

Abstinenz als Ziel führte zu ständigen Rückfällen – Die Arbeit mit einem Suchterkrankten in der Eingliederungshilfe in einer therapeutischen Wohngemeinschaft.

*Rückschlüsse und Erfahrungen in der Suchthilfe bei einem Verdacht auf FASD*

**Alice-Salomon-Hochschule Berlin**

**Zentrum für Weiterbildung**

**Modul:** Zertifikatskurs Suchtberatung

**Dozentinnen:** Fr. Prof. Dr. Rosa Griesehop (wiss. Leitung) /  
Fr. Kerstin Jüngling (Kursleitung)

**Name des Studierenden:** Andreas Kühn

**Kursnummer:** D 14.17

**Kontakt:** [kuehn.andreas@t-online.de](mailto:kuehn.andreas@t-online.de)

**Abgabetermin:** 24.08.2018

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	2
2. Fallbericht.....	2
3. Prozessverlauf der Sucht.....	4
4. Reflektion der eigenen Wahrnehmung.....	6
5. Theorieorientierte Deutung.....	8
6. Interventionsmöglichkeiten.....	12
7. Zusammenfassung.....	15
8. Nachwort.....	17
9. Quellenverzeichnis.....	18
9.1 Literaturverzeichnis.....	18
9.2 Internetquellen.....	19
10. Anhang 1: Eidesstattliche Erklärung.....	20

## **1. Einleitung**

Diese Arbeit ist im Rahmen einer beruflichen Weiterqualifizierung zum Suchtberater, an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin entstanden. In meinem persönlichen Arbeitsumfeld beschäftigt mich seit ca. 2 Jahren ein Klient mit auffällig vielen Rückfällen. Ich arbeite in einem Wohnverbund (therapeutische Wohngemeinschaft, kurz TWG und betreutes Einzelwohnen, kurz BEW) für trockene Alkoholiker im Bereich der Eingliederungshilfe nach den §§ 53/54 und des §64 StGB.

Die fehlende Abstinenzbereitschaft und alle Bemühungen Herrn M. zu einem alkoholfreien Leben zu motivieren, schlugen fehl. Es fand zusätzlich zu den motivierenden Einzelgesprächen und den Gruppengesprächen Hilfestunden mit allen Beteiligten statt. Es wurden die unterschiedlichsten Methoden der kollegialen Beratung, wie Supervision, Praxisreflektion und Fallberatung genutzt, um entsprechende Handlungsansätze für Herrn M. herauszubilden. Trotzdem führten unsere Bemühungen nicht zu unseren und den Erwartungen der Kostenträger, Herrn M. für eine abstinente Lebensweise zu überzeugen. Erst einige Fallvorstellungen in der Studiengruppe dieses Kurses, die Ähnlichkeiten mit meinem Klienten aufwiesen und die Vorstellung im Live-Classroom, als Form der kollegialen Beratung an der ASH, führten dazu, dass durchaus der Verdacht auf ein FASD als primäre Grunderkrankung geäußert werden konnte. Diese Hypothese soll dazu genutzt werden, um diesen Fall zu verstehen und den weiteren Verlauf der Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe zu formulieren. Es werden jeweils kurze Exkurse zum Verständnis von FASD in Verbindung mit der Suchterkrankung geführt. Es kann leider nicht tiefer in diese Thematik eingedrungen werden, da es der Rahmen dieser Arbeit und die Zeit nicht zulassen, obwohl von mir ein sehr hohes Interesse besteht, welches bestimmt in einem weiterführenden Kontext behandelt werden kann.

## **2. Fallbericht**

Herr M. (jetzt 38 Jahre) befand sich seit dem 16.05.2011 in der forensischen Psychiatrie. Grundlage der Unterbringung war ein Delikt mit gefährlicher Körperverletzung im angetrunkenen Zustand. Es gibt 13 Eintragungen im Zentralregister die mit Beginn der Strafmündigkeit (14 Jahre) einsetzen. Darunter sind Fahren ohne Fahrerlaubnis mit und ohne Alkohol, räuberische Erpressung, Hehlerei, Verstöße gegen BtMG und Diebstahl. Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt wurde im Februar 2011 mit einer Maßregelhöchstfrist angeordnet. Diese endete am 15.09.2013.

Am 07.02.2013 wurde Herr M. in einer Langzeiteinrichtung für Abhängigkeitserkrankte untergebracht. Er wurde weiterhin durch die Ambulanz der Forensischen Psychiatrie betreut. Nach 7 Monaten, am 15.09.2013, wurde er in diese Einrichtung entlassen und eine Führungsaufsicht auf 5 Jahren festgesetzt. Hier blieb er bis März 2014. Bis zu diesem Zeitpunkt verliefen alle Alkoholtests und Dro-

genscreenings negativ. Ab März 2014 gab es verschiedene Hilfen der Eingliederung nach 53/54 SGB XII (Betreutes Einzelwohnen, Therapeutische Wohngemeinschaft) 2008 wurde bereits eine fremdmotivierte AEB in Lindow angefangen, die wegen eines Rückfalls abgebrochen werden musste. Ein weiterer Versuch Ende 2017 wurde positiv im März 2018 beendet. Zuvor gab es regelmäßig alle 3-4 Monate schwere Rückfälle, die ca. 10-18 Tage andauerten. Nach jedem Rückfall wurde eine Entgiftung besucht. Nach der letzten AEB im März wurden die Rückfälle regelmäßiger aber dafür nicht mehr so schwerwiegend. Die Führungsaufsicht soll am 15.09.2018 beendet werden.

