlen sie zudem öfters Geld von ihren Eltern (2016, S. 75), was sich wiederum negativ auf die Beziehung zwischen Eltern und Kind auswirken kann. Zudem lässt

sich erschliessen, dass der ganze Mobbing- und Aussenseiteraspekt die Schulzeit für die FASD Kinder zu einer Qual werden lassen kann.

Nach Spohr (2016) ist je nach Schweregrad der FASD für die betroffenen Kinder von Beginn an keine normale Einschulung möglich. Dies aufgrund der Lernprobleme und der in Kap. 3.4.3 aufgeführten Auffälligkeiten (S. 73). Es kann andererseits vorkommen, dass die Kinder ganz normal eingestuft werden und die Auffälligkeiten auch im Bereich der Lernbeeinträchtigung erst mit fortgeschrittener Zeit auffallen. Die Schwierigkeiten, die im Merken von Dingen und Lernen auffallen, werden zu Beginn oft als Lernunwilligkeit angeschaut. Auffallend wird der Unterschied zu den anderen Kindern insbesondere bei Anforderungen an das abstrakte Denken, wie es bspw. in der Mathematik gebraucht wird (S. 74). Insgesamt treten in der Zeit des Schulalters diese Auffälligkeiten am häufigsten auf: motorische Unruhe, geringe Aufmerksamkeitsspanne, Impulsivität, Störung der Gedächtnisleistung und Teilleistungsstörung (S. 70). Die betroffenen Kinder haben Mühe, ihre Aufmerksamkeit auf wichtige Informationen zu richten und aufgrund der Schwäche in der Gedächtnisleistung fällt es ihnen schwer, aus Fehlern zu lernen. Damit zusammenhängend sind auch die alltäglichen Abläufe für die Kinder nicht einfach. Es kann dadurch, dass die Kinder nicht verstehen, was von ihnen verlangt wird und sie überfordert sind, immer wieder zu starken aggressiven Ausbrüchen kommen. All dies kann wiederum dazu führen, dass die Beziehung zu den Eltern belastet ist (S. 75). Auch das fehlende Zeitgefühl wird in diesem Alter ersichtlich. Die betroffenen Kinder haben oft Mühe mit Uhrzeiten. Sie können zwar erlernen, die Zeit abzulesen jedoch fehlt das Verständnis und das Gefühl für die Zeit, dies auch bei immer wiederkehrenden alltäglichen Tätigkeiten. Ausserhalb des familiären Umfelds haben sie zudem Mühe, sich zu orientieren. Die Orientierung kann nur mit viel Geduld und Unterstützung erlernt werden (S. 74).

Die vielseitigen Probleme führen bei den Kindern oft zu depressivem Rückzug, Ängsten, Schulschwänzen und aggressivem Verhalten. Auf der anderen Seite haben die betroffenen Kinder auch viele gute Eigenschaften. Häufig sind sie liebenswert und hilfsbereit, musikalisch, redegewandt und charmant. Sie können oft gut mit jüngeren Geschwistern umgehen und können sich gut und liebevoll um Haustiere kümmern. Weiter können sie sehr anhänglich sein und zeigen eine kindliche Zuneigung (S. 76).

3.5.2 Jugendalter

Wurde die Diagnose nicht bereits gestellt, wird im Jugendalter gemäss Spohr (2016) oft nicht mehr an FASD gedacht. Häufiger sind sonstige vielfältige psychiatrische Diagnosen ohne Behandlungserfolg gestellt worden (S. 77). Die Dismorphiezeichen (vgl. Kap. 3.4.5) sind im Jugendalter häufig weniger ausgeprägt. Die Nasenform verändert sich jedoch oft in eine eher

grosse Nase mit breitem, geradem Nasenrücken. Warum dies so ist, ist bis heute ungeklärt. Auch ist ungeklärt, warum insbesondere postpubertäre Mädchen im Jugendalter nicht mehr an Untergewicht, sondern an Übergewicht leiden (S. 79). Die Schulprobleme bestehen weiterhin und führen nicht selten zu einem Schulversagen (S. 80). Streissguth et al. (2004) kamen in ihrer Studie auf das Ergebnis, dass insgesamt 61% aller Betroffenen eine gestörte Schulerfahrung erlitten haben (S. 228). Auch die Berufsausbildung stellt für die Jugendlichen eine grosse Problematik dar. Nach Spohr (2016) sind auch hier die Erwartungen von aussen her vielfach belastend. Die Jugendlichen werden aufgrund ihrer verbalen Fähigkeiten und ihrer Intelligenz überschätzt und ihre Auffälligkeiten werden auch im Jugendalter von Lehrpersonen und Ausbildnern fehlender Motivation oder oppositionellem Verhalten zugeschrieben (S. 190). Die Jugendlichen möchten jedoch auch immer selbständiger sein und Eigenverantwortung tragen. Dementsprechend nehmen sie den Rat von Eltern weniger häufig wahr und es kommt vermehrt zu Konflikten (S. 80). Diese sind vielfach durch heftige verbale und teils auch körperlich aggressive Ausbrüche geprägt. Die Wohnsituation zu Hause kann in manchen Fällen so schwierig werden, dass die Jugendlichen in heilpädagogisch-therapeutische Einrichtungen gehen müssen (S. 81).

Weiter beschreibt Spohr, dass insbesondere die betroffenen Mädchen in Gefahr sind, sich auf negative Liebschaften einzulassen. So kann es vorkommen, dass sie sich mit älteren Männern treffen, welche sie bspw. in Chatrooms kennenlernen. Diese werden dann ziemlich bald als die "grosse Liebe" betrachtet. Das kann zu emotionalen Krisen, gesundheitlichen Folgen und möglicherweise einer ungewollten Schwangerschaft führen (S. 81). Zudem kommt es häufig vor, dass FASD Jugendliche Straftaten begehen. In der Regel sind dies keine Gewaltverbrechen (S. 196). Streissguth et al. (2004) fanden in ihrer Studie mit 415 FASD-Betroffenen heraus, dass 60% mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind (S. 228). Gemäss Spohr entstehen viele solche Delikte durch den Druck von "falschen Freunden". Die FASD Jugendlichen möchten diesen aufgrund ihres oft nur geringen Selbstwertgefühls imponieren und lassen sich mit ihrer Gutmütigkeit und Fehleinschätzung zu solchen Taten hinreissen (2016, S. 81). Kommt es so weit, dass die Jugendlichen zu den Handlungen Stellung nehmen müssen, erzählen sie gemäss Holtkamp vielfach offensichtliche Unwahrheiten. Dies nicht mit böswilligen Absichten, sondern einfach dadurch, dass der Ablauf für sie unklar bleibt. Da auch das Schuldbewusstsein fehlt, wirken sie häufig nicht einsichtig. All dies führt oft zu sehr harten Bestrafungen, aus denen wiederum nicht wirklich gelernt wird (S. 57). Die Jugendlichen mit FASD können nach Spohr weiter vielfach nicht mit Geld umgehen. Dies kommt von dem häufig fehlenden Zahlen- und Mengenverständnis. Ihre Defizite überspielen die Jugendlichen oft mit einer verbalen "Grossspurigkeit".

Die Mobbingthematik in der Schule oder auch in der Ausbildung bleibt bestehen und die Betroffenen erleben weiterhin vielfach Ablehnung und Hänseleien aus ihrem Umfeld.

Die vielen Probleme, mit denen die betroffenen Jugendlichen konfrontiert sind, können auch in der Jugendphase dazu führen, dass zusätzliche depressive Symptome entstehen (2016, S. 81).

Eine weitere Thematik, der die Jugendlichen mit FASD in diesem Alter entgegenstehen, ist das Einfinden im Arbeitsmarkt. Dies stellt oft eine grosse Herausforderung dar. Nach Spohr und Steinhausen (2008) schaffen es trotz intensiver und langer schulischer und beruflicher Unterstützung nur 13,5 % der betroffenen jungen Erwachsenen, eine Berufsausbildung zu absolvieren oder ihren eigenen Lebensunterhalt zu verdienen (S. 696). Dies obwohl viele Betroffene gerne gleichberechtigt am Arbeitsmarkt teilhaben möchten, was jedoch aufgrund ihrer Defizite oftmals nicht möglich ist und sie auch in der Arbeitswelt und bei Vermittlungsverfahren vielfach überschätzt werden (Michalowski, 2016, S. 173).

Weiter haben nach Holtkamp Jugendliche mit FASD oft unrealistische Vorstellungen über ihre Zukunft. Sie leben viel mehr in der Gegenwart. Dabei nennt sie ein Beispiel aus der Praxis, wo eine 16-jährige Jugendliche ihr von ihrem neuen Freund erzählt, mit welchem sie eine gemeinsame Zukunft aufbauen möchte. Die Jugendliche meint: "Der kriegt total viel Taschengeld, davon kaufen wir uns dann einen Bauernhof." (2015, S. 58)

Auch die Wohnthematik wird in diesem Alter aktuell. Es stellt sich oftmals die Frage, mit welcher Wohnform es nach dem Erreichen der Volljährigkeit weiter gehen soll (Lepke & Spreyer, 2016, S. 65-78). Die Jugendlichen mit FASD haben gemäss Holtkamp oft wie alle anderen Jugendlichen den Wunsch nach einer selbständigen Lebensführung, welche jedoch vielfach nicht möglich ist (2015, S. 60).

3.5.3 Erwachsenenalter

Die Wohnthematik verbindet das Jugendalter mit dem Erwachsenenalter. Denn auch im Erwachsenenalter bleibt das selbständige Leben eine Herausforderung für die Betroffenen. Spohr und Steinhausen (2008) kamen in ihrer Studie diesbezüglich auf folgende Ergebnisse: 29,5% der FASD Erwachsenen konnten ein selbständiges Leben führen, 70,5% lebten in abhängigen oder betreuten Verhältnissen. In ihrer Studie konnten zudem 86,5% der FASD-Betroffenen ihren eigenen Lebensunterhalt nicht verdienen und hatten keine langfristige Beschäftigung oder waren arbeitslos. Die Ergebnisse stimmen dabei mit denjenigen aus amerikanischen Studien überein, obwohl alle Untersuchten in ihrer Studie in ihrer Kindheit von vielen Schutzfaktoren (vgl. Kap. 3.7) profitieren konnten. Spohr und Steinhausen nennen es zudem als bemerkenswert, dass sie betreffend der Lebensbewältigung keinen Unterschied

zwischen jungen Erwachsenen mit FAS und solchen mit pFAS oder ARND feststellen konnten (S. 696).

Auch die Kriminalität bleibt im Erwachsenenalter ein grosses Thema. Spohr meint: "Verhaltensprobleme nehmen sogar eher deutlich zu und können zu schwerwiegenden Konsequenzen wie Kriminalität, Verschuldung, Alkoholproblemen, Suizidalität etc. führen." (2016, S. 191) Von den 60% der von Streissguth et al. (2004) untersuchten FASD-Betroffenen, welche mit dem Gesetz in Konflikt kamen, erlebten 50% einen Freiheitsentzug in einer Haftanstalt, einem Gefängnis, einer psychiatrischen Einrichtung oder einer Alkohol- oder Drogenklinik. Dabei waren die Gründe bei 49% unangemessenes sexuelles Verhalten bei wiederholten Gelegenheiten und bei 35% Alkohol- oder Drogenprobleme. Die Chancen, diesen negativen Folgen zu entgehen, steigen um das Zwei- bis Vierfache, wenn die Diagnose des FASD in einem früheren Alter gestellt wird und die Kinder in einem guten, stabilen Umfeld aufwachsen (S. 228).

Insgesamt erleben die Erwachsenen Menschen häufig über ihre Lebensspanne Stigmatisierung, soziale Isolation, Obdachlosigkeit und fallen häufig durch das soziale Netz (Landgraf & Hoff, 2019, S. 56). Erwachsene mit FASD können sich gemäss Spohr bei Sozialämtern, Agenturen für Arbeit oder auch Amtsärzten oft nicht klar verständigen, werden auch dort überschätzt und können sich dadurch nicht genug verständlich machen, um ihre Ansprüche auf Hilfe und Unterstützung geltend zu machen. Vielfach erhalten die Betroffenen nicht die Hilfe, welche sie benötigen würden (2016, S. 190).

Eine Frau mit FASD erzählt rückblickend auf ihr Leben von ihren Erfahrungen. Sie schildert, dass für sie das Leben schon immer anstrengend gewesen ist. Sie konnte sich nie richtig entspannen. Insgesamt ist sie von ihrem Umfeld immer als unfähig und nicht wollend betrachtet worden. Ihre Diagnose hat sie in Deutschland erst mit 49 Jahren erhalten, was für sie ein wichtiger Meilenstein war. Zusätzlich hat sich bei ihr eine chronische Erschöpfung, Bulimie, Depressionen und eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung entwickelt. Zu ihrer Geschichte sagt sie:

"Es wäre verrückt von einem Körperbehinderten zu verlangen, dass er einen Hürdenlauf absolviert und zwar in der gleichen Zeit wie ein Nichtbehinderter. Aber genau das ist mir passiert, das hat man ständig von mir verlangt. Diese verdammte Behinderung ist für andere unsichtbar, und somit nicht vorhanden, aber ich bin damit ständig konfrontiert jeden Tag von morgens bis abends."

(Anonym, zitiert nach Spohr, 2016, S. 162-165)

Aus diesen Ausschilderungen lässt sich erkennen, dass FASD bis ins Erwachsenenalter vielseitige Folgen hat. Die Fragestellung der Arbeit bezieht sich auf die Kinder und Jugendlichen mit FASD. Das Erwachsenenalter wurde jedoch aufgegriffen, damit eine übersichtliche Darlegung der Folgen ausgeführt wird. Daraus lässt sich erkennen, dass die Herausforderungen mit dem Erreichen des Erwachsenenalters nicht einfach aufhören. Für Fachpersonen werden diese Informationen zudem wichtig, um ein breiteres Verständnis des Störungsbildes und dessen Folgen zu erhalten.

3.6 Komorbide Störungen und Begleiterscheinungen

In der Literatur können viele verschiedene komorbide Störungen sowie Begleiterscheinungen bei FASD festgestellt werden. Gemäss Spohr und Steinhausen (2008) wurden im Bereich FASD nicht viele Studien betreffend den Langzeitfolgen durchgeführt (S. 695). Die im historischen Kontext bereits erwähnte Langzeitstudie von Streissguth et al. (1996), die in der USA durchgeführt wurde, lieferte allerdings wichtige Erkenntnisse. Sie fanden heraus, dass 94% aller untersuchten FASD-Betroffenen zusätzliche psychische Gesundheitsprobleme aufweisen (S. 6).

Popova et al. führten im Jahr 2016 eine Metaanalyse betreffend der Komorbiditäten bei FASD durch. Dabei konnten sie 127 von 5'068 Studien finden, welche den jeweiligen Gütekriterien zur Datenaushebung gerecht wurden (S. 978). Aus dieser Analyse ergaben sich insgesamt 428 Begleitstörungen bei FASD (S. 982). In der Diskussion betonen Popova et al., dass beachtet werden muss, dass FASD eine verbreitete Störung ist und dementsprechend können andere häufig vorkommende Störungen zur selben Zeit auftreten, ohne dass eine Kausalität vorhanden ist. Dennoch zeigt die Studie, dass Menschen mit FASD komorbide Störungen erleben. Diese kommen erheblich häufiger vor als bei Personen ohne FASD. Die gefundenen komorbiden Störungen trafen bei Menschen mit FASD teils bis zu hundert Mal wahrscheinlicher auf (S. 985).

Daraus wird deutlich, wie viele Begleitstörungen bei FASD auftreten können. Nachgehend soll auf die komorbiden Störungen und Begleiterscheinungen eingegangen werden, die in der Literaturrecherche vermehrt auftreten und insgesamt bekannt sind.

ADHS

Bhatara, Loudenber und Ellis (2006) fanden in einer Studie heraus, dass ADHS die am meisten vorkommende komorbide Störung von FASD ist. Bei 41% der untersuchten Kinder mit FASD aus den untersuchten Staaten in Amerika lag gleichzeitig ein ADHS vor (S. 515). Der jeweilige Bezug, der die beiden Störungen zueinander haben, ist dabei gemäss Spohr unklar. Mehrere Hypothesen versuchen, die Bezüge herzustellen. Es konnte bislang jedoch keine plausibel bestätigt oder widerlegt werden. Eine Hypothese besagt beispielsweise, dass dies ein zufälliges

Zusammentreffen sei, da ADHS so häufig vorkomme. Eine andere meint, dass bei ADHS Alkoholkonsum wahrscheinlicher ist und Frauen mit ADHS dementsprechend in der Schwangerschaft vermehrt trinken und das ADHS genetisch weitergeben. Weiter wird vermutet, dass FASD und ADHS eine gemeinsame Pathogenese bereits im sich entwickelnden Fötus haben. Es wird auch die Hypothese aufgestellt, dass die Alkoholexposition während der Schwangerschaft direkt auch ADHS verursacht. Als letzte These wird gesagt, dass ADHS im Zusammenhang mit FASD ein eigener klinischer Subtyp von ADHS sei (2016, S. 105).

Die beiden Syndrome weisen eine hohe Ähnlichkeit auf (Schlachtberger, 2017, S. 25). Jedoch weisen sie auch deutliche Unterschiede auf. Diese werden in der Tabelle 1 angelegt an eine Grafik von Spohr (2016) aufgezeigt, welche sich dabei an den Ergebnissen eines Reviews von Mattson, Crocker und Nguyen (2011) stützen (vgl. Mattson, Crocker & Nguyen, 2011). Betreffend der Aufmerksamkeit wird darin ersichtlich, dass Kinder mit FASD Probleme haben, diese zu verlagern. Kinder mit ADHS haben jedoch Probleme, diese zu fokussieren oder aufrechtzuerhalten. Beim FASD kommen zu den gemeinsamen Ausprägungen zusätzlich noch mehr Punkte hinzu, bei denen Schwierigkeiten auftreten als beim ADHS. Insbesondere das Problemlöseverhalten und die Alltagsfertigkeiten, welche auch im Kapitel der Entstehung und der Auswirkungen oft Thema waren, sind hierbei zu nennen.

Tabelle 1

Ähnlichkeiten und Besonderheiten von ADHS und FASD

FASD stärker beeinträchtigt als ADHS	Keine signifikanten Unterschiede zwischen FASD und ADHS	ADHS stärker beeinträchtigt als FASD
<ul style="list-style-type: none"> • Problemlösung • Wortflüssigkeit • IQ • Aufmerksamkeit verlangen • Interpretation verbaler Stimuli • Alltagsfertigkeiten • Erkennen von Geschichten und Emotionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Set shifting • Komplexmotorische Aufgaben • Gleichgewicht • Soziale Fähigkeiten • Kommunikationsfähigkeiten • Verhaltenseinschätzung der Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Basic Motor Control • Aufmerksamkeit fokussieren • Aufmerksamkeit halten • Abruf von Informationen

Die Daten der Tabelle wurden eins zu eins aus der Abbildung von Spohr, 2016, S. 106 entnommen.

Auch wenn noch nicht herausgefunden wurde, wie genau ADHS und FASD zusammenhängen, konnte gezeigt werden, dass ADHS vielfach in Kombination mit FASD vorkommt. Gemäss Härter ist die Unterscheidung dieser ähnlichen Syndrome insbesondere deshalb so relevant, da die Förderung im Pädagogischen unbedingt über die Vorgehensweise bei ADHS-Fällen hinausgehen muss (zitiert nach Schlachtberger, 2017, S. 25).

Schlafstörungen

Schlafstörungen im Kindesalter weisen ungefähr eine Prävalenz von 20% auf (Kirchhoff et al, 2012, S. 62). Ist FASD vorhanden, besteht eine Prävalenz von 58% (Goril, Zalai, Scott & Shapiro, 2016, S. 59), was wesentlich höher ist. FASD Kinder haben im Vergleich zu anderen Kindern aufgrund der Schlafstörungen erhebliche Störung der Aktivität, des Verhaltens, der Kognition, Emotion und der allgemeinen Gesundheit (Spohr, 2016, S. 85). Gemäss Veer sollte insbesondere bei diesen Kindern sorgfältig untersucht werden, woher die Schlafstörungen kommen (S. 82). Ursachen können Wahrnehmungsstörungen sein, wodurch Umwelteinflüsse störender wirken. Zudem können soziale, körperliche und emotionale Probleme den Schlaf beeinträchtigen (S. 80).

Verhaltensstörungen

Störungen des Sozialverhaltens:

Unter Störungen des Sozialverhaltens werden Verhaltensschwierigkeiten, Unruhe stiftendes Verhalten sowie Impulsivität verstanden. Dies konnten Popova et al. (2016) bei über 90% der Menschen mit FASD feststellen (S. 984). Gemäss Pei et al. gilt FASD als erwiesener Risikofaktor für eine Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens. Dennoch müssen hierbei die individuellen Faktoren genau betrachtet werden, da die Relationen komplex sind und die Umweltfaktoren ebenfalls einen grossen Einfluss haben (2011, S. 441).

Störungen des Sexualverhaltens:

Die Studie von Streissguth et al. (1996) ergab, dass 45% der untersuchten Menschen mit FASD über 12 Jahren ein unangemessenes Sexualverhalten aufwiesen (S. 6). Dabei wurden folgende unangemessene Formen des Sexualverhaltens gezeigt: Sex mit Tieren, Telefonbelästigung, Inzest, öffentliche Masturbation, Voyeurismus, Zwangsverhalten, Exhibitionismus, Promiskuität, sexuelle Belästigungen durch Berührung und Aufdringlichkeit. Die aufgeführten Formen nehmen bei den Betroffenen dabei von der erstgenannten zu der letztgenannten prozentual zu. Dementsprechend ist der Sex mit Tieren mit ca. 2% am wenigsten häufig und die sexuelle Belästigung durch Aufdringlichkeit mit ca. 17% am häufigsten (S. 49).

Depressionen, Stimmungs- und Angststörungen

Festgestellt wurde, dass Alkohol die Entstehung von Depressionen und Angsterkrankungen begünstigt (vgl. Kap. 1.3.1). Dasselbe gilt für Kinder, die pränatal Alkohol ausgesetzt waren. Gemäss Pei et al. haben Kinder mit FASD mehr internalisierende Störungen als gewöhnlich. Diese sind jedoch schwerer festzustellen als die Externalisierenden (2011, S. 440). Eine Studie von O'Conner und Kasari (2000) ergab, dass pränatale Alkoholexposition stark mit depressiven Symptomen zusammenhängt. Sie sagen, dass FASD als eine Risikovariable für Depressionen angeschaut werden muss (S. 1084). O'Conner et al. (2002) kamen zudem in einer weiteren Studie auf die Ergebnisse, dass 87% der FASD-Betroffenen eine psychiatrische Störung aufwiesen, wobei bei 61% Stimmungsstörungen, bei 26% Depressionen und bei 35% bipolare Störungen festgestellt wurden (S. 743). Daneben kommen nach Pei et al. häufig auch Angststörungen vor (2011, S. 442). Streissguth et al. fanden zudem in einer Studie heraus, dass bei Menschen mit FASD zu 94% psychische Probleme entwickeln (1996, S. 4). Dabei wurde das bereits erwähnte ADHS mit 61% am häufigsten festgestellt, gefolgt von Depressionen mit über 50% (S. 35).

Bindungsstörungen und Traumafolgestörungen

Gemäss Schlachtberger sind Menschen mit FASD überdurchschnittlich von Bindungs- und Traumafolgestörungen betroffen. Die Symptome sind dabei ähnlich wie bei einem FASD, wobei es bei deren Behandlung häufig bessert. Diese Störungen lassen sich jedoch vor allem auf die Umstände des Aufwachsens zurückführen, bei denen Kinder mit FASD meist vielen Risikofaktoren ausgesetzt sind (2017, S. 25).

Suchterkrankungen

Häufig entwickeln Kinder mit FASD im Verlauf ihres Lebens eine Suchterkrankung. Alati et al. (2006) führten eine Studie mit über 2'500 Teilnehmenden durch. Dabei wurden Menschen mit FASD im Alter von 21 Jahren befragt. Es stellte sich heraus, dass 25% eine Alkoholstörung hatten und 6.1% eine klassifizierte Alkoholabhängigkeit. Dabei hatten diejenigen, deren Mutter während der Schwangerschaft bei den Trinkgelegenheiten jeweils mehr als drei Standardgetränke zu sich nahm, mehr als eine doppelte Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Suchterkrankung im frühen Erwachsenenalter (zitiert nach Pei et al., 2011, S. 443). Dies ist nicht erstaunlich, da bereits aufgezeigt wurde, dass ein knapper Drittel der Kinder deren Eltern an einer Alkoholabhängigkeit leiden, im Verlauf ihres Lebens ebenfalls eine Abhängigkeit entwickeln (vgl. Kap. 1.4).

Streissguth et al. (1996) stellten in ihrer Untersuchung bei 30% der FASD-Betroffenen über 12 Jahren Alkohol- oder Drogenprobleme fest (S. 4). Auch hier ist zu bedenken, dass die

Umwelteinflüsse nach der Geburt, sowie die genetische Veranlagung zur Sucht eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung von Alkohol- oder Drogenproblemen spielen (vgl. Kap. 1.4). Es lässt sich aber vermuten, dass bei Kindern mit FASD Alkohol vermehrt ein Thema in der Familie ist und eventuell eine elterliche Sucht besteht. Dies wiederum könnte eine Erklärung für die häufige Korrelation einer Suchterkrankung und FASD sein, da die Suchtbelastung der Familie ein grosser Risikofaktor für die eigene Suchtentstehung darstellt.

Suizid

O'Malley und Huggins (2005) fanden in einer Studie mit elf Erwachsenen mit FASD im Alter von 18-30 Jahren heraus, dass die Hälfte bereits einen Suizidsversuch hinter sich hatten. Dabei wurden drei Versuche als moderates Risiko, einer als leichtes Risiko und zwei als schwerwiegende Versuche eingestuft. Diese Raten der Suizidversuche sind höher als in der Restbevölkerung (S. 125). Die Teilnehmerzahl der Studie ist sehr klein und es ist fraglich, wie viel sie für die Gesamtbetroffenen von FASD aussagt. Streissguth et al. (1996) fanden in ihrer Studie heraus, dass 43% der Betroffenen suizidale Äusserungen gemacht haben und 23% tatsächliche Suizidversuche (S. 35). Spohr ergänzt, dass selbst bei keinem Verdacht auf suizidalen Gedanken, Jugendlichen und Erwachsenen mit FASD bei Untersuchungen zu Suizidgedanken abgefragt werden sollten. Es steht zudem zur Diskussion, ob es beim Risiko für Suizid einen Zusammenhang zwischen der pränatalen Alkoholexposition und den daraus resultierenden Hirnschädigungen gibt oder ob lediglich die zahlreichen postnatalen Belastungen hierfür verantwortlich sind (2016, S. 193).

Ersichtlich wird, dass nebst den verschiedenen Auswirkungen von FASD noch diverse komorbide Störungen und Begleiterscheinungen miteinhergehen, was zusätzliche Herausforderungen mit sich bringt.

Nebst den komorbiden Störungen und Begleiterscheinungen gibt es auch Störungsbilder, welche als Differenzialdiagnose in Betracht gezogen werden sollten.

Weitere Störungsbilder und Differenzialdiagnosen

Gemäss Schlachtberger kommt bei FASD auch Autismus insgesamt häufig vor. Dabei sind vor allem zu Beginn die Unterschiede nicht leicht zu erkennen (2017, S. 26). Es gibt weitere insbesondere dem FAS ähnlich sehende Syndrome. Nach Spohr (2016) sind es wenige, welche zudem nicht oft vorkommen. Dennoch sollte bei unklaren Diagnosen die differenzialdiagnostisch infrage kommenden genetisch bedingten Syndrome abgeklärt werden (S. 98). Darunter können folgende Syndrome fallen: Aarskog-Syndrom, Cornelia-de-Lange-Syndrom, Dubowitz-Syndrom,

Fetale Hydantoin-Syndrom, embryofetales Valproinsäure-Syndrom, Noonan-Syndrom und Williams-Beuren-Syndrom (S. 99).

3.7 Schutz- und Risikofaktoren

In vorangehendem Kapitel wurde ersichtlich, dass FASD mit vielen komorbiden Störungen und Begleiterscheinungen einher geht. In gewissen Studien konnten Schutzfaktoren bzw. auch Risikofaktoren in Bezug auf die Entwicklung von weiteren Störungen herausgearbeitet werden. Auch allgemeine protektive Faktoren für eine möglichst gute Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit FASD konnten in der Literatur gefunden werden.

In einer Studie zu Sekundärstörungen konnten Streissguth et al. (1996) folgende grundlegenden Schutzfaktoren betreffend der Entwicklung einer komorbiden Störung ausarbeiten:

- Aufwachsen in einem stabilen und fürsorglichen Zuhause
- Nicht viele Haushaltswechsel bzw. langzeitige Wohnarrangements
- Frühe Diagnose: vor dem 6. Lebensjahr
- Antrag und Erhalt von Unterstützungsleistungen
- Besitz eines Führerausweises
- Kein Opfer von Gewalt werden

(S. 6)

In Bezug auf das Gewalterleben hat sich in ihrer Studie gezeigt, dass viele Kinder mit FASD in ihrem Leben Gewalterfahrungen machen. 72% der untersuchten FASD-Betroffenen haben bereits körperlichen oder sexuellen Missbrauch erfahren. Diese Gewalterfahrungen sind ein starker Risikofaktor in der Entwicklung der Kinder und für die Entwicklung einer sekundären Störung. Insbesondere belastend ist die Gewalt in Bezug auf das Entstehen eines gestörten Sexualverhaltens (S. 7).

Die frühe Diagnose gilt als universeller und starker Schutzfaktor und auch die Unterstützungsleistungen werden von Streissguth et al. als starken Faktor eingestuft (1996, S. 5).

Zudem konnten sie aufzeigen, dass die Diagnose pFAS oder ARND anstelle von FAS sowie ein höherer IQ (über 70) die Entwicklung einer sekundären Störung begünstigen (S. 5). Dies hat sich gegen die Erwartungen von Streissguth et al. herausgestellt. Es wurde zuvor davon ausgegangen, dass ein höherer IQ für die Entwicklung förderlich ist. Die Studie zeigt jedoch das Gegenteil. Kinder mit einem höheren IQ entwickeln eher Sekundärstörungen und haben verheerendere Langzeitfolgen (1996, S. 6).

Eine mögliche Schlussfolgerung dieser Erkenntnis könnte sein, dass Kinder mit einem höheren IQ aus ihrem Umfeld für genug intelligent und fähig gehalten werden, um mit dem Alltagsleben zurecht zu kommen. Funktioniert dies nicht so wie gewünscht, kann dies zu einer grossen inneren Überlastung und zu einem hohen externen Druck führen. Auch, dass das Vollbild FAS im Vergleich zu pFAS und ARND eher eine Schutzfunktion hat, kann mit der Thematik der Belastung diskutiert werden. Ist die Störung des FASDs nach aussen nicht sichtbar und scheint die Person genug intelligent um ihr Leben selbst im Griff zu haben, werden Menschen mit FASD häufig gar nicht erst als FASD-Betroffene ausfindig gemacht und dementsprechend werden sie oftmals überfordert. Sie können den Ansprüchen nicht gerecht werden. Die insgesamt belastende Situation, die dadurch entsteht, könnte dementsprechend hier die Entwicklung negativ beeinflussen.

Als Risikofaktoren konnten Steissguth et al. (1996) insbesondere zwei Umstände herausfiltern:

- Das Zusammenleben mit Menschen, welche Alkohol bzw. Drogen missbrauchen (vgl. Kap. 1.3.2 & 1.4)
- Unerfüllte Grundbedürfnisse

(S. 24-25)

Duquette et al. (2006) führen die Wichtigkeit der Familie, in der die FASD Kinder aufwachsen, auf. Sie sagen, dass eine starke Familie ein grundlegender Schutzfaktor für die allgemeine Entwicklung der Kinder ist. Die Familie sollte an die Kinder hohe, aber angemessene Erwartungen haben. Dies ist insbesondere dahingehend wichtig, dass ein weiterer Schutzfaktor darin liegt, wenn die betroffenen Jugendlichen die Schule abschliessen können und es nicht zu einem Schulabbruch kommt. Eltern sollten deshalb weiter Befürworter eines regulären Bildungsprogrammes sein und ihre Kinder ermutigen, den Schulabschluss zu machen. Diese Handlungsformen der Eltern führten dazu, dass Kinder eher in der Schule blieben. Als Schutzfaktor zähle auch, wenn die Eltern durch Bestärkung und Unterstützung das Erfolgserleben der Betroffenen steigern (zitiert nach Pei et al., 2011, S. 444).

Die Wichtigkeit der Familie, in der die Kinder aufwachsen, wird auch von Feldmann (2016) betont. Als Schutzfaktor bzw. Voraussetzung für eine gute Entwicklung von Kindern mit FASD benennt er das Aufwachsen in einer gut strukturierten Familie. Zudem nennt er das Bemühen der Eltern um besondere Aktivitäten ihrer Kinder sowie die frühe Wertschätzung und Förderung massgebend. Er konnte herausfinden, dass dementsprechend diejenigen FASD Kinder, welche direkt nach Geburt in eine Pflegefamilie kamen und seit Beginn eine strukturierte und fördernde familiäre Umgebung hatten, signifikant weniger Störungen im

sozialen und emotionalen Bereich aufwiesen (S. 52). Auch Hobbys, in denen sich die Kinder entfalten können, werden als Schutzfaktor genannt. FASD Kinder sind in den motorischen und musischen Bereichen oft begabt. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, in welchem Setting die Hobbys stattfinden. Es hat sich gezeigt, dass Einzelsettings für Kinder mit FASD wesentlich besser sind, da es ihnen in Vereinen und Mannschaftssportarten schwerfällt, Regeln zu verstehen und einzuhalten. So können das Erlernen eines Instruments oder Einzelsportarten wichtige Schutzfaktoren für die weitere Entwicklung der Kinder sein. Durch diese Hobbys werden sie darin bestärkt, etwas zu können und geschätzt zu werden (S. 51).