Herr M. wurde 1980 geboren. Seine Eltern waren beide starke Alkoholiker. Sein Onkel (Bruder der Mutter) berichtet, dass seine Mutter auch während der Schwangerschaft „gesoffen“ hätte. Diese ist bereits 2006 mit 50 Jahren an Leberzirrhose verstorben. Jedes Elternteil brachte noch einen weiteren Sohn in diese Beziehung. Herr M. beschreibt die Beziehung zu allen als sehr positiv. Die Eltern sollen sehr liebevoll zu ihm gewesen sein. Dennoch waren die Eltern nicht in der Lage Regeln und Grenzen zu setzen, sodass Herr M. niemals Konsequenzen erfuhr, wenn er z. Bsp. nachts als Kind unterwegs war. Er habe schon früh Diebstähle begangen und wurde von seinem sozialen Umfeld ausgegrenzt. Die Eltern der anderen Kinder seines Umfeldes verboten den Kontakt wegen des schlechten Umgangs zu ihnen. Dadurch gelang es Herr M. nur zu ähnlich sozial-strukturierten Kindern Kontakte aufzunehmen. Dies führte dazu, dass Herr M. schon in der frühen pubertierenden Phase Umgang mit Drogen und Alkohol hatte. Sein 5 Jahre älterer Bruder führte ihn regelrecht an diese Suchtmittel heran. Die Schulzeit erlebte Herr M. hauptsächlich unter Drogeneinfluss. Seine Noten waren entsprechend schlecht. Die achte Klasse besuchte er fast gar nicht. Er wurde ab diesem Zeitpunkt ohne Bestehen nur „weitergereicht“. Auf Grund eines Bewährungsaufrufs und der finanziellen Situation stieg er mit 23 Jahren komplett von Cannabis auf Alkohol um. Es bildete sich schnell eine Abhängigkeit heraus. Er bräuchte diesen Alkohol zum Abbau von Unsicherheiten und Hemmungen. Es gab mehrere Entgiftungen und Therapieabbrüche bzw. Therapieverweigerungen. Eine eigene Motivierung für diese Maßnahmen war zu keinem Zeitpunkt erkennbar. Bei Herr M. wurde eine erbliche und soziale Vorbelastung im Suchtbereich diagnostiziert. Es bestehen lebensbedrohliche Nachfolgeschäden, die nicht weiter erläutert werden. Eine amtsärztliche Untersuchung hat zusätzlich eine Arbeitsunfähigkeit nach Richtlinie SGB II festgestellt. Während der Therapien zeigte sich Herr M. als offener Patient mit dem Wunsch nach Veränderungen. Er selbst ist jetzt nach dem Aufenthalt in der Forensik in der Lage Empathie zu den Geschädigten aufzubauen, die im Zusammenhang mit seinen Straftaten stehen. Während der gesamten Zeit zeigte Herr M., dass es sein Wunsch ist in der Zukunft ein abstinentes Leben zu führen und nicht wieder straffällig zu werden. Im Verlauf der Belastungsproben und der nachfolgenden Eingliederungshilfe musste festgestellt werden, dass Herr M. sein Verhalten sehr der jeweiligen Gruppe anpasste und die (scheinbar) gewünschten Aussagen zum Teil auswendig gelernt erschienen und wenig sein tatsächliches Denken widerspiegeln. Seit ca. zwei Jah-

ren haben auch die angeordneten Bluttests positive GGt-Werte, welche auf einen regelmäßigen Alkoholkonsum schließen lassen. In unserer Einrichtung ist er seit Oktober 2016. Zuerst im BEW und seit April 2017 in der TWG. Bei unseren Alkoholkontrollen waren alle Werte negativ. Die Rückfälle wurden alle außerhalb der Einrichtung vollzogen. Seit ca. einem Jahr spricht Herr M. offen über die Unfähigkeit eines abstinenten Lebens. Dies könne er sich nicht vorstellen. Das Leben wäre dann nur grau und langweilig. Dies würde er nicht aushalten. Seine Meinung teilte er nur innerhalb unserer Einrichtung mit. Bei Gesprächen mit der Führungsaufsicht zeigt er immer wieder die Bereitschaft einer Abstinenz. Bei direkter Hinterfragung macht er seine Rückfälle offen. Bedingt durch die bekannten Rückfälle und der positiven GGT-Werte steht die forensische Ambulanz gegenüber dem Gericht im Zugzwang. Sie möchte Herr M. für die letzten vier Monate der Führungsaufsicht aus unserer Einrichtung nehmen, da sie diese für Herrn M. nicht für geeignet hält. Unsere Argumentation zum Verbleiben für Herrn M. wird überdacht. Bei uns sind ein stabiles Bezugsbetreuersystem, die dynamische und nicht fremde Wohngruppe und ein zuverlässiges Regelwerk vorhanden. Weiterhin besteht die Möglichkeit der weiteren Betreuung bei uns nach Beenden der Führungsaufsicht. Herr M. sagt selbst aus, dass er sich in unserem Wohnverbund verstanden fühle.

### **3. Prozessverlauf der Sucht**

Bei Herrn M. zeigt sich eine erhebliche und soziale Vorbelastung im Suchtbereich schon in der Ursprungsfamilie. Beide Elternteile waren starke Alkoholiker. Die Mutter verstarb an ihrem Alkoholkonsum. Der fünf Jahre ältere Bruder führte ihn an den Konsum von Drogen und Alkohol heran. Herr M begann schon sehr früh mit dem Konsum von Cannabis als Hauptdroge, bis er aus finanziellen Gründen und der Angst vor einem Bewährungswiderruf im 23. Lebensjahr auf Alkohol umstieg. Auch hier entwickelte sich zügig eine starke Alkoholabhängigkeit. Herr M. benennt als Gründe für den Konsum die verbesserte Kontaktaufnahme zu seinen Mitmenschen. Er habe durch den Konsum Unsicherheiten und Hemmungen abbauen können. Herr M. machte zahlreiche Entgiftungen. Therapien wurden abgebrochen (2008 in Lindow aufgrund eines Alkoholrückfalls) oder er trat diese erst nicht an (Kieck, 2009). Aufgrund eines Urteils vom 01.02.2011 befand sich Herr M. vom 16.05.2011 bis 15.09.2013 in einer Maßregelunterbringung gemäß § 64 StGB. Im Rahmen eines strukturierten Therapieprogramms nahm Herr M. regelmäßig an den psychologischen Einzelgesprächen, der wöchentlichen Visite sowie an verschiedenen Gruppentherapien teil. Er schloss zudem die klinikinterne Schule erfolgreich mit dem Erwerb der 9. Klasse ab. Seit Beendigung der Schule und der Lockerung „unbegleiteter Ausgang“, war Herr M. in der Arbeitstherapie im externen Bereich Gartenbau integriert. Herr M. wurde am 07.02.2013 in der Langzeittherapeutischen Einrichtung für Abhängigkeitserkrankte „Therapeutisches Zentrum Kieck“ des Sinalkol e.V. untergebracht. Er wurde in dieser Zeit von der Forensischen

Ambulanz des Martin-Gropius Krankenhauses betreut. In diesem Setting fanden regelmäßig Blutentnahmen zur Kontrolle alkoholrelevanter Parameter und zusätzlich auch Drogenscreenings statt, die alle durchweg negativ waren.

Im Verlauf der Belastungserprobung im Therapeutischen Zentrum KIECK wurde bemerkt, dass Herr M. vermehrt den Eindruck hinterließ von Ausgang zu Ausgang zu denken und zu leben. Das bedeutete, dass er in Gruppen vom letzten Ausgang berichtet und daran anknüpfend zum nächsten Ausgang plante. Reflexionen zu den Erlebnissen und Eindrücken fanden dabei gar nicht statt. Die einzige Aussage von Herrn M. war dabei "Alles super!".