Eine weitere Studie, welche sich mit Schutz- und Risikofaktoren auseinandersetzt, stammt von Pfänder, Liebig und Feldmann (2013). Sie untersuchten Kinder mit FASD insbesondere im Hinblick auf die Zugehörigkeit der Gesellschaftsschichten. Dabei konnten sie das Angehören der Oberschicht als Schutzfaktor insbesondere in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit von Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit feststellen. Die Kinder der Unterschicht hatten im Vergleich zu denjenigen der Oberschicht ein 5 Mal höheres Risiko, solche Defizite zu entwickeln. Die Kinder der Mittelschicht hatten im Vergleich ein 2.5 Mal so hohes Risiko. Dabei konnten in der Unterschicht gewisse Faktoren herausgearbeitet werden, welche zu diesem erhöhten Risiko geführt haben und insgesamt als Risikofaktoren für Kinder mit FASD angeschaut werden können:

- Fernsehen
- Zusätzliches Rauchen in der Schwangerschaft (vgl. Kap. 2.3.1)
- Niedriges Selbstwertgefühl der Kinder
- Ernährung von Fast Food
- Psychisches Unwohlbefinden

(S. 144)

Pfänder et al. konnten feststellen, dass insbesondere das Selbstwertgefühl massgebend war, wenn es um die Entwicklung von Aufmerksamkeitsdefiziten und Hyperaktivität geht. Kindern mit einem Selbstwertgefühl im pathologischen Bereich hatten ein nahezu vier Mal höheres Risiko einer solchen Entwicklung. Ein weiterer wesentlicher Faktor, welcher festgestellt wurde, war zudem das Geschlecht. Jungen waren mehr als zwei Mal so häufig von diesen Defiziten betroffen als Mädchen (2013, S. 144-145).

Wie wirksam die Schutzfaktoren in allen Bereichen sind, ist jedoch bis heute nicht sicher. In einer Studie von Spohr in Berlin war das Ergebnis, dass trotz Vorhandenseins von meist allen Schutzfaktoren, welche von Stressguth et al. 1996 herausgearbeitet wurden, die Menschen mit

FASD im Erwachsenenalter zu 70% nicht selbständig leben konnten und 86% ohne berufliche oder sonstige Beschäftigung für den Lebensunterhalt waren (2016, S. 178; vgl. Kap. 3.5.3). Dabei wurden von den 37 Erwachsenen mit FASD der Langzeitstudie nur drei Personen ausgemacht, welche in der frühen Kindheit Gewalt dokumentierten. Die anderen wuchsen alle in Pflege- oder Adoptivfamilien auf und erhielten bis ins Erwachsenenalter Unterstützung und Förderung (S. 180-181). Die Schlüsse, welche Spohr daraus zieht, lauten wie folgt:

Eine denkbare Erklärung könnte sein, dass die eigentliche Ursache für die Ausbildung und Ausprägung der sekundären Störungen die zugrunde liegenden pränatal entstandenen primären Störungen sind und viele der sekundären Störungen erst mit zunehmenden Belastungen und Anforderungen auftreten, so dass die protektiven Faktoren möglicherweise keinen so entscheidenden Einfluss haben.

(Spohr, 2016, S. 180-181)

3.8 Diagnostik

Dass es sich bei FASD um eine Spektrumstörung handelt, bei der es verschiedene Syndromausprägungen gibt, wurde bereits dargelegt. Zudem hat sich gezeigt, dass eine frühe Diagnose als Schutzfaktor für weitere Störungen gilt (vgl. Kap. 3.7).

Wie die einzelnen Ausprägungen voneinander unterschieden werden, anhand wessen Kriterien eine Diagnose gestellt wird und welche negativen Aspekte oder Herausforderungen mit einer Diagnose einhergehen, wird in folgendem Kapitel dargelegt. Zu Beginn soll aber noch erläutert werden, wie sich die Diagnostik entwickelt hat und welche Instrumente sich bislang bewährt haben.

3.8.1 Entwicklung Diagnostik

Als Vorläufer eines diagnostischen Instruments publizierte 1974 der Kinderarzt Saule eine erste Kasuistik zu FAS (Seidel, 2015, S. 6). Auch Bierisch und Majewski beschrieben zusammen mit einer Arbeitsgruppe 1976 das klinische Bild des FAS (Spohr, 2016, S. 5). Ein erstes Instrument zur Diagnostik von FAS wurde, gemäss Spohr und Steinhausen, 1981 von Majewski in Form eines Symptomenkatalogs mit 25 verschiedenen Symptomen entwickelt (2008, S. 15). Anschliessend wurde 1989 von Sokol und Clarren in der USA erstmals verbindliche FAS-Diagnosekriterien formuliert (Spohr, 2016, S. 15). Das Institute of Medicine unterteilte anschliessend 1996 die fetalen Schädigungen in die Einzeldiagnosen FAS, pFAS, ARND und ARBD (vgl. Kap. 3.2), seither wird FASD, teils aber auch FAS als übergeordneter Begriff verwendet (Spohr, 2016, S. 16).

Für die Diagnostik von grosser Bedeutung war ausserdem gemäss Gail (2011) der 4-Digit Code, welcher 1997 durch Astley und Clarren an der Universität von Seattle entwickelt wurde (vgl. Kap. 3.2). Es handelt sich dabei um einen Ansatz, der die Hauptmerkmale Wachstumsstörung, faziale Dismorphie, Schädigungen des ZNS und pränataler Alkoholkonsum betrachtet und mittels einer Skala bewertet, so dass anschliessend die Diagnosen FAS, pFAS und ARND gestellt werden konnten. Seither wurden vermehrt Forschungen zu den Hirnfunktionen gemacht und Anpassungen am 4-Digit-Code vorgenommen (S. 133). International gebräuchlich ist heute die 3. Edition des 4-Digit Code vom Jahr 2004 (Spohr, 2016, S. 19).

Insgesamt gibt es gemäss Landgraf und Heinen fünf wesentliche Leitlinien zur Diagnostizierung von FASD, wobei sich alle auf den 4-Digit Code stützen. Dabei handelt es sich um eine Kanadische, drei Amerikanische sowie eine Deutschsprachige namens S3-Leitlinie, welche nachgehend genauer betrachtet wird (2016, S. 5).

3.8.2 S3-Leitlinie

Die S3-Leitlinie wurde von Landgraf und Heinen erstellt und anschliessend im Jahr 2013 publiziert. Die aktuellste Version wurde im Jahr 2016 herausgegeben und wird momentan noch überarbeitet. (Landgraf & Heinen, 2016, S. 5).

Die Leitlinie gab und gibt den deutschsprachigen Gebieten erstmals evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen betreffend den diagnostischen Kriterien für FASD bei Kindern und Jugendlichen (S. 4). Die S3-Leitlinie basiert auf den Grundlagen des 4-Digit Code und demnach auch die vier diagnostischen Säulen von FASD: Wachstumsauffälligkeiten, Auffälligkeiten des Gesichts, Auffälligkeiten des ZNS, Intrauterine Alkoholexposition.

Im Bereich des Wachstums werden Auffälligkeiten im Geburts- oder Körpergewicht, der Geburts- oder Körperlänge oder ein Body Mass Index von einem Wert ≤ 10 Perzentile einbezogen (Landgraf & Hoff, 2019, S. 32). Viele der betroffenen Kinder kommen bereits klein und untergewichtig zur Welt und bleiben oft über Jahre klein (vgl. Kap. 3.4.4). Landgraf und Hoff (2019) erwähnen daher, dass es wichtig ist, dass die Körpermasse auch im weiteren Verlauf auf eine gängige Perzentillenkurve aufgeführt werden, um Wachstumsverzögerungen wahrzunehmen. Ausserdem betonen Sie, dass bei Wachstumsauffälligkeiten genetische Faktoren oder Erkrankungen des Kindes oder der Mutter Grund sein können und deshalb ebenfalls beachtet werden sollten (S. 32).

Zu den Auffälligkeiten im Gesicht, die einen diagnostischen Einfluss haben, zählen die typischen Dismorphien, die durch den Alkoholeinfluss im Gesicht entstehen können wie die kurze

Liedspaltenlänge, das verstrichene Philtrum und dünnes Oberlippenrot (Landgraf & Hoff, 2019, S. 32-34; vgl. Kap. 3.4.5).

Bei den Auffälligkeiten im ZNS wird zwischen funktionellen und strukturellen Auffälligkeiten unterschieden. Unter die funktionellen zählt gemäss Landgraf und Hoff (2006) eine Intelligenzminderung von einem IQ kleiner als 70 oder bei Kleinkindern eine signifikante Entwicklungsverzögerung (S. 34-35) sowie eine Beeinträchtigung in folgenden Bereichen:

- Sprache
- Feinmotorik
- Räumlich-visuelle Wahrnehmung oder räumlich-konstruktive Fähigkeiten
- Lern- und Merkfähigkeit
- Exekutive Funktionen
- Rechenfertigkeiten
- Aufmerksamkeit
- Soziale Fertigkeiten oder Verhalten

(Landgraf & Hoff, 2019, S. 35)

Eine strukturelle ZNS-Auffälligkeit, die eine diagnostische Rolle spielt, ist die Mikrocephalie, wovon man bei einem Kopfumfang von ≤ 10 Perzentile spricht. Auch hier sollten andere Faktoren, die zu einer Mikrocephalie führen können, beachtet werden. (Landgraf & Hoff, 2019, S. 36)

Die vierte Säule der Diagnostik will die Frage klären, ob eine intrauterine Alkoholexposition stattgefunden hat. Dies kann jedoch nicht immer beantwortet werden, je nach Syndromausprägung gilt dies als notwendiges oder auch nicht zwingendes Kriterium (vgl. Feldmann et al. 2020, S. 13-14).

Die vier Säulen beinhalten somit wichtige Auffälligkeiten, die für die Diagnostizierung von FAS, pFAS und ARND ausschlaggebend sind.

Die Tabelle 2 zeigt, welche der Säulen jeweils betrachtet wird und wie viele Auffälligkeiten für eine Diagnose vorhanden sein müssen.

Tabelle 2

Kriterien zur Diagnose in der S3-Leitlinie

	FAS	pFAS	ARND
Wachstumsauffälligkeiten	Mind. 1 Auffälligkeit	-	-
Auffälligkeiten des Gesichts	3 Auffälligkeiten	2 Auffälligkeiten	-
Auffälligkeiten des ZNS	1 Auffälligkeit	Mind. 3 Auffälligkeiten	Mind. 3 Auffälligkeiten
Intrauterine Alkoholexposition	Bestätigung nicht erforderlich	Wahrscheinlich oder bestätigt	bestätigt

Die Daten der Tabelle wurden von der Kurzfassung der S3-Leitlinie abgeleitet, welche von Landgraf und Heinen im Jahr 2016 publiziert wurden.

3.8.3 ICD-11

Als Diagnoseinstrument für das Vollbild FAS kann zudem der ICD-11 for Morality and Morbidity Statistics (ICD-11) gebraucht werden. Zugeordnet wird FAS darin der Kategorie «Toxic or drug-related embryofetopathies» und wird folgendermassen beschreiben:

Fetal alcohol syndrome is a malformation syndrome caused by maternal consumption of alcohol during pregnancy. It is characterised by prenatal and/or postnatal growth deficiency (weight and/or height <10th percentile); a unique cluster of minor facial anomalies (short palpebral fissures, flat and smooth philtrum, and thin upper lip) that presents across all ethnic groups, is identifiable at birth, and does not diminish with age. Affected children present severe central nervous system abnormalities including: microcephaly, cognitive and behavioural impairment (intellectual disability, deficit in general cognition, learning and language, executive function, visual-spatial processing, memory, and attention).

(ICD-11, 2021)

Ersichtlich wird, dass auch im ICD-11 die vier Säulen des 4-Digit Code für eine Diagnose von FAS wesentlich sind. Wobei nicht deutlich dargelegt ist, inwiefern die intrauterine Alkoholexposition bestätigt sein muss. Ebenfalls nicht bestimmt wird, wie viele Auffälligkeiten pro Kriterium vorhanden sein müssen. Als zusätzlicher Aspekt wird hingegen erwähnt, dass FAS bereits bei

der Geburt identifizierbar ist und mit zunehmendem Altern nicht abgeschwächt wird sowie dass FAS bei allen ethnischen Gruppen vorkommt.

Für pFAS und ARND liegt im ICD-11 keine Beschreibung vor. Somit kann gesagt werden, dass der ICD-11 ein weniger ausführliches Instrument für die Diagnostik darstellt als die S3-Leitlinie.

3.8.4 Herausforderungen in der Diagnostik

Die Diagnostik von FASD geht mit verschiedenen Herausforderungen einher. Spohr (2016) beschreibt, dass die Diagnose insbesondere schwer zu stellen ist, da nur 20-30% von FASD-Betroffenen das Vollbild aufweisen und viele verschiedene Symptome bestehen. Viele komorbide Störungen erschweren auch die Diagnostik (S. 19; vgl. Kap. 3.6). Auch Feldmann et al. (2020) betonen die Schwierigkeit, FASD auf Grund der Vielzahl an verschiedenen Symptomen zu diagnostizieren. Sie beschreiben ausserdem, wie dadurch zudem oft Fehldiagnosen gestellt werden. Häufig vorkommende Fehldiagnosen sind ADHS, Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) und Bindungsstörungen (S. 12). Dabei handelt es sich bei allen um Störungen, die nicht nur als Fehldiagnosen, sondern auch als komorbide Störungen auftauchen.

Eine weitere Herausforderung, die sich der Diagnostik von FASD stellt, ist, wenn die Mutter des Kindes polydrug-abhängig war. Gemäss Spohr (2016) ist die Anzahl an polydrug-abhängigen Frauen steigend und erklärt, wie dabei oft der Drogenkonsum in den Vordergrund gestellt wird. Wachstumsverzögerungen werden dabei oft dem Nikotin zugeschrieben und der Alkoholkonsum wird übersehen oder von Seite der Mutter verschwiegen (S. 20).

Spohr beschreibt ausserdem, dass die Diagnose einzig von der Expertise und Erfahrung des behandelnden Arztes abhängig ist und dass diese noch nicht genügend diagnostische Kenntnisse über FASD aufweisen (S. 19).

Eine amerikanische Studie der American Academy of Pediatrics im Jahr 2006 bestätigte diese Feststellung. In der Studie wurden Kinderärzte zu ihrem Wissensstand und ihren Erfahrungen zu FASD befragt. Als Ergebnis kam heraus, dass 62% sich zutraute FASD zu erkennen, 50% fühlten sich sicher eine Diagnose zu stellen, 34% fühlten sich in der Lage die Behandlung zu koordinieren und nur 20% hat die Diagnose bereits gestellt (Gahagan et al., 2006, S. 657). Diese Studie verdeutlicht somit sehr gut, wie einerseits ein gewisses Bewusstsein von FASD vorhanden ist, jedoch ein Grossteil der Ärzte nicht ausreichend Kenntnisse über FASD hat, um tagtäglich eine Diagnose zu stellen und weiter Massnahmen einzuleiten.

Dieselbe Wahrnehmung konnte auch aus einer Internetrecherche zur Diagnostik in der Schweiz beobachtet werden. Einerseits machen verschiedene Websites auf FASD aufmerksam und erwähnen die Unterdiagnostizierung und andererseits wird aber keine konkrete Anlaufstelle

oder ein Verfahren genannt, so dass das diagnostische Verfahren von FASD in der Schweiz unklar bleibt (vgl. www.paediatricschweiz.ch; www.suchtschweiz.ch).

Dasselbe wurde von Sabine Dobler von Sucht Schweiz bestätigt. Diese äussert zum Ablauf und den Zuständigkeiten der Diagnostik von FASD in der Schweiz folgendes:

Leider ist uns in der Schweiz keine Fachperson bekannt, die sich auf die Diagnose von FASD spezialisiert hätte. Das ist ein grosses Manko. In Deutschland, Frankreich und vielen anderen Ländern wird das Thema besser aufgefangen. Wir haben bereits versucht, Finanzierungen zu finden, um ein Projekt zu lancieren, dass das Thema auch bei uns besser hätte verankern können. Leider bisher ohne Erfolg. Wir können im Moment ausschliesslich darauf verweisen, dass es Unterstützungsangebote gibt, die helfen können, Symptome zu behandeln resp. mit Symptomen besser zurecht zu kommen.

(pers. Mitteilung, 12.11.21)

Auch Pädiatrie Schweiz, welche ebenfalls auf ihrer Website von FASD berichten, äussern sich dazu ähnlich: «Es gibt keine spezifische Anlaufstelle für das Foeto-alkoholische Syndrom. Ein Entwicklungsspezialist oder ein Kinderneurologe sollte eigentlich dieses Problem kennen und eine Beurteilung begleiten können.» (pers. Mitteilung, 03.11.21)

Ersichtlich wird aus diesen Aussagen, dass die Diagnostik von FASD in der Schweiz eine grosse Herausforderung für Betroffene und deren Angehörige ist. Zudem fehlt es an ausreichend Fachpersonen, welche sich im Bereich von FASD auskennen und spezialisiert sind, um schlussendlich eine Diagnose stellen zu können.

3.8.5 Diskussion

Diagnosen bringen, nebst den Vorteilen, dass gewisses Verhalten erklärt werden kann und passende Hilfen eingeleitet werden können, immer auch Nachteile mit sich. So warnen Landgraf und Hoff (2019), dass insbesondere bei Verdachtsdiagnosen von FASD die Gefahr der Stigmatisierung mit den Vorteilen abgewogen werden müssen (S. 31).

Werden nun die Vorteile einer Diagnose betrachtet, lässt sich grundsätzlich sagen, dass an das Störungsbild angepasste Unterstützungen nur möglich werden, wenn dieses auch bekannt ist. Bei FASD erwies sich eine interdisziplinäre Frühförderung als besonders effektiv und wichtig (Feldmann et al., 2020, S. 80). Eine Frühförderung ist jedoch nur möglich, wenn eine Diagnose überhaupt und möglichst früh gestellt wird. Eine frühe Diagnose konnte ausserdem als Schutzfaktor für den Entwicklungsverlauf dargelegt werden.

Zudem wurde bereits erwähnt, dass bei FASD häufig Fehldiagnosen wie ADHS, ASS und Bindungsstörungen gestellt werden. Dies hat zur Folge, dass dem Krankheitsbild entsprechende Behandlungen und Interventionen eingeleitet werden. So werden beispielsweise bei ADHS oft auch Medikamente in Form von Psychostimulanzien eingesetzt (Infoportal ADHS, n.d.). Eine Studie von Rasmussen et al. (2010) verglich Kinder mit FASD mit solchen, die FASD und ADHS diagnostiziert haben. Aus der Studie ergaben sich unter anderem einige Hinweise, dass die eingesetzten Psychostimulanzien gegen ADHS die klinische Situation von FASD verschlechtern und andere Stimulantien geeigneter sind (S. 173). Daraus kann geschlossen werden, dass auch bei Kindern mit einer Fehldiagnose von ADHS die eingesetzte Medikation einen negativen Einfluss haben kann. Rasmussen et al. (2010) betonen hierzu die Bedeutung einer klaren Differenzierung von FASD und ADHS. «These findings elucidate the importance of accurate diagnosis and differentiation of ADHD and FASD, which in turn will facilitate the appropriate implementation of interventions according to functional needs “(S. 173).

Rasmussen et al. (2010) erwähnen hingegen auch, dass die Ergebnisse nicht grundsätzlich generalisiert werden können (S. 173). So widerspricht Gehrman (2016) dieser Aussage dadurch, dass er äussert, dass grundsätzlich alle für ADHS zugelassenen Präparate bei FASD einsetzbar sind. Engmaschige Kontrolluntersuchungen seien jedoch ratsam (S. 16). Er macht allerdings auch darauf aufmerksam, dass bei FASD oft höhere Dosen notwendig sind und dadurch vermehrt negative Nebenwirkungen auftauchen (S. 17).

Somit kann gesagt werden, dass nicht eindeutige Ergebnisse zu den Auswirkungen von für ADHS eingesetzten Medikamenten bei FASD vorliegen. Ist die Diagnose von FASD bekannt, können allfällige negative Auswirkungen durch bewusste Kontrolle erkannt werden. Die ADHS Medikation gilt lediglich als Beispiel für mögliche Folgen einer Fehldiagnose und könnte auch im Bezug auf ASS und Bindungsstörungen noch weiter diskutiert werden. Das Diagnostizieren von FASD bringt zusammengefasst den Vorteil, dass eine frühe Förderung und passende Interventionen eingeleitet werden können und dass allfällige negative Folgen einer Fehldiagnose vermieden werden können und das Risiko für sekundäre Störungen sinkt. Zu ergänzen gilt hierzu, dass eine Diagnose als Entlastung für Betroffene wirken kann, indem die betroffene Person eine Erklärung für gewisse Auffälligkeiten hat und nicht bei sich selbst die Schuld sucht. Ebenso kann die Familie entlastet werden, indem die auftretenden Probleme nicht als Ergebnis von einer schlechten Erziehung angesehen werden, sondern als Teil einer Krankheit. Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich Betroffene wie auch deren Umfeld auf geeignete Unterstützung und Hilfen einlassen.

Wird nun die negative Auswirkung von einer FASD-Diagnose betrachtet, kann hauptsächlich die Stigmatisierung genannt werden, was bereits in der Aussage von Landgraf und Hoff ersichtlich wurde.

Zum einen handelt es sich um die Stigmatisierung von der betroffenen Person selbst, was allgemein mit Diagnosen einher geht und häufig diskutiert wird. Was allerdings bei FASD hinzukommt, ist die Stigmatisierung der Mutter und des ganzen Familiensystems, da FASD durch den mütterlichen Alkoholkonsum entsteht und somit durch sie vermeidbar gewesen wäre (Landgraf & Hoff, 2019, S. 31). Neben der Stigmatisierung von aussen geht laut Blackburn die Diagnose bei der Mutter oft auch mit Schuld und Schamgefühlen einher. Damit verbunden könnte auch eine zusätzliche Belastung der Beziehung zwischen dem betroffenen Kind oder Jugendlichen zur Mutter hinzukommen (2017, S. 13).

Durch Stigma, Schuldgefühle und Scham können folglich durchaus auch negativen Folgen bei einer Diagnosestellung auftreten. Spohr (2016) führt allerdings bei einer Auflistung von Vorurteilen und falschen Vorstellungen zu FASD auf, dass die Diagnose von FASD Belastung und Stigmatisierung bedeutet. In den Erläuterungen dazu erklärt er, dass die Diagnose ein erster Schritt für die Therapie sei. Ausserdem wissen Erziehungsberechtigte dadurch, dass das schwierige Verhalten des Kindes auf eine organische Erkrankung und nicht wegen eigenen Erziehungskompetenzen entstanden ist (S. 22). Auch eine betroffene Frau schildert der Erhalt der Diagnose FAS folgendermassen:

Im Alter von 49 Jahren erhielt ich die Diagnose FAS. Es war gut, dass ich endlich den Grund dafür kannte, warum ich mit so vielem nicht zurechtkomme. (. . .). Auch mit dem Wissen, dass viele meiner Schwierigkeiten im Alltag von einem Hirnschaden herrühren, musste ich mit erst einmal langsam vertraut machen.

Die Diagnose ist für mich persönlich aber auch so etwas wie ein verspäteter Freispruch. Die schwere Last der Schuld kann ich nun endlich abtragen. Ich muss mich nicht länger schlecht fühlen, weil ich nicht das leisten kann, was andere können. Ich darf meine Messlatte jetzt zurücksetzen und das Wort Überforderung aussprechen, wenn ich meine mit einer Situation überfordert zu sein.

(Anonym, zitiert nach Spohr, 2016, S. 163-164)

Ersichtlich wird, dass das Thema Diagnose sehr kontravers diskutiert wird und sowohl Argumente dafür als auch dagegen bestehen, welche aber auf jeden Fall bei der Diagnosestellung einbezogen werden sollten. Insgesamt lässt sich allerdings auch feststellen, dass insbesondere für die Betroffenen selbst und deren Familie die Diagnose eine Entlastung bringt.

Grundsätzlich sollten somit Fälle individuell betrachtet werden, wobei eine Diagnose hinsichtlich des Anspruchs auf Unterstützungsleistungen im aktuellen schweizerischen Sozialsystem notwendig ist und deshalb als sinnvoll betrachtet werden kann.

Hinzu kommt allerdings, dass die in der Schweiz bestehenden Strukturen hinsichtlich der Diagnostik von FASD und spezialisierten Fachpersonen unzureichende sind. Somit ist für die Betroffenen und deren Angehörige eine weitere Herausforderung gegeben. Die Bedeutung, dass Fachpersonen von verschiedenen Disziplinen sich im Bereich von FASD auskennen und grundlegende Kenntnisse zum Umgang und zu Anlaufstellen haben, ist daher umso höher.

4 Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit FASD

4.1 Herausforderungen im Umfeld

In der Familie ergeben sich viele verschiedene Herausforderungen aufgrund der FASD Erkrankung des Kindes. Um dies zu verdeutlichen, soll dieses Kapitel mit einem Zitat einer Pflegemutter, welche ein FASD Kind aufnahm, eingeleitet werden:

“Sie sind lieb, sie sind süß, aber auch distanzlos, zerstörerisch, aggressiv, nicht zu bändigen, locken in uns alle Mutterinstinkte hervor ... und treiben uns manchmal an den Rand der Verzweiflung. Was soll bloss aus ihnen werden, werden sie jemals erwachsen, das heisst, können wir sie allein leben lassen ...? Ich habe eine Odyssee hinter mir und wünsche mir endlich einen Arzt, der weiss, was mit meinem Kind los ist und was FASD bedeutet.”

(Hoff-Emden, 2016, S. 31)

Es wird deutlich, dass die Nerven von Eltern bei der Erziehung von FASD Kindern strapaziert werden, dies auch, wenn für die Kinder viel Liebe vorhanden ist. Nachgehend soll genauer darauf eingegangen werden, was die Auffälligkeiten und Folgen des FASD für die Familie bedeutet.

Im Kapitel 3.5.1 wurde beschrieben, welchen Folgen und welchen Herausforderungen die Kinder mit FASD im Kindesalter begegnen. Diese haben meist direkten Einfluss auf die ganze Familie und werden nachgehend aufgenommen. So sind Eltern aufgrund der beschriebenen Gereiztheit, den Schreiphasen und den beschriebenen Schlafproblemen im Säuglingsalter oft mit ihrer Kraft am Ende. Spohr zeigt auf, dass es auch auf Seiten der Eltern zu chronischer Erschöpfung kommen kann. Dies kann wiederum einen belastenden Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung nehmen. Insbesondere belastend für die Familie sind hierbei die Schlafprobleme, da diese oft jahrelang anhalten. Für die Mutter kann es zudem eine grosse Belastung werden, den Säugling zu füttern. Aufgrund der oft kleinen Trinkmenge muss sie den Säugling fast stündlich füttern (S. 62). Auch die Versuche, das Kind so zu ernähren, dass es nicht mehr untergewichtig ist, kann zu einer grossen Herausforderung werden. Dies benötigt jedoch lediglich viel verschwendete Energie und führt nicht zu einer Gewichtszunahme (S. 62-63).

Es lässt sich weiter erschliessen, dass Eltern aufgrund der erhöhten Infektionshäufigkeit mit den Kindern viele Arztbesuche machen müssen. Diese kosten Zeit und Geld und das häufige Kranksein kann bei den Eltern Sorgen und Ängste auslösen.

Durch die oft vorhandene Tollpatschigkeit und Ungeschicklichkeit kann erahnt werden, dass zu Hause zudem oftmals einiges kaputt geht. Dies wiederum braucht Nerven und Ruhe der Eltern. Weiter kann durch die "Vergesslichkeit" und die "Begriffsstutzigkeit" bei den Eltern ein Unverständnis den Kindern gegenüber entstehen, wenn keine Diagnose vorhanden ist. Erahnen lässt sich auch, dass die Eltern durch die Reaktionen aus dem Umfeld an ihren eigenen Erziehungsfähigkeiten zweifeln und sich selbst in Frage stellen. Zudem müssen Eltern Regeln immer wieder wiederholen und Abläufe neu benennen, was sehr anstrengend und zeitintensiv sein kann.

Durch die erhöhte Risiko- und Verletzungsgefahr müssen die Bezugspersonen umso mehr auf ihre Kinder achten und ihre Aufmerksamkeit ist gefordert. Das häufige Reden kann für die Familie ebenfalls eine Herausforderung sein. So berichten Eltern, dass sie sich manchmal "einen Schalter zum Abstellen" wünschten (Spohr, 2016, S. 66). Auch die Distanzlosigkeit kann Gefahren mit sich bringen. So muss davon ausgegangen werden, dass die Kinder einfach mit Fremden mitgehen würden. Dementsprechend ist auch hier wieder grosse Aufmerksamkeit der Eltern gefordert. Auch die Wutanfälle und Impulskontrollverluste können mit ihren Effekten in der Familie herausfordern. Es kann davon ausgegangen werden, dass auch Geschwister bspw. mit dieser unkontrollierten Nähe und Impulsivität zu kämpfen haben und es für sie schwer sein kann, diese Reaktionen einzuordnen.

Im späteren Kindesalter kann der Familienalltag zudem durch Lügen und Stehlen belastet sein (Spohr, 2016, S. 76). Die Eltern werden weiter mit der Frage der Einschulung konfrontiert. Auch der mögliche depressive Rückzug kann für die Eltern Fragen und Sorgen aufwerfen. Gleichzeitig gibt es in den Familien auch viele schöne und positive Momente mit den FASD Kindern. Dies kann bei den Eltern zwiespältige Gefühle den Kindern gegenüber auslösen. Auf der einen Seite kann sich der Alltag sehr anstrengend gestalten und auf der anderen Seite sehr schön. Dieses Wechselbad an Emotionen hat einen Einfluss auf das ganze Familiensystem.

Rothensee beschreibt in einem Artikel ihren Alltag mit einem FASD Kind (vgl. Rothensee, 2016, S. 161-169). Beim Lesen des Artikels fällt auf, wie stark die Eltern den Familienalltag am Kind orientieren. Sie geben dem Kind viel Struktur, was sie als sehr hilfreich empfinden, da es dem Kind viel Sicherheit gibt (Rothensee, 2016, S. 168). Es führt jedoch auch dazu, dass ihr eigener Alltag viel weniger flexibel ist als in anderen Familien (S. 161). Durch Schlafstörungen kann der Junge nicht alleine einschlafen und so verbringen die Eltern jeden Abend eine halbe bis zwei Stunden bei ihm im Bett, bis er eingeschlafen ist. In der Nacht schläft er auch im Kindergartenalter fast nie durch (S. 164). Anziehen, Duschen und Essenssituationen brauchen allesamt Anleitung und Struktur (S. 162-163). Ausflüge sind nur gut geplant möglich (S. 161).

Plötzliches Weinen und plötzliche Wutanfälle gehören in ihren Alltag. Dabei brauchen die Eltern viel Ruhe und Geduld und ihr Kind braucht viel Zuwendung (S. 163). Kann sich dieses nicht beruhigen, werden verschiedene Strategien zusammen ausprobiert: einrollen in eine Decke, auf den Boden legen und den Sitzsack aufs Kind drauf, danach am Boden kuscheln und über Erlebtes sprechen (S. 164). Von aussen her erfährt die Familie nicht immer viel Verständnis. Besucher meinen "ach das Kind ist doch süß" oder "solche Probleme kenne ich von anderen Kindern, es wird schon herauswachsen" oder "alle Eltern haben mit solchen Problemen zu kämpfen, das ist doch normal" (S. 168). Sie sind als Familie froh für die Zusammenarbeit mit Fachleuten, welche Bescheid wissen und ihre Probleme ernst nehmen (S. 168). Insgesamt lässt sich in diesem Bericht erkennen, wie sehr die Eltern ihre Bedürfnisse zurückstellen und den grössten Teil ihres Familienalltags an ihrem FASD Kind orientieren.

Teils leidet das Familiensystem unter dem Ausschluss, den Hänseleien oder dem Mobbing, welche die Kinder und Jugendlichen mit FASD erfahren (vgl. Kap. 3.5). Solche Situationen können für die Eltern emotional belastend sein. Aber auch die Geschwister können stark davon beeinflusst werden. Stotz (2015) macht darauf aufmerksam, dass insbesondere jüngere Geschwister zu Nachahmungsverhalten neigen und sowohl positive als auch negative Verhaltensweisen imitieren (S. 29). Somit können sich Geschwister auch an Kindern mit FASD orientieren und auffälliges Verhalten nachahmen, was wiederum zu mehr Problemen in der Familie führen kann.

Fehlt eine FASD-Diagnose bis ins Jugendalter und waren bisherige Behandlungsversuche zu anderen Diagnosen ohne Erfolg, kann es sein, dass Eltern beginnen zu resignieren und lediglich versuchen, sich mit den Defiziten zu arrangieren (Spohr, 2016, S. 77). Die Herausforderungen in der Schule, die Frage, ob eine Förder- oder Sonderschule besser wäre, Schulunterbrüche usw. (vgl. Kap. 3.5.2) bedeuten gemäss Spohr für die Eltern viel Zeitinvestment und Nerven. Im Jugendalter kommen dann die zusätzlichen Konflikte mit den Pubertierenden hinzu. Weiter kann auch die geforderte Selbständigkeit zu heftigen Konflikten führen, bei denen die Eltern herausgefordert werden (2016, S. 80). Auch Themen wie die Wohnform, die Ausbildung oder Zukunftsperspektiven (vgl. Kap. 3.5.2) können zu Konfliktpunkten werden.

Insgesamt lässt sich erkennen, dass das ganze Familiensystem stark von den Herausforderungen, welche FASD mit sich bringt, geprägt ist. Häufige Konflikte und viele Sorgen und Ängste können entstehen. Viele Fragen zum Umgang und zu der Zukunft und das Unverständnis aus dem Umfeld können zusätzlich belasten. Es lässt sich erkennen, dass zudem die Familienverantwortung weit über das Erreichen der Volljährigkeit gehen kann. Eine FASD Diagnose betrifft somit die ganze Familie. Dazu passt das Zitat eines Familienvaters: "Im

Frühjahr (. . .) bekamen 'wir' die Diagnose: Fetales Alkoholsyndrom (FAS). 'Wir' deshalb, weil FAS nicht nur eine Diagnose für einen Menschen ist, sondern ein ganzes Betreuungssystem betrifft." (zitiert nach Ter Horst & Neier, 2016, S. 55)

Es wurde ersichtlich, dass die Herausforderungen im Familienumfeld bei Kindern und Jugendlichen mit FASD gross sind. Diesen Herausforderungen begegnen auch Fachpersonen. Insbesondere in der SPF sind die herausfordernden Themen in der Arbeit mit den Herausforderungen in der Familie zu vergleichen. Schliesslich befindet sich die SPF direkt im Familiensystem. Zusätzlich stehen die Fachpersonen in einem Spannungsfeld verschiedener Ansprüche. Ter Horst und Neier (2016) äussern in diesem Zusammenhang:

Den Spagat zwischen Positionen wie:

- eigene Ansprüche
- schulische Ansprüche
- nachbarschaftliche Ansprüche
- familiäre Ansprüche
- therapeutische Ansprüche
- behördliche, gesetzliche Ansprüche
- fehlende Perspektiven für das Erwachsen werden
- ... und nicht zuletzt auch Ansprüche und Bedürfnisse des Kindes
- zu meistern, ist in vielen Fällen eine Zerreissprobe.

(Ter Horst & Neier, 2016, S. 54-55)

Auch im Schulumfeld und in der Peergroup, in der weiteren Verwandtschaft und bei Freizeitaktivitäten entstehen Herausforderungen aufgrund des FASD. Diese lassen sich aus den gemachten Ausführungen herleiten, werden hier jedoch nicht mehr im Detail thematisiert. Insgesamt lässt sich jedoch feststellen, dass die FASD vom kleinsten System der eigenen Person des Kindes oder Jugendlichen über das Familiensystem in das weitere Betreuungssystem bis hin zum Gesellschaftssystem überall Folgen und Herausforderungen birgt.

4.2 Bestehende Therapie und Förderungsansätze

Inwiefern den vielen Herausforderungen entgegengewirkt und adäquat begegnet werden kann, soll nachgehend diskutiert werden. Dazu sollen bestehende Therapie und Förderungsansätze präsentiert werden und erfolgreiche Interventionen für Fachpersonen identifiziert werden.

Insgesamt sind kaum Studien zu Effektivität von konkreten Therapien und Interventionen für Kinder und Jugendliche mit FASD gemacht worden (Landgraf & Hoff, 2019, S. 61). Trotzdem lassen sich einige Grundsätze identifizieren.

Gemäss Streissguth et al. (1996) gilt bereits ein grundsätzlicher Zugang zu angemessenen Interventionen als ein protektiver Faktor für die Langzeitentwicklung von FASD-Betroffenen, wobei sie insbesondere frühe Interventionen als wichtig betrachten (S. 6-7). Dass eine frühe Förderung von hoher Bedeutung ist, wird auch durch viele andere Autoren bestätigt (vgl. Feldmann et al., 2020, S. 80; Landgraf & Hoff, 2019, S. 59). Ordenewitz et al. (2021) benennt explizit die frühe Förderung von Aufmerksamkeits- und Selbstregulationsfähigkeiten als wichtigen Aspekt für Kinder mit FASD, wobei die langfristigen Effekte bisher nicht systematisch untersucht wurden (S. 58). Landgraf und Hoff (2019) begründen ausserdem, dass durch ein stabiles und förderndes Umfeld vermieden wird, dass Familiensysteme dekompensieren und Erziehungsberechtigte resignieren. Somit wird auch vermieden, dass es zu einer Fremd- oder Umplatzierung kommt, was oft bereits vorhandene Problematiken intensiviert (S. 59). Somit gilt eine frühe Förderung als wichtiger Aspekt, der Einfluss auf den weiteren Verlauf nimmt.

Nebst frühen Interventionen gilt auch die multidisziplinäre Betreuung für betroffene Kinder und Jugendliche sowie für deren Bezugspersonen als wichtiger Aspekt (Landgraf & Hoff, 2019, S. 62; Ordenewitz et al., 2021, S. 59). Auch Lohr (2019) bestätigt, dass eine angemessene Therapie und Förderung eine langjährige Betreuung aus vielen Fachdisziplinen erfordert (S. 74).

Bereits aufgezeigt wurde in vorgängigen Kapiteln, wie divers die Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit FASD sein können und wie sich diese in den verschiedenen Lebensabschnitten unterschiedlich zeigen. Dies begründet, wieso eine individuell angepasste Therapie oder Förderung notwendig ist und dabei unterschiedliche Fachdisziplinen einbezogen werden sollten. «Verlaufsbeurteilungen sind daher in der gesamten Kindheit und Jugend unabdingbar, um die in der momentanen Entwicklungsphase dringenden Probleme und Alltagseinschränkungen zu eruieren und adäquate Förderung zu initiieren sowie Unterstützungsmassnahmen für die Familie zu etablieren» (Landgraf & Hoff, 2019, S. 62).

Aus diesem Zitat geht hervor, dass für eine individuell angepasste und optimale Förderung immer wieder evaluiert werden sollte, inwiefern sich Auffälligkeiten und vorhandene Schwierigkeiten verändern. Dabei wird einerseits die betroffene Person selbst und andererseits auch die Familie betrachtet. So gibt es je nach Bedürfnis einen Anspruch auf Betreuungs-, Einzelfall- oder Familienhilfe (Spohr, 2016, S. 208).

Landgraf und Hoff (2019) weisen allerdings darauf hin, dass oftmals die unterstützenden Instanzen des Sozial- und Gesundheitssystems nicht genügend über das Störungsbild aufgeklärt sind, so dass eine ausreichende Unterstützung ausbleibt (S. 59).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass für betroffene Kinder und Jugendliche ein Zugang zu angemessenen Interventionen wichtig ist. Insbesondere frühe Interventionen, ein stabiles und förderndes Umfeld sowie eine multidisziplinäre Betreuung scheinen dabei bedeutend zu sein.

4.2.1 Therapiemöglichkeiten und weitere Angebote

Nachgehend wird aufgezeigt, welche Therapien und Angebote bei Kindern und Jugendlichen mit FASD als hilfreich gelten, wobei dies an den jeweiligen Entwicklungsstand angepasst werden sollten. Die Behandlung von FASD betroffenen Kinder und Jugendlichen beinhalten oftmals mehrere oder alle der aufgeführten Therapien und Angebote. Standardisierte Unterstützungsmassnahmen gibt es hierzu allerdings nicht (Landgraf & Hoff, 2019, S. 61). Ersichtlich wird dabei die Vielfalt an involvierten Fachpersonen. Als wichtigen Aspekt nennen Landgraf und Hoff (2019) das Bewusstsein, dass nur eine funktionelle und keine kausale Therapie möglich ist und dies auch nicht erwartet wird (S. 61).

Psychotherapie

Wie auch bei den sonstigen Interventionen bei FASD bestehen gemäss Spohr (2016) auch bei der Psychotherapie nur wenige Studien zu deren Wirksamkeit. Einzelne Studien konnten eine signifikante Verbesserung nachweisen, allerdings nur bei kurzer Nachbeobachtungszeit (S. 206). Landgraf und Hoff (2019) äussern zu der Wirksamkeit, dass standardisierte Therapien oft erfolglos sind und Psychologinnen und Psychologen mit Erfahrungen im Bereich von FASD eingesetzt werden sollten (S. 66).

Spohr (2016) macht darauf aufmerksam, dass Personen mit FASD oftmals als therapieresistent eingeschätzt werden, da sie weniger auf Therapien und Förderungen zu reagieren scheinen. Dabei wird häufig übersehen, dass die therapeutischen Interventionen nicht auf die kognitiven und emotionalen Defizite angepasst sind. Deshalb sollte vor Beginn der Therapie eine Aufklärung über die Symptome und Alltagsbeeinträchtigungen gemacht werden (S. 206).

Als hilfreich gelten insbesondere verhaltenstherapeutische, psychoedukative und neurokognitive Schwerpunkte (Landgraf & Hoff, 2019, S. 66). Holtkamp (2015) weist ausserdem darauf hin, dass die Psychotherapie insbesondere auch das Verhalten in Konflikten thematisieren sollte (S. 81)

Logopädie, Physiotherapie & Ergotherapie

Im Kapitel 3.4.3 wurde aufgezeigt, dass der pränatale Alkoholkonsum auch einen Einfluss auf die Sprachentwicklung haben kann. Daher kann teilweise bei Sprachentwicklungsverzögerungen oder bei Problemen mit der verbalen Kognition eine Logopädie sinnvoll sein (Landgraf & Hoff, 2019, S. 66-67). Ebenso kann bei motorischen Schwierigkeiten eine Physiotherapie und bei feinmotorischen Einschränkungen eine Ergotherapie hilfreich sein (S. 67).

Sozial- und Heilpädagogik

Wie vorgängig dargelegt, entstehen nebst den konkreten körperlichen Einschränkungen verschiedenste Herausforderungen im alltäglichen Leben und im Sozialverhalten. Landgraf und Hoff (2019) empfinden daher eine frühe Förderung durch Sozial- und Heilpädagogen als hilfreich. Diese soll zur Verbesserung von sozialen Interaktionen und des Spielverhaltens führen (S. 68). Sind der Umgang mit Verhaltensproblemen des betroffenen Kindes oder Jugendlichen im Vordergrund, ist auch eine Familienhilfe wirksam (Spohr, 2016, S. 208). Dadurch können nebst der Förderung des Kindes auch Eltern in ihrer Erziehung unterstützt und in ihrem Erziehungsstil beraten werden (S. 68).

Medikamentöse Therapie

Nebst dem Einbezug der bereits genannten Fachpersonen, besteht auch immer die Frage, inwiefern Medikamente beigezogen werden sollen.

Wie auch schon im Kapitel 3.8.5 diskutiert wurde, ist die Studienlage bezüglich der aufmerksamkeits- und verhaltensregulierenden Substanzen widersprüchlich. Gemäss Landgraf und Hoff (2019) sind solche Substanzen nur dann einzusetzen, wenn diese mit anderen Angeboten kombiniert werden (S. 69).

Spohr (2016) empfiehlt hingegen bei hyperaktiven und impulsiven Kindern und Jugendlichen trotz FASD einen Versuch mit einer medikamentösen Behandlung zu machen. Er begründet dies dadurch, dass in der Praxis damit bereits eine Reihe positiver Erfahrungen gemacht wurden. Insbesondere bei stark ausgeprägten Impulskontrollstörungen mit aggressivem Verhalten seien Medikamente notwendig, um ein angemessenes Sozialverhalten zu gewährleisten und die Teilnahme am Alltag und in der Schule zu ermöglichen (S. 203).

Nebst der Hyperaktivität können Medikamente auch bei Schlafstörungen und Depressionen für Personen mit FASD und deren Umfeld hilfreich sein (Holtkamp, 2015, S. 82).

Therapiereiten

Das sich Therapiereiten als wirksam bei körperlichen und psychischen Erkrankungen erweist, wurde bereits in verschiedenen Studien untersucht (vgl. Macauley, 2004; Silwook-Sherer, 2007). Um mehr Erkenntnisse zu sammeln, inwiefern Therapiereiten bei Kindern mit FASD hilfreich ist, haben Pellengahr und Feldmann (2013) eine Befragung von 30 Familien und deren Erfahrungen gemacht. Aus der Befragung konnten sie die Annahme generieren, dass therapeutisches Reiten eine sinnvolle Massnahme ist. Den Aussagen der Befragten nach konnten Verhaltensauffälligkeiten gelindert werden und viele der Eltern berichteten sehr positiv davon (S. 116). Gemäss der Befragung konnte insbesondere das Selbstbewusstsein der Kinder und Jugendlichen mit FASD gefördert werden (S. 114-115), was wiederum einen Einfluss auf das Selbstwertgefühl hat. Im Kapitel 3.7 wurde ein niedriges Selbstwertgefühl als Risikofaktor für die Entwicklung von Aufmerksamkeitsdefiziten und Hyperaktivität identifiziert, somit wirkt das therapeutische Reiten dem entgegen. Ausserdem handelt es sich beim Therapiereiten, um ein Hobby im Einzelsetting, was ebenfalls als Schutzfaktor aufgeführt wurde.

Resümierend kann gesagt werden, dass viele verschiedene Therapieangebote und Fachpersonen für eine geeignete Förderung von betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren Umfeld sorgen. Die verschiedenen Angebote sollten nach individuellem Bedarf einbezogen werden, um so eine möglichst optimale Förderung zu ermöglichen. Dabei sollte beachtet werden, dass die Eltern in die Planung der Hilfsangebote miteinbezogen werden, da diese oft besser einschätzen können, welche Therapie geeignet für das betroffene Kind oder Jugendliche sein könnte (Spohr, 2016, S. 202). Eine gute Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fördermassnahmen scheint zudem unabdingbar.

Landgraf und Hoff (2019) machen dabei darauf aufmerksam, dass das oberste Ziel jeglicher Interventionen im Erlernen der notwendigen Alltagsfunktionen und im Erhalt oder der Verbesserung der Lebensqualität liegt (S. 62).

Vermieden sollte ausserdem werden, dass Betroffene durch die verschiedenen Angebote nicht überfordert werden (Spohr, 2016, S. 208; Holtkamp, 2015, S. 79).

4.2.2 Studien zu erfolgreichen Interventionen

Wird die Studienlage zu der Förderung von Personen mit FASD betrachtet, lässt sich feststellen, dass insgesamt nur wenige wissenschaftliche Nachweise über erfolgreiche Interventionen bestehen. Ordenewitz et al. (2021) machten allerdings eine Metaanalyse zu evidenzbasierten Interventionen für Kinder und Jugendliche mit FASD. Dabei betrachteten sie unterschiedliche Interventionsprogramme und deren Wirksamkeit (S. 51). Zudem verglichen sie den Einfluss von verschiedenen Arten von Interventionen miteinander. Dazu zählen Interventionen mit Eltern,

Familien, Kindergruppen, Kinder einzeln sowie den Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln (S. 52). Daraus gewonnene Erkenntnisse und erfolgreiche Programme sollen nachfolgend erläutert werden, wobei auf die Nahrungsergänzungsmittel nicht konkreter eingegangen wird, da dies nicht in den Bereich der Sozialen Arbeit fällt.

Gemäss Ordenewitz et al. (2021) war bei den Interventionen mit Kindergruppen insbesondere die Studie von Adnams et al. erkenntnisgenerierend (S. 52). In dieser Studie erhielten Kinder mit FASD spezifisches Sprachtraining in einer Gruppe mit anderen Kindern die FASD haben. Nach neun Monaten Training konnten diese Kinder in den Bereichen Buchstabieren, Lesen und Briefe schreiben an das Niveau der Peers anschliessen (2007, S. 403).

Im Bereich von Interventionen mit Kindern im Einzelsetting konnten Ordenewitz et al. (2021) mehr evidenzbasierte Interventionen nachweisen. Zum Beispiel hat Studie von Loomes, Rasmussen, Pei, Manji und Andrew (2008) festgestellt, dass mit der Zeit durch verbale Wiederholungen das Gedächtnis und die Erinnerungen an Zahlen erhöht wird (S. 113).

Weiter wird das «Alert Program» aufgeführt, welches von Nash et al. (2015) auf individueller Basis angewendet wurde. Die Eltern der Kinder erhielten darin lediglich während einer Stunde psychoedukative Tipps, um die erlernten Tools in das Zuhause oder die Schule zu integrieren (S. 191). Das «Alert Program» wurde gemäss Therapy Works (2007) ursprünglich von Mary Sue Williams und Sherry Shellenberger entwickelt und dient der Verbesserung der Selbstregulierung. Mittels einer Motorenanalogie sollen Kinder lernen, ein optimales Wachheitsgrad für die jeweilige Aktivität zu erreichen. Dabei wird von folgenden fünf Wegen ausgegangen, um das Level des Motors zu beeinflussen: Etwas in den Mund nehmen, Bewegung, Berührung, Sehen und Hören. In dem die Kinder über den eigenen Motor sprechen, wird Selbstregulierung vermittelt und geeignete Strategien werden erlernt (S. 1). Die Studie von Nash et al. (2015) zeigte Effekte auf die inhibitorische Kontrolle und die Eltern berichteten von verbesserter Verhaltensregulation ihrer Kinder (S. 191).

Ordenewitz et al. (2021) stellten weiter fest, dass individuelles Aufmerksamkeitstraining, wie dies beispielsweise von Vernescu (2008) bei Kindern mit FASD untersucht wurde, zu signifikanten Verbesserung der Aufmerksamkeit führt (S. 57).

Weiter nennen sie die Studie von Kully-Martens et al. (2018), welche eine adaptierte Version des Math Interactive Learning Experience (MILE) Program anwandten und eine Verbesserung der mathematischen Kompetenzen zeigte (S. 55). Das MILE Program wurde von Claire, Coles und Centers for Disease Control and Prevention entwickelt und richtet sich an Kinder im Alter von drei bis neun Jahren, welche Schwierigkeiten in Mathematik haben und deren

Verhaltensprobleme die Lernfähigkeit beeinflusst. Dazu wurde ein spezifisches Programm sowie Materialien für Kinder mit FASD entwickelt. Auch Lehrer und Bezugspersonen sollen aufgeklärt werden und Zugang zu Lernmethoden vermittelt bekommen. (Coles, 2021)

Bei den Interventionen, die lediglich die Eltern von betroffenen Kindern ansprechen, wird von Ordenewitz et al. (2021) die Studie von Kable, Coles, Strickland und Taddeo genannt. Darin wurden verschiedene Formate für die Elternbildung untersucht. In allen drei Formaten der Elternbildung zeigten die Eltern mehr Wissen über FASD. Allerdings nur bei den beiden Gruppen mit persönlichem Kontakt konnte eine Verbesserung des Verhaltens der Kinder festgestellt werden (2012, S. 791).

Im Bereich der Interventionen mit der Familie nennen Ordenewitz et al. (2021) verschiedenste Studien, die evidenzbasierte Interventionen aufweisen.

So zeigte sich das «Alert Program» in der Studie von Wells, Chasnoff, Schmidt, Telford und Schwartz (2012) auch bei Interventionen mit der Familie als hilfreich. Signifikante Unterschiede liessen sich dabei im Bereich der exekutiven Funktionen und den emotionalen Problemlösungsstrategien feststellen (S. 24). Weiter führen Ordenewitz et al. die beiden Studien von O'Conner et al. (2006) und Schonfeld, Paley, Frankel und O'Conner (2009) auf, welche eine Verbesserung der Sozialkompetenzen durch das Children's Friendship Training (CFT) nachweisen konnten (2021, S. 58). Beim CFT handelt es sich gemäss dem Child Mind Institute um ein zwölfwöchiges Sozialkompetenztraining für Kinder, die Schwierigkeiten haben, Beziehungen aufzubauen. Die Kinder selbst werden mittels verschiedener Lektionen angeleitet, unterschiedliche Sozialkompetenzen zu erlernen und zu üben. Die Kinder sollen dabei lernen, kooperativ mit andern zu spielen, gemeinsame Interessen zu finden, mit Peers zu sprechen und Hänseleien und Uneinigkeiten zu lösen. Die Eltern werden gleichzeitig angeleitet, wie sie die Kinder dabei unterstützen können (2021). Die Studie von Schonfeld et al. (2009) konnte nebst der Erweiterung der Sozialkompetenzen auch eine Verbesserung der Selbstregulation nachweisen (S. 428). Weiter wird die Studie von Coles, Kable, Taddeo und Strickland (2015) sowie die von Kable, Taddeo, Strickland und Coles (2016) aufgeführt, welche beide Untersuchungen zu dem Programm GoFAR machten (S. 57). Basierend auf der «FAR Strategie» (focus and plan, act, reflect) fokussiert das Programm gemäss der Emory University auf die Probleme in der affektiven und kognitiven Kontrolle, die bei Personen mit FASD häufig vorkommen. Im Programm werden die metakognitiven Verhaltenstechniken von FAR mittels eines Computergames an den Kindern vermittelt (2021). Die Studie von Coles et al. (2015) stellte Vorteile für Kinder fest, denen diese FAR Technik vermittelt wurde. Hingegen zeigten sich in Fällen, in denen nur Elternt raining durchgeführt wurde, beim Kind keine Veränderungen (S.

2224). Die Studie von Kable et al. (2016) untersuchte den Einfluss von elterlichem Training zu Selbstregulierungsfähigkeiten bei Kindern mit FASD. Das Ergebnis zeigte, dass elterliches Engagement für die kindliche Behandlung ebenso integraler Bestandteil für Verhaltensveränderungen ist (S. 124).

Ordenewitz et al. (2021) fassen zusammen, dass verschiedene Interventionen die negativen Konsequenzen von FASD reduzieren können. Schulische Fähigkeiten können teils mittels Programmen wie dem MILE verbessert werden. Insgesamt zeigen aber andere Interventionen wie Aufmerksamkeits- und Selbstregulationstraining einen breiteren Einfluss, weshalb diese priorisiert werden sollten (S. 58). Den stärksten Einfluss auf das Verhalten hatten die Programme CFT und GoFAR. Dabei können Kompetenzen wie inhibitorische Kontrolle, Flexibilität und Emotionsregulation trainiert werden, wodurch auch eine Basis für weitere Interventionen gelegt wird (S. 59).

Weiter konkludieren Ordenewitz et al. (2021), dass sich die besten Effekte in Interventionen zeigten, die die ganze Familie betrafen. So wurde am Beispiel von GoFAR ersichtlich, dass für das Kind eine persönliche Instruktion bedeutend ist und gleichzeitig die Instruktion der Eltern ebenfalls die Erfolge des Kindes verbessern. Für die Elternbildung zeigte sich ausserdem der persönliche Kontakt als wichtiger Aspekt (59).

Auch Bertrand veröffentlichte im Jahr 2009 einen Überblick über fünf innovative Projekte betreffend Interventionen für Kinder mit FASD. Daraus wurde ersichtlich, dass einige Aspekte besonders wichtig für erfolgreiche Interventionen scheinen. So soll gemäss Bertrand (2009) Elternbildung oder Elterntraining inkludiert werden. Weiter sollen den Kindern spezifische Kompetenzen vermittelt werden, welche normalerweise durch Beobachtung oder Abstrahieren gelernt werden. Als letzter Punkt nennt sie, die wichtige Bedeutung Interventionen in das bestehende Behandlungssystem zu integrieren (S. 987).

Feststellen lässt sich aus den dargelegten Studienergebnissen, dass grundsätzlich Interventionen zu einer Verbesserung der Situation beitragen können. Dies konnte in den unterschiedlichen Settings festgestellt werden. Sowohl Ordenewitz et al. (2021) als auch Bertrand (2009) konnten feststellen, dass sich Interventionen besonders förderlich erwiesen, wenn sowohl mit den Kindern direkt gearbeitet wird als auch die Eltern mit einbezogen werden.

Dies begründet, wieso insbesondere Interventionen für Familien Erfolge erzielen. Signifikante Verbesserungen konnten im Bereich der Emotions- und Selbstregulierung, sprachlichen Kompetenzen, inhibitorischen Kontrolle, Flexibilität, rechnerischen Fähigkeiten, Sozialkompetenzen und der Aufmerksamkeit festgestellt werden.

Weiter konnte bestätigt werden, dass es auch für den Erfolg der Interventionen wichtig ist, dass die vielen involvierten Fachpersonen zusammenarbeiten und Interventionen auf das restliche Behandlungsnetz abgestimmt werden.

Nebst der Kenntnis über evidenzbasierte Interventionen wurden von Pädagogen und Ärzten auch sonstige Faktoren aufgeführt, welche Fachpersonen für den Umgang mit Kindern mit FASD beachten sollten. Diese werden deshalb anschliessend ebenfalls aufgeführt.

Murphy (1991) beschrieb diese unter dem Begriff «The 4 S's + C», was folgende Aspekte beinhaltet:

- **Structure:** Für Kinder mit FASD sollte eine klar strukturierte Umgebung geschaffen werden.
- **Supervision:** Kinder mit FASD sollten stets beaufsichtigt werden, so dass sie nicht in gefährliche Situationen gelangen.
- **Simplicity:** Es sollte in einfacher Sprache und Anweisungen gesprochen werden an Stelle von langen und argumentativen Ausführungen.
- **Steps:** Alle Aufgaben sollten in kleine Schritte zerlegt und einzeln vermittelt werden.
- **Context:** Verschiedene Kompetenzen und Fertigkeiten sollten im konkreten Kontext vermittelt werden. Dabei sollte nicht davon ausgegangen werden, dass das Kind dies auf andere Situationen übertragen oder einschätzen kann, wann gewisses Verhalten erwünscht ist und wann nicht.

(zitiert nach Society of Special Needs Adoptive Parents [SNAP], 1999, S. 19)

4.3 Hilfreiche Tools

Bereits erläutert wurde, was in der Förderung und Therapie von Kindern und Jugendlichen grundsätzlich wichtig ist, welche Therapieformen beigezogen werden und welche Programme sich wissenschaftlich als hilfreiche Intervention herausgestellt haben. Nachgehend werden nun vier verschiedene Tools vorgestellt, welche alle als hilfreich angesehen werden. Die Tools unterscheiden sich insbesondere in der spezifischen Anspruchsgruppe und den verwendeten Medien.

FAS-Erste-Hilfe-Koffer

Ein in der deutschsprachigen Literatur immer wieder anzutreffendes Tool ist der FAS-Erste-Hilfe-Koffer. Dieser wurde im Jahr 2010 von Bünemann, Fietzek, Holodynski und Feldmann entwickelt. Der Koffer beinhaltet konkrete Hilfen und Empfehlungen für das Zusammenleben mit alkoholgeschädigten Kindern (Bünemann, Fietzek, Holodynski & Feldmann, 2019a, S. 9).

Bünemann et al. (2019a) weisen darauf hin, dass der Koffer nicht als Notfallversorgung verstanden werden sollte, sondern als ausführliche erste Bekanntmachung der Störung sowie von möglichen Umgangsweisen (S. 9). Familien mit einem Kind mit FASD sowie Fachkräften soll er ein besseres Verständnis für das Störungsbild und Möglichkeiten zur Unterstützung bieten (S.10). Trotz dem Begriff des «FAS-Erste-Hilfe-Koffer» werden darin alle alkoholgeschädigten Kinder eingeschlossen. Die Autoren haben sich für den Begriff FAS statt FASD entschieden, da dieser oftmals bekannter ist (S. 16).

Der Koffer basiert einerseits auf Erkenntnissen internationaler Literatur über FASD und andererseits auf Erfahrungsberichten von Betreuungspersonen (S. 10). Seine Wirksamkeit wurde bereits in empirischen Studien untersucht (vgl. Fietzek, 2011; Schmidt, 2011). Dabei konnte ein positiver Effekt belegt werden, insbesondere hinsichtlich der Selbstständigkeit des Kindes und dem Wissenstand der Eltern (S. 13). Der FAS-Koffer wurde auch von vielen Betreuungspersonen geschätzt, was in folgendem Zitat zum Ausdruck kommt:

“Der FAS-Koffer ist toll, um den Alltag mit einem von FAS betroffenen Kind gut zu strukturieren. Da unsere Kinder viel Unruhe in sich haben und das auch an ihre Umwelt/Familie weitergeben, hilft der Koffer auch der Familie, sich insgesamt zu strukturieren. Das empfinde ich als stark entlastend.”

(Bünemann et al., 2019a, S. 13)

Aufgebaut ist der Koffer auf sogenannte «Elternkarten» zu folgenden zwölf Themen: Routinen, Regeln, Kommunikation, Gestaltung der Wohnung/Ordnung, Anziehen, Körperhygiene, Essen, Schlaf, Besitz, Zeitgefühl, Hyperaktivität und Wut sowie Gefühle.

Die Elternkarten beinhalten einerseits Infomaterial zur Erklärung, wieso diese Bereiche herausfordernd für Betroffene sind und andererseits werden praxisnahe Tipps für die betroffenen Kinder, aber auch für die anderen Familienmitglieder aufgelistet. Teils bestehen ausserdem noch zusätzliche Hilfen wie bspw. Bildmaterial. (Bünemann et al., 2019a, S. 11) Im Koffer findet sich ausserdem ein Heft, in dem wichtige Informationen und Grundeinstellungen vermittelt werden. Für Bünemann et al. (2019a) zählt als wichtige Einstellung eine realistische Erwartung dem Kind gegenüber, wobei zwischen dem tatsächlichen Alter und dem Entwicklungsalter unterschieden werden muss. Weiter nennen sie als wichtiger Aspekt, dass die Stärken des Kindes im Auge behaltet werden, dies dem Kind mitgeteilt wird und Freude darüber gezeigt wird. Beide dieser Grundeinstellungen wurden bereits als wichtige Schutzfaktoren für Kinder und Jugendliche mit FASD identifiziert (vgl. Kap. 3.7), somit deckt sich also der FAS-Koffer mit den bisherigen Erkenntnissen zu den Schutzfaktoren. Als letzte wichtige Einstellung

führen sie auf, dass Eltern auch eigene Stärken im Auge behalten sollen, denn diese können helfen, das Kind zu fördern und dieses anzunehmen (S. 23).

Ein weiterer Aspekt, den sie aufgreifen, ist der Teufelskreis, der oftmals zwischen dem kindlichen Verhalten, der Belastung der Eltern und der daraus entstehenden Auswirkungen für das Kind besteht. Daraus haben sie zwei Säulen der Erleichterung des Alltags abgeleitet (S. 24). Einerseits die Veränderung der Umwelt des Kindes und andererseits die Selbstfürsorge und das Wissen der Eltern. In der ersten Säule geht es darum, dem Kind möglichst alle Informationen so zur Verfügung zu stellen, dass mehr Selbstständigkeit erlangt wird. Zudem soll Konstanz gewährt werden, was dem Kind ebenfalls grundsätzlich hilft (S. 25). Die zweite Säule fokussiert sich darauf, dass Eltern eigene Grenzen und Bedürfnisse wahrnehmen und geeignete Hilfsmittel beiziehen, um ihr Stressempfinden zu reduzieren. Ein weiterer Aspekt ist ein besseres Verständnis von FASD zu erlangen, um auftretende Schwierigkeiten weniger zu internalisieren (S. 26). Ersichtlich wird aus den Schilderungen, dass der FAS-Koffer sowohl auf das Kind aber auch auf das Umfeld eingeht und Unterstützung vermitteln soll.

Handbuch für Jugendliche und junge Erwachsene

Im Gegensatz zum FAS-Erste-Hilfe-Koffer richtet sich das Handbuch «Fetale Alkoholspektrumstörung – und dann?» spezifisch an Jugendliche und junge Erwachsene, welche selbst betroffen sind. Das Handbuch wurde 2015 von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung in Deutschland entwickelt und steht online frei zur Verfügung (vgl. <https://www.bundesregierung.de/bregde/service/publikationen?f=992788%3A505824&query=Handbuch>). Das Handbuch nimmt häufige Fragen von Betroffenen auf, gibt Antworten dazu und bietet passende Geschichten zu einzelnen Themen, um ein besseres Verständnis zu vermitteln. Folgende Themen sind im Handbuch enthalten: Beziehungen, Gefühle, Lernen, Dein Alltag, Die Polizei und Du sowie Hast du Problem mit Alkohol und Drogen? Zu den einzelnen Themen gibt es ausserdem noch Arbeitsblätter sowie weitere Hinweise für Literatur zum Thema und möglichen Hilfsangeboten. Im Gegensatz zu vielen anderen Hilfsmitteln und Interventionsprogrammen bietet das Handbuch explizit ein Angebot für Jugendliche und konzentriert sich nicht auf jüngere Kinder. Demensprechend können auch Themen aufgegriffen werden, die erst mit zunehmendem Alter auftreten.

Triumph Today

Ein weiteres Tool ist das Triumph Today vom The Double ARC Center for FASD (vgl. www.doublearc.org/triumphtodayonline/). Dabei handelt es sich um eine Videoserie für Eltern mit betroffenen Kindern, die helfen soll, FASD zu verstehen, hilfreiche Strukturen zu schaffen und Erfolgsstrategien zu finden. Zudem wird Wissen zum Einfluss der pränatalen

Alkoholexposition vermittelt und wie das kindliche Verhalten, Gedächtnis, soziale Fähigkeiten und der Alltag dadurch beeinflusst sind. Die Videoserie beinhaltet auch praktische Tipps und Ressourcen als Hilfe zur Erziehung. (The Double ARC Center for FASD, 2021) Die in den Videos vermittelten Strategien haben sich gemäss dem The Double ARC Center for FASD (2021) bereits bei verschiedenen Familien über die Jahre bewährt. Die Videoserie ist grundsätzlich kostenpflichtig. Auf der Website wird aber auch auf die Möglichkeit für ein Stipendium verwiesen, insofern der Kurs zu teuer wäre.

Das Triumph Today bietet somit ebenfalls hilfreiche Unterstützung für Eltern und Erziehungsberechtigte, um diese in ihren Erziehungskompetenzen und ihrem Verständnis über FASD zu stärken. Zu bedenken ist allerdings, dass es sich lediglich um eine englische Serie handelt. Um das Tool zu nutzen, müssen somit genügend Sprachkenntnisse vorhanden sein.

FASD App

Ein Tool, das sowohl Eltern als auch betroffene Kinder und Jugendliche selbst adressiert, ist das FASD App. Dieses wurde gemäss dem FASD-Fachzentrum (n.d.a) von der Hochschule Hof – University of Applied Science Hof entwickelt. Im App kann eine tägliche Einschätzung des Verhaltens des Kindes sowie der elterlichen Ressourcen festgehalten werden. Dadurch kann ein Verlauf und mögliche Entwicklungen sichtbar gemacht werden.

4.4 Konkrete Interventionen und Alltagstipps

Basierend auf den bereits vorgestellten Tools wie auch auf Erkenntnissen der Literatur, werden nachgehend Tipps zu unterschiedlichen Themenbereichen aufgeführt. Im Unterschied zum vorausgehenden Kapitel liegt der Fokus aber auf expliziten Interventionen, die in den Alltag eingebaut werden können und in konkreten Herausforderungen Hilfestellungen bieten sollen. Diese Tipps können von der Familie und dem Umfeld aber auch von den Fachpersonen, welche mit Kindern und Jugendlichen mit FASD und deren Familien arbeiten, genutzt werden.