Herr M. präsentierte sich in Gruppen- und Einzelkontakten dabei mit sehr angepasstem Verhalten und (scheinbar) erwünschten Aussagen, die vorrangig auswendig gelernt erschienen und wenig von seinem tatsächlichen Denken zeugten. Sein Verhalten in alltäglichen Situationen erschien dabei zeitweise gegensätzlich.<sup>1</sup> Bereits hier hätte sich bemerkbar machen können, dass die gezeigte Motivation von Herr M. für eine abstinente Lebensweise nicht ehrlich gemeint waren. Am 15.09.2013 wurde Herr M. mit Erreichen der Höchstfrist (richterl. Beschluss) entlassen und es wurde eine Führungsaufsicht für die Dauer von 5 Jahren angeordnet. Bis März 2014 blieb Herr M. in Kieck. Danach wechselte er für ein Jahr in eine Wohngemeinschaft desselben Trägers nach Nauen. Nauen gestaltete sich, wie Herr M. selber reflektierte, sehr schwierig, da er hier immer wieder auf sein ehemaliges soziales Umfeld stieß. Es wurde der Versuch unternommen, für Herr M. eine eigene Wohnung in Berlin zu suchen. Seit März 2015 bewohnte er eine eigene Wohnung im Berliner Stadtbezirk Spandau. Spätestens seit diesem Zeitpunkt haben alle angeordneten Bluttests positive GGt-Werte, welche wieder auf einen regelmäßigen Alkoholkonsum schließen lassen. Herr M. gibt als Wunsch an, wieder in eine Therapeutische Wohngruppe aufgenommen zu werden, da er es ohne diesen Schutzraum nicht schaffen würde. Mangels freier TWG-Plätze, wird Herr M. im September 2016 ein Platz für das BEW im Wohnverbund Kaiserstraße der Sinalkol gGmbH angeboten. Die erste Kontaktaufnahme gestaltet sich sehr zögerlich, da Herr M. bereits einen schweren Rückfall hat. Erst 4-6 Wochen später ist eine Kontaktaufnahme möglich, um Herrn M. in die hausinterne Werkstatt zu integrieren. Die anfängliche Motivation wird immer wieder durch Ausreden wie Rückenschmerzen, Magen- u. Darmproblemen gestört, sodass ein regelmäßiges Erscheinen nicht möglich ist. Der nächste Rückfall ist aktiv. Nach der eingeleiteten Entgiftung und entsprechender Reflektion der Rückfälle wird Herrn M. ein Probewohnen mit der Option des anschließenden Verbleibs in der TWG des Trägers angeboten. Die wird sehr wohlwollend aufgenommen. Trotzdem bleiben die Rückfälle in Abständen von 6-8 Wochen nicht aus. Diese laufen alle nach demselben Verhaltensmuster ab. Herr M. betrinkt sich mit ca. 15 Flaschen Bier, verteilt über den ganzen Tag. Er bekommt Angstzustände, dass der Rückfall wieder heraus

---

<sup>1</sup> vergl. Stroske, Vorläufige Epikrise, Klinik f. Forensische Psychiatrie Eberswalde, 2013

kommt und er somit gegen die Bewährungsauflagen verstoßen hat. Dieses löst eine Blockade aus, die verhindert mit dem Trinken aufzuhören. Das weitere Trinken soll die Funktion der Unterdrückung der Ängste übernehmen. Der primäre Trinkgrund zuvor war die bewusste Rauscherzielung. Erst allmählich wird während der sekundären Trinkphase Herr M. beim Trinken bewusst, dass die Ängste durch das Trinken nicht weniger werden. Außerdem musste er seine Leberwerte wieder „in Ordnung“ bringen, da die nächste Blutentnahme durch die Ambulanz der Forensik anstand. Mit dem Offenwerden wäre für Herrn M. alles verloren. Er sucht sich Schutzräume in denen er sich langsam wieder „Runtertrinken“ kann. In dieser Zeit ist er unerreichbar. Er kümmert sich dann selbstständig um einen Entgiftungstermin immer in derselben Klinik. Als Grund für das „Runtertrinken“ gab Herr M. an, dass man ihn bei der Entgiftung niemals ernst nehmen würde und seine Ängste herunterspiele. Man hätte ihm gegenüber in der Klinik den Spruch geäußert „Wer trinken kann muss auch leiden können“. Er bräuchte unbedingt noch Alkohol, um seinen Spiegel langsam herabzusetzen, da er sonst an massiven Ängsten leiden würde. Aus diesem Grund bestimmte Herr M. immer selber wann er bereit ist für eine Entgiftung. Diese gesamte Prozedere eines Rückfalls mit anschließender Entgiftung nahm jedes Mal ca. 4-6 Wochen in Anspruch. Erst mehrere Versuche theoretischer Ansätze, Besprechungen in verschiedenen Teams und die Findung nach anderen Ursachen für das Verhalten von Herrn M. brachten uns auf den Versuch, mit Herrn M. zieloffen zu arbeiten. Es wurden Lockerungen gemeinsam abgesprochen, die ihm am Wochenende ein Trinken außerhalb der TWG erlauben. Grundsatz bleibt aber, dass er die WG nur mit 0,0 Promille betreten darf. Diese Lockerung führte dazu, dass Herr M. seit ca. 4 Monaten stabil ist und keine derartigen Rückfälle hat, die einer Krisenintervention bedürfen. Sein aktueller Alkoholkonsum liegt jeweils freitags und samstags bei ca. 8 Bier über den Tag verteilt. Den Sonntag nutzt er dann zum „herunterkommen“. Er habe damit bislang keine Schwierigkeiten. Die Führungsaufsicht ist in dieser Prozedere involviert. Als Ergebnis dieser Absprachen bleiben jetzt auch die Angstzustände bei Herrn M. aus.

#### **4. Reflektion der eigenen Wahrnehmung**

Ich nahm Herrn M. sehr unterschiedlich wahr. Er zeigte sich in den Gesprächen sehr offen. Ein Teil unserer gemeinsamen Sitzungen war u.a. Biographiearbeit in den Einzelgesprächen. Größtenteils arbeite ich nach dem Konzept der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. Darin versteht sich u.a. die Hilfe bei der Unterstützung während akuter Krisen in der heutigen risikoreichen Normalität (vergl. Rauschenbach 1999; Rauschenbach/Gängler 1992)<sup>2</sup> Thiersch schreibt dazu treffend, „dass Lebensweltorientierte Soziale Arbeit in der Dimension des Raumes agiert. Sie sieht die Menschen eingebettet in ihren je erfahrenen Raum...“. Trotz dieser Sichtweisen stieß ich hier an Grenzen meiner Empa-