Mehrere Autoren machen darauf aufmerksam, dass oftmals verschiedene Dinge ausprobiert werden müssen, um schlussendlich geeignete Strategien für ein bestimmtes Kind zu finden (Bünemann et al., 2019a, S. 14; Von Canada, 2005, S. 4). Die SNAP (1999) beschreibt, dass folgendes wichtig ist: “to remember that all children, alcohol affected or not, are first and foremost individuals with distinct personalities, preferences, and temperaments” (S. 20). Für jedes Kind individuell passende Strategien zu entwickeln, sollte daher im Fokus stehen und bei den aufgeführten Tipps sollte bedacht werden, dass nicht jeder für jedes Kind hilfreich sein muss.

4.4.1 Routine und Struktur

Bereits erläutert wurden die Auswirkungen, die die pränatale Alkoholkonsum auf das Gehirn hat. Kinder mit FASD haben häufig Probleme, neue Dinge zu lernen und sich zu erinnern (vgl. Kap. 3.4.3.). Von Canada (2005) weist darauf hin, dass Kinder mit FASD daher ein möglichst gut strukturiertes Umfeld benötigen (S. 2). Auch Übergangssituationen von einer Aktivität zu einer anderen werden häufig als herausfordernd erlebt. Das kann selbst dann der Fall sein, wenn die folgende Aktivität beliebter ist als die vorgängige. (SNAP, 1999, S. 23)

Wichtig ist es daher, eine Tagesroutine mit klaren Regeln zu entwickeln (SNAP, 1999, S.23; FASD-Fachzentrum, n.d.b, S. 1). Dem Kind wird somit Sicherheit und zudem auch mehr Selbstständigkeit ermöglicht (Bünemann, Fietzek, Holodynski & Feldmann, 2010b, Kap. 1.1; SNAP, 199, S. 24). Von Canada (2005) berichtet, dass sich in seiner Studie die Entwicklung einer täglichen Routine als einer der wichtigsten Aspekte für das Aufziehen eines Kindes mit FASD herausstellte (S. 2).

Ebenfalls wurde bereits aufgezeigt, dass für FASD-Betroffene Schwierigkeiten bestehen, Handlungen zu planen und in einzelne Handlungsschritte zu zerlegen (vgl. Kap. 3.4.3). Dies kann zu Orientierungslosigkeit, Unsicherheit und Angst führen, weshalb eine einfache und klare Struktur und Routine wichtig ist (Bünemann et al., 2019b, Kap. 1). Es stellt sich somit die Frage, wie eine Routine entwickelt, hilfreiche Struktur geschaffen und dem betroffenen Kind oder Jugendlichen Unterstützung in der Planung von Handlungen gegeben werden können.

Folgende Tipps können, dabei unterstützen:

- Abläufe jeden Tag gleich machen, selbst in Ferien und am Wochenende (Bünemann et al., 2019b, Kap. 1.1)
- Veränderungen vorankünden und Unterstützung bei Situationswechsel bieten (FASD-Fachzentrum, n.d.b, S. 1; Bünemann et al., 2019b, Kap. 1.1)
- Begrüßungs- und Verabschiedungsrituale entwickeln (Bünemann et al., 2019b, Kap. 1.1)
- spontane Änderungen und Überraschungen vermeiden (FASD-Fachzentrum, n.d.b, S. 1; Bünemann et al., 2019b, Kap. 1)
- Wecker einsetzen, um die Dauer der Aktivität zu strukturieren (Von Canada, 2005, S. 4; SNAP, 1999, S. 23; Bünemann et al. 2019b, Kap. 1.1)
- Wochen- oder Tagespläne mit Piktogrammen machen (FASD-Fachzentrum, n.d.b, S. 1)
- Eine limitierte Auswahl lassen (SNAP, 1999, S. 23)

- Handlungen in einzelne Handlungsschritte auftrennen und mit Hilfe einer Checkliste oder Bildern darstellen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 1.1; FASD-Fachzentrum, n.d.b, S. 1; SNAP, 1999, S. 24)
- Einzelne Handlungsschritte in verschiedenen Situationen üben, um die Routine in andere Bereiche zu übertragen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 1.1)
- Sequenzen gestalten, indem Handlungen aneinander angehängt werden (SNAP, 1999, S. 21)
- Allgemein Checklisten einsetzen, um Selbstständigkeit zu fördern (Von Canada, 2005, S. 2; Bünemann et al., 2019b, Kap. 1.1)

Ein weiterer Aspekt, der mit Struktur in Verbindung steht, ist das Thema Zeit. Zeit hat im Alltag eine grosse Bedeutung und ermöglicht Selbstständigkeit. Gleichzeitig zeigt Bünemann et al. auf, dass es sich bei Zeit um etwas Abstraktes handelt, weshalb Kinder und Jugendliche mit FASD häufig Zeit nicht einordnen können und sie dadurch in ihrer Selbstständigkeit gehindert werden (vgl. Kap. 3.5.1). Aus diesem Grund sollte Zeit möglichst sichtbar und erfahrbar gemacht werden (2019b, Kap. 10). Dies kann beispielsweise durch Wanduhren, Kalender und der Kommunikation über die Dauer einer Aktivität vermittelt werden (Kap. 10.1).

4.4.2 Kommunikation

Auf Grund von kognitiven Einschränkungen, Aufmerksamkeits- und Sprachentwicklungsstörungen können sich auch in der Kommunikation Herausforderungen für Betroffene ergeben (vgl. Kap. 3.4.3). Probleme in der Kommunikation entstehen dadurch gemäss Bünemann et al. (2019b) beim Ausdrücken von eigenen Wünschen und Gedanken oder bei Unterbrechungen. Zudem fällt es Betroffenen schwer, das Gesagte von anderen zu verstehen und deren Anliegen wahrzunehmen. Auch Nonverbales ist für viele schwer zu fassen, weshalb auch Gefühle von anderen nicht verstanden werden (Kap. 17). Folgende Tipps können daher betroffene Kinder und Jugendliche in ihrer Kommunikation unterstützen:

- Augenkontakt suchen und das Kind beim Namen nennen, bevor eine Kommunikation gestartet wird (Bünemann et al., 2019b, Kap. 3.1; SNAP, 1999, S. 20; FASD-Fachzentrum, n.d.b, S. 2)
- Langsam und mit Pausen sprechen (SNAP, 1999, S. 21)
- Einfache und klare Anweisungen geben (Von Canada, 2005, S. 2; Bünemann et al., 2019b, Kap. 3.1; SNAP, 1999, S. 20)
- Gesten zum Sprechen gebrauchen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 3.1)
- Abstrakte Begriffe vermeiden (Bünemann et al., 2019b, Kap. 3.1)
- Anweisungen vom Kind repetieren lassen (Von Canada, 2005, S. 2)

- Bei Unterbrechungen Sätze und Anweisungen nochmals von vorne beginnen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 3.1)
- Bei Gesprächen reizarme Umgebung schaffen (SNAP, 1999, S. 21; Bünemann et al., 2019b, Kap. 3.1)
- Dem Kind Mehrdeutigkeit von Aussagen lehren, da vieles wörtlich genommen wird (SNAP, 1999, S. 20)
- Ironie vermeiden (Bünemann et al., 2019b, Kap. 3)
- Dem Kind helfen, Ausdrücke oder Verhalten von anderen zu interpretieren (SNAP, 1999, S. 21)

4.4.3 Gestaltung der Wohnung und Umgebung

Eine weitere Herausforderung, die mit FASD einhergeht, ist die Aufmerksamkeitsstörung und das verminderte Gefahrenbewusstsein (vgl. Kap. 3.4.3.). Die Wohnung sollte daher so gestaltet werden, dass möglichst keine Ablenkungen bestehen. Zudem sollten zusätzliche Sicherheitsmassnahmen getroffen werden (Bünemann et al., 2019b, Kap. 4). Eine bewusste Gestaltung der Wohnung kann zudem zu zusätzlicher Struktur führen und der Hyperaktivität entgegenwirken. Folgendes kann konkret umgesetzt werden, um Gefahren und Ablenkungen zu vermeiden sowie Struktur zu schaffen:

- Keine grellen und bunten Farben einsetzen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 4; FASD-Fachzentrum, n.d.b, S. 2;)
- Zimmer spärlich einrichten, möglichst wenige Bilder an den Wänden und keine offenen Regale (Bünemann et al., 2019b, Kap. 4; FASD-Fachzentrum, n.d.b, S. 2)
- Grelle Lampen vermeiden (Spohr, 2016, S. 69)
- Zimmer in verschiedene Bereiche aufteilen bspw. eine Hausaufgaben-Ecke einrichten (Bünemann et al., 2010b, Kap. 4.1; SNAP, 1999, S.24)
- Verschiedene Gegenstände desselben Typs in Kisten verstauen und mit Piktogramm kennzeichnen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 4.1)
- Gewünschter Endzustand von der Zimmerordnung auf einem Bild zur Verfügung stellen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 4.1)
- Wertsachen sollten nicht zugänglich gemacht werden, da kein Besitzgefühl besteht (Bünemann et al., 2019b, Kap. 4)
- Elektronische Geräte mit Punkten versehen, um dem Kind zu vermitteln, welche nicht alleine bedient werden dürfen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 4.1)
- Ruhige Umgebung ohne aggressive Musik, Lärm oder grosse Menschenmengen schaffen (Spohr, 2016, S. 69)

4.4.4 Regeln und Konsequenzen

Gemäss der SNAP (1999) führen Verarbeitungsdefizite dazu, dass Kinder und Jugendliche mit FASD Mühe haben, Konsequenzen und Feedback mit einer vorgängigen Handlung zu verbinden. Zudem werden oft auch Anweisungen und Regeln nicht richtig verstanden oder werden wieder vergessen, so dass Regeln gebrochen werden (S. 22). Ausserdem können gemäss Bünemann et al. (2019b) Regeln nicht auf andere Situationen adaptiert werden und müssen daher in jeder Situation wieder neu eingeübt werden (Kap. 2.1). Weiter haben Betroffene Mühe, zwischen Realität und Fantasie zu unterscheiden. Dadurch werden Gedächtnislücken bei Erzählungen willkürlich aufgefüllt. Kinder sollten daher beim Lügen nicht bestraft werden (Kap. 3). Auch Besitz kann nicht richtig eingeschätzt werden, weshalb es häufig auch zu Diebstählen kommt (Kap. 9.1; vgl. Kap. 3.4.6). All diese Gegebenheiten führen dazu, dass die Kinder und Jugendliche Regeln brechen. Dabei sollte folglich versucht werden, zwischen willentlichem und unbeabsichtigtem Regelbruch zu unterscheiden (SNAP, 1999, S. 22). Dennoch gibt es einige Tipps, welche diesen Herausforderungen entgegenwirken können:

- Sofortige Rückmeldungen oder Konsequenzen auf ein Verhalten geben und dem Kind verbal mitteilen, worauf dies bezogen wird (Bünemann et al., 2019b, Kap. 2.1; SNAP, 1999, S. 22; FASD-Fachzentrum, n.d.b, S. 1)
- Einfache und klare Regeln zur Orientierung geben (Bünemann et al., 2019b, Kap. 2)
- Keine Ausnahmen bei Regeln machen, da dies beim Kind zu Verwirrung führt (Bünemann et al., 2019b, Kap. 2.1)
- Neue Regeln erst einführen, wenn bisherige funktionieren (Bünemann et al., 2019b, Kap. 2.1)
- Familienregeln mit einfachen Worten oder Bildern aufhängen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 2.1; SNAP, 1999, S. 22)
- Kind loben, wenn es Regeln einhält (Bünemann et al., 2019b, Kap. 2.1)
- Verstärkungspläne einsetzen, in dem Verhalten gezielt belohnt wird (Bünemann et al., 2019b, Kap. 2)
- Dem Kind stärker vermitteln, was es machen soll und nicht, was es nicht machen soll (SNAP, 1999, S. 22)
- Zeit aufwenden, um Ursache- und Wirkungsbeziehungen geduldig zu diskutieren (SNAP, 1999, S. 22)
- Mit dem Kind üben, immer zu fragen, bevor etwas genommen wird, um Stehlen zu vermeiden (Bünemann et al., 2019b, Kap. 9.1).
- Konzept der Ausleihe Schritt für Schritt durchgehen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 9.1)

4.4.5 Umgang und Regulation von Emotionen

Dass Kinder und Jugendliche mit FASD Mühe haben mit der Impulskontrolle und dem Umgang mit eigenen Gefühlen, kam in den vorgängigen Kapiteln bereits mehrmals zum Ausdruck (vgl. Kap. 3.4.3 & 3.5). Gefühle und Emotionen sind ebenfalls abstrakte Konzepte, weshalb gemäss Bünemann et al. (2019b) der Zugang dazu oftmals nicht vorhanden ist. Den eigenen Empfindungen kann daher nicht Ausdruck verliehen werden, so dass die Gefahr gross ist, dass ein Wutanfall auf eine emotionale Situation folgt. Dasselbe gilt auch für die Wahrnehmung von Gefühlen von anderen. Die Bezugsperson spielt hinsichtlich des Zugangs zu eigenen Gefühlen eine wichtige Rolle, was aber oftmals viel Zeit und Übung benötigt (Kap. 12). Falke und Stein (2017) haben verschiedene Wegweiser zu Aggressivität/Wut, Trauer, Frustration, Antriebslosigkeit/Rückzugsverhalten und Regression für Eltern entwickelt, welche hierzu beigezogen werden könnten. Zudem können folgende Aspekte im Hinblick auf den Umgang mit Emotionen hilfreich sein:

- Eigene Gefühle als Bezugsperson ebenfalls benennen, um dem Kind ein Vorbild zu sein (Bünemann et al., 2019b, Kap.12.1)
- Klare Regeln vereinbaren, wie sich das Kind bei gewissen Gefühlen verhalten kann (Bünemann et al., 2019b, Kap.12.1)
- Entspannungsmethoden wie bspw. progressive Muskelentspannung oder Fantasiereisen einsetzen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 11)
- Ein Ort der Stille zur Verfügung stellen, an dem sich ein Kind zurückziehen kann (Von Canada, 2005, S. 4; SNAP, 1999, S. 23)
- Aktivitäten zum Austoben schaffen, um überschüssige Energie abbauen zu können und fixe Zeiten zur Beruhigung einplanen (Bünemann et al., 2019b, Kap.11)
- Reizüberflutende Aktionen vermeiden und Medienzeiten einschränken (Bünemann et al., 2019b, Kap. 11.1)
- Konsequenzen benennen, wenn ein impulsives Verhalten nicht akzeptabel ist und positive Alternativen aufzeigen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 11.1)

Nebst den aufgeführten Tipps können auch Übungen förderlich sein. Zum Beispiel kann ein Wutanfall nachbesprochen werden und dabei Empfindungen mit Gefühlen verbunden werden. Eine weitere Übung kann sein, ein Gefühl-Album mit unterschiedlichen Gesichtsausdrücken zu Gefühlen zu machen, um zu lernen, Emotionen an Gesichtern abzulesen. (Bünemann et al., 2019b, Kap.12.1)

Zudem kann auch ein «Gefühlspiel» gemacht werden, bei dem folgende Fragen zu einzelnen Emotionen beantwortet werden:

- In welchen Situationen kann ein solches Gefühl entstehen?
- Wie fühlt sich mein Körper bei dem Gefühl an?
- Welche Gedanken habe ich dabei?
- Was mache ich wenn ich...bin?

(Bünemann et al., 2019b, Kap.12.3)

4.4.6 Lernen und Schule

Die kognitiven Einschränkungen bringen allgemein beim Lernen Herausforderungen, aber auch in der Schule (vgl. Kap. 3.4.3). Gemäss Landgraf und Hoff (2019) sollte eine Überforderung in der Schule vermieden werden, da dies zu stärkeren psychosomatischen Verhaltensauffälligkeiten führt und somit kontraproduktiv ist (S. 62). Eine Beratung der Bezugspersonen zu einer passenden Schulform ist daher bedeutend (S. 64). Dies wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder in einer Schule bleiben können, was als Schutzfaktor bestimmt wurde (vgl. Kap. 3.7). Kinder und Jugendliche mit FASD zeigen häufig einen wellenförmigen Leistungsverlauf mit Tagen, an denen sie sich gut und an anderen, an denen sie sich kaum konzentrieren oder erinnern können (Bünemann et al., 2019b, Kap. 2). Von Canada (2005) weist darauf hin, dass es wichtig ist, sich dabei immer wieder vor Augen zu führen, dass Betroffene mit zusätzlichen Schwierigkeiten leben müssen, was das Lernen betrifft (S. 6). Trotzdem gibt es einige Tipps für Betreuungspersonen aber auch Lehrer, damit Kinder und Jugendliche mit FASD möglichst erfolgreich lernen können:

- Viele Wiederholungen geben und das Kind in eigenen Worten wiederholen lassen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 3; Von Canada, 2005, S. 6)
- Stärken vom Kind einbeziehen und das Kind loben und ermutigen (Von Canada, 2005, S. 6; Falke & Stein, 2017, S. 90)
- Komplexe Aufgaben schrittweise lösen lassen (Falke & Stein, 2017, S. 90)
- Visuelle Methoden einsetzen (Von Canada, 2005, S. 6; Falke & Stein, 2017, S. 90)
- Checklisten einsetzen, bei dem erledigte Aufgaben abgehäckelt werden können (Falke & Stein, 2017, S. 90)
- Aufzeigen wieso etwas wichtig ist, zu lernen (Von Canada, 2005, S. 6)
- Reizarmer und strukturierter Lernort schaffen (Falke & Stein, 2017, S. 90)
- Viel Pausen und Bewegung einbauen (Falke & Stein, 2017, S. 90)
- Den Lehrer hinblicklich FASD sensibilisieren (Falke & Stein, 2017, S. 90)

4.4.7 Soziales Umfeld

Wie bereits verdeutlicht, hat FASD auch negativen Einfluss auf das soziale Verhalten und damit verbunden auf das Distanzgefühl (vgl. Kap. 3.4.6). Nicht erstaunlich sind daher die Berichte vieler Eltern, dass eine der grössten Herausforderungen von ihren Kindern mit FASD ist, langfristige Beziehungen aufzubauen (Von Canada, 2005, S. 7). Von Canada (2005) erklärt dies insbesondere damit, dass sie wegen dem fehlenden Gefühl für Nähe und Distanz, anderen zu nahe kommen, so dass sich diese unwohl oder verunsichert fühlen (S. 7). Spohr (2016) ergänzt dies, indem er äussert, dass das Verhalten von Betroffenen vielfach nicht altersgemäss ist, so dass es zu Mobbing führen kann. So versuchen viele, sich mit Geschenken beliebt zu machen und lassen sich auf «falsche Freunde ein», die die Defizite bewusst ausnutzen (vgl. Kap. 3.5.1). Betroffene Kinder und Jugendliche bemerken dies oftmals nicht, weil sie Beweggründe kognitiv nicht einschätzen können (S. 75).

Hierzu finden sich nicht sehr viele Tipps. Folgendes kann aber genannt werden:

- In Rollenspielen gewisses Verhalten wie Teilen, Nähe und Distanz etc. üben (Von Canada, 2005, S. 7)
- Andere Eltern und Bekannte über das Störungsbild informieren, um Verständnis zu schaffen (Bünemann et al., 2019a, S. 31)
- Erinnerungen geben, wenn Personen zu nahe getreten wird und dem Kind erklären, wen man beispielsweise umarmt (Von Canada, 2005, S. 7)
- Spiele machen wie: «Wie frage ich, ob ich mitspielen darf?» oder «Wie begrüsse ich Fremde?» (Bünemann et al., 2019b, Kap. 12.2)

4.4.8 Konkrete Alltagssituationen

Durch die vielen verschiedenen Auffälligkeiten gestaltet sich für viele Kinder und Jugendliche mit FASD und deren Familie auch klassische Alltagssituationen als schwierig. So bestehen gemäss Bünemann et al. (2019b) beispielsweise Schwierigkeiten beim Wechseln von Kleidern. Kleidungsstücke werden in falscher Reihenfolge angezogen und das Kind kann nicht einschätzen, wann Kleider gewechselt werden müssen (Kap. 5). Dasselbe gilt auch für die Körperhygiene. Durch das schlechte Kurzzeitgedächtnis werden häufig Handlungsschritte vergessen. Dadurch geht oftmals viel Selbstständigkeit verloren, da die Eltern und Bezugspersonen viel Kontrolle ausüben müssen, was besonders in der Pubertät zum Problem wird (Kap. 6). Beim Essen besteht ausserdem die Schwierigkeit, dass viele kein Hunger- oder Sättigungsgefühl haben (vgl. Kap. 3.4.3) und zudem nicht ruhig am Tisch sitzen können (Kap. 7). Dass viele Schlafstörungen haben, wurde ebenfalls bereits dargelegt (vgl. Kap. 3.6). Dies kann gemäss Bünemann et al. (2019b) dazu führen, dass die Kinder und Jugendlichen am Tag sehr

müde sind. Zudem ist der Wechsel von Tag zu Nacht für viele mit FASD eine kritische Situation (Kap. 8). Um konkrete Alltagssituationen wie Anziehen, Körperhygiene, Essen und Schlafen angenehmer zu gestalten, können folgende Dinge ausprobiert werden:

- Outfits bereits zusammenstellen und in die richtige Reihenfolge an einen Bügel hängen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 5.1)
- Grelle Farben und Muster bei Kleidungsstücken vermeiden (Bünemann et al., 2019b, Kap. 5.1)
- Erinnerungshilfen wie Bilder einsetzen mit Körperregionen, die gewaschen werden müssen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 6.1)
- Wasser sollte nur bis eine gewisse Temperatur einstellbar sein, wegen fehlender Temperatursensibilität (Bünemann et al., 2019b, Kap. 6.1)
- Fixe Essenszeiten einrichten und immer die gleiche Anzahl an Mahlzeiten zu sich nehmen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 7.1)
- Kind nicht zum Essen zwingen, da es normal ist, dass sie wegen Stoffwechselproblemen nur langsam an Gewicht zulegen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 7.1)
- Essen nie als Belohnung oder Bestrafung einsetzen (Bünemann et al., 2019, Kap. 7.1)
- Auf schwere Mahlzeiten oder stimulierende Aktivitäten vor dem Schlafen verzichten (Bünemann et al., 2019b, Kap. 8.1)
- Ideen mit dem Kind entwickeln, was gemacht werden kann, wenn es in der Nacht erwacht (Bünemann et al., 2019b, Kap. 8.1)
- Bei Bedarf Medikamente einsetzen (vgl. Kap. 4.2.1)

4.4.9 Haltung und Wohlbefinden Bezugspersonen

Bedeutend für alle pädagogischen Massnahmen im Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen ist die Haltung (Falke & Stein, 2017, S. 17). Kotrla und Martin (2009) betonen die Wichtigkeit, realistische Erwartungen zu entwickeln, so dass ein Umfeld entsteht, das das Kind unterstützt und in dem es sich optimal entwickeln kann (S. 502). Auch Feldmann et al. (2020) bestätigen, dass das Zusammenleben in hohem Mass davon abhängig ist, wie es gelingt, die innere Haltung und erzieherische Ansprüche den Möglichkeiten des Kindes oder Jugendlichen anzupassen (S. 34). Als wichtig gilt, sich in Erinnerung zu rufen, dass FASD durch Massnahmen nicht verschwinden wird, sondern lediglich gelernt werden kann, besser damit umzugehen (Von Canada, 2005, S. 4). Ein weiterer wichtiger Aspekt für Bezugspersonen ist aber auch, sich um das eigene Wohlbefinden zu kümmern und eigene Grenzen zu erkennen (Bünemann et al. 2019a, S. 29). Bezüglich Haltung und dem Erhalt des eigenen Wohlbefindens zeigen sich folgende Aspekte als hilfreich:

- Wünsche und Vorstellungen am Entwicklungsstand des Kindes anpassen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 2)
- Stärken, Ressourcen und Erfolge in den Mittelpunkt stellen und sich darüber freuen (Bünemann et al., 2019b, Kap. 2; Falke & Stein, 2017, S.18)
- Wertschätzung vermitteln, die nicht an Bedingungen geknüpft ist (Falke & Stein, 2017, S.18)
- Authentisch zeigen, was einem freut und was einem schwer fällt (Falke & Stein, 2017, S.19)
- Austausch mit anderen Eltern und Bezugspersonen suchen, die ebenfalls ein Kind mit FASD haben (Bünemann et al., 2019a, S. 30)
- Erwartungen an sich realistisch halten und Unterstützung in der Betreuung sowie sonstige Hilfen suchen (Bünemann et al., 2019a, S. 29-30)
- Eigene negative Gefühle akzeptieren und sich nicht schuldig fühlen (Bünemann et al., 2019a, S. 30)
- Zeiten ohne Kind für sich alleine, mit dem Partner oder anderen Familienmitglieder einrichten (Bünemann et al., 2019a, S. 30-31)
- Sich über die Erkrankung des Kindes informieren und dies auch gegen aussen kommunizieren (Bünemann et al., 2019a, S. 30-31)

5 Sozialpädagogische Familienbegleitung (SPF)

Nachdem die fetalen Alkoholspektrumstörungen erläutert wurden und Erkenntnisse aus der Literatur und der Forschung generiert werden konnten, soll nun auf die SPF eingegangen werden. Dadurch soll geprüft werden, ob sich das Arbeitsfeld der SPF eignet, um den Herausforderungen von FASD zu begegnen und den betroffenen Kindern und Jugendlichen die nötige Unterstützung zu bieten. Damit soll ausserdem ermöglicht werden, mögliche Handlungsempfehlungen für den Umgang und die Förderung von Betroffenen sowie deren Umfeld für die Praxis der SPF abzuleiten.

5.1 Grundlagen und Verortung in der Sozialen Arbeit

5.1.1 Definition und historischer Hintergrund

Die SPF wird in der Schweiz gemäss Cattaneo Halter und Roth (2008) ca. seit dem Jahr 1986 angeboten (S. 17). Dies geschah, nachdem die "Pro Juventute", die grösste schweizerische Organisation für Kinder und Jugendliche, ein Projekt namens "Familienbegleitung" begonnen hat. Die Gründung der SPF als Angebot der Sozialen Arbeit hatte dabei neben pädagogischen Überlegungen auch ökonomische Aspekte. Die Heimunterbringungen waren teuer und erbrachten nicht immer den gewünschten Erfolg. So sollte die SPF Familien mit Schwierigkeiten punktuell unterstützen und Fremdplatzierungen, wo möglich, verhindern. 1992 wurde dann die "Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Sozialpädagogische Familienbegleitung" gegründet. Daraus entstand später im Jahr 1998 der "Fachverband Sozialpädagogische Familienbegleitung Schweiz", welcher bis heute besteht (S. 18). Im Jahr 2017 gab der Fachverband SPF Schweiz zusammen mit AvenirSocial, dem Berufsverband der Sozialen Arbeit, ein Leitbild der SPF für die Deutschschweiz heraus. Eine nationale Version des Leitbildes ist gemäss den beiden Verbänden in Bearbeitung (AvenirSocial & FV SPF Schweiz, 2017, S. 8). In dem Leitbild wird die SPF wie folgt definiert:

Sozialpädagogische Familienbegleitung (SPF) ist ein aufsuchendes Angebot der Kinder- und Jugendhilfe, um Familien bei der Bearbeitung unterschiedlichster familiärer Problemlagen zu unterstützen und dadurch die Lebensbedingungen der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu verbessern. Dabei ist der Fokus auf das Kindeswohl und die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gerichtet. Das Leistungsspektrum umfasst die Stärkung und Befähigung der Erziehungsberechtigten für eine gelingende Erziehung und Lebensgestaltung, die Förderung eines konstruktiven Umgangs mit Spannungen in der Familie, die individuelle Förderung der Kinder und Jugendlichen sowie die nötige Vernetzung und Ressourcenerschliessung direkt im relevanten Umfeld. Die SPF erweitert

dadurch die Lösungs- und Handlungsmöglichkeiten aller Beteiligten, stärkt die Eigenverantwortung und bietet Hilfe zur Selbsthilfe.

(AvenirSocial & FV SPF Schweiz, S. 2)

5.1.2 Kontext und Verortung in der Sozialen Arbeit

Gemäss Oevermann (2000) hat eine Profession als Kernelement die stellvertretende Krisenbewältigung (S. 21) und soll somit bei der Klientel zu einer Wiederherstellung der Autonomie führen (S. 26). Die sozialpädagogische Familienbegleitung geschieht nach Lötscher (2013) im Kontext der Familienkrise. Familienkrisen, welche eine SPF auslösen können, sind unter anderem Anpassungssituationen nach Trennungen, allgemeine Erziehungsprobleme, Konflikte innerhalb der Familie oder psychische Erkrankungen oder Auffälligkeiten eines Familienmitglieds. Die Familienbegleitung soll dem entstandenen Ohnmachtsgefühl in der Familie durch fachliche fundierte und auf die Problemlage abgestimmte Begleitung entgegengewirkt werden. Die Familie wiederum ist eingebettet in viele weitere Systeme, die in der sozialpädagogischen Familienbegleitung ebenfalls eine Rolle spielen. Diese weiteren Systeme spielen insbesondere auch bei dem Start einer SPF eine wesentliche Rolle, indem sie als zuweisende Instanz eine SPF installieren lassen können. Zuweisende Stellen können dabei beispielsweise Schulen, Sozialdienste oder Vormundschaftsämter sein (S. 32).

Die sozialpädagogische Familienbegleitung lässt sich insgesamt in der Kinder- und Jugendhilfe anordnen. Der Begriff der Kinder- und Jugendhilfe und die damit zusammenhängenden Leistungen haben sich gemäss Messmer et al. erst seit einigen Jahren in der Schweiz etabliert. (Messmer, Wetzel, Fellmann & Käch, 2021, S. 16)



Abbildung 14. Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in der Schweiz. Nach Schnur, Messmer, Wetzel & Fellmann, 2017, S. 11.

Auf obenstehender Grafik werden in der linken Spalte die drei Grundleistungen, welche die Kinder- und Jugendhilfe erbringen soll, ersichtlich: allgemeine Förderung von Kindern, Jugendlichen und Familien; Beratung und Unterstützung zur Bewältigung allgemeiner Herausforderungen und schwieriger Lebenslagen sowie Hilfen zur Erziehung. Die SPF ist dabei dem letzten Aufgabenpunkt zugeordnet.

In der Sozialen Arbeit lässt sich die SPF in der aufsuchenden Arbeit einordnen. Dies bedeutet, dass die Fachpersonen die Familien vor Ort besuchen und in ihrem Alltag mit dem System arbeiten. Die SPF befindet sich an den Schnittstellen zwischen Kinderschutz, Familienberatung und Hilfen im Alltag (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, 2021, S. 2).

5.1.3 Finanzierung und rechtliche Grundlagen

Nach Messmer et al. (2021) ist die SPF eine besonders aufwendige und kostenintensive Leistung. Die Finanzierung ist jedoch nicht einfach geregelt. Insgesamt prägt der Schweizer Föderalismus die SPF, da diese unter die Kinder- und Jugendhilfeangebote fällt, welche auf den Ebenen der Kantone und der Gemeinden jeweils Besonderheiten und Unterschiede aufweisen (S. 15). Es existiert in der Schweiz kein nationales Jugendhilfegesetz und kein Rechtsanspruch auf Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. Das Schweizerische Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (ZGB; SR 210) regelt lediglich die Eingriffsrechte des Staates in Familien sowie die Massnahmen bei Kindeswohlgefährdungen. Diese Regelungen im ZGB werden von Stellen, die eine SPF anordnen, als rechtliche Grundlage hinzugezogen (S. 16). Es gibt nach Lörtscher keinen rechtlich verankerten Anspruch auf eine unentgeltliche SPF, nicht einmal, wenn diese von Behörden angeordnet wird. Die SPF kann auch aus eigener Initiative erwünscht werden. Auch hier besteht kein gesetzlicher Anspruch auf Finanzierung. Meistens werden die SPF-Einsätze von den zuweisenden Behörden finanziert, wobei auch auf Finanzen der Inanspruchnehmenden rückgegriffen werden kann. Dieses Problem der Finanzierung, insbesondere, dass bei einer selbstgewünschten SPF die Finanzen oft selbst getragen werden müssen, vermindert die Chance auf eine präventive oder frühzeitig erfolgreiche SPF (2013, S. 32). Zudem sind die Anbieter der SPF oft freie Träger, was zu einer Konkurrenzsituation um Aufträge führt (Hengartner Thurnheer, 2012, S. 20). Die Finanzierung wird in jedem Einzelfall neu geregelt und sichergestellt (S. 21).

Der Fachverband SPF Schweiz veröffentlichte für das Jahr 2019 Zahlen zu den Kostenträger der Sozialpädagogischen Familienbegleitungen. Diese legen dar, dass mit 74% die meisten Kosten von den Gemeinden getragen wurden. Durch die Kantone wurden 17% der Kosten finanziert. Die restlichen 5% wurden eigenfinanziert. Daraus lässt sich erkennen, dass eine Heterogenität

betreffend der Kostenübernahme besteht, welche insbesondere durch die ungenügende rechtliche Verankerung zu begründen ist (2019, S. 7).

5.1.4 Zahlen und Fakten

Der Fachverband SPF Schweiz hat zuletzt im Jahr 2019 eine Statistik zur SPF herausgegeben. In dieser wurden eingereichte Daten von 24 Mitgliedern des Fachverbandes ausgewertet, was 44% aller Mitglieder ausmacht (S. 1). Darin wird ersichtlich, dass im Jahr 2019 771 neue Aufträge gestartet wurden, von denen 625 zu einem Abschluss gekommen sind. Abbrüche gab es in 83 Fällen. Die Abbruchquote liegt gemäss dieser Statistik dementsprechend bei 13%. Die Fachpersonen haben in dem Jahr 2019 insgesamt 95'715 Stunden SPF geleistet und dies in 30'842 Einsätzen (S. 3).