---

<sup>2</sup> Otto/Thiersch, 2001, S. 1143

thie. Es wurde mit einer Selbstverständlichkeit von Straftaten berichtet, die als solche von Herrn M. noch nicht eingestuft werden konnten, da es hier keinen unmittelbaren Geschädigten gab. Hierzu zählt u.a. das Fahren ohne Führerschein unter Alkoholeinfluss oder Betrugskriminalität gegenüber Behörden und Gesellschaften und nicht einzelner Personen. Es gab Momente in denen ich die Betreuung für Herrn M. abgeben wollte. Ich sah teilweise in Herrn M. einen „Sozialschmarotzer“, da er aus meiner Sicht teilweise alles mit einer Selbstverständlichkeit mitnahm, was das soziale Hilffssystem bietet und als Erwidierung keine Leistungsbereitschaft vorhanden war. Ich sah mich dabei als Helfersgehilfen, da ich genau die Kenntnis über die Hilfen besaß und diese für Herrn M. einforderte. Dabei bemerkte ich zunehmend, dass ich teilweise aus meinem ehemaligen Berufsfeld des Berufsbetreuers agierte, und nach § 1901 Abs. 2 BGB<sup>3</sup> zum Wohle des Betreuten handelte. Durch das eigene Reflektionsvermögen war ich in der Lage dieses Handeln durch die Einleitung eines Betreuungsverfahrens an die bestellte Betreuerin abzugeben. Ich konnte mich nunmehr wieder konzentriert auf das Krankheitsbild Herrn M. einlassen. Dies hatte zur Folge, dass ich Herrn M. nochmals in den unterschiedlichsten Gremien als Fall vorstellte und andere Fallvorstellungen heranzog, um Antworten zu bekommen. Sie sehen, dass ich Herrn M. doch nicht abgeben konnte. Es waren einfach zu viele ungeklärte Fragen, die durch keine eindeutigen Diagnosen beantwortet werden konnten. In einigen Gutachten wurde Bezug auf ein Verdacht auf ADHS, der aber nicht bestätigt wurde, genommen. Wie Page schreibt<sup>4</sup> ist Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) die häufigste Diagnose, die Kinder mit FASD erhalten, wobei eine oppositionelle Verhaltensstörung an zweiter Stelle steht. Auch eine bipolare Störung wird häufig diagnostiziert. Erschwerend kommt hinzu wenn bei jungen Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Anomalien der Fazies<sup>5</sup> nicht mehr so ausgeprägt sind. Hantelmann schreibt dazu, dass es im Erwachsenenbereich jedoch noch große, zum Teil strukturell bedingte Defizite in der Unterdiagnostik mit den Fetalen Alkoholspektrumstörungen gibt<sup>6</sup>. Jetzt, durch das Feststellen mehrere Indikatoren eines FASD und der vorherigen Aussagen, war es mir nunmehr möglich eine andere Sicht auf das Suchtverhalten und auch das gesamte Verhalten von Herrn M. zu bekommen. Diese Hypothese macht mich zum einen sehr neugierig, zeigt aber auch zum anderen die Komplexität dieses Falls. Ein Differenzieren im eigenen Handeln ist hier unbedingt notwendig, um eigene und fremde Kompetenzen zu erkennen. So wurde Herr M. an die Diagnostik der FASD-Ambulanz im KEH nach Berlin-Lichtenberg weitergeleitet.

Dieses bringt mich immer wieder dazu einige Dinge in Frage zu stellen, neue Fragen zu stellen und alte Fragen zu verwerfen.

---

<sup>3</sup> § 1901 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch, geänd. 2005

<sup>4</sup> Page, 2003, S. 7ff

<sup>5</sup> vergl. Majewski 1987, S. 109

<sup>6</sup> Hantelmann/Becker, Dtsch Ärztebl 2013; 110(42):A 1944-5



## 5. Theorieorientierte Deutung

Die theorieorientierte Deutung ist prozessbedingt. Im Gegensatz zur empirischen Forschung, kann die theorieorientierte Deutung einen einzelnen Fall betrachten. Erst das Auswerten mehrere Fälle in einem Feld macht eine empirische Forschung möglich. Für die Auswertung in der Kollegialen Fallberatung ist die dokumentarische Methode sehr sinnvoll. Anlehnend an dem vierstufigen Modell nach Bohnsack et al.<sup>7</sup>, ist dieses nach

- I. Formulierende Interpretation (vgl. Pkt. 3. Prozessverlauf der Sucht)
- II. Reflektierende Interpretation (vergl. Pkt. 4. Reflektion der eigenen Wahrnehmung)
- III. Fallbeschreibung (vergl. Pkt. 2. Fallbericht) und zum Schluss in die
- IV. Typenbildung eingeteilt. (vergl. Pkt. 5. Theorieorientierte Deutung)

gegliedert.

Wie Kamin<sup>8</sup> schreibt „birgt diese Methode die Gefahr, dass die Ergebnisse in erster Linie an die Interpretation des Forschers/der Forscherin – also die eigene Interpretation – gebunden und damit nicht ausreichend valide (gültig) sind.“ Des Weiteren ist diese Methode sehr komplex und für kleinere Arbeiten, wie diese eher ungeeignet. Gerade in diesem Fall kann von einer nicht ausreichenden Validität ausgegangen werden. Trotzdem möchte ich den Versuch unternehmen diesen Schritt zu wagen.

Der Fall wurde mit dem Fallbericht (siehe unter Pkt. 2) vorgestellt. Als Fragestellung wurden folgende Fragen formuliert: Ist für Herrn M. für die Zukunft die Bildung einer Abstinenzfähigkeit möglich und ist für Herr. M. eine andere Einrichtung sinnvoller? Während der Kollegialen Fallberatung gab es leider einige technische Probleme, sodass nicht alle Teilnehmer der Gruppe aktiv an der Beratung teilnehmen konnten. Hier liegt auch ein Grund vor, warum ich eine ausreichende Validität in Frage stelle. Weiterhin muss leider der Kritik von Kamin (s.o.) entsprochen werden, da ich meine eigene Hypothese wegen fehlender anderer Hypothesen zur Diskussion stellte. Somit könnten schon die Ergebnisse durch den Falleinbringer beeinflusst werden. Auch ist immer wieder durch die eigene Interpretation des Falles eine entsprechend gelenkte Sichtweise der anderen Teilnehmer möglich.

Im Rahmen der Versorgung von Menschen mit schädlichem, riskantem und abhängigem Alkoholgebrauch sollten als Entscheidungshilfe die S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)<sup>9</sup> herangezogen werden. In der S3-Leitlinie „Scree-

---

<sup>7</sup> vgl. Bohnsack/Nentwig-Gesemann/Nohl 2007, S. 12

<sup>8</sup> Kamin, //blogs.uni-paderborn.de/fips/2014/11/26/dokumentarische-methode/

<sup>9</sup> Mann/Hoch/Batra, 2015

ning, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“<sup>10</sup> wird insbesondere Bezug auf Komorbidität mit den unterschiedlichsten psychischen Begleiterkrankungen genommen und liefert dazu Entscheidungshilfen, die nach Empfehlungsgraden ausgerichtet sind. So gibt es u.a. für die komorbide psychische Störung ADHS entsprechende Handlungsansätze. Das FASD wird in dieser S3-Leitlinie nicht erwähnt. Hier gibt es die gesonderte S3-Leitlinie „Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen“.<sup>11</sup> Im Gegensatz zur o.g. S3-Leitlinie werden die Beeinträchtigungen als Komorbidität, Symptom von FASD oder Folgeerkrankung bzw. Komplikation der Grunderkrankung FASD kontrovers diskutiert. Die Symptome, die in dieser Leitlinie als Diagnosekriterien der FASD aufgeführt sind, sind aus Sicht der Leitliniengruppe nicht Komorbiditäten, sondern Bestandteil des Krankheitsbildes (Experten-Statement). Die Erkrankungen, vor allem die der funktionellen ZNS-Auffälligkeiten, können von der FASD abzugrenzende Differentialdiagnosen oder Symptome der FASD sein.<sup>12</sup> Zu diesen Erkrankungen gehören u.a.

- Einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung
- Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem aufsässigem Verhalten

Hier wird u.a. deutlich, dass es Ähnlichkeiten zum ADHS gibt, weshalb auch oft ein FASD falsch diagnostiziert wird. Mukherjee schreibt dazu, dass sich viele dieser neurologischen Zeichen überschneiden und zu sekundären Störungen führen, die ähnlich eines unbehandelten ADHS sind.

Zu diesen sekundären Einschränkungen gehören:

- Psychische Probleme:
  - alle Formen von psychischen Erkrankungen
  - erhöhte Selbstmordrate
- Straffälligkeit und Inhaftierung
- Unangemessenes sexuelles Verhalten
- Substanzmissbrauch
- Probleme in Schule und Ausbildung

---

<sup>10</sup> siehe AWMF-Register Nr.: 076-001, 2016

<sup>11</sup> siehe AWMF-Register Nr.: 022-025, 2016

<sup>12</sup> vergl. S3-Leitlinie „Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD, S. 83ff

Im Gegensatz zur ADHS entwickeln FASD-Betroffene die genannten Probleme trotz Behandlung. Des Weiteren geht Mukherjee von einem historischen Zusammenhang zum ADHS aus und beschreibt, dass das Aufmerksamkeitsdefizit und die Hyperaktivität als zwei Kernsymptome einer pränatalen Alkoholexposition gelten (vergl. Chudley AE, Conry J, Cook JL et al. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. CMAJ 2005; 172(5 Suppl): S.1–S.21).<sup>13</sup> Zu den weiteren funktionellen ZNS-Auffälligkeiten beim FASD gehören:

- Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung
- Intelligenzminderung unterschiedlichen Grades
- Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache
- Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen
- Umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten
- Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- Stereotypien
- Aggressivität
- Delinquenz
- Suchterkrankungen
- Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters / Posttraumatische Belastungsstörung
- Sexuelle Verhaltensabweichung
- Schlafstörungen
- Angststörung / Panikstörung
- Affektive Störung
- Depressive Störung
- Epilepsien anderer Genese<sup>14</sup>

Einige der genannten Störungen werden zusätzlich medikamentös behandelt. Hier muss auch der Frage nachgegangen werden, ob der Klient eine Compliance (regelgerecht - nimmt er regelmäßig die richtige Dosis verschriebener Medikamente ein) zeigt. In diesem Fall neigte Herr M. immer wieder dazu, dass er die Dosen verabreichter Medikamente selbst „regulierte“ oder die Medikamente überhaupt nicht mehr nahm, da er keine Wirkung spürte (besonders bei einschleichenden Medikamenten) oder eine erhöhte Müdigkeit und Inaktivität vernahm. Diese Entscheidungen sind keine Entscheidungen eines Beraters, sondern dienen lediglich als Entscheidungshilfen. Hier ist es notwendig sich auf ein Team aus professionellen Mitarbeitern stützen zu können.

---

<sup>13</sup> Raja AS Mukherjee, ADHS IN DER PRAXIS, 2016; Jahrgang 8 Nr. 1, S. 4ff

<sup>14</sup> vergl. S3-Leitlinie „Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD, S. 85ff

Nach dem Vorliegen von Entscheidungshilfen aus den S3-Leitlinien und den eigenen Feststellungen über den Hilfebedarf des Klienten sind nun die entsprechenden Ziele zu formulieren und mit den vorhandenen Ressourcen des Klienten abzugleichen. Dazu stehen wieder die unterschiedlichsten Methoden der Gesprächsführung zur Verfügung. Man wird auch in der Regel nicht bei dem ersten Gespräch die entsprechenden Ressourcen herausfinden können. Es ist durchaus ein längerer Prozess der Gesprächsentwicklung notwendig. In der klassischen Suchthilfe hatte sich insbesondere die „Klientenzentrierte Gesprächsführung“ in der Beratungsinteraktion in den psychotherapeutischen Ansätzen (Rogers 1976)<sup>15</sup> herausgebildet. In der neueren Suchthilfe hat sich das Motivational Interviewing (MI) nach Miller und Rollnick als eine evaluierte Methode in der Behandlung von Alkoholikern etabliert und wird heute als **die Methode** in der Beratung von Menschen mit einem problematischen Suchtmittelkonsum bezeichnet.<sup>16</sup> Durch diese Methode wird es möglich, dass keine Ziele vorgegeben werden, sondern Äußerungen der Eigenmotivation herausgearbeitet werden, um somit Änderungen einleiten zu können. Auch in diesem Fall half diese Methode zu einem Umdenken. Wie der Titel dieser Arbeit schon aussagt, führte das zuvor gesetzte institutionalisierte Ziel „Abstinenz“ immer wieder zum Rückfall. Erst in der Motivierenden Gesprächsführung war es möglich eigene Äußerungen für eine Eigenmotivation zu nutzen. Alle zuvor geäußerten Willensbekundungen waren erlernt und mit dem Gedanken nach außen getragen zu werden, dass dieses der Therapeut hören möchte, um den „Therapeutischen Frieden“ zu erlangen. In der Motivierenden Gesprächsführung konnte Herr M. sich das erste Mal so äußern, dass er das Gefühl hatte, es würden ihm daraus keine Nachteile entstehen. Er konnte offen sagen, dass er sich z.Z. kein abstinentes Leben auf Dauer vorstellen könne. Er „möchte auf seine Mollen nicht verzichten. Er trinke ja nicht in Gesellschaft, sondern zieht sich alleine zurück, setzt sich auf eine Bank am Ufer eines Sees und berauscht sich.“ Hierbei zeigt sich das Grundprinzip des MI sehr deutlich, dass die Ambivalenz als normale Phase einer Verhaltensänderung akzeptiert wird und die Motivation zur Änderung nicht Voraussetzung sondern Ziel der Beratung ist.<sup>17</sup> Die Prozesse im MI laufen nach dem Schema:

**Beziehungsaufbau → Fokussierung → Evokation → Planung**

ab. In diesem Fall war es ziemlich einfach Formulierungen für die letzten 3 Punkte aus den vorhergehenden Gesprächen aus anderen Prozessen und Protokollen zu übernehmen, bzw. wieder neu aufzuwerfen. Eines der vorhandenen Ziele, welches nicht neu formuliert werden musste, ist die Abkehr von der Kriminalität und das Zurückfallen in alte Verhaltensmuster. Es blieb aber dennoch die fehlende Abstinenzbereitschaft bestehen. Im narrativen Interview<sup>18</sup>, welches einen starken biographi-

---

<sup>15</sup> vergl. Otto/Thiersch, 2001, S. 145

<sup>16</sup> vergl. Schmidt, 2018

<sup>17</sup> ebd.

<sup>18</sup> siehe Rosenthal/Loch, Das Narrative Interview, 2002

schen Blickwinkel<sup>19</sup> zulässt, machte Herr M. sehr deutlich, dass ihm die derzeitigen Rückfälle zu anstrengend sind. Er bräuchte ewig bis er wieder normal werde. In diesem Zustand möchte auch seine Freundin nichts wissen von ihm. Hier fand bereits eine Abklärung des Veränderungsziels statt, welche sich im Prozessverlauf der Fokussierung im MI befindet. Es wurde eine Selbstmotivation entwickelt, die aussagt, nicht mehr so viele intensive Abstürze zu haben. Gemeinsam war es uns nun möglich in die Planungsphase überzugehen, um einen konkreten Handlungsplan zu formulieren. Natürlich fand dieser Prozess nicht so schnell statt, wie hier dargestellt. Es wurden verschiedene Techniken der Fragestellung angewandt. Offene Fragen sind im MI sehr sinnvoll und weiterführend, da diese eine freie Antwort erlauben und zum Nachdenken des Befragten anregen. Sie setzen aber eine wesentlich höhere Konzentration des Beraters voraus, welche aber auch ein Teil der Empathie-Strategien des MI ist. Zu denen gehören noch das Einfühlen, Verstehen, Wertschätzen, eben das aktive Zuhören und Bestätigen, Zusammenfassen, Authentisch sein und nicht bewerten, belehren oder kritisieren.