Auch zu der Anzahl der betreuten Familien gibt die Statistik Auskunft. Insgesamt wurden 1495 Familien betreut, wobei sich 782 Kinder im Vorschulalter befanden (S. 5). Von den Familien waren 43% schweizerischer Nationalität. Bei 38% handelte es sich um ausländische Familien und 19% der Familien wiesen schweizerische und auch andere Nationalitäten auf (S. 4).

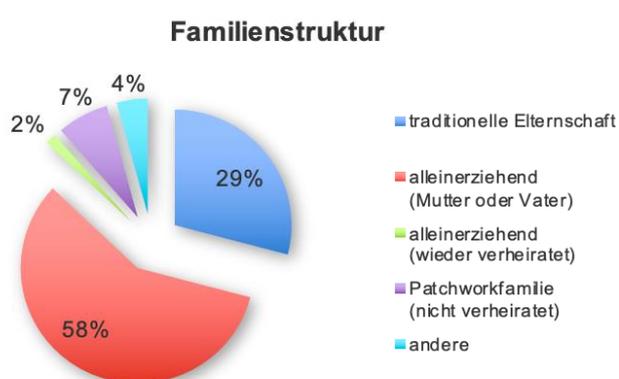


Abbildung 15. Familienstrukturen in der SPF. Nach FV SPF Schweiz, 2019, S. 5.

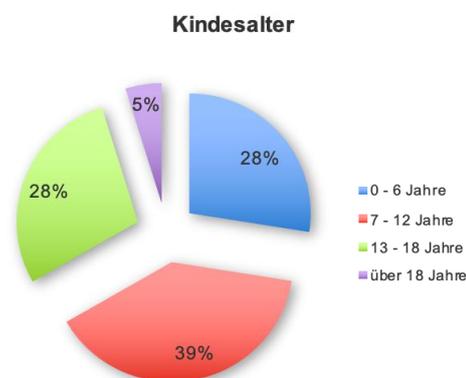


Abbildung 16. Alter der Kinder in SPF-Fällen. Nach FV SPF Schweiz, 2019, S. 5.

In Abbildung 16 wird ersichtlich, wie sich jeweils die Familienstruktur gestaltet hat. In den meisten Fällen handelte es sich um Alleinerziehende, welche nicht wieder verheiratet sind. In 29% der Fälle wurde die SPF in Familien mit traditioneller Elternschaft durchgeführt. Patchworkfamilien, wieder verheiratete Alleinerziehende und andere Formen nehmen jeweils einen kleineren Anteil ein. Wobei hierzu zu bedenken gilt, dass die verschiedenen Familienformen auch nicht gleich häufig in der Gesellschaft vertreten sind.

Abbildung 17 zeigt auf, in welchem Alter die jeweiligen Kinder der Familien, in denen eine SPF gemacht wurde, waren. Am meisten vorgekommen ist die Altersklasse von 7-12 Jahren, also das Grundschulalter. Jeweils 28% nahmen die Altersklassen des Vorschulalters und des Alters zwischen 13-18 ein. Eindeutig am wenigsten kamen SPF in Familien vor, in denen die Kinder das 18. Lebensjahr bereits erreicht haben.

Ebenfalls wurden die Problemstellungen der betreffenden Familien in der genannten Statistik ausgewertet. In nachfolgender Grafik werden die jeweiligen Probleme in % angegeben aufgeführt. Führend ist dabei eindeutig das Problem der Erziehungsschwierigkeit mit 71%. Schulprobleme und Ausbildungsprobleme, Mangelnde Tages- bzw. Alltagsstruktur, Elternkonflikte sowie psychische Probleme der Eltern sind mit jeweils über 30% auch oft vorhanden. Alkoholprobleme tauchen in dieser Statistik bei 7% der Familien auf und illegale Drogen bei 5%.

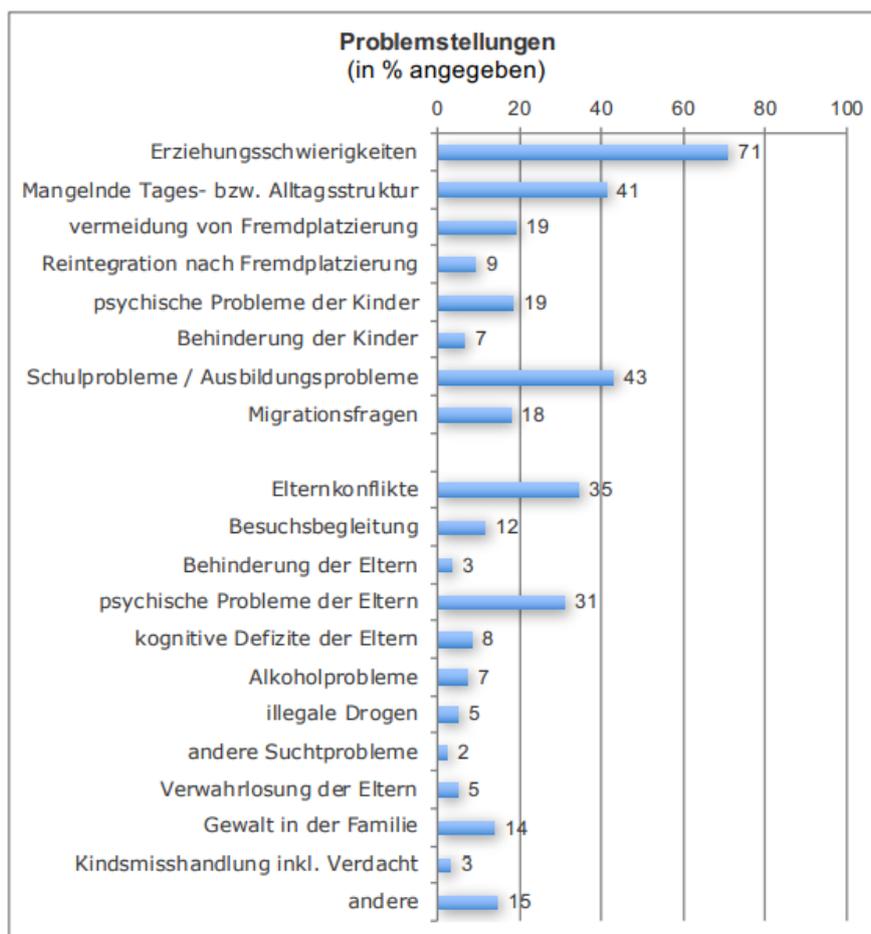


Abbildung 17. Problemstellungen in den vorhandenen SPF-Fällen, 2019.

Nach FV SPF Schweiz, 2019, S. 6.

Dies zeigt unter anderem auf, dass die SPF in ihrer Arbeit mit verschiedensten Thematiken in Berührung kommt, welche sich von Fall zu Fall unterscheiden. Einerseits bestehen viele Problemstellungen in direkter Verbindung mit dem Kind und dessen Erziehung und andererseits begegnet die SPF auch Problemen im Hinblick auf die Eltern wie beispielsweise Suchtbelastungen oder psychische und körperliche Beeinträchtigungen. Insgesamt gilt dabei, dass je früher bei einer Problematik eine Intervention durchgeführt wird, desto nachhaltiger und von kürzerer Dauer kann diese erfolgen (Lötscher, 2013, S. 32).

5.2 Anspruchsgruppen und Auftrag

Die Zielgruppe der SPF sind gemäss dem Leitbild von AvenirSocial und dem Fachverband SPF Schweiz die Eltern oder andere Erziehungsberechtigte sowie deren Kinder und Jugendliche sind. Daneben haben auch die zuweisenden Stellen sowie die anderen in den Fall involvierten Fachstellen Ansprüche an die SPF. Somit bilden Fachpersonen von Berufsbeistandschaften und kommunalen Sozialdiensten, Behörden des Zivilrechts und des Jugendstrafrechts sowie andere Fachstellen die weiteren Anspruchsgruppen der SPF (AvenirSocial & FV SPF Schweiz, 2017, S. 3).

Daraus lässt sich erkennen, dass die SPF mit vielen verschiedenen Ansprüchen zu tun hat und die Fachpersonen ihr Können einsetzen müssen, um mit diesen professionell umzugehen. Dazu gehört auch eine klare Bestimmung des Auftrags.

Die Auftragsklärung gilt als zentraler Aspekt, der die Grundlage für professionelle Hilfeleistungen bildet. Insbesondere der organisationsbezogene Auftrag gibt Hinweise zu den Aufgaben, Zielgruppen und Themen, für welche die Organisationen zuständig sind. (Abplanalp, Cruceli, Disler, Pulver & Zwilling, 2020, S. 94)

Für die SPF als Arbeitsfeld der professionellen Sozialen Arbeit ist daher ein übergeordnetes Verständnis des Auftrags von Bedeutung. Im Kapitel 5.1.1 wurde bereits die Definition von der SPF gemäss dem Leitbild von AvenirSocial und dem Fachverband SPF Schweiz beschrieben. In dieser liegt zugleich auch der Auftrag der SPF, nämlich die Unterstützung der Bearbeitung von unterschiedlichsten familiären Problemen, die dazu beitragen soll, dass die Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen verbessert wird.

Das oberste Ziel der SPF ist die Gewährleistung sowie Förderung des Kindeswohls (AvenirSocial & FV SPF Schweiz, 2017, S. 3). Zudem besteht das Ziel, die Erziehungsberechtigten insofern zu befähigen, dass sie durch neue Handlungsmuster die Verantwortung für die Erziehung der Kinder wieder selbständig übernehmen können (Cattaneo Halter & Roth, 2008, S. 18). Somit soll in der SPF zwar die ganze Familie unterstützt und miteinbezogen werden. Das Ziel liegt jedoch darin, dass sich insbesondere die Situation für die Kinder und Jugendliche verbessert und deren

Kindeswohl gesichert ist. Dies beinhaltet, dass Erziehungsberechtigte in ihrer Erziehungsarbeit gestärkt und befähigt werden, dass ein konstruktiver Umgang mit Spannungen innerhalb der Familie gefördert wird und die Familie im eigenen Umfeld vernetzt wird. Dadurch sollen Ressourcen erschlossen werden und Kinder und Jugendliche sollen individuelle Förderungen erhalten (AvenirSocial & FV SPF Schweiz, 2017, S. 2).

Da sich die Problemlagen in den verschiedenen Familien unterscheiden, wird nebst dem übergeordneten Ziel der Förderung und der Gewährleistung des Kindeswohl, in Zusammenarbeit mit der Familie und der zuweisenden Stelle, ein bedarfsgerechtes Ziel formuliert (AvenirSocial & FV SPF Schweiz, 2017, S. 2). Die individuellen Zielsetzungen orientieren sich dabei an folgenden Themenschwerpunkten:

- Grundbedürfnisse der Kinder und Jugendlichen im Hinblick auf Ernährung, Schlafplatz, Kleidung, Körperpflege sowie medizinische Versorgung sicherstellen
- Unterstützen, dass vertraute, verlässliche und verfügbare Bezugspersonen vorhanden sind
- Fördern einer altersadäquaten und einfühlsamen Begleitung, die den Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen sowie ihre individuelle Persönlichkeit angemessen berücksichtigt
- Eine adäquate Betreuung der Kinder und Jugendlichen, einen angemessenen Umgang mit Alltagsrisiken sowie altersgerechte Strukturen, Grenzen und Freiräume gewährleisten
- Schutz der Kinder und Jugendlichen vor psychischer, körperlicher oder sexueller Gewalt sowie chronifizierten Elternkonflikten
- Zugehörigkeit und Partizipation im Rahmen eines stabilen und verlässlichen sozialen Netzwerks ermöglichen

(AvenirSocial & FV SPF Schweiz, 2017, S. 2)

Die Ziele und deren Ausgestaltung können sich somit in den einzelnen Fällen, in der eine SPF installiert ist, sehr unterscheiden. Umso wichtiger sind daher eine klare Zieldefinierung und Auftragsklärung. Vielfach bestehen auch Mehrfachproblematiken, wodurch die Fachperson der SPF klären muss, welche Ziele die SPF im Einzelfall hat. Gerade auch, da sie häufig im Spannungsfeld von verschiedenen involvierten Stellen sind. Zudem steht der Auftrag, wie auch in allen anderen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit, im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle, worauf im folgenden Kapitel eingegangen wird.

5.3 Spannungsfelder innerhalb des Auftrags

Gemäss Staub-Bernasconi (1996) sind soziale Probleme Gegenstand Sozialer Arbeit (S. 12). Um diese sozialen Probleme lösen zu können, muss sich eine Situation oder eine Person verändern, weshalb Engelke, Spatscheck und Borrmann (2009) Veränderung oder auch Anpassung als Auftrag der Sozialen Arbeit beschreiben. Dies ist oft mit Ohnmachtserfahrungen von Seite der Betroffenen verbunden, was die vorrangig vielfach negative Bewertung von Veränderung oder Anpassung begründen kann (S. 289).

Dass in der SPF, als Arbeitsgebiet der Sozialen Arbeit, Veränderung ein wichtiger Bestandteil des Auftrags ist, wurde bereits aufgezeigt. Konkret sollen somit insbesondere Erziehungsberechtigte gestärkt und in ihren Kompetenzen gefördert werden. Dies soll sowohl zu einer Veränderung der Situation als auch der Erziehungsberechtigten führen. Zugleich stehen Sozialarbeitende in diesem Arbeitsfeld auch Ohnmachtsgefühlen gegenüber, die sich unterschiedlich ausdrücken und auch Konflikte mit sich bringen können (vgl. Kap. 4.1). Engelke, Spatscheck und Borrmann (2009) erklären, dass der Grund für das hohe Konfliktpotenzial in der Sozialen Arbeit in der Eigenart des Gegenstandsbereichs liegt. Sozialarbeitende müssen dem Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle begegnen, worunter das von Böhnisch und Lösch entwickelte Doppelmandat verstanden wird (vgl. Böhnisch und Lösch, 1973).

So sollen auch Sozialarbeitende in der SPF von Seite des Staates, orientiert an den Interessen der Familie, eine unterstützende Rolle einnehmen und zugleich den gesellschaftlichen Interessen mittels Kontrollauftrag gerecht werden. In einer Wirkungsanalyse der SPF Schweiz von Messmer et al. (2021) wird dargelegt, dass in einem grossen Teil der installierten SPF eine Gefährdungsmeldung vorausging. Daraus schliessen sie, «dass es bei der Veranlagung einer Familienbegleitung immer auch um die Kontrolle von Abweichungen gesellschaftlicher Normvorstellungen geht» (S. 225). Nicht erstaunlich ist daher, dass viele Familien zu Beginn der Begleitung eine misstrauische Haltung gegenüber der SPF haben, welcher die Fachperson begegnen muss (S. 226). Gleichzeitig steht diese aber auch den impliziten Erwartungen sowie den Auftragszielen der zuweisenden Stelle gegenüber (S. 227). Hinzu kommt der Auftrag, der die Soziale Arbeit als Profession hat, sowie Wünsche und ein Auftrag von Seiten der Klientinnen und Klienten. Somit besteht nebst dem Doppelmandat noch das Mandat von Seiten der Sozialen Arbeit und der Klientel, was als Trippelmandat beschrieben wird und von Staub-Bernasconi entwickelt wurde (vgl. Staub-Bernasconi, 2007). Bereits am Anfang der Begleitung besteht somit ein Spannungsfeld.

Weiter zeigt sich die vorhandene Kontrolle dadurch, dass Bericht an die zuweisende Stelle erstattet wird, worin eine fachliche Einschätzung zu der Erziehungskompetenz gemacht wird.

Zudem muss darüber berichtet werden, inwiefern das Kindeswohl gewährleistet ist. Gleichzeitig ist die Fachperson in der SPF abhängig von der Mitarbeit der Familie, dies gemäss Messmer et al. (2021) insbesondere dadurch, dass es sich nicht um eine einzelne Intervention handelt, sondern um einen längeren Prozess zur sozialen Wiederherstellung familialer Normalität (S. 226). Es stellt sich somit die Frage, wie Sozialarbeitende mit den vorhandenen Kontrollaspekten trotzdem eine erfolgreiche SPF durchführen können.

Die Wirkungsanalyse von Messmer et al. (2021) hat ergeben, dass ein wichtiger Faktor darin besteht, dass sich die Anbieterorganisation der SPF grundsätzlich als helfende Instanz versteht. Diese hat zwar teils auch abklärenden Charakter, die alltägliche Arbeit besteht aber in der Hilfe (S. 226). Viele Eltern sind durch die Installierung einer SPF mit Ängsten und Befürchtungen konfrontiert über mögliche Konsequenzen wie beispielweise einen Entzug der Elternrechte. Deshalb ist ein weiterer wichtiger Aspekt, eine Vertrauensbasis als Ausgangsbedingung für die professionellen Interventionen zu schaffen (S. 227).

Im Spannungsfeld der SPF von Hilfe und Kontrolle ist demzufolge wichtig, dass die Sozialarbeitenden sich die kontrollierenden Ausgangsbedingungen bewusst sind und einen Weg finden, eine Vertrauensbasis zu schaffen. Dadurch kann eine Transformation erfolgen, von der zu Beginn misstrauischen Einstellung der SPF gegenüber zu einem stabilen Arbeitsbündnis mit gemeinsamen Zielen. Gelingt dies, kann ein erfolgreicher Hilfeprozess stattfinden.

5.4 Arbeits- & Handlungsprinzipien

In einer systematischen Literaturrecherche von Metzger und Domeniconi Pfister (2016) zu den Arbeits- und Handlungsprinzipien in der Sozialpädagogischen Familienbegleitung wurden 122 Einzelprinzipien in sieben Arbeits- und Handlungsprinzipien zusammengefasst (S. 13). Diese sieben Prinzipien werden auch im Leitbild Sozialpädagogische Familienbegleitung als Orientierung für die Tätigkeit von SPF-Fachpersonen aufgeführt. Nachgehend werden diese einzelnen Prinzipien kurz erläutert.

Hilfe zur Selbsthilfe

Wie auch in anderen Bereichen der Sozialen Arbeit gilt die Hilfe zur Selbsthilfe in der SPF als ein wichtiges Arbeitsprinzip. Die Familien und deren einzelnen Mitglieder sollen nach Metzger und Domeniconi Pfister darin unterstützt werden, eigene Problemlösestrategien zu entwickeln, um sie so zu befähigen, zukünftig selbständig Veränderungen herbeizuführen und Probleme autonom zu lösen. Dabei sollen Fragen helfen wie «Was half bereits?», «Was hilft im Moment?» und «Was könnte helfen?» (2016, S. 14). Die Hilfe zur Selbsthilfe versucht somit bereits

erfolgreiche Bewältigungsstrategien in Erinnerung zu rufen und Raum für weitere Ideen der Klientel zu schaffen.

Beziehungs- und Rollengestaltung

Wie bereits im Spannungsfeld Hilfe und Kontrolle dargestellt wurde, sind Sozialarbeitende in der SPF mit verschiedensten Anforderungen von Seite der Gesellschaft, der Familie und von Fachpersonen konfrontiert. Für eine zielorientierte Einflussnahme wird daher ein transparenter Umgang mit allen Betroffenen, eine wertschätzende und respektierende Grundhaltung der Familie gegenüber und eine reflektierte und professionelle Rollengestaltung erfordert (AvenirSocial & FV SPF Schweiz, 2017, S. 3).

Ressourcen- und Risikoorientierung

Die Familien werden dabei unterstützt, fehlende Ressourcen zu erschliessen und vorhandene Belastungen zu minimieren. Dabei wird laufend mit den involvierten Personen geprüft, ob das Kindeswohl gewährleistet ist und die Ressourcen und Risiken ausbalanciert sind. (AvenirSocial & FV SPF Schweiz, 2017, S. 3)

Alltags- und Lebensweltnähe

Bei der Alltags- und Lebensweltnähe liegt der Fokus darin, bestehende Probleme im Kontext der Lebensrealität der jeweiligen Familie zu erklären und zu verstehen, worauf diese angepasst an die Lebenswelt bearbeitet werden können. Zudem sollen Inklusionspotenziale in den verschiedenen Lebensbereichen zusammen mit der Familie erarbeitet werden. Dies beinhaltet auch eine kreative Bearbeitung von Zugangsschwellen zu Behörden, Fachstellen und Vereinen, um den Familien dadurch die Hilfen möglichst zugänglich zu machen. (Metzger & Domeniconi Pfister, 2016, S. 13)

Strukturierte Offenheit

Der Begleitprozess erhält dadurch Struktur, dass er in einzelne Phasen unterteilt wird. Gleichzeitig muss aber von Seite der Fachperson aufgrund der unterschiedlichen Ausgangssituationen eine situative Flexibilität vorhanden sein. Konkret bedeutet dies, dass innerhalb der einzelnen Phasen fachlich fundierte Techniken und Instrumente begründet und den Schwierigkeiten der Familie angepasst angewendet werden. (Metzger & Domeniconi Pfister, 2016, S. 14)

Netzwerkarbeit

In der Netzwerkarbeit geht es darum, dass der förderliche Beziehungs- und Erfahrungsraum vergrössert wird, indem die Netzwerke der ganzen Familie und der einzelnen Mitglieder

erweitert werden. Dazu müssen allerdings die bereits vorhandenen Netzwerke von der Fachperson zuerst erschlossen werden. (Metzger & Domeniconi Pfister, 2016, S. 14)

Durch die Netzwerkarbeit soll auch die Anschlussfähigkeit an die gesellschaftlichen Erwartungen erhöht werden (AvenirSocial & FV SPF Schweiz, 2017, S. 3).

Stabilisierung

Um die Familie zu stabilisieren, sollen die Fachpersonen die Familie bei der Erkundung, Erhaltung und Schaffung von problemfreien Bereichen unterstützen. Zudem sollen in diesem Arbeitsprinzip das Vertrauen der familialen Veränderungspotentiale gestärkt werden sowie bei Bedarf weitere Angebote zur Entlastung vermittelt werden. (AvenirSocial & FV SPF Schweiz, 2017, S. 3)

5.5 Die Praxis der SPF

Im vorangegangenen Kapitel wurden der Auftrag sowie die Arbeitsprinzipien der SPF ersichtlich. Es lässt sich bereits aus diesen Ausführungen feststellen, dass die SPF vielen verschiedenen Anforderungen gegenübersteht und viele Ziele und Prinzipien die Arbeit prägen. Es soll in einem nächsten Schritt nun beleuchtet werden, wie diese Ziele erreicht werden und wie sich die Praxis der SPF gestaltet.

Die Arbeitskonzepte in der SPF sind auf der Seite der Anbieterorganisationen sehr heterogen (Messmer et al., 2021, S. 19). Dies lässt gemäss Messmer et al. auf eine angeforderte Methodenvielfalt schliessen (S. 19) und deutet gleichzeitig aber auf eine Praxis hin, wo noch eine Lücke besteht hinsichtlich deren Beschreibung und systematischen Überprüfung ihrer Wirksamkeit (Messmer et al., 2021, S. 19; Hengartner Thurnheer, 2011, S. 22).

In der Schweiz gibt es bislang nicht viele Studien in dem Bereich der SPF. Die erste Studie wurde von Richterich 1992 durchgeführt, wo die SPF aus einer vorwiegend klinisch-psychologischen Sicht evaluiert wurde. Dabei stellte Richterich fest, dass die Interventionen sich vor allem darauf fokussierten, Struktur zu geben, Modell zu sein und Selbstverantwortung zu fördern. (Messmer et al., 2021, S. 19)

Im Jahr 2004 führte Pekto eine Studie durch, bei welcher er sich insbesondere auf verschiedene Gesprächsformen und Gesprächsstrategien der SPF fokussierte (Hengartner Thurnheer, 2011, S. 21). Weiter wurde im Jahr 2013 laut Messmer et al. (2021) ein SPF-Angebot in der französischen Schweiz evaluiert, wobei ersichtlich wurde, dass die Fachpersonen der SPF zwar eine klare Haltung haben, ihre Tätigkeiten und Entscheidungen jedoch nur unzureichend begründen können, was auf einen Professionalisierungsbedarf der SPF hinweist. Durch eine

aktuelle Literaturrecherche zu den Arbeits- und Handlungskonzepten der SPF aus Deutschland und der Schweiz konnten zudem die im vorherigen Kapitel aufgeführten Arbeitsprinzipien herausgearbeitet werden (S. 19). Die neuste empirische Studie wurde von Messmer et al. durchgeführt, dies mit der Frage nach den Ausgangsbedingungen, den Praxen und Wirkungen der SPF (S. 9).

Die Arbeitsformen in der SPF sind vielfältig. Mündler et al. (1993) erstellt dafür einen Katalog möglicher Arbeitsformen:

Sozialpädagogische Familienhilfe verwirklicht sich durch beratende Gespräche, modellhaftes Handeln und praktische Hilfe. Die dabei wahrgenommenen Aufgaben können gekennzeichnet werden als Erziehungsberatung, Partnerberatung, Einzelberatung, Hausaufgabenbetreuung, Anleitung bei der Arbeit im Haushalt, Unterstützung bei der materiellen Lebenssicherung, Unternehmungen (Aktivitäten) mit Eltern und Kindern. Dabei können ergänzend andere Institutionen in Anspruch genommen werden (z. B. Tagesbetreuung von Kindern ausserhalb von Familie, Schuldnerberatung).

(zitiert nach Petko, 2004, S. 37)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die SPF viele verschiedene Arbeitsformen kennt. In einem nächsten Schritt soll nun darauf eingegangen werden, wie sich diese Arbeitsformen in der Praxis ausgestalten. Dazu soll zuerst generell auf die Hausbesuche eingegangen werden, welche in der aufsuchenden Form der SPF zentral sind. In einem weiteren Schritt werden dann gemäss den Kernthemen der SPF die Erschliessung von Unterstützungsressourcen, die Unterstützung der Eltern, die Unterstützung der Kinder sowie die Behandlung von Eltern/Kind-Konflikten erläutert. Abschliessend sollen in diesem Kapitel generelle Techniken und Interventionspraktiken der SPF aufgeführt werden.

5.5.1 Hausbesuche

Bei den Hausbesuchen ist die Fachperson der SPF direkt vor Ort und somit in der Privatsphäre der Familie, wobei die Fachperson die Besuchsrolle innehat. Es treffen institutionelle Autorität und private Souveränität einander gegenüber, welche im Prozess der SPF so ausbalanciert werden müssen, dass ein tragfähiger Interaktionsrahmen entsteht. (Messmer et al., 2021, S. 80)

Ein wesentliches Element in solchen Besuchen ist das Gespräch zwischen der Klientel und der Fachkraft. Dies ist gemäss Helming et al. (1999) insgesamt in der SPF zentral (zitiert nach Petko, 2004, S. 37). Gemäss Petko gibt es betreffend dem Gespräch verschiedene Ansätze, welche für die SPF relevant sind. Der Ansatz von May (1996) sieht dabei als Grundprinzip, dass Selbstformulierungen der Klientel vor den Formulierungen der Fachkraft bzw. deren Hilfen

stehen. Zudem systematisiert er die Fragemöglichkeiten der Fachperson in verschiedene Kategorien: lineale Fragen, strategische Fragen, zirkuläre Fragen und reflexive Fragen, wobei die beiden letzteren in der SPF den Vorrang haben. May beschreibt dabei verschiedene Techniken, welche in der SPF angewendet werden können: Umdeuten, positive Konnotation, Metaphern und Bilder, Geschichten erzählen, Stammbaum/Genogramm, Skulpturen, paradoxe Intervention und Symptomverschreibung sowie Externalisierung (zitiert nach Petko, 2004, S. 38). Als weiteren wichtigen Ansatz benennt er denjenigen von Wasik und Bryant (2001), dessen Grundfertigkeiten an die von Rogers (1986) definierten Prinzipien Empathie, Respekt und Echtheit anknüpfen. Die Fachperson soll beobachten, zuhören, Fragen stellen, Anregungen machen und ermuntern. Das modellhafte Handeln, Rollenspiele, Beispielgeschichten und Hausaufgaben bilden dabei spezifische Hilfetechiken (zitiert nach Petko, 2004, S. 39).

Das Gespräch als Hauptelement der SPF bietet eine extreme Methoden- und Gestaltungsvielfalt (Messmer et al., 2021, S. 133). Dabei hat sich gezeigt, dass insbesondere Gespräche im gemeinsamen Tun der Familienmitglieder und der Fachperson neue Spielräume eröffnen können. So kann bei einem gemeinsamen Fahrradausflug oder Pingpongspiel eine unstrukturierte Situation in der Alltagshandlung genutzt werden, um das Spektrum möglicher Interventionen zu erweitern. (S. 134)

Weiter werden in Hausbesuchen gemeinsame Aktivitäten mit der Familie umgesetzt. Dies können bspw. Gesellschaftsspiele oder das Zubereiten von Zwischenmahlzeiten sein. Wobei sich in der Studie von Messmer et al. gezeigt hat, dass in rund einem Drittel, der von ihnen beobachteten Hausbesuchen, die Kinder nicht in die Hausbesuche einbezogen wurden. (Messmer et al., 2021, S. 81)

Die Hausbesuche werden meistens von Seiten der Fachperson strukturiert. Es werden vielfach vorher vereinbarte Programmpunkte umgesetzt, wobei auch die Familienmitglieder die Möglichkeit erhalten, Themen einzubringen (S. 82).

Die Organisation und die Gestaltung des Familienalltags ist ebenfalls häufig ein Thema bei Hausbesuchen. Es können gemeinsam Wochenpläne erstellt und besprochen, gemeinsame Mittagessen gestaltet, Wochenendbetreuungen oder Betreuung während der Arbeitszeit organisiert und Abläufe besprochen werden. Die dabei hervorgerufene Tagesstruktur dient insbesondere der Zufriedenstellung der kindlichen Bedürfnisse nach Orientierung und Sicherheit. (S. 85)

5.5.2 Unterstützungsressourcen

Die Ressourcen zur Unterstützung können in den Familien sowohl extern als auch familienintern erschlossen werden. Externe Ressourcen können dabei die verschiedensten Protagonisten aus der sozialökologischen Umwelt der Familie sein. Bei familieninternen Ressourcen können bspw. nichtbegleitete Familienmitglieder von Bedeutung sein. Die Fachperson kann hierbei als Vermittler fungieren. Auch Personen aus dem bekannten Umfeld können als Unterstützungsressource dienen und die Fachperson kann den Familienmitgliedern helfen, diese zu erkennen und zu aktivieren. (Messmer et al., 2021, S. 73)

5.5.3 Unterstützung der Eltern

Messmer et al. äussert, dass die Aktivitäten der Fachpersonen der SPF vielfach auf die Stärkung der Eltern in ihrer Erziehungskompetenz abzielen. Dies geschieht häufig in Form von aufsuchender Erziehungsberatung. Die Fachperson reflektiert mit den Erziehungsberechtigten bspw. Erziehungssituationen, Regeln, Verhalten und Belohnungen im Umgang mit Kindern sowie Alltagsstrukturen. Weiter können durch Hausaufgabenhilfe, das Besprechen von Stundenplänen oder Hausaufgabenregelungen, Kommunikationsunterstützung mit Schulen und Behörden oder durch die Unterstützung in alltagspraktischen und administrativen Angelegenheiten die Eltern unterstützt werden. Als Methode können bspw. Rollenspiele zur Einübung alternativer Erziehungspraktiken und zur Bewältigung von Erziehungsunsicherheiten nutzbar gemacht werden. Auch eine videogestützte Interaktionsanalyse kann gebraucht werden (S. 71-72).

Bei der Unterstützung der Erziehungsberechtigten gibt es nach Messmer et al. drei verschiedene Formen, welche unterschieden werden können:

- Substituierende Unterstützung: Fachperson handelt stellvertretend
- Ermächtigende Unterstützung: Fachperson führt die Erziehungsberechtigten durch Wissensvermittlung und Unterstützungen zum eigenermächtigten Handeln
- Vermittelnde Unterstützung: bei Konflikten z.B. zwischen der Schule und den Erziehungsberechtigten vermittelt die Fachperson

(2021, S. 74)

Thematisch kommen die an der SPF beteiligten Personen bei der Erziehung bspw. auf Themen wie dem Kind Führung geben oder den Medienkonsum der Kinder zu sprechen. Die Themen können von den Eltern eingegeben sein oder von den Fachpersonen mit dem Ziel, negative Folgen für die kindliche Entwicklung abzuweichen, angegangen werden. (Messmer et al., 2021, S. 85-86)

5.5.4 Unterstützung der Kinder

Häufig steht bei der Unterstützung der Kinder die Förderung von Selbst-, Sozial- und/oder Sachkompetenzen im Fokus. So können bspw. das selbständige Spielen aktiviert werden und die Frustrationstoleranz bei den Kindern durch Brettspiele gefördert werden. Auch können alltägliche Angelegenheiten nutzbar gemacht werden, um motorische und sprachliche Weiterentwicklung zu fördern. Auch die Unterstützung bei den Hausaufgaben und beim Lernen fällt in diesen Bereich. Im Idealfall sollten die Interventionen hierbei so gestaltet werden, dass die Eltern gleichzeitig befähigt werden, ihre Kinder auf dieselbe Art zu unterstützen. (Messmer et al., 2021, S. 84-85)

Weiter können die Interventionen der Fachpersonen als methodisch angeleitete Problembearbeitung genutzt werden. Durch verschiedene Methoden können sie so verschiedene Themen und Probleme mit den Kindern bearbeiten. Beispielsweise können Themen wie Besuchsregelungen zwischen den Sorgeberechtigten, Streitigkeiten zwischen Geschwistern oder die Zimmerordnung auf diese Weise angegangen werden. Der Bearbeitungsprozess kann durch Kärtchen, Punktekarten, Pläne, Arbeitsblätter und mehr angeleitet werden. Auch das Gespräch mit den Kindern ist hierbei von grosser Bedeutung, wobei den Kindern mit zunehmendem Alter diese Form der Problembearbeitung mehr zusagt. (Messmer et al., 2021, S. 158-159)

Insgesamt hat sich in der Arbeit mit den Kindern gezeigt, dass die jeweilige Ausgestaltung der SPF für die Kinder einen wesentlichen Einfluss auf ihr Erleben der SPF hat. Das Spiel und das zusammen draussen sein ist für die meisten Kinder während der SPF eine positive Erfahrung. Dies hat für die Fachperson Vorteile. Es ist wichtig, dass die Fachpersonen am Kind und der kindlichen Welt Interesse haben, was sich durch solche Aktivitäten zeigen lässt. Die Kinder können zudem so in ihrer eigenen Lebenswelt erreicht werden und die Beziehung von der Fachperson zu den Kindern kann damit gestärkt werden. (S. 165)

5.5.5 Eltern/ Kind-Konflikte

Weiter sollen in der SPF gemäss Messmer et al. auch Konflikte zwischen den Eltern und den Kindern bearbeitet werden. Dabei können bspw. Stresslevel-Einschätzungen mit Hilfsmitteln oder auch wieder Rollenspiele helfen. Es sollen mit Eltern und Kindern neue Strategien erarbeitet werden, um zukünftig besser mit Konflikten umgehen zu können. Dabei kann es auch hilfreich sein, mit den Kindern, wenn das Alter dies erlaubt, die Konflikte zu reflektieren und ihnen zu helfen, die Emotionen zu sortieren (2021, S. 86-87).