Nachdem unterschiedliche Methoden der Gesprächsführung angewandt worden sind und verschiedene Entscheidungshilfen aus den S3-Leitlinien mit dem Ergebnis vorlagen, dass bei Herrn M. noch keine Motivation zur Abstinenzbereitschaft entwickelt werden konnte, war es möglich in der kollegialen Fallberatung meine zuvor gestellte Hypothese einzubringen, dass Herr M. ein FASD hat und dahingehend ausdiagnostiziert werden sollte. In der kollegialen Fallberatung konnte die Hypothese gestützt werden und auch Antworten auf die zweite Frage über die Wohnform gefunden werden.

## **6. Interventionsmöglichkeiten**

Ein FASD ist eine komplexe Erkrankung mit sehr unterschiedlichen Schädigungen die jeweils schon benannt wurden. Je nach Schädigungsgrad und Alter des Probanden sind hier sehr unterschiedliche Behandlungswege angezeigt. Ich will die Erkrankung kurz erklären und einige wichtige Interventionsmöglichkeiten nennen. Der Fokus wird sich aber diesem besprochenen Fall nähern und die Problematik einer Alkoholsucherkrankung in Verbindung mit einer möglichen Anfangsdiagnose eines FASD betrachten.

Was ist FASD? - Mütterlicher Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ist eine häufige Ursache für angeborene Fehlbildungen, geistige Behinderungen, hirnorganische Beeinträchtigungen, Entwicklungsstörungen und extreme Verhaltensauffälligkeiten.

Alle Formen dieser vorgeburtlichen Schädigungen werden unter dem Begriff FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) zusammengefasst. FASD kann sich in seiner Ausprägung sehr unterschiedlich

---

<sup>19</sup> vergl. Otto/Thiersch, 2001, S. 581

darstellen, was die Diagnostik oft erschwert. Sind die alkoholbedingten Schädigungen besonders umfassend spricht man von einem fetalen Alkoholsyndrom, kurz FAS. Es ist die schwerste Form einer fetalen Alkoholschädigung, das so genannte Vollbild. Kinder mit einem fetalen Alkoholsyndrom weisen deutliche Beeinträchtigungen in ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung auf. Es tritt besonders häufig bei Kindern auf, deren Mütter viel Alkohol in der Schwangerschaft getrunken haben. Bei Kindern, die in einigen, aber nicht in allen Bereichen beeinträchtigt sind, spricht man von einem partiellen fetalen Alkoholsyndrom, kurz pFAS.<sup>20</sup>

Kinder mit FASD sind für ihr gesamtes Leben geschädigt, wobei die größten Probleme oft in der Bewältigung des Alltags liegen. Ein normales Leben in der Gesellschaft ist nur den wenigsten Jugendlichen und Erwachsenen mit FASD möglich.<sup>21</sup>

Menschen mit FASD leben in der Regel in ihrem herkömmlichen sozialen Umfeld. Da in vielen Fällen das FASD nicht diagnostiziert wurde, konnten auch keine speziellen Interventionsmöglichkeiten angesetzt werden. Gerade hier liegt das Problem. Wie Steissguth u.a. bereits 1996 in einer Langzeitstudie nachwies, liegt bei Jugendlichen mit FASD der Anteil einer Entwicklung einer Suchtstörung bei 29% und bei Erwachsenen bereits schon bei 46%. Becker, Henniske & Klein sagten dazu 2015, dass für Menschen mit FASD eine Reihe von spezifischen Risikofaktoren bestehen, die zu einer hohen Gefährdung beitragen, die eine Suchtstörung entwickeln.<sup>22</sup>

Hier setzt die erste Interventionsmöglichkeit an. Diese liegt, wie bei allen anderen Suchterkrankungen als Primärintervention in der Prävention. Wie sieht die Prävention aber bei FASD aus? Hier müssen unbedingt Schutzräume geschaffen werden, in denen auch das soziale Umfeld eine abstinenten Lebensweise vorlebt. Gesellschaftliche Anlässe, in denen Alkohol getrunken wird, sind zu vermeiden. Ein verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol kann hier nicht zum Ziel führen, da die Idee, stabile Konsummuster zu entwickeln, die stress- und krisenresistent sind, aufgrund der eingeschränkten Impulskontrolle bei Menschen mit FASD nicht funktioniert. Daher gilt, solange sich die Betroffenen darauf einlassen können, dass sie zu den Menschen mit körperlichen Vorschädigungen gehören und einer völligen Abstinenz bedürfen (siehe WHO und NIAAA).<sup>23</sup> Herr M. konnte sich leider nicht darauf einlassen und wurde, wie zuvor beschrieben, immer wieder rückfällig. Dennoch haben wir ein Modell ausprobiert, welches jetzt bereits 4 Monate funktioniert. Auf dieses Modell gehe ich später noch ein. Dies funktioniert aber nur in einem geschützten Rahmen. Dass Herr M. diesen geschützten Rahmen benötigt, konnte auch im Ergebnis der Kollegialen Fallberatung wieder gefunden werden. Wie

---

<sup>20</sup> <http://www.wigwamzero.de/fasd/>,

<sup>21</sup> <http://www.fasd-deutschland.de>, 2018

<sup>22</sup> Michalowski/Lepke, 2016, S. 84

<sup>23</sup> vergl. FASD-eine Herausforderung, 2015, S. 85

Griesehop<sup>24</sup> dazu ausführte, gibt es für Herrn M. keinen Lebensentwurf außerhalb von Institutionen. Die Lebensgeschichte von Herr M. wird nicht mehr entlang einer biographischen Ereigniskette erzählt, sondern erscheint als chronologische Abfolge von Phasen.<sup>25</sup> Es werden in den Erzählungen keine Prozesse zur Änderungen der eigenen Identität sichtbar oder lassen sich nicht entdecken. Es ist durch den Erzähler schwer möglich Gesprochenes nochmals zu reflektieren und zu korrigieren. Bestimmte Abschnitte aus der eigenen Biographie können nicht gedeutet werden (sogenannte weiße Flecken) und es finden sich somit keine Erklärungstheorien, um Übergänge zu plausibilisieren bzw. einordnen zu können. Des Weiteren ist auch von „Verschüttung“ die Rede, wenn bestimmte Ereignisse durch die Prozessierung in Institutionen vorgegeben werden. Diese engen die Selbstständigkeit ein, da die Zeitabläufe durch das Regelwerk der „Anstalt“ gestaltet werden und somit die Eigenständigkeit verdrängen.<sup>26</sup> Herr M. wurde erst sehr spät (2011) institutionalisiert. Es sind aber die einzigen Zeiten eines abstinenten Lebens. In der frühkindlichen Phase konnte keine sichere Bindung aufgebaut werden und somit entwickelten sich keine eigenen Identitätsmerkmale. Der Versuch, nach einer eigenen Identität zu suchen, scheiterte jedes Mal, was das Leben in einer eigenen Wohnung für Herrn M. ohne Suchtmittel unmöglich machte. Der Weg in die jetzige TWG war für Herrn M. freiwillig und nicht fremdmotiviert. Er gab dafür seine eigene Wohnung auf.

Erste Auswertungen der Ergebnisse des Ev. Sonnenhof in Berlin-Spandau (dem ersten FASD-Fachzentrum Deutschlands) zeigen, dass durch eine frühere Diagnose und ein verbessertes Casemanagement die Kinder so platziert werden können, dass sie bleiben und verwurzelt werden können, um somit die Risiken zu minimieren. Ständige Wechsel von Bezugspersonen sind zu vermeiden.<sup>27</sup> Eine stabile Wohnform mit einem sehr engen Betreuungsschlüssel ist hier indiziert. Umso wichtiger erscheint in diesem Zusammenhang die Präventionsarbeit. Denn ist der Embryo erst einmal mit dem Alkohol durch den Konsum der Mutter geschädigt worden, ist das Kind bereits in den Brunnen gefallen. Der Berliner Bezirk Spandau scheint hier eine Vorreiterrolle einzunehmen. Dorothea Hantelmann, ehemalige Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes Berlin-Spandau, hier bereits zitiert, verfasste gemeinsam mit Gela Becker (fachl. Leitung des Ev. Verein Sonnenhof e.V., FASD Fachzentrum) das „Positionspapier zu Problemen der sozialpsychiatrischen Zuordnung (§§ 53/54 SGB XII) sowie zur Betreuung von Erwachsenen mit Fetalen Alkoholspektrum-Störungen“. Gemeinsam mit der Fachstelle für Suchtprävention startete der Bezirk Spandau ein Pilotprojekt an Spandauer Schulen. Unter dem Motto „Null Alkohol in der Schwangerschaft“ ging das Projekt im September 2017 an den Start. Das Projekt ist Bestandteil des bezirklichen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen in Spandau“. Nach der

---

<sup>24</sup> vergl. Protokoll „ASH/Prof. Griesehop, Kollegiale Fallberatung – Falleinbringer Kühn,“,23.04.2018

<sup>25</sup> Riemann, 1987, S. 438.

<sup>26</sup> ebd., 1987, S. 439 ff.

<sup>27</sup> Michalowski/Lepke, 2015, S. 86.

Pilotphase soll das Projekt in 2018 weitergeführt werden.<sup>28</sup> Ein weiteres, vom Gesundheitsministerium gefördertes, interdisziplinäres Modellprojekt im Sonnenhof, ist die Entwicklung einer Clearinggruppe für erwachsene Menschen mit FASD/vergleichbaren Beeinträchtigungen und Suchtproblematik. Methodisch werden bewährte Strategien und Gesprächstechniken aus Sucht- und Behindertenhilfe kombiniert und an die Fähigkeiten der Teilnehmenden angepasst.<sup>29</sup>

Ziel ist es Herrn M. in dieses Projekt hinein zu bekommen. Erste Schritte wurden bereits eingeleitet. Herrn. M wurde für die Diagnostik im FASD-Fachzentrum angemeldet und bestätigt. Die Diagnostik kann bis zu 6 Monate dauern. Der erste Termin findet leider erst nach Abschluss dieser Arbeit statt. Bis zum Abschluss dieser Diagnostik und dem Vorliegen einer spezifischen Wohnform haben wir Herrn M. angeboten weiterhin in unserer TWG zu bleiben. Grundsätzlich ist die Wohngemeinschaft für „trockene Alkoholiker“. Es gibt den Versuch einer zieloffenen Arbeit mit Herrn M., welchen ich eingangs erwähnte, dass Herr M. am Wochenende außerhalb des „Therapieplanes“ und der Wohngemeinschaft Alkohol konsumieren darf, um somit das exzessive „Saufen“ zu unterbinden. Herr M. muss bei jedem Zutritt zum Haus und vor jeder Gesprächsrunde einen Atemalkoholtest durchführen. In jedem wöchentlich geführten Einzelgespräch gibt es dazu eine Rückmeldung über den Alkoholkonsum am Wochenende (Menge + Zeitraum). Zum Führen eines Trinkertagebuches konnte ich Herrn M. noch nicht bewegen. Dies macht aus der jetzigen Sicht zum FASD wahrscheinlich auch wenig Sinn. Abschließend kann festgestellt werden, dass Herr M. seit über 4 Monaten in seinem Konsum stabil ist und keinen exzessiven Alkoholabusus mehr hatte der eine Krisenintervention notwendig machte. Dieses Modell wurde in Absprache mit allen Beteiligten (forensische Ambulanz und Führungsaufsicht), mit hartnäckig entgegengebrachtem Widerstand, ausgehandelt.

## **7. Zusammenfassung**

In der Überschrift dieser Arbeit steht der Nachsatz „Rückschlüsse und Erfahrungen in der Suchthilfe bei einem Verdacht auf FASD“. An dieser Stelle soll dem nun Beachtung geschenkt werden. Wir stehen sehr oft vor Fragen mit unseren Klienten und verstehen bestimmte Verhaltensweisen nicht. „Warum hat die letzte Therapie wieder nichts gebracht?“, könnte eine Frage lauten. „Warum hat diese Person solche Verhaltensauffälligkeiten?“, wiederum die nächste Frage. Viele dieser Fragen könnten eine gemeinsame Ursache haben – FASD! Einen entscheidenden Rückschluss konnte ich ziehen. Beim Vorliegen eines FASD können uns herkömmliche Methoden in der Suchthilfe nicht weiter helfen. Becker schreibt dazu in ihrem Abschlussbericht an das BMG: „Menschen mit hirnorganischen Beeinträchtigungen sowie gravierenden Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen,