5.5.6 Techniken und Interventionspraktiken

Aus den bisherigen Ausführungen lässt sich erkennen, dass in der SPF eine Vielfalt an Techniken und Interventionspraktiken vorkommen. Nachfolgend sollen aus dem behandelten Kapitel hervorgehende Techniken und Interventionspraktiken zur Übersicht in einer Auflistung dargestellt werden:

- Gespräche führen
 - Beobachten
 - Zuhören
 - Anregungen machen
 - Ermuntern
 - Fragen stellen: insbesondere zirkuläre und reflexive Fragen
 - Umdeuten
 - Positive Konnotation
 - Metaphern und Bilder
 - Geschichten erzählen/Beispielgeschichten
 - Stammbaum/Genogramm
 - Skulpturen
 - Paradoxe Intervention
 - Symptomverschreibung
 - Externalisierung
- Reflexion/Auswertung/Evaluation von Situationen
- Videoanalysen
- Tagesstrukturierung
 - Gemeinsame Betreuungsregelungen
 - Abläufe besprechen
- Wochenpläne
- Rollenspiel als Plattform für Modelllernen
- Erziehungsberatung
 - Reflexion von Erziehungssituationen, Regeln, Verhalten
 - Reflexion von Belohnungen im Umgang mit Kindern
 - Vermittlung von Wissen
- Positive Verstärkung durch Lob
- Gemeinsame Tätigkeiten (Spiele, Ausflüge usw.)
- Erarbeitung von Konfliktmanagement Strategien
 - Konflikte mit Eltern und Kinder reflektieren

- Kinder helfen Emotionen zu sortieren
- Gefühls- oder Stressthermometer
- Ressourcenanalysen
- Alltagspraktische Unterstützung
- Administrative Unterstützung
- Kommunikationsunterstützung mit Schulen und Behörden
- Hausaufgaben, Hausaufgabenhilfe und Hausaufgabenregelungen
- Förderung von Selbst-, Sozial- und Fachkompetenzen der Kinder
- Methodisch angeleitete Problembearbeitung mit den Kindern
- Arbeitsblätter
- Themenkärtchen
- Punktekarten

6 Relevanz von FASD in der SPF

Nachdem sowohl FASD als auch die SPF ausführlich erläutert und diskutiert wurden, sollen in diesem Kapitel nun die erlangten Erkenntnisse aus der Literaturrecherche zu den beiden Themen in einen Zusammenhang gebracht werden. Darin soll unter anderem der Frage nachgegangen werden, inwiefern die SPF sich eignet, um Kinder und Jugendliche mit FASD sowie deren Umfeld zu fördern.

In den Kapiteln 3.4, 3.5 und 3.6 wurde ersichtlich, dass Kinder und Jugendliche mit FASD in ihrem Leben viele Schwierigkeiten erleben. Als Erwachsene fallen sie häufig durchs soziale Netz (vgl. Kap. 3.5.3). Gerade deshalb ist es für die Soziale Arbeit relevant, einerseits FASD zu erkennen und andererseits betroffene Kinder und Jugendliche frühestmöglich zu unterstützen und zu fördern. Es hat sich gezeigt, dass davon ausgegangen werden kann, dass FASD in der Schweiz eine hohe Prävalenz hat und das Störungsbild viel öfters vorkommt, als es heute diagnostiziert ist (vgl. Kap. 3.3). Dementsprechend leben in vielen Familien in der Schweiz Kinder und Jugendliche mit FASD, auch wenn nicht immer eine Diagnose vorliegt. Dies kann sehr herausfordernd für die Betroffenen (vgl. Kap. 3.5) sowie für deren Familien sein (vgl. Kap. 4.1). Die Eltern können Überforderung in ihrer Erziehung erleben und es können Ohnmachtsgefühle entstehen. Genau diesem Ohnmachtsgefühl der Familie will die SPF entgegenwirken (vgl. Kap. 5.1.2). Dadurch, dass die SPF aufsuchend und somit im Alltag der Familie stattfindet, kann sie den zahlreichen bestehenden Lebens- und Alltagsbewältigungsproblemen direkt vor Ort begegnen und Hilfe leisten. Für die betroffenen Kinder und Jugendlichen birgt ein instabiles familiäres Umfeld zudem weitere Risikofaktoren, was wiederum die Entstehung von sekundären Störungen fördern kann (vgl. Kap. 3.7). Dies zeigt, dass die Stärkung des familiären Umfeldes für die möglichst gesunde Entwicklung der Kinder und Jugendlichen mit FASD von Bedeutung ist. Ein starkes familiäres Umfeld konnte als einer der wichtigsten Schutzfaktoren für die Betroffenen herausgearbeitet werden (vgl. Kap. 3.7 & 4.2). Der Fokus auf das Kindeswohl und somit auf eine möglichst gute Entwicklung ist das Hauptziel der SPF (vgl. Kap. 5.2). Es hat sich herausgestellt, dass Familieninterventionen, bei denen sowohl direkte Interventionen und Instruktionen mit dem Kind gemacht werden sowie auch mit den Eltern gearbeitet wird, bei FASD am erfolgreichsten sind (vgl. Kap. 4.2.2). Auch die zwei Säulen der Erleichterung des Alltags, welche vom Bünemann et al. (2019) im Rahmen des FAS-Erste-Hilfe-Koffer erarbeitet wurden, setzten einerseits mit der Veränderung der Umwelt auf Ebene des Kindes und andererseits durch Wissensvermittlung und Selbstfürsorge auf Ebene der Eltern an (vgl. Kap. 4.3). Die SPF als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit arbeitet sowohl mit den Eltern als auch den jeweiligen Kindern (vgl. 5.2). Somit hat sie die Möglichkeit, beide Ebenen zu stärken und

förderliche Veränderungen hervorzurufen. Hilft die SPF dabei, das Familienumfeld zu stabilisieren und zu stärken, kann somit verhindert werden, dass das Familiensystem dekompenziert und die Erziehungsberechtigten resignieren (vgl. Kap. 4.2). Die Stabilisierung ist hierbei ein grundsätzliches Arbeitsprinzip der SPF (vgl. Kap. 5.4).

Es wurde ebenfalls ersichtlich, dass viele Kinder weitere Störungen entwickeln (vgl. Kap. 3.6) und häufig Opfer von Gewalterfahrungen werden (vgl. Kap. 3.7). Die SPF wird hier wichtig, um das Kindeswohl zu sichern und solchen Gewalterfahrungen möglichst vorzubeugen. Zudem kann sie dazu beitragen, dass Ressourcen aktiviert werden, um die Wahrscheinlichkeit für sekundäre Störungen zu reduzieren. Diese Aufgabe ist klar im Auftrag der SPF definiert (vgl. Kap. 5.2). Sind bereits weitere psychische Störungen bei den Betroffenen vorhanden, kann die SPF als erkennende Instanz fungieren, um anschliessend den Zugang zu weiteren geeigneten Hilfseinrichtungen und Fachpersonen aufzuzeigen. Die Netzwerkarbeit ist in der SPF generell wichtig (vgl. Kap. 5.4). Auch hat sich gezeigt, dass eine multidisziplinäre Betreuung sowie der Zugang zu angemessenen Interventionen für Kinder und Jugendliche mit FASD besonders wichtig ist (vgl. Kap. 4.2). Diesen Zugang und das Erschliessen einer multidisziplinären Betreuung kann durch die Netzwerkarbeit der SPF gewährleistet werden. Weiter konnten die Erschliessung und der Erhalt von Unterstützungsleistungen als protektive Faktoren herausgearbeitet werden (vgl. Kap. 3.7). Auch hierbei kann die SPF Unterstützung leisten und somit Ressourcen für die Betroffenen und deren Familien zu erschliessen.

Die Suchtbelastung der Familie kann als weiterer möglicher Schnittpunkt zwischen SPF und FASD sein. Denn eine Suchtthematik kann Gegenstand einer SPF sowie Auslöser von FASD sein. Auch wenn es sich nicht bedingt, dass die Abhängigkeit der Mutter bereits in der Schwangerschaft vorhanden war und sich eine FASD beim Kind entwickelt hat, ist hierbei insbesondere Acht zu geben. Insbesondere dadurch, dass sich die Suchtbelastung im Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen mit FASD als Risikofaktor für deren Entwicklung herausgestellt hat (vgl. Kap. 3.7). Es konnte aufgezeigt werden, dass bei etwa 7% der SPF Fälle Alkoholprobleme vorhanden sind (vgl. Kap. 5.1.5). Es darf jedoch auch nicht davon ausgegangen werden, dass nur in Suchtbelasteten Familien FASD auftauchen kann.

Bei 71% aller SPF Fälle sind Erziehungsschwierigkeiten vorhanden (vgl. Kap. 5.5.1) und es konnte aufgezeigt werden, dass gerade die Erziehung von Kindern und Jugendlichen mit FASD zu einer grossen Herausforderung werden kann (vgl. Kap. 4.1). Die Problematiken, die in FASD betroffenen Familien auftreten überschneiden sich somit mit den Problematiken bei denen eine SPF installiert wird. Es ist also wahrscheinlich, dass Fachpersonen in diesem Feld der Sozialen Arbeit Kindern und Jugendlichen mit FASD begegnen.

Aus der Arbeit geht zudem hervor wie vielfältig die Auffälligkeiten der Betroffenen sowie die Herausforderungen für sie und deren Umfeld sind. Zudem besteht eine Vielfalt an Therapie- und Förderungsansätzen (vgl. Kap. 4.2) sowie an konkreten Interventionen, Tools und Alltagstipps (vgl. Kap. 4.3). Die SPF kann diesen Herausforderungen aufgrund ihrer Methodenvielfalt, ihren diversen Arbeitsformen (vgl. Kap. 5.5) und durch individuell angepasste Zielsetzungen (vgl. Kap. 5.2) bedarfsgerichtet begegnen. Dabei überschneiden sich die herausgearbeiteten Ansätze, Methoden und Techniken zur Förderung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit FASD (vgl. Kap. 4.2 & 4.3) mit denjenigen, die in der Praxis der SPF bereits angewendet werden (vgl. Kap. 5.5). Die für FASD-Betroffene nützlichen Förderungsansätze lassen sich dementsprechend ideal in der SPF anwenden.

7 Erkennen von FASD in der SPF

Ersichtlich wurde, dass viele Aspekte den Zusammenhang von FASD und der SPF darlegen. Die SPF konnte als geeignetes Handlungsfeld identifiziert werden, um den zahlreichen Herausforderungen von FASD zu begegnen und Betroffene und deren Umfeld zu fördern. Damit betroffene Kinder und Jugendliche sowie deren Umfeld im Rahmen der SPF unterstützt und gefördert werden können, muss FASD zuerst von den Sozialarbeitenden erkannt werden.

Dargelegt wurde, dass FASD in vielen Fällen selbst von Fachpersonen nicht erkannt wird und zudem zu wenig Kenntnisse über die Spektrumstörung vorhanden sind. Da dies auch bei Ärzten der Fall ist, bleibt auch eine Diagnose vielfach aus (vgl. Kap. 3.8.4). Insbesondere pFAS und ARND wird wegen den weniger starken oder fehlenden körperlichen Symptomen besonders selten erkannt (vgl. Kap. 3.1 & 3.7). Dies führt zu zusätzlichen Herausforderungen, da von aussen oftmals Unverständnis an die betroffenen Kinder und Jugendlichen herantritt sowie Erwartungen, welche sie nicht erfüllen können (vgl. Kap. 4.1.1). Eine frühe Diagnose hat sich daher als Schutzfaktor herausgestellt (vgl. Kap. 3.7), weshalb Sozialarbeitende in der SPF betroffenen Familien Unterstützung im diagnostischen Verfahren bieten sollten. Damit dies überhaupt möglich wird, muss FASD von der Fachperson zuerst erkannt werden.

Weiter wurde mehrfach dargelegt, dass eine frühe Förderung für Kinder mit FASD von hoher Bedeutung ist (vgl. Kap. 4.2). Nebst dem diagnostischen Aspekt gilt also das Erkennen von FASD auch für die Förderung und adäquate Behandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen als fundamental.

Die nachgehende Liste beinhaltet häufige Auffälligkeiten und Einschränkungen von Kindern und Jugendlichen mit FASD, die von aussen ersichtlich sind oder sich insbesondere im familiären Umfeld zeigen. Diese Auflistung soll Fachpersonen in der SPF als Arbeitshilfsmittel dienen. Die erstellte Liste wurde an die vier diagnostischen Säulen der S3-Leitlinie angelehnt (vgl. Kap. 3.8.2). Wichtig zu betonen, gilt hierzu, dass es sich nicht um ein diagnostisches Tool handelt, sondern lediglich als eine Erinnerungshilfe und Dokumentationsmöglichkeit dienen soll. Die Liste wurde zudem nicht empirisch untersucht.

Auffälligkeiten	Vorhanden / beobachtet	Unsicher	Nicht vorhanden / nicht beobachtet	Bemerkungen
Wachstumsauffälligkeit				
<ul style="list-style-type: none"> • Unterdurchschnittlicher Kopfumfang • Untergewicht • Unterdurchschnittliche Grösse • Bekannte Organdefekte 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Auffälligkeiten des Gesichts				
<ul style="list-style-type: none"> • Schmale Oberlippe • Flaches Mittelgesicht • Fehlendes Philtrum • Flacher Nasenrücken • Kurze Nase • Kurze, deutliche Lidfalte • Geringfügige Ohrenabnormalitäten 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Auffälligkeiten des ZNS				
<ul style="list-style-type: none"> • Exekutive Funktionen eingeschränkt • Konsequenzen nicht abschätzen können • Gestörtes Temperaturempfinden • Gestörtes Schmerzempfinden • Gestörtes Sättigungs- & Hungergefühl • Dinge werden häufig vergessen 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<ul style="list-style-type: none"> • Regeln werden schlecht verstanden • Lange Reaktionszeit • Erschwertes Lernen • Häufiges Lügen • Trennung von Realität und Fantasie fällt schwer • Distanzlosigkeit • Plötzliche Wutanfälle/ Lachen/ Weinen • Impulsivität • Bei Kleinkindern: Sprachentwicklungsstörungen 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pränataler Alkohol Konsum				
<ul style="list-style-type: none"> • Pränataler Alkoholkonsum bekannt 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weitere Auffälligkeiten				
<ul style="list-style-type: none"> • Hyperaktivität • Schlafstörungen 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8 Handlungsempfehlungen für die SPF

Es konnte aufgezeigt werden, dass SPF in ihrer Praxis viele mögliche Begegnungspunkte mit Kindern und Jugendlichen mit FASD hat. Zudem wurde ersichtlich, dass die Fachpersonen der SPF einerseits gefragt sind, über das Störungsbild FASD Bescheid zu wissen und andererseits FASD zu erkennen. Wird FASD vermutet, erkannt oder diagnostiziert, ist es für Fachpersonen relevant, ihre Interventionen so zu gestalten, dass die betroffenen Kinder und Jugendliche erfolgreich unterstützt und gefördert werden können. Dadurch sollen sie eine möglichst gute Entwicklung erleben und vor weiteren Schäden oder Störungen geschützt werden.

Aus der Literatur konnten viele verschiedene Handlungsempfehlungen zum Umgang und zur Förderung von Kindern und Jugendlichen mit FASD sowie deren Umfeld abgeleitet werden. Die Förderung des Umfelds gestaltet sich in der SPF insbesondere in der direkten Arbeit mit den Erziehungsberechtigten und dem familiären Umfeld. Das weitere Umfeld wird insofern miteinbezogen, dass es im Rahmen der Netzwerkarbeit betrachtet wird, um so Ressourcen zu erschliessen und falls nötig, weitere Hilfsangebote zu aktivieren. Die ausgearbeiteten Handlungsempfehlungen sollen in diesem Kapitel aufgeführt werden. Dazu werden sie in verschiedene Kategorien unterteilt, welche sich an die Arbeitsweisen der SPF (vgl. Kap. 5.5) anlehnen. Zuerst soll auf Grundlagen zum Umgang mit den Betroffenen sowie auf die Haltung der Fachperson eingegangen werden. Danach sollen Handlungsempfehlungen, welche die Familie allgemein betreffen, aufgeführt werden. In einem nächsten Schritt werden die elternbezogenen sowie anschliessend die kinderbezogenen Interventionen erläutert. Abschliessend werden die Handlungsempfehlungen betreffend des weiteren Umfeldes aufgezeigt.

8.1 Grundlagen und Haltung der Fachperson

Da sich die SPF stetig in einem Spannungsfeld befindet, ist es wichtig, als Ausgangsbedingung eine Vertrauensbasis zwischen der Klientel und der Fachperson zu schaffen (vgl. Kap. 5.3). Die Wichtigkeit der Vertrauensbasis wird in der FASD dadurch verstärkt, dass das Ansprechen der Störung bei der Mutter Schuldgefühle auslösen kann, was weitere Spannungen im Familiensystem und in der Beziehung zu der Fachperson mit sich ziehen kann (vgl. Kap. 3.8.5). Die Fachperson sollte diesbezüglich sensibilisiert sein und eine vertrauensvolle professionelle Beziehung anstreben. Es ist weiter wichtig, dass die Fachpersonen ihre Interventionen darauf auslegen, dass die Herausforderungen zukünftig von den Betroffenen autonom bewältigt werden können (vgl. Kap. 5.4). Hierbei benötigt die Fachperson das Bewusstsein darüber, dass Veränderung von den betroffenen Familienmitgliedern durch Ohnmachtserfahrungen negativ

bewertet sein kann und somit eine misstrauische Haltung gegenüber der Fachperson vorliegen kann (vgl. Kap. 5.3). Das wiederum zeigt die Wichtigkeit des Aufbaus einer vertrauensvollen Beziehung auf.

Insgesamt sollten die Interventionen möglichst reizarm gestaltet werden (vgl. Kap. 4.4), da Reizbelastungen für Kinder und Jugendliche mit FASD zusätzliche Herausforderungen sind (vgl. Kap. 3.4.3 & 4.3.2). Es wurde ersichtlich, dass die SPF viele verschiedene Arbeitsweisen kennt (vgl. Kap. 5.5) und bei FASD viele verschiedene Herausforderungen bestehen können (vgl. Kap. 3.5). Dementsprechend ist es von grosser Bedeutung, die Situation in den betroffenen Familien immer zuerst gut zu beobachten, um den Bedarf zu ermitteln und die Arbeitsweisen daran angepasst einzusetzen. Es ist wichtig, dass die Fachperson das Bewusstsein hat, dass sie sich in ihrer Arbeit in der Lebensrealität der Familie befindet (vgl. Kap. 5.4). Der Kontext der Lebenswelt ist immer miteinzubeziehen und die Herausforderungen der FASD sind darin zu verorten.

Die Fachpersonen sollen bei der Planung von Hilfsangeboten für die Kinder und Jugendlichen die Eltern miteinbeziehen, da diese am besten einschätzen können, was ihr Kind benötigt (vgl. Kap. 4.2.1). Weiter ist es wichtig, dass die Fachperson das Ziel der SPF, insbesondere die Situation für die Kinder und Jugendlichen zu verbessern und das Kindeswohl zu sichern (vgl. Kap. 5.2), stetig im Fokus hat. Zudem sollen von der Fachperson beständig die Stärken des Kindes oder Jugendlichen im Auge behalten werden (vgl. Kap. 4.3).

Weiter hat sich als relevant herausgestellt, dass die Fachpersonen der SPF mit weiteren involvierten Fachpersonen eine gute Zusammenarbeit leisten, um eine möglichst gelungene Förderung und Unterstützung zu erzielen (vgl. Kap. 4.2). Zudem sollten in allen Interventionen die in Kapitel 4.2.2 aufgeführten "4 S's + C" Faktoren, "Structure", "Supervision", "Simplicity", "Steps" und "Context" beachtet werden.

8.2 Familieninterventionen

Aus dem Kapitel 5.5 geht hervor, dass in der Praxis der SPF Interventionen mit der ganzen Familie durchgeführt werden. In diesem Kapitel werden nun diejenigen Familieninterventionen aufgeführt, welche sich im Zusammenhang mit FASD als wichtig herausgestellt haben.

Konflikte bearbeiten

FASD löst in den Familien viele verschiedene Konflikte aus. In der SPF sollen Konflikte in der Familie bearbeitet werden (vgl. Kap. 5.5.4). Die Behandlung von Konfliktverhalten hat sich im Zusammenhang mit FASD insbesondere in der Psychotherapie als sehr relevant erwiesen (vgl. Kap. 4.2.1). Es ist dementsprechend sinnvoll, dass die Fachperson der SPF durch das Vermitteln

von Konfliktmanagementstrategien, das Reflektieren von Konfliktsituationen, Stresslevel-Einschätzungen und der Hilfestellung beim Sortieren von Emotionen die Konflikte in der Familie bearbeitet.

Kommunikation thematisieren

Die Kommunikation in der Familie mit dem betroffenen Kind oder Jugendlichen stellt eine Herausforderung dar (vgl. Kap. 3.5). Dementsprechend ist es wichtig, dass die Fachperson der SPF der Familie verschiedene Techniken für eine gelungene Kommunikation und ein besseres gegenseitiges Verständnis aufzeigt und mit ihr einübt. Diese können beispielsweise durch Gespräche oder Rollenspiele sowie der Reflexion von Kommunikationssituationen erarbeitet werden. Auf welche Faktoren genau geachtet werden muss, ist im Kapitel 4.4.2 aufgelistet. In Bezug auf die Kommunikation soll die Fachperson ausserdem der Familie als Vorbild fungieren. Somit können die Familienmitglieder an dem Modell der Fachperson lernen.

Einbezug der Geschwister

Die Geschwister der Kinder und Jugendlichen mit FASD sind von den Herausforderungen ebenfalls betroffen. Sie können unter den Folgen leiden, mit ihren Geschwistern mitfühlen oder das herausfordernde Verhalten imitieren (vgl. Kap. 4.1). In der SPF ist die ganze Familie zentral. Deswegen dürfen auch bei Familien mit einem Kind mit FASD die Geschwister nicht in den Hintergrund geraten. Ihr Kindeswohl und ihre gesunde Entwicklung ist ebenso bedeutend und ihre Bedürfnisse müssen in der SPF Beachtung finden. Wie für das restliche Umfeld und für die Eltern kann das Wissen und Verständnis in Bezug auf FASD auch für die Geschwister als relevant erachtet werden. Fachpersonen können hier altersadäquat das Thema FASD den Geschwistern verständlich machen, um so Geschwisterbeziehungen zu stärken, was wiederum einen positiven Einfluss auf das ganze Familiensystem hat.

Struktur schaffen

Eine gut strukturierte Familie gilt als wichtiger Schutzfaktor für die betroffenen Kinder, damit sich möglichst keine weiteren Störungen bilden und eine gute Entwicklung begünstigt wird (vgl. Kap. 3.7). Die Gestaltung einer familiären Tages- oder auch Wochenstruktur ist in der Praxis der SPF ein häufiges Thema (vgl. Kap. 5.5). Es hat sich als wichtig gezeigt, dass bei FASD konstante Routinen in der Familie geschaffen werden, Esszeiten und Anzahl der Mahlzeiten möglichst gleich bleiben und auch an Wochenenden und in den Ferien die Tagesstruktur erhalten bleibt (vgl. Kap. 4.4.1). Die Fachperson soll der Familie bei der Schaffung einer solchen Struktur helfen und deren Wichtigkeit aufzeigen.

Ressourcen erschliessen

Die Erschliessung von Ressourcen gilt in der SPF als handlungsleitend (vgl. Kap. 5.4). Der Fokus auf Ressourcen und Stärken der Eltern sowie der Kinder und Jugendlichen hat sich auch beim Vorhandensein von FASD als wichtig herausgestellt. Deswegen sollten die Ressourcen in der ganzen Familie analysiert und erschlossen werden. Dazu kann bspw. eine Ressourcenanalyse hilfreich sein.

8.3 Elternbezogene Interventionen

Die Unterstützung der Eltern stellt einen wichtigen Teil der Praxis der SPF dar (vgl. Kap. 5.5.3). Auch aus der Literatur zu FASD wird ersichtlich, dass elternbezogene Interventionen wichtig sind (vgl. Kap. 4). Durch die Arbeit mit den Eltern wird wiederum die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen mit FASD beeinflusst. Nachfolgend werden relevante elternbezogene Interventionen aufgeführt, die in Zusammenhang mit FASD stehen. Dabei werden zuerst allgemein wichtige Aspekte benannt. Danach wird auf die Interventionen, welche sich in Form einer Erziehungsberatung gestalten, eingegangen. Dabei ist zu beachten, dass auch die Fachperson in ihrem Umgang mit den Kindern und Jugendlichen, die förderlichen Strategien für die Erziehung von FASD-Betroffenen anwenden soll. Somit dient sie auch den Eltern als Modell, an dem sie lernen können. Weiter werden Interventionen bezüglich der eigenen Grenzen der Eltern sowie der eigenen Kompetenzen thematisiert. Abschliessend sollen Entlastungsmöglichkeiten dargelegt werden.

8.3.1 Grundlegende Aspekte

Wissensvermittlung über FASD

Insgesamt hat sich gezeigt, dass es hilfreich ist, wenn die Eltern über das Krankheitsbild von FASD Bescheid wissen (vgl. Kap. 4.2 & 4.3). Ist dieses Wissen in der Familie, in der die SPF installiert wird, noch nicht vorhanden, ist es von grosser Bedeutung, den Eltern dieses Wissen zu vermitteln und zugänglich zu machen. Dadurch kann auf Seiten der Eltern mehr Verständnis für die betroffenen Kinder und Jugendlichen geschaffen werden und zugleich wird vermieden, dass sie auftretende Probleme einzig mit eigenem Erziehungsversagen begründen.

Tools zugänglich machen

Den Eltern sollen hilfreiche Tools wie der FAS-Erste-Hilfe-Koffer, Triumph Today oder die FASD App (vgl. Kap. 4.3) aufgezeigt und zugänglich gemacht werden. Diese können die Eltern in ihrem Alltag unterstützen.

Gewalt verhindern

Viele Kinder und Jugendliche mit FASD erleben Gewalt. Dies ist ein grosser Risikofaktor für die weitere Entwicklung (vgl. Kap. 3.7). Mit den Eltern sollen diesbezüglich Stressmanagementstrategien erarbeitet werden, um die Stresstoleranz zu erhöhen und somit präventiv Gewalt zu verhindern.

Stigmatisierung, Schuld und Scham thematisieren/beachten

Eine FASD-Diagnose kann insbesondere bei der Mutter, aber auch im ganzen Familiensystem zu Stigmatisierung führen. Zudem kann die Mutter Schuld- und Schamgefühle entwickeln (vgl. Kap. 3.8.5). Diese Themen können zu Belastungen führen und sollen von der Fachperson aufgegriffen und bedacht werden.

Schulform besprechen

Ein Schulabschluss erreichen zu können stellt für die Kinder und Jugendlichen mit FASD ein Schutzfaktor dar (vgl. Kap. 3.7). Die Beratung über eine passende Schulform ist daher bedeutend (vgl. Kap. 4.4.6). Die Fachperson der SPF soll den Eltern mögliche Schulformen aufzeigen und diesbezüglich beratend fungieren. Zudem sollte sie den Eltern die Wichtigkeit der Befürwortung eines Schulabschlusses aufzeigen.

8.3.2 Erziehung

Bestärkung und Wertschätzung fördern

Kinder und Jugendliche mit FASD sollen, nebst den häufig erlebten Misserfolgen, auch Wertschätzung und eigene Stärken erleben und erkennen. Ausserdem hat sich gezeigt, dass es für Eltern wichtig ist, dass sie ihren Fokus stetig auf die Stärken der Kinder und Jugendlichen legen (vgl. Kap. 4.3 & 4.4). Wird das Erfolgserleben der Kinder und Jugendlichen bestärkt und unterstützt wirkt dies insgesamt protektiv auf deren Entwicklung (vgl. Kap. 3.7). Die Fachperson der SPF soll den Eltern daher die Bedeutung aufzeigen und sie darin coachen, die Kinder wertzuschätzen, ihre Stärken zu benennen und darüber Freude zu zeigen.

Kommunikationstechniken vermitteln

Die im Kapitel 4.4.2 aufgeführten Tipps sollen mit den Eltern angeschaut und eingeübt werden. Hierbei kann es helfen, alltägliche Kommunikationssituationen mit den Eltern zu reflektieren und beispielsweise mit Videoanalysen zu arbeiten. So können vorhandene Kommunikationsmuster erkannt und, wenn nötig, verändert werden. Auch Rollenspiele können helfen, damit die Eltern wichtige Kommunikationstechniken einüben können.

Strukturierungshilfen vermitteln

Die Fachperson soll mit den Eltern vorhandene Strukturen analysieren und die Wichtigkeit einer gleichbleibenden Struktur, sowohl in Form einer Tagesstruktur als auch in Form einer Wochenstruktur, aufzeigen. Dabei sind die aufgeführten Punkte im Kapitel 4.4.1 wesentlich. Die Fachperson kann die Eltern dabei unterstützen, Schlafpläne zu erarbeiten, Checklisten einzuführen und Routinen zu entwickeln. Auch Übergangssituationen sollten thematisiert werden und diesbezüglich Unterstützungen von der Fachperson zu deren Gestaltungsmöglichkeiten geleistet werden.

Konstanz in der Erziehung thematisieren und fördern

Es ist wichtig, dass Kinder und Jugendliche mit FASD Konstanz erfahren (vgl. Kap. 4.3). Dementsprechend sollte diese Konstanz von den Eltern geschaffen werden. Die Fachperson soll mit den Eltern reflektieren, wie sich Konstanz in der Erziehung bisher gezeigt hat und wo diesbezüglich Veränderungen angestrebt werden sollten.

Vermittlung von Regeln thematisieren

Einfache und klare Regeln, bei denen keine Ausnahmen gemacht werden, sind für Kinder mit FASD hilfreich (vgl. Kap. 4.4.4). Es ist daher sinnvoll, mit den Eltern zu analysieren, wie die Regelkultur in der Familie bisher gehandhabt wurde. Zudem kann es helfen, die klar definierten Regeln aufzuschreiben oder zu visualisieren.

Belohnungs- und Bestrafungssystem thematisieren

Für Kinder und Jugendliche mit FASD ist es schwierig, Ursache- und Wirkungsbeziehungen zu verstehen (vgl. Kap. 4.4.4). Den Eltern soll vermittelt werden, wie sie dem Kind Konsequenzen geduldig aufzeigen können. Bei Regelbrüchen ist es wichtig, dass die Eltern zwischen willentlichen und unbeabsichtigten unterscheiden. Konsequenzen sollen sofort samt Bezug mitgeteilt werden. Insbesondere soll Lügen nicht bestraft werden und auch Essen sollte nie als Belohnung oder Bestrafung genutzt werden (vgl. Kap. 4.4.8). Die Fachperson kann hierbei als Intervention mit den Eltern Verstärkungspläne erarbeiten. Zudem soll den Eltern aufgezeigt werden, wie wichtig das Loben als Belohnung beim Einhalten von Regeln ist. Es kann ausserdem hilfreich sein, Situationen, in denen belohnt oder bestraft wurde, zu reflektieren.

Erwartungen an Kinder und Jugendliche thematisieren

Die Erwartungen, welche die Eltern an die Kinder und Jugendlichen mit FASD haben, sind wichtig für deren Entwicklung (vgl. Kap. 3.7). Erwartungen sollten hoch, aber angemessen und immer realistisch sein (vgl. Kap. 4.3). Deswegen ist es bedeutend, dass die Fachperson der SPF die Erwartungen der Eltern an ihr Kind thematisiert.

Ernährung & Medienkonsum thematisieren

Ernährung von Fast Food sowie häufiges Fernsehen stellen Risikofaktoren für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit FASD dar (vgl. Kap. 3.7). Lärmeinfluss und eine Reizüberflutung sollte vermieden und möglichst eingeschränkt werden (vgl. Kap. 4.4.3). Dementsprechend sollte die Art der Ernährung und die Menge des Medienkonsums der Kinder und Jugendlichen mit den Eltern thematisiert werden. Auch das häufig fehlende Hungergefühl (vgl. Kap. 3.4.3) ist von der Fachperson mit den Eltern zu besprechen. Den Eltern soll die Wichtigkeit von fixen Essenszeiten und gleicher Anzahl an Mahlzeiten aufgezeigt und wo nötig Hilfe bei der Einführung solcher getätigt werden (vgl. Kap. 4.4.8).

Hausaufgabenhilfestrategien erarbeiten

Da das Lernen für Kinder und Jugendliche mit FASD eine grosse Herausforderung sein kann (vgl. Kap. 3.4.3), ist es wichtig, als Fachperson mit den Eltern anzuschauen, wie den Kindern und Jugendlichen adäquat Hilfe bei den Hausaufgaben geleistet werden kann. Dabei sollen die aufgeführten Punkte im Kapitel 4.4.6 nutzbar gemacht werden.

Strategien zur Beruhigung der Kinder und Jugendlichen erarbeiten

Kinder und Jugendliche mit FASD sind häufig sehr aktiv und können starke Impulsausbrüche haben (vgl. Kap. 3.4.3). Entspannungsmethoden wie progressive Muskelentspannung und Fantasiereisen können helfen, den Impulsausbrüchen entgegenzuwirken. Weiter ist hilfreich, einen Rückzugsort festzulegen und fixe Zeiten für Aktivitäten und Beruhigungen einzuplanen (vgl. Kap. 4.4.5).

Für die Eltern kann es hilfreich sein, Strategien zu kennen, wie sie ihr Kind beruhigen können. Fachpersonen der SPF können den Eltern solche Strategien aufzeigen. Beispielsweise können dies Dinge sein wie das Kind in eine Decke Rollen oder einen Sitzsack auf das Kind legen (vgl. Kap. 4.1). Zudem können Entspannungsmethoden von der Fachperson vermittelt und instruiert werden.

Strategien zur Gefühlswahrnehmung erarbeiten

Die Wahrnehmung von Gefühlen ist für Kinder und Jugendliche mit FASD schwierig (vgl. Kap. 3.4.3). Die Fachperson der SPF soll den Eltern Strategien vermitteln, die es den Kindern einfacher machen, mit Emotionen umzugehen (vgl. Kap. 4.4.5). Beispielsweise kann aufgezeigt werden, dass es förderlich für das Kind ist, wenn Eltern ihre eigenen Gefühle benennen. Weiter können klare Regeln vereinbart werden, wie sich die Kinder und Jugendlichen bei gewissen Gefühlen verhalten können. Ausserdem besteht die Möglichkeit, mit dem Kind und den Eltern

ein Gefühl-Album zu erstellen und Situationen mit den dabei entstandenen Gefühlen nachzubesprechen.

8.3.3 Grenzen und eigene Kompetenzen der Eltern

Grenzen und Bedürfnisse eruieren und Stressempfinden reduzieren

Es ist wichtig, dass die Eltern ihre eigenen Grenzen und Bedürfnisse wahrnehmen und zu Hilfsmitteln greifen, um ihr Stressempfinden zu reduzieren (vgl. Kap. 4.3). Dies wiederum wirkt förderlich für das Kind, da dadurch ein möglichst unterstützendes familiäres Umfeld geschaffen wird. Die Fachperson soll die Thematik der Grenzen und eigenen Bedürfnisse der Eltern thematisieren und sie dabei unterstützen, diese zu erkennen und zu beachten. Dazu können die in Kapitel 4.4.9 aufgeführten Tipps beigezogen werden. Den Eltern sollen Strategien vermittelt werden, wie sie ihr Stressempfinden reduzieren können. Dabei können unter anderem Stresslevel-Einschätzungen beispielsweise mit Hilfe von Stressthermometern genutzt werden. Auch die Reflexion von als stressig empfundenen Situationen und die Thematisierung und Erarbeitung von geeigneten Copingstrategien sind hierbei hilfreich.

Stärken benennen

Es ist bedeutend, dass Eltern von Kindern mit FASD ihre eigenen Stärken im Auge behalten, da diese dabei helfen können, das Kind zu fördern und dieses anzunehmen (vgl. Kap. 4.3). In der SPF sollten die Fachpersonen die Eltern dabei unterstützen, eigene Stärken zu erkennen und zu nutzen. Gezieltes Fragen und das Analysieren von erfolgreich gemeisterten Situationen können helfen, eigene Stärken wieder in Erinnerung zu rufen. Ausserdem können Eltern bei gelungenem Erziehungshandeln bestärkt werden, was ebenfalls elterliche Kompetenzen hervorhebt. Das gemeinsame Auflisten von Stärken kann zudem helfen, dass die Eltern den Fokus auf das Gelingende neu oder verstärkt erhalten, was sich positiv auf die Kinder und Jugendlichen auswirkt.

Alkohol und Suchtthematik behandeln

Besteht bei den Eltern eine Alkohol- oder Suchtproblematik, ist dies ein Risikofaktor für die betroffenen Kinder und Jugendlichen (vgl. Kap. 3.7). Zudem kann in solchen Situationen eine zusätzliche Belastung durch eine ungenügend gesicherte finanzielle Situation in der Familie entstehen (vgl. Kap. 1.3.2). Liegt ein problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum vor, sollte die Fachperson der SPF diesen mit den Eltern thematisieren. Den Eltern soll vermittelt werden, welchen Einfluss ihr Verhalten auf die Kinder und Jugendlichen hat. Die Fachperson kann die Eltern dabei beratend unterstützen, um Möglichkeiten zur Behandlung dieser Problematik herauszuarbeiten. Wo nötig, sollen andere Fachstellen aufgezeigt und vermittelt werden. Auch

wenn die finanzielle Situation schwierig ist, kann die Fachperson in beratender Form fungieren und falls nötig und gewünscht, administrative Unterstützung leisten, um eventuelle Abklärungen (bspw. Sozialdienst, IV) in die Wege zu leiten.

8.3.4 Entlastung

Der Alltag mit Kindern und Jugendlichen mit FASD gestaltet sich meist herausfordernd und kann für die Eltern belastend sein (vgl. Kap. 4.1). In der SPF ist es insgesamt wichtig, den Eltern Entlastungsmöglichkeiten zu schaffen (vgl. Kap. 5.4). Dafür kann ihr Beziehungs- und Erfahrungsraum genutzt und vergrößert werden.

8.4 Kinderbezogene Interventionen

8.4.1 Im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit FASD zu beachten

Klare Reize und Impulse geben

Für Kinder und Jugendliche mit FASD ist es wichtig, klare Reize und Impulse zu bekommen (vgl. Kap. 3.4.3). Dabei können die in Kapitel 4.4.2 aufgeführten Techniken der Fachperson helfen, diese zu gewähren.

Viele Wiederholungen

Durch die eingeschränkte Gedächtnisfunktion bei FASD ist es bedeutend, viele Wiederholungen zu machen (vgl. Kap. 3.4.3). Es ist wichtig, dass Fachpersonen ihre Ausführungen bei der Wissensvermittlung, Erklärungen, dem Aufzeigen von Handlungsmustern usw. vielfach wiederholen.

Gefühle benennen und Modell sein

Gefühle von anderen sowie die Interpretation von Nonverbalem ist für Kinder und Jugendliche mit FASD vielfach schwierig (vgl. Kap. 4.4.2). Die Fachperson kann den Kindern und Jugendlichen hierbei helfen, indem sie ihre eigenen Gefühle benennt und ihnen bei der Interpretation von ihrem eigenen Verhalten und ihren Ausdrücken hilft. Zusätzlich kann die Fachperson den Kindern als Modell fungieren.

Adäquates Belohnungssystem einsetzen

Auch die Fachperson soll beim Verhalten von Kindern und Jugendlichen mit FASD zwischen willentlichem und unbewusstem Fehlverhalten unterscheiden. Dabei soll Bestrafung bei unwillentlichem vermieden werden (vgl. Kap. 4.4.4). Die Fachperson soll die Kinder jedoch adäquat belohnen, wenn bspw. vereinbarte Regeln eingehalten werden. Die in Kapitel 4.4.4 aufgeführten Punkte sollen von der Fachperson im Umgang mit den Kindern beachtet werden.

Dies gestaltet die Interventionen für die Kinder und Jugendlichen einfacher und gleichzeitig fungiert die Fachperson den Eltern als Modell.

Verschiedenes ausprobieren

Vielfach müssen im Zusammenhang mit FASD verschiedene Strategien ausprobiert werden, bevor die geeignete Strategie im individuellen Fall gefunden wird (vgl. Kap. 4.4). Die Fachperson soll sich stets bewusst sein, dass es sich, unabhängig von FASD, um ein einzigartiges Kind handelt. Dementsprechend soll sich die Fachperson nicht entmutigen lassen, wenn gewisse Strategien nicht funktionieren und den Mut haben, weitere Strategien auszuprobieren, bis die richtigen gefunden sind.

8.4.2 Von der Fachperson abzuklären

Befinden in der Schule abklären

Es ist wichtig, dass es in der Schule bei Kindern und Jugendlichen mit FASD nicht zu einer Überforderung kommt (vgl. Kap. 4.4.6). Die Fachperson soll deshalb abklären, wie das Befinden des betroffenen Kindes in der Schule ist. Dies kann durch Gespräche mit den Kindern und Jugendlichen, aber auch im Austausch mit den zuständigen Lehrkräften geschehen.

Sekundäre Störungen

Die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer sekundären Störung ist bei FASD sehr hoch (vgl. Kap. 3.6). Die Fachpersonen sollen dementsprechend abklären, ob bereits weitere Diagnosen vorhanden oder vermutet sind. Weiter soll die Fachperson in ihrer Arbeit darauf achten, ob sie allfällige Anzeichen einer weiteren Störung erkennt. Ist dies der Fall, soll sie dies mit den Eltern thematisieren und, wo sinnvoll, weitere Abklärungen einleiten.

8.4.3 Direkte Förderung der Kinder und Jugendlichen

Selbstwertgefühl stärken

Ein niedriges Selbstwertgefühl stellt für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit FASD einen Risikofaktor dar (vgl. Kap. 3.7). Es ist daher wichtig, dass die Fachpersonen das Selbstwertgefühl der Kinder und Jugendlichen stärken. Dies kann beispielsweise durch das Aufzeigen von Stärken, viel Lob und Anerkennung bei Gelungenem und genereller Wertschätzung geschehen.

Zeitgefühl fördern

Kinder und Jugendliche mit FASD besitzen kein Gefühl für Zeit (vgl. Kap. 3.5.1), was belastend ist und sie in ihrer Selbständigkeit einschränkt (vgl. Kap. 4.4.1). Die Fachperson soll das Zeitgefühl der Kinder und Jugendlichen fördern. Dies kann durch das möglichst sichtbar und erfahrbar

machen von Zeit geschehen. Die Fachperson soll die jeweilige Dauer von Aktivitäten vermitteln. Zudem können Wanduhren und Kalender helfen, um die Zeit zu veranschaulichen.

Selbständigkeit fördern

Nebst der Zeit sind Betroffene auch sonst vielfach stark in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt (vgl. Kap. 3.7). Die Fachperson soll die Kinder und Jugendlichen möglichst in ihrer Selbständigkeit fördern. Dies kann dadurch geschehen, dass sie den Kindern und Jugendlichen zutraut, Aufgaben selbständig zu bewältigen. Um dies zu ermöglichen, können beispielsweise dem Alter entsprechend Abläufe oder Handlungsanleitungen visualisiert werden, an denen sich die Betroffenen orientieren können. Dabei ist es wichtig, dass die Fachperson richtig einschätzt, was den Kindern und Jugendlichen zugetraut werden kann, damit keine Überforderungen entstehen und die Erfolgserlebnisse die gewünschten Effekte haben.

Förderung von Aufmerksamkeits- und Selbstregulationsfähigkeiten

Die frühe Förderung von Aufmerksamkeits- und Selbstregulationsfähigkeiten ist ein wichtiger Aspekt für Kinder und Jugendliche mit FASD (vgl. Kap. 4.2). Zur Förderung der Aufmerksamkeit können von der Fachperson beispielsweise verschiedene Spielaktivitäten nutzbar gemacht werden. Zudem kann das Alert Program, welches in Kapitel 4.2.2 aufgeführt ist, hierbei dienen. Zur Förderung der Selbstregulationsfähigkeit sind für die Fachperson die in Kapitel 4.4.5 aufgeführten Tipps hilfreich.

Übungen zu Gefühlen durchführen

Gefühle sind für Kinder und Jugendliche mit FASD nicht nur schwer zu regulieren, sondern auch schwer zu interpretieren (vgl. 4.4.2). In Kapitel 4.4.5 werden diesbezüglich konkrete Möglichkeiten aufgezeigt, um den Kindern diesbezüglich nützliche Kompetenzen zu vermitteln. Danach können Fachpersonen mit den Kindern Situationen nachbesprechen und Empfindungen mit Gefühlen verbinden oder ein Gefühl-Album mit unterschiedlichen Gesichtsausdrücken erstellen. Auch das erwähnte Gefühlspiel kann die Fachperson in ihren Interventionen mit den Kindern und Jugendlichen aufgreifen.

Strategien zum Interpretieren von Verhalten erarbeiten

Insgesamt soll die Fachperson die Fähigkeit des Kindes, Verhalten von anderen interpretieren zu können, fördern. Dazu können beispielsweise allgemein Situationsreflexionen dienen, bei denen das Verhalten von anderen gemeinsam analysiert wird.

Förderung der Frustrationstoleranz

Kinder und Jugendliche mit FASD haben oftmals Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle und haben häufige Wutanfälle (vgl. Kap. 3.4.3). Sinnvoll ist es daher, wenn Fachpersonen Betroffene

diesbezüglich fördern. Die Frustrationstoleranz der Kinder und Jugendlichen kann beispielsweise durch Brettspiele gefördert werden (vgl. Kap. 5.5.4).

Sozialkompetenzen trainieren

Es wird bei Kindern und Jugendlichen mit FASD als förderlich erachtet, die Sozialkompetenzen zu trainieren (vgl. Kap. 4.2.2). Die Fachperson kann die Kinder und Jugendlichen dabei unterstützen, dass sie ihre Fähigkeiten für den Beziehungsaufbau erweitern können. Dabei können Strategien für das kooperative Spiel mit anderen, das Finden von gemeinsamen Interessen, das Sprechen mit Peers und den Umgang mit Hänseleien erarbeitet werden. Hierbei können Rollenspiele mit den Kindern dienen. Zudem können die Tipps aus dem Kapitel 4.4.7 in der Arbeit mit den Kindern nützlich gemacht werden.

Thema Besitz aufgreifen

Besitz ist ein abstraktes Konstrukt, welches für die Kinder und Jugendlichen mit FASD schwer zu verstehen ist (vgl. 3.4.6). Die Fachperson soll dieses Thema aufgreifen und mit den Kindern behandeln. Die Regel, dass immer zuerst gefragt wird, bevor etwas genommen wird, kann hilfreich sein, da somit unbeabsichtigtes Stehlen vorgebeugt wird. Zudem können Rollenspiele zum Thema Besitz mit den Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden.

Hausaufgabenhilfe

Die im Kapitel 4.4.6 aufgeführten Tipps sollen von der Fachperson nutzbar gemacht werden. Dies kann einerseits in der direkten Hilfe bei Hausaufgaben geschehen und andererseits können die dafür hilfreichen Tipps den Kindern und Jugendlichen mit FASD vermittelt werden, damit sie diese beim selbständigen Erledigen der Hausaufgaben einsetzen können.

Störungsbild erklären

Es ist wichtig, dass die Kinder altersadäquat über die vorhandene Störung Bescheid wissen. Für viele Beteiligte hat es sich als hilfreich erwiesen, um mit herausfordernden Situationen besser umzugehen und sich selbst nicht anzuklagen oder in Frage zu stellen (vgl. Kap. 3.5.3 & 3.8.5). Es ist daher wichtig, dass die Kinder altersadäquat über die vorhandene Störung Bescheid wissen. Die Fachperson soll hierbei das Alter der Kinder unbedingt beachten und den Kindern und Jugendlichen demgemäss Informationen über FASD vermitteln. Dazu können Visualisierungen nutzbar gemacht werden.

8.4.4 Umwelt der Kinder und Jugendlichen

Wohnungsgestaltung

Eine bewusste Gestaltung der Wohnung ist für Kinder und Jugendliche mit FASD hilfreich. Dadurch können zusätzliche Strukturen geschaffen, Reizüberlastungen entgegengewirkt und Gefahren verhindert werden (vgl. Kap. 4.4.3). Die in Kapitel 4.4.3 aufgeführten Punkte sollen von der Fachperson hierbei nutzbar gemacht und wo möglich umgesetzt werden.

Hobbies erschliessen

Hobbies schaffen die Möglichkeit, Bestärkung und Wertschätzung zu erleben. Deshalb dienen Hobbies den Kindern und Jugendlichen mit FASD als Schutzfaktor für die Entwicklung (vgl. Kap. 3.7). Dabei sind Hobbies im Einzelsetting, wie beispielsweise das Erlernen eines Instruments, für die Kinder geeigneter. Die Fachperson soll analysieren, welche Hobbies vorhanden sind, welche Interessen die betroffenen Kinder und Jugendliche haben und wo Hobbies erschlossen werden können. Weiter hat sich das Therapiereiten, welches gleichzeitig auch als Hobby angesehen werden kann, bei den Kindern und Jugendlichen als förderlich erwiesen (vgl. Kap. 4.2.1). Dieses Angebot kann von der Fachperson vorgestellt werden, zudem muss sie abklären, ob dies in der Umgebung der Betroffenen möglich ist.

8.4.5 Explizit für Jugendliche

Abfragen von Suizidgedanken

Da die Gefahr gross ist, dass Kinder mit FASD im Verlauf ihres Lebens suizidale Gedanken haben (vgl. Kap. 3.6), soll die Fachperson insbesondere im Jugendalter aufmerksam sein bezüglich suizidalen Aussagen. Ist das Risiko für einen Suizid unklar, soll die Fachperson die Jugendlichen bezüglich Suizidgedanken abfragen, um sicher zu stellen, ob eine erkennbare Gefahr besteht oder nicht.

Tool Handbuch für Jugendliche und junge Erwachsene einsetzen

Das in Kapitel 4.3 aufgeführte Tool "Handbuch für Jugendliche und junge Erwachsene" vermittelt den betroffenen Jugendlichen wichtiges Wissen für mehr Verständnis und gibt Antworten auf häufige Fragen der Jugendlichen. Dieses frei nutzbare und kostenlose Tool soll von der Fachperson für die Jugendlichen mit FASD zugänglich gemacht werden.

8.5 Netzwerk

8.5.1 Privates familiäres Umfeld

Unterstützungsressourcen erschliessen

Die Herausforderungen in den Familien sind bei Kindern und Jugendlichen mit FASD gross und die Nerven der Eltern können strapaziert sein (vgl. Kap. 4.1). Es ist wichtig, dass die Eltern auch freie Zeiten haben, in denen sie sich erholen können und ihren eigenen Bedürfnissen nachgehen (vgl. Kap. 4.4.9). Unterstützungsressourcen im Umfeld der Familie zu erschliessen, ist ein wichtiger Teil in der Praxis der SPF (vgl. Kap. 5.4 & 5.5.2). Fachpersonen sollen bei der Erschliessung solcher Ressourcen behilflich sein. Dazu können Netzwerkanalysen dienen, um mögliche unterstützende Personen aus dem Umfeld zu erkennen und wo möglich zu aktivieren.

Aufklärung im privaten Umfeld

Damit die Kinder und Jugendlichen auch im Privaten Umfeld nicht überschätzt und als unwillig oder faul abgestempelt werden, ist es wichtig, dass das private Umfeld der Familie über das Störungsbild der FASD Bescheid weiss (vgl. Kap. 4.4.7). Die Fachperson kann die Familie dabei unterstützen, hier Aufklärungsarbeit zu leisten.

8.5.2 Institutionen und Fachpersonen

Zusammenarbeit mit der Schule

In der Schule kann es für Kinder und Jugendliche mit FASD zu vielen Herausforderungen kommen (vgl. Kap. 3.5). Ein gelingender Schulverlauf stellt jedoch für die Betroffenen ein Schutzfaktor dar (vgl. Kap. 3.7). Ein wichtiger Punkt, um Überschätzungen und Fehlinterpretationen des Verhaltens der Kinder und Jugendlichen zu vermeiden, ist die Aufklärung der Lehrpersonen über das Störungsbild von FASD (vgl. Kap. 4.4.6). Die Fachperson soll die Lehrpersonen diesbezüglich sensibilisieren. Insgesamt ergibt sich daraus, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen den involvierten Lehrpersonen und der Fachperson der SPF wichtig ist.

Vernetzung mit medizinischer Fachperson

Die Diagnostik von FASD stellt in der Schweiz eine grosse Herausforderung dar (vgl. Kap. 3.8.4). Betroffene Eltern äussern zudem den Wunsch, mit einem Arzt vernetzt zu sein, der weiss, was FASD bedeutet (vgl. Kap. 4.1). Besteht noch keine Diagnose oder ist die Zusammenarbeit mit dem Arzt nicht wie gewünscht, soll die Fachperson der SPF die Eltern dabei unterstützen, einen geeigneten Arzt ausfindig zu machen.

Erschliessung von weiteren Hilfsangeboten

Es gibt verschiedene Therapie- und Hilfsangebote, die im Zusammenhang mit FASD bei Kindern und Jugendlichen nutzbar gemacht werden können (vgl. Kap. 4.2.1). Die Fachperson der SPF soll der Familie für den individuellen Fall geeignete Angebote aufzeigen und bei deren Erschliessung behilflich sein. Dabei gilt zu beachten, dass die Eltern immer miteinbezogen werden, da diese meistens am besten wissen, was für ihr Kind geeignet ist. Es ist weiter wichtig, dass zwischen den involvierten Fachpersonen ein guter Austausch und eine gute Zusammenarbeit vorliegt (vgl. Kap. 4.2.2). Die Fachperson der SPF soll sich dafür einsetzen und eine professionelle Netzwerkarbeit ausführen.

9 Fazit

9.1 Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Arbeit wurde die Fragestellung «Inwiefern können aus den Erkenntnissen der Forschung und der Literatur betreffend den fetalen Alkoholspektrumstörungen Handlungsempfehlungen zum Umgang und zur Förderung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Umfeld im Bereich der sozialpädagogischen Familienbegleitung abgeleitet werden?» bearbeitet.

Dazu wurde im ersten Kapitel betrachtet, welche Bedeutung Alkohol in der Gesellschaft allgemein und insbesondere in der Schweiz hat. Daraus wurde ersichtlich, dass Alkohol in der Schweiz ein weit verbreitetes Konsumgut ist. Ebenfalls konnte aus Studien die Erkenntnis gewonnen werden, dass auch schwangere Frauen häufig Alkohol konsumieren.

Dass der Alkoholkonsum von schwangeren Frauen Auswirkungen auf das Kind im Mutterleib haben kann, wurde im darauffolgenden Kapitel erkennbar. Darin wurde die pränatale Entwicklung aufgenommen, so dass die Einwirkung von Alkohol auf einzelne Entwicklungsschritte verständlich wird.

Welche konkreten Auswirkungen die pränatale Alkoholexposition für das Kind in seinem späteren Leben hat, wurde im Kapitel zu den fetalen Alkoholspektrumstörungen bearbeitet. Dabei konnte die Erkenntnis generiert werden, dass FASD für die Betroffenen viele negative Folgen hat. Bei FASD handelt es sich um eine Spektrumstörung, die in vielen verschiedenen Lebensbereichen Auswirkungen haben kann. Die Störungen können dabei unterschiedlich ausgeprägt sein und Betroffene können dadurch in diverser Weise Herausforderungen erleben. In diesem Kapitel wurde ausserdem ersichtlich, dass FASD grundsätzlich eine sehr hohe Prävalenz aufweist. Kombiniert mit den Erkenntnissen des ersten Kapitels zum Alkoholkonsum in der Schweiz kann somit davon ausgegangen werden, dass FASD in der Schweiz weit verbreitet ist. Dennoch sind die Kenntnisse über die Störung in der Fachwelt sehr gering. Daraus lässt sich ein Mangel an notwendigem Wissen bei Fachpersonen feststellen. Umso wichtiger ist deshalb die Thematisierung von FASD in den verschiedenen Bereichen, in denen Fachpersonen mit FASD-Betroffenen in Kontakt kommen.

Im Kapitel zum Umgang mit FASD-Betroffenen konnte festgestellt werden, dass nebst den Betroffenen selbst auch das Umfeld und insbesondere die Familie herausgefordert ist. Dies kann dazu führen, dass Eltern überfordert sind, sich ohnmächtig fühlen oder sogar resignieren.

Sowohl für Betroffene als auch für deren Familiensystem ist somit eine Unterstützung von Fachpersonen bedeutend. Verschiedene Therapien und Förderungsangebote sowie auch konkrete Interventionen und Alltagstipps wurden aufgegriffen. Dabei müssen diese jeweils den tatsächlichen Herausforderungen angepasst und deren Wirksamkeit im Einzelfall eruiert werden. Die aufgeführten Studien lieferten dazu allerdings die grundlegenden Erkenntnisse, dass insbesondere eine frühe Förderung, ein multidisziplinäres Team sowie Interventionen in Familien besonders hilfreich für FASD-Betroffene sind.

Die SPF als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit deckt genau diese Aspekte ab, was im darauffolgenden Kapitel ersichtlich wurde. Dies einerseits dadurch, dass sie mit der ganzen Familie arbeitet und bereits früh installiert werden kann. Andererseits indem Netzwerkarbeit als wichtiges Arbeitsprinzip gilt, wodurch eine Vernetzung mit einem multidisziplinären Team ermöglicht wird. Es kann gesagt werden, dass SPF ein Handlungsfeld ist, welches in ihrer Praxis häufig mit FASD in Berührung kommt und sich eignet, um den vielfältigen Herausforderungen, welche FASD mit sich bringt, zu begegnen und betroffene Kinder und Jugendliche sowie deren Umfeld zu fördern.

Damit diese Förderung durch die Fachpersonen der SPF überhaupt ermöglicht wird, muss das Wissen bestehen, dass FASD bei einem Kind vorliegt. Insofern keine Diagnose vorliegt, muss die Fachperson der SPF somit in einem ersten Schritt FASD erkennen. Anhand der Erkenntnisse zu den Auswirkungen von FASD wurde daher ein Arbeitshilfsmittel erstellt, in dem beobachtbare Merkmale aufgeführt sind, anhand welcher Fachpersonen der SPF FASD erkennen können.

Aus den Erkenntnissen über FASD und der theoretischen Auseinandersetzung mit dem Handlungsfeld der SPF wurde in dieser Arbeit ein Katalog mit 52 Handlungsempfehlungen erarbeitet, um betroffene Kinder und Jugendliche zu fördern und sie und ihr Umfeld zu unterstützen. Die Handlungsempfehlungen wurden, angelehnt an die Ausgestaltung der Praxis der SPF, in folgende Hauptbereiche unterteilt: Grundlagen und Haltung der Fachperson, Familieninterventionen, elternbezogene Interventionen, kinderbezogene Interventionen und Netzwerk. Es hat sich gezeigt, dass viele Handlungsempfehlungen bei den elternbezogenen Interventionen im Bereich der Erziehungsberatung liegen. Dies kann daraus resultieren, da sich insbesondere im Bereich der Erziehung bei den betroffenen Eltern Probleme ergeben. Die herkömmlichen Erziehungsmassnahmen greifen oftmals nicht und es müssen viele zusätzliche Punkte in der Erziehung der Kinder und Jugendlichen mit FASD berücksichtigt werden. Daraus wird wiederum die SPF als geeignetes Handlungsfeld sichtbar, da in über der Hälfte der SPF-Fälle die Erziehungsproblematik Thema ist. Im Rahmen der kinderbezogenen Interventionen wurden weiter wichtige Punkte im Umgang und in der Förderung der Kinder und Jugendlichen

mit FASD aufgeführt. Dies zeigt, dass eine Förderung möglich ist, wobei beachtet werden muss, dass FASD nicht heilbar ist und lediglich funktionelle Förderung und nicht kausale Behandlung durchgeführt werden kann.

9.2 Diskussion und Ausblick

Die Tatsache, dass FASD nicht heilbar ist und lediglich eine optimale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen gefördert werden kann, ist im Fachdiskurs zu beachten. Es stellt sich als wichtig heraus, dass die Fachpersonen sich diesem Punkt in ihrer Arbeit bewusst sind und von ihrer Seite her nicht der Anspruch besteht, dass alles funktionieren sollte. Eine am biologischen Alter entsprechende Entwicklung ist vielfach nicht realistisch. Diese Grenzen der Förderung müssen in der Praxis beachtet und respektiert werden.

Inwiefern die protektiven Faktoren die Entwicklung von sekundären Störungen reduzieren, wurde zudem von Spohr in Frage gestellt. Diesbezüglich mangelt es an genügend evidenzbasierten Studien. Die Stärkung der protektiven Faktoren wurde in der Arbeit jedoch in die Handlungsempfehlungen integriert, da die Meinungen diesbezüglich in der Fachwelt auseinandergehen. Inwiefern solche Förderungspunkte in der Praxis eine Wirkung zeigen, müsste dementsprechend noch genauer evaluiert werden.

Ein weiterer Diskussionspunkt ergibt sich aus der Verwechslung von FASD mit ADHS. Es wurde aufgezeigt, dass häufig Fehldiagnosen vorliegen. Ob und inwiefern die Behandlung und insbesondere die Medikation von ADHS bei FASD förderlich ist oder sogar negative Folgen hat, steht in widersprüchlichem Diskurs und müsste weiter erforscht werden. ADHS wurde als häufige komorbide Störung bei FASD identifiziert. Jedoch besteht auch hier ein Diskurs darüber, ob und inwiefern die pränatale Alkoholexposition hierbei einen Einfluss hat. Es konnte jedoch aufgezeigt werden, dass egal, ob ADHS in Kombination mit FASD vorliegt oder ob zuvor eine Fehldiagnose gestellt wurde, die Förderungs- und Behandlungsmassnahmen bei FASD weitgehender sein sollten als diejenigen bei ADHS.

Es lässt sich dementsprechend schlussfolgern, dass eine Fehldiagnose Auswirkungen auf das Familiensystem hat und zu weiteren Ohnmachtsgefühlen führen kann, wenn die Behandlungen in Bezug auf ADHS nicht genügend Erfolge zeigen. Wird FASD richtig diagnostiziert, hat dies jedoch auch weitere Auswirkungen auf das Familiensystem. Es wurde ersichtlich, dass häufig Stigmatisierungen entstehen können und sich die Mutter sowie das Kind mit der Schuldfrage auseinandersetzen. Durch die Schuldzuschreibung der Mutter kann die Mutter-Kind-Beziehung belastet werden. Für die Kinder und Jugendlichen kann die Diagnose jedoch auch eine Entlastung bedeuten, da sie sich selbst die Schuld für das Anderssein nicht mehr zuschreiben

und eine logische Erklärung für ihre Herausforderungen vorliegt. Die Tatsache, dass gewisse Dinge aufgrund von hirnrorganischen Schäden nicht funktionieren und die Kinder und Jugendlichen die Ursache nicht in ihrem eigenen Handeln suchen, kann den inneren Anpassungsdruck abbauen. Trotz der Tatsache, dass die Diagnose für die Mutter belastend sein kann, kann diese auch bei ihr zu einer Entlastung führen. Dies einerseits, da die Herausforderungen im Alltag nicht zwingend auf mangelnde Erziehungskompetenzen zurückzuführen sind und andererseits, da passende Hilfeleistungen erschlossen werden können. Dennoch muss die Thematik der Scham und Schuldgefühle in der SPF beachtet werden. Wird die Störung von der Fachperson vermutet und thematisiert, können beispielsweise starke emotionale Reaktionen entstehen. Dies kann die weitere Zusammenarbeit zwischen der Fachperson der SPF und der Familie, insbesondere der Mutter, beeinträchtigen. Da eine vertrauensvolle professionelle Beziehung in der SPF wichtig ist, um erfolgreiche Wirkungen zu haben, muss mit diesem Thema sehr behutsam umgegangen werden. Dementsprechend stellt sich auch die Frage, ab wann Vermutungen thematisiert werden sollen. Es hat sich jedoch in der Arbeit gezeigt, dass eine FASD-Diagnose insgesamt und langfristig gesehen mehr positive Aspekte hat. Diese ermöglicht eine individuelle und optimale Förderung der Kinder und Jugendlichen und deren Umfeld und führt somit im ganzen Familiensystem zu mehr Entlastung.

Zu beachten gilt allerdings, dass auch die SPF als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit ihre Grenzen hat. Dass alle 52 Handlungsempfehlungen in einem SPF-Fall in der Praxis unmittelbar einbezogen werden können, ist nicht realistisch. Dies ist jedoch auch nicht Ziel und Zweck der herausgearbeiteten Handlungsempfehlungen. Zum einen sind die Fälle immer individuell zu betrachten und dem Bedarf anzupassen. Zum anderen muss die Fachperson der SPF in ihrer Arbeit den Auftrag der zuweisenden Stelle im Fokus behalten. Dementsprechend gilt es für die Fachperson, die im Einzelfall geeigneten Handlungsempfehlungen zu erkennen. Eine klare Abgrenzung muss auch zwischen der Therapie und der SPF geschehen. In der SPF gehört es nicht zum Auftrag, die betroffenen Kinder und Jugendlichen zu therapieren. Diese sollen durch die Interventionen gefördert werden. Auch bei der Förderung ist darauf zu achten, dass es im Endeffekt darum geht, dass das Familiensystem selbständig und somit abgelöst von der Sozialen Arbeit, den Familienalltag bestreiten kann. Die Befähigung steht im Zentrum. Daher sollen die Interventionen so gestaltet sein, dass die Eltern jeweils davon profitieren können. Dazu kommt, dass die zeitlichen Ressourcen der SPF meist vorgegeben sind. Von der Fachperson wird abverlangt, dass sie, in der ihr zur Verfügung stehenden Zeit, diejenigen Interventionen durchführt, die sich in ihrem Auftrag befinden, dem Bedarf entsprechen und dem übergeordneten Ziel der Selbstbefähigung dienen. Eine klare Abgrenzung der Möglichkeiten der

SPF ist daher relevant. In Bereichen, in denen die SPF nicht ausreichend Unterstützung bieten kann, ist daher Vernetzung zu anderen Fachstellen wichtig.

Weiter liegt eine Grenze des Handlungsbereichs der SPF darin, dass eine SPF in der Praxis dort installiert wird, wo bereits Probleme bestehen. Die Präventionsarbeit bezüglich FASD ist in der Praxis der SPF dementsprechend fast nicht realisierbar. Dies wäre lediglich bei potenziellen späteren oder bestehenden Schwangerschaften möglich. Durch die hohe Prävalenz von FASD und der Tatsache, dass nur ca. ein Drittel der schwangeren Frauen in der Schweiz während der Schwangerschaft und Stillzeit abstinent sind, zeigt sich jedoch, dass Präventionsarbeit in diesem Bereich von grosser Wichtigkeit ist. Eine Sensibilisierung über FASD und die Ausarbeitung von Präventionskonzepten wären relevant.