---

<sup>28</sup> Suchtprävention Berlin Themenheft No. 48 Dezember 2017, S. 13

<sup>29</sup> Michalowski/Lepke, 2015, S. 87



die in Zusammenhang mit einer Diagnose oder Verdachtsdiagnose aus dem Bereich der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) stehen oder vergleichbare Funktionsbeeinträchtigungen zeigen, haben massive Schwierigkeiten, einen für sie adäquaten Zugang zu Suchtberatung und Suchtkrankenhilfe zu finden.<sup>30</sup> Es wurde weiterhin festgestellt, dass für diese Gruppe von Menschen in Deutschland und auch im anglo-amerikanischen Raum eine Angebotslücke besteht und es keine spezifischen Hilfen gibt. Daraus resultiert natürlich auch eine gewisse Berührungsangst die den professionellen Umgang mit diesen Personenkreis einschränkt. Es gibt zu wenig Fachpersonal, welches die speziellen Hilfen für FASD-Geschädigte anbieten kann. In einer Langzeitstudie von Steissguth et al., 1996, 2004 wird ausgesagt, dass ungefähr die Hälfte der Menschen mit FASD gefährdet sind eine Suchtproblematik zu entwickeln. Das ist ein alarmierendes Signal, auf welches noch nicht hinreichend reagiert wird. Wie Hantelmann und Becker in ihrem Positionspapier zu Problemen der sozialpsychiatrischen Zuordnung (§§ 53/54 SGB XII) bereits 2013 beschreiben, gibt es erhebliche Defizite in der Hilfebedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe, da eine spezifische Förderung in den bestehenden Hilfesystemen noch nicht, bzw. nicht ausreichend installiert ist. „Eine Verselbstständigung im Sinne des SGB XII ist zu einem großen Teil kaum möglich, so dass diese Menschen ein Leben lang auf Hilfe angewiesen sein können. (Siehe dazu auch die 2005 abgeschlossene Berliner Langzeitstudie von Prof. Spohr, nach der 80% der betroffenen jungen Frauen und Männer nicht selbständig leben konnten)“<sup>31</sup> Zum einen wird hier sehr deutlich, dass sich auch der BBRP (Berliner Rehabilitations- und Behandlungsplan) in seiner letzten Fassung noch nicht hinreichend diesem Krankheitsbild gewidmet hat, zum anderen sieht dieser Plan keine Option vor, die die Aufrechterhaltung des Ist-Zustandes vorsieht. Die Benennung von Indikatoren, welche wahrgenommen werden sollen, dass der Klient auf dem besten Wege ist, das zuvor formulierte Ziel zu erreichen, ist bei der Erstellung des BRP für einen FASD-Klienten mit Suchtproblematik eigentlich unmöglich. An dieser Stelle besteht ein enormer Handlungsbedarf.

Das sonst in der Suchtberatung üblich geforderte Veränderungsverhalten in der Lebensführung löst unter Umständen bei diesem Personenkreis große Ängste aus, die bei einem Einrichtungswechsel zu einem Ressourcenverlust führen können. Für Menschen mit FASD ist daher Stabilität und Kontinuität durch die Betreuungspersonen existentiell.<sup>32</sup> Diese Erfahrung konnte ich mit Herrn M. machen. Nachdem die Forensische Ambulanz teilweise unsere Professionalität in Bezug auf Herrn M. anzweifelte und über einen Einrichtungswechsel nachdachte, versuchten wir gemeinsam, auch mit Herrn M., die entsprechenden Lösungsansätze zu finden. Zwei Kernfragen wurden dabei gestellt: „Was bringt eine neue Einrichtung?“ und „Was soll dort anders sein?“ Wir kamen alle auf den gemeinsa-

---

<sup>30</sup> Becker, Abschlussbericht Clearinggruppe Menschen mit FASD, 2015, S.6

<sup>31</sup> vergl. Hantelmann/Becker 2013

<sup>32</sup> vergl. Hantelmann/Becker 2013

men Nenner, dass Herr. M. in seiner vertrauten Umgebung mit seinen vertrauten Betreuern bleiben sollte. Herr. M. freute sich riesig, als wir ihm diese Entscheidung mitteilten.

## **8. Nachwort**

Mein eigenes Resümee aus diesem Fall kann ich nur positiv wiedergeben. Wir haben viel Geduld und Verständnis zeigen können, obwohl wir noch nicht mit dem Krankheitsbild eines FASD vertraut waren. Erst durch diese Weiterbildung und mehrerer Fallvorstellungen bin ich intensiver und bewusster mit dem FASD konfrontiert worden. Mein Interesse wurde derart inspiriert, dass dieser Fall für mich ein kleines Projekt geworden ist, an dem ich gerne weiterarbeiten möchte. Einen großen Dank möchte ich in diesem Zusammenhang an Frau Dorothea Hantelmann und Frau Gela Becker richten, die mit ihrem persönlichen Einsatz und ihren Veröffentlichungen einen enormen Beitrag zur Entwicklung von Befindlichkeiten und natürlich auch meinen für dieses Thema leisteten. Nicht zu guter Letzt hat diese Arbeit auch einen fremdmotivierten Hintergrund. Ohne diese Motivation des Weiterbildungszentrums der AHS wäre diese Arbeit niemals entstanden.

## 9. Quellenverzeichnis

### 9.1. Literaturverzeichnis

**Becker, Gela:** Clearinggruppe für Menschen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD), vergleichbaren Beeinträchtigungen sowie dem Beginn von riskantem bis abhängigem Konsum, Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2015

**Bohnsack, Ralf; Nentwig-Gesemann, Iris; Nohl, Arnd-Michael (Hrsg.),** Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis, Grundlagen qualitativer Sozialforschung, 2007

**Hantelmann, Dorothea; Becker, Gela:** Fetales Alkoholsyndrom: Oft fehldiagnostiziert und falsch betreut, Deutsches Ärzteblatt PP 11/2013

**Hantelmann, Dorothea; Becker, Gela:** Positionspapier zu Problemen der sozialpsychiatrischen Zuordnung (§§ 53/54 SGB XII) sowie zur Betreuung von Erwachsenen mit Fetalen Alkoholspektrumstörungen, 2012

**Jüngling, Kerstin:** Fachstelle für Suchtprävention Berlin gGmbH (Hsg.) Suchtprävention Berlin Themenheft No. 48, 2017

**Kamin, Anna Maria:** Forschen im Praxissemester – Dokumentarische Methode, 2014

**Landgraf, Mirjam N.; Heinen, Florian:** Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD, AWMF-Register Nr.: 022-025, 2016

**Majewski:** Die Alkohol-Embryopathie. Ein Leitfaden der Stiftung für das behinderte Kind zur Förderung von Vorsorge und Früherkennung, 1987

**Mann, Karl; Hoch, Eva; Batra, Anil:** S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen", AWMF-Register Nr.: 076-001, 2015

**Michalowski, Gisela; Lepke, Katrin:** FASD - eine Herausforderung, 2015

**Mukherjee, Raja AS:** Der Zusammenhang zwischen ADHS und fetalen Alkoholspektrum-Störungen, ADHS IN DER PRAXIS, Jahrgang 8 Nr. 1, 2016

**Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans:** Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik, 2001

**Page, Kathryn:** Die unsichtbaren Zerstörungen durch pränatale Alkoholschäden, Journal des – Centers for families, children & the courts, 2003

Protokoll „ASH/Prof. Griesehop, Kollegiale Fallberatung – Falleinbringer Kühn,“,23.04.2018

**Riemann, Gerhard:** Das Fremdwerden der eigenen Biographie, 1987

**Rosenthal, Gabriele; Loch, Ulrike:** Das Narrative Interview, 2002

**Schmidt, Anke:** Vorlesungsskript „Motivational Interviewing“ 2018

**Stroske, Manuela; Boulwood, Jacqueline:** Vorläufige Epikrise, Klinik f. Forensische Psychiatrie, 2013

## **9.2. Internetquellen:**

<http://www.wigwamzero.de/fasd/>,

<http://www.fasd-deutschland.de>, 2018

<https://blogs.uni-paderborn.de/fips/2014/11/26/dokumentarische-methode/>