In den herausgearbeiteten Handlungsempfehlungen wurden deshalb präventive Aspekte bewusst nicht aufgenommen. Weiter ist bei den Handlungsempfehlungen zu beachten, dass diese literaturbasiert generiert wurden. Dementsprechend müssten diese, um ihre Wirkung aufzeigen zu können, in einem weiteren Schritt zuerst in der Praxis angewendet und evaluiert werden.

Abschliessend und gemäss den Erkenntnissen dieser Arbeit wird festgehalten, dass sich die SPF als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit eignet, um FASD zu erkennen, den Herausforderungen in der Lebens- und Alltagswelt von Kindern und Jugendlichen mit FASD professionell zu begegnen und sie sowie ihr Umfeld zu fördern. Der Bereich der SPF ist jedoch nur eine von vielen Schnittstellen der Sozialen Arbeit, bei der mehr Wissen über FASD und den Umgang mit Betroffenen sowie deren Förderung notwendig ist.

10 Literaturverzeichnis

- Abplanalp, Esther, Cruceli, Salvatore, Disler, Stephanie, Pulver, Caroline & Zwilling, Michael. (2020). *Beraten in der Sozialen Arbeit*. Bern: Haupt.
- Adnams, Colleen M., Sorour, Pharyn, Kalberg, Wendy, Kodituwakku, Piyadasa, Perold, Mariechen D., Kotze, Anna, September, Sean, Castle, Bernice, Philip, Gossage & May, Philip A. May. (2007). Language and literacy outcomes from a pilot intervention study for children with fetal alcohol spectrum disorders in South Africa. *Alcohol*, 41(6), 403-414. doi: 10.1016/j.alcohol.2007.07.005.
- AvenirSocial & Fachverband Sozialpädagogische Familienbegleitung Schweiz. (2017). *Leitbild Sozialpädagogische Familienbegleitung SPF* [PDF]. Abgerufen von <https://www.spf-fachverband.ch/fachverband>
- Bertrand, Jacquelyn. (2009). Interventions for children with fetal alcohol spectrum disorders (FASDs): Overview of findings for five innovative research projects. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 986-1006. doi: 10.1016/j.ridd.2009.02.003
- Bhatara, Vinod, Loudenberg, Roland & Ellis, Roland. (2006). Association of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Gestational Alcohol Exposure. An Exploratory Study. *Journal of Attention Disorders*, 9(3), 515-522. doi 10.1177/1087054705283880
- Blackburn, Carolyn. (2017). *Developing inclusive practice for young children with fetal alcohol spectrum disorders: a framework of knowledge and understanding for the early childhood workforce*. London: Routledge.
- Brown, Haywood L. (2019). *Befruchtung und pränatale Entwicklung* [Website]. Abgerufen von <https://www.msmanuals.com/de/profi/gynäkologie-und-geburtshilfe/die-schwangere-frau-und-schwangerenvorsorge/befruchtung-und-pränatale-entwicklung>
- Bundesamt für Gesundheit. (2018). *Faktenblatt: Alkoholkonsum während der Schwangerschaft in der Schweiz* [PDF]. Abgerufen von <https://www.suchtschweiz.ch/aktuell/medienmitteilungen/article/alkohol-in-der-schwangerschaft-die-gesellschaft-ist-gefordert-1/>
- Bundesamt für Gesundheit. (2020). *Soziale Folgen von Alkoholmissbrauch* [Website]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/alkohol/soziale-folgen.html>

- Bundesamt für Statistik. (2017a). *Chronischer Alkoholkonsum, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017* [Excel]. Abgerufen von <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a.xml>
- Bundesamt für Statistik. (2017b). *Gewohnheitsmässiger Alkoholkonsum, 1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017* [Excel]. Abgerufen von <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a.xml>
- Bundesamt für Statistik. (2017c). *Rauschtrinken, 2007, 2017* [Excel]. Abgerufen von <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a.xml>
- Bundesamt für Statistik. (2019). *Alkoholkonsum 2017* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/alkohol.assetdetail.10887924.html>
- Bünemann, Hannah, Fietzek, Michaela, Holodynski, Manfred & Feldmann, Reinhold. (2019a). *FAS-Erste-Hilfe-Koffer: Hilfen und Tipps zur Erleichterung des Alltags mit einem alkoholgeschädigten Kind oder einem Kind mit ähnlichen Verhaltensauffälligkeiten* (3. Aufl.) [Anleitungsheft]. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Bünemann, Hannah, Fietzek, Michaela, Holodynski, Manfred & Feldmann, Reinhold. (2019b). *FAS-Erste-Hilfe-Koffer: Hilfen und Tipps zur Erleichterung des Alltags mit einem alkoholgeschädigten Kind oder einem Kind mit ähnlichen Verhaltensauffälligkeiten - Elternkarten* (3. Aufl.) [Elternkarten]. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Cattaneo Halter, Lorenza & Roth, Claudia. (2008). Berufspraxis der Sozialen Arbeit in der Schweiz. *Sozial Extra*, 32, 17-20. doi: 10.1007/s12054-008-0006-z
- Child Mind Institute. (2021). *Children's Friendship Training: Need Help With Social Skills?* [Website]. Abgerufen von <https://childmind.org/care/areas-of-expertise/autism-clinical-center/childrens-friendship-training/>
- Coles, Claire E., Kable, Julie A., Taddeo, Elles & Strickland, Dorothy. (2015). A Metacognitive Strategy for Reducing Disruptive Behavior in Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders: GoFAR Pilot. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(11), 2224-2233. doi: 10.1111/acer.12885
- Coles, Claire. (2021). *MILE: Going the Extra Mile: Math and Behavior in Alcohol Affected Kids* [Website]. Abgerufen von <http://msacd.emory.edu/Research/MILE.html>
- Conover, Elizabeth A. & Jones, Kenneth L. (2012). Safety Concerns Regarding Binge Drinking in Pregnancy: A Review. *Birth Defects Research*, 94, 570-575.

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (2020). *Alkohol: Basisinformationen* [PDF]. Abgerufen von www.dhs.de
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2020). *ICD-10-FM Version 2020. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)* [Website]. Abgerufen von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f10-f19.htm#F10>
- Emory university. (2021). *GOFAR: An Intervention for Affective and Metacognitive Control in FASD* [Website]. Abgerufen von <http://msacd.emory.edu/Research/GOFAR.html>
- Engelke, Ernst, Spatscheck, Christian & Borrmann Stefan. (2009). *Die Wissenschaft Soziale Arbeit: Werdegang und Grundlagen* (3. überarb. und erw. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Fachverband Sozialpädagogische Familienbegleitung. (n.d.). *Fachverband* [Website]. Abgerufen von <https://www.spf-fachverband.ch/fachverband>
- Falke, Susanne & Stein, Sabine. (2017). *Ein (Pflege-)Kind mit FASD - und glücklich!: Zusammenleben mit Kindern und Jugendlichen mit Fetalem Alkoholsyndrom: Leitfaden für Betroffene, Angehörige und Fachleuten ein pädagogisch-therapeutischer Wegweiser*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- FASD-Fachzentrum. (n.d.a). *FASD App* [Website]. Abgerufen von <https://fasd-fachzentrum.de/fasd-app/>
- FASD-Fachzentrum. (n.d.b). *Tipps für den Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen* [PDF]. Abgerufen von <https://fasd-fachzentrum.de/fasd-infomaterialien/fasd-infomaterialien-betreuung-paedagogik/>
- Feldmann, Reinhold, Michalowski, Gisela, Lepke, Katrin & FASD Deutschland e.V. (Hrsg.). (2013). *Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD): Einblick – Ausblicke: 14. Fachtagung in Erfurt 28.-29.09.2012*. Idstein: Schulz- Kirchner.
- Feldmann, Reinhold. (2016). Resilienz und Fetales Alkoholsyndrom (FAS). In Gisela Michalowski, Katrin Lepke & FASD Deutschland e.V. (Hrsg.), *FASD – eine Herausforderung! 17. FASD-Fachtagung in Osnabrück 25.-26.09.2015* (S. 49-53). Rheinbreitbach: Schulz-Kirchner Verlag.
- Feldmann, Reinhold, Kampe, Martina & Graf, Erwin. (2020). *Kindern mit FASD ein Zuhause geben: Ein Ratgeber*. München: Ernst Reinhardt.

- Fetale Alkoholspektrumstörung. (2018). *DocCheck Flexikon*. Abgerufen von https://flexikon.doccheck.com/de/Fetale_Alkoholspektrumstörung
- Gahagan, Sheila, Sharpe, Tanya Telfair, Brimacombe, Michael, Fry-Johnson, Yvonne, Levine, Robert, Mengel, Mark, O'Conner, Mary, Paley, Blair, Adubato, Susan & Brennehan, George. (2006). Pediatricians' Knowledge, Training, and Experience in the Care of Children With Fetal Alcohol Syndrome. *Pediatrics*, 118 (3), e657-e668. doi:10.1542/peds.2005-0516
- Gail, Andrew. (2011). Diagnosis of FASD: An Overview. In Edward P. Riley, Sterling Clarren, Joanne Weinberg & Egon Jonsson (Hrsg.), *Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Management and Policy Perspectives of FASD* (S. 127-142). Weinheim: Wiley- Blackwell.
- Gehrmann, Jochen. (2016). An der Schnittstelle zweier Spektrum-Erkrankungen: klinische Erfahrungen mit der medikamentösen Behandlung von ADHS bei Fetalem Alkoholsyndrom im Kindes- und Jugendalter. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 2, 2-22.
- Gmel, Gerhard. (2017). Alkoholbedingte Sterblichkeit in der Schweiz im Jahr 2017. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Gmel, Gerhard & Notari, Luca. (2018). *Alkohol- und Tabakkonsum während der Schwangerschaft in der Schweiz* [PDF]. Abgerufen von <https://www.suchtmonitoring.ch/de/page/9.html>
- Goril, Shery, Zalai, Dora, Scott, Louise & Shapiro, Colin M. (2016). Sleep and melatonin secretion abnormalities in children and adolescents with fetal alcohol spectrum disorders. *Sleep Medicine*, 23, 59-64.
- Grosshans, Martin, Thoms, Edelhard & Mann, Karl. (2016). Alkohol. In Anil Batra & Oliver Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend und Erwachsenenalter* (S. 94-116). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Hengartner Thurnheer, Simone. (2012). *Entscheidungszwänge im zivilrechtlichen Kinderschutz. Die Bedeutung der Sozialpädagogischen Familienbegleitung (SPF) als Hilfeleistung im Abklärungsprozess und/ oder als professionelle Intervention zur Abwendung einer drohenden oder bestehenden Gefährdungslage* (Master-Thesis des Kooperationsstudiengangs Master of Science in Sozialer Arbeit der Fachhochschulen Bern, Luzern, St. Gallen und Zürich). Abgerufen von <http://www.soziothek.ch>
- Hoff-Emden, Heike. (2016). Familie, Ausgangszustand, Stress, Diagnose. In Gisela Michalowski, Katrin Lepke & FASD Deutschland e.V. (Hrsg.), *FASD – eine Herausforderung! 17. FASD-*

- Fachtagung in Osnabrück 25.-26.09.2015* (S. 31-35). Rheinbreitbach: Schulz-Kirchner Verlag.
- Holtkamp, Kai. (2015). *Das fetale Alkoholsyndrom: Unterstützungsmöglichkeiten für den Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen*. Hamburg: Diplomica.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. (2021). *LD2F.00 Fetal alcohol syndrome* [Website]. Abgerufen von <https://icd.who.int/>
- Ikonomidou, Chrysanthy, Bittigau, Petra, Ishimaru, Masahiko J., Wozniak, David F., Koch, Christian, Genz, Kerstin, Price, Madelon T., Stefovskaja, Vanya, Hörster, Friederike, Tenkova, Tanya, Dikranian, Krikor & Olney, John W. (2000). Ethanol-Induced Apoptotic Neurodegeneration and Fetal Alcohol Syndrome. *Science*, 287(5455), 1056-1060. doi: 10.1126/science.287.5455.1056
- Infoportal ADHS. (n.d.). *Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?*. Abgerufen von <https://www.adhs.info/fuer-eltern-und-angehoerige/welche-behandlungsmoeglichkeiten-gibt-es/>
- Johnson, Sara B. & Blum, Robert. (2012). Stress and the Brain: How Experiences and Exposures Across the Life Span Shape Health, Development, and Learning in Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 2, 1-2.
- Kable, Julie A., Coles, Claire D., Strickland, Dorothy & Taddeo, Elles. (2012). Comparing the Effectiveness of On-Line versus In-Person Caregiver Education and Training for Behavioral Regulation in Families of Children with FASD. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10, 791-803. doi: 10.1007/s11469-012-9376-3
- Kable, Julie A., Taddeo, Elles, Strickland, Dorothy & Coles, Claire D. (2016). Improving FASD Children's Self-Regulation: Piloting Phase 1 of the GoFAR Intervention. *Child & Family Behavior Therapy*, 38(2), 124-141. doi: 10.1080/07317107.2016.1172880
- Kirchhoff, F., Feldmann, E., Kramer, A., Scholle, S., Erler, T., Hoch, B., Mühlig-Hofmann, A., Paditz, E., Schäfer, T., Schneider, B., Schlüter, B., Urschitz, M. & Wiater, A. (2012). Diagnostik von Schlafstörungen und schlafbezogenen Atmungsstörungen im Kindes- und Jugendalter im Schlaflabor. Positionspapier der Arbeitsgruppe Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 160, 62-66. doi: 10.1007/s00112-011-2473-8

- Klingemann, Harald. (2001). *Alkohol und die sozialen Folgen – die vergessene Dimension* [PDF].
Abgerufen von
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/239440/E76235g.pdf
- Koletzko, Svenja. (2018). *Psychologische Schutzfaktoren* [Website]. Abgerufen von
<https://www.psychologie.uzh.ch/de/bereiche/hea/klipsypt/ichbinschwanger/forschung/stressundschwangerschaft/psychologischeschutzfaktoren.html>
- Kotrla, Kimberly & Martin, Sarah. (2009). Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Social Worker's Guide for Prevention and Intervention. *Social Work in Mental Health*, 7(5), 494-507. doi: 10.1080/15332980802466565
- Kully-Martens, Katrina, Pei, Jacqueline, Kable, Julie, Coles, Claire D., Andrew, Gail & Rasmussen, Carmen. (2018). Mathematics intervention for children with fetal alcohol spectrum disorder: A replication and extension of the math interactive learning experience (MILE) program. *Research in Developmental Disabilities*, 78, 55-65. doi: 10.1016/j.ridd.2018.04.018
- La Marca-Ghaemmaghami, Pearl & Ehlert, Ulrike. (2018a). *Körperliche Schutzfaktoren* [Website].
Abgerufen von
<https://www.psychologie.uzh.ch/de/bereiche/hea/klipsypt/ichbinschwanger/forschung/stressundschwangerschaft/koerperlicheschutzfaktoren-1.html>
- La Marca-Ghaemmaghami, Pearl & Ehlert, Ulrike. (2018b). *Psychologische Schutzfaktoren* [Website].
Abgerufen von
<https://www.psychologie.uzh.ch/de/bereiche/hea/klipsypt/ichbinschwanger/forschung/stressundschwangerschaft/psychologischeschutzfaktoren.html>
- Landgraf, Mirjam & Heinen, Florian. (2013). S3-Leitlinie Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms. In Reinhold Feldmann, Gisela Michalowski, Katrin Lepke & FASD Deutschland e.V. (Hrsg.), *Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD): Einblick – Ausblicke: 14. Fachtagung in Erfurt 28.-29.09.2012* (S. 43-58). Idstein: Schulz- Kirchner.
- Landgraf, Mirjam N. & Heinen, Florian. (2016). *S3-Leitlinie: Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD: Kurzfassung*. Abgerufen von
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/022-025.html>

- Landgraf, Mirjam N. & Hoff, Tanja. (2019). *Fetale Alkoholspektrumstörungen: Diagnostik, Therapie, Prävention*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Lange, Shannon, Probst, Charlotte, Gmel, Gerrit, Rehm, Jürgen, Burd, Larry & Popova, Svetlana. (2017). Global Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Children and Youth. A Systematic Teview and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171(10), 948-956. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1919
- Laufer, Benjamin, Kapalanga, Joachim, Castellani Christina A., Diehl, Eric J., Yan, Liying & Singh, Shiva M. (2015). Associative DNA methylation changes in children with prenatal alcohol exposure. *Epigenomics*, 7(8), 1259-1274. doi: 10.2217/epi.15.60
- Lepke, Katrin & Spreyer, Ute. (2016). Wohnen mit FASD – eine Umfrage. In Gisela Michalowski, Katrin Lepke & FASD Deutschland e.V. (Hrsg.), *FASD – eine Herausforderung! 17. FASD-Fachtagung in Osnabrück 25.-26.09.2015* (S. 65-78). Rheinbreitbach: Schulz-Kirchner Verlag.
- Lohr, Andreas. (2013). Fetales Alkoholsyndrom: therapeutische und präventive Ansätze aus sozialpädiatrischer Sicht. In Reinhold Feldmann, Gisela Michalowski, Katrin Lepke, FASD Deutschland e.V. (Hrsg.), *Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD)* (S. 18-34). Rheinbreitbach: Schulz-Kirchner Verlag.
- Loomes, Carly, Rasmussen, Carmen, Pei, Jacqueline, Manji, Shazeen & Andrew, Gail. (2008). The effect of rehearsal training on working memory span of children with fetal alcohol spectrum disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 29(2), 113-124. doi: 10.1016/j.ridd.2007.01.001
- Lötscher, Cornelia. (2013). Je früher, desto besser: Sozialpädagogische Familienbegleitung. *Zeitschrift für Sozialhilfe ZESO*, 2, 32. Abgerufen von www.spf-fachverband.ch
- Marthaler, Marc. (2013). *Alkohol und Schwangerschaft* [PDF]. Abgerufen von www.suchtschweiz.ch
- Mattson, Sarah N., Crocker, Nicole & Nguyen, Tanya. (2011). Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Neuropsychological and Behavioral Features. *Neuropsychology Review*, 21, 81-101. doi: 10.1007/s11065-011-9167-9
- McDonald, Sheila, Kehler, Heather, Bayrampour, Hamideh, Fraser-Lee, Nonie & Tough, Suzanne. (2016). Risk and protective factors in early child development: Results from the All Our Babies (AOB) pregnancy cohort. *Research in Development Disabilities*, 58, 20-30. doi: 10.1016/j.ridd.2016.08.010

- May, Philip A. & Gossage, J. Phillip. (2001). Estimating the Prevalence of Fetal Alcohol Syndrome. A Summary. *Alcohol Research & Health*, 25(3), 159-167.
- May, Philip A., Gossage, J. Phillip, Kalberg, Wendy O., Robinson, Luther K., Buckley, David, Manning, Melanie & Hoyme, H. Eugene. (2009). Prevalence and Epidemiologic Characteristics of FASD from Various Research Methods with an Emphasis on Recent In-School Studies. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 15, 176-192. doi: 10.1002/ddrr.68
- May, Philip A. (2011). Researching the Prevalence and Characteristics of FASD in International Settings. In Edward P. Riley, Sterling Clarren, Joanne Weinberg & Egon Jonsson (Hrsg.), *Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Management and Policy Perspectives of FASD* (S. 17-25). Weinheim: Wiley-VCH Verlag.
- Meier, Vera, La Marca-Ghaemmaghami, Pearl & Ehlert, Ulrike. (2018). *Psychologische Schutzfaktoren* [Website]. Abgerufen von <https://www.psychologie.uzh.ch/de/bereiche/hea/klipsypt/ichbinschwanger/forschung/stressundschwangerschaft/psychologischeschutzfaktoren.html>
- Messmer, Heinz, Wetzels, Marina, Fellmann, Lukas & Käch, Oliver. (2021). *Sozialpädagogische Familienbegleitung: Ausgangsbedingungen – Praxis – Wirkungen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Metzger, Marius & Domeniconi Pfister, Silvia. (2016). *Arbeits- und Handlungsprinzipien Sozialpädagogischer Familienhilfe und Familienbegleitung* [PDF]. Abgerufen von <https://www.spf-fachverband.ch/forschung>
- Michalowski, Gisela. (2016). FASD: Risiken und Chancen im Alltag – Versorgungsprobleme im Alltag. In Gisela Michalowski, Katrin Lepke & FASD Deutschland e.V. (Hrsg.), *FASD – eine Herausforderung! 17. FASD-Fachtagung in Osnabrück 25.-26.09.2015* (S. 170-174). Rheinbreitbach: Schulz-Kirchner Verlag.
- Nash, Kelly, Stevens, Sara, Greenbaum, Rachel, Weiner, Judith, Koren, Gideon & Rovet, Joanne. (2015). Improving executive functioning in children with fetal alcohol spectrum disorders. *Child Neuropsychology*, 21(2), 191-209. doi: 10.1080/09297049.2014.889110
- Nüsken, E., Appel, S., Hucklenbruch-Rother, E., Dötsch, J., Nüsken, D. & Alejandre Alcazar, M. A. (2017). Umwelteinflüsse in der Schwangerschaft: Risiko für die Krankheitsdisposition des Kindes im späteren Leben. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 5, 379-388. doi:10.1007/s00112-017-0274-4

- O'Connor, Mary & Kasari, Connie. (2000). Prenatal Alcohol Exposure and Depressive Features in Children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(7), 1084-1092. doi: 10.1111/j.1530-0277.2000.tb04654.x
- O'Connor, Mary, Shah, Bhavik, Whaley, Shannon, Cronin, Pegeen, Gunderson, Brent & Graham, John. (2002). Psychiatric Illness in a Clinical Sample of Children with Prenatal Alcohol Exposure. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(4), 743-754. doi: 10.1081/ADA-120015880
- Oevermann, Ulrich. (2000). Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns. In Margret Gaul, Winfried Marotzki & Cornelia Schewpe (Hrsg.), *Biographie und Profession* (S. 19-63). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- O'Malley, Kieran & Huggins, Janet. (2005). Letters to the Editor. Suicidality in Adolescents and Adults With Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Canadian Journal Psychiatry*, 50(2), 125. doi: 10.1177/070674370505000211
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. (2020). *So entwickelt sich ein ungeborenes Kind* [Website]. Abgerufen von <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/schwangerschaft/info/entwicklung-embryo>
- Ordenewitz, Lisa, Weinmann, Tobias, Schlüter, Julia, Moder, Judith, Jung, Jessica, Kerber, Katharina, Greif-Kohistani, Naschla, Heinen, Florian & Landgraf, Mirjam. (2021). Evidence-based interventions for children and adolescents with fetal alcohol spectrum disorders – A systematic review. *European Journal of Paediatric Neurology*, 33, 50-60.
- Pei, Jacqueline, Denys, Kennedy, Hughes, Janet & Rasmussen, Carmen. (2011). Mental health issues in fetal alcohol spectrum disorder. *Journal of Mental Health*, 20(5), 438-448. doi: 10.3109/09638237.2011.577113
- Pellengahr, Sophia & Feldmann, Reinhold. (2013). Die Wirksamkeit des Therapeutischen Reitens bei Kindern und Jugendlichen mit fetalem Alkoholsyndrom. In Reinhold Feldmann, Gisela Michalowski, Katrin Lepke, FASD Deutschland e.V. (Hrsg.), *Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD)* (S. 18-34). Rheinbreitbach: Schulz-Kirchner Verlag.
- Petko, Dominik. (2004). Gesprächsformen und Gesprächsstrategien im Alltag der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Pfinder, Manuela, Liebig, Stefan & Feldmann, Reinhold. In Reinhold Feldmann, Gisela Michalowski, Katrin Lepke & FASD Deutschland e.V. (Hrsg.), *Perspektiven für Menschen mit* S. 148

Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD): Einblick – Ausblicke: 14.Fachtagung in Erfurt 28.-29.09.2012 (S. 15-35). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Phipps, Maureen G., Blume, Jeffrey D. & DeMonner, Sonya M. (2002). Young Maternal Age Associated with Increased Risk of Postneonatal Death. *Obstetrics & Gynecology*, 3, 481-486. doi:10.1016/S0029-7844(02)02172-5

Popova, Svetlana, Lange, Shannon, Shield, Kevin, Mihic, Alanna, Chudley Albert E, Mukherjee, Raja A S, Bekmuradov, Dennis & Rehm, Jürgen. (2016). Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 387, 978-987. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01345-8

Portales-Casamar, Elodie, Lussier, Alexandre A., Jones, Meaghan J., Maclsaac, Julia L., Edgar, Rachel D., Mah, Sarah M., Barhdadi, Amina, Provost, Sylvie, Lemieux-Perreault, Louis-Philippe, Cynader, Max S., Chudley, Albert E., Dubé, Marie-Pierre, Reynolds, James N., Pavlidis, Paul & Kobor, Michael S. (2016). DNA methylation signature of human fetal alcohol spectrum disorder. *Epigenetics & Chromatin*, 9(25), 1-20. doi: 10.1186/s13072-016-0074-4

Praxis Suchtmedizin. (2020). *Alkohol* [Website]. Abgerufen von <https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/index.php/de/alkohol>

Pregfit. (2018). *Frühschwangerschaft: Die ersten Symptome & Tipps* [Website]. Abgerufen von <https://www.pregfit.de/fruehschwangerschaft-symptome/>

Rasmussen, Carmen, Benz, Jennifer, Pei, Jacqueline, Andrew, Gail, Schuller, Gail, Abele-Webster, Lynne, Alton, Connie & Lord Lindsay. (2010). The Impact of an ADHD Co-Morbidity on the diagnosis of FASD. *Canadian journal of clinical Pharmacology*, 1, 165-176.

Rist, Fred & Demmel, Ralf. (2005). Alkohol und Psychologie. In Manfred V. Singer & Stephan Teysen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolkrankheiten* (S. 488-495). Berlin: Springer.

Römer, Pia, Reinelt, Tilman, Franz, Petermann & Teickner, Claudia. (2019). Alkoholkonsum während der Schwangerschaft: Welche Auswirkungen auf die frühkindliche Entwicklung sind bekannt?. *Kindheit und Entwicklung*, 28(1), 6-18.

Roth, Gerhard & Strüber, Nicole. (2014). Pränatale Entwicklung und neurobiologische Grundlagen der psychischen Entwicklung. In Manfred Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre* (S. 3-20). doi:10.1007/978-3-642-39602-1_1

- Rothensee, Jana. (2016). Maxi – unser “FÄSchen”. Anschauliche Beispiele aus unserem Zusammenleben mit Maxi – unsere Handhabung von Problemen im Alltag. In Gisela Michalowski, Katrin Lepke & FASD Deutschland e.V. (Hrsg.), *FASD – eine Herausforderung! 17. FASD-Fachtagung in Osnabrück 25.-26.09.2015* (S. 161-169). Rheinbreitbach: Schulz-Kirchner Verlag.
- Sadler, Thomas W. (1970). *Medizinische Embryologie: Die normale menschliche Entwicklung und ihre Fehlbildungen* (10. korrigierte Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Sampson, Paul D., Streissguth, Ann P., Bookstein, Fred L., Little, Ruth E., Clarren, Sterling K., Dehaene, Philippe, Hanson, James W. & Graham John M. (1997). Incidence of Fetal Alcohol Syndrome and Prevalence of Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder. *Teratology*, 56, 317-326.
- Schlachtberger, Anne. (2017). *FASD und Schule. Eine Handreichung zum Umgang mit Schülern mit Fetaler Alkoholspektrumstörung*. Rheinbreitbach: Schulz-Kirchner Verlag.
- Schnurr, Stefan, Messmer, Heinz, Wetzler, Marina & Fellmann, Lukas. (2017). «Hilfen zur Erziehung». Eine Begriffklärung zur Einführung in dieses Themenheft. *SozialAktuell*, 12, 10-13. Abgerufen von <https://avenirsocial.ch/publikationen/sozialaktuell/ueber-sozialaktuell/>
- Schonfeld, Amy M., Paley, Blair, Frankel, Fred & O'Connor, Mary J. (2009). Behavioral Regulation as a Predictor of Response to Children's Friendship Training in Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(3), 428-445. doi: 10.1080/13854040802389177
- Schweizerische Gesellschaft für Ernährung. (2016). *Handbuch:«Essen und Trinken in der Schwangerschaft»* [PDF]. Abgerufen von <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen/alle-publikationen.html>
- Seidel, Michael. (2015). *Menschen mit Intelligenzminderung und Fetalem Alkoholsyndrom (FAS): Eine Herausforderung für die Behindertenhilfe*. Dokumentation der Arbeitstagung, Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V., 20. März 2015. Abgerufen von <https://dgsgb.de/vergangene-fachtagungen/>
- Siegler, Robert, Eisenberg, Nancy, DeLoache, Judy & Saffran, Jenny. (2016). Pränatale Entwicklung, Geburt und das Neugeborene. In Sabina Pauen (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter* (S. 37-72). doi:10.1007/978-3-662-47028-2_2

- Singer, Manfred V., Batra, Anil & Mann, Karl. (2011). *Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart: Thieme.
- Society of Special Needs Adoptive Parents SNAP. (1999). *Parenting Children Affected by Fetal Alcohol Syndrome: A guide for daily living. Ministry for Children and Families Edition* [PDF]. Abgerufen von <https://fasdunited.org/tools-for-parents-and-caregivers/>
- Spohr, Hans-Ludwig & Steinhausen, Hans-Christoph. (2008). Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen - Persistierende Folgen im Erwachsenenalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(41), 693-698. doi: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0693>
- Spohr, Hans-Ludwig. (2013). Geschichte und Prävalenz. In Reinhold Feldmann, Gisela Michalowski, Katrin Lepke & FASD Deutschland e.V. (Hrsg.), *Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD): Einblick – Ausblicke: 14.Fachtagung in Erfurt 28.-29.09.2012* (S. 15-35). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Spohr, Hans-Ludwig. (2016). *Das Fetale Alkoholsyndrom: im Kindes- und Erwachsenenalter* (2. Aufl.). Berlin: De Gruyter.
- Staub-Bernasconi, Silvia. (1996). Soziale Probleme – Soziale Berufe – Soziale Praxis. In Maja Heiner, Marianne Meinhold, Hiltrud von Spiegel & Silvia Staub-Bernasconi (Hrsg.), *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit* (S. 11–137). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Stotz, Martina. (2015). *Lieblingskinder in Familien: Eine empirische Studie zu emotionspsychologischen Bedingungen und Folgen elterlicher Bevorzugung von Geschwistern* (Inaugural-Dissertation, zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität München). Abgerufen von <https://edoc.ub.uni-muenchen.de/18638/>
- Streissguth, Ann, Barr, Helen, Kogan, Julia & Bookstein, Fred. (1996). *Understanding the Occurrence of Secondary Disabilities in Clients with Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE)*. Seattle: Fetal Alcohol and Drug Unit.
- Streissguth, Ann, Bookstein, Fred, Barr, Helen, Sampson, Paul, O'Malley, Kieran & Young, Julia Kogan. (2004). Risk Factors for Adverse Life Outcomes in Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25, 228-238. doi: 10.1097/00004703-200408000-00002
- Sucht Schweiz. (2011). *Alkohol in unserer Gesellschaft - früher und heute* [PDF]. Abgerufen von <https://shop.addictionsuisse.ch/de/schule/185-410-heft-nr-1-alkohol-in-unserer-gesellschaft-frueher-und-heute.html>

Sucht Schweiz. (2018). Alkohol. *Im Fokus*, 20.0172, 1-6.

Ter Horst, Klaus & Neier, Ralf. (2016). "Quo vadis?" Wohin mit unseren FAS Kids ...? FAS in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung – ein intensivpädagogisches Angebot. In Gisela Michalowski, Katrin Lepke & FASD Deutschland e.V. (Hrsg.), *FASD – eine Herausforderung! 17. FASD-Fachtagung in Osnabrück 25.-26.09.2015* (S. 54-64). Rheinbreitbach: Schulz-Kirchner Verlag.

The Double ARC Center for FASD. (2021). *Triumph Today Online Training* [Website]. Abgerufen von <https://www.doublearc.org/triumphtodayonline/>

TherapyWorks. (2007). *Was soll das ganze Gerede über Motoren* [PDF]. Abgerufen von <https://www.alertprogram.com/wp-content/uploads/2016/08/Whats-All-This-Talk-About-Engines-German-version.pdf>

Uban, Kristina, Bodnar, Tamara, Butts, Kelly, Sliwowoska, Joanna, Comeau, Wendy & Weinberg, Joanne. (2011). Direct and Indirect Mechanisms of Alcohol Teratogenesis: Implications for Understanding Alterations in Brain and Behavior in FASD. In Edward Riley, Sterling Clarren, Joanne Weinberg & Egon Jonsson (Hrsg.), *Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Management and Policy Perspectives of FASD* (S. 71-108). Weinheim: Wiley-Blackwell.

Veer, Dorothee. (2016). FASD und Schlaf. In Gisela Michalowski, Katrin Lepke & FASD Deutschland e.V. (Hrsg.), *FASD – eine Herausforderung! 17. FASD-Fachtagung in Osnabrück 25.-26.09.2015* (S. 79-83). Rheinbreitbach: Schulz-Kirchner Verlag.

Von Canada. (2005). *Talk FASD: Parent driven strategies in caring for children with FASD* [PDF]. Abgerufen von <https://fasdunited.org/tools-for-parents-and-caregivers/>

Wagner, Jessica. FASD und Exekutivfunktionen. In Reinhold Feldmann, Gisela Michalowski, Katrin Lepke & FASD Deutschland e.V. (Hrsg.), *Perspektiven für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD): Einblick – Ausblicke: 14.Fachtagung in Erfurt 28.-29.09.2012* (S. 15-35). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Wells, Anne M., Chasnoff, Ira J., Schmidt, Christine A., Telford, Erin & Schwartz, Linda D. (2012). Neurocognitive Habilitation Therapy for Childred With Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Adaptation of the Alert Program. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(1), 24-34. doi: 10.5014/ajot.2012.002691

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. (2021). *CAS Sozialpädagogische Familienbegleitung*. Abgerufen von <https://www.zhaw.ch/de/sozialarbeit/weiterbildung/detail/kurs/cas-sozialpaedagogische-familienbegleitung/>

